

**ANALYSE DER NUTZUNG UND AKZEPTANZ VON
EHEALTH-ANWENDUNGEN IN DER
PRIMÄRVERSORGUNG - EIN VERGLEICH DER STAATEN
ÖSTERREICH, DÄNEMARK UND NIEDERLANDE**

Eine Masterarbeit von
DALIA HÄMMERLE, BSC.

betreut von
DI Dr. Robert Mischak, MPH

und eingereicht am
Studiengang eHealth

der
FH JOANNEUM Graz

zur teilweisen Erfüllung der Anforderungen
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (MSc)

September 2021

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie und meinem Freund. Sie haben mich während meinem Studium tatkräftig unterstützt, mir positiven Zuspruch gegeben und standen stets an meiner Seite.

Ein großer Dank gebührt meinem Betreuer, DI Dr. Mischak Robert MPH, sowie meinen Interviewpartnern. Deren Hilfestellung und Expertenwissen waren sehr wertvoll für das Verfassen meiner Masterarbeit.

Abstract

Due to the demographic change and the constant increase in the number of chronic diseases and multimorbidities, there is a need for modernization and the constant development of the healthcare system. To meet these challenges, the introduction of digital technologies and various eHealth applications can achieve an improvement. In Austria, the focus of healthcare is primarily on inpatient care. The creation of primary care units is intended to strengthen primary care, relieve the burden on inpatient care and avoid the high number of hospital admissions caused by chronic diseases. Denmark and the Netherlands play a pioneering role in Europe in the field of primary care and in the digitalization of the healthcare system. Therefore, there is a need for a critical examination of the use and development of different eHealth-applications from different countries. This leads to the creation of more transparency and awareness for their successful establishment.

In order to be able to answer the research questions of this master's thesis, a comprehensive literature search was carried out, supported by the knowledge and experience of experts. A measure catalog is then going to be created up from the resulting findings. The aim of this master's thesis is to assess the level of use and acceptance of eHealth-applications in primary care in Austria and to compare this level with the countries Denmark and the Netherlands.

Based on the results of this master's thesis, it can be stated that Austria has already achieved a lot in the field of eHealth. Nevertheless, Denmark and the Netherlands continue to play a pioneering role, as they also began pursuing an eHealth strategy at an early stage. This results in a high degree of utilization, high acceptance and better exchange of data. In addition, many telemedicine pilot projects have been adopted into standard care. The future establishment of a national strategy for eHealth and telemedicine in Austria could significantly increase the use and acceptance of eHealth applications in primary care.

Zusammenfassung

Durch den demografischen Wandel und der dadurch stetig steigenden Anzahl an chronischen Krankheiten sowie Multimorbiditäten, besteht ein Bedarf in der Modernisierung und der ständigen Entwicklung des Gesundheitswesens. Um diesen Herausforderungen zu begegnen kann die Einführung digitaler Technologien und diverser eHealth-Anwendungen eine Verbesserung ermöglichen. In Österreich liegt die Konzentration der Gesundheitsversorgung vor allem im stationären Bereich.

Durch die Schaffung von Primärversorgungseinheiten soll die Primärversorgung gestärkt werden, die stationäre Versorgung entlastet werden und die hohe Anzahl von Krankenhausaufnahmen, bedingt durch chronische Erkrankungen, vermieden werden.

Dänemark und die Niederlande nehmen im Bereich der Primärversorgung sowie im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens eine Vorreiterrolle in Europa ein. Daher bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit der Nutzung und Entwicklung von eHealth-Anwendungen verschiedener Länder, um mehr Transparenz zu schaffen und ein Bewusstsein für deren erfolgreiche Etablierung zu erlangen.

Um die Forschungsfragen dieser Masterarbeit beantworten zu können, wird eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt und durch das Wissen und den Erfahrungen von Experten untermauert. Anschließend wird aus den resultierenden Ergebnissen ein Katalog mit Handlungsempfehlungen erstellt. Ziel dieser Masterarbeit ist es, den Grad der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung in Österreich zu erörtern und diesen Grad mit den Ländern Dänemark und den Niederlanden zu vergleichen.

Resultierend aus den Ergebnissen dieser Masterarbeit kann festgehalten werden, dass Österreich im Bereich eHealth schon viel erreichen konnte. Dennoch nehmen Dänemark und die Niederlande nach wie vor eine Vorreiterrolle ein, da diese auch früh mit der Verfolgung einer eHealth-Strategie begonnen haben. Dadurch ergibt sich ein hoher tatsächlicher

Nutzungsgrad, eine hohe Akzeptanz und ein besserer Austausch der Daten. Zudem konnten viele telemedizinische Pilotprojekte bereits in die Regelversorgung übernommen werden. Durch die zukünftige Etablierung einer nationalen Strategie für eHealth und Telemedizin in Österreich, könnte die Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung deutlich erhöht werden.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------------|
| Danksagung | ii |
| Abstract | iii |
| Zusammenfassung | iv |
| Abbildungsverzeichnis | x |
| Abkürzungsverzeichnis | xi |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Methodik | 2 |
| 1.2 Zielsetzung | 3 |
| 1.3 Forschungsfrage | 3 |
| 2 Definitionen und Begriffserklärungen | 4 |
| 2.1 eHealth | 4 |
| 2.2 Gesundheitstelematik | 7 |
| 2.3 Telemedizin | 8 |
| 2.4 Medizinische Informatik | 10 |
| 2.5 Primärversorgung | 10 |
| 3 Ein Vergleich der Gesundheitssysteme | 13 |
| 3.1 Das österreichische Gesundheitssystem | 14 |
| 3.2 Das dänische Gesundheitssystem | 18 |
| 3.3 Das niederländische Gesundheitssystem | 22 |
| 3.4 Schlussfolgerung | 26 |
| 4 Ein Vergleich der eHealth-Anwendungen | 28 |
| 4.1 eHealth und Telemedizin in Österreich | 28 |
| 4.1.1 Strategie | 28 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.1.2 | eHealth in Österreich | 29 |
| 4.1.3 | Kennzahlen und Indikatoren | 35 |
| 4.2 | eHealth und Telemedizin in Dänemark | 41 |
| 4.2.1 | Strategie | 41 |
| 4.2.2 | eHealth in Dänemark | 42 |
| 4.2.3 | Kennzahlen und Indikatoren | 48 |
| 4.3 | eHealth und Telemedizin in den Niederlanden | 50 |
| 4.3.1 | Strategie | 50 |
| 4.3.2 | eHealth in den Niederlanden | 51 |
| 4.3.3 | Kennzahlen und Indikatoren | 55 |
| 4.4 | Gegenüberstellung | 56 |
| 4.4.1 | Potenzialanalyse | 66 |
| 5 | Empirischer Teil | 70 |
| 5.1 | Methode | 70 |
| 5.1.1 | Forschungsdesign | 70 |
| 5.1.2 | Das leitfadengestützte Experteninterview | 71 |
| 5.1.3 | Planung und Durchführung der Interviews | 71 |
| 5.1.4 | Auswahl der Interviewpartner | 72 |
| 5.1.5 | Durchführung der Interviews | 72 |
| 5.1.6 | Transkription der Interviews | 73 |
| 5.1.7 | Auswertung nach Mayring | 74 |
| 5.1.8 | Kategorienbildung | 75 |
| 5.2 | Auswertung und Interpretation der Ergebnisse | 76 |
| 5.2.1 | Kategorie: eHealth-Anwendungen | 76 |
| 5.2.2 | Kategorie: Primärversorgung | 92 |
| 5.2.3 | Kategorie: Telemedizinische Anwendungen | 100 |
| 5.2.4 | Quantitative Auswertung der Experteninterviews | 108 |
| 5.3 | Handlungsempfehlungen | 109 |
| 5.3.1 | eHealth-Anwendungen | 109 |
| 5.3.2 | Primärversorgung | 109 |
| 5.3.3 | Telemedizin | 110 |
| 6 | Wissenschaftliche Diskussion und Ausblick | 111 |
| 6.1 | Zusammenfassung | 111 |
| 6.2 | Wissenschaftliche Diskussion | 114 |
| 6.3 | Ausblick | 116 |

| | |
|---|------------|
| Literaturverzeichnis | 118 |
| Internetquellen | 120 |
| A Interviewleitfaden und Datenschutzbestimmungen | 129 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Zusammensetzung des Begriffs Gesundheitstelematik | 7 |
| 3.1 | Strukturreform der österreichischen Krankenversicherung | 15 |
| 3.2 | Zugangsstruktur der ärztlichen Versorgung in Dänemark | 21 |
| 3.3 | Eigene Darstellung - Vergleich der Gesundheitssysteme von Österreich, Dänemark und den Niederlanden | 27 |
| 4.1 | Ergebnisse der ELGA Evaluierung 2018 - Erkennbarer Nutzen von nieder- gelassenen Ärztinnen und Ärzten (n=39) bezüglich der Verwendung von ELGA in der Praxis | 37 |
| 4.2 | Ergebnisse der Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten 2020 (n=606) - Bereiche mit dem größten Potenzial der Telemedizin | 40 |
| 4.3 | Eigene Darstellung angelehnt an den Euro Health Consumer Index von Po- werhouse 2018 - Ausgewählte Leistungsindikatoren des Euro Health Con- sumer Index | 56 |
| 4.4 | Eigene Darstellung angelehnt an den Atlas des globalen Observatoriums für elektronische Gesundheitsdienste der WHO 2015 - Nutzung elektronischer Gesundheitsdienste zur Unterstützung der allgemeinen Gesundheitsversor- gung | 58 |
| 4.5 | Ergebnisse der Studie der europäischen Kommission 2013 - Akzeptanz von eHealth nach Art des Gesundheitssystems und Land | 61 |
| 4.6 | Nutzung von elektronischen Netzwerken für das eRezept | 63 |
| 4.7 | Patientendatenaustausch mit Gesundheitsdienstleistern | 64 |
| 4.8 | Politisches, regulatorisches und finanzielles Umfeld für den Einsatz von Telemedizin - Vergleich von Österreich, Dänemark und den Niederlanden . . | 65 |
| 4.9 | Eigene Darstellung angelehnt an den internationalen Vergleich der Digita- lisierungsstrategien der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2018 - Vergleich der Digitalisierungsprofile und Gewichtung der Kriterien von AUT, DK und NL | 67 |

| | | |
|------|--|-----|
| 4.10 | Eigene Darstellung angelehnt an den internationalen Vergleich der Digitalisierungsstrategien der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2018 - Potenzialanalyse von AUT, DK und NL anhand 15 Kriterien | 69 |
| 5.1 | Übersicht der Interviewpartner | 72 |
| 5.2 | Eigene Darstellung - Quantitative Auswertung der Ergebnisse anhand von 7 Kriterien der Experteninterviews (n=4) | 108 |

Abkürzungsverzeichnis

IKT Informations- und Kommunikationstechnologie

ICT information and communication technologies

ELGA Elektronische Gesundheitsakte

GDA Gesundheitsdiensteanbieter

BIP Bruttoinlandsprodukt

EU Europäische Union

PVE Primärversorgungseinheit

PVZ Primärversorgungszentrum

COPD chronic obstructive pulmonary disease

EHI e-Health Initiative

TGDK Telemedizinische Gesundheitsdienste

VAEB Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

OECD Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

DHDN Danish Health Data Network

NICTIZ National IT Institute for Healthcare

LSP Landelijk Schakelpunt

PHE Personal Health Environment

WHO World Health Organization

Kapitel 1

Einleitung

Traditionell werden in Österreich überdurchschnittlich viele Leistungen in Krankenhäusern stationär erbracht [BMSGPK, 2019a]. Österreich zählt somit zu den EU-Staaten, in dem die meisten stationären Aufenthalte und die meisten Spitalsbetten vergleichend zur Bevölkerung wahrnehmbar sind. Daraus resultieren überfüllte Spitalsambulanzen, obwohl viele Patientinnen und Patienten oftmals besser in dem niedergelassenen Bereich aufgehoben wären. Zielführend sollten Patientinnen und Patienten am Best Point of Service behandelt werden – am richtigen Ort, zur richtigen Zeit, mit höchster Qualität und möglichst kosteneffizient.

Deshalb bedarf es einer Fokussierung und Stärkung der Primärversorgung in Österreich, um den akut stationären Bereich in den Kliniken zu entlasten. Mit der neuen Gesundheitsreform sollen Primärversorgungszentren in Österreich etabliert werden, in denen Ärzte und Ärztinnen mit Fachleuten aus anderen Gesundheitsberufen multiprofessionell zusammenarbeiten. Durch deren Etablierung soll eine bessere medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich ermöglicht werden und zu einer Reduzierung der stationären Aufenthalte führen. Digitale Anwendungen könnten diesen Prozess noch zusätzlich unterstützen.

Die Digitalisierung hat bereits in allen diversen Bereichen des Lebens Einzug gehalten. Vor allem im Gesundheitsbereich stellen digitale Anwendungen eine Möglichkeit dar, um die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Informations- und Kommunikationstechnologien, bzw. eHealth-Anwendungen, können einen enormen Beitrag leisten, um die Qualität- und die Effizienzsteigerung des österreichischen Gesundheitswesens zu unterstützen. Ebenso können sie für den Gebrauch in der Primärversorgung von hohem

Nutzen sein, weshalb eine flächendeckende Akzeptanz und Nutzung in Österreich vorangetrieben werden sollte.

1.1 Methodik

Um eine fundierte wissenschaftliche Grundlage über den Nutzungsgrad von eHealth-Anwendungen in Dänemark und den Niederlanden zu erhalten und um folgend die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde von Februar 2021 bis Juni 2021 eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Umgesetzt wurde diese Recherche mit der Unterstützung des Katalogs der FH Joanneum, der hauseigenen Bibliothek. Zudem wurde das Datenbank-Informationssystem der FH Joanneum zur Recherche herangezogen, sowie die elektronische Zeitschriftenbibliothek. Ebenso stellten auch Datenbanken wie PubMed und SpringerLink relevante Literatur zur Beantwortung der Forschungsfrage zur Verfügung, sowie diverse Online-Suchmaschinen.

Um die beiden Forschungsfragen mit einer ausreichend großen Datenmenge an Informationen beantworten zu können, wurden zur Bestätigung und Untermauerung der bereits resultierenden Ableitungen der Recherche, vier leitfadengestützte Interviews in den Monaten Juni 2021 und Juli 2021 durchgeführt. Da in dieser Masterarbeit vorrangig die diversen eHealth-Anwendungen im Bereich der Primärversorgung betrachtet werden, ergibt sich eine klare Zielgruppe der zu Interviewenden, weswegen primär Experten aus der Primärversorgung und dem niedergelassenen Bereich selektiert wurden.

Nach der Durchführung der Interviews wurden diese transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Um die Transkripte der Interviews dieser Masterarbeit zu analysieren, wird das zusammenfassende Analyseverfahren herangezogen. Dadurch wird das gesammelte Material auf ein Kleineres reduziert, um somit nur eine allgemeine Zusammenfassung der relevantesten Aussagen darzustellen.

Zuletzt wurden die Erkenntnisse des theoretischen und empirischen Teils dieser Masterarbeit in einem Katalog mit Handlungsempfehlungen summarisch dargestellt.

1.2 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Handlungsempfehlungen zu erörtern, welche umgesetzt werden müssen, um eine vergleichbare Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung wie Dänemark und den Niederlanden zu erzielen. Um diese Handlungsempfehlungen überblicksartig darstellen zu können ist das Hauptziel dieser Masterarbeit die Erstellung eines Katalogs mit Handlungsempfehlungen. Dieser Katalog kann anschließend als Wegweiser herangezogen werden, um in Österreich weitere Schritte zu setzen, damit der Bereich von eHealth und Telemedizin vorangetrieben werden kann.

1.3 Forschungsfrage

Wo steht Österreich im Vergleich zu den Ländern Dänemark und den Niederlanden bei der Umsetzung von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung? Welche Maßnahmen müssen bei der Integration und Nutzung von eHealth-Anwendungen berücksichtigt werden, um vergleichbare Ergebnisse wie in den anderen Ländern zu erzielen?

Kapitel 2

Definitionen und Begriffserklärungen

eHealth schafft eine Verbindung der Themen Gesundheit und Digitalisierung. Beide Themen weisen dabei eine hohe gesellschaftliche Bedeutung und auch eine permanente Aktualität auf. Zunehmend ist eine ständige Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesens wahrnehmbar, weswegen auch viele diverse Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen immer präsenter werden. Diese IKT und auch viele weitere eHealth-Anwendungen sind aus dem Versorgungsalltag in der Primärversorgung nicht mehr wegzudenken. Um näher auf die verschiedenen Potenziale und Herausforderungen der eHealth-Anwendungen einzugehen und die unterschiedlichen Anwendungsbereiche von Österreich, Dänemark und den Niederlanden zu vergleichen, bedarf es zunächst einer Auseinandersetzung mit den einzelnen Bereichen, aus denen sich eHealth zusammensetzt. Somit wird im folgenden Kapitel eine begriffliche Abgrenzung und Einordnung vorgenommen, um die Bedeutung von eHealth besser verstehen zu können. Dies soll als Basis für ein umfassendes Grundverständnis von eHealth dienen, weswegen im folgenden Kapitel die Begriffe eHealth, Gesundheitstelematik, Telemedizin und die Medizinische Informatik beschrieben werden. Da sich diese Masterarbeit mit den eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung beschäftigt, wird im letzten Punkt dieses Kapitels zudem noch die Begrifflichkeit der Primärversorgung definiert.

2.1 eHealth

Mittlerweile gibt es zahlreiche Definitionen des Begriffs „eHealth“ und zudem auch viele verschiedene unterschiedliche Schreibweisen wie bspw. „E-Health“ oder auch „e-Health“,

weshalb in der folgenden Masterarbeit gezielt die Schreibweise des Begriffs „eHealth“ wahrgenommen wird.

Um zunächst auf die Definition von eHealth näher einzugehen und ein grobes Verständnis des Begriffs zu erlangen, werden folgend verschiedene Definitionen aufgelistet, die eine unmittelbare Relevanz für diese Begrifflichkeit haben.

Die World Health Organization [WHO, 2021] interpretiert den Begriff eHealth wie folgt: „eHealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health. The eHealth unit works with partners at the global, regional and country level to promote and strengthen the use of ICT in health development, from applications in the field to global governance. The unit is based in the Department of Service Delivery and Safety in the Cluster of Health Systems and Innovation.”

Die Europäische Union definiert eHealth folgendermaßen: „eHealth refers to the use of modern information and communication technologies to meet needs of citizen, patients, healthcare professionals, healthcare providers as well as policy makers” [Trill, 2009].

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit beschreibt eHealth als Anwendungen, die für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten unterstützend sind. Hierbei stellen die diversen eHealth-Anwendungen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) dar. Auch der Einsatz von diversen Gesundheitsapplikationen kann dem Begriff eHealth untergeordnet werden, sofern diese eine Krankheit behandeln, eine Behinderung ausgleichen oder auch präventiv eingesetzt werden [Bundesministerium für Gesundheit, 2021].

Das eHealth Institut der FH JOANNEUM definiert eHealth wie folgt: „Entwicklung und managementgerechte Anwendung von IKT zur Förderung, Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung“ [eHealth Institut FH JOANNEUM, 2021].

Zusammenfassend leistet eHealth einen Beitrag für die digitale Vernetzung der Leistungserbringenden und auch zu der Eingliederung der Bürgerinnen und Bürger in den Ablauf der Kommunikation. eHealth setzt sich zum Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern, Prozesse zu optimieren, die Wirtschaftlichkeit zu verbessern und ebenso auch eine Transparenz für die Bürgerinnen und Bürger zu schaffen und deren Grundlage für die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu erhöhen [Trill, 2009].

Mehr Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen, eine höhere Sicherheit, Rechtzeitigkeit, Chancengleichheit sowie die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen, wird als vorrangiges Ziel von eHealth festgelegt. Die europäische Kommission erwartet durch den Einsatz von eHealth beträchtliche Verbesserungen zu dem Zugang zur Versorgung sowie deren Qualität. Des Weiteren sind Verbesserungen bei der Effizienz und der Produktivität des Gesundheitswesens zu erwarten [Mayr, 2011].

Gewährleistet wird diese Verbesserung der Versorgungsqualität durch folgende Punkte:

- Schaffung einer patientenzentrierten, standardisierten, institutionenübergreifenden Dokumentation und Kommunikation (bspw. herbeigeführt durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitsakte „ELGA“)
- Erstellung einer patientenorientierten und einrichtungsübergreifenden Unterstützung für die IT, welche den gesamten Versorgungsprozess begleiten soll
- Schaffung von qualitätsgesicherten Informationen für die Bevölkerung und Gesundheitsdiensteanbieterinnen und Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), welche online zur Verfügung stehen
- Integrierung von entscheidungsunterstützenden, telemedizinischen und telepflegerischen Systemen und Diensten
- Bereitstellung wesentlicher Daten für die Durchführung, Planung und Kontrolle von gesundheitsbezogenen Prozessen
- Ableitung von organisatorischen und technischen Maßnahmen, um die Datensicherheit und auch den Datenschutz zu gewährleisten

Durch die Erfüllung dieser genannten Punkte kann eHealth einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung leisten und zudem auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und auch die der GDA fundamental verbessern [Mayr, 2011].

2.2 Gesundheitstelematik

Im Jahre 1994 definierte die europäische Union (European Commission) die Telematik als die getrennte oder gemeinsame Anwendung von Informatik und Telekommunikationstechnik. Dabei sind die diversen telematischen Basisverfahren und Infrastrukturen neutral gegenüber der Anwendung und auch der Branchen. Spezielle fachliche Orientierungen und Begrifflichkeiten kristallisierten sich durch die Realisierung von Anwendungen heraus, welche auf telematischen Infrastrukturen und Diensten basierten. Dadurch entstand die Begrifflichkeit „Gesundheitstelematik“, welche ebenso unter den Begriffen Health Telematics bzw. eHealth bekannt ist, für das Gesundheitswesen.

Möchte man nun das generelle Wesen der Anwendungen der Telematik beschreiben, handelt es sich dabei immer um ortsunabhängige und einrichtungübergreifende Anwendungen. Diese Anwendungen sind miteinander vernetzt, um somit Raum und Zeit zu überbrücken und in weiterer Folge betriebliche Prozesse ganz oder teilweise abwickeln zu können bzw. eventuell diese sogar automatisieren zu können. Der Begriff Gesundheitstelematik beschreibt also ein Kunstwort, welches sich aus den Fachbereichen des Gesundheitswesens, der Telekommunikation und der Informatik ergibt (siehe Abbildung 2.1).



Abbildung 2.1: Zusammensetzung des Begriffs Gesundheitstelematik
[Haas, 2006, S.6]

Hierfür werden betriebliche Informationssysteme diverser Institutionen miteinander vernetzt oder auch verschiedene Funktionen solcher Informationssysteme den Nutzenden zur Verfügung gestellt. Diese Informationssysteme weisen meist eine höchst komplexe Struktur auf und stellen eine Topologie von Rechnernetzen dar.

Durch den Einsatz von Telematikanwendungen in allen Branchen wird das wesentliche Ziel verfolgt, die Wertschöpfung der betrieblichen Geschäftsprozesse zu erhöhen. Hierbei werden nicht nur die bereits bestehenden traditionellen Prozesse berücksichtigt, sondern vielmehr die Erstellung neuer Prozesse durch den Einsatz neuer Technologien [Haas, 2006].

2.3 Telemedizin

Grundsätzlich stellt die Telemedizin einen Bereich in der Telematik im Gesundheitswesen (Gesundheitstelematik) dar. Somit schafft die Telemedizin eine Verbindung der Bereiche Informatik und Telekommunikation. Das Verwenden von Informations- und Kommunikationstechnologien bezeichnet man als die Gesundheitstelematik. Durch die Verwendung können somit relevante Daten nicht nur elektronisch gespeichert werden, sondern es wird auch eine Übermittlung über verschiedene Datennetze garantiert. In der Gesundheitstelematik werden zwei Ziele verfolgt:

- Medizinische Daten von Patientinnen und Patienten elektronisch zu speichern und mittels einer elektronischen Patientenakte verfügbar zu machen
- Verbesserung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung, um räumliche Distanzen zu überwinden

Mit Hilfe der technischen Hilfsmittel können Spezialistinnen und Spezialisten somit Befunde oder Zweitmeinungen übertragen, ohne örtlich abhängig zu sein [Andelfinger, 2016].

Des Weiteren wird der elektronische Austausch von fallbezogenen diagnostischen und therapeutischen Daten über eine Distanz hinweg als Telemedizin bezeichnet [Jähn, 2004]. Auch medizinische Behandlungen, bei denen die Beteiligten keinen direkten Kontakt haben und versuchen die räumliche Distanz durch den Einsatz von technischen Hilfsmitteln zu überwinden, wie bspw. durch Informations- und Kommunikationstechnologien, werden dem Bereich der Telemedizin zugewiesen [Häcker et al., 2008].

Die Telemedizin wird dann in zwei Teilbereiche untergliedert. Zum einen wird die Zusammenarbeit und Kommunikation von diversen medizinischen Leistungsträgerinnen und Leistungsträgern, wie bspw. durch Ärztinnen und Ärzte, unterstützt. Dabei ist besonders wichtig zu beachten, die Transparenz von Prozessen zur Behandlung und den Transfer von medizinischem Wissen sicherzustellen. Zum anderen wird die Versorgung von telemedizinischen Dienstleistungen an der zu behandelnden Person durch die Ärztinnen und Ärzte fokussiert [Andelfinger, 2016].

Dabei umfasst die Telemedizin eine Vielfalt an diversen Anwendungen wie beispielsweise:

- Telemonitoring (medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten aus einer Entfernung)
- Teletherapie (GDA greift aus der Entfernung aktiv in die Behandlung von Patientinnen und Patienten ein)
- Telekonzil (behandelnder GDA holt Zweitmeinung eines entfernten GDA ein)
- Telekonferenz (entfernter GDA wird bei einer laufenden Behandlung von einem anderen GDA hinzugezogen)

Besonders Patientinnen und Patienten die an einer Herzinsuffizienz oder Diabetes leiden, sollten regelmäßig ihre Vitalparameter kontrollieren. Im Falle einer Herzinsuffizienz sollten die Parameter wie Blutdruck, Körpergewicht und die Herzfrequenz überprüft werden. Leiden die Patientinnen und Patienten an Diabetes bedarf es einer regelmäßigen Kontrolle des Blutdrucks, Blutzuckers und des Körpergewichts. Telemedizin könnte hier einen Nutzen schaffen, indem die zu behandelnden Personen nicht für jede notwendige Kontrolle der Parameter einen GDA aufsuchen müssen. Stattdessen können sie ein Telemonitoring-Set für zuhause bekommen, das beispielsweise ein Telefon, Blutdruckmessgerät, Körperwaage und ein Blutzuckermessgerät beinhaltet. Anschließend könnten diese Daten an den GDA weitergeleitet werden und sofern ein Grenzwert überschritten wird, benachrichtigt das System den GDA [BMSGPK, 2019f].

Die Einführung von telemedizinischen Dienstleistungen bringt nicht nur Vorteile für Patientinnen und Patienten mit sich, sondern auch für das gesamte Gesundheitswesen. Bei Beschwerden oder Kontrolluntersuchungen wird es ermöglicht, trotz größerer Distanz, keine weiten Entfernungen für die Untersuchung zurücklegen zu müssen. Dies ist vor allem bei Patientinnen und Patienten im höheren Alter, welche oft in ihrer Mobilität eingeschränkt

sind oder auch auf fremde Hilfe angewiesen sind, sehr nützlich. Des Weiteren kann auch ein ärztlicher Mangel, welcher besonders häufig in den ländlichen Regionen auftreten kann, umgangen werden, wodurch eine medizinische Notfallversorgung gewährleistet werden kann [Andelfinger, 2016].

2.4 Medizinische Informatik

Die Medizinische Informatik wird durch besondere Merkmale der Medizin begründet und als anwendungsbereichsspezifische Informatik bezeichnet. Sie beschreibt dabei die Wissenschaft der Verarbeitung von Information und die Gestaltung informationsverarbeitender Systeme im Gesundheitswesen sowie in der Medizin. Hierbei soll die Struktur-, die Prozess- und auch die Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt werden. Als Themen werden in der Medizinischen Informatik beispielsweise Klassifikationssysteme, Krankenhausinformationssysteme oder auch die Medizinische Bildverarbeitung behandelt. Mit verschiedenen Telekommunikationstechnologien deckt sie noch ein weiteres großes Fachgebiet ab [Zach, 2004].

Durch die Anwendung dieser Wissenschaft werden innovative Technologien in die Bereiche des Gesundheitswesens eingebracht und bilden eine Transformation nach den medizinischen Bedürfnissen. Um die klinischen Prozesse der IT mithilfe von innovativen Technologien zu unterstützen, trägt die Medizinische Informatik dazu bei, aktuelle und umfassende Informationen von Patientinnen und Patienten für therapeutische und diagnostische Entscheidung bereitzustellen. Überdies wird die Möglichkeit geboten, eine nahtlose Kommunikation zwischen allen Prozessbeteiligten zu gewähren. Dabei unterstützen die Anwendungen der Telemedizin und auch der Telematik eine dynamische Einbindung von Patientinnen und Patienten und tragen auch zur Förderung der digitalen Kommunikation der diversen GDA bei [Huebner et al., 2014].

2.5 Primärversorgung

Spricht man von dem Begriff Primärversorgung, so handelt es sich hierbei um die erste Anlaufstelle für alle Personen mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen. Täglich findet

die Primärversorgung bereits in Ordinationen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und auch in Spitälern statt. Um eine optimale pflegerische sowie auch medizinische qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, werden multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich etabliert. Diese stellen dabei eine innovative Form der Primärversorgung in Österreich dar.

Durch die Primärversorgung wird das Ziel verfolgt, allen Menschen, welche ein gesundheitliches Anliegen haben, eine leicht zugängliche Kontaktstelle bereitzustellen. Mittels der zahlreichen Kooperationen der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen, wird eine vollendete Versorgung zur Verfügung gestellt. Die Patientinnen und Patienten werden während ihres gesamten Behandlungswegs begleitet, wodurch doppelte Arztbesuche verringert werden können, Wartezeiten reduziert werden und sich die Vereinbarung von Terminen als wesentlich einfacher herausstellt. Die aktive Gesundheitsförderung soll durch den Ansatz der Primärversorgung gefördert werden und auch die Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten soll durch eine gesundheitsorientierte Behandlung verbessert werden. Des Weiteren stellen die wohnortnahe Betreuung und die flexiblen und längeren Öffnungszeiten einen zentralen Faktor der Primärversorgung dar [BMSGPK, 2019].

Im Juni 2017 legte die Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes das Fundament für den Anbeginn von 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich bis zum Jahr 2021. Das Kernteam besteht aus Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und medizinischen Fachangestellten. Je nach Bedarf der Region können auch noch weitere Berufsgruppe zum Kernteam hinzugezogen werden, wie bspw. Kinderärztinnen und Kinderärzte oder Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe (Physiotherapie, Sozialarbeit, etc.). Die Schaffung dieser PVE zielt auf eine Reduzierung der Patientenbesuche in den Ambulanzen sowie Senkung der hohen Behandlungskosten ab, da diese in den Ambulanzen deutlich höher sind. Des Weiteren sollen Patientinnen und Patienten dabei unterstützt werden, die für sie bestgeeignetste extramurale Versorgung zu finden [Bachner et al., 2019].

Schlussfolgerung

Durch den Einsatz von eHealth-Anwendungen und IKT kann die Qualität sowie die Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens deutlich erhöht werden. Nebenbei kann eine Modernisierung und die ständige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gewährleistet werden. Der Aufbau einer integrierten und patientenzentrierten Versorgung schafft dabei einen wertvollen Nutzen für die Bevölkerung, für die GDA und ebenso auch für viele weitere Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens.

Kapitel 3

Ein Vergleich der Gesundheitssysteme

Ein Grundsatz moderner Gesellschaften ist allen Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung zu gewähren, unabhängig von deren Gesundheitszustand und Einkommen. Dieser Grundsatz wird auch in der Sozialcharta der Europäischen Union festgehalten und kann nur durch die öffentliche Finanzierung (Steuern, Sozialabgaben) erfüllt werden. So decken Steuern und die Sozialabgaben in etwa 70 bis 85 Prozent der Gesundheitsausgaben ab.

Dabei haben sich zwei unterschiedliche Typen der Versicherungssysteme der öffentlichen Gesundheitsversorgung herauskristallisiert: Beveridge- und Bismarck-System.

Im Beveridge-System werden staatliche Versorgungsnetze von Krankenhäusern und Arztpraxen geboten, welche aus Steuern finanziert sind und zu denen die gesamte Bevölkerung Zugang hat. Die Regeln werden durch die Politik und von Akteurinnen und Akteuren des Staates festgelegt. Dieses System findet sich unter anderem beispielsweise in England, Kanada, Italien, Spanien und auch in den skandinavischen Ländern.

Im Bismarck-System nimmt der Staat eine weniger tragende Rolle ein. Hier finanzieren die sozialen Krankenversicherungen, welche aus den Sozialabgaben der Arbeitgebenden und der versicherten Personen finanziert werden. Bei dem Bismarck-System gibt es drei unterschiedliche Grundrichtungen: die regionale bzw. zentrale Einheitsversicherung (Tschechien, Polen und Frankreich), die betriebliche bzw. berufliche und regionale Pflichtversicherung (Japan, Belgien, Österreich) und das gegliederte System mit freier Kassenwahl und Kassenwettbewerb (Schweiz, Deutschland und Niederlande).

Die Ausnahme bildet das privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitssystem der USA [AOK-Bundesverband, 2016].

Um nun die unterschiedlichen Gesundheitssysteme von Österreich, Dänemark und den Niederlanden kennenzulernen und den Unterschied der Kompetenzen, Finanzierung und deren Gesundheitsversorgung zu erkennen, werden im folgenden Kapitel alle drei Gesundheitssysteme näher erläutert.

3.1 Das österreichische Gesundheitssystem

Demografie

Österreich ist ein Bundesstaat und eine demokratische Republik und besteht aus neun unterschiedlichen Bundesländern mit 8,9 Millionen [Statistik Austria, 2021] Österreicherinnen und Österreicher. Im Jahr 2018 betragen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 10,3% des BIP (Bruttoinlandsprodukt) und generell zählt Österreich mit einem Bruttoinlandsprodukt, KKB (kaufkraftbereinigt) pro Kopf im Jahr 2019 von etwa 60.418 US Dollar [WKO, 2021e] zu einem der wohlhabendsten Ländern der Europäischen Union. In Bezug auf den Gesundheitszustand ist eine stetige Verbesserung der österreichischen Bevölkerung zu erkennen.

Die Lebenserwartung bei Geburt in Österreich lag im Jahr 2017 bei 84 Jahren für Frauen und 79 Jahren bei Männern. Die häufigsten Erkrankungen sowie die häufigsten Todesursachen sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und bösartige Neubildungen. Pro 1.000 Ansässige stehen 5,2 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung [OECD/EOHSP, 2019], je 1.000 Ansässige stehen 1,6 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin zur Verfügung und pro Person sind 13 Kontakte mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten außerhalb der Spitäler rückzuführen [BMSGPK, 2019a]. Generell ist seit 2000 ein deutlicher Anstieg an Fachärztinnen und Fachärzten in Österreich wahrzunehmen, während der Anteil der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner einer der niedrigsten in der EU ist (15% aller Ärztinnen und Ärzte) [OECD/EOHSP, 2019].

Komptenz und Finanzierung

Geprägt ist das österreichische Gesundheitssystem durch eine föderalistische politische Struktur. Die Bundesverfassung legt fest, dass fast alle Bereiche des Gesundheitswesens

primär in der Kompetenz vom Bund liegen. Ausgenommen davon ist der stationäre Bereich bzw. das Krankenanstaltenwesen. Hier werden die Grundsätze vom Bund vorge-schrieben, die Vollziehung und Ausführung der Gesetzgebung obliegt aber den einzelnen Bundesländern. Für die haus- und fachärztliche Versorgung ist im Wesentlichen die So-zialversicherung zuständig, während die Verantwortung der einzelnen Krankenanstalten den Bundesländern obliegt [Hofmarcher, 2013].

In Österreich finanziert sich das Gesundheitssystem durch eine Synkrise aus steuerfinan-zierten öffentlichen Geldern, einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen und ebenso auch aus privaten Zuzahlungen von direkter oder indirekter Kostenbeteiligung. Unabhängig vom Alter, Einkommen, Geschlecht oder Herkunft der Ansässigen, wird durch diese solidarische Finanzierung ein gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleistet.

Somit beruht die Gesundheitsversorgung in Österreich auf einem Sozialversicherungsmodell, welches durch die Pflichtversicherung gekennzeichnet ist. Die unten angeführte Grafik stellt die Sturkturreform der österreichischen Krankenversicherung grafisch dar.

| Die Österreichische Sozialversicherung | | | Die Österreichische Sozialversicherung NEU | | |
|---|---------------------------------|--|---|--|--|
| Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger | | | Dachverband | | |
| Unfall- versicherung | Kranken- versicherung | Pensions- versicherung | Unfall- versicherung | Kranken- versicherung | Pensions- versicherung |
| Allgemeine Unfall- versicherungs- anstalt | 9 Gebiets- krankenkassen | Pensions- versicherungs- anstalt | Allgemeine Unfall- versiche- rungs- anstalt (AUVA) | Öster- reichische Gesund- heitskasse (ÖGK) | Pensions- versiche- rungs- anstalt (PVA) |
| | 5 Betriebs- krankenkassen | | | | |
| | SVA der gewerblichen Wirtschaft | | | | |
| Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau | | | | | |
| Sozialversicherungsanstalt der Bauern | | | Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS) | | |
| Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter | | | VA öffentlich Bedienstete, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB) | | |
| | | VA des österr. Notariats | | | |

Abbildung 3.1: Strukturreform der österreichischen Krankenversicherung [BMSGPK, 2019a, S.6]

Mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit tritt die Versicherung üblicherweise ein. Versicherte, welche freiwillig oder selbstständig agieren, müssen die Aufnahme in eine Versicherungsgemeinschaft selbstständig beantragen.

Generell besteht in Österreich keine freie Wahl des Krankenversicherungsträgers und es erfolgt eine Zuteilung abhängig von der Berufsgruppe. Des Weiteren kann der Versicherungsträger auch durch den Wohnort der versicherten Person oder des Beschäftigungsortes zugeteilt werden. Durch diese Zuteilungsweise der Sozialversicherungen stehen die in Österreich vorhandenen Sozialversicherungsträger nicht im Wettbewerb zueinander.

Wie schon weiter oben erwähnt, obliegt dem Bund die Zuständigkeit der Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen. Auf Basis bundesgesetzlicher Regelungen wird die Durchführung der Krankenversicherung jedoch von der Sozialversicherung wahrgenommen. Insbesondere die Bereitstellung von Vertragsleistungen im extramuralen (niedergelassenen) Bereich werden hier umfasst [BMSGPK, 2019a].

Zielsteuerungsvertrag

Für den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene vereinen sich die großen Finanziere Österreichs, Bund, Länder und Sozialversicherung für eine Zusammenarbeit. Mit dem Zielsteuerungsvertrag werden gemeinsame strategische und operative Ziele verfolgt, ebenso wie die auf Bundes- und Landesebene zu setzenden Maßnahmen. Um eine operative Umsetzung zu gewährleisten, wurde der Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2017 bis 2021 festgelegt. Neben dem Ziel die ambulante Versorgung zu verstärken, wurde auch die rasche Umsetzung der neuen Primärversorgung und auch der umfassende Ausbau von modernen Technologien als Ziel niedergeschrieben.

Gesundheitsversorgung

In Österreich ist die Erbringung von Gesundheitsdiensten durch einen freien Zugang zu allen Ebenen der Versorgung gekennzeichnet, welche durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzten und Krankenhäuser ausgeführt werden. Ein formales Gatekeeping-System besteht in Österreich nicht. Sofern die Behandlung im extramuralen Bereich erfolgt, können Patientinnen und Patienten zwischen Einzelordinationen, Spitalsambulanzen, Gemeinschaftspraxen und selbstständigen Ambulatorien wählen. Der Fokus der Gesundheitsversorgung in Österreich richtet sich

stark auf die stationäre Versorgung. Im Jahr 2015 hatte Österreich die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit in der EU [Bachner et al., 2019]. In der Gesundheitsversorgung verfügt Österreich über reichlich Ressourcen, weshalb die Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und die Anzahl der Krankenhausbetten im Verhältnis zur Bevölkerung im europäischen Vergleich weit an der Spitze liegt.

Großteils werden die österreichischen Bürgerinnen und Bürger von frei praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ambulant in deren Einzelpraxen behandelt. Laut Stand von 2017 werden rund 45.600 Ärztinnen und Ärzte (ohne fachärztliches Personal der Zahnmedizin) in Österreich gezählt. Von der gesamten Anzahl der Ärztinnen und Ärzte sind 32% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Allgemeinmedizin tätig, 50% sind Fachärztinnen und Fachärzte und 18% sind Zahnärztinnen und Zahnärzte. 61% der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich haben einen Kassenvertrag. Ebenso gibt es in Österreich aber auch die Möglichkeit ohne Kassenvertrag zu ordinieren, welche dann als Wahlärztinnen und Wahlärzte bezeichnet werden.

Des Weiteren wird die ambulante Versorgung in Österreich auch noch von zahlreichen weiteren Gesundheitsberufen ausgeführt. Therapeutisches Personal im Bereich der Psycho-, Ergo- und Physiotherapie, Logopädinnen und Logopäden und Hebammen können ihren Beruf mit und auch ohne Kassenvertrag ausführen.

Zwei Drittel der ambulanten Kontakte von 136,3 Millionen finden in Einzelpraxen von Kassenärztinnen und Kassenärzten statt [BMSGPK, 2019a].

Primärversorgung

Die derzeitige Gesundheitsreform in Österreich verfolgt das Ziel, die Erbringung von stationären Leistungen in die Richtung der ambulanten Versorgung zu verlagern. Dabei liegt ein Schwerpunkt auch auf der Forcierung der Primärversorgung [Bachner et al., 2019]. Wie schon im Kapitel „Definitionen und Begriffserklärungen“ erwähnt, wurden mit der laufenden Gesundheitsreform im Jahr 2017 die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die neue Primärversorgung in Österreich festgelegt. Mit dieser neuen Primärversorgung sollen bis zum Jahr 2021 75 Primärversorgungszentren in Österreich geschaffen werden, welche den Ansatz einer wohnortnahen, multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung verfolgen [BMSGPK, 2019a].

Durch die Schaffung der Primärversorgungseinheiten soll die Anzahl der Ambulanzbesuche reduziert werden, da diese Kosten der Behandlungen deutlich höher sind. Ebenso soll Patientinnen und Patienten die Unterstützung geboten werden, die für sie geeignetste extramurale Versorgung zu identifizieren. Zudem soll durch die Einrichtung der Primärversorgungseinheiten die Koordination der Versorgung von chronischen Erkrankungen durch die erweiterte Zusammenarbeit der Berufsgruppen verbessert werden [Bachner et al., 2019].

Österreich weist eine hohe Anzahl von Krankenhausaufnahmen auf, bedingt durch chronische Erkrankungen, welche durch eine stärkere Primärversorgung vermeidbar wären. Mit der Schaffung der PVE soll aber auch eine nachhaltige und gleichmäßige Versorgung und Verteilung von Ärztinnen und Ärzten und anderen GDA ermöglicht werden und die Attraktivität der Berufsausübung gestärkt werden. Die Leistungserbringung in Österreich ist generell stark von der Ausübung der Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten sowie von Fachärztinnen und Fachärzten abhängig. Zudem ist eine geringe Anzahl an Medizinabsolvierenden, eine Stagnierung von Ärztinnen und Ärzten mit Kassenverträgen und eine stetige Alterung der Ärztinnen und Ärzte wahrzunehmen, was zu vielen Herausforderungen für die Primärversorgung führt. Dieses Ungleichgewicht soll mit den zukünftigen PVE überwunden werden [OECD/EOHSP, 2019].

Vorwiegend wird die Primärversorgung und auch die fachärztliche niedergelassene Versorgung von selbstständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzten realisiert. 6 600 Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin arbeiteten im Jahr 2015 in deren unabhängigen und selbstständigen Praxen. Dabei hatten 62% der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner einen Vertrag mit einem oder auch mit mehreren Krankenversicherungsträgern [Bachner et al., 2019]. Mittlerweile gibt es in ganz Österreich laut aktuellem Stand 27 geschaffene Primärversorgungseinheiten [Österreichische Sozialversicherung, 2021].

3.2 Das dänische Gesundheitssystem

Demografie

Dänemark liegt in Nordeuropa und ist ein Teil von Skandinavien. Auf einer Fläche von 43,094 km² verteilen sich 5,8 Millionen Menschen. Im Jahr 2018 betrug die öffentlichen Gesundheitsausgaben 10,1% des BIP. Mit einem Bruttoinlandsprodukt, KKB (kaufkraftbereinigt) pro Kopf im Jahr 2019 von etwa 62.090 US Dollar [WKO, 2021c] liegt Dänemark

über dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf hingegen zu Österreich. Die Lebenserwartung bei Geburt in Dänemark lag im Jahr 2018 bei 83 Jahren für Frauen und 79 Jahren bei Männern [WKO, 2021b].

Ebenso wie in Österreich sind auch in Dänemark die häufigsten Erkrankungen sowie die häufigsten Todesursachen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und bösartige Neubildungen. Je 1.000 Ansässige stehen 3,6 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung, davon sind ein Fünftel Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, welche überwiegend in privaten Einzelpraxen arbeiten. Da Dänemark die höchste Anzahl an Pflegepersonal pro Kopf unter den EU-Ländern hat, beschloss die Regierung eine Fachausbildung für Pflegepersonal in der chronischen Pflege außerhalb von Krankenhäusern einzurichten. Hierfür wären diese hauptsächlich in Hausarztpraxen und kommunalen Gesundheitsdiensten tätig [OECD/EOHSP, 2017a].

Kompetenz und Finanzierung

Das dänische Gesundheitssystem basiert auf den Prinzipien des freien und gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürgern. Es werden qualitativ hochwertige Leistungen angeboten, die größtenteils durch allgemeine Steuern finanziert werden.

Das Gesundheitssystem in Dänemark gliedert sich in drei politischen und administrativen Ebenen auf. Der Staat bildet die nationale Ebene, die Regionen die regionale Ebene und die einzelnen Gemeinden bilden die lokale Ebene.

Übergreifende Regulierungs- und Aufsichtsfunktionen in der Gesundheits- und Altenpflege obliegen dem Staat. Die fünf Regionen sind vor allem für die Krankenhäuser, die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und für die psychiatrische Versorgung zuständig. Die Zuständigkeit der primären Gesundheitsdienste sowie der Altenpflege obliegt den 98 Gemeinden [The Danish Ministry of Health, 2021].

Alle Ansässigen tragen zur Finanzierung des Gesundheitswesens durch föderale und lokale Steuern bei. Hierbei finanzieren die Steuereinnahmen 84% der gesamten Gesundheitsausgaben. Die restlichen 16% der Gesundheitsausgaben ergeben sich hauptsächlich durch Beiträge zu den Kosten von Medikamenten, verordneter Physiotherapie, Brillen und Zahnbehandlungen [Schmidt et al., 2019]. Zur Finanzierung des Großteils der regionalen

und lokalen Gesundheitsausgaben erhebt der Staat eine Gesundheitsbeitragssteuer. Dieser Gesundheitsbeitrag beträgt 8% auf das zu versteuernde Einkommen der Dänen [The Ministry of Health, 2008].

Gesundheitsversorgung

Das dänische Gesundheitssystem kann als ein dreigliedriges System der Gesundheitsversorgung beschrieben werden, bestehend aus privaten (selbstständigen) Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und den kommunalen Gesundheitsdiensten (Pflegeheime, Pflegepersonal) [EOHSP, 2001].

Grundsätzlich kann das Gesundheitssystem in Dänemark als dezentralisiert bezeichnet werden, wobei die Verantwortung der Primär- und Sekundärversorgung auf lokaler Ebene angesiedelt wurde. Der Zugang zu einer breiten Palette von Gesundheitsdienstleistungen ist für alle Einwohnerinnen und Einwohner weitgehend kostenlos. Die Anzahl der Krankenhausbetten ist seit Ende der 1980er Jahre im Akut- und Langzeitbereich rückläufig [World Health Organization, 2012] und liegt etwa bei der Hälfte des EU-Durchschnitts (2,5 gegenüber 5,1 pro 1.000 Ansässige) [OECD/EOHSP, 2017a]. Mit der Zunahme an ambulanten Behandlungen hat sich auch die durchschnittliche Verweildauer verringert. In Dänemark bilden die Krankenschwestern- und Pfleger die größte Gruppe des Gesundheitspersonals und die Zahl ist in den letzten Jahren stetig angestiegen [World Health Organization, 2012].

Primärversorgung

Die primäre Gesundheitsversorgung wird von Hausärztinnen und Hausärzten und anderen GDA (Fachärztliches Personal im Bereich der Zahnmedizin, Physiotherapie, Psychologie) ausgeführt. Die Anbieter der primären Gesundheitsversorgung haben Verträge mit dem nationalen Gesundheitsdienst und werden auch von diesem erstattet.

Hausärztinnen und Hausärzte besitzen in Dänemark die erforderlichen Fähigkeiten, um die Notwendigkeit der Überweisung von Patientinnen und Patienten an spezialisiertes Personal zu beurteilen. Bei deren Behandlung werden sie von Labordiensten und der diagnostischen Bildung unterstützt. Generell haben alle Ansässige Dänemarks das Recht, sich bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt ihrer Wahl eintragen zu lassen. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind dann dazu verpflichtet, die Patientinnen und Patienten zu versorgen,

welche bei ihnen registriert sind. Durchschnittlich behandelt eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt circa 1.600 Patientinnen und Patienten. Generell sind Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner immer die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und nehmen somit eine Schlüsselposition im dänischen Gesundheitssystem ein, da sie als Gatekeeper für die sekundäre Versorgung agieren [Schmidt et al., 2019].

Das bedeutet, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt dafür verantwortlich ist, dass die Patientinnen und Patienten Zugang zu der bestmöglichen Behandlung haben. Unterstützt werden die Hausärztinnen und Hausärzte durch diagnostische und fachliche Unterstützung von Krankenhäusern, welche sich durch Laboranalysen, Scans und verschiedenen Röntgenaufnahmen kennzeichnet. Mit den 1.600 Patientinnen und Patienten die jede Ärztin bzw. jeder Arzt durchschnittlich behandelt, kommt jede Patientin bzw. jeder Patient durchschnittlich sieben Mal pro Jahr mit dem dänischen Gesundheitssystem in Kontakt. Die überwiegende Mehrheit dieser medizinischen Fälle werden von den Hausärztinnen und Hausärzte selbst behandelt ohne eine Überweisung zu weiteren Untersuchungen oder spezialisierten Behandlungen auszustellen. Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind dabei in Einzelpraxen registriert [The Ministry of Health, 2017].

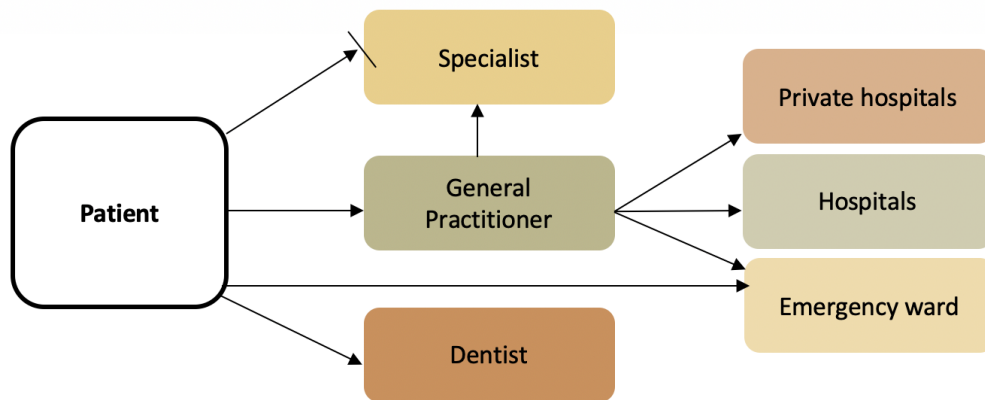


Abbildung 3.2: Zugangsstruktur der ärztlichen Versorgung in Dänemark
[The Ministry of Health, 2017, S.14]

In Dänemark ist der Primärversorgungssektor stark ausgebaut und profitiert von einem hohen Einsatz an Informations- und Kommunikationstechnologien in der Gesundheitsversorgung.

Fast die gesamte dänische Bevölkerung (99%) wird als die sogenannte Gruppe 1 eingestuft. Jede Person der Gruppe 1 muss sich bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt

registrieren lassen, welche bzw. welcher die Primärversorgung sicherstellen muss sowie eine Gatekeeping-Funktion für den Zugang zu Krankenhaus- und Facharztversorgung übernimmt. Bürgerinnen und Bürger der Gruppe 1 haben das Recht auf kostenlose medizinische Hilfe von Hausärztinnen und Hausärzten und das Recht auf kostenlose medizinische Hilfe von Fachärztinnen und Fachärzten in privater Praxis, sofern sie eine Überweisung von ihrer Hausärztin bzw. ihres Hausarztes bekommen haben. Bürgerinnen und Bürger der Gruppe 2 haben das Recht auf medizinische Hilfe von jeder Hausärztin bzw. jedem Hausarzt und können Fachärztinnen und Fachärzte in privater Praxis ohne Überweisung aufsuchen. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Leistungen zahlungspflichtig sein können [The Ministry of Health, 2017]. Beide Gruppen benötigen eine Überweisung für die Versorgung in einem Krankenhaus.

Obwohl in Dänemark ein Rückgang der Akutversorgung wahrzunehmen ist, scheint sich das System der Primärversorgung dennoch gut zu halten [OECD/EOHSP, 2017a].

3.3 Das niederländische Gesundheitssystem

Die Philosophie des niederländischen Gesundheitssystems basiert auf mehreren universellen Prinzipien. Die Prinzipien welche verfolgt werden sind der Zugang zur Versorgung für alle, Solidarität durch die Krankenversicherung (die für alle obligatorisch und für alle zugänglich ist) und qualitativ hochwertige Gesundheitsdienstleistungen [Ministry of Public Health, Welfare and Sport, 2016].

Demografie

Die Niederlande liegen im Nordwesten und sind ein Teil der Beneluxstaaten. Auf einer Länderfläche von 41,543 km² verteilen sich 17,4 Millionen Menschen. Im Jahr 2018 betragen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 10,0% des BIP. Mit einem Bruttoinlandsprodukt, KKB (kaufkraftbereinigt) pro Kopf im Jahr 2019 von etwa 61.285 US Dollar [WKO, 2021d] liegen die Niederlande, ebenso wie Dänemark, über dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf im Vergleich zu Österreich.

Die Lebenserwartung bei Geburt in den Niederlanden lag im Jahr 2018 bei 83 Jahren für Frauen und 80 Jahren bei Männern [WKO, 2021b]. Die häufigsten Erkrankungen sowie die häufigsten Todesursachen in den Niederlanden sind bösartige Neubildungen, Krankheiten

des Herz-Kreislauf-Systems sowie Alzheimer und andere Demenzerkrankungen. Für einen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen gibt es keine Anzeichen und auch die Ärztedichte steigt weiterhin an und nähert sich mit den 3,4 Ärztinnen und Ärzte dem EU-Durchschnitt (3,6 pro 1.000), während die Krankenschwesterdichte deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt [OECD/EOHSP, 2017b].

Kompetenz und Finanzierung

Das niederländische Gesundheitssystem wird durch vier grundlegende gesundheitsbezogene Gesetze geregelt: das Krankenversicherungsgesetz, das Pflegegesetz, das Sozialhilfegesetz und das Jugendgesetz. Diese vier gesundheitsbezogenen Gesetze bilden die Grundlage des niederländischen Gesundheitssystems.

Das Krankenversicherungsgesetz und das Pflegegesetz machen den Großteil des in den Niederlanden verfügbaren Gesundheitsbudgets aus. Das Langzeitpflegegesetz ist ein nationales Gesetz, das die Gesundheitsversorgung in den gesamten Niederlanden regelt. Bei der Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes spielen private Krankenversicherungsunternehmen eine Schlüsselrolle in einem System, das auf einer Wettbewerbsbasis und einer Reihe von spezifischen öffentlichen Anforderungen basiert. Das Sozialhilfegesetz und das Jugendgesetz regeln andere Formen der Betreuung und Unterstützung, für deren Durchführung die rund 400 Gemeinden zuständig sind.

Im Jahr 2006 ist das Krankenversicherungsgesetz in Kraft getreten, weswegen nun alle Einwohnerinnen und Einwohner Anspruch auf ein umfassendes Basis-Krankenversicherungspaket haben. Dieses Gesetz wird von privaten, wettbewerbsfähigen Versicherungen und GDA umgesetzt. Mit der Einführung des Gesetzes wurde das Gesundheitssystem von einem angebotsorientierten zu einem nachfrageorientierten System umgewandelt. Obwohl das Gesundheitssystem ein privates System ist, übernimmt die Regierung eine kontrollierende Rolle, um das öffentliche Interesse zu schützen.

Wenn zum Beispiel jemand seine Hausärztin bzw. seinen Hausarzt aufsuchen muss oder ins Krankenhaus eingeliefert wird, wird dies aus der obligatorischen Grundversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz bezahlt. Diejenigen, die eine 24-Stunden-Pflege benötigen, können die Bestimmungen des Pflegegesetzes in Anspruch nehmen. Das Sozialhilfegesetz und das Jugendgesetz sehen weitere Formen der Unterstützung, Hilfe und Betreuung vor.

Die kurative Medizin wird in den Niederlanden nur durch das Krankenversicherungsgesetz abgedeckt. Somit werden ungefähr 60% des gesamten Gesundheitsbudgets für Leistungen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes verwendet.

Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden kombiniert Elemente der öffentlichen und privaten Versicherung. Privatpersonen sind verpflichtet, eine Basiskrankenversicherung abzuschließen und können ihre Anbieterin bzw. ihren Anbieter frei wählen. Die Krankenversicherungen sind verpflichtet die Personen aufzunehmen, unabhängig von deren Gesundheitszustand. Zudem sind alle Prämien für alle Versicherten gleich, unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder Herkunft. An der eigentlichen Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes ist die Zentralregierung nicht direkt beteiligt. Die Abläufe werden von GDA, Krankenversicherungen und Versicherten bestimmt.

Das Basis-Krankenversicherungspaket umfasst den Großteil der wesentlichen medizinischen Versorgung, Medikamente und Hilfsmittel, die dem Stand der Technik und der medizinischen Praxis entsprechen. Einige Leistungen der Physiotherapie und der Zahnpflege sind ebenso im Paket enthalten. Neben dem obligatorischen Grundversicherungspaket bieten die Krankenversicherungen Zusatzversicherungen für weitere Leistungen an, die von etwa 90% der niederländischen Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Dazu gehören z.B. eine spezielle Zahnversicherung, Alternativmedizin/Homöopathie, Brillen und Kontaktlinsen sowie eine großzügigere Absicherung von Physiotherapie, Mutterschaftsvorsorge und Medikamenten [Ministry of Public Health, Welfare and Sport, 2016].

Die Bürgerinnen und Bürger zahlen eine gemeinschaftsbezogene Prämie an ihre Versicherungen und einen einkommensabhängigen Arbeitgeberbeitrag in einen zentralen Fond. Dieser wird wiederum risikoadjustiert unter den Versicherungen verteilt. Die Langzeitpflege wird über ein separates Einzahlersystem finanziert, welches durch einkommensabhängige Beiträge zustande kommt [OECD/EOHSP, 2017b].

Gesundheitsversorgung

Das niederländische Gesundheitssystem ist eines der teuersten in der EU. Dabei profitieren die Ansässigen von einem guten Zugang zu einem dichten Netz von effektiven Anbieterinnen und Anbietern der Primär- und Sekundärversorgung und ebenso auch von einer

umfangreichen Langzeitpflege [OECD/EOHSP, 2017b]. Im niederländischen Gesundheitssystem sind in erster Linie private GDA und Krankenversicherungen für die Bereitstellung von Dienstleistungen verantwortlich. Dabei erfolgt die meiste Gesundheitsversorgung im Bereich der präventiven Versorgung, Primärversorgung, Sekundärversorgung und der Langzeitpflege. Besonders die integrierte Pflege bei chronischen Krankheiten, Pflege von Multimorbiditäten und die Verlagerung der Pflege auf die niedrigeren Ebenen der Spezialisierung, kennzeichnen die niederländische Gesundheitsversorgung [WHO, 2016]. Zudem ist eine niedrige Zahl an vermeidbaren Krankenhausaufenthalten festzustellen, was auf die effektive Primär- und Sekundärversorgung zurückzuführen ist [OECD/EOHSP, 2017b].

Primärversorgung

Vor allem in der Primärversorgung arbeiten in den Niederlanden Fachkräfte zunehmend in größeren organisatorischen Einheiten, beispielsweise in primären Gesundheitszentren, sowie in multidisziplinären Teams. Im Jahr 2002 gab es eine Verlagerung der Versorgung. Mit dieser wurden Tätigkeiten der Sekundärversorgung zur Primärversorgung verlagert. Somit werden chronische Krankheiten behandelt und auch risikoarme Behandlungen, wie bspw. kleine Operationen, durchgeführt.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, scheint die Primärversorgung in den Niederlanden deutlich stärker zu sein, was man an der niedrigen Zahl der Krankenhausesentlassungen feststellen kann. Ebenso liegt nur eine niedrige Anzahl an vermeidbaren Krankenseinweisungen vor, weswegen man darauf rückschließen kann, dass die Primärversorgung dazu beiträgt die Entwicklung ernsthafter Symptome zu verhindern und ebenso auch zu einer niedrigen Sterblichkeit führt.

In den Niederlanden erfolgt eine Überweisung zur Versorgung in ein Krankenhaus nur durch Hausärztinnen und Hausärzte. Dabei haben Patientinnen und Patienten jedoch die freie Krankenhauswahl [OECD/EOHSP, 2017b].

Die Primärversorgung in den Niederlanden umfasst eine Vielzahl von Anbieterinnen und Anbietern und setzt sich aus Hausärztinnen und Hausärzten und weiteren Personen von Gesundheitsberufen (Physiotherapie, Apotheke, Psychologie, Pflegefachpersonal) zusammen. Die Politik in den Niederlanden zielt darauf ab, eine zentrale Rolle für die Hausärztinnen und Hausärzte in der Gemeinschaftsversorgung zu schaffen, um somit das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten zu fördern und eine starke Gatekeeping-

Funktion der Hausärztinnen und Hausärzte zu schaffen. Diese spielen bereits eine zentrale Rolle in der Primärversorgung und fungieren als Gatekeeper [WHO, 2016].

3.4 Schlussfolgerung

Die Gesundheitssysteme der drei Ländern lassen sich grundsätzlich alle einem Gesundheitssystem zuordnen. Österreich agiert nach dem Bismarck-Modell mit der beruflichen und regionalen Pflichtversicherung. Auch die Niederlande agieren nach dem Bismarck-Modell, wobei dort die freie Kassenwahl und der Kassenwettbewerb herrscht.

Nur Dänemark lässt sich dem Beveridge-Modell zuweisen.

Alle der drei Länder setzen die primäre Gesundheitsversorgung in den Fokus, wobei in Österreich die meiste Versorgung in dem stationären Bereich erfolgt. In Dänemark fungieren die Hausärztinnen und Hausärzte als Gatekeeper und stellen somit die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten dar, weshalb sie eine zentrale Schlüsselrolle der Primärversorgung einnehmen. In den Niederlanden erfolgt die meiste Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten. In der folgenden Tabelle werden zusammenfassend noch einmal alle wichtigen Faktoren der Ländern dargestellt, um die jeweiligen Unterschiede überblicksartig darzustellen. Die dazu verwendeten Daten wurden von dem Kapitel 5 „Ein Vergleich der Gesundheitssysteme“ herangezogen. Die Spitalbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie die Krankenhausentlassungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner wurden von einem Vergleich des spanischen Gesundheitsministeriums [Bundesministerium für Gesundheit Spanien, 2019] verwendet und stammen aus dem Jahr 2017. Die Gesundheitsausgaben der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung für Österreich [OECD/EOHSP, 2019], Dänemark [OECD/EOHSP, 2017a] und den Niederlanden [OECD/EOHSP, 2017b] stammen von den jeweiligen „Länderprofilen Gesundheit“ der European Observatory on Health Systems and Policies.

Kapitel 3 Ein Vergleich der Gesundheitssysteme

| | ÖSTERREICH | DÄNEMARK | NIEDERLANDE |
|---|---|--|---|
| BIP (Stand 2018) | 10,3 | 10,1 | 10,0 |
| Gesamtbevölkerung in Millionen (Stand 2020) | 8,9 | 5,8 | 17,4 |
| Versicherungsmodell | Bismarck-Modell | Beveridge-Modell | Bismarck-Modell |
| Vorherrschende Finanzierungsquelle für öffentliche Gesundheitsausgaben | Sozialversicherung | Steuern | Sozialversicherung |
| Ärztedichte pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand 2017) | 5,2 | 3,6 | 3,4 |
| Spitalbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand 2017) | 7,4 | 2,6 | 3,3 |
| Krankenhausentlassungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand 2017) | 250 | 145 | 119 |
| Hausärztin bzw. Hausarzt fungiert als Gatekeeper | Nein | Ja | Ja |
| Gesundheitsausgaben der Gesamtausgaben (Ambulant/Stationär) (Stand 2017) | 28% / 34% | 35% / 25% | 30% / 24% |
| Primärversorgung | <p>Durch laufende Reformen soll</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primärversorgung gestärkt werden - Abhängigkeit von Krankenhäusern verringert werden - Bis Ende 2021 -> Etablierung von 75 PVE | <ul style="list-style-type: none"> - Primärversorgungssektor stark ausgebaut - Hausärztinnen und Hausärzte nehmen Schlüsselposition als Gatekeeper ein | <ul style="list-style-type: none"> - Durch Verlagerung der Versorgung Tätigkeiten der Sekundärversorgung auf Primärversorgung verlagert - Trend von Primärversorgungszentren - Hausärztinnen und Hausärzte nehmen Schlüsselposition als Gatekeeper ein |

Abbildung 3.3: Eigene Darstellung - Vergleich der Gesundheitssysteme von Österreich, Dänemark und den Niederlanden

Kapitel 4

Ein Vergleich der eHealth-Anwendungen

Im folgenden Kapitel folgt ein Vergleich der Länder Österreich, Dänemark und den Niederlanden in Bezug auf deren Nutzung und Etablierung diverser eHealth-Anwendungen. In Dänemark und den Niederlanden werden bereits viele eHealth-Anwendungen erfolgreich umgesetzt. Eine Gegenüberstellung soll Aufschluss geben, wo Österreich steht, um zu erkennen, welche Maßnahmen in weiterer Folge noch gesetzt werden sollten um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen.

4.1 eHealth und Telemedizin in Österreich

4.1.1 Strategie

Im Jahre 2007 wurde von der österreichischen e-Health Initiative (EHI) eine österreichische eHealth-Strategie entwickelt, um eine Informations- und Kommunikationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen einzuführen. Bei der Erstellung wurde auch der europäische Aktionsplan eEurope berücksichtigt und somit orientiert sich auch die Strategie an diesem [Pfeiffer, 2007a]. Im Jänner 2007 wurde die eHealth-Initiative auch im Rahmen der 2. Tagung der EHI an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen übergeben.

Um eine langfristige Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen zu ermöglichen, welche eine integrierte und patientenzentrierte Versorgung gewährleistet, wird eHealth als

probates Mittel angesehen. Dies soll Vorteile und einen hohen Nutzen für alle Beteiligten, also Bürgerinnen und Bürger, GDA, für das Management von Gesundheitseinrichtungen, Kostenträgerinnen und Kostenträger, Wissenschaft, Forschung und Gesundheits- und Sozialpolitik, erbringen. Die Modernisierung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wird durch eHealth unterstützt, wodurch neue Modelle der Patientenversorgung ermöglicht werden. Relevant ist, dass eHealth eine gute Nutzen-Kosten-Relation aufweist, sodass der Nutzen für die Bürgerinnen und Bürger und GDA sichtbar ist [Pfeiffer, 2007b].

Wesentliche Elemente von eHealth sind:

- Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)
- Online-Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen
- IT-Unterstützung von organisationsübergreifenden Prozessen (Nahtstellenmanagement)
- Einsatz von entscheidungsunterstützenden Systemen
- Telemedizinische Dienste
- Werkzeuge für die Analyse von Daten [Pfeiffer, 2007a].

4.1.2 eHealth in Österreich

eHealth umfasst eine große Vielfalt an Anwendungen und ist heutzutage aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Mit dem Einsatz von eHealth in Österreich wird nicht nur eine technologische, sondern auch eine strukturpolitische Chance geschaffen, um verschiedene Gesundheitsdienstleistungen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zu vernetzen.

Mit der Einführung der elektronischen Krankenversicherungskarte (eCard) im Jahr 2005 wurde eine wesentliche Voraussetzung für die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) geschaffen, welche letztendlich im Jahr 2012 beschlossen wurde. Zudem ermöglicht die eCard eine vereinfachte bargeldlose Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens [BMSGPK, 2019c].

ELGA

Das zentrale Element des österreichischen eHealth-Modells ist die so genannte ELGA. ELGA basiert auf einer föderierten Architektur, weshalb jedes Bundesland selbstständig für die Verwaltung der ELGA zuständig ist [ENISA, 2015].

Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) stellt ein Informationssystem dar, welches den Zugang zu diversen Gesundheitsdaten simplifiziert. Zur Verfügung steht es allen Menschen, welche im österreichischen Gesundheitssystem versorgt werden, sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Ambulatorien sowie Apotheken. Über das Zugangportal gesundheit.gv.at kann ELGA aufgerufen werden. Finanziert wird die zentrale Infrastruktur der ELGA vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung.

Im Jahr 2015 startete ELGA in öffentlichen Spitälern und Pflegeeinrichtungen und im Jahr 2018 wurde es schließlich auch im niedergelassenen Bereich eingeführt. Sofern die Behandlung von Patientinnen und Patienten in einer Einrichtungen erfolgt, welche ELGA bereits anwenden, können die ELGA-Funktionen „e-Befunde“ und „e-Medikation“ von ihnen eingesehen werden [BMSGPK, 2019d].

Mit ELGA wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit eines uneingeschränkten Zugriffs auf ihre Befunde, Entlassungsbrief und Medikationen ermöglicht. GDA wie Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten, Apotheken und Pflegeeinrichtungen erhalten durch ELGA Vorbefunde, Entlassungsberichte sowie die aktuelle Medikation derer Patientinnen und Patienten. Dies kann als Grundlage für Entscheidungen der weiteren Diagnostik und Therapie herangezogen werden.

Dadurch wird ein besserer Informationsfluss von mehreren GDA in einer Behandlungskette unterstützt und bietet eine bessere und effizientere Betreuung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungen. Durch ELGA entsteht ein hoher Nutzen für Patientinnen und Patienten wie z.B. eine Erhöhung der Patientensicherheit, eine Verbesserung der Behandlungsqualität, ein einfacher Zugriff auf eigene Befunde über das ELGA-Portal, eine Steigerung der eigenen Gesundheitskompetenz und eine Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und Doppelverschreibungen.

Aber nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die GDA, wie Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Apotheken und Pflegeeinrichtungen ergibt sich eine Zweckdienlichkeit. GDA profitieren von einer zeitnahen Verfügbarkeit relevanter Informationen

durch Befunde und e-Medikationslisten, von einem organisationsübergreifenden Informationsfluss und somit einer besseren Zusammenarbeit von integrierten Prozessen bei der Behandlung und Betreuung, ebenso wie von einheitlichen, qualitätsgesicherten Standards. Des Weiteren werden mögliche Behandlungs- und Betreuungsfehler vermieden und aus Schnittstellen werden Nahtstellen geschaffen.

Durch die Verwendung von ELGA wird die IT-Sicherheit im Gesundheitswesen normiert und hohe Sicherheitsstandards werden vorgeschrieben. Die ELGA-Befunde werden dezentral gespeichert und Patientinnen und Patienten können selbst deren Zugriffsrechte bestimmen. Durch das Protokollierungssystem sehen die Patientinnen und Patienten, wer auf ihre Daten zugegriffen hat und zudem können Zugriffe nur über ein definiertes Berechtigungssystem erfolgen.

Mittels Widerspruchslösung (Opt-Out) wird die Freiwilligkeit für Patientinnen und Patienten sichergestellt. Um die Datensicherheit zu gewährleisten, dürfen nur berechtigte ELGA-GDA während eines aufrechten Behandlungsverhältnisses die Daten ihrer Patientinnen und Patienten einsehen. Zudem können die Patientinnen und Patienten selbst im ELGA-Protokoll nachvollziehen, wer wann auf ihre Gesundheitsdaten zugegriffen hat. Des Weiteren haben die Patientinnen und Patienten das Recht ihre Gesundheitsdaten selbst zu verwalten und die Möglichkeit, sich gänzlich oder nur teilweise von ELGA abzumelden.

Im Jahr 2018 hat die Ausrollung der ELGA in dem niedergelassenen Bereich begonnen und bis September 2019 wurden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen, Apotheken und Ambulatorien schrittweise an ELGA angebunden [BMSGPK, 2019e]. Der E-Befund war die erste Funktion, welche in allen Bundesländern Österreichs angewendet wurde. Der E-Befund beinhaltet Entlassungsbriefe aber auch Diagnosebefunde. Die Befunde sind für die Patientin bzw. den Patienten über gesundheit.gv.at abrufbar und können gänzlich gelöscht oder gesperrt werden. Die Patientin bzw. der Patient behält also die Hoheit über die verfügbaren Daten [Bertelsmann Stiftung, 2018]. Die E-Medikation ist eine ELGA-Anwendung und steht seit Herbst 2019 Kassenordinationen und Apotheken zur Verfügung. Durch das Inkrafttreten der ELGA Verordnungsnovelle 2017, BGBl. II Nr. 380/2017 sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertrags-Gruppenpraxen, Apotheken sowie Ambulatorien dazu verpflichtet, Medikationsdaten zu speichern. Behandelnde GDA können dann die Medikationsliste ihrer Patientinnen und Patienten einsehen, wodurch eine bessere Entscheidungsgrundlage für die Therapie und Diagnostik geschaffen wird [ELGA GmbH, 2021a]. Ebenso wurde der ELGA GmbH die Pilotierung des elektroni-

schen Impfpasses (E-Impfpass) zugeschrieben. Somit werden neben den bereits bestehenden ELGA-Anwendungen (E-Befund und E-Medikation) auch der e-Impfpass mittels der sicherchen ELGA-Infrastruktur eingesetzt. Dazu startete im Jahr 2020 ein Probelauf, um die Funktion der elektronischen Gesundheitsakte zu testen. Da der Probelauf erfolgreich war werden nun die Corona-Schutzimpfungen im e-Impfpass dokumentiert [ELGA GmbH, 2021e].

Das e-Rezept soll in naher Zukunft im kommenden Jahr in ganz Österreich breit ausgerollt werden, wodurch man Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und auch die Sozialversicherungen massiv entlasten könnte [WKO, 2021a]. Die Einführung des e-Rezepts startet im Rahmen eines Pilotprojekts in zwei Bezirken in Kärnten im Jahr 2021 [Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft, 2020].

Telemedizin

Wie schon im Abschnitt „Das österreichische Gesundheitssystem“ beschrieben, sind Herz-Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache in Österreich. Mit der stetig älter werdenden Gesellschaft ergibt sich auch ein Zuwachs an chronischen Erkrankungen, weswegen Telemedizin in Österreich für solche Behandlungen ein hohes Potenzial aufweist. Dadurch könnten hochqualitative sowie kosteneffiziente Leistungen des Gesundheitswesens bereitgestellt werden und Unterstützung bieten. Nicht nur die Lebensführung der Patientinnen und Patienten in ihrem eigenen gewohnten sozialen Umfeld könnte gestärkt werden, auch die Hospitalisierungen könnten reduziert werden. Zudem könnten die Aufenthaltsdauer in Gesundheitseinrichtungen und die Mortalität gesenkt werden und auch der Einsatz personeller Ressourcen, was wiederum zu einer Kostendämpfung führt.

Um von diesem technischen Fortschritt in Österreich zu profitieren, müssen offene Fragen telemedizinischer Dienste bezüglich der Finanzierung, Qualitätsstandards, Datenschutz und der ethischen Anforderungen beantwortet werden.

Dazu wurde im Jahr 2013 ein interdisziplinäres Sachverständigen-gremium in Form einer Kommission eingerichtet. Die Hauptaufgabe des Gremiums ist es, Empfehlungen zu erstellen, wie telemedizinische Dienste in die Regelversorgung Österreichs eingeführt werden könnten. Besonders der Anwendungsbereich zur Versorgung von chronisch Kranken stand hier im Fokus. Der Abschlussbericht des Gremiums wurde dann 2014 an die TGDK (Telemedizinische Gesundheitsdienste) übergeben. Zudem wurde im Mai 2015

eine Projektgruppe für weiterführende Arbeiten eingeführt. Diese Projektgruppe formulierte einen Katalog mit 14 Empfehlungen, welcher als Wegweiser für die weitere Entwicklung im Bereich des Telemonitorings in Österreich dienen soll. Da auch die IT-Architektur eine wesentliche Grundlage für diesen Bereich darstellt, wurde eine Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring erstellt [BMSGPK, 2019f].

Dennoch werden telemedizinische Leistungen, wenn überhaupt, nur vereinzelt von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern lokal angeboten [Bertelsmann Stiftung, 2018].

Besonders jedoch in Corona-Zeiten entstanden einige Pilotprojekte in Österreich, welche auch recht erfolgreich durchgeführt wurden. Diese wurden oft vor allem im Bereich des Telemonitorings chronisch kranker Patientinnen und Patienten durchgeführt. Nach diesen Projekten scheidet es jedoch häufig daran, die Projekte in die Regelversorgung zu überführen, bedingt durch die notwendige Finanzierung. Dabei sollte die Finanzierung per Gebührenkatalog geregelt werden, damit sich eine telemedizinische Leistung für eine Ärztin bzw. einen Arzt auch finanziell lohnt. Mittlerweile können mehrere telemedizinische Leistungen mit den Krankenkassen abgerechnet werden, dennoch besteht ein großer Optimierungsbedarf, da der Tarifkatalog veraltet ist [Golla, 2020]. Im Dachverband sind beispielsweise Videokonsultationen schon möglich und können auch mit der Sozialversicherung abgerechnet werden. Für Ärztinnen und Ärzte ist die Telemedizin derzeit honorartechnisch jedoch nicht attraktiv [WKO, 2021a]. Die Umsetzung von telemedizinischen Behandlungen wird jedoch auch im aktuellen Regierungsprogramm aufgelistet, somit ist zumindest der politische Wille und das Bewusstsein seitens der Politik vorhanden [Med-Media Verlag und Mediaservice GmbH, 2020].

In Österreich bietet die VAEB (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau) im Rahmen des Gesundheitsdialogs Diabetes Mellitus ein Telemonitoring an. Dies ist ein umfassendes Programm, das ärztliche Untersuchungen und Beratungen zu Ernährung und Bewegung sowie Schulungen zum elektronischen Diabetikertagebuch "DiabMemory" beinhaltet. Die klinischen Messwerte werden von Ärztinnen und Ärzten elektronisch überwacht und der Austausch der Messwerte findet per SMS oder Telefon statt. Das Programm hatte im Jahr 2016 rund 700 Teilnehmende. Zudem hat das Programm HerzMobil Tirol seit dem Start auch knapp 200 Patientinnen und Patienten verfolgt. Österreich hat ebenso einen Teletriage-Dienst, der online oder über das Telefon zugänglich ist. Dieses österreichische Programm „Telefonische Gesundheitsberatung“ startete als Pilotprojekt und wurde nun landesweit ausgerollt [Oliveira Hashiguchi, T., 2020].

Zusammenfassung

Anschließend werden noch einmal alle wesentlichen umgesetzten eHealth-Anwendungen aufgelistet, um einen Überblick von Österreich darzustellen.

- Elektronische Gesundheitsakte ist vorhanden
- E-Medikation als Bestandteil der ELGA ab Mitte 2018
- Gesetzliche Grundlage für den E-Impfpass wurde im Herbst 2020 geschaffen
 - Impfdaten werden in einem zentralen österreichischen Impfregister gespeichert
 - Dokumentation der Corona-Schutzimpfungen erfolgt im E-Impfpass [ELGA GmbH, 2021b]
- Zugang zu ELGA-Portal erfolgt über Gesundheitsportal gesundheit.gv.at
- Elektronische Krankenversicherungskarte (e-Card) implementiert
- Standard für Dokumente ist CDA (Clinical Document Architecture)
- Festlegung bundeseinheitlicher Mindeststandards bezüglich der Datensicherheit, Regelung bezüglich Datenaustausch und Datenweiterverarbeitung
- Koordinierendes Organ durch ELGA
- Öffentliches Gesundheitsportal für Fragen (www.gesundheit.gv.at)

Telemedizin

- Entwicklung einer Videoconferencing-Anwendung – Neurologinnen und Neurologen können sich mit Parkinson-Spezialistinnen und Spezialisten vernetzen, um die Behandlung und Fälle von Patientinnen und Patienten zu besprechen
- Ältere Menschen werden mittels digitaler Tools an die Einnahme von lebenswichtigen Medikamenten erinnert, bei Gefährdungsfall können Ärztinnen und Ärzte mittels Telemedizin-Lösung eine Interventionsmöglichkeit einräumen
- Disease-Management-Programm „HerzMobil-Tirol“
 - 50 Patientinnen und Patienten erfassten deren Vitalparameter (Körpergewicht, Blutdruck, Herzfrequenz) von zuhause aus mittels Applikation
 - Daten wurden in Datenbank gespeichert, in die nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte Einsicht hatten [Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2019]
 - Multidisziplinäres Versorgungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzschwäche

- Beginn im unmittelbaren Anschluss nach Krankenhausaufenthalt aufgrund einer akuten Herzinsuffizienz
- Zeitlich auf drei Monate begrenzt
- Zielführend ist eine nachhaltige Stabilisierung der Erkrankung
- Technische Betreuung erfolgt durch das AIT (Austrian Institute of Technology) und die KAGes
- Finanzierung erfolgt von Gesundheitsfond Steiermark und Sozialversicherungen
- Keine Kosten für Patientinnen und Patienten
- Durch positive Erfahrungen wurde das Projekt 2017 in Tirol in die Regelversorgung aufgenommen [Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H, 2020]

Auch im Rahmen der zehn Gesundheitsziele Österreichs wird die aktuelle Gesundheitssystemstrategie der digitalen Gesundheit im Gesundheitsziel drei behandelt. Das dritte Gesundheitsziel strebt eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung an. Dies umfasst unter anderem das Arbeiten mit ELGA und dem Gesundheitsportal gesundheit.gv.at, aber auch die Definition und Umsetzung von Aufklärungskampagnen und Umsetzungsempfehlungen. Bisher gibt es noch keinen Nachfolger der damaligen e-Health Strategie von Karl Pfeiffer und der e-Health Initiative.

Seitens der ELGA-Initiative werden auch weitere Pläne zur Implementierung eines e-Rezept-Dienstes angestrebt, sowie die schrittweise Einführung der E-Zuweisung, E-Überweisung und der E-Verordnung.

Bereits vor der Einführung von ELGA wurden verschiedene Dokumente technisch sowie semantisch standardisiert. Des Weiteren wurden Leitfäden erstellt, die Empfehlungen auflisteten, wie die vorhandenen Informationssysteme in Krankenhäusern und Praxen umgerüstet werden könnten, sodass die Gewährleistung des Informationsflusses sichergestellt wird. Ebenso wurde auch ein einheitlicher Codierungsleitfaden namens LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes) verpflichtend eingeführt [Bertelsmann Stiftung, 2018].

4.1.3 Kennzahlen und Indikatoren

Gegenwärtig nehmen insgesamt ca. 93% der Kassenordinationen im niedergelassenen Bereich an ELGA teil. Zudem wird die ELGA-Anwendung E-Medikation flächendeckend im

niedergelassenen Bereich angewendet, um nähere Informationen der Medikamenteneinnahme der Patientinnen und Patienten zu lesen oder auch selbst eine neue Information zu schreiben. Des Weiteren wird in etwa 800 Ordinationen der E-Befund gelesen [ELGA GmbH, 2021f]. Vergleichend dazu wurden im Jahr 2015 3.216 Ordinationen in der Steiermark gezählt (1.339 Ordinationen von Fachärztinnen und Fachärzten, 1.268 Ordinationen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, 609 Ordinationen von Zahnbehandler) [Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2015].

Im Jahr 2018 wurde die Anwendung E-Befund von der ELGA GmbH umfassend evaluiert, weswegen Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich befragt wurden, um die Anwendung für Ärztinnen und Ärzte nutzerfreundlicher zu gestalten. 20 Millionen E-Befunde standen im Jahr 2018 in ELGA zur Verfügung, von welchen 75% bereits in strukturierter Form vorlagen. Im 3. Quartal 2018 wurden die E-Befunde von ELGA 750.000 Mal aufgerufen. Ziel der Evaluierung der ELGA war es, den Nutzen von Ärztinnen und Ärzten zum E-Befund zu evaluieren sowie deren Verbesserungspotenziale. Aus diesen Erkenntnissen sollten dann anschließend Maßnahmen zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit vorgeschlagen werden. Befragt wurden niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte, welche die ELGA E-Befunde bereits aktiv verwendeten.

Von 39 befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gaben 64% an, dass der E-Befund einen sehr hohen bzw. hohen Nutzen hat, während ein Drittel nur einen geringen – sehr geringen Nutzen erkennen können. 62% der Befragten gaben an, dass sie eine Verbesserung der täglichen Arbeitsabläufe wahrnehmen konnten. Der Grund weswegen sich die Ärztinnen und Ärzte für die Nutzung von ELGA in ihrer Praxis entschieden haben war, dass 79% einen Nutzen für sich selbst sahen, 64% sahen einen Nutzen für die Patientinnen und Patienten und 29% führten ELGA ein, da sie einen Nutzen für die Kollegenschaft gesehen haben. 97% der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sehen es positiv an, dass die E-Befunde österreichweit in einer vereinheitlichten Form und Struktur vorliegen und dargestellt werden. 95% der Befragten gaben an, dass ELGA einen Vorteil für sie bringt, da sie nun auf Befunde zugreifen können, welche vorher nicht verfügbar waren. 65% der befragten Ärztinnen und Ärzte sind sehr bzw. eher zufrieden damit, wie die ELGA in der jeweiligen Software umgesetzt ist.

Eine negative Sichtweise der Befragten entsteht im Hinblick auf den Zeitaufwand durch die Nutzung von ELGA. 63% der Befragten geben hier an, dass der Zeitaufwand sehr hoch ist [ELGA GmbH, 2021c]. E-Health- Anwendungen sollten deshalb auf ihre Nutzerfreundlichkeit überprüft werden, da viele Medizinerinnen und Mediziner unter enormen

Zeitdruck stehen, weswegen sie keinen Mehraufwand gebrauchen können [ONGKG, 2018]. Des Weiteren wurde auch noch erfragt, welchen Nutzen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Praxis durch ELGA haben. Deren Antworten werden in der unten dargestellten Grafik näher angeführt [ELGA GmbH, 2021c].

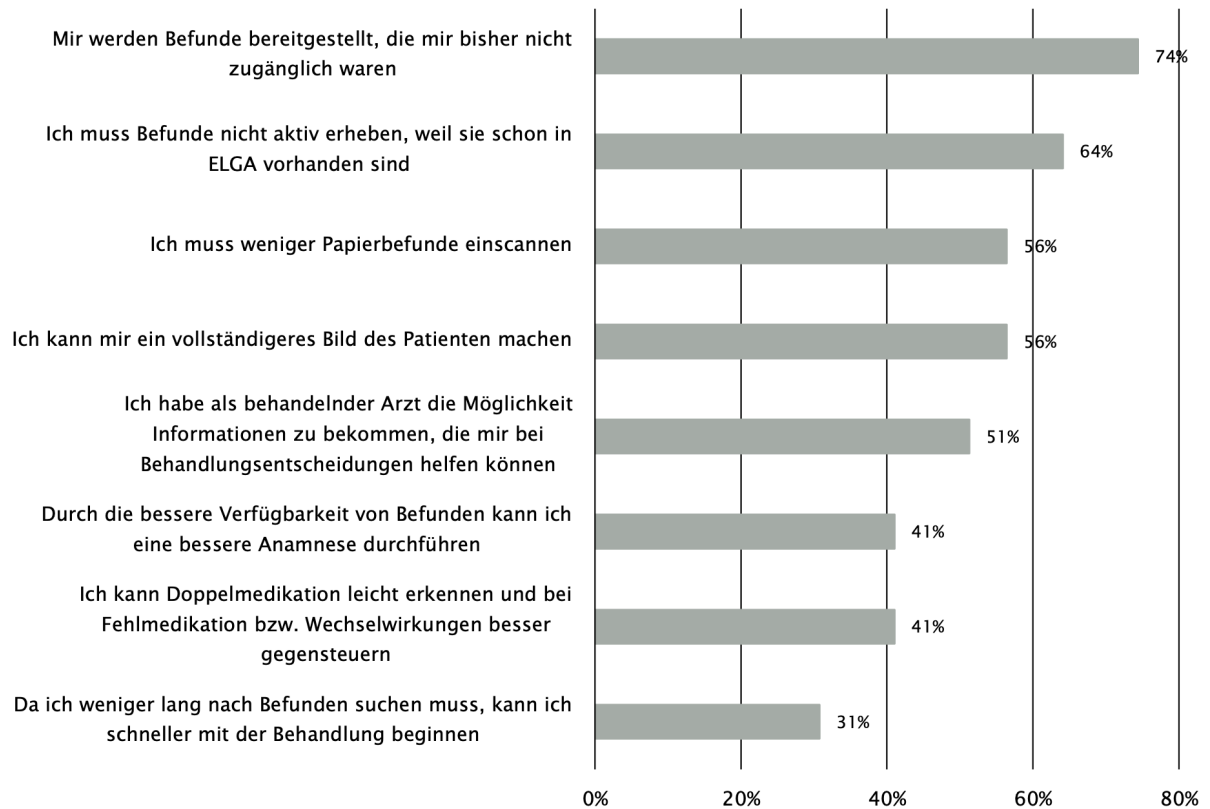


Abbildung 4.1: Ergebnisse der ELGA Evaluierung 2018 - Erkennbarer Nutzen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (n=39) bezüglich der Verwendung von ELGA in der Praxis

[ELGA GmbH, 2021c, S.13]

Am Institut für medizinische Informatik der Universität UMIT in Tirol wurde eine internationale Studie von Ammenwerth et al. durchgeführt. In der Studie wurden 14 Länder weltweit miteinander verglichen und im Zuge dessen der Status der Digitalisierung beleuchtet. Die Studie zeigt, dass die skandinavischen Länder wie Finnland und Schweden nach wie vor eine Vorreiterrolle einnehmen. Österreich hingegen liegt insgesamt im Vergleich der 14 Länder im Mittelfeld [Ammenwerth et al., 2021].

Laut dem Geschäftsführer der ELGA GmbH, namens Franz Leisch, ist ein Vergleich mit anderen Ländern immer schwierig, da die Projekte von der Finanzierung des Gesundheitssystems abhängig sind. Somit ist auch ELGA maßgeschneidert auf das österreichische Finanzierungssystem. In Österreich werden die Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich und die Spitäler aus unterschiedlichen Finanzierungsquellen finanziert, weswegen es relevant war, ein gemeinsames Digitalisierungsprojekt über alle Partner, Länder und Sozialversicherungen aufzuziehen.

Woran gearbeitet werden muss ist die Akzeptanz unter den Ärztinnen und Ärzten und den GDA zu erhöhen, da die Digitalisierung immer zu Prozessänderungen führt, was in der Folge auf Widerstand stößt. In Zukunft sollte die Akzeptanz und die Funktionalität von ELGA gesteigert werden, sodass der Nutzen gestiftet werden kann und eine Anwenderakzeptanz vorherrscht [Polavis GmbH, 2019].

Sofern es sich um die Kommunikation von ELGA handelt, wird oft zu wenig der Nutzen im ärztlichen Bereich betont, dafür vielmehr die Gefahren. Eine Möglichkeit wäre, diesen Themenbereich im Medizinstudium abzubilden. Sofern eine Ärztin bzw. ein Arzt digitale Anwendungen sinnvoll einsetzen möchte, erfordert dies entsprechende Kompetenzen wie bspw. ein Grundverständnis für Datenschutz und Datensicherheit. In Tirol gibt es bereits auch eine Initiative der Med-Uni Innsbruck, die versucht Inhalte der medizinischen Informatik in das Studium aufzunehmen [MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH, 2020].

Die Pandemie durch COVID-19 verhalf der Telemedizin an Popularität zu gewinnen. Das bedingte Leben auf Distanz durch Corona führt zu einer Beschleunigung der Entwicklungen von E-Dienstleistungen bei Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungen sowie Apotheken. Thomas Holzgruber, Direktor der Ärztekammer Wien, berichtet durch eine Befragung der Ärztekammer, dass 68% der Ärztinnen und Ärzte heute mehr Patientinnen und Patienten telemedizinisch betreuen, als vor der Corona-Krise. Vor allem für die Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten oder zur Befundbesprechung können telemedizinische Leistungen eine wahre Abhilfe schaffen. Telemedizin bedeutet nicht nur ein geringeres Ansteckungsrisiko in der Praxis sondern auch geringere Weg- und Wartezeiten [WKO, 2021a].

Der Präsident der Telemed Austria Christof Pabinger, erklärte beim qualityaustria Gesundheitsforum im November 2020, dass die Akzeptanz von telefonischen Krankschreibungen und Online-Rezepten unter den Ärztinnen und Ärzten sowie auch den Patientinnen und Patienten hoch sei. Eine Befragung von rund 20.000 Medizinerinnen und

Medizinerinnen ergab jedoch, dass rund ein Viertel über den Einsatz von telemedizinischen Leistungen abseits von Krisenzeiten skeptisch sind [Golla, 2020]. Um Telemedizin sinnvoll nutzen zu können, müsste die Organisation einer Ordination grundlegend umgestellt werden. Zudem sind die meisten heimischen Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 55 Jahre alt, weswegen oftmals keine breite Affinität zur Technik gegeben ist [WKO, 2021a].

Im Jahr 2020 wurde von der Research Lab Society in Transition gemeinsam mit der Ärztekammer Österreich ein Telemed Monitor von Medizinerinnen und Medizinerinnen durchgeführt, um die Potenziale und Herausforderungen der telemedizinischen Betreuung im niedergelassenen Bereich zu evaluieren. Die Akzeptanz von telemedizinischer Betreuung stand bei der Befragung im Mittelpunkt. Der Telemed Monitor Österreich wird von der Donau-Universität Krems einmal jährlich durchgeführt [Telemed Austria, 2020].

Bei der Durchführung von medizinischen Leistungen geht es bei der Gruppe der Patientinnen und Patienten darum, diese Leistungen zu akzeptieren. Wesentlich für die Anwendung telemedizinischer Leistung ist jedoch, dass die Ärztinnen und Ärzte die Anwendungen bestmöglich einsetzen. Daher ist es essentiell den Grad der Akzeptanz und in weiterer Form auch mögliche Gründe für die Ablehnung seitens der Ärztinnen und Ärzte zu kennen, um eine digitale Behandlung von Patientinnen und Patienten erst umzusetzen. In Folge der Digitalisierung ist nicht die Frage zu stellen, ob telemedizinische Leistungen zukünftig ausgebaut werden, sondern vielmehr wie diese Leistungen realisiert und in weiterer Folge angewendet werden. An der Onlinebefragung haben 761 Medizinerinnen und Mediziner teilgenommen, wobei nur 606 Fragebögen, welche vollständig beantwortet waren, herangezogen wurden.

61% sehen ein großes Potenzial in der Versorgung der Krisenzeit durch telemedizinische Leistungen. Während der Krisenzeit war das häufigste Kommunikationsmittel das Telefon oder auch der Kontakt per E-Mail. 57% der befragten Medizinerinnen und Mediziner befürworten die Telemedizin, während sie von 34% skeptisch angesehen wird. Die Bereiche mit dem größten Potenzial von Telemedizin werden in der unten angeführten Grafik aufgelistet:

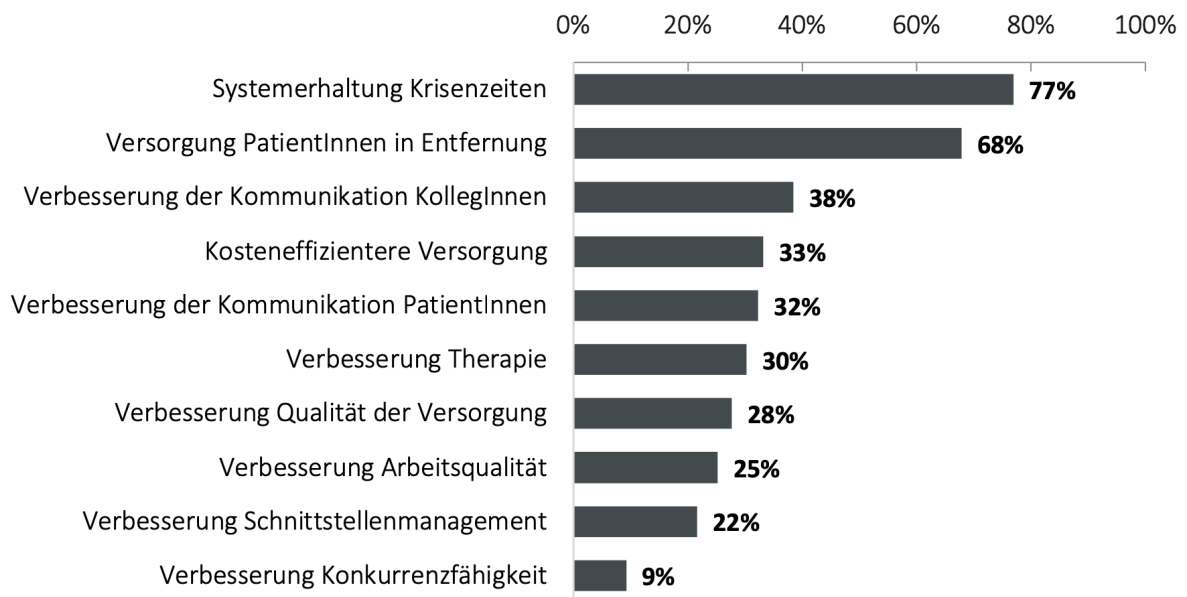


Abbildung 4.2: Ergebnisse der Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten 2020 (n=606) - Bereiche mit dem größten Potenzial der Telemedizin [Hainzl, C. und Juen, I., 2021, S.8]

80% der befragten Ärztinnen und Ärzte sehen die größte Herausforderung für Telemedizin im Umgang der Technik von älteren Personen. Die weiteren häufig ausgewählten Herausforderungen sind die juristischen Herausforderungen, der Datenschutz, sowie die unausgereifte praktische Umsetzung. Medizinerinnen und Mediziner verweisen hinsichtlich des Datenschutzes auf die Problematik der Identifizierung von Patientinnen und Patienten. Dies stellt besonders bei Erstkonsultationen eine Barriere dar [Hainzl, C. und Juen, I., 2021].

Zukünftig soll der Schwerpunkt von eHealth sein, eine sozialmedizinische Versorgung mittels einem modernen Arzt-Patienten-Verhältnis zu fördern. Die elektronische Ordination soll durch elektronische Terminvereinbarung und Visiten sowie von sprach- und videogesteuerter Kommunikation unterstützt werden. Die notwendige Technik wäre bereits vorhanden, jedoch fehlen noch die gesetzlichen Voraussetzungen sowie die Eingliederung in unser Sozialversicherungssystem [Mittelungen der Ärztekammer für Tirol, 2020].

4.2 eHealth und Telemedizin in Dänemark

4.2.1 Strategie

Eine neue nationale Strategie der digitalen Gesundheit wurde ins Leben gerufen, um die nachhaltige Entwicklung des dänischen Gesundheitswesens weiter voranzutreiben. Dabei umfasst diese Strategie 27 Initiativen mit fünf Hauptbereichen: Einbindung der Bürgerinnen und Bürgern als aktive Partnerinnen und Partner, Sicherstellung des rechtzeitigen Wissensaustausches, Entwicklung der Prävention, Bereitstellung einer exzellenten Datensicherheit und die Implementierung einer flexiblen und digitalen Gesundheitsinfrastruktur [Schmidt et al., 2019].

Die aktuelle eHealth-Strategie in Dänemark, welche im Jahr 2018 startete und bis 2022 andauert, umfasst wie oben erwähnt fünf Themenfelder:

- Patientinnen und Patienten als aktive Partnerinnen und Partner einzubinden
 - Fokussierung chronischer Krankheiten
 - Patienten-Empowerment
 - Einbindung der Patientinnen und Patienten in deren Behandlung
 - Bereitstellung der App „Doctor in your pockets“ (App für Patientinnen und Patienten mit Online-Terminbuchungen, Erneuerung von Dauermedikationen, Impferinnerung)
- Wissen zur rechten Zeit vermitteln
 - Digitale Kommunikation im Gesundheitswesen optimieren
 - Digitale Workflows für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bereitzustellen für die Funktion als Gatekeeper
- Prävention
 - Telemedizinisches Home-Monitoring auszubauen
 - eHealth-Dienste nutzen zur Krankheitsprävention
- Sichere und verlässliche Daten
 - Sicherheitsstandards im Gesundheitswesen zu modernisieren
 - Datensicherheit zu verbessern
- Einen einheitlichen Baukasten zu entwickeln
 - Modulare Software/Infrastruktur entwickeln, um neue Technologien besser einbinden zu können [Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2019]

In Dänemark gibt es also eine umfassende Strategie und Gesetzgebung. Diverse digitale Anwendungen bestehen schon sehr lange in Dänemark, weswegen sie auch einen hohen Verbreitungsgrad aufweisen. Deshalb ergibt sich wiederum ein hoher tatsächlicher Nutzungsgrad bezüglich der verschiedenen eHealth-Anwendungen und ein hoher Austausch der Daten [Bertelsmann Stiftung, 2018].

4.2.2 eHealth in Dänemark

Dänemark ist ein Marktführer in der digitalen Gesundheit und rangiert auf Platz eins bei den IT-Systemen in Krankenhäusern und Allgemeinmedizin sowie bei der digitalen Kommunikation unter den Gesundheitssektoren. Die zunehmende Verwendung gemeinsamer IT-Standards erleichtert die elektronische Kommunikation zwischen allen GDA - einschließlich Krankenhäusern, Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten, Laboren, lokalen Behörden und häuslichen Pflegediensten.

Dänemark hat ein gemeinsames elektronisches Krankenaktensystem eingeführt, über das alle GDA sektorenübergreifend Daten einsehen, ändern und verordnen können. Infolgedessen hat Dänemark unter den EU-Ländern die höchste Durchdringung von IKT im Gesundheitswesen. Obwohl es sich bei dem System um ein nicht vollständig integriertes System handelt und in Krankenhäusern und Hausarztpraxen unterschiedliche Plattformen existieren, ermöglichen Interoperabilitätsstandards den Informationsaustausch zwischen diesen. Genutzt wird dieses von allen Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung [OECD/EOHSP, 2017a].

Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und öffentliche Krankenhäuser sammeln systematisch Daten und auch der Kontakt mit den Patientinnen und Patienten wird lange aufrechterhalten. Dies ermöglicht eine breite Überwachung und Analyse, während Aufzeichnungen im nationalen Patientenregister und den Medikationsdatenbanken ein erhebliches Maß an der Überwachung der Patienten-Compliance ermöglichen.

Die Verbreitung gemeinsamer IT-Standards erleichtert die elektronische Kommunikation zwischen GesundheitsdienstleisterInnen (Krankenhäuser, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Labore, lokale Behörden, häusliche Pflegedienste, etc.). Dabei führen alle Hausärztinnen und Hausärzte die elektronische Gesundheitsakte (EHRs) und 98% tauschen diese Akten auch elektronisch aus.

Somit sind IKT und digitale Arbeitsabläufe vollständig in das Gesundheitssystem integriert, weswegen Dänemark, wie auch schon weiter oben erwähnt, nach den Benchmarking-Informationen der Europäischen Kommission und der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), zu den Spitzenreitern bei der Einführung von eHealth gehört. Folgende IT-Lösungen sind in Dänemark von Bedeutung und haben auch internationale Anerkennung gefunden:

- Umsetzung der sogenannten MedCom3-Standards, die einen Großteil der Kommunikation im Gesundheitswesen digitalisiert haben
- Einrichtung des Gesundheitsdatennetzwerks für die sichere elektronische Kommunikation zwischen allen GDA
- Webportal sundhed.dk, auf dem Bürgerinnen und Bürger Zugang zu ihren eigenen medizinischen Daten aus nationalen Gesundheitsregistern, elektronischen Gesundheitsakten (EHR), Medikationsdaten haben
 - Auf diese kann auch die Hausärztin bzw. der Hausarzt der Patientinnen und Patienten zugreifen
- Gemeinsame Medikamentenakte, zu der die Bürgerinnen und Bürger und das medizinische Fachpersonal Zugang zu einer vollständigen elektronischen Akte mit den aktuellen verschreibungspflichtigen Medikamenten haben
 - Das Shared Medication Record System vereinfacht die Kommunikation zwischen den GDA und reduziert das Risiko der Verabreichung ungeeigneter Medikamente
 - Ist in Krankenhäusern, bei den Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten und bei lokalen Gesundheitsbehörden (z.B. kommunale Pflegeheime) fast vollständig implementiert

Derzeit wird daran gearbeitet, die diversen IT-Lösungen im gesamten Gesundheitswesen miteinander zu verknüpfen, damit Patientendaten von verschiedenen GDA abgerufen werden können, unabhängig davon, wo die Daten ursprünglich im Gesundheitssystem registriert wurden. Die Vision ist es ein einziges und zusammenhängendes Gesundheitssystem zu errichten.

Zudem verfügt Dänemark über eine einzigartige Infrastruktur, welche die Daten zwischen Registern und Datenbanken verknüpft. Die Biobanken und Register liefern detaillierte Informationen über die gesamte Bevölkerung, die für die Forschung und die Verbesserung der Gesundheitsdienste genutzt werden können. Des Weiteren wurde auch eine Reform zur Verbesserung der Sichtbarkeit der Ergebnisse eingeleitet und markiert dadurch eine

Verpflichtung. Eine Verpflichtung zu einer nationalen langfristigen Strategie, um die Nutzung von Gesundheitsdaten zu verbessern und zur Schaffung einer größeren Transparenz von Gesundheitsergebnissen [The Ministry of Health, 2017].

Nationale eHealth-Anwendungen

Seit 1994 trägt das dänische Unternehmen namens MedCom die Verantwortung für die Verbreitung und Entwicklung elektronischer Kommunikation im Gesundheitssektor. Zudem verfolgt auch die nationale Agentur für digitale Gesundheit das Ziel, den Aufbau einer nationalen IKT-Infrastruktur zu ermöglichen und dabei auch eine durchgehende Weiterentwicklung zu gewährleisten. Die nationale Agentur für digitale Gesundheit setzt dabei auch die nötigen Standards um, um die Interoperabilität der verschiedenen Systeme in den Regionen sicherzustellen. 2011 gründete die dänische Regierung die nationale eHealth-Agentur (National Sundheds-IT/National Board of eHealth). Die eHealth-Agentur wurde beauftragt, bereits vorhandene organisatorische Strukturen kosteneffizienter zu gestalten und alle Gesundheitsinformationen national zugänglich zu gestalten. Dadurch konnte die Zahl der unterschiedlichen ePA-Systeme in Krankenhäusern bis zum Jahr 2013 von 27 auf vier reduziert werden.

Hauptsächlich gibt es auf der nationalen Ebene drei Dienste:

- E-Journal
 - Zentrale Datenbank, welche die Informationen direkt aus den ePAs der Krankenhäuser der fünf Regionen in Dänemark extrahiert
 - GDA wird die Einsicht in krankenhausbasierte Gesundheitsakte der Patientinnen und Patienten gewährt
 - Zukünftig soll es auch das p-Journal geben, welches sich auf die Informationen der ePAs der niedergelassen Ärztinnen und Ärzte fokussiert
 - Patientinnen und Patienten können ihre Daten über das Gesundheitsinformationsportal sundhed.dk abrufen
- Shared Medication Record
 - Nationale Medikationsdatenbank
 - Beinhaltet die aktuelle Medikationen der Patientinnen und Patienten und deren Impfstatus
 - Verschreibungen werden für 2 Jahre gespeichert

- Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken in Dänemark haben Einsicht, sofern die Patientin bzw. der Patient es gewährt
- Ärztinnen und Ärzte per Gesetz dazu verpflichtet diese aktuell zu halten
- Sundhed.dk
 - Wurde 2004 gegründet und fungiert als Datenaustausch-, Kommunikations- und Informationsplattform
 - Vereint die oben genannten Datenbanken
 - Nationaler e-Rezept-Server
 - * Ermöglichung der Übermittlung von elektronischen Rezepten
 - * Aufhebung einer Verschreibung
 - Testergebnisse hochladen und einsehen
 - Generelle Informationen zu Behandlungen und Krankheiten zu beziehen
 - Überblick des dänischen Gesundheitssystems
 - Erneuerung der technischen Plattform im Jahr 2009, Inanspruchnahme steigerte sich um 45%

Im niedergelassenen Bereich und in Krankenhäusern ist die Online-Terminbuchung bereits über eigene Websites und Portale möglich. Jedoch existiert hier kein zentrales Portal.

An die elektronische Patientenakte sind auch noch weitere Informationssysteme angeschlossen, wie bpsw. die Labor- Informationssysteme, Medikationsinformationssysteme, Pathologie-Informationssysteme, Bildarchivierungs- und Kommunikationssysteme und die Impfreister. Digital gespeicherte Patientendaten aus der ePA wurden gesetzlich freigegeben und dürfen für die Forschung verwendet werden [Bertelsmann Stiftung, 2018].

Der größte Teil der Kommunikation der Gesundheitsdaten findet in Dänemark elektronisch statt. Überweisungen, Laborergebnisse, Laborforderungen, Krankenhausaufnahmen und Entlassungen finden hauptsächlich auf elektronischem Wege statt. Dabei verwenden die GDA keine einheitliche Praxissoftware. Da die Kompatibilität der diversen Software-Varianten der einzelnen Praxen gegeben ist, ist eine systemübergreifende Kommunikation dennoch möglich. Da es verschiedene Praxis- bzw. Patientenaktensysteme gibt, diese aber dennoch mit dem Netzwerk DHDN (Danish Health Data Network) kommunizieren, können die Daten über sichere Verbindungen ausgetauscht werden [Huchzermeier, D. und Rürup B., 2015].

MedCom

MedCom wurde 1994 als öffentlich finanzierte, gemeinnützige Organisation mit der Aufgabe gegründet, die digitale Zusammenarbeit zwischen Behörden, öffentlichen Organisationen, privaten Einrichtungen und Unternehmen zu erleichtern, welche mit dem dänischen Gesundheitssystem verbunden sind. MedCom wird vom Gesundheitsministerium, von den dänischen Regionen und von den Gemeinden finanziert und liegt in deren Besitz.

Hausärztinnen und Hausärzte, Krankenhäuser, Kommunen und anderen GDA wird der Austausch von Gesundheitsinformationen durch die Entwicklung und Implementierung digitaler Lösungen ermöglicht. Diese Lösungen ermöglichen einen sektorenübergreifenden Datenaustausch. Darüber hinaus sichert MedCom auch Daten, damit spezialisierte IT-Systeme Gesundheitsdaten auf sichere Weise übertragen können. In Dänemark sind die Hausärztinnen und Hausärzte verpflichtet, die Korrektheit der gemeinsamen Medikationsakten ihrer Patientinnen und Patienten sicherzustellen [MedCom, 2015].

Das Netzwerk DHDN, welches von der MedCom entwickelt wurde, sorgt dafür, dass elektronische Patientenakten und Dokumentationssysteme, welche von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten genutzt werden, elektronisch mit anderen GDA ausgetauscht werden können [Huchzermeier, D. und Rürup B., 2015].

eJournal

Im Jahr 2013 wurde die Nutzung einer elektronischen Patientenakte und einer entsprechenden zertifizierten Praxissoftware für Hausärztinnen und Hausärzte und den stationären Sektor gesetzlich vorgeschrieben. Somit werden die Daten von Patientinnen und Patienten in der Praxis der Hausärztinnen und Hausärzte in einer Patientenakte gespeichert. Anschließend greift das eJournal auf die Akten der Patientinnen und Patienten zu, sofern diese von den LGDA abgerufen werden.

Mithilfe des eJournals wird der digitale Zugriff auf die elektronische Patientenakte ermöglicht. Patientinnen und Patienten sowie GDA soll dadurch der Zugang zu digitalen Gesundheitsdaten gestattet werden und Laborbefunde, Diagnosen und verschriebene Therapien eingesehen werden. Ärztinnen und Ärzte im niedergelassen Bereich können über das Portal Sundhed.dk auf das eJournal zugreifen, ebenso auch wie die Bürgerinnen und Bürger von Dänemark [Danish Ministry of Health, 2012].

Telemedizin

In den letzten Jahren gab es in Dänemark viele kleine Telemedizin-Pilotprojekte. Nun ist man zu einem koordinierteren Bemühen übergegangen und möchte groß angelegte Studien etablieren, um den Gebrauch der Telemedizin im tatsächlichen Betrieb wiederzuspiegeln. Beispiele für diese größer angelegten Studien sind TeleCare Nord und die telemedizinische Wundbeurteilung. Das Ziel ist es, in absehbarer Zeit über eine digitale Infrastruktur und IT-Architektur zu verfügen, sodass relevante Informationen über das Gesundheitssystem und andere Sektoren hinweg ausgetauscht werden können [The Ministry of Health, 2017].

Des Weiteren werden derzeit telemedizinische Dienste pilotiert, um chronisch kranke Lungenpatientinnen und Lungenpatienten im Eigenheim zu überwachen. Das Problem der telemedizinischen Behandlungen ist jedoch, dass die notwendigen Konditionen für die Abrechnungen mit den Versicherungen noch nicht geklärt wurden, weswegen noch keine telemedizinischen Verfahren angewendet werden.

Die aktuelle nationale Digital-Health-Strategie erwähnt strategische Pläne und Vorhaben bezüglich ePAs und Telemedizin. e-Rezepte werden hier nicht berücksichtigt, da diese bereits voll implementiert sind. Diese werden sowohl von Krankenhäusern als auch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verwendet [Bertelsmann Stiftung, 2018].

Dänemark ist eines der aktivsten Länder im Bereich Telemonitoring, mit einer Reihe von Diensten und Lösungen, die durch verschiedene Programme bereitgestellt werden, z. B. TeleCare North, das virtuelle Krankenhaus und die häusliche Wundbehandlung. TeleCare North ist ein Telemonitoring-Programm, an dem die Regionalbehörde Norddänemark, ihre Krankenhäuser sowie Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner beteiligt sind. Seit 2013 wurden 1.400 Patientinnen und Patienten im Rahmen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) überwacht und eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) lief bis vor kurzem für Patientinnen und Patienten, die wegen Herzinsuffizienz überwacht wurden. Basierend auf den ersten vielversprechenden Ergebnissen von TeleCare North führt Dänemark die Heimüberwachung für alle COPD-Patientinnen und Patienten ein. Dadurch reduzierte sich in Dänemark die Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte von Menschen mit COPD um 11 % bzw. 20 %.

Ebenso ist die Echtzeit-Videokonsultation zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten weit verbreitet, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit

wird sie seit 2013 eingesetzt. Videokonsultationen werden u. a. für geplante und dringende ambulante Besuche, Medikamentenmanagement und Psychotherapie genutzt. Die Patientinnen und Patienten können dabei jedes beliebige Gerät nutzen. Im Jahr 2017 gab es 1.816 solcher Telekonsultationen in der Telepsychiatrie [Oliveira Hashiguchi, T., 2020].

Zusammenfassung

Anschließend werden noch einmal alle wesentlichen umgesetzten eHealth-Anwendungen aufgelistet, um einen Überblick von Dänemark darzustellen.

- Drei Organisationen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen
 - MedCom, Sundhed.dk und Sundheds-IT
- MedCom für Roll-Out von IT-Dienstleistungen im Gesundheitswesen betraut
 - Testung, Sicherung der Qualität und Entwicklung von elektronischer Kommunikation im Gesundheitswesen
 - Entwicklung von Standards für den Austausch
 - Monitoring
- Sundhed.dk dient als Datenaustausch-, Kommunikations- und Informationsplattform
- Sundheds-IT versucht die Organisationsstruktur zu vereinfachen
- eJournal
 - Zentrale Datenbank, mit der Informationen aus den ePAs extrahiert werden können
- Shared Medication Record
 - Beinhaltet aktuelle Medikationen der Patientinnen und Patienten und deren Impfstatus

4.2.3 Kennzahlen und Indikatoren

Fast alle Hausärztinnen und Hausärzte haben elektronische Gesundheitsakten und fast alle benutzen diese auch. Hausärztinnen und Hausärzte verwenden die elektronische Gesundheitsakte um Akten auszutauschen (98%), um Rezepte in Apotheken zu bestellen (99%), um Labortestergebnisse von Krankenhäusern zu erhalten (100%) und für Überweisungen

an Krankenhäuser (97%), medizinische Fachkliniken (100%) und Psychologinnen und Psychologen (100%).

Die eHealth-Akzeptanz unter Hausärztinnen und Hausärzten sowie in Krankenhäusern ist die vierthöchste in Europa. Zudem ist die Verbreitung und Nutzung von eHealth in der dänischen Primär- und Akutversorgung eine der höchsten in der EU [OECD/EOHSP, 2017a].

In Dänemark sind bis zu 100 Prozent der Versorgungssektoren digitalisiert und auch an das Datennetzwerk MedCom angeschlossen. Landesweit bieten nur weniger als 25 Prozent aller Einrichtungen telemedizinische Dienste an. e-Rezepte werden zu 100 Prozent angeboten und auch genutzt. Der Nutzen der ePA-Infrastruktur in Dänemark ist je nach Region unterschiedlich: Süddänemark 80 Prozent, Region Seeland 76 Prozent, Region Norddänemark 69 Prozent, Region Kopenhagen 62 Prozent und Region Mitteldänemark 31 Prozent.

75 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte tauschen die Daten in ihrer alltäglichen Praxis mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten aus [Bertelsmann Stiftung, 2018].

4.3 eHalth und Telemedizin in den Niederlanden

4.3.1 Strategie

Generell gibt es in den Niederlanden kein eigenständiges Dokument einer eHealth-Strategie, weshalb man auf einzelne Gesetze und Dokumente zurückgreifen muss. Dennoch ist eine strategische Ausrichtung um das Gesundheitswesen zu digitalisieren wahrnehmbar. Somit hat das niederländische Ministerium für Gesundheit, Sozialwesen und Sport die unten angeführten Ziele definiert:

- 80% chronisch erkrankte Menschen sollen Zugang zu ihren medizinischen Daten haben
- 40% der Bürgerinnen und Bürger sollen Zugang zu ihren medizinischen Daten haben
- 75% chronisch erkrankte Menschen sollen spezifische Vitalwerte selber überwachen können (Cholesterinspiegel, Blutdruck)
- Pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger sollen per Videokonferenz mit ihrem Pflegedienstleister kommunizieren können
- Austausch von Daten durch die Entwicklung gemeinsamer Standards ausbauen
- Verbreitung von eHealth-Knowhow zu fördern (Projekte und Netzwerke unterstützen)
- Wahrnehmung von eHealth fördern und stärken (GDA, Patientinnen und Patienten) (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) [Polityka Insight, 2016]

Um die vom Ministerium geschaffenen Ziele zu überwachen, veröffentlicht das National IT Institute for Healthcare (Nictiz) jedes Jahr den eHealth-Monitor. Ein Teil der Kurzdarstellung des Monitors 2016 lautet:

Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner können Informationen mit anderen Parteien, wie Apotheken und Labors, elektronisch austauschen. Mit Heimen, Pflegeheimen, der Gemeindeschwester oder mit Diensten zur sozialen Unterstützung von Gemeinden ist ihnen dies jedoch kaum gelungen.

Da es verschiedene EHRs und PHRs gibt, gibt es mehrere Entwicklungsprojekte, die versuchen, die gemeinsamen Strukturen und Kodierungen zu verbessern. Beispielsweise gibt es das mehrjährige Programm „Registratie aan de Bron“ des niederländischen Verbands der Universitätskliniken und Nictiz, das durch die Schaffung von Definitionen und Strukturen versucht Klarheit und Eindeutigkeit der Verpflichtung im Primärprozess zu realisieren.

Ebenso gibt es das Terminologiezentrum Nictiz, das hauptsächlich an der Förderung der Einheitlichkeit der Sprache und an der einheitlichen Kodierung arbeitet [Joint Action to support the eHealth Network, 2017].

4.3.2 eHealth in den Niederlanden

Wie schon in Kapitel 5 „Ein Vergleich der Gesundheitssysteme“ erläutert, herrscht in den Niederlanden ein hausarztzentriertes Modell, mit privaten niedergelassen Ärztinnen und Ärzten, die als Gatekeeper fungieren. Im Jahre 2008 wurde die Elektronische Gesundheitsakte eingeführt, welche noch nicht legitimiert war. 2009 wurde diese Initiative dann abgelehnt. Die staatliche Infrastruktur zwischen GDA namens AORTA wurde deshalb umstrukturiert. Die Infrastruktur dient dem Datenaustausch zwischen den GDA. Durch die Umstrukturierung wurde AORTA regionalisiert und ging auf die Selbstverwaltung über. Dafür wurde die Vereinigung für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Gesundheitskommunikation „Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie“ (VZVD) gegründet. AORTA ermöglicht eine nationale Registrierung um sich zu identifizieren und authentifizieren und beinhaltet den National Switch Point, um Daten auszutauschen. Der National Switch Point ist ein Referenzindexsystem für Routing, Identifikation, Autorisierung, Protokollierung und Authentifizierung [Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2019]. Entwickelt wurde dies vom Nictiz im Auftrag der Regierung [Bertelsmann Stiftung, 2018]. Die Infrastruktur ermöglicht den Austausch und die Abfrage von Krankenakten und das Gesetz verlangt die dezentralisierte Speicherung von medizinischen Aufzeichnungen. Zudem gibt es in den Niederlanden das e-Rezept-System namens EVS und ebenso auch die eConsultation [ENISA, 2015].

Nictiz ist ein niederländisches nationales Kompetenzzentrum für Expertise, Standardisierung und eHealth. Zum einen stellt das Kompetenzzentrum Informationen für Angehörige der Gesundheitsberufe und Patientinnen und Patienten über Standards im Bereich eHealth bereit, sowie über die Möglichkeiten, die die Informationsinfrastruktur bietet. Zum anderen ist es für die Überwachung, Forschung und Verbreitung von Forschungsergebnissen verantwortlich. Zudem erstellt Nictiz den jährlichen eHealth Monitor TrendITion™ und verfolgt dadurch die nationalen und internationalen Entwicklungen, wie bspw. auch die Entwicklung von eHealth.

Ebenso gibt es dann auch noch das Patientendatensystem Medmij, welches der Kommunikation von diversen GDA dient. Dabei sammelt das System die Daten der Patientinnen und Patienten sowie von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäuser, GDA, Gemeinden und Fitnessstudios in einem elektronischen Portal. Auf dieses Portal können Patientinnen und Patienten zugreifen und die Daten mit anderen GDA teilen [Polityka Insight, 2016].

LSP (Landelijk Schakelpunt)

Wie schon weiter oben erwähnt lag die Umsetzung des nationalen EHR namens „EPD“ damals in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums, bis zur Ablehnung im Jahr 2011. Anschließend wurde durch die Vereinigung „Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie“ (VZVZ) ein neues EHR in Form des „Landelijk Schakelpunt“ (LSP) koordiniert, welches von den Krankenkassen subventioniert wird. Somit fand ein Wechsel von einem nationalen System zu einem regionalen System statt. Der LSP ist auf der Grundlage von Partnerschaften auf 44 Regionen aufgeteilt. Jede Region verwaltet den LSP für seine eigene Region und unterstützt die Implementierung der EHR. Innerhalb jeder Region können Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Krankenhäuser, Fachärztinnen und Fachärzte die Patientendaten austauschen, sofern die Patientin bzw. der Patient die Zustimmung gegeben hat. Die Krankenhäuser können auch die Informationen zwischen den Regionen austauschen. Jedoch gibt es auf nationaler Ebene keine zentrale Datenbank mit gespeicherten Patienteninformationen [Joint Action to support the eHealth Network, 2017].

Die Hauptunterschiede zwischen dem aktuellen LSP und dem ursprünglichen EPD sind, dass jede Patientin bzw. jeder Patient explizit die Zustimmung zur Teilnahme am nationalen EPD geben muss, da es ein regionales System ist.

Die LSP ist eine Versorgungsinfrastruktur, die an die meisten öffentlichen und ambulanten Apotheken, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Hausarztpraxen und Krankenhäuser in den Niederlanden angeschlossen ist. Durch dieses Netzwerk ist es möglich, medizinische Daten von Patientinnen und Patienten in den Systemen der jeweils anderen abzurufen. Das LSP ist keine Datenbank, da keine medizinischen Daten gespeichert werden, lediglich eine Infrastruktur, mit der Daten sicher transportiert werden können. Zudem gibt es nur zwei GDA, die die medizinischen Daten einer Patientin bzw. eines Patienten für die Einsichtnahme über die LSP zur Verfügung stellen können, nämlich

die Hausärztin bzw. der Hausarzt sowie die Apothekerin bzw. der Apotheker. Dies darf nur mittels Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten geschehen, dem sogenannten Opt-In.

Sofern die Patientin bzw. der Patient die Zustimmung gegeben hat, gibt die Hausärztin bzw. der Hausarzt einen Teil der Patientenakte frei. GDA dürfen nur dann die Daten abfragen, wenn sie mit den Patientinnen und Patienten in einem Behandlungsverhältnis stehen und dies für die Behandlung der Patientinnen und Patienten notwendig ist. Für den Austausch der Daten wird das Netzwerk in 44 Regionen unterteilt. Eine Region besteht aus mindestens einer hausärztlichen Servicestruktur mit kooperierenden Hausärztinnen und Hausärzten und einer Service-Apotheke mit kooperierenden Apotheken [Nictiz, 2020].

MedMij

MedMij ermöglicht den Zugang zu den Gesundheitsdaten, für welche die Umgebung frei ausgewählt werden kann. Beispielsweise kann dieser Zugang per App oder auch per Website erfolgen. Mit MedMij ist man in der Lage mit allen GDA zu kommunizieren, an denen die Gesundheitsdaten gespeichert sind. Dies kann das Gesundheitssystem eines Krankenhauses sein, eine Ärztin bzw. ein Arzt oder die Apotheke.

MedMij ist der Standard in den Niederlanden für den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Pflegebedürftigen und GDA. Dabei wird der Standard als PHE (Personal Health Environment) bezeichnet. PHE ist in diesem Fall ein digitales Werkzeug, in dem man Informationen über die eigene Gesundheit im Auge behalten und sich aktiv an der eigenen Gesundheit beteiligen kann. Dabei ermöglicht die PHE die Verwaltung von medizinischen Daten und diese auch mit anderen zu teilen. Dadurch wird der Überblick über Gesundheitsdaten, Behandlungen, Laborergebnissen bis hin zu Medikamentenlisten und Laborergebnissen sichergestellt. Ebenso können auch Daten hinzugefügt werden, welche man selbst gemessen hat.

Damit der Austausch von MedMij sichergestellt ist, hat MedMij eine Reihe von Vorschriften definiert und somit müssen die Gesundheitsumgebungen und die Gesundheitsdatensysteme bei der Verwendung angepasst werden. Dazu müssen die Anbieterinnen und Anbieter des Labels Medmij festgelegte strenge Bedingungen erfüllen, um das Label zu erhalten [MedMij, 2020]. Jedoch wissen nur 48% der Hausärztinnen und Hausärzte was ein PHE ist [Nictiz, 2018].

Telemedizin

In den Niederlanden sind telemedizinische Dienste bereits in der routinemäßigen Gesundheitsversorgung verankert, jedoch existiert hierfür kein einheitlicher Rahmen. Somit enthält jede Arztpraxis und jedes Krankenhaus ein Portfolio an diversen Diensten (Teleradiologie, Fernüberwachung) sowie mobilen Anwendungen. In den Niederlanden ist die Telemedizin ein Bestandteil der Regelversorgungskonzepte sowie in der Planung der Gesundheitspolitik. Beispielsweise zählt die Videosprechstunde in den Niederlanden zur Regelversorgung. Die ferne Überwachung von Patientinnen und Patienten in deren Alltag ist bislang nur in den Niederlanden ein Element der Gesundheitsversorgung [Bertelsmann Stiftung, 2020].

Somit steigen in den Niederlanden die Optionen für den Online-Kontakt mit GDA. Im Jahr 2018 haben 88% Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner Optionen für den Online-Kontakt für Patientinnen und Patienten ermöglicht. 55% der Hausärztinnen und Hausärzte bieten die Möglichkeit an, medizinische Fragen über eine sichere E-Mail und/oder sicheres Portal zu stellen [Nictiz, 2018].

Zusammenfassung

Anschließend werden noch einmal alle wesentlichen umgesetzten eHealth-Anwendungen aufgelistet, um einen Überblick von den Niederlanden darzustellen.

- AORTA dient als regionale Infrastruktur für den Austausch von Daten zwischen den GDA
 - Entwicklung erfolgte vom National IT Institute for Healthcare (Nictiz)
 - Nationale Registrierung zur Identifizierung und Authentifizierung
 - National Switch Point namens LSP (Landelijk Schakelpunt)
- Auf nationaler Ebene keine zentrale Datenbank mit gespeicherten Patienteninformationen
- Medmij ermöglicht Zugang zu Gesundheitsdaten
 - Umgebung frei wählbar (App, Homepage)
 - Personal Health Environment
 - Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Pflegebedürftigen und GDA
- Jede Arztpraxis und jedes Krankenhaus besitzt ein Portfolio an telemedizinischen Leistungen

- Videosprechstunde gehört zur Regelversorgung

4.3.3 Kennzahlen und Indikatoren

Niedergelasse Hausärztinnen und Hausärzte dokumentieren die Daten von Patientinnen und Patienten zu 100% elektronisch. Allgemein tauschen jedoch nur 50% der Hausärztinnen und Hausärzte diverse Gesundheitsinformationen mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Krankenhäusern aus [Bertelsmann Stiftung, 2018].

In einer Studie aus 2016 (Peeters et al, 2016) wurde die aktuelle Nutzung von eHealth in den Niederlanden durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner (GPs) sowie Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens untersucht. Ebenso auch welche Pläne die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner haben eHealth anzubieten, die Bereitschaft der GDA diese eHealth-Dienste zu nutzen sowie die wahrgenommenen positiven Effekte und Barrieren aus der Perspektive der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Befragt wurden 171 Hausärztinnen und Hausärzte und 754 Nutzerinnen und Nutzer der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Drei Viertel der befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner haben den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit angeboten, ein Rezept über das Internet anzufordern und die Hälfte von ihnen bot Patientinnen und Patienten an, Fragen über das Internet zu stellen. Generell beabsichtigten die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner eHealth-Dienste anzubieten, dennoch sahen viele die Barrieren in Bezug auf die vielen Innovationen, da diese oft unzureichend zuverlässig und sicher sind. Ein weiterer Kritikpunkt stellt der sozialpolitische Kontext dar und die fehlende finanzielle Entschädigung für den Zeitaufwand und die Implementierung solcher Systeme. Den Nutzerinnen und Nutzer hingegen waren die bestehenden eHealth-Angebote ihrer Hausärztinnen und Hausärzte nicht bekannt. Somit zeigt die Studie, dass das Bewusstsein für eHealth-Dienste in der Primärversorgung noch verbessert werden kann [Peeters et al., 2016].

4.4 Gegenüberstellung

Das Health Consumer Powerhouse etablierte sich zu einem Zentrum für Visionen und Maßnahmen zur Förderung der verbraucherbezogenen Gesundheitsversorgung in Europa. Dabei benötigen die einzelnen Verbraucherinnen und Verbraucher einen Zugang zu Wissen, Gesundheitspolitik, Verbraucherdienstleistungen und Qualitätsergebnissen. Mit den Indexen von Powerhouse wird versucht, den Verbraucherinnen und Verbrauchern im Gesundheitswesen ein solches Werkzeug zu bieten. Dies fördert die Schaffung von Transparenz und durch das Benchmarking verbessert sich ebenso die Qualität und die Funktion der Gesundheitssysteme.

Insgesamt wurden bei dem Index 35 Länder berücksichtigt und für jedes Land wurden 48 Leistungsindikatoren des Gesundheitswesens bewertet. Da sich diese Masterarbeit mit den diversen eHealth-Anwendungen in Österreich, Dänemark und den Niederlanden beschäftigt, werden nur die relevanten Leistungsindikatoren bezüglich dieser Länder herangezogen.

Laut dem Euro Health Consumer Index 2018 von dem Health Consumer Powerhouse sind die Niederlande das einzige Land, welches von der Gesamtbewertung aller europäischen Indizes seit 2005 konstant unter den ersten drei Plätzen liegt. Bei dem Report von 2018 liegen die Niederlande auf Platz 3, Dänemark auf Platz 4 und Österreich auf Platz 9. In der Disziplin „Patientenrechte & Information“ wurden folgende Leistungsindikatoren für einen umfassenden Überblick berücksichtigt:

| | ÖSTERREICH | DÄNEMARK | NIEDERLANDE |
|--|--------------------|----------|-------------|
| Zugriff auf eigene Krankenakte | grün | grün | grün |
| Patientenakte e-zugänglich | grün | grün | grün |
| Zugang der Patientinnen und Patienten zur Onlinebuchung von Terminen | gelb | grün | grün |
| e-Rezepte | grün (Pilotierung) | grün | grün |

Abbildung 4.3: Eigene Darstellung angelehnt an den Euro Health Consumer Index von Powerhouse 2018 - Ausgewählte Leistungsindikatoren des Euro Health Consumer Index [Health Consumer Powerhouse, 2019, S.24-25]

Wurde der jeweilige Leistungsindikator in der oberen Tabelle grün markiert, ist dieser Leistungsindikator in den jeweiligen Ländern bereits möglich oder etabliert. Sofern der jeweilige Leistungsindikator gelb markiert wurde, ist dieser Leistungsindikator im betroffenen Land noch nicht vollständig etabliert.

In Österreich, Dänemark und den Niederlanden hat man die Möglichkeit eine Kopie seiner Patientenakte zu erhalten, sofern man die Ärztinnen und Ärzte danach fragt. Ebenso sind die Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten, welche überwiesen worden sind, e-zugänglich für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Dänemark und den Niederlanden. In Dänemark und den Niederlanden können Patientinnen und Patienten ihre Termine online buchen, in Österreich ist dies jedoch nur in einigen Pionierkrankenhäusern- und Kliniken möglich. Hingegen sind voll funktionsfähige e-Rezepte-Dienste in allen drei Ländern verfügbar, wobei in Österreich erst die Pilotierung begonnen hat.

Um Österreich, Dänemark und die Niederlande miteinander vergleichen zu können, wurde die dritte globale Umfrage vom Global Observatory for eHealth der WHO (World Health Organization) herangezogen, welche die Nutzung von eHealth zur Unterstützung der universellen Gesundheitsförderung untersucht. Der Atlas präsentiert dabei Daten, die in 125 WHO-Mitgliedsstaaten im Jahr 2015 erhoben wurden.

| | Österreich | Dänemark | Niederlande |
|---|----------------------|-----------|-------------|
| Nationale Strategien | | | |
| Nationale eHealth-Politik oder -Strategie | Nein | Ja | Ja |
| Nationale Telehealth-Politik oder -Strategie | Nein | Ja | Nein |
| Finanzierungsquellen für eHealth | | | |
| Öffentliche Finanzierung | >75% | >75% | >75% |
| Private oder kommerzielle Finanzierung | >25% | <25% | <25% |
| Öffentlich-private Partnerschaften | 0 | <25% | <25% |
| Nicht öffentliche Finanzierung | 0 | 0 | <25% |
| Rechtlicher Rahmen | | | |
| Schutz der Privatsphäre und der gesundheitsbezogenen Daten von Einzelpersonen, die in einer EHR gespeichert sind | Ja | Ja | Ja |
| Nationaler Austausch digitaler Daten zwischen GDA wird durch die Verwendung der EHR geregelt | Ja | Ja | Ja |
| Internationaler Austausch digitaler Daten zwischen GDA wird durch die Verwendung der EHR geregelt | Nein | Nein | Nein |
| Ermöglicht Einzelpersonen den Zugriff auf ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten, wenn diese in EHR gespeichert sind | Ja | Nein | Nein |
| Telehealth-Programme | | | |
| Teleradiologie | Informell, Etabliert | Nein | Etabliert |
| Teledermatologie | Nein | Etabliert | Etabliert |
| Telepathologie | Nein | Etabliert | Etabliert |
| Telepsychiatrie | Nein | Pilot | Etabliert |
| Patientenfernüberwachung | Informell, Pilot | Pilot | Etabliert |
| Electronic Health Records (EHRs) | | | |
| Nationale elektronische Gesundheitsakte | Ja | Ja | Nein |
| Gesetzgebung zur Nutzung vorhanden | Ja | Nein | k. A. |
| Gesundheitseinrichtungen mit EHR | | | |
| Primärversorgung (Praxen und Gesundheitszentren) | <25% | Nein | k. A. |
| Sekundärversorgung (Krankenhaus, Notfallversorgung) | 50-75% | Ja | k. A. |
| Tertiärversorgung (Facharztpersonal, Überweisung von Primär-Sekundärversorgung) | <25% | Nein | k. A. |

Abbildung 4.4: Eigene Darstellung angelehnt an den Atlas des globalen Observatoriums für elektronische Gesundheitsdienste der WHO 2015 - Nutzung elektronischer Gesundheitsdienste zur Unterstützung der allgemeinen Gesundheitsversorgung

[World Health Organization, 2016, S.30,114,249]

Die einzelnen Programmtypen von Telemedizin in der Tabelle haben folgende Bedeutung: „Informell“ steht für die Nutzung von IKT für Gesundheitszwecke ohne formale Prozesse und Richtlinien. „Pilot“ steht für die Erprobung und Evaluierung eines Programms und „Etabliert“ ist ein laufendes Programm, welches seit mindestens 2 Jahren durchgeführt wird und dessen Fortsetzung geplant ist [World Health Organization, 2016].

Um einen Einblick in die Nutzung von eHealth-Anwendungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu erhalten, wurde des Weiteren eine Studie der europäischen Kommission berücksichtigt.

Um die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien und eHealth-Anwendungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in der europäischen Union zu erfassen, führte die europäische Kommission eine Studie im Jahr 2008 bis 2013 durch. Konkret wurde die Nutzung von IKT und eHealth-Anwendungen von Hausärztinnen und Hausärzte in der EU seit 2013 gemessen und analysiert. Zudem wurde evaluiert, welche die wichtigsten Treiber und Hindernisse für die Einführung von eHealth-Anwendungen darstellen. Folgende Einflussfaktoren bezüglich der Einführung und Nutzung von IKT in der Primärversorgung haben sich ergeben:

- Gestaltung und Verfügbarkeit von Anwendungen
 - Sofern die IKT-Lösung schwer zu bedienen ist und nicht benutzerfreundlich ist, nutzen es Fachkräfte nur ungern
 - Vorteile der IKT-Lösungen müssen wahrgenommen werden und die nicht technologiebasierten Methoden überwiegen
 - Bedenken hinsichtlich technischer Fehler und Zuverlässigkeit
- Motivation, Einstellungen und Absichten
 - Mangel an Evaluation von eHealth-Anwendungen, sodass Effizienz, Leistung und Patientenergebnisse nicht ausreichend ermittelt wurden
 - Medizinerinnen und Mediziner können Nutzen von eHealth nicht klar erkennen
- Wahrgenommener Nutzen, Barrieren und Auswirkungen
 - Sofern ein Nutzen wahrgenommen wird, sind Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner eher bereit die Anwendung zu nutzen
 - Arbeitsbelastung könnte erhöht werden, was sich negativ auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt (Patientinnen und Patienten möchten eventuell sensible Informationen nicht online teilen)

- Non-Face-to-Face Konsultationen werden als nützlicher erachtet, da sie mehr Flexibilität als Face-to-Face Konsultationen ermöglichen
- Hausärztinnen und Hausärzte die Telemonitoring nutzen, sind in der Lage den Grad der Überwachung zu reduzieren, ohne dass es negative Auswirkungen hat
- Technikaffine Personen haben eine höhere Akzeptanz für eHealth-Anwendungen
- Sicherheit der Patientendaten
- Für bestimmte Dienste wie z.B. Online-Konsultationen fehlt die Zeit und das Personal, um die eingehenden Informationen zu überwachen
- Ärztinnen und Ärzte denken, dass elektronische Konsultationen nicht gefragt sind und ihre Patientinnen und Patienten persönliche Konsultationen bevorzugen
- Institutionelle Rahmenbedingungen
 - Kosten für Implementierung und Wartung der Technologien
 - Kosteneffektivität von eHealth ist umstritten
 - Art des Gesundheitsversorgungsmodells
 - Art bzw. Fehlen von Richtlinien
 - Konzentration der Richtlinien oft nicht im Bereich eHealth
 - Bedenken und mangelnde Klarheit in Bezug auf die Haftung
- Organisatorische Rahmenbedingungen
 - Fehlen eines detaillierten Plans für die Implementierung
 - Neudefinition von Rollen und Änderungen der Verantwortlichkeiten
 - Primärversorgungspraxen können Einfluss auf eHealth-Adoption haben und Wahrscheinlichkeit der Übernahme erhöhen
 - Kleinere Praxen geringere Akzeptanz

Selbstständige Hausärztinnen und Hausärzte die in Einzelpraxen arbeiten, haben einen geringeren Verbreitungsgrad als Hausärztinnen und Hausärzte die in Gesundheitszentren oder Gruppenpraxen arbeiten. Insgesamt ist die eHealth-Akzeptanz bei Hausärztinnen und Hausärzten die in Gesundheitszentren oder in Gruppenpraxen arbeiten höher. Größere Praxen sind eher in der Lage, IKT im Gesundheitswesen einzuführen, während Hausärztinnen und Hausärzte, die in kleineren Praxen arbeiten, sich die Implementierung einer solchen Technologie oft nicht leisten können.

Zudem spielt auch die Art des Gesundheitssystems dabei eine wesentliche Rolle. So haben beispielweise Hausärztinnen und Hausärzte, welche in NHS-Ländern arbeiten, eine höhere Akzeptanz in Bezug auf eHealth. Die Länder in denen die Sozialversicherung die vorherr-

schende Finanzierungsform des Gesundheitswesens ist, haben eine geringere Akzeptanz. Tendenziell ist also die Akzeptanz von eHealth in Ländern mit NHS-Systemen höher. In der unten angeführten Grafik steht NHS für „National Health Service“ und SI für „Social Insurance“. Dänemark wird dem Versicherungsmodell des NHS zugeordnet, in welchem die Gesundheitsversorgung hauptsächlich aus Steuereinnahmen finanziert wird. Österreich und die Niederlande gehören dem Versicherungsmodell SI an, mit dem die Gesundheitsversorgung hauptsächlich durch die Sozialversicherung finanziert wird.

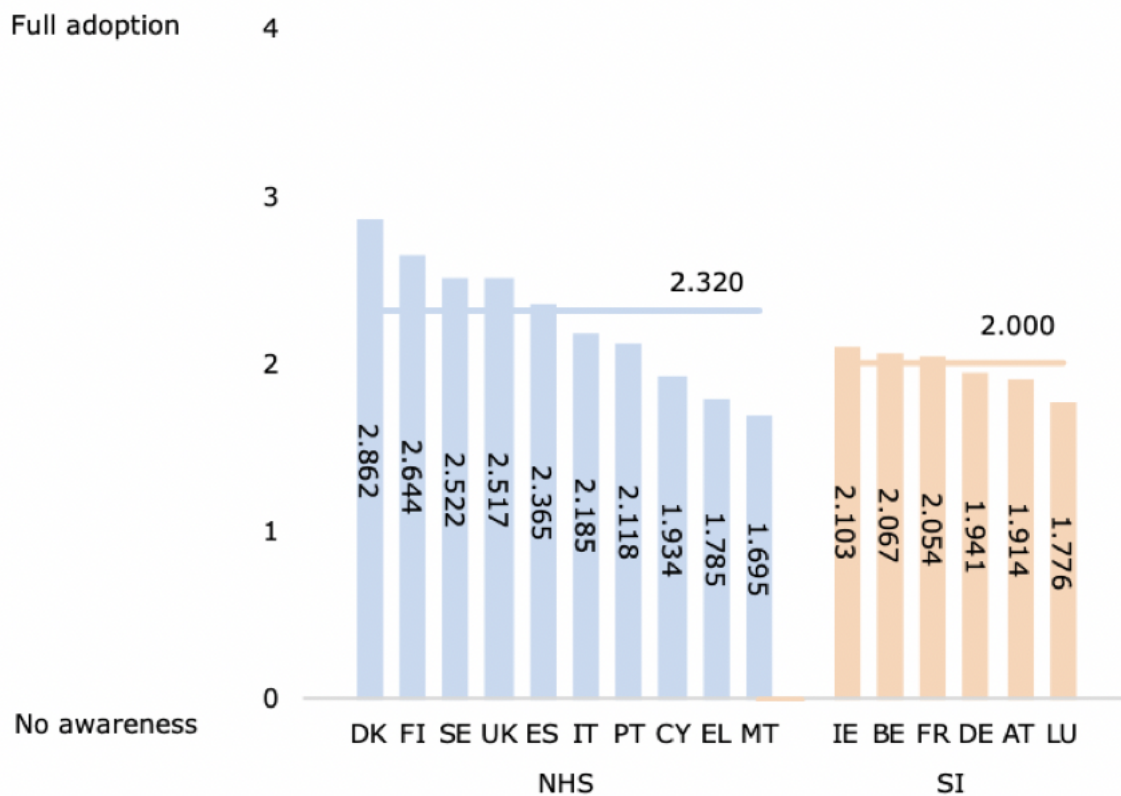


Abbildung 4.5: Ergebnisse der Studie der europäischen Kommission 2013 - Akzeptanz von eHealth nach Art des Gesundheitssystems und Land

[European Union, 2018a, S.75]

Ebenso wurden die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu vierzehn verschiedenen Faktoren befragt, welche die Einführung von IKT in deren Praxis erleichtern könnten. 66% der Hausärztinnen und Hausärzten stimmen zu, dass der Einsatz von IKT für ihre Praxis nützlich ist, 40% stimmen dafür, dass sich die Effektivität ihrer Arbeit und die Qualität der Versorgung erhöht.

Des Weiteren fragte man nach den Auswirkungen auf die Aktivität, Effizienz und die Qualität. 84% der befragten Hausärztinnen und Hausärzte stimmen zu, dass IKT mehr Daten für die klinische Forschung und für die öffentliche Gesundheit liefern, 73%, dass sie den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Gesundheitsversorgung verbessern und 58%, dass sich die durchschnittliche Anzahl an Patientinnen und Patienten, die an einem Tag Hilfe erhalten, erhöht.

Ebenso wurde ein hoher Grad an Zustimmung für die Aussage gefunden, dass IKT Einfluss auf die Effizienz haben. 70% stimmen zu, dass IKT helfen, unnötige Tests und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, 79%, dass sie zur gesamten Effizienz des Gesundheitssystems beitragen und 76% stimmen dafür, dass durch die Verfügbarkeit von klinischen Daten Arbeitsabläufe beschleunigt werden.

Zudem fragte man die Hausärztinnen und Hausärzte auch noch, welche Barrieren bei der Einführung und Nutzung von IKT-Systemen in der Primärversorgung entstehen. 83% der Befragten stimmen zu, dass eine fehlende Vergütung ein Hindernis für die Einführung und Nutzung ist. Des Weiteren nannten sie auch die fehlenden Anreize sowie auch die fehlenden finanziellen Ressourcen.

74% stimmten zu, dass Zeitmangel oder eine zusätzliche Arbeitsbelastung ein Hindernis darstellen und 78% stimmen zu, dass die fehlende Interoperabilität und Standards ein Hindernis darstellen. 69% der Ärztinnen und Ärzte fühlen sich zudem zu ungenügend technisch unterstützt [European Union, 2018a].

Ein weiterer Indikator der Aufschluss über den Entwicklungsstand eines Landes in Bezug auf die Akzeptanz von telemedizinischen Werkzeugen und Diensten geben kann, ist die Nutzung elektronischer Netzwerke und Infrastrukturen durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner, um Rezepte an Apotheken zu übermitteln. Bei diesem Vergleich der 30 Länder liegt Dänemark auf Platz 2, Niederlande auf Platz 6 und Österreich auf Platz 18.

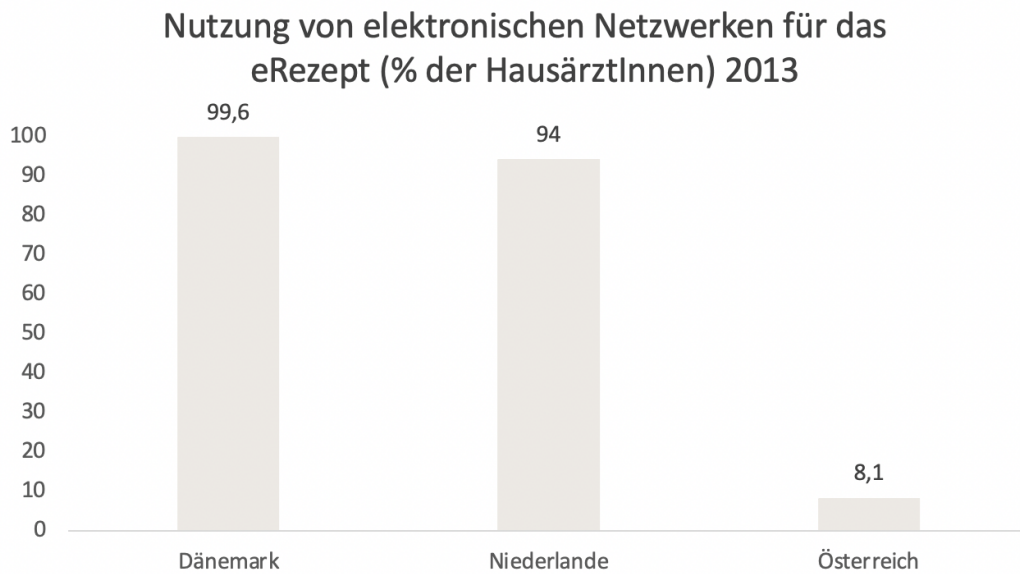


Abbildung 4.6: Nutzung von elektronischen Netzwerken für das eRezept
[European Union, 2018b, S.39]

Die Studie der europäischen Kommission untersuchte auch, wie der Austausch von Patientendaten verbreitet war und von welchem Land diese am meisten akzeptiert wurden. Bei dem Vergleich der 30 Länder liegt Dänemark auf Platz 1, Niederlande auf Platz 2 und Österreich auf Platz 15.

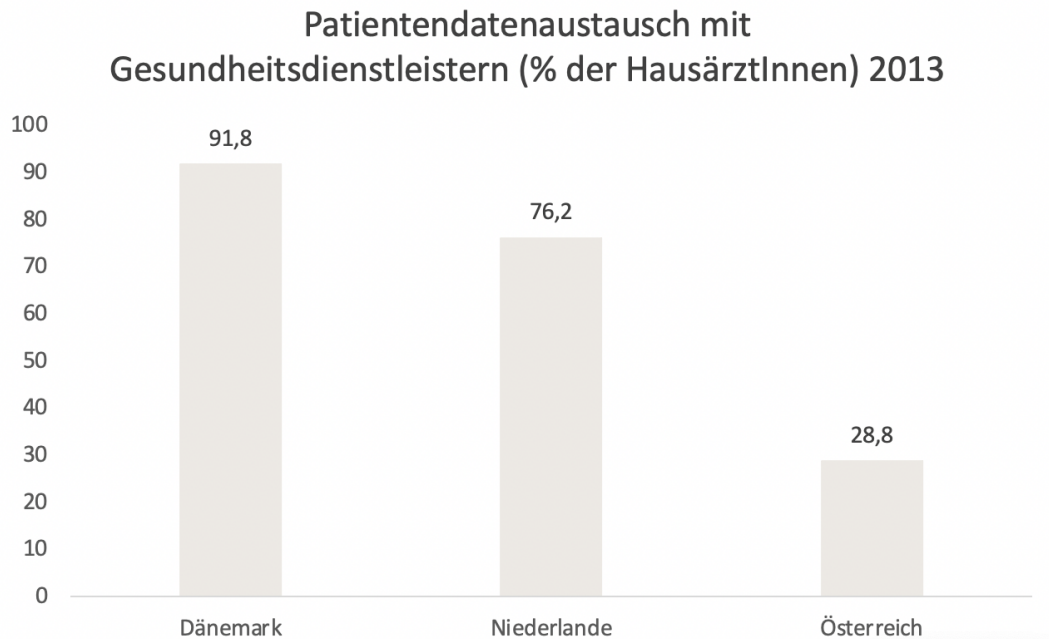


Abbildung 4.7: Patientendatenaustausch mit Gesundheitsdienstleistern
[European Union, 2018b, S.39]

Zusätzlich ergab sich in der Studie ein Index der eHealth-Akzeptanz unter Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, wobei Dänemark die höchste Punktzahl (2,49 von 4 möglichen) erreicht, gefolgt von Spanien, Norwegen, Estland und den Niederlanden (2,12). Diese Länder liegen somit alle über dem EU-Durchschnitt und Österreich liegt mit dem Platz 16 unter dem EU-Durchschnitt [OECD/European Union, 2016].

Mit der unten angeführten Tabelle werden auch noch einmal alle drei Länder miteinander verglichen und ob die jeweiligen Länder eine Gesetzgebung oder eine Strategie für telemedizinische Dienste besitzen.

| | Nationale Gesetzgebung oder Strategie zum Einsatz von Telemedizin | Hauptquelle der Finanzierung von eHealth | Definiert Zuständigkeit und Haftung von eHealth-Diensten |
|-------------|--|---|---|
| ÖSTERREICH | Nein (Nutzung trotzdem erlaubt) | Öffentlich | Nein |
| DÄNEMARK | Ja | Öffentlich | Ja |
| NIEDERLANDE | Ja | Öffentlich | Ja |

Abbildung 4.8: Politisches, regulatorisches und finanzielles Umfeld für den Einsatz von Telemedizin - Vergleich von Österreich, Dänemark und den Niederlanden
 [Oliveira Hashiguchi, T., 2020, S.12]

Österreich hat keine nationalen Gesetze, Strategien oder Richtlinien im Bereich der Telemedizin, erlaubt aber telemedizinische Dienste im Rahmen allgemeiner Gesundheitsgesetze einzusetzen. Die Niederlande haben nationale Strategien und Richtlinien für den Einsatz von Telemedizin, betrachten Telemedizin aber rechtlich gesehen einfach als eine andere Art der Gesundheitsversorgung, die durch die allgemeine Gesundheitsgesetzgebung geregelt wird.

Folgende Hindernisse für eine breitere Nutzung der Telemedizin ergaben sich durch die Befragung der OECD-Länder:

- Klare Erstattungsmechanismen
- Interoperabilität und IKT-Infrastruktur
- Separate Gesetzgebung zur Telemedizin
- Einheitliche Führungs-, Management- und Finanzierungsstrategie
- Wandel der Kultur und Übernahme neuer Technologien

4.4.1 Potenzialanalyse

Mit der folgenden Potenzialanalyse werden Österreich, Dänemark und die Niederlande anhand fünfzehn verschiedener Kriterien, angelehnt an die Digitalisierungsprofile der jeweiligen Länder der Bertelsmann Stiftung [Bertelsmann Stiftung, 2018], miteinander verglichen. Somit wird Österreich jeweils mit Dänemark und den Niederlanden verglichen und wie stark die einzelnen Kriterien der beiden Länder von Österreich abweichen. Als Basis für den Vergleich wird demnach immer der Ausgangswert des jeweiligen Landes (DK, NL) herangezogen. In dem Vergleich der Bertelsmannstiftung werden die Punkte der Kriterien wie folgt interpretiert: 5 = vollständig, 4 = nahezu vollständig, 3 = teilweise, 2 = eher nicht, 1 = nicht. Summiert man die Punkte der einzelnen Kriterien liegt Dänemark auf Platz 1 mit 57 Punkten, Niederlande auf Platz 2 mit 48 Punkten und Österreich auf Platz 3 mit 44 Punkten. Mit der unten angeführten Tabelle werden vorerst nur die numerischen Werte angegeben, welche anschließend als Basis für die Erstellung der Potenzialanalyse dienen.

| Vergleich der Digitalisierungsprofile von Österreich, Dänemark und den Niederlanden | | | |
|--|-------------------|-----------------|--------------------|
| (Skala: 5 = vollständig, 4 = nahezu vollständig, 3 = teilweise, 2 = eher nicht, 1 = nicht) | | | |
| Länder | Österreich | Dänemark | Niederlande |
| eHealth ist ein Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsstrategie- und Politik | 5 | 4 | 5 |
| Ausgeprägter politischer Wille zur Unterstützung von Datenaustausch | 5 | 4 | 5 |
| Wirksame Strategie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen | 3 | 4 | 4 |
| Klare Richtlinien, Zeitpläne und Rahmenbedingungen für Planung und Umsetzung von eHealth-Anwendungen | 3 | 5 | 4 |
| Umsetzung von eHealth-Anwendungen werden national finanziert | 2 | 5 | 3 |
| Eindeutige Regelung bezüglich Zugriffsrechte auf elektronische Patientenakten | 4 | 5 | 4 |
| E-Rezept ist verfügbar | 1 | 2 | 1 |
| Telemedizin wird routinemäßig genutzt | 1 | 3 | 4 |
| PatientInnen haben Zugriffs- und Kontrollrechte für elektronische Patientenakte | 4 | 3 | 4 |
| Technische Interoperabilitätsstandards und Terminologien werden national einheitlich und rechtlich bindend definiert | 4 | 4 | 1 |
| Interoperabilität von ePA ist durch standardisierte Technologien verfügbar | 4 | 2 | 2 |
| eHealth-Anwendungen nehmen durch Nutzung von ÄrztInnen eine dominante Stelle in der Patientenversorgung ein | 3 | 4 | 4 |
| E-Rezepte (inkl. Übertragung und Ausgabe der Medikamente) sind die vorherrschende Verschreibungsform | 1 | 5 | 1 |
| Elektronische Patientenakten werden in allen Versorgungssektoren stark genutzt | 2 | 3 | 3 |
| Datenaustausch zwischen GDA ist hoch | 2 | 4 | 3 |

Abbildung 4.9: Eigene Darstellung angelehnt an den internationalen Vergleich der Digitalisierungsstrategien der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2018 - Vergleich der Digitalisierungsprofile und Gewichtung der Kriterien von AUT, DK und NL

[Bertelsmann Stiftung, 2018, S.95,163,173]

Folgend werden die einzelnen numerischen Werte der Kriterien für die Potenzialanalyse herangezogen, um die Abweichungen der Kriterien von Österreich visualisieren zu können. Bei dem Vergleich der Potenzialanalyse wird deutlich, dass Österreich keine wirksame Strategie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen hat, bzw. hier noch Bedarf besteht, eine solche Strategie zu konkretisieren. Ein weiterer Bedarf besteht in der Schaffung klarer Richtlinien, Zeitpläne und Rahmenbedingungen für die Planung und Umsetzung von diversen eHealth-Anwendungen. Ebenso stellt die nationale Finanzierung von eHealth-Anwendungen eine Barriere dar, so wie das e-Rezept in Österreich, da dies noch nicht als vorherrschende Verschreibungsform präsent ist. Des Weiteren besteht noch ein ausbaufähiger Bedarf im Bereich der Telemedizin und der stetigen Entwicklung der Nutzung solcher Dienste in Österreich. Zudem liegt noch Potenzial vor, um den Datenaustausch zwischen den einzelnen GDA in Österreich zu fördern.

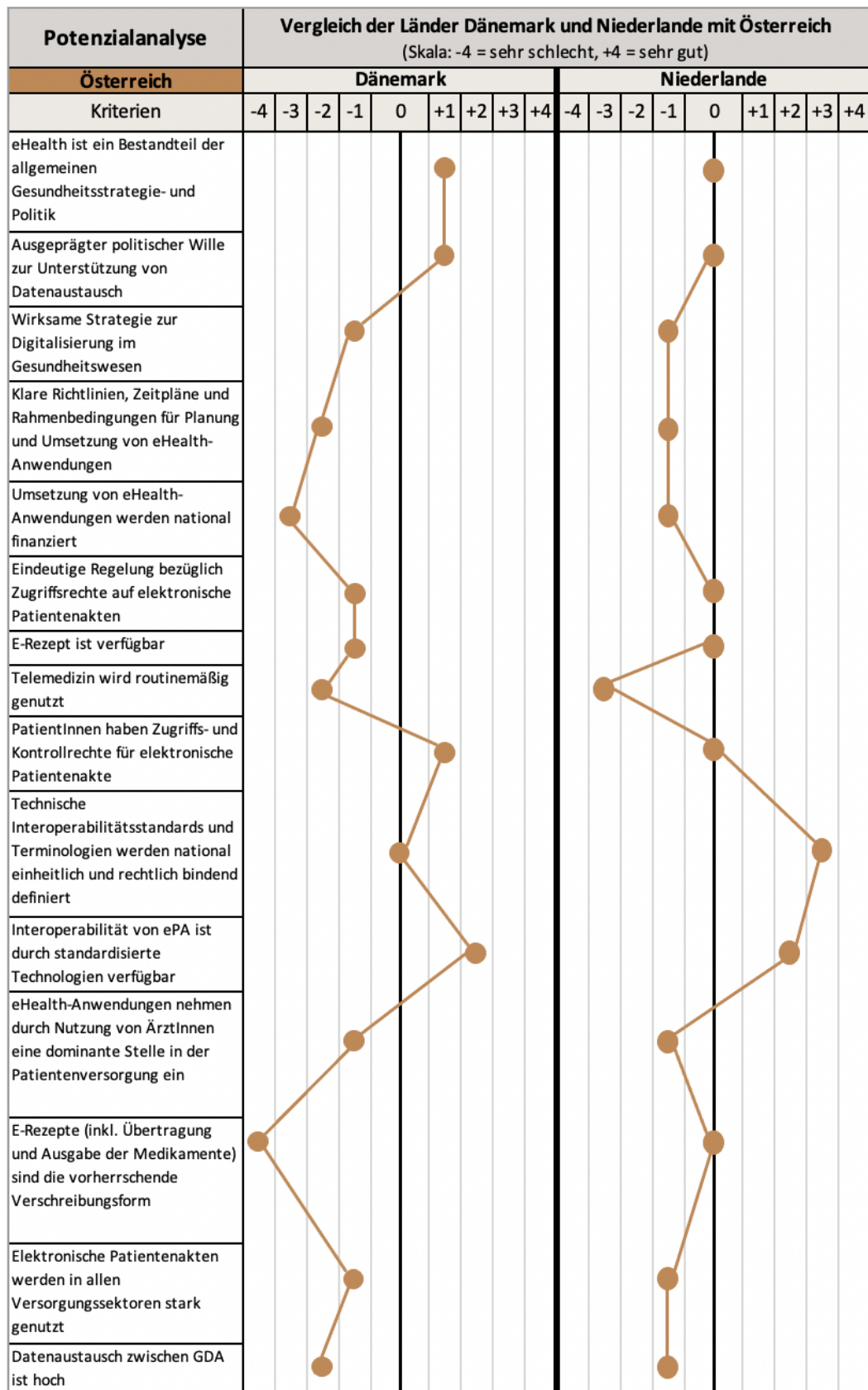


Abbildung 4.10: Eigene Darstellung angelehnt an den internationalen Vergleich der Digitalisierungsstrategien der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2018 - Potenzialanalyse von AUT, DK und NL anhand 15 Kriterien

Kapitel 5

Empirischer Teil

5.1 Methode

Um die bereits recherchierte Literatur und die daraus resultierenden Ableitungen untermauern zu können, wurden leitfadengestützte Interviews mit Experten durchgeführt. Im folgenden Kapitel wird die Methode des leitfadengestützten Interviews näher definiert und wie diese Interviews geplant und durchgeführt wurden. Ebenso widmet sich dieser Teil der Masterarbeit der Vorstellung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, da die Interviews anhand diesem Auswertungsverfahren ausgewertet wurden.

5.1.1 Forschungsdesign

Um beide Forschungsfragen bestmöglich beantworten zu können wurde ein qualitatives Forschungsdesign herangezogen. Grundsätzlich nähert sich die qualitative Forschung mithilfe von flexibler und offener Methoden an die Forschungsbereiche an, welche man untersuchen möchte. Um die sozialen Phänomene einer differenzierten und tiefgreifenden Analyse zu unterziehen, erfolgt der Zugang zur qualitativen Forschung meist induktiv sowie hypothesen- und/oder theoriegenerierend. Dadurch sollen Alltagstheorien, Lebenswelten und Sinnkonstruktionen nicht nur detailliert beschrieben werden können, sondern vielmehr nachvollzogen werden können. Dabei wird die Repräsentativität der Daten im inhaltlichen Sinne realisiert und nicht im statistischen, wie bei der quantitativen Forschung. Ein qualitatives Interview zählt zu den Hauptelementen der empirischen Sozialforschung. Dabei

stellen die Interviews wichtige Instrumente dar, um bedeutsames Wissen und wesentliche Erkenntnisse über Lebensformen, Lebensbereiche, Wertvorstellungen, Handlungsmotivationen, Meinungen sowie über gesellschaftliche Problembereiche zu erwerben [Misoch, 2019].

5.1.2 Das leitfadengestützte Experteninterview

Ein Interview stellt eine Form der qualitativen Forschung dar, in welchem forschungsrelevante Daten durch die mündliche Kommunikation erhoben werden. Während des Interviews nimmt die Rolle der Fragenden und ZuhörerIn die Forschende ein und der Befragte vertritt die Rolle des Erzählenden und des Antwortenden (Misoch, 2019). Zur Generierung von Ergebnissen dieser Masterarbeit und zur Beantwortung der Forschungsfragen, bot sich die Methode eines semi-strukturierten Interviews an. Dabei orientiert sich das Interview an einem Leitfaden, welcher im Vorhinein des Interviews erstellt wird. Dieser Leitfaden gibt dabei alle relevanten Fragestellungen und Themen vor, jedoch keine bestimmte Reihenfolge der Themen. Somit kann die befragte Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner ihre bzw. seine Antworten frei wählen. Dennoch müssen alle wesentlichen Themen im Interview besprochen werden, um die Daten anschließend vergleichen zu können [Misoch, 2019]. Da zahlreiche Intentionen von Befragungen vorhanden sind, wird das Experteninterview der Kategorie des informatorischen Interviews untergliedert. Dieses dient der deskriptiven Erfassung von Tatsachen, welche von den Wissensbeständen der befragten Expertinnen und Experten abgeleitet werden. Vor den Interviews bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung der anzusprechenden Themen sowie dem Handlungsfeld der Expertinnen und Experten, um eine solide Grundlage der Vorbereitung zu schaffen. Um das Gespräch mit den Expertinnen und Experten steuern zu können und die Auswahl der gewählten Themen zu unterstützen, wurde ein Leitfaden erstellt. Da die jeweiligen Experten mit den Themen des Interviews vertraut sind, entsteht eine unbürokratische und lockere Führung des Interviews und durch die Erstellung der Fragen entsteht ein geregelter Ablauf [Lamnek, 2010].

5.1.3 Planung und Durchführung der Interviews

Als die Ausformulierung des Interviewleitfadens vollzogen war und die Auswahl der Experten feststand, wurden die Interviewpartner durch eine E-Mail oder einen Anruf um ein Interview gebeten. Nach deren Zusage wurde anschließend ein Termin für das Interview

festgelegt. Um die darauffolgende Transkription der Interviews zu erleichtern, wurden alle vier Gespräche als Audiodatei aufgezeichnet.

5.1.4 Auswahl der Interviewpartner

Um die beiden Forschungsfragen mit einer ausreichend großen Datenmenge an Informationen beantworten zu können, wurden zur Bestätigung und Untermauerung der bereits resultierenden Ableitungen der Recherche, die Anzahl der geplanten Interviews auf vier begrenzt. Da in dieser Masterarbeit besonders die eHealth-Anwendungen im Bereich der Primärversorgung betrachtet werden, ergibt sich eine klare Zielgruppe der zu Interviewenden, weswegen primär Experten aus der Primärversorgung und dem niedergelassenen Bereich selektiert wurden. Die Dauer der geführten Interviews unterscheidet sich, da alle Experten so lange befragt wurden, bis keine neuen und relevanten Ergebnisse mehr zur Beantwortung der Forschungsfragen geliefert wurden. Durch die unten angeführte Abbildung sollen die befragten Experten überblicksartig aufgezeigt werden.

| INTERVIEWPARTNER | GESCHLECHT | BERUFSBEZEICHNUNG | BERUFS AUSÜBUNG | BERUFSORT | INTERVIEWDAUER |
|--|------------|--|-----------------|--------------------------|----------------|
| Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Korsatko | M | Arzt für Allgemeinmedizin (Primärversorgungszentrum Medius am Leonhardplatz) und | 2018 | Graz (STMK) | 44:40 |
| | | Mitglied der kollegialen Führung & Bundessprecher (Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen) | 2016 | | |
| Dr. med. univ. Ernst Eicher | M | Arzt für Allgemeinmedizin (Gesundheitsnetzwerk Raabtal) | 2020 | Minihof-Liebau (BGLD) | 57:02 |
| Dr. med. Erwin Rebhandl | M | Arzt für Allgemeinmedizin (Primärversorgungszentrum Hausarzt Medizin Plus Haslach) | 2018 | Haslach (OÖ) | 45:52 |
| Dr. med. Jakob Dorner | M | Arzt für Allgemeinmedizin (Landarztpraxis Mureck) | 2020 | Mureck (STMK) | 38:26 |

Abbildung 5.1: Übersicht der Interviewpartner

5.1.5 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der Interviews fand im Juni und Juli 2021 statt. Die Interviewpartner wurden durch eine E-Mail oder durch einen Anruf um ein Interview gebeten. Das Interview fand entweder Face-to-Face statt oder als Videokonferenz über Microsoft Teams. Alle Experten waren damit einverstanden, namentlich in der Masterarbeit angeführt zu werden. Alle vier Interviewpartner wurden im Vorhinein über das Thema informiert, der

Leitfaden wurde ihnen vor dem Interview jedoch nicht übermittelt. Zudem wurden die Interviews als Audiodatei aufgezeichnet, um das Gesprochene nach den Interviews transkribieren zu können. Dadurch wurde es der Interviewerin ermöglicht, sich voll und ganz auf das Gespräch zu konzentrieren. Des Weiteren gingen durch die Audiodatei keine relevanten Informationen des Gesprächs verloren.

5.1.6 Transkription der Interviews

Um die aufgezeichneten Interviews auswerten zu können, besteht der Bedarf diese zu verschriftlichen. Durch die Verschriftlichung wird das gesprochene Wort und klanglautliche Ausdrücke buchstäblich niedergeschrieben. Somit werden die geführten Interviews zur Auswertung verfügbar gemacht. Das Transkript stellt neben der tatsächlichen Gesprächssituation und der Aufzeichnung der Audiodatei, die zentrale Ausgangsbasis einer wissenschaftlichen Analyse dar [Fuß, 2019].

Mithilfe der Transkription der Audiodatei soll das Gesprochene schriftlich festgehalten werden und anschließend für eine Analyse zugänglich gemacht werden. Um dabei das Gesprochene vom Interview detailgetreu wiederzugeben, wurden für die Erstellung des Transkripts folgende Regeln von [Dresing, 2015] berücksichtigt:

- Die Transkription erfolgt wörtlich, nicht zusammenfassend oder lautsprachlich
- Dialekte werden in das Hochdeutsche übersetzt
- Stottern sowie Satz- und Wortabbrüche werden ausgelassen
- Pausen der Interviewpartner werden als Punkte in einer Klammer (...) dargestellt
- Verständnissignale wie bspw. „ja, aha, mhm, ähm, etc.“ werden nicht in das Transkript aufgenommen
- Die Interviewerin wird im Transkript mit einem „I:“ gekennzeichnet und die befragte Person wird mit seinem ausgeschriebenen Nachnamen gekennzeichnet
- Der Sprechtext der Interviewpartner wurde als kursiv geschrieben, damit dieser von dem Gesprochenen der Interviewerin unterscheidbar ist
- Nonverbale Äußerungen werden in einer Klammer angeführt (Bsp. (lachen))

Um eine bessere Lesbarkeit des Transkripts gewährleisten zu können, wurden grammatikalische Fehler ausgebessert. Insgesamt ergeben die Transkripte einen Umfang von 36 Seiten.

5.1.7 Auswertung nach Mayring

Grundsätzlich setzt sich die Inhaltsanalyse zum Ziel, Material zu analysieren, welches aus einer Art der Kommunikation stammt. Da die Anzahl an unterschiedlichen Definitionen weitreichend ist, beschreibt Mayring im Jahr 2015 [Mayring, 2015] die diversen Spezifika der Inhaltsanalyse. Dabei soll die Erkenntnis geschaffen werden, warum die sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse besonders ist und warum sie sich von anderen Methoden, welche sich mit der Analyse der Kommunikation beschäftigen, unterscheiden:

- Die Kommunikation bildet den Gegenstand der Inhaltsanalyse (Sprache, Musik, Bilder, etc.)
- Die fixierte Kommunikation liegt als Ausgangsbasis vor und wurde in irgendeiner Form protokolliert
- Systematisches Vorgehen, Abgrenzung von hermeneutischen Verfahren
- Analyse läuft nach expliziten Regeln ab, weswegen auch andere die Analyse nachvollziehen können
- Analyse erfolgt unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung, Interpretation der Ergebnisse basiert auf dem jeweiligen Theoriehintergrund
- Rückschlüsse ziehen durch bestimmte Aspekte der Kommunikation

Anschließend bedarf es einer Bestimmung der passenden Analysetechnik. Hierfür können drei unterschiedliche Analysetechniken herangezogen werden: die Zusammenfassung, die Explikation sowie die Strukturierung. Jedoch ist es auch möglich eine Kombination der drei Analysetechniken auszuwählen. In der Zusammenfassung wird das Material reduziert, sodass nur die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Bei der Explikation wird zu einzelnen fraglichen Textteilen, zusätzliches Material herangezogen, um dadurch das Verständnis der Textstelle zu erläutern. Verwendet man das Analyseverfahren der Strukturierung, werden bestimmte Aspekte aus dem Material unter festgelegten Ordnungskriterien gefiltert.

Um die Transkripte der Interviews dieser Masterarbeit zu analysieren, wird das zusammenfassende Analyseverfahren herangezogen. Dadurch wird das gesammelte Material auf ein Kleineres reduziert, um somit nur eine allgemeine Zusammenfassung der relevantesten Aussagen darzustellen [Mayring, 2015].

5.1.8 Kategorienbildung

Ein zentraler Schritt der Inhaltsanalyse ist die Definition diverser Kategorien. Hierbei können zwei unterschiedliche Arten der Kategorienbildung voneinander unterschieden werden: die deduktive Kategoriendefinition und die induktive Kategoriendefinition. Bei der deduktiven Kategoriendefinition werden die Kategorien basierend auf den Voruntersuchungen oder neu entwickelten Theorien entwickelt. In dem empirischen Teil dieser Masterarbeit wird die induktive Kategorienbildung verwendet. Somit werden die Kategorien direkt aus dem Material der Experteninterviews gebildet, wodurch folgende Kategorien und Unterkategorien entstanden sind:

- eHealth-Anwendungen
 - Nutzung von eHealth-Anwendungen
 - Sinnhaftigkeit der eHealth-Anwendungen
 - Nachteile von eHealth-Anwendungen
 - Differenzierungen von eHealth-Anwendungen in Einzel- und Gruppenpraxen
 - Nutzenpotenzial von eHealth-Anwendungen
 - Zentrale Treiber für Akzeptanz und Nutzung
 - Zentrale Barrieren für Akzeptanz und Nutzung
 - Umstrukturierung des Gesundheitssystems
 - Nationale eHealth-Strategie
 - e-Rezept
 - Datenaustausch
 - Dokumentation der Daten
 - eHealth-Monitor
- Primärversorgung
 - Vorteile der Primärversorgungszentren
 - Etablierung von PVZ in Österreich
 - Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in PVZ
 - Fokus der stationären Gesundheitsversorgung
 - Reduzierung der Krankenhausaufenthalte
 - Gatekeeper-Modell in Österreich
- Telemedizinische Anwendungen
 - Nutzung telemedizinischer Dienste
 - Nützlichkeit der elektronischen Konsultation

- Hindernisse bezüglich der Nutzung von Telemedizin

5.2 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

Folgend werden nun die herausgearbeiteten Zitate der Befragten mit den bereits recherchierten, theoretischen Erkenntnissen und Literaturverweisen zusammengeführt, um einen tatsächlichen Informationsgehalt generieren zu können. Zudem werden neu angesprochene Themen in den Interviews in der Auswertung der Ergebnisse berücksichtigt und mit neuer Literatur belegt, sodass auch alle neuen Erkenntnisse der Interviews vollständig in die Auswertung integriert werden. Die vordefinierten Kategorien werden in der vorgegeben Reihenfolge beschrieben, dennoch können sich Überschneidungen unter den Kategorien ergeben.

5.2.1 Kategorie: eHealth-Anwendungen

Nutzung von eHealth-Anwendungen

Bei der Frage, welche eHealth-Anwendungen die Allgemeinmediziner nutzen, geben alle an, die Funktion e-Medikation in der elektronischen Gesundheitsakte „ELGA“ zu nutzen (siehe Anhang A). Diese Funktion steht österreichweit in Apotheken, Kassenordinationen und öffentlichen Krankenhäusern zur Verfügung. Dadurch können die Ärztinnen und Ärzte alle Medikamente ihrer Patientinnen und Patienten auf einen Blick einsehen und haben einen Überblick über deren verordneten Medikamente des letzten Jahres [BMSGPK, 2021b].

„Die e-Medikation verwenden wir eigentlich täglich. Jetzt nicht bei jedem Patienten, aber dort wo es interessant ist.“ (Dorner, Zeile 38-39).

Sofern eine Patientin bzw. ein Patient beispielsweise aus einem anderen Bundesland kommt oder von einer anderen Hausärztin bzw. einem anderen Hausarzt behandelt wird, wird es als sehr positiv erachtet, da dadurch ersichtlich wird, welche Medikamente die Patientin bzw. der Patient einnimmt oder welche Rezepte bei der Apotheke eingelöst wurden.

„Das ist sicher bei neuen oder Vertretungspatienten eine große Unterstützung, weil man da sonst immer mühsam nachfragen müsste, was sie einnehmen.“
(Rebhandl, Zeile 49-51).

Zudem ist die e-Medikation automatisch bei deren Ordinationsprogramm hinterlegt. Sobald die jeweilige Ärztin bzw. der jeweilige Arzt ein Rezept verschreibt, wird dies automatisch in der e-Medikation hinterlegt und gespeichert.

Sofern es sich um die Funktion der e-Befunde in der ELGA handelt, sind die Meinungen der befragten Ärzte unterschiedlich. So erachtet ein Arzt beispielweise die Begutachtung der e-Befunde in ELGA als sehr nützlich und sinnvoll und verwendet diese Funktion auch regelmäßig in seiner Praxis. Konträr dazu findet diese Funktion hingegen auch wenig Zuspruch.

„Befund (...) also die Datenbank in ELGA nutzen wir noch nicht, weil es nicht gut funktioniert und weil es nicht viel hilft im Alltag.“ (Rebhandl, Zeile 32-33).

Vor allem kritisch betrachtet wird die Extrahierung von Informationen aus den Befunden. Die Befunde in der ELGA sind nur als PDF abrufbar, weswegen man keine Daten extrahieren kann und nicht in der eigenen Praxis-EDV weiterverwenden kann (siehe Anhang A).

„Wir bräuchten hier wirklich gute digitale Befunde, die man zerlegen kann.“
(Rebhandl, Zeile 66).

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Stufen, mit denen e-Befunde konform für die ELGA bereitgestellt werden können. EIS Basic gibt die Befunde als PDF aus, EIS Enhanced und EIS Full Support stellen voll strukturierte e-Befunde dar und mit EIS Full Support werden ebenso auch codierte Inhalte geliefert, wodurch der Zugriff auf Einzeldaten ermöglicht wird. In dem Evaluierungsbericht zum e-Befund der ELGA GmbH im Jahr 2018 wird der prozentuale Anteil der Strukturierung der ärztlichen Entlassungsbriefe angeführt: 27% EIS Basic, 64% EIS Enhanced und nur 9% EIS Full Support. Dabei geben 26% der befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass sie unzufrieden damit sind, dass die Übernahme der e-Befunde in die eigene Praxissoftware nur begrenzt möglich ist und dass die Daten der e-Befunde nicht oder wenn nur eingeschränkt weiterverarbeitet werden können [ELGA GmbH, 2021c].

Des Weiteren stellt auch die nicht vorhandene Suchfunktion in der ELGA ein Problem dar (siehe Anhang A).

„Man braucht in ELGA eine Suchfunktion, wo ich mit Stichwörtern suchen kann, bspw. das letzte Thorax-Röntgen oder die letzte Koloskopie usw. Aber nicht, dass ich den Datenwulst der da drinnen steht, durchsuchen muss und nur mühsam was finden kann. Das ist viel zu zeitaufwendig und auch viel zu fehleranfällig, weil ich viel leichter was übersehen kann.“ (Rebhandl, Zeile 66-70).

62% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte würden sich eine Suchfunktion innerhalb der e-Befunde wünschen, um somit nach bestimmten Begriffen suchen zu können [ELGA GmbH, 2021c].

Ebenso wird auch die Auffindbarkeit der e-Befunde kritisch betrachtet, weil man die Befunde oft nur mit viel Aufwand auffinden kann (siehe Anhang A).

„... aber von der Auffindbarkeit her sind sie nicht benutzerfreundlich gestaltet.“ (Eicher, Zeile 126-127).

Sofern Befunde übermittelt werden, wird hier meist die elektronische Befundübertragung verwendet. Insbesondere wurde hier DaME „Datennetz der Medizin“ als Programm genannt. DaMe ist ein Angebot von A1 mit welchem sensible Gesundheitsdaten oder Patientendaten in Form von Arztbriefen oder Laborbefunden zwischen Institutionen des Gesundheitswesens transferiert werden können [VertretungsNetz - Erwachsenenvertretung, Patienten-anwaltschaft, Bewohnervertretung, 2019].

Zusätzlich verwenden die befragten Ärzte in der ELGA auch noch den elektronischen Impfpass, in dem alle Corona-Schutzimpfungen dokumentiert werden und alles was mit der Corona-Schutzimpfung zusammenhängt, wie beispielsweise die Bestätigungen für den grünen Pass. Diese Bestätigungen sind durch die E-Impfpass-Funktion in der ELGA abrufbar.

„Dann verwenden wir es jetzt ganz viel zum Impfen natürlich, den E-Impfpass. Aber notgedrungen aus Corona heraus, ansonsten würden wir es nicht tun.“ (Korsatko, Zeile 35-36).

Verwendet wird die elektronische Gesundheitsakte ELGA von den Allgemeinmedizinerinnen, da sie zur Nutzung von einzelnen Funktionen verpflichtet sind (siehe Anhang A). Somit wurde ab dem Jahr 2018 die Speicherverpflichtung für den niedergelassenen Bereich, selbstständige Ambulatorien und Apotheken der Medikationsdaten eingeführt. Je nach

Bezirk war der Zeitpunkt der Verpflichtung für die einzelnen Gemeinden unterschiedlich [Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2017].

„... der Staat Österreich sich dazu entschieden hat, ELGA als System im Gesundheitswesen zu etablieren und es auch die Aufgabe ist, ein System zu etablieren, mit dem sinnvoll gearbeitet werden kann und wo auch die Verantwortung vom Einzelarzt wegkommt und eine gemeinschaftliche Verantwortung in unserem Gesundheitssystem und unserem Rechtssystem und Staat geschaffen wird.“ (Eicher, Zeile 99-102).

Sinnhaftigkeit der eHealth-Anwendungen

Die e-Health-Anwendungen, welche von den Ärzten verwendet werden, werden größtenteils als positiv, sinnvoll und nützlich erachtet. Sofern diese Anwendungen benutzerfreundlich umgesetzt wurden und funktionstüchtig sind, können sie den alltäglichen Praxisablauf erleichtern und einen wesentlichen Nutzen stiften.

„Die helfen einem, schneller Informationen von einem Patienten zu bekommen und schneller die gewünschten Ergebnisse in Bezug auf die Medikation, etc. zu erzielen.“ (Korsatko, Zeile 51-53).

Ebenso bietet die elektronische Gesundheitsakte die Möglichkeit, gespeicherte Befunde der jeweiligen PatientIn bzw. des Patienten abrufen zu können und einen Überblick über die verschriebenen Medikamente zu erhalten, wodurch oftmals auch eine Doppelgleisigkeit vermieden werden kann. Zudem wird durch die ELGA die Möglichkeit geboten, Daten bezüglich der Behandlung, der Befundung und der Medikation der Patientin bzw. des Patienten abzuspeichern und diese rasch wieder finden zu können (siehe Anhang A).

„Also gerade diese ELGA-Befunde, das ist wirklich toll. Auf Knopfdruck hast du quasi im Prinzip seit 2015 oder länger noch, hast du die Befunde vom Patienten und das ist sehr wertvoll.“ (Korsatko, Zeile 107-109).

Die häufigsten Vorteile, welche in der Evaluierung der ELGA GmbH erwähnt wurden waren, dass den Ärztinnen und Ärzten Befunde bereitgestellt werden, welche vorher nicht zugänglich waren. Ebenso muss man die Befunde von anderen GDA nicht mehr aktiv erheben, da sie oftmals schon in der ELGA enthalten sind und kann dadurch

ein vollständigeres Bild von den Patientinnen und Patienten erhalten [ELGA GmbH, 2021c].

Zwei der befragten Ärzte weisen jedoch auf ein bedeutsames Problem hin, weswegen sie die e-Befund-Funktion noch kritisch betrachten (siehe Anhang A).

„Das Problem ist, dass ältere Befunde oder alte Befunde nicht drinnen sind und das ist jetzt erst eigentlich im Entstehen. Die ELGA gibt es in der Steiermark ja eigentlich erst seit 2 Jahren und bis da wirklich regelmäßig Befunde eingespielt werden, ja das braucht einfach noch Zeit.“ (Dorner, Zeile 64-66).

Aktuell können in der ELGA ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe abgerufen werden, sowie Laborbefunde und Radiologiebefunde. Diese werden zurzeit nur von öffentlichen Krankenhäusern in der ELGA gespeichert. Zukünftig ist es jedoch geplant auch allgemeine und spezielle fachärztliche Befunde in der ELGA zur Verfügung zu stellen [BMSGPK, 2021a].

Relevant zu beachten ist nur, dass die Praxistauglichkeit der Anwendungen immer im Vordergrund stehen sollte, da sie den Arbeitsablauf beschleunigen sollten und dabei auch einen Informationsgewinn erzielen sollen.

Nutzenpotenzial der eHealth-Anwendungen

Einer der befragten Ärzte stuft das Nutzenpotenzial von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch) sehr hoch ein und bewertet das Nutzenpotenzial mit dem höchsten Wert 10. Zwei der Ärzte stufen das Nutzenpotenzial bei 8 ein. Ein Arzt stuft das Nutzenpotenzial mittelmäßig ein und bewertet es mit 5. Laut deren Meinung, können mit der Nutzung von eHealth-Anwendungen viele Tätigkeiten und Regelabläufe im Praxisalltag erleichtert werden (siehe Anhang A).

Grundsätzlich ist ein hohes Nutzenpotenzial nur gegeben, wenn die Anwendung benutzerfreundlich gestaltet ist, technisch gut konstruiert ist und eventuell sogar finanziert oder zumindest teilfinanziert wird. Bedauerlicherweise wird das Nutzenpotenzial solcher eHealth-Anwendungen oftmals noch nicht zur Gänze ausgeschöpft. So tracken beispielsweise große Konzerne verschiedener Bereiche bereits unzählige Gesundheitsdaten vieler Enduser und speichern diese Daten auch ab.

„... und das Gesundheitssystem ist irgendwo weit weit weit dahinter.“ (Eicher, Zeile 88).

„... in England werden Daten eines Patienten zentral auf einem Server gespeichert und jeder Arzt der die Berechtigung dazu hat, kann darauf zugreifen.“ (Rebhandl, Zeile 133-134).

„Da sind wir weit weg davon ja, also mit Datenschutz usw. (lacht) wird bei uns einiges verhindert.“ (Rebhandl, Zeile 137-138).

Im Gesundheitssystem könnte man durchaus zahlreiche relevante Gesundheitsdaten sinnvoll verwenden, jedoch ist dies durch den strengen Datenschutz oftmals nicht möglich bzw. wird verhindert (siehe Anhang A).

„Das ist einfach ein Machtungleichgewicht.“ (Eicher, Zeile 94).

Der Schutz von medizinischen Daten bringt oftmals auch negative Konsequenzen mit sich, da Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser deren Daten in geschlossenen Systemen horten. Dadurch wird manchmal den Patientinnen und den Patienten die Einsicht verwehrt und auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erhalten nur einen Bruchteil an Informationen. Die Folge ist, dass falsche Schlüsse gezogen werden oder bereits verschriebene Therapien nicht nachvollzogen werden können [Andelfinger, 2016].

Häufig sind laut Angaben der Ärztinnen und Ärzte mehrere Anwendungen im Anfangsstadium mühsam und kompliziert zu bedienen, da die Anwenderinnen und Anwender nur sehr selten mit in die Entwicklung einbezogen werden und der Praxisalltag in der Entwicklung nicht berücksichtigt wird.

„... in Zukunft den Anwender zeitlich in die Entwicklung der Programme einbindet, weil dann kann man eigentlich viele Probleme vermeiden ja.“ (Rebhandl, Zeile 84-85).

Besonders bei der Erschaffung von Informations- und Kommunikations-Systemen ist es relevant diese als soziotechnisches System zu betrachten, sodass auch die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigt werden können. Im Mittelpunkt der Erschaffung sollte also immer der Mensch stehen (Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten) [Haring, 2019].

Dennoch verhelfen die eHealth-Anwendungen zu einem besseren Überblick der Patientendaten, wodurch ein größerer Informationsgewinn gewährleistet wird.

Nachteile von eHealth-Anwendungen

Einer der befragten Ärzte gab an, dass für ihn durch die Verwendung von ELGA keine Nachteile entstanden sind. Generell ist jedoch ein hohes Verständnis für die elektronische Datenverarbeitung gefragt sowie Technikaffinität und zudem entsteht auch ein höherer Bedarf an personellen Ressourcen. Im Idealfall sollte man die Möglichkeit haben, auf technikaffines Personal zurückgreifen zu können, sofern die Anwendung nicht einwandfrei funktioniert. Als Nachteil werden hinzukommend die Kosten der Implementierung angegeben. Teilweise bekommt man diese zwar durch die Sozialversicherung rückvergütet, dennoch entsteht ein hoher Arbeitsaufwand, da die Implementierung selbst viel Zeit beansprucht sowie die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch die eigenständige Auseinandersetzung mit der elektronischen Gesundheitsakte (siehe Anhang A).

„Und auch unser Zeitaufwand, der damit verbunden ist, müsste in einer gewissen Art und Weise in der Honorierung berücksichtigt werden. Weil wir machen vieles in Anführungszeichen in der Freizeit.“ (Rebhandl, Zeile 208-210).

Dies wird auch in der Befragung der ELGA GmbH bestätigt. 63% der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gaben in der Evaluierung der ELGA bekannt, dass der Zeitaufwand, der mit der Nutzung der ELGA entsteht, zu hoch sei [ELGA GmbH, 2021c].

Oftmals sind auch viele der eHealth-Anwendungen umständlich und nicht benutzerfreundlich gestaltet oder die Integrierung in die EDV-Systeme der Praxis ist komplex. Ein weiterer Nachteil welcher erwähnt wird ist, dass man manchmal auch nicht die Informationen bekommt, nach welchen man explizit gesucht hat.

Differenzierungen von eHealth-Anwendungen in Einzel- und Gruppenpraxen

Differenzierungen im Gebrauch von eHealth-Anwendungen in Einzelpraxen und Primärversorgungszentren sind den meisten befragten Ärzten nicht bekannt, jedoch wird betont, dass es relevant sei eine hohe Datensicherheit zu gewährleisten, da in einem PVZ mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzte auf die Daten zugreifen können(siehe Anhang A).

Positiv hervorgehoben wird, dass durch das multiprofessionelle Team in einem PVZ mehr eHealth-Anwendungen integriert werden können.

„Also in einem Primärversorgungszentrum habe ich einfach durch die hohe Personalzahl die Möglichkeit verschiedene Gesundheitsberufe einzusetzen und sicher eine breitere Anwendung dieser eHealth-Applikationen und diese einzusetzen.“ (Korsatko, Zeile 90-92).

Ebenso wird dies in der Studie der europäischen Kommission bestätigt, in der die Nutzung von IKT und eHealth-Anwendungen von Hausärztinnen und Hausärzten analysiert wurde. Somit haben Primärversorgungszentren eine höhere Bereitschaft eHealth-Anwendungen zu adoptieren, im Gegensatz zu kleineren Praxen [European Union, 2018a].

In Zukunft soll es jedoch Bestrebungen geben eine Differenzierung im Gebrauch von eHealth-Anwendungen in Einzelpraxen und Primärversorgungszentren zu schaffen (siehe Anhang A).

„Da gibt es jetzt im Bereich von ELGA die sogenannte virtuelle Organisation, die etabliert werden soll, sodass man für die PVE eine eigene Struktur auch in ELGA aufbaut.“ (Eicher, Zeile 155-157).)

Dazu soll zukünftig die „virtuelle Organisation“ umgesetzt werden, um die Primärversorgungszentren zu unterstützen. Mittels der virtuellen Organisation wird die Möglichkeit der Verschaltung geboten, wodurch Kooperationen diverser GDA auf Basis von bestehenden ELGA-Anbindungen entstehen können. Grundsätzlich soll diese neue Funktion jedoch nicht nur auf den Einsatz in Primärversorgungszentren beschränkt sein [ELGA GmbH, 2019].

Zentrale Treiber für Akzeptanz und Nutzung

Die zentralen Treiber bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen sind laut den Ärzten die Geschwindigkeit, die Akzeptanz, die Sicherheit, die gesetzliche Vorschrift und der profitable Nutzen. Der Grund weswegen die Anwendungen akzeptiert werden ist, da man mittlerweile die notwendigen Daten relativ rasch finden kann und nicht mehr physisch diverse Patientenakten und Ordner horten muss. Zudem wurde der Datenschutz und die Datensicherheit der ELGA gut durchdacht, weswegen man ein Gefühl der Sicherheit verspürt.

„Heutzutage möchte man, gerade in Österreich, schnell seine Medikamente bekommen, seine Befunde haben, man möchte schnell wissen, welche Krankheit man hat.“ (Korsatko, Zeile 103-105).

Aber auch die Gesundheitspolitik und die Sozialversicherung stellen einen zentralen Treiber dar, da sich diese oftmals einen besseren Überblick sowie eine ökonomische Kontrolle versprechen. Ein Arzt sieht diesen Standpunkt jedoch als sehr kritisch an (siehe Anhang A).

„Man beachtet ein bisschen zu wenig die Vorteile für den Patienten. Man ist zu sehr auf die ökonomischen Aspekte, die man aus den Daten gewinnen kann, fokussiert und weniger auf den Nutzen für den Patienten.“ (Rebhandl, Zeile 125-127).

„Und immer dann, wenn ich einen Patienten besser, effizienter behandeln kann oder versorgen kann, dann bringt es für mich was und auch was für den Patienten.“ (Dorner, Zeile 138-139).

Relevant ist, dass die Vorteile der IKT-Lösungen wahrgenommen werden. Sobald ein Nutzen wahrgenommen wird, werden die Anwendungen lieber von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner genutzt und wahrgenommen [European Union, 2018a].

Zentrale Barrieren für Akzeptanz und Nutzung

Während den Interviews wurden auch einige Barrieren bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen genannt. Zum einen wurden die vielen unterschiedlichen Programme der eHealth-Anwendungen angesprochen und dass man für jede eigene Anwendung immer einen eigenen Einstieg, Passwörter und natürlich auch das entsprechende Knowhow für die Anwendung benötigt (siehe Anhang A).

„Also sehr technikaffin zu sein ist schon eine Barriere.“ (Korsatko, Zeile 126-127).

Sofern die Enduser der eHealth-Anwendungen technikaffiner sind, weisen diese auch eine höhere Akzeptanz für eHealth-Anwendungen auf. 69% der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner fühlen sich jedoch zu ungenügend technisch unterstützt [European Union, 2018a].

Zudem besteht auch immer die Angst seitens der Patientinnen und Patienten, dass deren Daten missbraucht werden könnten. Dies betrifft laut Angaben des Arztes jedoch nur einen geringen Prozentsatz der Bevölkerung.

„Eine gewisse Angst vor Datenmissbrauch ist natürlich auch verbreitet.“ (Rebhandl, Zeile 147).

„Datenschutz ist die zentrale, über allem stehende Barriere. Rechtliche Unsicherheit überhaupt. Und dann, dass das entsprechende Wissen über die EDV und Entwicklung von Softwareentwicklung zu wenig ausgeprägt ist.“ (Eicher, Zeile 172-174).

Zuzüglich werden als Barrieren auch die Kosten, die teilweise mangelnde Funktionalität der einzelnen eHealth-Anwendungen sowie die geringe Praxistauglichkeit der Systeme angesprochen. Dadurch wird der Aufwand der Anwendungen nicht verringert, sondern erhöht (siehe Anhang A).

Diese Barrieren werden auch in der Studie der europäischen Kommission bestätigt: 83% der befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner stimmen zu, dass oftmals auch eine fehlende Vergütung ein Hindernis für die Einführung sowie für die Nutzung darstellen und 74%, dass der vorhandene Zeitmangel und auch die zusätzliche Arbeitsbelastung, welche oftmals durch die Anwendung entsteht, als Hindernis angesehen wird [European Union, 2018a].

Umstrukturierung des Gesundheitssystems

Bei der Frage, ob eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems (Versicherungsmodell, Fokussierung Gatekeeper-Ansatz) zu einer höheren Akzeptanz von eHealth-Anwendungen führen würde, war die Antwort von einem Interviewpartner, dass es illusorisch wäre ein Gatekeeper-Modell in Österreich einzuführen. Die Bewohnerinnen und Bewohner von Österreich sind anderes gewohnt und schätzen deren unabhängige Freiheiten bei der Wahl der Gesundheitsversorgung auch sehr. Generell denken die Ärzte jedoch nicht, dass eine Umstrukturierung zu einer höheren Akzeptanz führen würde. Man sollte nichts gesetzlich vorschreiben, sondern viel mehr die Faszination und den Nutzen der eHealth-Anwendungen in den Mittelpunkt stellen.

„... dass man wirklich davon profitiert in der alltäglichen Arbeit und dann ist es plötzlich für jeden gut.“ (Eicher, Zeile 197-198).

Jedoch bestätigen Sie, dass Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems angestrebt werden sollten, obwohl wir bereits ein gutes System haben.

„... wir müssen primär nicht umstrukturieren, sondern die Weiterentwicklung muss in die Richtung gehen, dass wir klären was wir tun.“ (Eicher, Zeile 200-201).

„Wir brauchen kein staatlich kontrolliertes System, sondern wir brauchen ein System, dass die positiven Seiten unseres Gesundheitssystems weiterentwickelt und die positiven Seiten vom Gesundheitssystemen wie Dänemark, Niederlande, England, Portugal – auch Slowenien macht viel Gutes. Wir können von verschiedenen Systemen lernen und es geht nicht darum ein System zu kopieren, sondern da geht's wirklich darum. Wir haben ein gemeinsames Europa. Und diese Grundstruktur, zum Beispiel ja, also Grunderkrankungen, Allergien, Impfungen und was weiß ich, was man nicht alles definiert, die soll europaweit, weltweit gelten.“ (Eicher, Zeile 441-447).

In einem anderen Interview wird diese Ansicht bestätigt. So hätte das Gatekeeping-Modell in Österreich durchaus Potenzial und wäre durchaus diskussionswürdig, aber aufgrund der Traditionen in Österreich wäre es zurzeit einfach nicht realistisch. Jedoch würde man sich Anreize wünschen, sodass man sich primär freiwillig in der Primärversorgung behandeln lässt, anstatt sofort eine Fachärztin bzw. einen Facharzt oder eine Spitalsambulanz aufzusuchen (siehe Anhang A).

Von 2005 bis 2017 sind die Ambulanzfälle in Österreich um 34 Prozent gestiegen. Zudem stiegen die Ambulanzbesuche, ohne vorher eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt kontaktiert zu haben, im Jahr 2006/2007 zum Jahr 2014 von 6,4 Prozent auf 14,9 Prozent an [Österreichische Ärztekammer, 2019].

Dadurch konzentrieren sich die Gesundheitsausgaben in Österreich stark auf die stationäre Gesundheitsversorgung. Trotz laufender Reform zur Stärkung der primären und ambulanten Gesundheitsversorgung, hat sich der Anteil, welcher für die stationäre Gesundheitsversorgung angewendet wird, seit 2010 nur um 0,8 Prozent reduziert [OECD/EOHSP, 2019].

„Und, dass eine starke Primärversorgung mit einem direkten teilweise auch verpflichtenden Zugang zur Primärversorgung letztendlich einen besseren Outcome hat bei besseren und niedrigen Kosten im Gesamten gesehen ja.“ (Rebhandl, Zeile 180-182).

Länder welche eine relativ stark ausgeprägte Primärversorgung haben sind Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Litauen, Niederlande, Portugal, Slowenien, Spanien

und das Vereinigte Königreich. All diese Länder haben die Gemeinsamkeit, dass deren Hausärztinnen und Hausärzte als Hauptanlaufstelle und Hauptzugangspunkt zur restlichen Gesundheitsversorgung dienen. Dabei sind sie dafür verantwortlich die Diagnose, die Therapie, die Prävention sowie die Nachsorgeaktivitäten zu überwachen [Kringos et al., 2013]

Eine ausgeprägte Primärversorgung ist mit einem verbesserten Zugang zu Gesundheitsdiensten, besseren Gesundheitsergebnissen, einem Rückgang der Krankenhausaufenthalte und der Inanspruchnahme von Notaufnahmen verbunden. Darüber hinaus hat die Forschung gezeigt, dass Länder und Regionen, welche die Primärversorgung stärker forcieren, niedrigere Gesundheitskosten haben und bessere Gesundheitsergebnisse erzielen [Leiyu, S., 2012].

Zuerst müssten hier aber Voraussetzungen für ein Gatekeeper-Modell geschaffen werden und man müsste die personellen Ressourcen in der Primärversorgung aufstocken (siehe Anhang A).

„Und vor allem müssten wir die Primärversorgung auch personell aufwerten und stärken, weil wir könnten mit den jetzigen niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen sicherlich kein Gatekeeping-System umsetzen, weil einfach die Ressourcen zu knapp sind.“ (Rebhandl, Zeile 185-187).

Seit dem Jahr 2000 ist ein deutlicher Anstieg an Fachärztinnen und Fachärzten in Österreich wahrzunehmen, während der Anteil der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner einer der niedrigsten in der EU ist (15% aller Ärztinnen und Ärzte). Zudem könnte die Verfügbarkeit von Leistungen in den nächsten 10-15 Jahren durch eine Welle an Pensionierungen die personellen Ressourcen negativ beeinflussen. Aktuelle Altersverteilungen zeigen auf, dass viele Ärztinnen und Ärzte bald in Pension gehen werden [OECD/EOHSP, 2019].

Zudem müssten klare Leitlinien definiert werden, welche Versorgung in der Primärversorgungsebene durchgeführt wird und wann die Patientin bzw. der Patient auf die Sekundär- oder Tertiärebene verwiesen werden soll.

Nationale eHealth-Strategie

Auf einer Skala von 1 (nicht relevant) bis 10 (sehr relevant), erachtet ein Arzt eine nationale Strategie als mittelmäßig relevant und vergibt den Wert 6, da das Thema eHealth so-

wieso ein Thema der Zukunft ist und eine Etablierung sowieso verfolgt wird. Sinnvoll wäre es, dass man ein grobes Ziel schafft, um sich an diesem Ziel orientieren zu können. Drei Ärzte bewerten die Relevanz sehr hoch und vergeben den Wert 10.

„Die nationalen Strategien in Österreich sind traditionellerweise ziemlich sinnlos. Da wird dann auf ein Papier geschrieben und umsetzen müssen es dann die Länder.“ (Korsatko, Zeile 149-151).

Der Grund, weswegen die Relevanz mit einer 10 bewertet wurde ist, da die technische Weiterentwicklung des Gesundheitssystems einer der zentralen Punkte ist, auf welche man sich zukünftig fokussieren sollte.

„Ja 10, weil der Weg geht in die Richtung, dass die Verantwortung nicht am Einzelnen hängt, sondern ist eine gesamt gesellschaftliche Entscheidung, wie wir unser Gesundheitssystem weiterentwickeln.“ (Eicher, Zeile 220-222).

Im Jahre 2007 wurde eine österreichische eHealth-Strategie von der e-Health-Initiative entwickelt. Bisher gibt es noch keinen Nachfolger der damaligen eHealth-Strategie [Pfeiffer, 2007a].

Wichtig wäre auch bei der Schaffung einer solchen Strategie, alle Beteiligten von Beginn an bei der Diskussion entsprechend einzubinden.

„... diese eHealth-Strategie muss viel besser abgestimmt und umgesetzt werden zwischen der Sozialversicherung, dem Gesundheitsministerium, den Ländern und auch den Ärzten.“ (Rebhandl, Zeile 193-195).

Zudem sollte die Kommunikation nach außen berücksichtigt werden und alle Beteiligten sollten frühzeitig über Änderungen und Planungen informiert werden, sodass sich auch beispielsweise die Ärztinnen und Ärzte darauf vorbereiten können.

„Und ich denke dann auch wahrscheinlich für den Zahler, sprich den Bund, entsprechend günstiger, wenn man das langfristig und gut plant. Also würde ich es fast mit einer 10 bewerten.“ (Dorner, Zeile 170-172).

e-Rezept

Drei der Ärzte würden die Einführung des e-Rezepts in Österreich sehr positiv bewerten und vergeben den Wert 10.

„Das ist eine Erleichterung für die Patienten und auch für uns ja. Es spart Papier und ich glaube auch für die Apotheke ist es einfacher und es ist sicher. Also das bietet sicher optimale Möglichkeiten für alle Beteiligten.“ (Rebhandl, Zeile 215-217).

Alle befragten Ärzte sehen dies als zukünftige Selbstverständlichkeit an und wünschen sich, dass die Ausstellung eines Rezepts nur noch elektronisch erfolgt. Zudem würden sie sich auch wünschen die Überweisungen elektronisch abzuwickeln.

„Und das nächste müssten dann hoffentlich auch die Überweisungen sein.“ (Korsatko, Zeile 171-172).

Ein Arzt bietet gewissermaßen schon eine Vorstufe des e-Rezepts an. Patientinnen und Patienten können den Arzt anrufen und ihm mitteilen, dass sie ein bestimmtes Medikament benötigen. Daraufhin kann die Ärztin bzw. der Arzt das Medikament verschreiben und trägt das Rezept in der ELGA (e-Medikation) der Patientin bzw. des Patienten ein. Anschließend kann die Patientin bzw. der Patient in der Apotheke sein Medikament abholen und die Apotheke kann mittels Steckung der e-Card die verschriebenen Medikamente einsehen.

„Für uns ist es mäßig nützlich, aber für den Patienten natürlich sehr praktisch ja.“ (Dorner, Zeile 203).

Datenaustausch

Innerhalb der Primärversorgungszentren werden die Daten der Patientinnen und Patienten unter den Personen ausgetauscht, welche an den gleichen Patientinnen und Patienten arbeiten. Ebenso hat jeder GDA des PVZ Einsicht in alle Daten der Patientinnen und Patienten und Zugriff. Nur die psychologischen und psychotherapeutischen Informationen, welche vertraulich sind, werden in einem eigenständigen System gespeichert, zu dem nur die Psychologin bzw. der Psychologe Zugriff hat.

„In der Primärversorgungseinheit tausche ich alle notwendigen Daten mit allen anderen Anbietern aus.“ (Eicher, Zeile 253-254).

Außerhalb der PVZ werden die Daten der Patientinnen und Patienten jedoch nicht mit anderen GDA ausgetauscht.

„Wir sind ja auch nicht verpflichtet, was reinzustellen. Meines Erachtens wäre das aber auch sinnvoll aber ja.“ (Korsatko, Zeile 188-189).

Sofern Daten mit anderen GDA oder bspw. Fachärztinnen und Fachärzten außerhalb der PVE ausgetauscht werden, wird die elektronische Befundübermittlung verwendet (siehe Anhang A).

„Daten austauschen mit Externen tun wir eigentlich nur auf Anforderung ja.“ (Rebhandl, Zeile 226-227).

Auch die Studie der europäischen Kommission untersuchte den Austausch von Patientendaten unter den verschiedenen GDA. Österreich lag im Vergleich zu anderen Ländern auf Platz 15 mit 28,8% [European Union, 2018a].

Dennoch sollte neben dem digitalen Austausch der Daten, der persönliche Austausch immer im Vordergrund stehen, da man die Kommunikation zwischen den Menschen nicht durch die elektronische Kommunikation ersetzen kann.

Wenn eine Patientin bzw. ein Patient zur Behandlung in das PVZ kommt, wird die e-Medikation von ihm begutachtet, weniger jedoch die Befunde. Der Grund ist, dass nicht immer alle der Befunde in der ELGA enthalten sind, weswegen die Ansammlung der Befunde teilweise noch sehr lückenhaft ist.

Um eine effektive und effiziente Behandlung durch Unterstützung der ELGA gewährleisten zu können, müssten zuerst alle diversen GDA dazu verpflichtet sein, die Daten der Patientinnen und Patienten in der ELGA zu speichern, da man erst dann sicherstellen kann, dass wirklich alle Daten vorhanden sind (siehe Anhang A).

Sofern Krankenanstalten mit ELGA arbeiten, verpflichten sie sich dazu, Entlassungsbriefe aus stationären Aufenthalten, Laborbefunde von ambulanten Aufenthalten und Radiologiebefunde in der ELGA zu speichern und zur Verfügung zu stellen. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte der Fächer „medizinisch-chemische Labordiagnostik“ sowie „Hygiene und Mikrobiologie“ sind dazu verpflichtet, Laborbefunde zur Verfügung zu stellen, wenn sie mit der ELGA arbeiten. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte des

Fachs „Radiologie“ sind dazu verpflichtet, Befunde der bildgebenden Diagnostik bereitzustellen. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich und Apotheken sind dazu verpflichtet verordnete und ausgegebene Medikamente einzutragen [ELGA GmbH, 2021d].

„Und die Befunde werden natürlich elektronisch eingespielt von auswärts und von den Krankenhäusern und den Ärzten, aber dass wir das dort hinschicken, das ist nicht der Fall. Wobei, es soll ja die e-Überweisung kommen, also die ist ja geplant und dann würde das eben auch elektronisch funktionieren.“ (Dorner, Zeile 214-217).

Erforderlich wäre eine Entscheidung, welche Daten relevant sind und wie man mit diesen relevanten Daten umgehen soll.

„Wenn ich wissen will, wer welche Allergien hat oder wer welche Impfungen hat, dann muss ich mir die Frage stellen, wer hat welche Allergien und jeder der mit Allergien im Gesundheitssystem zu tun hat, hat die Verpflichtung, dass in das System einzuspeisen. Und dann wissen wir, dass die Leute dort, diese Allergien dokumentiert bekommen haben.“ (Rebhandl, Zeile 140-142).

Dokumentation der Daten

Alle der befragten Ärzte dokumentieren die Daten der Patientinnen und Patienten zu 99% bis 100% elektronisch.

„...wir haben keine Hardware-Patientenakte mehr. Gar nicht.“ (Dorner, Zeile 230).

eHealth-Monitor

Zwei der befragten Ärzte würden es als sehr sinnvoll erachten, einen nationalen eHealth-Monitor einzuführen, um jährlich die Fortschritte im Bereich eHealth wahrnehmen zu können und bewerten es auf einer Skala von 1 (nicht sinnvoll) bis 10 (sehr sinnvoll) mit einer 10.

„Weil damit vielleicht auch mehr Struktur in diese ganze Entwicklung hineinkäme als jetzt ja.“ (Rebhandl, Zeile 263-264).

Dabei sollte man auf die Qualität des Monitors achten und in erster Linie wahrnehmen können, welche der eHealth-Anwendungen praktisch in der Umsetzung sind. Ein Arzt gibt keinen Wert auf der Skala an, da er hier die Entscheidungsfindung beim Bund oder bei dem Gesetzgeber sieht, ob ein solcher eHealth-Monitor sinnvoll sein könnte.

5.2.2 Kategorie: Primärversorgung

Vorteile der Primärversorgungszentren

Mit der Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum ergeben sich zahlreiche Vorteile für alle Beteiligten und somit auch für die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner.

„Also es gibt Vorteile auf Seiten der Patientenbehandlung, es gibt Vorteile auf Seiten der Möglichkeiten der ärztlichen Behandlung, es gibt Vorteile auf Seiten meiner finanziellen Situation und es gibt Vorteile auf Seiten meiner Life-Work-Balance.“ (Korsatko, Zeile 215-217).

Mit einem PVZ wird die Möglichkeit geschaffen multiprofessionell zu arbeiten und dadurch bedingt auch bereits viele Behandlungen in der Primärversorgung abschließen zu können. Zudem ergeben sich längere Öffnungszeiten und ebenso die Möglichkeit, häufig im Akut- und Ambulanzbereich zu arbeiten. Betrachtet man also den medizinischen Aspekt, sind hier die Optionen breit gefächert.

„Ich habe einen Eingriffsraum, ich habe einen Wundraum, ich habe eine Diabeteschwester, ich habe eine Immunschwester, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten. Also ich kann hier sehr multiprofessionell Patienten behandeln, das sonst nicht möglich wäre.“ (Korsatko, Zeile 221-223).

Dadurch, dass in einem Primärversorgungszentrum immer mindestens drei Ärztinnen und Ärzte vertreten sein müssen, ergeben sich auch finanzielle Vorteile. Die Verantwortung wird nie alleine getragen und die finanzielle Bürde ist auf drei verteilt. Durch die Anzahl an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ist es ebenso auch möglich, sich seine Freizeiten zu schaffen und die Vertretungsdienste während Urlauben optimal organisieren zu können. Sofern eine Ärztin bzw. ein Arzt vertreten werden muss, hat die vertretende Ärztin bzw. der vertretende Arzt des PVZ Einblick auf alle Daten der Patientin bzw. des

Patienten. Des Weiteren profitieren die Ärztinnen und Ärzte sowie auch die Patientinnen und Patienten von kurzen Zuweisungswegen.

„Und die Vorteile die sich ergeben sind, dass wir das gemeinsame Ziel definiert haben, das wir unsere Patienten optimal betreuen und ein multiprofessionelles Team konsequent an diesem Ziel gemeinsam arbeiten kann. Die Aufgabe ist alleine nicht zu lösen. Der Einzelgänger im Gesundheitssystem ist zum Scheitern verurteilt.“ (Eicher, Zeile 291-294).

Gleichermaßen besteht die Möglichkeit sich untereinander mit allen verschiedenen GDA des PVZ auszutauschen, wodurch eine effiziente und effektive Behandlung der Patientinnen und Patienten gewährleistet wird.

„Und dass wir uns austauschen können, mit den Ärzten, mit den Therapeuten aber auch mit den Krankenschwestern. Und dadurch können wir eben eine sehr umfassende Versorgung für den Patienten anbieten und das führt auch dazu, dass auch das Patientenverhältnis durchaus positiv beeinflusst wird.“ (Rebhandl, Zeile 283-286).

Etablierung von PVZ in Österreich

Derzeit gibt es in ganz Österreich 27 PVZ, jedoch waren bis Ende 2021 75 PVZ geplant. Warum das Ziel, 75 PVE zu erschaffen noch nicht erreicht werden konnte, hat mehrere Gründe. Ein Grund der genannt wurde war, dass das Ziel vom Staat ohne gemeinsame Strategie beauftragt wurde.

„... man hat das in die Welt gesetzt und hat das quasi den Ländern umgehängt und das ist der eine Grund warum es nicht funktioniert.“ (Korsatko, Zeile 251-253).

Ein weiterer Grund warum die bisherige geplante Etablierung noch nicht funktioniert hat ist, dass es nach wie vor massive Gegenbewegungen seitens der Ärzteschaft, der Ärztekammer, der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und auch von den Einzelpraxen selbst gibt. Die Einzelpraxen fühlen sich oftmals ungerecht behandelt, da ihre Einzelpraxen nicht im gleichen Maße gefördert werden.

„All diese Institutionen sind noch nicht auf dieses Ziel eingeschworen. Haben das auch selbst noch nicht als Ziel und können noch keinen großen Nutzen sehen.“ (Korsatko, Zeile 255-256).

Alle bisher entstandenen PVE konnten durch die Eigenmotivation und durch harte Arbeit der Verantwortlichen der PVE geschaffen werden. Ein weiterer relevanter Grund ist der, dass die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner generell mit viel Arbeit überhäuft werden, weswegen keine Neuentwicklung von ihnen vorangetrieben werden kann.

„Wir sind in einem Dauerkrisenmodus, wo wir versuchen das Beste für die zu uns kommenden Patientinnen und Patienten zu tun.“ (Eicher, Zeile 300-301).

Zudem stellen auch die finanziellen Bedingungen ein großes Problem dar. Oftmals scheidet es an Überforderung, da man zu viel Arbeit hat und zu wenig Ressourcen um neue Entwicklungen anzunehmen. Ein weiteres Problem stellt auch das fehlende Angebot dar und welche finanziellen Rahmenbedingungen bei der Schaffung eines PVZ zu beachten sind.

Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind häufig die Hintergründe und die Details noch nicht bekannt und welchen Nutzen die Gründung einer solchen PVE mit sich bringt. Viele die bereits in einer Einzelpraxis praktizieren und das Einzeldasein gewohnt sind, stehen der Veränderung sehr skeptisch gegenüber, weswegen sie wenig Bereitschaft für eine solche Umstrukturierung zeigen. Aber auch seitens der älteren Generation ab 55+ liegt wenig Zuspruch vor.

„... wenn Kollegen, die in der Einzelpraxis arbeiten und dort bleiben wollen, kann man dann eben keine PVE hinstellen mit einer entsprechenden Ärzteausstattung, weil das die Ärztekammer nie akzeptieren würde, dass Einzelpraxen durch eine PVE massiv konkurrenziert werden würden. Das ist ja auch nicht sinnvoll.“ (Rebhandl, Zeile 305-307).

„Das eine ist natürlich, dass sich viele Ärzte das schwer vorstellen können bzw. dass es eben auch eine gute Gesprächsbasis geben muss. Also man kann da nicht einfach mit jedem zusammengehen.“ (Dorner, Zeile 257-259).

Im Idealfall schließen sich demnach mehrere Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner von Einzelpraxen zu einer PVE zusammen. Dennoch ist die Gründung immer

mit einem zeitlichen Aufwand sowie mit wirtschaftlichen Unsicherheiten verbunden (siehe Anhang A).

„... oft auch die unklare Unterstützung seitens der Sozialversicherung, wo auch nicht ganz klar ist, wie das dann wirtschaftlich aussieht und wie sicher das ist.“ (Rebhandl, Zeile 322-324).

„Und das zweite Hemmnis ist sicherlich durch Corona, wo einfach, sei es jetzt der Hauptverband oder die ÖGK, die jetzt ja zumindest in der Steiermark bei uns da mit ist (...) und eben auch der Gesundheitsfond, einfach andere Themen gehabt haben, die sie da haben abarbeiten müssen. Von Corona-Testungen bis hin zu Corona-Impfungen. Ja und einfach nichts weitergegangen ist.“ (Dorner, Zeile 268-271).

Um die langsame Etablierung der PVZ in Österreich wissenschaftlich zu erforschen, führte die Donau-Universität Krems im Sommer 2019 eine qualitative Studie durch. Dabei wurden folgende Herausforderungen erforscht:

- Zusammenschluss und Findung mit qualifizierten Partnerinnen und Partnern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Finanzierbarkeit (Hohe Investitionen für Einrichtung, Unklare Finanzierungsstrukturen)
- Langwierige Vertragsverhandlungen mit der Gebietskrankenkasse, Ärztekammer, Partnerinnen und Partnern
- Keine ausreichende Beratung, Information sowie Erfahrung (Gründung, Führung eines PVZ)
- Zusammenarbeit im Team
- Kein/Keine ManagerIn für das Primärversorgungszentrum geht mit hohem Konfliktpotenzial einher (administrative Tätigkeiten)
- Defizite bezüglich der Akzeptanz und Widerstände (Konkurrenzverhalten)

Laut der Studie sei es jedoch besonders wichtig, die Öffentlichkeit und betroffene Fachkreise bezüglich der PVZ aufzuklären, um eine grundlegende Akzeptanz schaffen zu können. Ebenso sollten alljene, welche sich für die Errichtung eines solchen PVZ interessieren, während der Gründungsphase unterstützt werden [Franczukowska et al., 2020].

Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in PVZ

In Bezug auf die Frage warum die Akzeptanz in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren gegenüber eHealth-Anwendungen höher als in Einzelpraxen ist, waren die Meinungen der Ärzte unterschiedlich. Ein Arzt bezeichnete die Einzelpraxis als eine zeitlich und räumlich limitierte Ressource, wodurch die Akzeptanz von eHealth vermutlich geringer ist.

„Bei den Gruppenpraxen und Gesundheitszentren ist es so, dass man eine moderne Einrichtung aufbaut und das überhaupt kein Thema ist in Wirklichkeit, weil du kannst keine große moderne Einrichtung aufbauen ohne eHealth.“ (Korsatko, Zeile 275-277).

Auch ein anderer der befragten Ärzte ist der Meinung, dass wenn man in einer Gruppenpraxis arbeitet, innovativer an Abläufe und Strukturen herangeht, weswegen eine Praxis-EDV mit entsprechenden Informationen standardmäßig ist.

„Und weil es natürlich auch einfacher umsetzbar ist und auch finanziell einfacher umsetzbar ist als in der Einzelpraxis.“ (Rebhandl, Zeile 335-336).

Fokus der stationären Gesundheitsversorgung

In Österreich liegt der Fokus in der stationären Gesundheitsversorgung, weswegen Schritte eingeleitet werden müssen, um diesen Bereich zu entlasten. Traditionell ist dies aus dem Bismarck-Modell entstanden und das wir in Österreich eine geteilte Länderfinanzierung und Versicherungsfinanzierung für den stationären und niedergelassenen Bereich haben. Somit gibt es eigentlich zwei relevante Akteure, die jedoch unabhängig voneinander planen und agieren (siehe Anhang A).

„Welche Schritte müssten eingeleitet werden, um dies zu verändern. Ich denke (...) da müsste also diese Finanzierung aus einem Topf ernsthaft eingeleitet werden.“ (Korsatko, Zeile 295-296).

„Solange das Krankenhaus ihr Geld noch von weiß nicht wie viel anderen Töpfen bekommt und solange die niedergelassene Versorgung ihr Geld von der ÖGK bekommt und leistungsbezogen bezahlt wird, können wir das nicht irgendwie verändern.“ (Dorner, Zeile 302-304).

Um eine zentrale Planung und Steuerung sicherstellen zu können, bedarf es einer integrierten Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors. Die Mittel für das Gesundheitswesen liefert die Bevölkerung selbst, diese fließen jedoch aktuell in unterschiedliche Töpfe. Dadurch entsteht das Problem der Steuerung und Finanzierung des intra- und extramuralen Bereichs. Somit erhalten Spitäler von der Sozialversicherung Pauschalbezahlungen, wodurch falsche Anreize vermittelt werden. Klarerweise möchten Spitäler deshalb ein Maximum an Leistungen erreichen, weswegen diese Finanzierungsform kontraproduktiv für eine integrierte Versorgung der Patientinnen und Patienten ist [Schelling, 2018].

Teilweise werden die Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen oder verwiesen, da deren Untersuchungen dementsprechend gut finanziert werden. Im extramuralen Bereich liegen oft zu wenig Ressourcen vor, weswegen auch der Trend entsteht Patientinnen und Patienten in das Spital zu übermitteln. Oftmals liegt es auch im Bereich der Kultur von Österreich, dass Patientinnen und Patienten lieber einen stationären Aufenthalt wählen, um mehrere mögliche Untersuchungen zu machen, anstatt vier verschiedene Arztpraxen im extramuralen Bereich zu konsultieren.

„Also ich glaube, dass das auch eine gewisse Kulturfrage bei uns ist.“ (Rebhandl, Zeile 361-362).

Ebenso wird angesprochen, dass es wichtig sei, klare Regeln für die einzelnen Versorgungsebenen festzulegen, da niemand wirklich weiß, welche Ebene für was zuständig ist und an welcher Stelle diese steht (siehe Anhang A).

Mit der zentralen Reform des Gesundheitssystems im Jahr 2013 wollte man die Koordination und Kooperation zwischen den diversen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem verbessern. Dadurch ergab sich eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern sowie den Trägern der Sozialversicherungen und Zielsteuerungsverträge wurden festgelegt. Mit diesem zielorientierten Steuerungssystem sollte die integrierte Versorgung, eine gemeinsame Steuerung sowie Finanzierung verfolgt werden. Zudem wollte man die Abhängigkeit der Krankenhäuser verringern. Dennoch blieb mit den Zielsteuerungsverträgen die verfassungsrechtliche Trennung der einzelnen Zuständigkeiten bestehen. Somit ist die Sozialversicherung für die ambulante Versorgung zuständig und die Bundesländer sind für die Finanzierung der Krankenhäuser verantwortlich. Bisher konnte das Ziel nicht erfüllt werden, die sektorale Trennung des ambulanten und stationären Bereichs abzuschaffen. Die Primärversorgungszentren stellen jedoch einen wichtigen Baustein in Richtung integrierter Versorgung dar [Klauber et al., 2021].

Mittlerweile wird in der Primärversorgung jedoch auch schon viel abgewickelt, so müssten beispielsweise die Patientinnen und Patienten für die ambulante Nachkontrolle keine Ambulanz mehr besuchen, da dies in der Primärversorgung abgewickelt wird. Jedoch bringt dies keinen wesentlichen Nutzen für die PVE, da es für die ÖGK wesentlich teurer ist, weil die Patientin bzw. der Patient nun öfters in der Primärversorgung versorgt wird. Deshalb wäre es sinnvoll, dass der intra- und extramurale Bereich beide vom gleichen Geldgeber finanziert werden.

Reduzierung der Krankenhausaufenthalte

In einem Primärversorgungszentrum wird das Ziel verfolgt einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. So können beispielsweise schon viele Typ 1 Diabetiker, welche normalerweise in einem Krankenhaus behandelt werden, auch schon in einem PVZ effizient behandelt werden. Wie viele Krankenhausaufenthalte damit vermieden werden können ist für einen der Ärzte fraglich, weswegen er auch keine Bewertung bekanntgibt. Ein anderer Arzt bewertet die Nützlichkeit mit dem Wert 10, da durch verschiedene Berufsgruppen Ambulanzbesuche verhindert werden können. So können beispielsweise chronische Wunden in einem PVZ durch eine speziell ausgebildete Krankenschwester behandelt werden, weswegen nur wenige Patientinnen und Patienten ein Krankenhaus aufsuchen müssen.

„Durch diese Zusammenarbeit von mehreren Ärzten und Zusammenarbeit mit der diplomierten Krankenpflege, Therapeutenteam, kann natürlich in einer PVE ein breiteres Leistungsspektrum angeboten werden. Und dadurch kann man sich manche Einweisungen sparen und vor allem auch Ambulanzbesuche.“ (Rebhandl, Zeile 367-370).

„Ja wenn das System gut organisiert wäre, dann würden von der Primärversorgung sowieso nur die Leute in die Sekundär- und Tertiärversorgung kommen, die das auch wirklich brauchen.“ (Eicher, Zeile 358-359).

Mit der Aussage wird deutlich, wie relevant eine klare Trennung der einzelnen Ebenen ist, weswegen einer der Ärzte die Schaffung von PVE als sehr nützlich erachtet und den Wert 10 vergibt (siehe Anhang A).

„Es müssen Primärversorgungseinheiten geschaffen werden, sonst kriegen wir unser System nicht in Ordnung“ (Eicher, Zeile 360-361).

Inzwischen gibt es zahlreiche wissenschaftliche Studien, die den starken positiven Einfluss von Primärversorgungszentren belegen. PVZ haben einen positiven Einfluss auf das Gesundheitssystem und auf die Gesundheit der Bevölkerung. Eine stark ausgebaute Primärversorgung führt zu einer Steigerung der Effizienz im Gesundheitssystem, indem Krankenhausaufenthalte, Notaufnahmen und eine kostenintensive Versorgung durch eine Fachärztin bzw. eines Facharztes vermieden werden kann. Zudem führt sie zu einer erhöhten Qualität der Behandlung durch eine ganzheitliche, personenzentrierte Versorgung, mit der eine verbesserte Koordination zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten einhergeht [Franczukowska et al., 2020].

Ein Arzt hingegen ist der Meinung, dass man nicht alles in einer PVE abfangen könnte, da man dazu eine Internistin bzw. einen Internisten im Team brauchen würde, weswegen er die Nützlichkeit mit einem Wert im unteren Mittelfeld bewerten würde.

„Ja eine PVE kann vieles machen, aber das kann ein Krankenhausaufenthalt bei einem Facharzt nicht ganz ersetzen.“ (Dorner, Zeile 325-326).

Gatekeeper-Modell in Österreich

Der Ansatz, dass die Allgemeinmedizinerin bzw. der Allgemeinmediziner als Gatekeeper fungiert, wäre in Österreich nicht denkbar. In Österreich ist in der Gesundheitsversorgung mittlerweile alles frei zugänglich und wir haben einen großen Sektor an Wahlärztinnen und Wahlärzten, weswegen die Hausärztinnen und Hausärzte für die zu behandelnden Personen gar nicht zwingend notwendig sind.

„Also ich kann in Österreich ganz gut ohne Hausarzt leben. Ich kann mir Internisten suchen, ich kann mir einen Wahlarzt suchen, ich kann auf die Ambulanzen gehen, wenn ich was habe.“ (Korsatko, Zeile 330-331).

Ebenso wäre der Ansatz aus der momentanen Sicht schwer denkbar, da es derzeit viel zu wenige Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Österreich gibt. Sofern man ein gutes Gatekeeping in Österreich vorantreiben möchte, müsste sich die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner verdoppeln. Vorausgesetzt man könnte dann noch das Wahlarztsystem abschaffen, wäre eine Verwirklichung des Ansatzes möglich.

Für einen anderen Arzt ist nicht die Schließung aller Türen der Gesundheitsversorgung sinnvoll, sondern die Öffnung der richtigen Türen. Ein weiterer Arzt hält nur Anreize des

Gatekeeping-Modells in Österreich für möglich, da er ein vorgegebenes Gatekeeping in Österreich für unrealistisch hält.

„Das will die Politik nicht, das will die Sozialversicherung nicht wirklich und das will auch die Bevölkerung glaube ich nicht, weil es einfach nicht in unserer Kultur drinnen ist, sich das vorschreiben zu lassen. Aber Anreize wären auf alle Fälle wünschenswert und sinnvoll ja.“ (Rebhandl, Zeile 380-382).

Für einen anderen Arzt wäre der Ansatz durchaus denkbar, jedoch nur tagsüber. Zwei der Ärzte empfinden, dass bereits ein Trend in Österreich wahrnehmbar ist, zuerst die Primärversorgung zu konsultieren.

„Also die meisten Patienten kommen zu uns und lassen sich dann einmal erst anschauen und wir schicken sie dann weiter.“ (Dorner, Zeile 340-341).

5.2.3 Kategorie: Telemedizinische Anwendungen

Nutzung telemedizinischer Dienste

Vereinzelt werden telemedizinische Dienste bereits von den befragten Ärzten in deren Praxis verwendet. So erzählt ein Arzt von einem Projekt welchem sie beigetreten sind, im Bereich der Teledermatologie. Dazu kann ein Foto von der Patientin bzw. dem Patient hochgeladen werden und anschließend bekommt diese bzw. dieser einen Befund übermittelt. Dieses Projekt wird von dem jeweiligen Arzt auch als sehr sinnvoll erachtet.

„Und die Teledermatologie ermöglicht uns zum Beispiel, sag ich einmal, 80 Prozent der Fälle, grob geschätzt, die wir sonst an einen Dermatologen überweisen müssten, in der Primärversorgung abzuklären, innerhalb von 24 bis 48 Stunden und auch zu behandeln. Also das ist extrem, extrem wertvoll.“ (Korsatko, Zeile 69-72).

Seitens der Ärzte besteht der Wunsch, telemedizinische Dienste zu nutzen und diese in den Alltag zu integrieren.

„Wünschen würde ich es mir regelmäßiger, als es jetzt passiert.“ (Rebhandl, Zeile 389).

Ansonsten finden im Bereich der Telemedizin auch noch Konsultationen mit anderen Ärztinnen und Ärzten statt.

„Das heißt, ich bin da vielleicht wirklich ein bisschen extrem, aber ich habe sehr viele Facharztkollegen oder auch Hausarztkollegen, denen ich dann schnell eine E-Mail schreiben kann oder eine SMS oder eine Whatsapp.“ (Korsatko, Zeile 352-354).

Dadurch wird der Austausch in einem Netzwerk mit verschiedenen Ärztinnen und Ärzten sehr häufig genutzt. Besonders wenn es um den Rat oder die Expertise einer anderen Expertin bzw. Experten geht, würde man sich wünschen, telemedizinische Dienste vermehrt anzuwenden.

Ein anderer Arzt kommuniziert beispielsweise mit seinen Patientinnen und Patienten auch per Videotelefonie und verwendet dazu die Applikation Signal. Ebenso findet ein Austausch über die Applikation Whatsapp statt und per E-Mail, sofern die Patientin bzw. der Patient eine spezifische Frage hat.

„Whatsapp nutze ich nur, wenn mir Patienten eine Nachricht schicken, das lese ich mir dann durch und rufe sie dann an.“ (Eicher, Zeile 41-42).

Mittlerweile besteht auch die Möglichkeit, Videokonsultationen mit Patientinnen und Patienten zu führen, jedoch werden diese nur sehr schlecht von der Bevölkerung angenommen. Das Programm welches hierzu verwendet wird heißt eVisit und wird von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt (siehe Anhang A).

eVisit stellt eine Softwareplattform im Bereich der Telemedizin dar, welche zur Betreuung von Patientinnen und Patienten für diverse GDA entwickelt wurde. Mit der Software wird es Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, sich mit Patientinnen und Patienten aus der Ferne zu verbinden und diese zu behandeln [eVisit, 2021].

Derzeit werden von einem der befragten Ärzte nur 1-2 Videokonsultationen pro Woche durchgeführt. Telefonische Konsultationen hingegen werden meist häufiger und besser von den Patientinnen und Patienten angenommen (siehe Anhang A).

Laut dem Telemedizin-Monitor der Donau-Universität Krems, bei welchem 606 niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner befragt wurden, befürworten 38% telemedizinische Dienste und beteiligen sich aktiv daran. 19% befürworten die Telemedizin, möchten jedoch erste Erfahrungen abwarten, 23% stehen der Telemedizin kritisch gegenüber und nur 8% der befragten Ärztinnen und Ärzte lehnen diese ab. 11%

sind sich nicht sicher und können keine konkrete Antwort geben. Bei der Frage welcher Kommunikationsweg benützt wird, um sich mit den Patientinnen und Patienten elektronisch auszutauschen, stimmten 48% für die telefonische Konsultation, 17% für den Austausch per E-Mail und 9% für den Austausch per Videotelefonie [Hainzl, C. und Juen, I., 2021].

„Telefonische Konsultationen haben wir gerade in den letzten Jahren sehr viele gemacht. Bei Videokonsultationen ist das noch nicht wirklich angekommen und ich glaube da braucht es eine Information und eine Schulung der Bevölkerung und eine Aufklärung, wie das funktioniert.“ (Rebhandl, Zeile 392-394).

Als Barriere wird bei der Auswertung des Telemedizin-Monitors auch die Technikaffinität der Patientinnen und Patienten sowie die Qualität der technischen Anwendungen angegeben [Hainzl, C. und Juen, I., 2021].

Ein anderer Arzt berichtet von einem Programm, mit welchem sie in der Lage sind, Röntgenbilder von niedergelassenen Radiologien anzuschauen. Dieses Programm läuft jedoch noch nicht fehlerfrei, weswegen es zukünftig noch optimiert werden muss. Grundsätzlich wäre das Programm aber sehr nützlich, um die Erstdiagnose eines Röntgenbilds von einer Patientin bzw. eines Patienten feststellen zu können.

Ebenso wird von einem weiteren Pilotprojekt im Bereich der Telemedizin berichtet, welches als nützlich eingestuft wird (siehe Anhang A).

„Das zweite wären dermatologische Veränderungen, wenn ich spezielle dermatologische Fragestellungen habe (...) da gibt es ein Pilotprojekt in der Obersteiermark, das gibt es bei uns nicht. Aber auch sowas könnte ich mir vorstellen, dass sowas bei uns funktionieren würde.“ (Dorner, Zeile 355-357).

Mit der Anwendung ist es möglich, eine Fragestellung und Bilder über ein sicheres Portal an die jeweilige Hausärztin bzw. Hausarzt zu senden. Anschließend erfolgt innerhalb von 48 Stunden die Antwort, bzw. die Erstdiagnose. Die Finanzierung des Projekts erfolgt über den Gesundheitsfond Steiermark und über die Österreichische Gesundheitskasse. Sofern die deskriptive Auswertung Ende 2021 Erfolge zeigt, soll das Projekt in den Regelbetrieb übernommen werden, aber nicht nur in der Obersteiermark [Ärzttekammer für Steiermark, 2020].

Nützlichkeit der elektronischen Konsultation

Ein Arzt bietet in seiner Praxis für seine Patientinnen und Patienten eine orthopädische Sprechstunde an, zu der ein Orthopäde in die Praxis kommt und mehrere Patientinnen und Patienten von einer Ärztin bzw. Arzt untersucht werden. Gemeinsam mit dem Orthopäden wird dann beschlossen, wie man mit der Behandlung der Patientinnen und Patienten fortfährt. Generell ist diese Durchführung von Konsultationen sehr effizient, wird jedoch nicht bezahlt. Eine Möglichkeit wäre es, solche Konsultationen auch elektronisch durchzuführen.

„Sowas könnte man natürlich auch elektronisch mit anderen ausprobieren, wo vielleicht der Arzt nicht vor Ort sein muss. Wieder gehört das extrem gut organisiert und gut bezahlt, weil man hier einfach sehr viel Zeit investieren muss.“ (Korsatko, Zeile 389-391).

Weitere Bereiche in denen man sich das gut vorstellen könnte, wäre die Kardiologie und auch die Gastroenterologie. Sinnvoll wäre vor allem, wenn die elektronische Konsultation wie ein abrufbarer Dienst gestaltet wäre, sodass man der Patientin bzw. dem Patient einen Termin vergibt und sich eine externe Ärztin bzw. Arzt zur Konsultation melden kann.

„Auch für Patienten sehr hilfreich und effizient, weil durch dieses hin- und herschicken, sehr viel Verlust entsteht und auch sehr viel Verschlechterung der Erkrankung und sehr viel Leid einhergeht, den wir nicht mehr brauchen.“ (Korsatko, Zeile 397-400).

„Also wäre sicher hilfreich, vor allem bei Befundbesprechungen, wo die Befunde unauffällig sind, bei Kontrollen, bei anderen Beratungen und Fragestellungen, wo es jetzt halt nicht notwendig ist, dass der Patient körperlich untersucht wird.“ (Rebhandl, Zeile 407-409).

„Aber alles wo es nur um die Besprechung von Befunden geht oder auch von banalen Erkrankungen wo der Patient halt einfach nur schildert, er hat die und die Beschwerden und es ist eigentlich ein relativ klares Krankheitsbild, dann könnte ich ein digitales Rezept verschreiben, das wird geholt und er meldet sich dann erst wieder, wenn es schlechter wird oder wenn es nicht besser wird.“ (Rebhandl, Zeile 412-416).

Bezüglich der Nutzung der elektronischen Konsultation, um Patientinnen und Patienten einen Weg zu ersparen, teilt sich die Meinung der befragten Ärzte, weswegen nicht alle der befragten Ärzte Verwendung für die elektronische Konsultation während der COVID-Pandemie fanden (siehe Anhang A).

Auch im Monitor der Donau Universität Krems geben viele Medizinerinnen und Mediziner an, dass es für sie eine Hürde ist, Patientinnen und Patienten nicht persönlich untersuchen zu können und keinen persönlichen Kontakt zu ihnen zu haben. Dadurch kann die Mimik und Gestik der Patientinnen und Patienten kaum wahrgenommen werden oder wird oftmals sogar anders interpretiert [Hainzl, C. und Juen, I., 2021].

„... weil wir gesagt haben, wir wollen die Leute anschauen. In der Primärversorgung halte ich es für schwierig, das per Video zu machen, weil du eben der bist, der das erste Mal damit konfrontiert wird und die Einschätzung oft schwierig ist.“
(Korsatko, Zeile 408-410).

Ein anderer Arzt bestätigt dies und bewertet die Nützlichkeit der elektronischen Konsultation nur als mäßig.

„Also es gibt ganz wenige, wo man wirklich (...) wo das wirklich einen Sinn macht. Weil du den Patienten als Gesamtes betrachten musst.“ (Dorner, Zeile 362-363).

Krankmeldungen oder klar identifizierbare Erkrankungen sowie Symptome (z.B. Kopfschmerzen) könnten durchaus per elektronischer Konsultation abgeschlossen werden. Ebenso wäre die elektronische Konsultation auch sinnvoll, um einschätzen zu können, ob die Patientin bzw. der Patient die Praxis besuchen sollte, zuhause untersucht oder ob die Behandlung auch anders abgewickelt werden könnte.

„Sowas könnte man sicher leichter abschätzen. Da kann man dann ein paar Fragen stellen und sagt dann, ja bleiben sie halt zuhause.“ (Korsatko, Zeile 418-419).

Ein anderer Arzt würde die elektrische Konsultation sehr hilfreich finden und bewertet diese deshalb mit dem Wert 10 (sehr hilfreich). Er ist der Meinung, dass grundsätzlich alle technischen Hilfsmittel, welche zur Verfügung stehen, verwendet werden sollen. Ein anderer Arzt vergibt den Wert 8 (siehe Anhang A).

„... in der Corona-Krise hat sich die Videotelefonie immer mehr etabliert und es ist sehr hilfreich.“ (Eicher, Zeile 387-388).

„Egal ob sie zur Kommunikation zwischen den Ärzten genutzt werden oder zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen oder zwischen dem Arzt und dem Patient.“ (Eicher, Zeile 398-400).

Die von der Donau Universität Krems befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind sich auch einig, dass telemedizinische Leistungen zu einer Verbesserung der Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen führen können, sie dabei unterstützen das System während einer Pandemie zu erhalten und Patientinnen und Patienten über größere Entfernungen hinweg zu versorgen [Hainzl, C. und Juen, I., 2021].

Ein Arzt verwendet beispielsweise die Applikation Signal und hier treten noch vereinzelt Probleme bei den Patientinnen und Patienten und der Installation der App auf. Viele Patientinnen und Patienten stehen dem Videotelefonieren noch kritisch gegenüber, weswegen sie ein Telefonat bevorzugen. Auch bei einem anderen Arzt findet die telefonische Konsultation Anwendung in seiner Praxis, bedingt durch die Corona-Krise noch häufiger. Dies ist vor allem sehr sinnvoll, sofern man eventuell mit einer Internistin bzw. einem Internisten von einem stark ausgelasteten Krankenhaus sprechen möchte und Fragen bezüglich des weiteren Behandlungsverlauf hat. Dadurch kann teilweise auch ein stationärer Aufenthalt vermieden werden.

Hindernisse bezüglich der Nutzung von Telemedizin

Haupthindernisse welche genannt werden, sind zum einen die fehlenden benutzerfreundlichen Applikationen, zum anderen die entsprechende Finanzierung und Bezahlung. Des Weiteren stellt auch die rechtliche Klärung hinter den telemedizinischen Anwendungen ein Hindernis der Einführung dar (siehe Anhang A).

Dies wird auch in der Befragung der Donau Universität Krems bestätigt. Als größte Herausforderungen werden die juristischen Herausforderungen sowie der Datenschutz angesprochen. Sofern es sich um die legislative und administrative Umsetzung handelt, stellen die rechtlichen Probleme ein großes Hindernis dar. Ebenso werden auch die Verrechnungsmodelle als Barriere angesehen. Unklarheiten bezüglich der Recht- und Datenschutzaspekte sind vor allem bei der rechtlichen Absicherung der Ärztinnen und Ärzte bei der virtuellen Konsultation der Patientinnen und Patienten vorhanden. Zuzüglich fehlen ihrer

Meinung nach Leitlinien und wie die digitalen Mittel (bspw. Videokonsultation) verwendet werden sollen, um die Patientinnen und Patienten zu betreuen [Hainzl, C. und Juen, I., 2021].

„Bei allem Engagement und Freude am Beruf und die Telemedizin um 6,98 Euro (...). Da tue ich mich schon schwer nur die Telemedizin irgendwie anzufordern in der Zeit ja.“ (Korsatko, Zeile 430-431).

„Negativ ist vielleicht, dass die Sozialversicherung der Meinung ist, dass die Honorierung der Videokonsultationen niedriger sein sollte, als die der persönlichen Konsultation. Was überhaupt nicht nachvollziehbar ist, weil für uns ist der Aufwand der gleiche, wenn nicht höher. Im Grunde genommen muss ich ihn sogar mehr fragen und die Konsultation kann unter Umständen sogar noch länger dauern, als Face-to-Face.“ (Rebhandl, Zeile 441-445).

Grundsätzlich bedeutet die Integration von Telemedizin in der Praxis nicht weniger Arbeit, sonst ist mit einem großen Aufwand verbunden.

„Weil Telemedizin heißt, irgendwie eine Verbindung aufzubauen, Computer abzustimmen, einen Zeitrahmen sich festzusetzen. Zudem muss der Patient herkommen und du musst die Befunde vorbereiten. Also du musst für eine gute telemedizinische Konsultation sicher eine viertel Stunde einplanen. Das ist aber schon das unterste Limit.“ (Korsatko, Zeile 432-435).

„Also erstens, dass es die technische Ausstattung braucht, damit das funktioniert, ein eigenes Programm, eine bessere Organisation, eine andere Organisation in der Praxis und vor allem noch die mangelnde Akzeptanz bei den Patienten ja. Die Patienten brauchen einfach Schulungen und Informationen wie das funktioniert.“ (Rebhandl, Zeile 426-429).

Für einen anderen Arzt sind für eine einwandfreie Benutzung oft zu wenig Ressourcen vorhanden. Dieser ist beispielsweise auch als Notarzt tätig und würde sich die Möglichkeit wünschen, EKGs an Kardiologinnen und Kardiologen einer Krankenanstalt zu senden. Oftmals haben diese Krankenanstalten dann jedoch kein Empfangsgerät und auch keine personellen Ressourcen, um zu kontrollieren ob EKGs übermittelt werden. Sinnvoll und wünschenswert wäre eine solche Befundung sehr. Letztendlich wird die Kardiologin bzw. der Kardiologe dann jedoch telefonisch konsultiert und ihm wird berichtet, was auf dem EKG zu sehen ist.

„Deswegen denke ich mir, da braucht es einfach Personal bzw. einfach den Willen von den Krankenhäusern, dass man das verwendet. Und das ist bei vielen Anwendungen ähnlich.“ (Dorner, Zeile 378-380).

5.2.4 Quantitative Auswertung der Experteninterviews

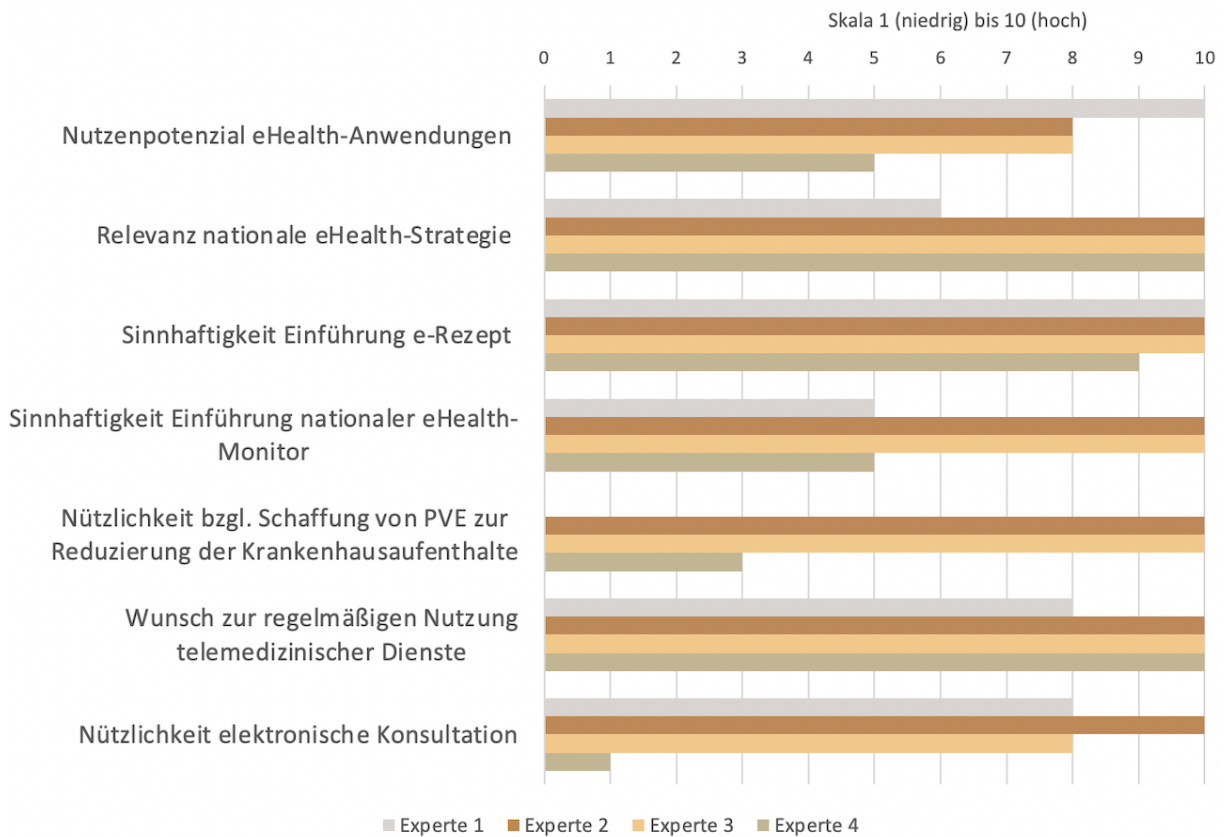


Abbildung 5.2: Eigene Darstellung - Quantitative Auswertung der Ergebnisse anhand von 7 Kriterien der Experteninterviews (n=4)

Mit der folgenden Darstellung wird deutlich, dass generell ein hohes Nutzenpotenzial von eHealth-Anwendungen gegeben ist. Zudem ist deutlich erkennbar, dass die Etablierung einer nationalen eHealth-Strategie von allen befragten Experten als sehr relevant erachtet wird. Alle Interviewpartner befinden die Einführung des e-Rezepts in die Regelversorgung für sehr sinnvoll, nach einer erfolgreichen Pilotierung in Kärnten. Bei dem Kriterium „Nützlichkeit bzgl. Schaffung von PVE zur Reduzierung der Krankenhausaufenthalte“, wurden nur drei Antworten der Experten eingearbeitet, da ein Experte nicht die aktuelle Datenlage kannte, weswegen kein konkreter Wert festgelegt wurde. Die Reihenfolge der Experten orientiert sich an der Abbildung 5.1 „Übersicht der Interviewpartner“.

5.3 Handlungsempfehlungen

Resultierend aus dem theoretischen und empirischen Teil ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen für Österreich, welche in dem untenstehenden Katalog aufgelistet werden. Mit der Wahrnehmung der folgenden Handlungsempfehlungen könnte eine schrittweise Vergleichbarkeit mit den Ländern Dänemark und den Niederlanden bezüglich eHealth und Telemedizin in der Primärversorgung erzielt werden.

5.3.1 eHealth-Anwendungen

- Schaffung einer nationalen eHealth-Strategie (klare Richtlinien, Rahmenbedingungen und Zeitpläne) unter Einbeziehung aller Beteiligten
- Flächendeckende Übernahme des e-Rezepts in ganz Österreich
- Etablierung eines jährlichen eHealth-Monitors
- Schaffung von Anreizen für den Austausch der GDA in Österreich
- Benutzerfreundliche Gestaltung einzelner eHealth-Anwendungen mit Einbeziehung der Anwenderinnen und Anwender
- Förderung der Nutzung der elektronischen Patientenakte in der Primärversorgung
- Etablierung der virtuellen Organisation und e-Überweisung in der ELGA
- Ausbreitung der Verpflichtung diverser GDA bezüglich der Nutzung der ELGA
- Erhöhung der Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit der ELGA
 - Anpassungen bezüglich der Weiterverarbeitung der Daten des e-Befunds
 - Integrierung einer Volltext-Suchfunktion
 - Integrierung von allgemeinen und speziellen fachärztlichen Befunden
 - Anpassungen der Honorierung bezüglich des Zeitaufwands der Implementierung
 - Ermöglichung der einfachen Integrierung in die praxisinternen EDV-Systeme
 - Technische Unterstützung bei der Implementierung und während dem Gebrauch

5.3.2 Primärversorgung

- Etablierung von PVZ in Österreich zur Entlastung der stationären Gesundheitsversorgung
 - Schaffung klarer Finanzierungsstrukturen

- Unterstützung bei der Erschaffung
- Umfangreiche Beratung und Informationen während der Gründungsphase
- Schaffung klarer Zuständigkeitsregeln der einzelnen Versorgungsebenen
- Schaffung von Anreizen für die freiwillige Erstkonsultation der Primärversorgung
- Etablierung von Anreizen des Gatekeeper-Modells
- Aufstockung der personellen Ressourcen im niedergelassenen Bereich
- Abschaffung der sektoralen Trennung des stationären und ambulanten Bereichs
- Bestrebungen für eine Finanzierung aus einem Topf

5.3.3 Telemedizin

- Ausbau von telemedizinischen Diensten in der Primärversorgung
- Ausbau der elektronischen Konsultation
- Schaffung von Anreizen für die routinemäßige Verwendung von Telemedizin
- Übernahme von rentablen Pilotprojekten im Bereich der Telemedizin in die Regelversorgung
- Schaffung klarer Verrechnungsmodelle bezüglich der Honorierung
- Anpassung einer attraktiven Honorierung von telemedizinischen Leistungen
- Etablierung einer nationalen Gesetzgebung oder Strategie zum Einsatz von Telemedizin
- Bereitstellung von Informationen und Schulungen für die Bevölkerung

Kapitel 6

Wissenschaftliche Diskussion und Ausblick

Als Abschluss dieser Masterarbeit werden nun noch einmal alle relevanten Inhalte überblicksartig zusammengefasst. Mit dem Ausblick wird auf die zukünftige Forschung in Bezug auf das Thema der Masterarbeit eingegangen und wie die Ergebnisse dieser Masterarbeit für andere Perspektiven verwendet werden können.

6.1 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Masterarbeit wurde die Fragestellung beantwortet, wo Österreich im Vergleich zu den Ländern Dänemark und den Niederlanden bei der Umsetzung von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung liegt. Anschließend wurden aus den erhobenen Daten Schlüsse gezogen, welche Maßnahmen in Österreich ergriffen werden müssen, um einen vergleichbaren Stand wie Dänemark und die Niederlande in Bezug zu eHealth und Telemedizin in der Primärversorgung zu erlangen.

Für die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen - **Wo steht Österreich im Vergleich zu den Ländern Dänemark und Niederlande bei der Umsetzung von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung? Welche Maßnahmen müssen bei der Integration und Nutzung von eHealth- Anwendungen berücksichtigt werden, um vergleichbare Ergebnisse wie in anderen Ländern zu erzielen?**

- wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick zur Vergleichbarkeit der Länder schaffen zu können. Aus der Literaturrecherche kristallisierten sich bereits die ersten Annahmen heraus und resultierende Ableitungen konnten getroffen

werden. Um die bereits recherchierte Literatur und Ableitungen untermauern zu können, wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Als Resultat wurde aus dem theoretischen und empirischen Teil dieser Masterarbeit ein Katalog mit Handlungsempfehlungen erstellt.

In Kapitel 5 „Ein Vergleich der Gesundheitssysteme“ wurde deutlich, dass Österreich die höchste Anzahl an Spitalsbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern hat und dementsprechend auch die höchste Anzahl an Krankenhausentlassungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Somit liegt in Österreich der Fokus auf der stationären Gesundheitsversorgung, weswegen Schritte eingeleitet werden sollten, um diesen Sektor zu entlasten. Im Gegensatz dazu wird in Dänemark und den Niederlanden die Primärversorgung fokussiert, weswegen die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Hausärztinnen und Hausärzten in Dänemark und den Niederlanden als Gatekeeper fungieren. Bedingt dadurch kann auch eine niedrige Zahl an vermeidbaren Krankenhausaufenthalten wahrgenommen werden. Somit bilden sie die zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und nehmen eine Schlüsselposition in der Primärversorgung ein. In Österreich hingegen besteht kein formales Gatekeeping-System. Deshalb versucht Österreich mit einer laufenden Reform, die Erbringung von stationären Leistungen in die Richtung der ambulanten Versorgung zu verlagern und die Primärversorgung stärker zu forcieren. Dadurch sollen bis Ende 2021 rund 75 neue Primärversorgungseinheiten in Österreich geschaffen werden (vgl. Kapitel 3).

Vergleicht man nun die einzelnen eHealth-Anwendungen miteinander wird deutlich, dass Österreich bereits viel im Bereich eHealth erreichen konnte. Somit konnten eHealth-Anwendungen und ebenso auch ein paar telemedizinische Pilotprojekte in die Grundversorgung übernommen werden, wie beispielsweise das Disease-Management-Programm „HerzMobil-Tirol“. Dennoch werden telemedizinische Leistungen, wenn überhaupt, nur vereinzelt von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern lokal angeboten und erfolgen nicht auf nationaler Ebene, sondern nur auf Bundeslandebene. Vor allem in Corona-Zeiten gab es mehrere Pilotprojekte, besonders im Bereich des Telemonitorings chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Leider wurden diese Projekte dann nicht in die Regelversorgung überführt, mangels notwendiger Finanzierung. Die Pandemie durch COVID-19 verhalf der Telemedizin an Popularität zu gewinnen, weswegen sich auch die elektronische Konsultation ein wenig etablierte. Honorartechnisch sind die elektronischen Konsultationen für Ärztinnen und Ärzte jedoch noch nicht attraktiv. Dennoch versucht die Regierung den Ansatz von telemedizinischen Diensten zu fördern und erstellte einen Katalog mit 14 Empfehlungen für die weitere Entwicklung des Telemonitorings sowie eine Rahmenricht-

linie für die IT-Infrastruktur. Dadurch ist zumindest das Bewusstsein seitens der Politik vorhanden und ein politischer Wille gegeben. In den Niederlanden ist es beispielsweise üblich, dass jede Arztpraxis und jedes Krankenhaus ein Portfolio an telemedizinischen Leistungen besitzt. Somit gehört auch die Videosprechstunde, namens eConsultation, zur Regelversorgung. In Dänemark gab es in den letzten Jahren, ähnlich wie in Österreich, auch mehrere kleine Telemedizin-Pilotprojekte und auch eine Etablierung der Videokonsultation seit dem Jahr 2013. Im Gegensatz zu Dänemark und den Niederlanden, verfügt Österreich über keine nationale Gesetzgebung oder Strategie zum Einsatz von telemedizinischen Diensten.

Bezieht man sich nun auf die eHealth-Anwendungen ist es in Österreich positiv wahrnehmbar, dass eHealth ein Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsstrategie und Politik ist und auch ein ausgeprägter politischer Wille zur Unterstützung des Datenaustausches besteht. Eine generelle eHealth-Strategie liegt jedoch lange zurück, weshalb Österreich derzeit keine Strategie verfolgt. Ebenso besteht noch Bedarf in der Nutzung von elektronischen Patientenakten in allen Versorgungssektoren und zwischen dem Austausch der einzelnen GDA.

Als zentrales Element des österreichischen eHealth-Modells wird die ELGA angesehen, welche im Jahr 2015 in öffentlichen Spitälern und Pflegeeinrichtungen startete und 2018 auch im niedergelassenen Bereich eingeführt wurde. In Österreich soll das e-Rezept im kommenden Jahr in ganz Österreich ausgerollt werden. Bisher startete die Einführung nur im Rahmen eines Pilotprojekts in zwei Bezirken in Kärnten. In Dänemark und den Niederlanden wird das e-Rezept bereits flächendeckend angeboten und wird dort auch von über 90% der Hausärztinnen und Hausärzte verwendet.

Feststellen kann man, dass alle der drei Länder über eine elektronische Patientenakte verfügen. Jedoch haben Dänemark und die Niederlande schon viel früher mit der Implementierung der eHealth-Anwendungen angefangen im Gegensatz zu Österreich. Hier wurden die meisten eHealth-Anwendungen vor nicht allzu langer Zeit ausgerollt und werden auch noch laufend und zukünftig etabliert.

In Dänemark führen alle Hausärztinnen und Hausärzte die elektronische Gesundheitsakte und 98% tauschen diese Akten auch elektronisch aus. In Österreich nehmen gegenwärtig insgesamt ca. 93% der Kassenordinationen im niedergelassenen Bereich an ELGA teil. Zudem wird die ELGA-Anwendung E-Medikation flächendeckend im niedergelassenen Bereich angewendet, um nähere Informationen der Medikamenteneinnahme der Patientin

bzw. des Patienten zu lesen oder auch selbst eine neue Information zu schreiben. Des Weiteren wird in etwa 800 Ordinationen der E-Befund gelesen.

Die Vision von Dänemark lautet, ein einziges zusammenhängendes Gesundheitssystem zu erreichen. Die eHealth-Akzeptanz unter Hausärztinnen und Hausärzten ist die vierthöchste in Europa und zudem ist die Verbreitung und Nutzung von eHealth in der dänischen Primärversorgung eine der höchsten in der EU.

Zwar resultiert aus den geführten Interviews auch eine hohe Akzeptanz gegenüber der Etablierung von eHealth-Anwendungen in Österreich, jedoch sind hier auch noch viele Barrieren und Nachteile erkennbar. Eine flächendeckende Akzeptanz und Nutzung von eHealth-Anwendungen kann nur dann erfolgreich erzielt werden, sofern die Anwendungen für alle Beteiligten einen Nutzen und einen Informationsgewinn stiften. Generell kann der Nutzen schon von vielen Ärztinnen und Ärzten anerkannt und wahrgenommen werden, dennoch bedarf es einer Auseinandersetzung vieler Faktoren, um die Benutzerfreundlichkeit zu steigern.

Um letztendlich nun die Forschungsfragen dieser Masterarbeit beantworten zu können, kann abschließend folgendes Ergebnis festgestellt werden. Österreich konnte bisher viel im Bereich von eHealth erreichen, dennoch liegen Dänemark und die Niederlande immer noch im Vorsprung, da diese bereits viel früher eine konsequente eHealth-Strategie verfolgt haben. Deshalb resultiert in beiden Ländern ein hoher tatsächlicher Nutzungsgrad, eine höhere Akzeptanz und ebenso ein besserer Austausch der Daten. Zudem konnten viele telemedizinische Pilotprojekte bereits in die Regelversorgung übernommen werden. Durch die zukünftige Etablierung einer nationalen Strategie für eHealth und Telemedizin in Österreich, könnte die Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung deutlich erhöht werden (vgl. Kapitel 4, Kapitel 5).

6.2 Wissenschaftliche Diskussion

Um einen effektiven Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien und eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung zu ermöglichen, müssen viele ökonomische und gesellschaftliche Aspekte beachtet werden.

In den letzten Jahren konnte man eine dramatische demografische Entwicklung feststellen. Wie auch in vielen anderen westlichen Ländern ist auch die österreichische Bev-

ölkerung mit einer zunehmend steigenden Alterung konfrontiert. Seit 2000 ist der Anteil der Bevölkerung der unter 15-Jährigen um 15% gesunken, während der Anteil der über 65-Jährigen um fast 24% gestiegen ist. Durch diese demografische Entwicklung wird auch ein weiteres Wachstum der öffentlichen Ausgaben für Pensionen sowie der Gesundheitsversorgung befürchtet, weswegen die finanzielle Tragfähigkeit vor Herausforderungen gestellt werden könnte [Bachner et al., 2019].

Bedingt durch die Steigerung der Lebenserwartung sowie die demografischen Entwicklungen, erwartet man einen hohen Anstieg der hochbetagten Menschen, was wiederum ebenso zu einer dramatischen Erhöhung der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen führt [Rappold, E. und Juraszovich, B., 2019].

Ein Lösungsweg wäre, in die Gesundheitsprävention der Bevölkerung zu investieren. Dabei sollen die Bürgerinnen und Bürger mehr Verantwortung für deren eigene Gesundheit übernehmen und selbstständig die eigene Gesundheitsprävention und die Behandlung einer Krankheit fördern. Diese Verantwortung kann jedoch nur wahrgenommen werden, sofern ein System zur Verfügung steht, indem alle Untersuchungsverfahren, Medikamentenlisten, Berichte, Laborergebnisse und Daten der Patientinnen und Patienten vorhanden sind. Viele Medizinerinnen und Mediziner agieren jedoch in Silos. Sowohl fachlich als auch organisatorisch findet kein Austausch statt. Die Daten werden nur in dem eigenen System aufbewahrt. Dadurch haben die Patientinnen und Patienten keinen Zugriff auf ihre Daten und des Weiteren wird auch keine Transparenz geboten, weswegen oft die Bürgerinnen und Bürger weder Kenntnisse über gesundheitliche Zusammenhänge haben, noch über die Kosten von Behandlungen sowie über das Gesundheitssystem. Veränderungen des Lebensstils und präventive Maßnahmen können eine große Bedeutung für die Leistungsfähigkeit, die Gesundheit und auch für die Lebenserwartung haben. Gerade deshalb sollte das Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung aufzubauen, zwingend priorisiert werden. Ein vermehrter Einsatz von eHealth-Anwendungen kann diesen Prozess unterstützen. eHealth weist großes Potenzial auf, um das Gesundheitssystem deutlich verbessern zu können, da zum einen die Qualität von medizinischen Versorgung verbessert werden kann und zum anderen auch ein effizienterer Einsatz des Personals gewährleistet werden kann [Andelfinger, 2016].

In Österreich liegt die Konzentration der Gesundheitsausgaben der Gesundheitsversorgung im stationären Bereich. Dadurch liegt Österreich mit 34% an Ausgaben der stationären Gesundheitsversorgung über dem EU-Durchschnitt. Für die ambulante Versorgung werden nur 28% an Gesundheitsausgaben aufgebracht. Ebenso ist seit dem Jahr

2000 ein Anstieg an Fachärztinnen und Fachärzten wahrzunehmen und in der Zukunft ist eine Welle an Pensionierungen der österreichischen Ärztinnen und Ärzte zu erwarten [OECD/EOHSP, 2019].

Durch die Etablierung von PVE soll man zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie etwa der Pensionierungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und den veränderten gesellschaftlichen Bedürfnissen der Gesundheitsversorgung, bedingt durch den demografischen Wandel, begegnen können. Mit einer PVE entsteht eine stärkere Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen, attraktivere Arbeitsbedingungen, eine bessere Work-Life-Balance und eine Verbesserung der Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten durch eine gesundheitsorientierte Behandlung [BMSGPK, 2019]. Denn in Österreich liegen die vermeidbaren Krankenhausaufnahmen aufgrund chronischer Erkrankungen (Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, Diabetes) leicht über dem EU-Durchschnitt [OECD/EOHSP, 2019].

Sofern man zukünftig noch weitere PVE etablieren kann und diverse eHealth-Anwendungen in die Gesundheitsversorgung integriert, könnte das Gesundheitssystem entlastet werden. Durch den Einsatz von eHealth könnte die Bevölkerung bei der Prävention von Krankheiten unterstützt werden und die Qualität der medizinischen Versorgung könnte verbessert werden, indem schnellere, bessere, zuverlässigere Informationen zur Verfügung gestellt werden. Zudem könnten Personen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung entlastet werden, weswegen sie qualitativ hochwertige Arbeit leisten können, für welche sie auch wirklich benötigt werden [Andelfinger, 2016].

6.3 Ausblick

Mit der Schaffung einer Verbindung der Themen Gesundheit und Digitalisierung, wird sich eHealth in Zukunft noch stärker in Österreich etablieren. Beide Themen weisen eine hohe gesellschaftliche Relevanz auf und mit der zunehmenden Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, werden eHealth-Anwendungen und telemedizinische Dienste eine zentrale Rolle in dem Versorgungsalltag aller Versorgungsebenen einnehmen.

Mit dem Vergleich der drei Länder und der Erstellung des Katalogs mit Handlungsempfehlungen wurden die ersten Handlungsempfehlungen definiert, welche durchzuführen sind,

um die Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung in Österreich weiter voranzutreiben.

Als weiterer Schritt ist nun die Umsetzung und Berücksichtigung folgender Handlungsempfehlungen notwendig und die weitere Vorgehensweise im Bereich eHealth auf diese abzustimmen.

Zudem wäre eine lohnende Aufgabe für die Zukunft, eine nationale eHealth-Strategie unter Berücksichtigung telemedizinischer Leistungen in Österreich einzuführen. Mit dieser Strategie soll ein klares Ziel vorgegeben werden, ebenso wie klare Rahmenbedingungen, Zeitpläne und Richtlinien. Mit einer solchen Strategie könnten zudem viele der angeführten Handlungsempfehlungen des Katalogs integriert und berücksichtigt werden.

Da viele der Erfolge von Dänemark und den Niederlanden auch auf die Fokussierung der Primärversorgung rückzuführen sind, wäre es ebenso empfehlenswert, die sektorale Trennung des stationären und ambulanten Bereichs abzuschaffen. Zwar bildet die Etablierung der Primärversorgungszentren einen ersten Grundstein bezüglich der Entlastung des stationären Bereichs, jedoch ist eine klare Trennung und Strukturierung der Versorgungsebenen vermutlich erst dann zu erkennen, sobald alle Sektoren aus ein und dem selben Topf finanziert werden.

Da in dieser Masterarbeit nur zwei andere Länder verglichen werden, wäre auch noch der Vergleich mit anderen federführenden Ländern im Bereich eHealth wünschenswert. Zielführend sollte jedoch nicht ein anderes Gesundheitssystem oder eine andere eHealth-Strategie kopiert werden, sondern vielmehr sollten die positiven Züge unseres Gesundheitssystems erweitert werden.

Um somit einen vergleichbaren hohen Umsetzungsgrad im Sektor von eHealth und Telemedizin wie Dänemark und den Niederlanden erzielen zu können, besteht noch Bedarf an neuen Maßnahmen. Dennoch konnte Österreich schon viele Schritte in die richtige Richtung setzen.

Literaturverzeichnis

- Andelfinger, V. P. und Hänisch, T. (2016). *eHealth. Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- BMSGPK (2019). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz - Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html). abgerufen am 25.3.2021.
- Dresing, T. und Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse - Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Fuß, S. und Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. 2. Auflage*. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.
- Haas, P. (2006). *Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potenziale*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Haring, R. (2019). *Gesundheit digital. Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Hofmarcher, M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Häcker, J. P., Reichwein, B., and Turad, N. (2008). *Telemedizin. Markt, Strategien, Unternehmensbewertung*. Oldenburg: Wissenschaftsverlag GmbH.
- Jähn, K und Nagel, E. (2004). *e-Health*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Basel: Beltz Verlag.

- Mayr, H. und Altmann, J. (2011). *E-Health. Die IT-Basis für eine Integrierte Versorgung*. Linz: Wagner Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- OECD/EOHSP (2019). European Observatory on Health Systems and Policies - Austria: Country Health Profile 2019. URL: <https://www.oecd.org/austria/austria-country-health-profile-2019-fe6121d2-en.htm>. abgerufen am 28.04.2021.
- Trill, R. (2009). *Praxisbuch eHealth. Von der Idee zur Umsetzung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Zach, B. (2004). *eHealth und Telemedizin in Österreich. Chancen und Risiken für niedergelassene Ärzte*. Hamburg: Diplomica Verlag.

Internetquellen

- Ammenwerth, E., Duftschmid, G., Al-Hamdan, Z., Bawadi, H., and Cheung, N. (2021). International Comparison of Six Basic eHealth Indicators Across 14 Countries: An eHealth Benchmarking Study. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7728164/pdf/10-1055-s-0040-1715796.pdf>. abgerufen am 06.05.2021.
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2015). Steirische Statistiken - Niedergelassene Ärzte in der Steiermark. URL: https://www.landesentwicklung.steiermark.at/cms/dokumente/12658765_142970621/caf9683c/Publikation%20%C3%84rzte%202015%20Internet-neu.pdf. abgerufen am 19.08.2021.
- AOK-Bundesverband (2016). Gesundheitssysteme. URL: https://aok-bv.de/lexikon/g/index_00368.html. abgerufen am 16.05.2021.
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A., Zuba, M., Quentin, W., and Winkelmann, J. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. URL: https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20%C3%B6sterreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf. abgerufen am 25.3.2021.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2019). E-Health – Strategien europäischer Länder und Impulse für Bayern. URL: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/e_health_strategien_europ._laender_barrierefrei.pdf. abgerufen am 05.05.2021.
- Bertelsmann Stiftung (2018). SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems/>. abgerufen am 05.05.2021.
- Bertelsmann Stiftung (2020). Einsatz und Nutzung von Telemedizin – Länderüberblick. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/>

- BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SHS_Telemedizin.pdf. abgerufen am 29.05.2021.
- BMSGPK (2019a). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz - Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen, Daten, Fakten. URL: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636>. abgerufen am 10.04.2021.
- BMSGPK (2019b). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz - Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html). abgerufen am 25.3.2021.
- BMSGPK (2019c). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - eHealth in Österreich. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/eHealth-in-Oesterreich.html>. abgerufen am 05.05.2021.
- BMSGPK (2019d). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - ELGA. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html>. abgerufen am 05.05.2021.
- BMSGPK (2019e). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - ELGA erklärt. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA/ELGA-erkl%C3%A4rt.html>. abgerufen am 05.05.2021.
- BMSGPK (2019f). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - Telemedizin. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>. abgerufen am 05.05.2021.
- BMSGPK (2021a). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - ELGA: e-Befund. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/elga/was-ist-elga/e-befund>. abgerufen am 23.07.2021.
- BMSGPK (2021b). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - ELGA: e-Medikation. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/elga/was-ist-elga/e-medikation>. abgerufen am 23.07.2021.

- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2017). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. ELGA-Verordnungsnovelle 2017 – ELGA-VO-Nov 2017. URL: https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/Recht/BGBLA_2017_II_380.pdf. abgerufen am 23.07.2021.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021). Glossar. Begriffe A-Z. E-Health. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>. abgerufen am 18.3.2021.
- Bundesministerium für Gesundheit Spanien (2019). Health care systems in the European Union countries . URL: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_en.pdf. abgerufen am 20.05.2021.
- Danish Ministry of Health (2012). eHealth in Denmark - eHealth as a part of a coherent Danish health care system. URL: <https://www.medcom.dk/media/1211/ehealth-in-denmark-ehealth-as-a-part-of-a-coherent-danish-health-care-system.pdf>. abgerufen am 29.05.2021.
- eHealth Institut FH JOANNEUM (2021). Unsere Definition ... URL: https://virtueller-campus-2020-21.fh-joanneum.at/pluginfile.php/130982/mod_resource/content/1/SS21%20EHT%20Kolloquium.pdf. abgerufen am 08.08.2021.
- ELGA GmbH (2019). ELGA und eHealth. URL: https://ihe-austria.at/wp-content/uploads/2019/12/2019_IHE-Day_Rauchegger_ELGA-GmbH.pdf. abgerufen am 23.07.2021.
- ELGA GmbH (2021a). E-Medikation. URL: <https://www.elga.gv.at/gda/elga-im-niedergelassenen-bereich/>. abgerufen am 05.05.2021.
- ELGA GmbH (2021b). Elektronischer Impfpass. URL: <https://www.elga.gv.at/e-impfpass/e-impfpass/>. abgerufen am 05.05.2021.
- ELGA GmbH (2021c). Evaluierung ELGA-e-Befund. URL: https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/Evaluierung/Bericht_ELGA_e-Befund_Evaluierung.pdf. abgerufen am 06.05.2021.
- ELGA GmbH (2021d). FAQ / Frequently asked questions. URL: <https://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/>. abgerufen am 23.07.2021.
- ELGA GmbH (2021e). Informationen zum e-Impfpass für Bürgerinnen und Bürger. URL: <https://www.elga.gv.at/e-impfpass/e-impfpass/>. abgerufen am 06.06.2021.

ELGA GmbH (2021f). Zahlen-Daten-Fakten. URL: <https://www.elga.gv.at/elga-die-elektronische-gesundheitsakte/zahlen-daten-fakten/>. abgerufen am 06.05.2021.

ENISA (2015). The European Union Agency for Network and Information Security - Security and Resilience in eHealth. AnnexA: Countries' Report. URL: <https://www.enisa.europa.eu/publications/security-and-resilience-in-ehealth-annex-a-countries2019-report>. abgerufen am 05.05.2021.

EOHSP (2001). European Observatory on Health Care Systems - Health Care Systems in Transition. Denmark. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/80686/E72967.pdf. abgerufen am 20.05.2021.

European Union (2018a). Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2018). URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d1286ce7-5c05-11e9-9c52-01aa75ed71a1/language-en>. abgerufen am 04.06.2021.

European Union (2018b). Market study on telemedicine. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf. abgerufen am 05.06.2021.

eVisit (2021). eVisit. URL: <https://evisit.com>. abgerufen am 23.07.2021.

Franczukowska, A., Krczal, E., and Braun, A. (2020). Primärversorgung in Österreich – Quo vadis? URL: https://www.online-zfa.com/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2020/11/E62437342B21431C920B94A3C2E1DBBC_franczukowska_primaerversorgung_in_oesterreich_mmk.pdf. abgerufen am 23.07.2021.

Golla, M. (2020). Telemedizin: Hohe Akzeptanz bei Patienten, aber für ein Viertel der Mediziner nur Kriseninstrument. URL: <https://pflege-professionell.at/at-telemedizin-hohe-akzeptanz-bei-patienten-aber-fuer-ein-viertel-der-mediziner-> abgerufen am 07.05.2021.

Hainzl, C. und Juen, I. (2021). Telemed Monitor Österreich 1. Akzeptanz von telemedizinischer Betreuung durch ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich. URL: https://www.donau-uni.ac.at/dam/jcr:9c208bae-9e14-413f-a5e3-3f04465da05f/PR_TM_MKT_Bericht.pdf. abgerufen am 07.05.2021.

- Health Consumer Powerhouse (2019). Euro Health Consumer Index 2018 Report. URL: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>. abgerufen am 04.06.2021.
- Huchzermeier, D. und Rürup B. (2015). Mehr Kostenwirksamkeit im deutschen Gesundheitswesen. URL: https://research.handelsblatt.com/assets/uploads/files/Studie_IKK.pdf. abgerufen am 29.05.2021.
- Huebner, U., Prokosch, H., and Breil, B. (2014). Medizinische Informatik in der digitalen Gesellschaft. Im Spannungsfeld vielfältiger Aufgaben. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/165171/Medizinische-Informatik-in-der-digitalen-Gesellschaft-Im-Spannungsfeld-vielfaeltiger-Aufgaben>. abgerufen am 25.3.2021.
- Joint Action to support the eHealth Network (2017). DRAFT Report on EU state of play on patient access on eHealth data . URL: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/ev_20170509_co13_en.pdf. abgerufen am 29.05.2021.
- Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., and Mostert, C. (2021). Krankenhaus-Report 2021. URL: <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/48270/9783662627082.pdf?sequence=1#page=24>. abgerufen am 23.07.2021.
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J., and Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267857/>. abgerufen am 23.07.2021.
- Leiyu, S. (2012). The impact of primary care: a focused review. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24278694/>. abgerufen am 23.07.2021.
- MedCom (2015). About MedCom. URL: <https://www.medcom.dk/medcom-in-english/about-medcom>. abgerufen am 29.05.2021.
- MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH (2020). Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Medizin. URL: <https://www.medmedia.at/nextdoc/chancen-moeglichkeiten-und-grenzen-der-digitalen-medizin/>. abgerufen am 06.05.2021.
- MedMij (2020). URL: <https://www.medmij.nl>. abgerufen am 29.05.2021.

- Ministry of Public Health, Welfare and Sport (2016). Healthcare in the Netherlands. URL: <https://english.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl-eng/documents/publications/2016/01/31/healthcare-in-the-netherlands/healthcare+in+the+netherlands.pdf>. abgerufen am 28.04.2021.
- Misoch, S. (2019). Qualitative Interviews - 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. URL: https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=3TvEDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=qualitative&ots=MXf2zsIJbI&sig=Yf53GkWIZ99n_p9KXwLGEFxr3vI&redir_esc=y#v=onepage&q=qualitative&f=true. abgerufen am 14.07.2021.
- Mittlungen der Ärztekammer für Tirol (2020). Gedanken zu e-Health und was wir Ärzte und Patienten wirklich brauchen. URL: https://www.aektirol.at/fileadmin/Data/Downloadcenter/Mitteilungen/2020-01_Mitteilungen_Ausgabe_01_2020.pdf. abgerufen am 13.05.2021.
- Nictiz (2018). Infographic eHealth-monitor 2018 English version. URL: <https://www.nictiz.nl/infographics/infographic-ehealth-monitor-2018-english-version/>. abgerufen am 29.05.2021.
- Nictiz (2020). The infrastructure for central exchange. URL: <https://www.nictiz.nl/english/exchange-of-electronic-patient-data-in-the-netherlands/the-infrastructure-for-central-exchange/>. abgerufen am 29.05.2021.
- OECD/EOHSP (2017a). European Observatory on Health Systems and Policies - Denmark: Country Health Profile 2017. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283343-en>. abgerufen am 24.04.2021.
- OECD/EOHSP (2017b). European Observatory on Health Systems and Policies - Netherlands: Country Health Profile 2017. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/netherlands-country-health-profile-2017_9789264283503-en. abgerufen am 28.04.2021.
- OECD/EOHSP (2019). European Observatory on Health Systems and Policies - Austria: Country Health Profile 2019. URL: <https://www.oecd.org/austria/austria-country-health-profile-2019-fe6121d2-en.htm>. abgerufen am 28.04.2021.
- OECD/European Union (2016). Health at a Glance: Europe 2016. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf. abgerufen am 05.06.2021.

- Oliveira Hashiguchi, T. (2020). Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/8e56ede7-en.pdf?expires=1624203101&id=id&accname=guest&checksum=1FFCA8547CD26CA793AB854FBE00D743>. abgerufen am 20.06.2021.
- ONGKG (2018). Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördender Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen - Chancen und Herausforderungen von E-Health für Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen. URL: http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Positionspapiere/ONGKG_Themenpapier_e-Health.pdf. abgerufen am 11.04.2021.
- Peeters, J., Krijgsman, J., Brabers, A., De Jong, J., and Friele, R. (2016). Use and Uptake of eHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners . URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27052805/>. abgerufen am 28.05.2021.
- Pfeiffer, K. (2007a). Die E-Health-Strategie aus der Sicht der österreichischen E-Health-Initiative. URL: http://www.hausaerzterverband.at/down/OEKZ_Pfeiffer.pdf. abgerufen am 05.05.2021.
- Pfeiffer, K. (2007b). Österreichische e-Health Strategie. Bericht der österreichischen e-Health Initiative. URL: https://www.i-med.ac.at/msig/service/oehealth_strategie.pdf. abgerufen am 05.05.2021.
- Polavis GmbH (2019). Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich – Hürden, Potenziale und ein Vergleich mit Deutschland. URL: <https://www.polavis.de/blog/elektronische-gesundheitsakte-oesterreich-deutschland-im-vergleich/>. abgerufen am 06.05.2021.
- Polityka Insight (2016). Transforming eHealth into a political and economic advantage . URL: https://www.politykainsight.pl/_resource/multimediu/20111291. abgerufen am 28.05.2021.
- Rappold, E. und Juraszovich, B. (2019). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. URL: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722>. abgerufen am 10.04.2021.

- Schelling, H. J. (2018). Finanzierung des Gesundheitswesens aus einem Topf. URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844830&portal=svportal>. abgerufen am 23.07.2021.
- Schmidt, M., Johannesdottir Schmidt, S., Adelborg, K., Sundboll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., and Sorensen, H. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6634267/>. abgerufen am 24.04.2021.
- Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft (2020). e-Rezept. URL: <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.812088&portal=ecardportal>. abgerufen am 07.05.2021.
- Statistik Austria (2021). Bevölkerung. URL: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html. abgerufen am 23.04.2021.
- Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H (2020). HerzMobil Steiermark Online Betreuung für Patientinnen/Patienten mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche). URL: https://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/pdf/HerzMobil_Folder.pdf. abgerufen am 06.06.2021.
- Telemed Austria (2020). Telemed Monitor Österreich. URL: <https://www.telemedaustria.at/news/109-telemed-monitor-oesterreich>. abgerufen am 07.05.2021.
- The Danish Ministry of Health (2021). Organization of Healthcare. URL: <https://sum.dk/english>. abgerufen am 24.04.2021.
- The Ministry of Health (2008). Health Care In Denmark. URL: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2047/health%20in%20Denmark.pdf>. abgerufen am 27.04.2021.
- The Ministry of Health (2017). Healthcare in Denmark. An Overview. URL: <https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhs1/healthcare-dk.pdf>. abgerufen am 24.04.2021.
- VertretungsNetz - Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung (2019). Informationsblatt Dame. URL: https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/6_Bewohnervertretung/meldung_FB_ab_2016/20190307_Informationsblatt_DaMe.pdf. abgerufen am 23.07.2021.

- WHO (2016). Netherlands. Health system review. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf. abgerufen am 28.04.2021.
- WHO (2021). ehealth at who. URL: <https://www.who.int/ehealth/about/en/>. abgerufen am 18.3.2021.
- WKO (2021a). Corona-Krise verleiht Digitalisierung im Gesundheitswesen Schubkraft. URL: <https://news.wko.at/news/wien/Corona-Krise-verleiht-Digitalisierung-im-Gesundheitswesen-S.html>. abgerufen am 07.05.2021.
- WKO (2021b). Lebenserwartung Stand: 2018. URL: <http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>. abgerufen am 24.04.2021.
- WKO (2021c). Länderprofil Dänemark. URL: <https://wko.at/statistik/laenderprofile/lp-daenemark.pdf>. abgerufen am 24.04.2021.
- WKO (2021d). Länderprofil Niederlande. URL: <https://wko.at/statistik/laenderprofile/lp-niederlande.pdf>. abgerufen am 28.04.2021.
- WKO (2021e). Länderprofil Österreich. URL: <http://wko.at/statistik/laenderprofile/lp-oesterreich.pdf>. abgerufen am 27.04.2021.
- World Health Organization (2012). Denmark: Health System Review. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107881>. abgerufen am 20.05.2021.
- World Health Organization (2016). Atlas of eHealth country profiles: The use of eHealth in support of universal health coverage. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565219>. abgerufen am 04.06.2021.
- Ärzttekammer für Steiermark (2020). Hautärztliche Hilfe per Klick. URL: <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=9094>. abgerufen am 23.07.2021.
- Österreichische Sozialversicherung (2021). Teambasierte Primärversorgung in Österreich. URL: <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796740&viewmode=content#>. abgerufen am 11.05.2021.
- Österreichische Ärztekammer (2019). ÖÄK-Mayer: Patienten endlich gezielt versorgen. URL: https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/id/187575. abgerufen am 23.07.2021.

Anhang A

Interviewleitfaden und Datenschutzbestimmungen

Interviewleitfaden

Code: **E01**

Name des Interviewpartners: **Priv.-Doz. Dr. med.univ. Stefan Korsatko, MBA**

Geschlecht: **M**

Berufsbezeichnung: **Arzt für Allgemeinmedizin im Primärversorgungszentrum Medius in Graz, 1. Bundessprecher „Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen“**

Berufsausübung seit: **Allgemeinmediziner im PVZ seit 2018, 1. Bundessprecher seit 2016**

Datum des Interviews: **24. Juni 2021**

Ort: **Medius – Zentrum für Gesundheit**

Uhrzeit (von-bis): **11:45 bis 12:45 Uhr**

Organisatorischer Ablauf:

- Vorstellung des Interviewers
- Bedanken für die Gesprächsgelegenheit
- Vorstellen des Themas, Forschungsziel und des Gesprächsablaufs
- Hinweis auf gewünschte Anonymität
- Frage, ob das Gespräch aufgenommen werden kann
- Zeitrahmen abklären (ca. 30 - 45 Minuten)

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

Kategorie 2: Telemedizin

Kategorie 3: Primärversorgung

Kategorie 4: Allgemein

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

I: Welche eHealth-Anwendungen benützen Sie regelmäßig in Ihrer Praxis?

Korsatko: Gut (...) eHealth, einmal überlegen. Also wir verwenden natürlich die ELGA für die Medikamente, dann haben wir in der Software integriert die ELGA für Befunde. Also alles was in der ELGA gespeichert und freigegeben ist können wir in der Software sofort sehen und herunterladen. Dann verwenden wir es jetzt ganz viel zum Impfen natürlich, den E-Impfpass. Aber notgedrungen aus Corona heraus, ansonsten würden wir es nicht tun. Es entsteht natürlich die Diskussion ob wir in Zukunft die Impfungen gleich dort eintragen, weil das unsere Software gut kann, dahingehend einmal. Ansonsten (...) eHealth. Dieser Befundversand mit der DaMe haben wir natürlich, über diese ganzen Geschichten. Dann verwenden wir ein Computerprogramm um Röntgenbilder und MR-Bilder zu bekommen, das ist lokal, namens Wave, also irgendwas mit wave. Ich müsste noch einmal nachschauen. Dann verwenden wir oder sind in einem Projekt drinnen, das ist die Teledermatologie. Das verwenden wir, das ist ein web-based System, wo man ein Foto raufladen und einen Befund kriegt. Ich denke, dass ist das was wir momentan verwenden ja.

I: Und zur eMedikation in der ELGA sind sie verpflichtet oder also das sie die Daten eintragen?

Korsatko: Keine Ahnung – ja wahrscheinlich. Ich nehme an ja. Ja ich glaube.

I: Warum erachten Sie die eHealth-Anwendungen die Sie benützen, als sinnvoll?

Korsatko: Ja ich erachte es als sehr sinnvoll. Also warum? Die helfen einem, schneller Informationen von einem Patienten zu bekommen und schneller die gewünschten Ergebnisse in Bezug auf Medikation, etc. zu erzielen. Die Teledermatologie ist zum Beispiel sinnvoll. Gäbe noch jede Menge Dinge die sinnvoll wären.

55

56 I: Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch): Wie hoch schätzen Sie das Nutzenpotenzial
57 von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung ein? Begründen Sie Ihre Antwort.

58

59 *Korsatko: Ja 10, sehr hoch. Begründen sie ihre Antwort, einfach ja wie gesagt. Ich glaube, dass gerade
60 in einer Primärversorgungseinrichtung viel zusammenlaufen kann und soll (...) und insofern ist das
61 Potenzial extrem hoch, wenn man sich einerseits als Servicestelle auch sieht für den Patienten. Würde
62 ich schon so sehen in der Primärversorgung, dann kann es sinnvoll sein. Hängt dann natürlich davon
63 ab, wie das bezahlt wird, wie sehr benutzerfreundlich es ist und ja.*

64

65 I: Warum haben Sie sich dazu entschieden, ELGA in Ihrer Praxis zu nutzen bzw. die anderen von Ihnen
66 genannten eHealth-Anwendungen?

67

68 *Korsatko: Ja ELGA ist kein Thema, das ist eh sowieso zu nutzen und zu verwenden. (..) Prinzipiell sehr
69 gut, ja. Könnte noch besser sein. Das ABS-System haben wir noch, das Bewilligungssystem. Und die
70 Teledermatologie ermöglicht uns zum Beispiel, sag ich einmal, 80 Prozent der Fälle, grob geschätzt,
71 die wir sonst an einen Dermatologen überweisen müssten, in der Primärversorgung abzuklären,
72 innerhalb von 24 bis 48 Stunden und auch zu behandeln. Also das ist extrem, extrem wertvoll.*

73

74 I: Entstanden für Sie durch diese Verwendung auch Nachteile? Wenn ja, welche?

75

76 *Korsatko: Das Wort Nachteile ist da vielleicht ein bisschen das falsche Wort (...). Natürlich ist die
77 Implementierung von eHealth und von diesen ganzen Applikationen mit einem hohen Verständnis für
78 elektronische Datenverarbeitung verbunden und man braucht da Helfer. Man schafft das alleine nicht.
79 Also vielleicht der ein oder andere der sehr affin ist, aber ich sag jetzt einmal, zwei Drittel unserer
80 Mitarbeiter könnten das nicht selbst implementieren. Und das ist ein Nachteil im Sinne von, du
81 brauchst sicher mehr Ressourcen, du brauchst auch Leute die parat stehen, wenn was nicht
82 funktioniert. (..) das ist immer so, wenn man sich etwas Neues anschafft. Das sind jetzt keine Nachteile,
83 das ist einfach das, was es mit sich bringt ja. Ob das jetzt ein Nachteil ist. Wenn man sich ein neues
84 Auto kauft, muss ich auch 1-mal im Jahr zum Service, ob das jetzt ein Nachteil ist, wenn man sich ein
85 Auto kauft.*

86

87 I: Gibt es Differenzierungen im Gebrauch von eHealth-Anwendungen in Einzelpraxen und
88 Primärversorgungszentren?

89

90 *Korsatko: Bin ich mir sicher ja. Also in einem Primärversorgungszentrum habe ich einfach durch die
91 hohe Personalzahl die Möglichkeit verschiedene Gesundheitsberufe einzusetzen und sicher eine
92 breitere Anwendung dieser eHealth-Applikationen und diese einzusetzen. Mir fällt jetzt auch noch ein,
93 im Bereich von Diabetes ist eHealth, wir verwenden dann zum Beispiel schon auch elektronische
94 Blutzuckerauslesemöglichkeiten, die uns dann übermittelt werden. Wir haben auch so ein
95 automatischen Befundübermittlungssystem mit Token und so. Also die Differenzierung im Gebrauch,
96 ich glaube, dass wir den Vorteil haben, dass wir mehr Personal haben, die dann auch mehr eHealth
97 aufbauen können und aufbereiten können. Natürlich kann das eine Einzelpraxis sicher auch, aber das
98 ist halt eine Einzelpraxis, wie es der Name schon sagt.*

99

100 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Treiber bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
101 eHealth-Anwendungen?

102

103 *Korsatko: Naja die Geschwindigkeit (...) Heutzutage möchte man, gerade in Österreich, schnell seine
104 Medikamente bekommen, seine Befunde haben, man möchte schnell wissen, welche Krankheit man
105 hat. Also die Geschwindigkeit treibt des sicher, die Nutzung, also die Akzeptanz von eHealth. Dann was
106 ein großer Vorteil ist, man hat eine hohe Möglichkeit, Dinge zu speichern und Dinge so zu speichern,
107 dass man sie relativ rasch wieder findet. Also gerade diese ELGA-Befunde, das ist wirklich toll. Auf*

108 *Knopfdruck hast du quasi im Prinzip seit 2015 oder länger noch, hast du die Befunde vom Patienten*
109 *und das ist sehr wertvoll. Also einfach diese Möglichkeit Dinge zu speichern ist ein Treiber. Ja, auch die*
110 *Akzeptanz, glaub ich ist auch einfach, dass man seine Gesundheitsdaten irgendwie relativ rasch finden*
111 *kann und auf einem Blatt hat und nicht mehr Ordner herumschleppt, so wie es früher war. Also das*
112 *sind sicher zentrale Treiber für die Akzeptanz. (...) Und dass es sicher ist ja. Also man hat das Gefühl,*
113 *das ist alles relativ gut abgesichert und man hat das Gefühl, es ist alles gut durchdacht.*

114
115 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Barrieren bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
116 eHealth-Anwendungen?

117
118 *Korsatko: Ja also eine Barriere ist ganz sicher für uns Anwender, dass es eben meist für jede eHealth-*
119 *Anwendung eigene Programme benötigt, eigenen Einstieg benötigt, eigene Passwörter benötigt, ein*
120 *bisschen ein eigenes Knowhow wie diese Software funktioniert. Dadurch auch diese*
121 *Wartungsproblematik und das ist schon ein Nutzungsproblem. Also ich weiß zum Beispiel, eine*
122 *Kollegin von mir, die die Teledermatologie auch deswegen nicht nutzt, weil sie dann einfach beim*
123 *Einstieg zu lange braucht und dann muss sie nachschauen, wie lautet das Passwort, wo habe ich mir*
124 *das aufgeschrieben, wie komme ich da rein, wie lege ich das an. Also wenn das zum Beispiel bei einer*
125 *Software implementiert wäre auf Knopfdruck, und du kannst vom Handy per Knopfdruck das Bild dort*
126 *sofort drinnen haben, dann wäre das was anderes. Aber so ist das sicher eine Barriere. Also sehr*
127 *technikaffin zu sein ist schon eine Barriere. Zweite Barriere ist die Angst der Patienten, dass ihre Daten*
128 *irgendwie missbraucht werden oder dass eben nicht jeder in die Daten reinschauen soll. Das ist aber*
129 *wirklich ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung, die da wirklich Sorge haben ja. Ja ich glaube das*
130 *sind die zwei zentralen Barrieren.*

131
132 I: Glauben Sie, dass eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems (Versicherungsmodell,
133 Fokussierung Gatekeeper-Ansatz) zu einer höheren Akzeptanz von eHealth-Anwendungen führen
134 würde? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

135
136 *Korsatko: In der Theorie kann man das mit ja beantworten, in der österreichischen Praxis würde ich*
137 *das mit Nein beantworten. Einfach weil, die Österreicher was anderes gewohnt sind und der*
138 *Gatekeeper-Modell in Österreich, das ist illusorisch ist, das einzuführen. Es würde nicht funktionieren.*
139 *Die Österreicher haben so ihre Freiheit ein bisschen lieb geschätzt und selbst wenn sie abhängig sind,*
140 *sind sie freiwillig abhängig und haben gerne im Hintergrund, dass sie das ändern können, wenn sie*
141 *wollen. Also insofern weiß ich nicht, ob das zu einer höheren Akzeptanz in eHealth führen würde bzw.*
142 *eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems. Glaub ich nicht.*

143
144 I: Auf einer Skala von 1 (nicht relevant) bis 10 (sehr relevant): Wie relevant erachten Sie eine nationale
145 eHealth-Strategie? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

146
147 *Korsatko: Ja 5-6 wäre glaube ich eine Strategie relevant. Im Grunde ist das eHealth-Thema ein Thema*
148 *das sowieso kommen muss, wie z.B. die Elektroautos ja. Es ist also nur die Frage, wie schnell man das*
149 *implementiert. Also das kommt sowieso. Die nationalen Strategien in Österreich sind*
150 *traditionellerweise ziemlich sinnlos. Das wird dann auf ein Papier geschrieben und umsetzen müssen*
151 *es dann die Länder. Und das ist ganz nett, wenn das niedergeschrieben ist und gut, dass man vielleicht*
152 *einen Anker hat. Das ist vielleicht ganz sinnvoll, also was hat man für ein grobes Ziel.*

153
154 I: Wird die Umsetzung der eHealth-Anwendung in Ihrer Praxis national finanziert?

155
156 *Korsatko: Ja teilweise gibt es da Finanzierungsansätze für Module, für das Impfregister-Modul z.B. gab*
157 *es da jetzt eine Finanzierung und wird teilweise finanziert ja.*

158
159 I: Und das Projekt mit der Teledermatologie, wie wird denn das finanziert?

160 *Korsatko: Das ist ein Goodwill-Projekt momentan. Die medizinische Universität probiert das einfach*
161 *aus und die haben natürlich auch was davon, wenn sie weniger Zuweisungen haben, in Wirklichkeit*
162 *ja. Aber es gibt auch noch jemanden anderen der das macht, das wird über den Gesundheitsfond, also*
163 *ist eine Landesförderung, finanziert ja.*

164
165 I: Auf einer Skala von 1 (nicht positiv) bis 10 (sehr positiv): Wie positiv würden Sie die Einführung des
166 e-Rezepts erachten (nach der derzeitigen Pilotierung in Kärnten)? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

167
168 *Korsatko: 10. Das ist, also generell diese Zettelwirtschaft und Papierwirtschaft, es gibt eigentlich keine*
169 *Begründung ein Papier von einem Arzt zu holen und das zur Apotheke zu tragen. Also ich wüsste nicht,*
170 *welche Begründung mir da einfallen würde. Vielleicht weil es halt immer so war, aber ja. Da der*
171 *Krankenschein verschwunden ist mit der eCard, weint dem auch keiner nach. Und das nächste müssten*
172 *dann hoffentlich auch die Überweisungen sein.*

173
174 I: Zu wie viel Prozent tauschen Sie die Daten der PatientInnen mit anderen GDA aus? Mit welchen
175 GDA tauschen Sie diese Daten aus?

176
177 *Korsatko: Intern im PVZ ist alles offen und da kann jeder GDA überall reinblicken, außer diese*
178 *psychologischen und psychotherapeutischen Informationen, die vertraulich sind, werden in einem*
179 *eigenen System gespeichert, wo nur der Psychologe rein kann. Meinen sie da nach außen?*

180
181 I: Genau.

182
183 *Korsatko: Zu viel Prozent? Wenig. Ganz wenig. Mit da Apotheke.*

184
185 I: Aber wenn jetzt theoretisch ein Patient zu ihnen kommt, dann schauen sie sich zuerst einmal die
186 Befunde von diesem in der ELGA an?

187
188 *Korsatko: Genau, wir sind ja auch nicht verpflichtet, was reinzustellen. Meines Erachtens wäre das*
189 *aber auch sinnvoll, aber ja. Dafür ist die Hausarzt-Medizin in Österreich falsch angelegt ja. Also wäre*
190 *gut reinzuschauen und zu sehen wo war der Patient, aber ja.*

191
192 I: Zu wie viel Prozent dokumentieren Sie die Daten Ihrer PatientInnen elektronisch?

193
194 *Korsatko: 99% würde ich sagen, glaube ich. Es gibt ein paar Zetteln die aufgehoben werden, wie*
195 *Anträge für Kuraufenthalte usw. und die werden aber auch meistens gescannt. Also ganz selten, dass*
196 *irgendwas (..) Ich wüsste jetzt gar nicht, was wir nicht elektronisch dokumentieren.*

197
198 I: Auf einer Skala von 1 (nicht sinnvoll) bis 10 (sehr sinnvoll): Wie sinnvoll wäre Ihrer Meinung nach
199 ein nationaler eHealth-Monitor, um jährlich die Fortschritte im Bereich eHealth wahrnehmen zu
200 können? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

201
202 *Korsatko: 5. 8. Wäre interessant, ob es so sinnvoll ist. Das ganze eHealth-Thema ist ja ein politisches*
203 *Thema und heftet sich quasi der aktuelle Regierungsleiter auf seine Fersen, sag ich einmal. Auch wenn*
204 *es die ELGA schon so lange gibt, ist die aktuelle Regierung sehr bemüht und sie haben den*
205 *elektronischen Impfpass eingefügt.*

206
207 **Kategorie 2: Primärversorgung**

208
209 I: Welche Vorteile ergeben sich für Sie, durch Ihre Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum?

210
211 *Korsatko: Wer ist Sie? Bin ich als Arzt gemeint? Als Arzt jetzt?*

212

213 I: Genau ja.

214

215 *Korsatko: Puh, wo fange ich hier an. Also es gibt Vorteile auf Seiten der Patientenbehandlung, es gibt*
216 *Vorteile auf Seiten der Möglichkeiten der ärztlichen Behandlung, es gibt Vorteile auf Seiten meiner*
217 *finanziellen Situation und es gibt Vorteile auf Seiten meiner Life-Work-Balance. Wenn man das so*
218 *sagen darf. Und die sind mannigfaltig. Also auf Patientenebene ist die Möglichkeit einfach sehr breit*
219 *und multiprofessionell zu arbeiten, sehr viel abschließend zu arbeiten, sehr viel im Akut- und*
220 *Ambulanzbereich zu arbeiten, tolle Öffnungszeiten zu haben. Das ist ein großer Vorteil. Medizinisch ist*
221 *das ähnlich für mich. Ich kann hier sehr viel machen. Ich habe einen Eingriffsraum, ich habe einen*
222 *Wundraum, ich habe eine Diabetesschwester, ich habe eine Immunschwester, Physiotherapeuten,*
223 *Ergotherapeuten. Also ich kann hier sehr multiprofessionell Patienten behandeln, das sonst nicht*
224 *möglich wäre. Also zum Beispiel wenn man nur an das Abnehmen oder an eine Behandlung von*
225 *Diabetikern denkt oder an die Versorgung von chronischen Patienten. Das ist alles so im Team*
226 *strukturiert, dass ich da als Arzt mich recht austoben kann im Prinzip ja. Und ich kann hier auch meine*
227 *persönliche Leidenschaften ein bisschen leben nebenbei, wenn man so möchte. Der finanzielle Vorteil*
228 *ist einerseits, dass man zu dritt die Verantwortung trägt, in dem Fall. Das heißt man kann sich ein*
229 *bisschen zurücklehnen und die finanzielle Bürde ist zu dritt geschuldet. Der zweite finanzielle Vorteil*
230 *ist, dass das einfach gut läuft so ein Zentrum normalerweise, wenn man nichts falsch macht und auch*
231 *wenn ich Urlaub habe oder während ich Ihnen jetzt ein Interview gebe, verdiene ich jetzt Geld, weil*
232 *offen ist. Das könnte ich jetzt nicht, wenn ich ein Hausarzt bin, nicht. Dann müsste ich jetzt*
233 *wahrscheinlich zumachen und so verdiene ich quasi ein Drittel von dem. Also was jetzt gerade so*
234 *überbleibt, gehört mir ja. Das ist ein Vorteil. Und wir bauen eine Struktur auf, von der ich jederzeit*
235 *aussteigen kann ja. Ich kann mich heute entscheiden auszusteigen, such mir einen Nachfolger und der*
236 *gibt mir wahrscheinlich eine gute Ablöse und ich kann was anderes in meinem Leben. Und das sind*
237 *tolle finanzielle Vorteile. Life-Balance, wie gesagt ich habe zwei Kolleginnen, die oder mit denen wir*
238 *uns gut verstehen und wo ich dann auch sehr einfach frei haben kann, so wie Donnerstagvormittag.*
239 *Freitag habe ich dann meistens den ganzen Tag frei oder zumindest keine Patienten. Man kann sich*
240 *die Urlaube gut aufteilen. Und wenn man einmal ein Tief hat oder einen Hänger, dann wird das gut*
241 *abgepuffert ja. Also ich sehe nur Vorteile. Aber auch jetzt bei Corona, wir haben einen Container*
242 *aufgestellt vor der Türe, gleich zu dritt. Wir haben eine Impfstraße aufgemacht. Also man kann einfach*
243 *ganz andere Mengen fahren. Und ja, das macht dann auch Spaß. Und wenn es ein Problem gibt, bist*
244 *du nicht alleine damit, das ist auch gut ja.*

245

246 I: Warum sind Ihrer Meinung nach erst 27 Primärversorgungseinheiten in Österreich etabliert, obwohl
247 bis Ende 2021 75 PVE geplant sind?

248

249 *Korsatko: Das hat zwei Gründe. Der eine Grund ist, dass dieses Ziel quasi ohne gemeinsame Strategie*
250 *ausgegeben wurde. Das heißt, da hat man sich nicht das Ziel gesetzt und ein neuer Stakeholder hat*
251 *gesagt, ok, wir wollen dieses Ziel verfolgen, das ist uns ein Anliegen, sondern man hat das in die Welt*
252 *gesetzt und hat das quasi den Ländern umgehängt und das ist der eine Grund warum es nicht*
253 *funktioniert. Und der zweite Grund, warum es nicht funktioniert ist das es einfach massive, nach wie*
254 *vor, Gegenbewegungen seitens der Ärzteschaft, Ärztekammer, Einzelpraxen, etc., österreichische*
255 *Gesellschaft für Allgemeinmedizin, all diese Institutionen sind noch nicht auf dieses Ziel*
256 *eingeschworen. Haben das auch selbst noch nicht als Ziel und können noch keinen großen Nutzen*
257 *sehen. Die haben da noch große Angst nach wie vor, dass es hier zu Vereinnahmungen kommt, zu*
258 *Massenmedizin, zu (...) Änderungen, die halt der Einzelpraxis widersprechen. Fühlen sich auch*
259 *ungerecht behandelt, dass ihre Einzelpraxen nicht im gleichen Maße gefördert werden und das ist das*
260 *Hauptproblem. Das heißt diese PVE die entstanden sind, sind entstanden, weil Kollegen und*
261 *Kolleginnen aus Eigenmotivation heraus so etwas machen wollten ja. Und nicht weil das Land Stellen*
262 *ausgeschrieben hat und gesagt hat, da machen wir eines, wer bewirbt sich. Also das sind Knochen und*
263 *Knochenarbeit und hart erarbeitete Einheiten, so wie unsere, die wir auch gegen viel Gegenwind, auch*
264 *oft etablieren mussten und deswegen ist das so.*

265

266 I: Warum ist Ihrer Meinung nach die Akzeptanz in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren gegenüber
267 eHealth-Anwendungen höher als in Einzelpraxen?

268
269 *Korsatko: Ist das so?*

270
271 I: Ja.

272
273 *Korsatko: Naja ich denke, die Einzelpraxis ist eben eine zeitlich und räumlich limitierte Ressource und*
274 *dass dann eben auch die Akzeptanz von eHealth dementsprechend geringer ist, weil man vielleicht*
275 *den Nutzen nicht sehen kann, ja. Bei den Gruppenpraxen und Gesundheitszentren ist es so, dass man*
276 *eine moderne Einrichtung aufbaut und das überhaupt kein Thema ist in Wirklichkeit, weil du kannst*
277 *keine große moderne Einrichtung aufbauen ohne eHealth. Weiß ich nicht ob das Akzeptanz ist, das ist*
278 *einfach etwas, was du mitplanst. Also das würde ja gar nicht gehen ja, das wäre unmöglich. Also*
279 *alleine unsere Word und diese Microsoftvernetzung ist ein irrer Aufwand. Du brauchst Lizenzen, du*
280 *brauchst jemanden der das kontrolliert und du musst dir das überlegen. Du brauchst das. Wir haben*
281 *einen Sharepoint, wir haben ein Intranet. Sonst kannst du überhaupt keine Information austauschen*
282 *ja. Also insofern ist das glaube ich nichts wovon man im Sinne der Akzeptanz redet, sondern eher wie*
283 *implementiert man die einzelnen Punkte.*

284
285 I: Warum liegt in Österreich Ihrer Meinung nach der Fokus in der stationären Gesundheitsversorgung
286 und welche Schritte müssen eingeleitet werden, um dies zu verändern?

287
288 *Korsatko: Das ist eh bekannt, glaube ich. Das ist traditionell aus diesem bismarckschen System*
289 *entstanden, dass wir eine geteilte Länderfinanzierung und Versicherungsfinanzierung für den*
290 *stationären und niedergelassenen Bereich haben. Das wird sich auch nicht so bald ändern. Das heißt*
291 *es gibt zwei große Player, die eigentlich unabhängig voneinander planen und agieren und da ist*
292 *natürlich einfach natürlich jedes Krankenhaus, das fixes Personal, etc. stark. Die müssen ihre Betten*
293 *belegen. Ich kenn kein Krankenhaus, das darauf hinarbeitet weniger zu arbeiten, Betten abzubauen*
294 *und zu sagen, ja es ist nicht so sinnvoll. Sondern man wird immer versuchen seine Institution zu*
295 *erhalten. Also das ist ein Problem. Welche Schritte müssten eingeleitet werden, um dies zu verändern.*
296 *Ich denke (...) da müsste also diese Finanzierung aus einem Topf ernsthaft eingeleitet werden und das*
297 *dann auch so mitgedacht werden ja. Das ist dann zum Beispiel immer lustig, wenn wir (...). Ein simples*
298 *Beispiel, ich habe einen Patienten, der veränderte Leberwerte hat, sonst gesund. Ich mach also meine*
299 *Basisuntersuchungen und finde nichts Großartiges raus, dann brauche ich einen Spezialisten. In Graz*
300 *gibt es einen einzigen niedergelassenen Gastroenterologen, alle anderen sind so Wald- und*
301 *Wieseninternisten, wo ich jetzt nicht weiß, ob dort mein Anliegen jetzt gut abgeklärt wird. Abgesehen*
302 *davon, dass ich eh keinen Termin krieg ja. Dann überweise ich ihn in das Krankenhaus, auf die*
303 *Spezialambulanz und die Spezialambulanz schickt dann zurück, das ist nichts für uns, das ist was für*
304 *den niedergelassenen Bereich. Also es wird dann halt Ping Pong gespielt und nicht gemeinsam*
305 *geplant, obwohl die genau wissen, dass wir keinen Experten für diese Fragestellung draußen haben.*
306 *Du bist dann einfach alleine gelassen und da gibt es keine gemeinsame Planung. Da ist dann gerne*
307 *sozusagen von uns Hausärzten auch der stationäre Aufenthalt ein Mittel um Dinge aufzuklären.*

308
309 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr nützlich): Wie nützlich ist die Schaffung von PVE um die
310 Krankenhausaufenthalte zu reduzieren? Wenn ja, warum?

311
312 *Korsatko: Des kann ich nur mutmaßen, weil ich weiß nicht, ob es dazu Daten gibt. Aber unser Ziel, sag*
313 *ich jetzt hier, ist es immer einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. Zum Beispiel, Typ 1 Diabetiker*
314 *habe ich jetzt in 3 Jahren ich glaube 4 bis 5 Neumanifestation gehabt. Das ist ein typischer Patient der*
315 *in das Krankenhaus geschickt wird und alle meine Typ 1 Diabetiker sind hier behandelt worden und*
316 *haben nie ein Krankenhaus gesehen. Weder in der Akutphase, noch sonst irgendwann. Weil wir das*
317 *hier können. Also und das ist nur ein Beispiel. Das kann man ausdehnen auf viele Akutdinge, z.B. wir*
318 *haben ja eine Akutambulanz bei uns im Endeffekt und da kann man schon sehr viel abpuffern ja. Ob*

319 *man jetzt die stationären Aufenthalte deswegen reduziert, kann ich schwer sagen, weil ich davon*
320 *ausgehe, dass es hoffentlich doch in den meisten Fällen, also gerade was Akut betrifft, gut*
321 *ausgewählt wird, was da aufgenommen wird.*

322
323 I: Wäre der Ansatz für Österreich denkbar, dass der Allgemeinmediziner als Gate-Keeper fungiert,
324 ähnlich wie in Dänemark und den Niederlanden?

325
326 *Korsatko: Also aus der momentanen Situation ist das undenkbar, ja. Warum ist es undenkbar? Weil*
327 *wir ja in Österreich mittlerweile statt Krankenschein (...) Früher war es ja so mit den Krankenscheinen,*
328 *dass du zwei Fachärzte besuchen konntest im Quartal. Jetzt ist das aber eigentlich alles frei zugänglich.*
329 *Dann haben wir diesen großen Sektor der Wahlärzte und als Patient brauche ich eigentlich keinen*
330 *Hausarzt. Also ich kann in Österreich ganz gut ohne Hausarzt leben. Ich kann mir Internisten suchen,*
331 *ich kann mir einen Wahlarzt suchen, ich kann auf die Ambulanzen gehen, wenn ich was habe. Manche*
332 *lassen sich dann auch in der Apotheke behandeln oder über sonstige Gesundheitsberufe. Insofern gibt*
333 *es momentan, geht der Trend eher sehr weg davon. Ich habe auch viele Patienten die nur kommen,*
334 *weil sie vielleicht eine Medikamentenverschreibung brauchen, weil es halt sonst keiner macht oder*
335 *eine Krankschreibung. Insofern aus der momentanen Sicht schwer denkbar. Wir haben dafür in*
336 *Österreich derzeit auch viel zu wenige Allgemeinmediziner ja. Also wenn man wirklich ein gutes*
337 *Gatekeeping machen würde, dann müsste man die Anzahl der Allgemeinmediziner verdoppeln jetzt.*
338 *Wir sind ja am gleichen Stand wie 1950, ich glaube sogar 100 Allgemeinmediziner weniger, wenn ich*
339 *mich richtig an die letzte Präsentation erinnere. Dann müsste man das verdoppeln und sagen, man*
340 *möchte das ja und dann müsste man hochrechnen, wie viele kommen auf einen Arzt und*
341 *Einschreibesystem und das ausprobieren. Dann ginge es ja, aber dann müsste zuerst wirklich das*
342 *Wahlarztsystem abgeschafft werden. Das müsste dann halt ein Privatarztsystem sein, aber so*
343 *momentan undenkbar.*

344 345 **Kategorie 3: Telemedizinische Dienste**

346
347 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr häufig): Wie regelmäßig nutzen Sie telemedizinische
348 Dienste? Oder würden Sie sich wünschen solche zu benutzen?

349
350 *Korsatko: Ja wir haben jetzt die Teledermatologie und ja, ich würde mir das sehr wünschen,*
351 *telemedizinische Dienste zu nutzen. Es gibt immer Fälle (...). Also ich würde einmal sagen, ich mache*
352 *Telemedizin mit meinem Netzwerk. Das heißt, ich bin da vielleicht wirklich ein bisschen extrem, aber*
353 *ich habe sehr viele Facharztkollegen oder auch Hausarztkollegen, denen ich dann schnell eine E-Mail*
354 *schreiben kann oder eine SMS oder eine Whatsapp. Von dem Befund zum Beispiel schnell den Text,*
355 *gerade im orthopädischen Bereich, Ruptur irgendeiner Sehne oder in der Schulter, schnell zu meinem*
356 *Orthopäden schicke und frage, was ist zu tun. Und er sagt gehört operiert, dann weiß ich schon, wie*
357 *ich weitermachen kann. Und das ist quasi schon Telemedizin was wir da betreiben. Schilddrüsen-*
358 *Fragen, Osteoporose-Fragen, Eisenhaushalt-Fragen sind häufig Konstellationen, wo man nicht genau*
359 *weiß (...) unklar. Und da würde ich mir das total wünschen ja. Also so muss man den sonst wohin*
360 *schicken und die fangen wieder von 0 an und machen das wieder von vorne durch und du hast*
361 *eigentlich nur eine konkrete Frage ja. Also das würde ich mir sehr wünschen. Also momentan nutzt*
362 *man es so gesehen sehr häufig ja, unser Netzwerk eigentlich. Aber würde ich mir sehr wünschen ja.*
363 *Also 8.*

364
365 I: Und auch jetzt zum Beispiel in die Richtung (...) Sie kennen sicher das HerzMobil-Programm von Tirol
366 oder und dass man eben auch quasi so etwas anwendet für den Patienten. Diesen dann mit so einem
367 Set nach Hause schickt und der dann selber seine Werte überprüft und diese zuschickt.

368
369 *Korsatko: Ja, das ist aber noch Kinderschuhe ja. Also da fehlt, weiß ich nicht, kenn ich mich nicht aus,*
370 *aber da will ich mich auch gar nicht so rein vertiefen, aber was ich dann brauche, wenn es so etwas*
371 *gibt ist, dass dieser Datensatz so gut für mich aufbereitet ist, dass das für mich auch nur eine Minute*

372 maximal beansprucht ja. So wie ein kurzer Befund. Oder dass du im Haus dann einen Datenmanager
373 hast, der diese ganzen Daten, die die verschiedenen Patienten dann ja täglich wahrscheinlich liefern,
374 filtert. Weil wenn ich jetzt bei jedem Blutzucker, also sagen wir einmal, ich habe 200 Diabetiker und
375 stell das System ein, dass wenn die zuhause Blutzucker jetzt von, keine Ahnung, 300 eingeben, ist eh
376 schon recht hoch, dass ich alarmiert werde, ja frage nicht, was da dann los ist ja. Bei 200 Diabetikern,
377 da hast dann am Tag 3 bis 4 Meldungen und musst dem nachgehen. Wer zahlt das. Macht das
378 überhaupt Sinn? Warum hat der 300 gehabt, war es vielleicht eine Fehlmessung. Also das ist schwierig
379 glaube ich. Also ja, gewisse Parameter machen Sinn, aber es muss so gut vorbereitet sein, dass du
380 ganz klare Pfade hast, wie du damit umgehst ja.

381
382 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr hilfreich): Wie hilfreich wäre die elektronische
383 Konsultation für Sie? Begründen Sie Ihre Antwort.

384
385 *Korsatko: 8. Was wir machen jetzt, also so eine elektronische Konsultation geht natürlich nicht überall.*
386 *Aber wir haben z.B. auswärts eine orthopädische Sprechstunde, wo der Orthopäde herkommt und ich*
387 *in der Stunde 6 Patienten reinbestelle. Habe die also schon im Kopf vorbereitet. Und der Orthopäde*
388 *und ich schauen den Patienten für 10 Minuten gemeinsam an und überlegen, was wir machen. Das ist*
389 *extrem effizient, sehr befriedigend, wird natürlich nicht bezahlt. Wir haben das Experiment*
390 *ausprobiert. Sowas könnte man natürlich auch elektronisch mit anderen ausprobieren, wo vielleicht*
391 *der Arzt nicht vor Ort sein muss. Ja. Wieder gehört das extrem gut organisiert und gut bezahlt, weil*
392 *man hier einfach sehr viel Zeit investieren muss. Dann kommt der Patient nicht ja und dann vergeht*
393 *eine viertel Stunde. Und das ist sicher eine Challenge, aber in der Kardiologie z.B. würde ich mir sowas*
394 *wünschen, ebenso auch in der Gastroenterologie (...). Aber da wäre mir ehrlich gesagt fast lieber, dass*
395 *des eben im Sinne eines sofort abrufbaren Dienstes wäre oder relativ schnell ja. Der Patient kommt,*
396 *hat eine chronische Erkrankung, bei der ich mich nicht gut auskenne und ich sag, wissen sie was,*
397 *kommen sie um 13:00 Uhr, ich gebe das rein und um 13:00 Uhr antwortet uns der Professor so und so*
398 *und dann können wir noch einmal gemeinsam mit ihm reden. Das wäre super hilfreich. Auch für den*
399 *Patienten sehr hilfreich und effizient, weil durch dieses hin- und herschicken, sehr viel Verlust entsteht*
400 *und auch sehr viel Verschlechterung der Erkrankung und sehr viel Leid einhergeht, den wir nicht mehr*
401 *brauchen.*

402
403 I: Und wäre des jetzt zum Beispiel auch sinnvoll, dass nur für den Patienten einzuführen. Ich weiß
404 nicht, manche kommen jetzt ja auch nur und sagen, ich habe Halsschmerzen. Theoretisch, dass man
405 mit diesem Patienten nur eine elektronische Konsultation macht oder ist es wirklich notwendig, dass
406 diese Patienten in die Praxis kommen und sie sich die anschauen?

407
408 *Korsatko: Ja da werden sie unterschiedliche Antworten bekommen. Wir haben während COVID keine*
409 *elektronische Konsultation gemacht, weil wir gesagt haben, wir wollen die Leute anschauen. In der*
410 *Primärversorgung halte ich es für schwierig, das per Video zu machen, weil du eben der bist, der das*
411 *erste Mal damit konfrontiert wird und die Einschätzung oft schwierig ist. Gestern hatte ich einen*
412 *Patienten, der gesagt hat, er hatte gestern am Abend Fieber, 37,8 Grad oder so und jetzt tut ihm da*
413 *ein bisschen der Rippenbogen weh. Und ob man den elektronisch oder ob du das dann merkst, dass*
414 *das ein lebensbedrohlicher Zustand ist oder nicht, frage ich mich. Weil wo ich ihn dann gesehen habe,*
415 *habe ich mir gedacht, da passt was nicht und ich habe ihn abgehört und alles und haben dann auch*
416 *wirklich eine Lungenembolie mit Lungeninfarkt festgestellt. Aber war so relativ gut klinisch stabil und*
417 *hat nicht krank ausgeschaut. Und solche Sachen glaube ich, würdest du am Telefon schon (...)*
418 *schwierig ja. Also was man auslagern kann sind Krankmeldungen, banale Krankmeldungen,*
419 *Kopfschmerz, ja solche Dinge. Sowas könnte man sicher leichter abschätzen. Da kann man dann ein*
420 *paar Fragen stellen und sagt dann, ja bleiben sie halt zuhause. Also das ist zum Beispiel total unnötig,*
421 *dass diese Leute in die Ordination kommen ja. Haben wir oft ja. Fühlen sich nicht so gut, geht heim*
422 *von der Arbeit und braucht eine Krankmeldung. Der muss dann in der Ordination sitzen, steckt*
423 *vielleicht andere Leute an. Also auf das könnte man verzichten ja. Oder sowas wie das Rezept zu holen.*

424

425 I: Was sind Ihrer Meinung nach die Hindernisse für eine vermehrte Nutzung von Telemedizin in
426 Österreich?

427

428 *Korsatko: Haben wir eh vorher schon kurz geredet. Aber das Haupthindernis ist einerseits das es gute*
429 *Applikationen gibt und dass es natürlich bezahlt wird. Die Ordinationsleistung ist 6,98 € die*
430 *Zweitordination für den Kassenarzt, 20,00 € die erste und dann 6,98 €. Da kann ich keine Telemedizin*
431 *machen, also sorry. Bei allem Engagement und Freude am Beruf und die Telemedizin um 6,98 € (...).*
432 *Da tue ich mich schon schwer nur die Telemedizin irgendwie anzufordern in der Zeit ja. Also wer macht*
433 *was für 7,00 € heutzutage? Weil Telemedizin heißt, irgendwie eine Verbindung aufzubauen, Computer*
434 *abzustimmen, einen Zeitrahmen sich festzusetzen. Zudem muss der Patient herkommen und du musst*
435 *die Befunde vorbereiten. Also du musst für eine gute telemedizinische Konsultation sicher eine viertel*
436 *Stunde einplanen. Das ist aber schon das unterste Limit. Und eine viertel Stunde beim*
437 *Allgemeinmediziner muss ungefähr 100,00 € reinspielen ja. 150,00 € damit das Ding läuft. Und mit*
438 *6,98 € (...) In Wirklichkeit ist ja so, wenn ich einen Patienten anschau, 3 an der Front die ein Rezept*
439 *abholen, 2 bekommen einen Wundverband, also läuft es eigentlich in der Allgemeinmedizin. Und wenn*
440 *ich mich jetzt hinsetze und Telemedizin mach (...). Schwierig ja. Also das ist einmal das Geld würde ich*
441 *sagen ja. Das Einschweißpotenzial ist groß, weil man sehr viele Fachärzte runterfahren könnte. Die*
442 *Frage ist ja auch, ob man das überhaupt will. Die Fachärzte wollen ja auch leben. Die haben ja auch*
443 *eine starke Lobby und eine immer stärkere Lobby. Also besonders in der Stadt ist da ein Wildwuchs der*
444 *enorm ist ja. Und insofern, von der Seite, ja.*

445

446 **Kategorie 4: Diskussion**

447

448 I: Fällt Ihnen in Bezug auf eHealth oder der Primärversorgung etwas Positives oder etwas Negatives
449 ein, was wir von Dänemark oder den Niederlanden übernehmen sollten bzw. nicht übernehmen
450 sollten?

451

452 *Korsatko: Ja der Vergleich mit Dänemark und Niederlande hinkt ein bisschen. Die spielen meines*
453 *Erachtens in einer anderen Liga. Die haben, also gerade die Holländer, haben ja eigentlich, meines*
454 *Wissens nach, fast nur noch solche Einheiten, haben ein ganz strenges Gate-Keeping. Du kommst zum*
455 *Sekundärarzt überhaupt nur über die Primärversorgung. Die sitzen auch größtenteils in den*
456 *Krankenhäusern die Fachärzte. Also da ist das System einfach daraus ausgerichtet viel sequenzierter*
457 *zu arbeiten ja. Insofern tue ich mir schwer zu sagen, was wir übernehmen können oder sollten. Für*
458 *eine faire kassen-getriggerte Finanzierung, gehört es sicher besser organisiert ja. Das kann man von*
459 *Dänemark auf alle Fälle übernehmen ja. Wenn du eine Kassenleistung in Kauf nehmen willst, kriegst*
460 *du sie, aber es gibt eine Reihenfolge, die du befolgen musst. Diese Ordnung ja, da könnte man schon*
461 *mehr übernehmen. Nicht übernehmen ja, das ist (...) das wäre einfach nicht kompatibel für das*
462 *momentane (...) missläuft momentan. Da hängen ja viele Existenzen davon ab. Ein Wahlarzt ist auch*
463 *ein Mensch, der sich was überlegt hat, der langfristig geplant hat, da kann ich nicht von heute auf*
464 *morgen das abschaffen. Also das wäre sicher ein Problem.*

465

466 I: Möchten Sie was erzählen was noch nicht angesprochen wurde?

467

468 *Korsatko: In Bezug auf eHealth und ihre?*

469

470 I: Genau ja.

471

472 *Korsatko: Was kann ich erzählen. Sie haben eh sehr viel gefragt. Das wichtige ist eben wirklich zu*
473 *sagen, man hat einen Datenmanager, glaube ich im Haus, der das mehr vorantreiben will. Generell*
474 *Management in den Primärversorgungszentren muss eine ganz wichtige Rolle spielen. Es geht nicht,*
475 *dass ich mich als Arzt, um den Anrufbeantworter oder um eine Telefonleitung, Internetleitung, um*
476 *irgendwelche Passwort-Updates, um Softwareinstallationen, das kann ich nicht machen. Ich muss*
477 *ärztlich arbeiten. Da brauche ich ein Management im Hintergrund, die sagen, ab morgen ist dieses*

478 Modul installiert. Das ist die Schulung. Dort kriegst du dann als Arzt wie jeder Teilnehmer im PVZ
479 deine Schulung und weißt wie das geht. Und wenn es nicht funktioniert, gibt es eine interne
480 Kommunikationsmöglichkeit an den Manager. Du das funktioniert nicht, Zugang zu ELGA funktioniert
481 nicht – bitte mach was, tu was. Der Aufwand ist da einfach als Arzt zu groß. Das wollen sie jetzt ja
482 auch kürzen, das Management. Das halte ich aber für einen großen Fehler. Des befürwortet sicher
483 nicht die Einführung von solchen Dingen. Wird man sich zurückhalten ja. Also wenn das ein hoher
484 technischer Aufwand ist und ich habe keine Ressourcen da für mich, um die Verwaltung und des Service
485 zu übernehmen, dann wird das nicht stattfinden.

486

487 I: Haben Sie jetzt aktuell auch so einen Datenmanager im Haus?

488

489 Korsatko: Ein Datenmanager im Sinne von (...) Die Managerin macht das mit ja. Bezeichnung zum
490 Beispiel ist der elektronische Impfpass, der großspurig in den Apotheken zu holen ist, die Apotheken
491 bekommen dafür 3,00 € Kostenersatz. Wir bekommen nichts. Bei uns wird das irgendwie so
492 angenommen, bei uns kann das eh jeder Arzt und kann jeder machen. In Wirklichkeit ist das auch für
493 uns ein Neuland und man fragt sich, warum muss ich das machen ja. Ist wieder ein Aufwand und ich
494 bekomme nichts bezahlt dafür. Und das ist oft so typisch wie diese eHealth-Geschichten durch die
495 Hintertür auch eingeführt werden ja. Mit der Hoffnung, es ist eh so praktisch, die werden das schon
496 schlucken. Also da braucht es einfach mehr Verständnis dafür. Das ist so, wie wenn man eine moderne
497 Autobahn haben möchte, dann kostet der Kilometer halt das zehnfache von einer normalen
498 Landstraße ja. Dafür habe ich dann halt die Sensoren drinnen und die Kameras und das was ich will.
499 Aber die Illusion zu glauben, ich kann die gleiche Menge an Leuten durchführen, auf einer Landstraße,
500 das ist halt nicht möglich. Da muss man investieren ja. Und ja, das Geld ist einfach ein Problem.

501

502 I: Wie hoch ist Ihre Akzeptanz jetzt für eHealth-Anwendungen oder wie offen gegenüber sind sie
503 neuen eHealth-Anwendungen?

504

505 Korsatko: Ja total. Sehr ja. Ich persönlich bin einer, der sehr offen auf so etwas zugeht. Die Susi unsere
506 Managerin schaut dann immer, dass wir Geld für so etwas kriegen. Am Ende des Tages entscheiden
507 wir dann gemeinsam, ob das was ist, was wir machen wollen. Es gibt eben Dinge, da sagt man, das
508 ist so gut und das nehmen wir in Kauf. Also so etwas wie der e-Impfpass, das drucken wir jetzt halt
509 einfach aus und ist gut, wenn die Leute geimpft werden und auch gleich den Impfpass bekommen. Da
510 mache ich jetzt kein Drama draus, dass ich nicht bezahlt bekomme. Zahl ich das Papier halt selber und
511 die Druckkosten. Aber es gibt auch Anwendungen die zu aufwendig sind und es rechnet sich nicht,
512 auch wenn es gut wäre. Das macht man dann halt nicht mit.

Interviewleitfaden

Code: **E02**

Name des Interviewpartners: **Dr. med. Ernst Eicher**

Geschlecht: **M**

Berufsbezeichnung: **Arzt für Allgemeinmedizin im GesundheitsNetzwerk Raabtal**

Berufsausübung seit: **Allgemeinmediziner im GesundheitsNetzwerk Raabtal seit 2020**

Datum des Interviews: **6. Juli 2021**

Ort: **Microsoft Teams Videokonferenz**

Uhrzeit (von-bis): **19:00 bis 20:00 Uhr**

Organisatorischer Ablauf:

- Vorstellung des Interviewers
- Bedanken für die Gesprächsgelegenheit
- Vorstellen des Themas, Forschungsziel und des Gesprächsablaufs
- Hinweis auf gewünschte Anonymität
- Frage, ob das Gespräch aufgenommen werden kann
- Zeitrahmen abklären (ca. 30 - 45 Minuten)

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

Kategorie 2: Telemedizin

Kategorie 3: Primärversorgung

Kategorie 4: Allgemein

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

I: Welche eHealth-Anwendungen benützen Sie regelmäßig in Ihrer Praxis?

Eicher: Ja also die eCard, ELGA, dann natürlich auch die Videotelefonie. Hier verwenden wir die Applikation Signal. Wir kommunizieren mit unseren Patienten auch mit E-Mails, Whatsapp (...) ja. Muss man sich sonst anschauen, was brauchbar ist, aber das was brauchbar ist, verwende ich natürlich gerne. Die Schwierigkeit ist immer, dass es eben keine Regelung und Erklärung gibt und die Patienten oft unsicher sind, wo es Unklarheiten bezüglich der Datenschutzerklärungen gibt.

I: Und das Whatsapp verwenden sie dann wirklich für Terminvereinbarungen oder wirklich für Telekonsultationen?

Eicher: Nicht für Telekonsultationen, da verwende ich nur das Signal und nur mit Einverständnis der Patienten. Whatsapp nutze ich nur, wenn mir Patienten eine Nachricht schicken, das lese ich mir dann durch und ruf sie dann an.

I: Warum erachten Sie die eHealth-Anwendungen die Sie benützen, als sinnvoll?

Eicher: (...) Wenn wir vor hundert Jahren lebten, dann würden wir es auch sinnvoll finden, dass wir Briefe schreiben und mit Telefonen anfangen zu arbeiten. Und wenn man in der heutigen Zeit nicht mit einem Computer arbeitet, ist man genauso blöd, wie wenn man vor 100 Jahren nicht telefoniert hat. Also es gehört einfach zu dem Standard dazu. Für mich ist es interessant, obwohl ich in der Entwicklung interessiert bin und mich sehr mit den Grundlagen der EDV sehr beschäftige (...) ist es doch so, dass jetzt die junge Generation, zum Beispiel Sie, ihr seid viel näher mit dem aufgewachsen, also das mit dem Handy geht automatisch. Und für mich ist es jetzt halt so, dass ich nicht so schnell tippe und es läuft nicht so automatisch (lacht). Der einzige Unterschied ist halt, ich habe das mit 35 Jahren dazugelernt und wenn man das seit jungen Jahren verwendet, hat man einfach einen anderen Bezug

55 dazu. Aber einfach die Fähigkeiten und die Möglichkeiten, die so EDV-Systeme beinhalten, die sind
56 phänomenal und allfaszinierend und schön, was wir da alles entwickelt haben. Und ja, das ist voll
57 krass, dass wir es bis zum heutigen Tag nicht geschafft haben, die verschiedenen EDV-Systeme in das
58 Gesundheitssystem einzubinden. Aber für mich ist es ja auch voll krass, dass wir es bis zum heutigen
59 Tag nicht geschafft haben, Spam-E-Mails zu vermeiden. Wir sind ja in die Technik hineingekommen
60 und haben die Technik überhaupt nicht unter Kontrolle. Also die sichersten Konzerne werden zum
61 Beispiel gehackt und man kann nicht sicher sein, wer dich hackt. Also das ist krass. Und auf der einen
62 Seite gibt es so viele Möglichkeiten und auf der anderen Seite, kannst du nichts machen, weil überall
63 die Möglichkeit besteht, dass sich wer in deinen Computer eingeloggt hat.

64
65 I: Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch): Wie hoch schätzen Sie das Nutzenpotenzial
66 von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung ein? Begründen Sie Ihre Antwort.

67
68 Eicher: (...) Es besteht ein sehr großes Nutzenpotenzial, deshalb von 1 bis 10, hätte ich jetzt gesagt so
69 7 bis 8 als Potenzial hernehmen. Und von den 7 bis 8 Nutzenpotenzial werden 1 genutzt und meine
70 Antwort begründe ich damit, dass so viele Dinge erleichtert werden könnten. Jetzt einfach nur mal aus
71 einer anderen Perspektive. Ein Patient kommt in die Praxis, wird durch Gesichtserkennung automatisch
72 erkannt, braucht keine eCard oder sonst irgendein Ding und zusätzlich zu der Gesichtserkennung, kann
73 ich ablesen, ob er jetzt gut drauf ist oder ob er schlecht aufgelegt ist und ob er möglicherweise
74 irgendwelche Krankheitszeichen aufweist. Dann könnte ich mit einem Scanner sofort die Körpergröße,
75 Körpergewicht, Körpertemperatur, EKG und EEG und könnte ich eigentlich sofort einmal abchecken.
76 Und bevor ich überhaupt einmal mit dem Patienten reden anfangen, habe ich schon einmal die
77 Grunddaten von dem Patienten, wie mobil er ist, wie er von der Körperhaltung her ist, wie sein
78 Körpervolumen ist, wie seine Temperatur ist, wie sein Kreislauf ist, wie das Nervensystem ausgestattet
79 ist und dann könnte ich mit ein paar Zusatzapplikationen könnte ich dann Blutzucker und andere
80 Parameter sofort erfassen. Ich weiß nicht was auch immer (lacht). Und das wäre, sage ich, die Medizin
81 der Zukunft. Wo wir alle Grunddaten haben und gleichzeitig hat jeder Mensch (...) also überlegen wir
82 uns einfach heute, im Jahr 2021 und hergehen und sagen, dass ist ein wahnsinniger Erfolg, dass wir
83 Blutdruck oder 24-Stunden-EKG-Aufzeichnungen machen oder sowas. Wo jeder Mensch eigentlich
84 sowieso getrackt wird in jeder Sekunde und ja (...) Google weiß mehr über unsere Gesundheitsdaten
85 als wie der Hausarzt. Das ist einfach unvorstellbar. Also egal wie viel die Leute in der Nacht schlafen
86 oder wie viele Schritte die Leute über den Tag machen und wann sie die Regel haben, oder wann sie
87 schwanger werden können. Ja das machen alles die Apps am Handy. Und das läuft alles in die großen
88 Konzerne und das Gesundheitssystem ist irgendwo weit weit weit dahinter. Ja und dort wo man die
89 Daten dann sinnvoll verwenden könnte, kommen sie nicht hin und ich darf in der Praxis gar nichts
90 machen. Wenn ich etwas mach, muss ich immer die Datenschutzeinverständniserklärung vom
91 Patienten haben und wenn der auch einverstanden ist und der sagt dann später, er wäre doch nicht
92 einverstanden gewesen, dann habe ich die größten Schwierigkeiten. Aber Facebook, Google und wer
93 auch immer und welche großen Konzerne auch immer, die haben keine Probleme, die
94 Gesundheitsdaten zu tracken und zu speichern. Das ist einfach ein Machtungleichgewicht.

95
96 I: Warum haben Sie sich dazu entschieden, ELGA in Ihrer Praxis zu nutzen bzw. die anderen von Ihnen
97 genannten eHealth-Anwendungen?

98
99 Eicher: Weil der Staat Österreich sich dazu entschieden hat, ELGA als System im Gesundheitswesen zu
100 etablieren und es auch die Aufgabe ist, ein System zu etablieren, mit dem sinnvoll gearbeitet werden
101 kann und wo auch die Verantwortung vom Einzelarzt wegkommt und eine gemeinschaftliche
102 Verantwortung in unserem Gesundheitssystem und unserem Rechtssystem und Staat geschaffen wird.

103
104 I: Entstanden für Sie durch diese Verwendung auch Nachteile? Wenn ja, welche?

105
106 Eicher: Ja das die Applikationen umständlich sind, dass die Einbindung in die EDV-Systeme kompliziert
107 ist, dass die Informationen nicht so vorbereitet bekommt, dass man genau die Information bekommt,

108 die man sucht. Wo man dann halt länger herumklicken muss. Wenn man was falsch eingeben kann
109 (...) also das ist überhaupt eines der schlimmsten Dinge und das nicht mehr korrigieren kann. Es ist
110 Trackingsystem, wo jeder oder jede Aktion die man macht, gespeichert wird. Ja wenn ich jetzt zum
111 Beispiel EDV-mäßig eine Abrechnung mache und sie kommen zu mir in die Praxis und es ist irgendwie
112 gerade ein blöder Tag und ich habe von meiner Seite her den Eindruck, dass sie eine depressive
113 Erkrankung haben, dann schreibe ich bei mir in das Abrechnungssystem die depressive Erkrankung
114 rein und das wird dann im Sozialversicherungssystem gespeichert, dass sie am 6.7 depressiv erkrankt
115 waren. Und ich kann das auch nicht mehr rückgängig machen, wenn sie dann am nächsten Tag zu mir
116 kommen und sagen, eigentlich bin ich nur müde gewesen oder sowas oder. Das ist einfach eine irre
117 Verantwortung die wir uns da als Ärzte aufladen, wo wir halt auch nicht wissen (...). Wir können nur
118 darauf vertrauen, dass diese Daten auch wirklich sicher verwahrt sind und nicht gehackt werden, aber
119 es gibt ja irre Bestrebungen, dass Gesundheitsdaten für wirtschaftliche Zwecke verwendet werden. Die
120 Versicherungen daher sehen, wo sie Risiken eingehen, wo sie weniger Risiken eingehen, sich neue
121 Wirtschaftszweige vielleicht überlegen können, wo sie investieren und so weiter.

122
123 I: Und weil Sie gesagt haben unübersichtlich. Ist die ELGA für Sie auch unübersichtlich oder nicht
124 benutzerfreundlich gestaltet?

125
126 Eicher: Die Befunde in ELGA sind von der Lesbarkeit her ganz gut gestaltet, aber von der Auffindbarkeit
127 her sind sie nicht benutzerfreundlich gestaltet. Wir gehen auch komplett von der falschen Richtung
128 aus. Wir sammeln Informationen einfach wurr durch die Gegend, ohne dass wir uns vorher überlegt
129 hätten, wofür diese Informationen einmal gebraucht werden. Wenn ich mit einem EDV-System arbeite
130 (...). Ich kann ihnen sogar ein Beispiel nennen. Angenommen ich will wissen, wo kann ich ein
131 bestimmtes Produkt am billigsten kaufen oder? Dann suche ich mir genau das Produkt raus und hab
132 dann dort alle Daten zusammen und dann sehe ich ok, dort kostet das Produkt so viel und dort kostet
133 es so viel. Und dann habe ich eine Übersicht und kann Entscheidungen treffen. Im Gesundheitssystem
134 brauchen wir das so, dass wir alle Produkte, die es auf der Welt gibt, einfach nur zusammensammeln,
135 in den unterschiedlichsten Formaten. Also in PDF, in Laborwerten, in Bilddaten und in Sprachdaten und
136 was weiß ich alles (...). Und in den unterschiedlichsten Formaten dann sammeln und sammeln und
137 sammeln, z.B. auch e-Card-Steckungen, Leistungsabrechnungen, PDF-Befunde und gehen dann her
138 und meinen, dass wir relevante Daten herausbekommen. Es braucht endlich einmal die Entscheidung
139 zu sagen, was ist relevant und wie komme ich zu diesen relevanten Daten. Dann bekomme ich plötzlich
140 so eine Applikation (...) nur so als Beispiel. Wenn ich wissen will, wer welche Allergien hat oder wer
141 welche Impfungen hat, dann muss ich mir die Frage stellen, wer hat welche Allergien und jeder der
142 mit Allergien im Gesundheitssystem zu tun hat, hat die Verpflichtung, dass in das System einzuspeisen.
143 Und dann wissen wir, dass die Leute dort, diese Allergien dokumentiert bekommen haben. Und wenn
144 ich hergehe und sage, ich sammle einfach alles zusammen, dann hat irgendwer einmal irgendwann
145 gesagt, ich habe einmal eine Penicillin-Allergie gehabt, und dann geht das irgendwann unter, er hat
146 Penicillin bekommen und stirbt dann. Oder auf der anderen Seite bekommt er kein Penicillin, weil er
147 gesagt hat er verträgt es nicht und das wurde dann eigentlich nie gecheckt ob er eine Allergie hat oder
148 nicht. Dann braucht er Penicillin, kriegt es aber nicht und stirbt deswegen usw. Also das ist schlimm.
149 Ja voll krass.

150
151 I: Gibt es Differenzierungen im Gebrauch von eHealth-Anwendungen in Einzelpraxen und
152 Primärversorgungszentren?

153
154 Eicher: Nein, es gibt keine Differenzierungen, die derzeit relevant sind. Allerdings gibt es die
155 Bestrebungen, dass auch in Zukunft zu machen. Da gibt es jetzt im Bereich von ELGA die sogenannte
156 virtuelle Organisation, die etabliert werden soll, sodass man für die PVE eine eigene Struktur auch in
157 ELGA aufbaut. Und wäre halt gut, wenn da die entsprechenden Mittel und Unterstützungen da wären,
158 dass an diesen Strukturen dann auch sinnvolle Anwendungsbereiche dann gut umsetzbar sind.

159

160 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Treiber bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
161 eHealth-Anwendungen?

162
163 *Eicher: Die zentralen Treiber sind erstens die gesetzliche Vorschrift, also es nutzen zu müssen. Da bleibt
164 dir nichts anderes übrig. Und zweitens natürlich die Perspektive, dass man was Gutes damit tun kann
165 und wirklich auch einen Nutzen davon hat. Aber ich würde halt lieber haben, dass erstens der
166 Mehrwert im Vordergrund steht und dass man was davon hat und erst dann die gesetzliche Vorschrift
167 kommt (lacht).*

168
169 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Barrieren bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
170 eHealth-Anwendungen?

171
172 *Eicher: Datenschutz ist die zentrale, über alles stehende Barriere. Rechtliche Unsicherheit überhaupt.
173 Und dann, dass das entsprechende Wissen über die EDV und Entwicklung von Softwareentwicklung zu
174 wenig ausgeprägt ist. Ich bin ständig auf der Suche, denn welche jungen Leute beschäftigen sich denn
175 wirklich mit der Programmierung. Jeder geht her und verwendet Handys und niemanden interessiert
176 es in Wirklichkeit wie das Handy programmiert ist. Ich meine das ist für mich total erstaunlich. Wie die
177 Computer gekommen sind, hat mich als erstes interessiert, na wie gibt es denn das. Plötzlich kann der
178 automatisiert schreiben und Rechnungen durchführen usw. Und dann möchte ich natürlich sofort
179 selber wissen wie das geht und das selber können auch. Und deswegen habe ich selber auch
180 programmieren gelernt. Aber mich wundert das sehr, dass in der heutigen Zeit, das Handy einfach nur
181 verwendet wird, ohne sich selber zu überlegen, wie ich das denn steuern kann. Wir machen ständig
182 die Dinge, die uns Computer vorschreiben zu tun. Dort muss ich entwickeln und diese App muss ich
183 noch starten. Wir lassen uns das alles gefallen, anstatt dass wir hergehen und sagen, hey ich
184 bestimme, was das Gerät zu tun hat. Und das ist für mich eine der zentralen Barrieren. Irgendwo auch
185 eine Enttäuschung, weil ich mir gedacht habe, da das so faszinierend ist, da man so viele Dinge damit
186 machen kann. Man kann ja auch viel Geld damit verdienen. Ist ja auch eine Faszination. Und trotzdem
187 gibt es so wenige junge Leute die sich damit beschäftigen. Und wenn sie sich damit beschäftigen, dann
188 sind sie sofort ein Start-up, das was im Bereich Crowdfunding machen muss oder was weiß ich und
189 dann stürzen die zu 95% wieder ab ja.*

190
191 I: Glauben Sie, dass eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems (Versicherungsmodell,
192 Fokussierung Gatekeeper-Ansatz) zu einer höheren Akzeptanz von eHealth-Anwendungen führen
193 würde? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

194
195 *Eicher: Nein, das glaube ich nicht. Und das begründe ich damit, dass es wieder vorgeführt wird, dass
196 man gesetzliche Vorschriften macht und nicht die Faszination und den Nutzen in den Mittelpunkt stellt.
197 Und man muss es so machen, dass man wirklich davon profitiert in der alltäglichen Arbeit und dann
198 ist das plötzlich für jeden gut. Und wenn ich jetzt hergehe und ich mach ständig eine Umstrukturierung
199 des Gesundheitssystems (...). Natürlich braucht es viele Weiterentwicklungen unseres guten
200 Gesundheitssystems. Wir haben ein sehr gutes Gesundheitssystem und wir müssen primär nicht
201 umstrukturieren, sondern die Weiterentwicklung muss in die Richtung gehen, dass wir klären was wir
202 tun. Und wir haben die Primärversorgungsebene, die Sekundärebene und die Tertiärebene nicht richtig
203 geklärt. Wir wissen bis zum heutigen Tag oft nicht, was damit jetzt gemeint ist. Und da gehört einfach
204 Information und Bildung (...) und ja kluge Leute müssen sich dahinterklemmen, damit sich da was tut
205 in die Richtung. Und ja das kann ich nicht dadurch kompensieren, wenn jemand sagt, ihr müsst jetzt
206 Gate-Keeper spielen. Sondern es ist sinnvoll einen Gatekeeper zu haben, weil jeder Patient möchte gut
207 betreut werden und wenn er wegen Kopfweh auf die Neurologie geht, dann wird er ein Schädel-CT
208 bekommen und wenn er wegen Kopfschmerzen zum Internisten gehen würde, würde er eine 24-
209 Stunden Blutdruckmessung machen und wenn er wegen Kopfschmerzen zu einem
210 psychotherapeutisch-ausgebildeten Arzt geht, dann wird halt gefragt, welche Sorgen er hat. Aber im
211 Endeffekt muss man sich dafür überlegen, was braucht der denn eigentlich und was hilft ihm.
212 Heutzutage wissen die Leute nicht mehr wo sie hingehen sollen und je spezialisierter du bist, desto*

213 *besser. Aber oft hat man nichts davon, wenn man nur spezialisiert untersucht wird. Der mikroskopische*
214 *Blick bringt keine Verbesserung in der ganzheitlichen Sichtweise. Und umgekehrt muss man halt so*
215 *eine ganzheitliche Sichtweise haben, wenn man dann wissen will, wo muss man denn genau schauen.*
216

217 I: Auf einer Skala von 1 (nicht relevant) bis 10 (sehr relevant): Wie relevant erachten Sie eine nationale
218 eHealth-Strategie? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

219
220 *Eicher: Ja 10, weil der Weg geht in die Richtung, dass die Verantwortung nicht am Einzelnen hängt,*
221 *sondern ist eine gesamt gesellschaftliche Entscheidung, wie wir unser Gesundheitssystem*
222 *weiterentwickeln. Und die technische Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist eine der*
223 *zentralen Punkte, die wir zusammenbringen müssen. Ansonsten sind wir einfach nur alt. Also wir*
224 *brauchen eine nationale eHealth-Strategie. Aber die soll nicht danach ausgerichtet sein, dass man*
225 *Gewinne macht oder Verbilligungen macht, sondern muss auch auf den Nutzen ausgerichtet sein.*
226

227 I: Wird die Umsetzung der eHealth-Anwendung in Ihrer Praxis national finanziert?

228
229 *Eicher: Also das eCard-System ist national finanziert worden (...) aber ich gehe bei den Impfungen jetzt*
230 *ja auch her und sage, ich finanziere die national und geh nicht nachher her und verlange von den*
231 *Leuten wieder was zurück ja. Und beim eCard-System ist es so, dass wird national finanziert mit einer*
232 *Menge Geld. Und dann musst du das bei dir in der Praxis installieren und dann musst du einen eCard-*
233 *Beitrag monatlich bezahlen. Und dann musst du Befundübertragung monatlich bezahlen und dann*
234 *musst du für die Softwarefirma monatlich bezahlen usw. und so fort. Das heißt, es kommen da einfach*
235 *immer ständig Kosten dazu, die du dir selber auch eigentlich gar nicht aussuchen kannst. Das ist immer*
236 *so ein Pseudo-Aussuchen. Wenn es so zwischen 10 Anbieter gibt, also geben tut es sicher mehr wie 10*
237 *ja, aber nicht mehr als 10 davon sind relevant. Das kannst du dir dann nicht täglich aussuchen, weil du*
238 *dann eines von diesen Systemen nehmen musst. Und wenn du dann ein System hast und du hast eine*
239 *Hausapotheke, dann kannst du es dir auch nicht aussuchen, ob du eine Hausapotheke machen willst*
240 *oder nicht. Und deswegen, eine nationale eHealth-Strategie, würde auch die benutzerfreundliche*
241 *Anwendung mit beinhalten. Aber damit hat man dann wieder wirtschaftliche Probleme, weil dann*
242 *muss man eine Softwarefirma zusperrern, usw. und so fort.*
243

244 I: Auf einer Skala von 1 (nicht positiv) bis 10 (sehr positiv): Wie positiv würden Sie die Einführung des
245 e-Rezepts erachten (nach der derzeitigen Pilotierung in Kärnten)? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

246
247 *Eicher: Ja 10 natürlich. Es gehört eigentlich schon jedes Rezept digital, jede Überweisung gehört digital*
248 *und wenn man darüber diskutiert, dann sind wir ja sowieso irgendwo nicht gelandet ja.*
249

250 I: Zu wie viel Prozent tauschen Sie die Daten der PatientInnen mit anderen GDA aus? Mit welchen
251 GDA tauschen Sie diese Daten aus?

252
253 *Eicher: In der Primärversorgungseinheit tausche ich alle notwendigen Daten mit allen anderen*
254 *Anbietern aus. Dadurch, dass wir unterschiedliche Softwaresysteme haben, wird das wesentlich*
255 *verkompliziert. Und der persönliche Austausch steht immer noch im Vordergrund. Man darf das auch*
256 *nicht übersehen. Jetzt nur weil ich jemanden ein E-Mail geschrieben habe (...) also unser Beispiel ist*
257 *jetzt ja super. Wir haben uns gut ausgetauscht per E-Mail, wir haben den Termin vereinbart, aber es*
258 *war wichtig, dass sie mich angerufen haben. Ich bin halt vorher angerufen worden, dass um 17:00 Uhr*
259 *mein Bereitschaftsdienst beginnt und ich einen Kollegen vertreten muss und dann habe ich das ganz*
260 *übersehen. Und man kann die Kommunikation zwischen den Menschen nicht durch die elektronische*
261 *Kommunikation ersetzen. Jeder hat eine begrenzte Aufmerksamkeitsspanne, jeder hat seine*
262 *Emotionen, jeder hat auch für sich die Möglichkeit gewisse Dinge zu verstehen oder nicht zu verstehen*
263 *und das kann die elektronische Kommunikation nicht leisten. Man kann ein gutes Softwaresystem*
264 *haben, trotzdem muss ich einen Menschen haben, der sich damit beschäftigt. Wenn der jetzt sagt,*

265 cool, dass ich da jetzt alle Daten habe die ich brauch, aber die Kombination und das Umsetzen in eine
266 sinnvolle Handlungsweise, das müssen wir Menschen immer noch selber machen.

267

268 I: Und außerhalb vom Primärversorgungszentrum, tauschen sie da auch mit anderen GDA, wie z.B.
269 mit Fachärzten auch die Daten aus oder Befunde?

270

271 *Eicher: Die elektronische Befundübermittlung ist Standard.*

272

273 I: Zu wie viel Prozent dokumentieren Sie die Daten Ihrer PatientInnen elektronsich?

274

275 *Eicher: 100%. Es gibt keine Papierdokumentation mehr in der Praxis.*

276

277 I: Auf einer Skala von 1 (nicht sinnvoll) bis 10 (sehr sinnvoll): Wie sinnvoll wäre Ihrer Meinung nach
278 ein nationaler eHealth-Monitor, um jährlich die Fortschritte im Bereich eHealth wahrnehmen zu
279 können? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

280

281 *Eicher: Ja wieder 10. Sinnvoll. Aber es kommt halt auf die Qualität des eHealth-Monitors an. Man sollte
282 in erster Linie wahrnehmen können, wie sinnvoll diese eHealth-Anwendungen dann in der praktischen
283 Umsetzung sind.*

284

285 **Kategorie 2: Primärversorgung**

286

287 I: Welche Vorteile ergeben sich für Sie, durch Ihre Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum?

288

289 *Eicher: Wir sind ein Primärversorgungsnetzwerk, das heißt die Ärzte und Ärztinnen arbeiten in ihren
290 eigenen Praxen. Wir sind verteilt über 25 km und wir arbeiten auch mit den Gesundheitsberufen
291 verteilt zusammen. Und die Vorteile die sich ergeben sind, dass wir das gemeinsame Ziel definiert
292 haben, das wir unsere Patienten optimal betreuen und ein multiprofessionelles Team konsequent an
293 diesem Ziel gemeinsam arbeiten kann. Die Aufgabe ist alleine nicht zu lösen. Der Einzelgänger im
294 Gesundheitssystem ist zum Scheitern verurteilt.*

295

296 I: Warum sind Ihrer Meinung nach erst 27 Primärversorgungseinheiten in Österreich etabliert, obwohl
297 bis Ende 2021 75 PVE geplant sind?

298

299 *Eicher: Auf der einen Seite, weil wir mit so viel Arbeit überhäuft werden, dass wir uns um
300 Neuentwicklung nicht kümmern können. Wir sind in einem Dauerkrisenmodus, wo wir versuchen, das
301 Beste für die zu uns kommenden PatientInnen zu tun. Das ist so viel Arbeit, dass man sich dann nicht
302 noch extra darüber kümmern kann, wie könnte sich das Gesundheitssystem weiterentwickeln und wie
303 könnte ich mich selber engagieren und andere. Und das zweite sind dann die rechtlichen
304 Rahmenbedingungen. Die sind jetzt aber deutlich geklärt worden, also daran scheitert es jetzt nicht
305 mehr. Aber die klaren finanziellen Bedingungen sind noch das Problem. Also damals gab es auf der
306 einen Seite die Überforderung, man hatte zu viel an Arbeit, zu wenig Ressourcen um neue
307 Entwicklungen anzunehmen und das Zweite dann, das klare Angebot, wenn ihr das gemeinsam macht,
308 dann schaut es so und so finanziell für euch aus.*

309

310 I: Warum ist Ihrer Meinung nach die Akzeptanz in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren gegenüber
311 eHealth-Anwendungen höher als in Einzelpraxen?

312

313 *Eicher: Wenn man sich in der Gruppenpraxis austauscht und sich dazu entschließt, eine eHealth-
314 Anwendung zu verwenden, dann schaut das so aus, als ob die Akzeptanz in der Gruppenpraxis höher
315 wäre, weil darüber kommuniziert wird. In einer Einzelpraxis ist die Akzeptanz sicher genauso groß, nur
316 hat man in der Einzelpraxis oft die Schwierigkeit, dass man sich selber was installieren muss und den
317 Sinn vielleicht gar nicht so erkennen kann. Also ich glaube nicht, dass wirklich die Einzelpraxis die*

318 *eHealth-Anwendungen nicht verwenden will. Das Problem ist einfach die rechtliche Unsicherheit und*
319 *der Mangel des Nutzen, der darin erkannt wird.*

320
321 I: Warum liegt in Österreich Ihrer Meinung nach der Fokus in der stationären Gesundheitsversorgung
322 und welche Schritte müssen eingeleitet werden, um dies zu verändern?

323
324 *Eicher: Das ist jetzt eine gute Frage. Also man muss die stationäre Gesundheitsversorgung*
325 *entsprechend gut ausstatten und benutzen und die Tertiärebene entsprechend klar kommunizieren.*
326 *Wenn ich aber hergehe und Leute mit alltäglichen Beschwerden in Spitalsambulanzen untersuche,*
327 *dann kennt sich niemand mehr aus, wo welche Ebene tätig ist. Deswegen muss ich entweder sagen,*
328 *die Spitalsambulanzen werden Primärversorgungseinheiten (lacht). Wie war die genaue Frage noch*
329 *einmal?*

330
331 I: Warum liegt in Österreich Ihrer Meinung nach der Fokus in der stationären Gesundheitsversorgung
332 und welche Schritte müssen eingeleitet werden, um dies zu verändern?

333
334 *Eicher: Ja also die Klärung von den Ebenen. Also die Spitalsambulanz ist ja in der tertiären Ebene und*
335 *die Leute gehen dann in die Spitalsambulanz wegen jeder Erkrankung. Dann schaut das so aus, als ob*
336 *die Tertiärebene an erster Stelle steht. Und da muss man auch einfach klar sagen, die Tertiärebene,*
337 *die Spitäler werden entsprechend finanziert und dann haben wir die Primärversorgung und die wird*
338 *entsprechend finanziert und die Sekundärversorgung auch. Und du hast auf der einen Seite eine gute*
339 *Basisversorgung, wie auch immer die ausschaut, also Einzelärzte oder Gruppenpraxen,*
340 *Diplomkrankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie und so weiter und so fort. Da ist*
341 *die Primärebene gut organisiert und die können gut zuweisen. Die Sekundärebene bietet dann Physios,*
342 *Ergos und Fachärzte, die alle vor der Spitalsmedizin liegen. Und dann kann man in der Spitalsmedizin*
343 *auch wirklich gute Arbeit leisten. Und wenn man das gesamte System überarbeitet, dann ist das halt*
344 *immer nahe am Kollaps und jede Spitalsambulanz ist überfüllt, jede Arztpraxis ist überfüllt und jeder*
345 *Facharzt ist überfüllt und man hat keine Termine mehr frei. Das ist ja unnützlich. Also eine Klärung der*
346 *Ebenen ist die richtige Wahl.*

347
348 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr nützlich): Wie nützlich ist die Schaffung von PVE um die
349 Krankenhausaufenthalte zu reduzieren? Wenn ja, warum?

350
351 *Eicher: Durch die Primärversorgungseinheiten sind meiner Meinung nach die Möglichkeiten, eine*
352 *qualitative Primärversorgung zu machen, weil die Einzelpraxis kann das nicht ausreichend alleine nicht*
353 *leisten, einfach weil das Aufgabenfeld zu umfangreich ist. Und wie war die Frage weiter?*

354
355 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr nützlich): Wie nützlich ist die Schaffung von PVE um die
356 Krankenhausaufenthalte zu reduzieren? Wenn ja, warum?

357
358 *Eicher: Ja wenn das System gut organisiert wäre, dann würden dann von der Primärversorgung*
359 *sowieso nur die Leute in die Sekundär- und Tertiärversorgung kommen, die das auch wirklich brauchen.*
360 *Also man müsste die Ebenen einfach klar trennen. Also auch 10. Es müssen*
361 *Primärversorgungseinheiten geschaffen werden, sonst kriegen wir unser System nicht in Ordnung.*

362
363 I: Wäre der Ansatz für Österreich denkbar, dass der Allgemeinmediziner als Gate-Keeper fungiert,
364 ähnlich wie in Dänemark und den Niederlanden?

365
366 *Eicher: Ja schon, wobei das wesentliche nicht das Gatekeeping ist. Die wesentliche Handlung ist die*
367 *Definition von sinnvollen Maßnahmen. Also das ist nicht der Verschluss der Türen, sondern die Öffnung*
368 *der richtigen Türen. Deshalb wird das falsch ausgedrückt. Wir brauchen in erster Linie nicht alle Türen*
369 *zu machen, sondern es geht darum, die richtigen Türen zu öffnen. Weil die Leute irren im*
370 *Gesundheitssystem herum bei den Unmengen an Befunden und wissen dann nicht, was sie damit*

371 anfangen sollen. Das ist einfach die Fehleinschätzung, dass wenn ich sinnlose 20 verschiedene
372 Untersuchungen mache, eine bessere Betreuung bekommen.

373

374 **Kategorie 3: Telemedizinische Dienste**

375

376 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr häufig): Wie regelmäßig nutzen Sie telemedizinische
377 Dienste? Oder würden Sie sich wünschen solche zu benutzen?

378

379 *Eicher: 10. Derzeit eben die ELGA, e-Card-System, Signal noch am ehesten und sonst bin ich*
380 *zurückhaltend.*

381

382 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr hilfreich): Wie hilfreich wäre die elektronische
383 Konsultation für Sie? Begründen Sie Ihre Antwort.

384

385 *Eicher: Die elektronische Konsultation ist von 1 bis 10 würde ich auch mit 9 oder 10 bewerten. Die*
386 *Begründung ist, dass egal welche Art von Konsultation stattfindet. Die technischen Hilfsmittel, welche*
387 *zur Verfügung stehen, die sollen verwendet werden können und dürfen. Derzeit (...) in der Corona-Krise*
388 *hat sich die Videotelefonie immer mehr etabliert und es ist sehr hilfreich. Die Schwierigkeit ist, dass*
389 *Leute sich schwer tun die App zu installieren – viele. Und dass es eben Zeit braucht, bis sie es installiert*
390 *haben. Sonst ist auch witzig, es will gar nicht jeder videotelefonieren. Ich habe so die Erfahrung*
391 *gemacht, dass sie gar nicht gefilmt werden wollen, wenn sie telefonieren. Ich habe auch schon viele*
392 *gehört die gesagt haben, nein sie können jetzt nicht videotelefonieren, weil ich meine Frisur nicht*
393 *gerichtet habe (lacht).*

394

395 I: Und wäre des jetzt zum Beispiel auch hilfreich oder sinnvoll, dass sie das mit anderen Ärzten
396 machen?

397

398 *Eicher: Ja natürlich. Für mich gehört die technischen Möglichkeiten einfach dazu, dass sie genutzt*
399 *werden können. Egal ob sie zur Kommunikation zwischen den Ärzten genutzt werden oder zwischen*
400 *den verschiedenen Gesundheitsberufen oder zwischen dem Arzt und dem Patienten.*

401

402 I: Was sind Ihrer Meinung nach die Hindernisse für eine vermehrte Nutzung von Telemedizin in
403 Österreich?

404

405 *Eicher: Die rechtliche Klärung ist das größte Hindernis und das zweite ist dann die Benutzbarkeit,*
406 *sodass es wirklich einfach ist und es keine Zwei-Faktor-Authentifizierung gibt und man braucht ewig,*
407 *dann funktioniert es vielleicht nicht sofort usw. Also erstens die rechtliche Klärung und zweitens die*
408 *Usability.*

409

410 I: Und sie haben gesagt sie verwenden Signal oder? Also eigentlich gibt es ja auch noch nichts
411 etabliertes, was man für die elektronische Konsultation nutzen könnte oder?

412

413 *Eicher: Ja genau, ich verwende Signal. Vorherige Woche haben wir eine Zuschrift von der*
414 *Krankenversicherung bekommen, dass ein eigenes System von der Krankenversicherung zur Verfügung*
415 *gestellt wird und das habe ich sehr positiv angenommen. Aber das ist noch nicht etabliert. Ich habe*
416 *aber ein E-Mail an den Organisator geschickt, dass sie mir die Zugangsdaten geben sollen und da habe*
417 *ich noch keine Information zurückbekommen. Das heißt e-Visit.*

418

419 **Kategorie 4: Diskussion**

420

421 I: Fällt Ihnen in Bezug auf eHealth oder der Primärversorgung etwas Positives oder etwas Negatives
422 ein, was wir von Dänemark oder den Niederlanden übernehmen sollten bzw. nicht übernehmen
423 sollten?

424

425 *Eicher: Das zum Beispiel den Ärzten ein Datenspeicher zur Verfügung gestellt wird, der gesichert ist.*
426 *Wir entwickeln eine eigene Applikation für unser System und allein irgendwo einen sicheren*
427 *Datenspeicher für die Daten zu bekommen ist erstens teuer und zweitens nicht so einfach. Wenn das*
428 *nicht das öffentliche Gesundheitswesen übernimmt, dann kann ich sagen, okay, ich kann nicht*
429 *gescheiter sein als unsere Entscheidungsträger. Wenn ich einen sogenannten Anbieter aussuchen*
430 *muss, wird mir dann im Nachhinein nachgeworfen, ja wir hätten einen noch sicheren Anbieter wählen*
431 *müssen oder was. Also das wäre so eine Grundlage. Jeder Arzt oder jeder Gesundheitsberuf, der im*
432 *öffentlichen Gesundheitswesen tätig ist, bekommt eine eigene Identifikation mit, weiß nicht, E-Mail-*
433 *Adresse, ist ja schon uralt und kriegt Online-Datenspeicher, wo er seine Daten gesichert speichern kann*
434 *und sich nicht ständig Sorgen machen muss, momentan. Ich bin ja mit Microsoft verbunden und dann*
435 *geht mir vielleicht versehentlich ein Befund verloren. Oder ich mache ein Foto von dem Patienten und*
436 *dann gibt ich das Foto versehentlich in Outlook rein ja – das ist eine Katastrophe. Das ist schlimm. Ich*
437 *verstehe nicht, warum man nicht hergehen kann und sagt, ihr seid Leute mit besonderer*
438 *Verantwortung und ihr geht mit besonders schützenswerten Gesundheitsdaten um und daher*
439 *bekommt ihr vom Staat im öffentlichen Gesundheitswesen einen Onlinespeicher zur Verfügung gestellt*
440 *und da könnt ihr euch 100% darauf verlassen und dieser ist mit allen Mechanismen geschützt.*
441 *Wir brauchen kein staatlich kontrolliertes System, sondern wir brauchen ein System, dass die positiven*
442 *Seiten unseres Gesundheitssystems weiterentwickelt und die positiven Seiten vom*
443 *Gesundheitssystemen wie Dänemark, Niederlande, England, Portugal – auch Slowenien macht viel*
444 *Gutes. Wir können von verschiedenen Systemen lernen und es geht nicht darum ein System zu*
445 *kopieren, sondern da geht's wirklich darum. Wir haben ein gemeinsames Europa. Und diese*
446 *Grundstruktur, zum Beispiel ja, also Grunderkrankungen, Allergien, Impfungen und was weiß ich, was*
447 *man nicht alles definiert, die soll europaweit, weltweit gelten. Weil dann gehst du mit deinem Handy*
448 *oder deiner App zum Flughafen und die wollen was wissen und dann zeigst du es her und sagst das ist*
449 *so. Wir brauchen nicht tausende kleine Applikationen die alle irre aufwendig und fehleranfällig sind.*
450 *Da soll man eine Applikation machen die weltweite Gültigkeit hat und die so abgesichert ist, dass sie*
451 *eben genauso vom Geheimdienst geschützt ist oder so irgendwie oder (lacht). Ich weiß nicht, da bin*
452 *ich vielleicht zu visionistisch.*

453

454 I: Möchten Sie was erzählen was noch nicht angesprochen wurde?

455

456 *Eicher: Nein, ich glaube wir haben alles Wichtige besprochen.*

Interviewleitfaden

Code: **E03**

Name des Interviewpartners: **Dr. med. Erwin Rebhandl**

Geschlecht: **M**

Berufsbezeichnung: **Arzt für Allgemeinmedizin im Primärversorgungszentrum Hausarzt Medizin Plus Haslach**

Berufsausübung seit: **Allgemeinmediziner im PVZ seit 2018**

Datum des Interviews: **7. Juli 2021**

Ort: **Microsoft Teams Videokonferenz**

Uhrzeit (von-bis): **9:00 bis 10:00 Uhr**

Organisatorischer Ablauf:

- Vorstellung des Interviewers
- Bedanken für die Gesprächsgelegenheit
- Vorstellen des Themas, Forschungsziel und des Gesprächsablaufs
- Hinweis auf gewünschte Anonymität
- Frage, ob das Gespräch aufgenommen werden kann
- Zeitrahmen abklären (ca. 30 - 45 Minuten)

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

Kategorie 2: Telemedizin

Kategorie 3: Primärversorgung

Kategorie 4: Allgemein

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

I: Welche eHealth-Anwendungen benützen Sie regelmäßig in Ihrer Praxis?

Rebhandl: Gut ja, die eMedikation nutzen wir natürlich laufend. Befund (...) also die Datenbank in ELGA nutzen wir noch nicht, weil es nicht gut funktioniert und weil es nicht viel hilft im Alltag. Ja dann nutzen wir natürlich den elektronischen Impfpass jetzt (...) und alles was damit eben zusammenhängt. Die Bestätigungen für den grünen Pass usw., die darüber abrufbar sind. Was wir natürlich noch benutzen ist die Befundübertragung über das DaMe-System ja, das ja eigentlich eh schon lange funktioniert. Dann nutzen wir natürlich verschiedene Programme wie z.B. IBM-Guidelines für Allgemeinmedizin, wo wir jederzeit Zugriff haben, Medikamentendatenbanken, also 1 haben wir davon installiert, die wir regelmäßig nutzen. Das sind halt so Tools die wir regelmäßig im Alltag nutzen ja.

I: Warum erachten Sie die eHealth-Anwendungen die Sie benützen, als sinnvoll?

Rebhandl: Naja das erleichtert eigentlich den Praxisablauf, wenn es funktioniert und wenn es gut aufgesetzt ist. Das ist immer die Voraussetzung, die nicht immer gegeben ist. Betrifft auch teilweise die ELGA, dass das noch nicht wirklich praxistauglich aufgesetzt ist. Es sollte den Arbeitsablauf eigentlich beschleunigen und es sollte einen Informationsgewinn für uns bringen ja. Das heißt, die Medikation funktioniert jetzt beschleunigt durch die COVID-Krise schon gut. Das heißt man kann jetzt jederzeit bei dem Patienten, sofern er nicht von der ELGA abgemeldet ist, halt schauen welche Medikamente er aktuell verschrieben bekommen hat oder was er sich in der Apotheke geholt hat. Das ist sicher bei neuen oder Vertretungspatienten eine große Unterstützung, weil man da sonst immer mühsam nachfragen müsste, was sie einnehmen. Da hat man dann meistens die Form der Tablette bekommen aber nicht die Namen.

54 I: Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch): Wie hoch schätzen Sie das Nutzenpotenzial
55 von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung ein? Begründen Sie Ihre Antwort.

56
57 *Rebhandl: Naja, ich würde sagen so ungefähr bei 8. Die Begründung ist, dass man erstens natürlich*
58 *einen besseren Überblick über die Patientendaten bekommt, mehr Informationsgewinn hat. Auf der*
59 *anderen Seite muss man aber sagen, dass die Systeme manchmal, gerade im Anfangsstadium, sehr*
60 *mühsam und kompliziert sind. Und das generell der Fehler gemacht wird, dass sie nicht vorab mit den*
61 *Anwendern abgestimmt werden. Sondern das einfach irgendwas programmiert wird mit viel Aufwand,*
62 *ist auch das Problem bei der ELGA und erst dann bringt man es in die Praxis und kommt drauf, naja so*
63 *funktioniert das im Praxisalltag aber nicht. Die Informationen müssten eigentlich anders aufbereitet*
64 *sein. Ein Beispiel dafür sind eben die Befunde in ELGA. Die dort eigentlich nur als PDF drinnen stehen*
65 *und die Daten dann eigentlich nicht weiterverwendbar in der eigenen Praxis-EDV sind. Und das ist*
66 *einfach (...) wir bräuchten hier wirklich gute digitale Befunde, die man zerlegen kann. Man braucht in*
67 *ELGA eine Suchfunktion, wo ich mit Stichwörtern suchen kann, bspw. das letzte Thorax-Röntgen oder*
68 *die letzte Koloskopie usw. Aber nicht, dass ich den Datenwulst der da drinnen steht, durchsuchen muss*
69 *und nur mühsam was finden kann. Das ist viel zu zeitaufwendig und auch viel zu fehleranfällig, weil*
70 *ich viel leichter was übersehen kann. Also wenn ich das in einer elektronischen Suchmaschine gut*
71 *suchen kann, das haben wir leider nicht. Und das sind dann die Einschränkungen nicht. Aber*
72 *grundsätzlich, wenn es technisch gut umgesetzt wird und benutzerfreundlich aufgesetzt wird, dann ist*
73 *das für uns natürlich eine ziemliche Erleichterung ja.*

74
75 I: Warum haben Sie sich dazu entschieden, ELGA in Ihrer Praxis zu nutzen bzw. die anderen von Ihnen
76 genannten eHealth-Anwendungen?

77
78 *Rebhandl: Naja, da hat es ja eigentlich bei der ELGA nicht viele Wahlmöglichkeiten gegeben ja, weil*
79 *man ja als Vertragspartner der Versicherung mehr oder weniger das nutzen muss. Wir wollten es aber*
80 *auch nutzen ja, also das war schon unsere Intention, dass wir die Dinge die gut funktionieren auch*
81 *benutzen. Also mit der eMedikation und mit dem elektronischen Impfpass sind wir sehr zufrieden. Mit*
82 *den anderen Funktionen aus der ELGA sind wir noch sehr unzufrieden. Also da funktioniert es einfach*
83 *noch nicht so, wie wir es in der Praxis brauchen. Da gibt es sicher noch einige Arbeit damit. Und ich*
84 *hoffe, dass man daraus lernt und in Zukunft den Anwender zeitlich in die Entwicklung der Programme*
85 *einbindet, weil dann kann man eigentlich viele Probleme vermeiden ja. Und die anderen*
86 *Anwendungen sind einfach ein Informationsgewinn, rasche Informationen über den aktuellen*
87 *medizinischen Stand, also das Benützen der IBM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Die sehr gut*
88 *funktionieren. Medikamentendatenbank, wo man halt rasch nachschauen kann und wo man*
89 *Interaktionen prüfen kann zwischen Medikamenten. Wo man Wechselwirkungen und*
90 *Nebenwirkungen rasch im Überblick hat und sich anschauen kann ja. Das muss natürlich alles neben*
91 *dem Patienten funktionieren ja und auch sehr rasch und auch sehr einfach funktionieren. Aber das*
92 *was wir hier haben, funktioniert an sich sehr gut ja.*

93
94 I: Entstanden für Sie durch diese Verwendung auch Nachteile? Wenn ja, welche?

95
96 *Rebhandl: Ja Nachteile (...) Kosten sind ein kleiner Nachteil ja (lacht), die natürlich immer damit*
97 *verbunden sind. Die zwar dann teilweise über die Sozialversicherung doch zum Teil rückvergütet*
98 *werden, aber es macht natürlich auch einen hohen Arbeitsaufwand aus, weil man das ja*
99 *implementieren muss, man muss die Mitarbeiter schulen, man muss sich selber damit*
100 *auseinandersetzen wie es funktioniert. Also es ist zu Beginn einmal ein Zeitaufwand, wenn sich der*
101 *später wieder rechnet, dass man sich dann mehr Zeit erspart, dann ist es wieder gut. Aber das ist halt*
102 *auch nicht immer der Fall, bis jetzt zumindest ja. Also auf das muss man natürlich auch immer achten*
103 *ja. Aber das sind die wesentlichen Nachteile ja und dass man dann natürlich auch laufende Kosten hat.*
104 *Von Service über Updates, das kommt dann auch noch dazu. Aber die halten sich an sich in Grenzen*
105 *und das ist nicht das große Problem, aber wenn das dann auch von der Sozialversicherung unterstützt*
106 *wird, dann geht das schon.*

107

108 I: Gibt es Differenzierungen im Gebrauch von eHealth-Anwendungen in Einzelpraxen und
109 Primärversorgungszentren?

110

111 *Rebhandl: Ja ich glaube nur marginal ja. Das was bei den Primärversorgungszentren gegeben ist, dass*
112 *einfach mehr Mitarbeiter und Ärzte auf die Daten zugreifen und man da eben manchmal dann auf die*
113 *Datensicherheit achten muss, sodass man manche Daten einfach sperren kann und nicht jeder darauf*
114 *Zugriff hat vom gesamten Team. Das ist eigentlich der wesentliche Unterschied zur Einzelpraxis. Aber*
115 *sonst sind die Funktionen alle gleich. Und dass das System natürlich auch von der Hard- und Software*
116 *her aus, darauf ausgelegt sein muss, dass eben auch viele Menschen gleichzeitig daran arbeiten und*
117 *eben auch die entsprechende Serverkapazität verfügbar sein muss.*

118

119 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Treiber bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
120 eHealth-Anwendungen?

121

122 *Rebhandl: Naja die Treiber extern sind natürlich die Sozialversicherung und die Gesundheitspolitik, die*
123 *sich davon einen besseren Überblick versprechen. Und natürlich glaube ich auch eine bessere*
124 *ökonomische Kontrolle erwarten ja. Das ist also der Hintergrund meiner Meinung nach von der*
125 *Sozialversicherung. Man beachtet ein bisschen zu wenig die Vorteile für den Patienten. Man ist zu sehr*
126 *auf die ökonomischen Aspekte, die man aus den Daten gewinnen kann, fokussiert und weniger auf den*
127 *Nutzen für den Patienten. Aber wir sind natürlich insofern auch Treiber, weil wir sagen, wir wollen eine*
128 *entsprechende funktionstüchtige EDV zur Verfügung haben. Wir wollen entsprechende eHealth-*
129 *Anwendungen die uns in der täglichen Arbeit unterstützen und entsprechenden Nutzen bringen ja.*
130 *Und auch muss der Fokus natürlich auf den Patienten liegen und natürlich gibt es auch*
131 *Patientenvertretungen die sehr interessiert sind daran, dass die Informationen auch digital verfügbar*
132 *und abrufbar sind. Und sie befassen sich eh viel mit den Dingen vom Ausland, wo es teilweise einfach*
133 *viel besser funktioniert ja. Zum Beispiel war ich voriges Jahr in England und in England werden alle*
134 *Daten eines Patienten zentral auf einem Server gespeichert und jeder Arzt der die Berechtigung dazu*
135 *hat oder die Berechtigung dazu hat, kann darauf zugreifen. Egal ob er in der Praxis sitzt oder im Spital*
136 *ja. Da kann der Spitalsarzt sehen, was ich in die Datenbank vom Patienten eintrage und ich sehe, was*
137 *die Spitäler eintragen. Da sind wir weit weg davon ja, also mit Datenschutz usw. (lacht) wird bei uns*
138 *einiges verhindert.*

139

140 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Barrieren bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
141 eHealth-Anwendungen?

142

143 *Rebhandl: Naja die Barrieren sind teilweise die Kosten, teilweise die mangelnde Funktionalität ja, zu*
144 *wenig Praxistauglichkeit der Systeme, wodurch der Aufwand eher steigt als abnimmt ja. Also das sind*
145 *die Barrieren. Und vielleicht auch grundsätzlich auch die gewisse Scheu, alles digital abzuwickeln ja.*
146 *Und das dann auch eben nach extern abzuwickeln, also beispielweise von außen zugreifen kann und*
147 *von außen Zugriff hat. Eine gewisse Angst vor Datenmissbrauch ist natürlich auch verbreitet, wobei*
148 *ich die nicht für wirklich relevant halte. Weil wenn man das gut strukturiert (...) Ich glaube einfach,*
149 *dass wir hier zu streng sind mit unserem Datenschutz. Ich glaube, dass man den ein bisschen lockern*
150 *müsste. Und vor allem was auch noch eine Barriere ist, ist halt, dass immer die Angst besteht, auch*
151 *bei den Patienten, da können dann alle alles einsehen und wissen dann alles, über mich bis hin zum*
152 *Arbeitgeber. Und das muss man natürlich alles absichern, dass die Information auch wirklich in dem*
153 *Kreis bleibt, wo man sie auch wirklich braucht.*

154

155 I: Glauben Sie, dass eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems (Versicherungsmodell,
156 Fokussierung Gatekeeper-Ansatz) zu einer höheren Akzeptanz von eHealth-Anwendungen führen
157 würde? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

158

159 *Rebhandl: Glaube ich schon ja (...) das Gate-Keeping ist meiner Ansicht nach etwas*
160 *diskussionswürdiges. In Österreich aber aufgrund von unserer Tradition eigentlich im Moment*
161 *zumindest nicht realistisch. Was ich mir aber schon wünschen würde ist es, dass es Anreize gibt, das*
162 *haben sie zum Beispiel in Dänemark. Also das es Anreize gibt primär freiwillig zur Primärversorgung*
163 *zu gehen und nicht gleich zum Facharzt oder in die Spitalsambulanz pilgert. Das sollten dann*
164 *wahrscheinlich finanzielle Anreize sein oder andere und das man einfach freiwillig in dieses System*
165 *optiert und was ich weiß, haben fast alle Versicherten in Dänemark dieses System gewählt. Also da*
166 *geht das dann auf freiwilliger Basis und das wäre ich glaube auch bei uns umsetzbar und realistisch*
167 *ja. Wir sehen das über Serviceleistungen bis hin zu rascherer Terminvermittlung bis hin zur gezielten*
168 *Zuweisung die wir machen, die Patienten das dann schon schätzen und eher eigentlich den Weg*
169 *wählen, dass sie primär zu uns kommen und dann erst den Facharzt konsultieren. Also die Tendenz ist*
170 *schon da. Wenn man von solchen Modellen spricht muss man natürlich auch klarerweise sagen, da*
171 *braucht es entsprechende Ressourcen dafür in der Primärversorgungsebene. Der Patient muss*
172 *natürlich rasch einen Termin kriegen, mit entsprechender Qualität versorgt werden und zudem muss*
173 *es auch klare Leitlinien geben, was auf der Primärversorgungsebene abgewickelt werden kann und*
174 *wann dann ein Patient auf die Sekundärebene oder Tertiärebene verwiesen werden soll. Und nicht eine*
175 *Unterversorgung zu erzeugen, wenn man sagt ok, ich erspare mir die Überweisung und warte zu. Das*
176 *ist dann immer die Angst. Aber das kann ich mir mit Leitlinien und entsprechenden Regeln durchaus*
177 *leichter in den Begriff bekommen. Also ich glaube da würde ich einmal kein Problem darin sehen, dass*
178 *man das macht. Daten gibt es auf jeden Fall genug, dass der primäre Zugang zur Primärversorgung*
179 *für alle Beteiligten Vorteile bietet, vor allem auch für die Patienten. Das hat die Barbara Starfield schon*
180 *sehr gut nachgewiesen, vor vielen Jahren. Und, dass eine starke Primärversorgung mit einem direkten*
181 *teilweise auch verpflichtenden Zugang zur Primärversorgung letztendlich einen besseren Outcome hat*
182 *bei besseren und niedrigeren Kosten im Gesamten gesehen ja. Wir sparen uns durch eine gute*
183 *Primärversorgung viele Spitalsaufnahmen, Ambulanzbesuche. Das ist also ein Faktum. Nur müsste*
184 *man sich im österreichischen Gesundheitssystem trauen, straffreie Regeln einzuführen. Die haben wir*
185 *halt nicht. Und vor allem müssten wir die Primärversorgung auch personell aufwerten und stärken,*
186 *weil wir könnten mit den jetzigen niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen sicherlich kein Gate-Keeping-*
187 *System umsetzen, weil einfach die Ressourcen zu knapp sind. Also wir haben da viele zu viele Patienten*
188 *pro Arzt in Österreich zu versorgen im Vergleich zu anderen Ländern ja.*

189
190 *I: Auf einer Skala von 1 (nicht relevant) bis 10 (sehr relevant): Wie relevant erachten Sie eine nationale*
191 *eHealth-Strategie? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.*

192
193 *Rebhandl: Ja sehr wichtig ja, also das würde ich schon bei 10 ansiedeln. Und diese eHealth-Strategie*
194 *muss viel besser abgestimmt und umgesetzt werden zwischen der Sozialversicherung, dem*
195 *Gesundheitsministerium, den Ländern und auch den Ärzten. Da braucht es wirklich eine gemeinsame*
196 *Strategie, wo alle Beteiligten von Beginn an entsprechend vertreten sind und wo es eben eine breite*
197 *Diskussion gibt, was wie umgesetzt werden soll. Da liegt die Betonung auch vor allem auf dem wie.*

198
199 *I: Wird die Umsetzung der eHealth-Anwendung in Ihrer Praxis national finanziert?*

200
201 *Rebhandl: Ja also zum Teil schon ja. Generell gibt es eine Mitfinanzierung über die Sozialversicherung.*
202 *Teilweise wie beim elektronischen Impfpass glaube ich, zahlt auch das Ministerium einen Teil dazu,*
203 *aber die Abwicklung läuft immer über die Sozialversicherung für uns. Im Hintergrund gibt es da*
204 *Querfinanzierungen von Bund und Länder teilweise, also das ist glaube ich schon wichtig. Teilweise*
205 *finanzieren wir es natürlich auch selber. Also die Guidelines und was ich ihnen da erzählt habe, das*
206 *finanzieren wir uns selber, also da gibt es jetzt keine entsprechende Unterstützung dazu. Aber natürlich*
207 *sind da die Kosten natürlich überschaubar ja. Aber was jetzt wirklich eine nationale Strategie betrifft,*
208 *da braucht es natürlich auch eine entsprechende Finanzierung dafür. Und auch unser Zeitaufwand,*
209 *der damit verbunden ist, müsste in einer gewissen Art und Weise in der Honorierung berücksichtigt*
210 *werden. Weil wir machen vieles in Anführungszeichen in der Freizeit.*

211

212 I: Auf einer Skala von 1 (nicht positiv) bis 10 (sehr positiv): Wie positiv würden Sie die Einführung des
213 e-Rezepts erachten (nach der derzeitigen Pilotierung in Kärnten)? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

214

215 *Rebhandl: Ja absolut ja. Absolut, also mit 10 ja. Das ist ja eine Erleichterung für die Patienten und auch*
216 *für uns ja. Es spart Papier und ich glaube auch für die Apotheke ist es einfacher und es ist sicher. Also*
217 *das bietet sicher optimale Möglichkeiten für alle Beteiligten.*

218

219 I: Zu wie viel Prozent tauschen Sie die Daten der PatientInnen mit anderen GDA aus? Mit welchen
220 GDA tauschen Sie diese Daten aus?

221

222 *Rebhandl: Ja in der Primärversorgungseinheit tauschen wir die Daten prinzipiell mit allen aus, die im*
223 *Team arbeiten und am gleichen Patienten. Die haben alle Zugriff auf die Daten. Man kann gewisse*
224 *Daten sperren für andere, wenn man jetzt sagt, ok, das ist jetzt für den Patienten vertraulich mitgeteilt.*
225 *Die Psychotherapeutin hat natürlich auch eine eigene Dokumentation, worauf sonst niemand*
226 *zugreifen kann. Das ist also notwendig. Aber sonst haben alle auf die Daten Zugang. Daten*
227 *austauschen mit Externen tun wir eigentlich nur auf Anforderung ja. Wir haben natürlich auch ein*
228 *System, wo wir Befunde von uns an andere Ärzte übermitteln können und des geht dann über die*
229 *Mailbox-Technologie. Aber sonst, also das jemand in unsere Daten einsehen kann, also das gibt es*
230 *natürlich nicht.*

231

232 I: Und wie ist es jetzt beispielsweise, wenn ein Patient zu ihnen kommt, nehmen wir mal an der ist
233 entlassen worden vom Krankenhaus und die Entlassung war jetzt schon länger her oder liegt zwei
234 Jahre zurück, gehen sie dann einmal her und schauen in die ELGA rein und informieren sich was dort
235 alles für Befunde drinnen sind und welche Medikationen?

236

237 *Rebhandl: Ja also die Medikation schauen wir ein und die Befunde haben wir daweil noch nicht drinnen*
238 *ja. Also da sind wir noch nicht so weit mit der ELGA, also dass wir jetzt Befunde drinnen haben. Es sind*
239 *auch nie alle Befunde drinnen, also das ist sehr lückenhaft und damit auch unsicher ja. Und das*
240 *Problem ist dann auch immer ein rechtliches, wenn man davon ausgeht, da sind eh alle Informationen*
241 *drinnen und dann fehlen aber Informationen. Dann muss man sowieso erst den Patienten fragen. Was*
242 *ich auch ganz schlecht finde in der ELGA ist die Möglichkeit, bei einzelnen Medikamenten in der*
243 *Medikamentendatenbank ein Opt-Out zu machen, wie z.B. bei Psychopharmaka ja. Gerade*
244 *Psychopharmaka haben sehr viele Interaktionen und wenn ich nicht weiß, ob der Patient*
245 *Psychopharmaka nimmt, dann ist das sehr unangenehm. Und man muss man trotzdem immer*
246 *nachfragen, nehmen sie sonst noch irgendwelche Medikamente usw. Also man kann sich auf die*
247 *Informationen aus der ELGA nie zu 100% verlassen.*

248

249 I: Also eigentlich könnte man wirklich erst darauf bauen, wenn wirklich jeder dazu verpflichtet wäre
250 oder?

251

252 *Rebhandl: Ja genau und wenn auch wirklich alles drinnen ist. Wenn das immer nur lückenhaft ist, muss*
253 *man erst wieder fragen. Das ist dann natürlich auch eine Verunsicherung.*

254

255 I: Zu wie viel Prozent dokumentieren Sie die Daten Ihrer PatientInnen elektronsich?

256

257 *Rebhandl: Ja zu 100%.*

258

259 I: Auf einer Skala von 1 (nicht sinnvoll) bis 10 (sehr sinnvoll): Wie sinnvoll wäre Ihrer Meinung nach
260 ein nationaler eHealth-Monitor, um jährlich die Fortschritte im Bereich eHealth wahrnehmen zu
261 können? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

262

263 *Rebhandl: Ja das würde ich durchaus sinnvoll erachten, mit sicher (...) ja kann man eh 9 oder 10 sagen.*
264 *Weil damit vielleicht auch mehr Struktur in diese ganze Entwicklung hineinkäme als jetzt ja. Ich habe*

265 erst vorige Woche bei einer Sitzung in der es um ein anderes Projekt ging, wo Leute von der ELGA dabei
266 waren und da ist mir erst der Prozess bewusst geworden, der dort läuft. Also da gibt es immer ein
267 Jahreskonzept und das wird im September für das nächste Jahr erstellt und was bis September
268 sozusagen, also bis dahin beschlossen wird in dem Jahresplan des nächsten Jahres reinzunehmen wird
269 umgesetzt und alles andere kann nicht umgesetzt werden. Und wenn der Jahresplan voll ist, aufgrund
270 der Personalressourcen der ELGA, die ja nicht so groß sind, glaube ungefähr nur rund 30 Leute, wird
271 das dann wieder verschoben und dadurch haben wir natürlich einen sehr langsamen Prozess
272 eigentlich. Aber das war mir vorher nicht so bewusst und ich habe mir immer gedacht, warum geht da
273 nichts weiter, aber jetzt habe ich das verstanden, warum das so ist (lacht).

274

275 **Kategorie 2: Primärversorgung**

276

277 I: Welche Vorteile ergeben sich für Sie, durch Ihre Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum?

278

279 *Rebhandl: Ja die Vorteile sind, dass wir im Team arbeiten. 3 Ärzte sind es bei uns. Und das ganze Team*
280 *einen Therapeuten, eine Krankenschwester und Ordinationsassistentinnen mit denen wir kooperieren*
281 *können. Das heißt wir haben also kurze Zuweisungswege. Wir haben einen guten Austausch*
282 *untereinander, Teambesprechungen über die Patienten. Also persönlich haben wir natürlich den*
283 *Vorteil, dass wir uns sehr leicht vertreten können gegenseitig. Und dass wir uns austauschen können,*
284 *mit den Ärzten, mit den Therapeuten aber auch mit den Krankenschwestern. Und dadurch können wir*
285 *eben eine sehr umfassende Versorgung für den Patienten anbieten und das führt auch dazu, dass auch*
286 *das Patientenverhältnis durchaus positiv beeinflusst wird. Die Patienten können sich natürlich immer*
287 *ihren Wunscharzt aussuchen, aber wenn der nicht da ist, dann hat der andere Arzt Einblick auf alle*
288 *Daten. Also man hat alle Daten zur Verfügung und das hat man bei Vertretung in der Einzelpraxis von*
289 *Patienten nie gehabt. Das heißt, ich sehe alle Befunde und alle Medikamente und was bisher war. Und*
290 *das ist einfach ein sehr angenehmes Arbeiten. Und wir sind natürlich von administrativen Arbeiten*
291 *sehr stark entlastet, dadurch dass wir eine Managerin im Team haben, die sich ja hauptsächlich um*
292 *den Ablauf des Betriebes kümmert und um die ganzen administrativen Angelegenheiten.*

293

294 I: Warum sind Ihrer Meinung nach erst 27 Primärversorgungseinheiten in Österreich etabliert, obwohl
295 bis Ende 2021 75 PVE geplant sind?

296

297 *Rebhandl: (Lacht). Ja da könnte ich Ihnen jetzt einen Vortrag halten. Das Hauptproblem ist, dass noch*
298 *erstens die Hintergründe und die Details bei den Kollegen und Kolleginnen noch zu wenig bekannt sind.*
299 *Das vor allem auch die ältere Generation, ich sage einmal 55+, die in so einem Zeithorizont bis zur*
300 *Pension von 5 bis 10 Jahren hat, dem ganzen sehr skeptisch gegenübersteht und wenig Bereitschaft*
301 *zeigt, sich zu verändern und noch einmal was Neues zu beginnen. Ich habe das noch gemacht mit 63*
302 *ungefähr, wo ich gesagt habe, ich mache das eigentlich noch für die nächste Generation. Da gibt es*
303 *nicht viele, die sagen, das möchte ich so machen. Und das ist sicher ein Grund. Wenn man dann noch*
304 *natürlich die Schwierigkeit hat (...) wenn Kollegen, die in der Einzelpraxis arbeiten und dort bleiben*
305 *wollen, kann man dann eben keine PVE hinstellen mit einer entsprechenden Ärzteausrüstung, weil*
306 *das die Ärztekammer nie akzeptieren würde, dass Einzelpraxen durch eine PVE massiv konkurrenziert*
307 *werden würden. Das ist ja auch nicht sinnvoll. Aber ideal wäre natürlich, dass man die bestehenden*
308 *Allgemeinmediziner dafür gewinnt, in eine PVE zu wechseln und das dann weiterläuft. Jetzt entstehen*
309 *halt, gerade bei uns in Oberösterreich und Linz, entstehen jetzt glaube ich zwei PVE, die in Entwicklung*
310 *sind, mit völlig neuen Ärzten die aus dem Spital kommen und wo man also Verträge hat, die nicht*
311 *besetzt werden können, einfach zusammenführt. Und sagt, he schauen wir, dass wir das so*
312 *organisieren, sodass die jungen Ärzte da gemeinsam in eine neue PVE gehen. Das was wir haben*
313 *natürlich, also dass man da zwei Ärzte drinnen hat mit langjähriger Erfahrung aus der Einzelpraxis und*
314 *jüngere dazu ist natürlich die ideale Kombination, auch für die jungen. Bedeutet natürlich auch*
315 *Kontinuität. Also da sind wir eigentlich gut aufgestellt, wenn man das so umsetzt. Aber wie gesagt,*
316 *die Skepsis ist einfach sehr groß und auch die wirtschaftlichen Unsicherheiten, die damit verbunden*
317 *sind und auch der Aufwand der Gründung, der ist auch noch ein Problem ja. Weil natürlich muss man*

318 *da Zeit aufwenden. Wir haben das in Oberösterreich zumindest so geschafft, dass wir ohne finanzielle*
319 *Nachteile wechseln konnten und das so abgesichert war. Aber natürlich, durch die Gründung einer PVE*
320 *hat man einen Zeitaufwand, den man nicht ersetzt bekommt in der Gründungsphase. Wobei man auch*
321 *dazu sagen muss, dass wir eine der ersten waren und es natürlich auch viel aufwendiger war, als es*
322 *jetzt ist. Zusammengefasst ist es einfach die Unsicherheit, der mangelnde Mut zur Erneuerung, dass*
323 *sich wer von der älteren Generation noch einmal traut, etwas Neues umzusetzen und zukünftige*
324 *Versorgung entsprechend absichern. Das ist eigentlich das Hauptproblem. Oft auch die unklare*
325 *Unterstützung seitens der Sozialversicherung, wo auch nicht ganz klar ist, wie das dann wirtschaftlich*
326 *ausschaut und wie sicher das ist. Teilweise ist dann auch noch die Ärztekammer ein bisschen skeptisch*
327 *und das ist dann auch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Je mehr man nach Westen*
328 *kommt, desto skeptischer wird man sozusagen.*

329
330 I: Warum ist Ihrer Meinung nach die Akzeptanz in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren gegenüber
331 eHealth-Anwendungen höher als in Einzelpraxen?

332
333 *Rebhandl: Naja, weil wir es sowieso in der Gruppe gewohnt sind, in der Praxis-EDV entsprechend*
334 *Informationen vorzufinden und weil wir glaube ich generell, wenn man in so ein Projekt geht, eher*
335 *innovativer ist. Und weil es natürlich auch einfacher umsetzbar ist und auch finanziell einfacher*
336 *umsetzbar ist als in der Einzelpraxis. Weil für uns ist der finanzielle Aufwand wesentlich höher, als in*
337 *der Einzelpraxis. Und dadurch ist das auch von der wirtschaftlichen Seite einfacher.*

338
339 I: Und die Managerin, die sie erwähnt haben. Ist die bei Ihnen im Haus auch dafür zuständig, dass
340 wenn eine neue eHealth-Anwendung kommt, sie die ganze Integrierung organisatorisch abwickelt?

341
342 *Rebhandl: Ja die wickelt das ab, dass das dann da ist. In der Anwendung ist sie dann nicht kompetent,*
343 *aber im ganzen Bestellvorgang und das es implementiert wird und wann es implementiert wird. Das*
344 *macht natürlich die Koordinatorin und die kommuniziert dann auch mit der entsprechenden*
345 *Lieferfirma und schaut, wann es installiert werden kann und so weiter.*

346
347 I: Warum liegt in Österreich Ihrer Meinung nach der Fokus in der stationären Gesundheitsversorgung
348 und welche Schritte müssen eingeleitet werden, um dies zu verändern?

349
350 *Rebhandl: Ja da muss viel passieren ja. Man muss als erstes Mal den Zugang zum Spital erschweren*
351 *für die Patienten. Die meisten Einweisungen passieren über Ambulanzbesuche und nicht aus dem*
352 *niedergelassenen Bereich ja. Also die Einweisungszahlen im niedergelassenen Bereich, vor allem von*
353 *den Hausärzten her, sind ziemlich konstant in den letzten 20 Jahren zurückgeschaut, kann man das so*
354 *sagen. Aber die Aufnahmezahlen steigen trotzdem und das ist jetzt Großteils aus dem Facharzt- aber*
355 *auch aus dem Ambulanzbereich der Spitäler. Wo einfach die Patienten dann stationär aufgenommen*
356 *werden oder hat auch teilweise damit zu tun, wie die ganzen Untersuchungen finanziert werden und*
357 *dass das einfach auch schlechter finanziert ist als z.B. stationär. Und dass wir halt oft auch einfach zu*
358 *wenig Ressourcen im extramuralen Bereich vorfinden und dadurch dann oft halt auch einfach der*
359 *Trend, den ins Spital zu schicken, einfach größer ist. Und auch bei den Patienten ist oft so, ich lege mich*
360 *lieber 3 Tage in das Spital und lass mich durchchecken, anstelle mühsamerweise zu vier verschiedenen*
361 *Einrichtungen zu gehen und überall Termine auszumachen. Also ich glaube, dass das auch eine gewisse*
362 *Kulturfrage bei uns ist.*

363
364 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr nützlich): Wie nützlich ist die Schaffung von PVE um die
365 Krankenhausaufenthalte zu reduzieren? Wenn ja, warum?

366
367 *Rebhandl: Ja das liegt sicher bei 10. Die Begründung ist relativ einfach. Durch diese Zusammenarbeit*
368 *von mehreren Ärzten und Zusammenarbeit mit der diplomierten Krankenpflege, Therapeutenteam,*
369 *kann natürlich in einer PVE ein breiteres Leistungsspektrum angeboten werden. Und dadurch kann*
370 *man sich manche Einweisungen sparen und vor allem auch Ambulanzbesuche. Ein gutes Beispiel ist*

371 da z.B. das Wundmanagement, wir haben da eine Krankenschwester die dazu speziell ausgebildet ist.
372 Wir machen also auch das Management von chronischen Wunden fast nur bei uns und schicken ganz
373 wenige Patienten dann in die Wundambulanz oder in das Spital.

374

375 I: Wäre der Ansatz für Österreich denkbar, dass der Allgemeinmediziner als Gate-Keeper fungiert,
376 ähnlich wie in Dänemark und den Niederlanden?

377

378 *Rebhandl: Ja wie ich vorhin eigentlich schon gesagt habe. Eigentlich nur mit Anreizen. Ein richtiges*
379 *gesetzlich vorgegebenes Gate-Keeping halte ich in Österreich für unrealistisch im Moment. Aus*
380 *verschiedenen Gründen. Das will die Politik nicht, das will die Sozialversicherung nicht wirklich und*
381 *das will auch die Bevölkerung glaube ich nicht, weil es einfach nicht in unserer Kultur drinnen ist, sich*
382 *das vorschreiben zu lassen. Aber Anreize wären auf alle Fälle wünschenswert und sinnvoll ja.*

383

384 **Kategorie 3: Telemedizinische Dienste**

385

386 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr häufig): Wie regelmäßig nutzen Sie telemedizinische
387 Dienste? Oder würden Sie sich wünschen solche zu benutzen?

388

389 *Rebhandl: Wünschen würde ich es mir regelmäßiger, als es jetzt passiert. Derzeit sind wir ungefähr bei*
390 *5 und wünschen würde ich mir 9 oder 10 ja. Wir haben jetzt die Möglichkeiten und haben auch die*
391 *technischen Möglichkeiten, Videokonsultationen anzubieten. Sie werden nur sehr schlecht von der*
392 *Bevölkerung angenommen. Die tun viel lieber das ganze telefonisch abwickeln. Telefonische*
393 *Konsultationen haben wir gerade in den letzten Jahren sehr viele gemacht. Bei Videokonsultationen*
394 *ist das noch nicht wirklich angekommen und ich glaube da braucht es eine Information und eine*
395 *Schulung der Bevölkerung und eine Aufklärung, wie das funktioniert. Und auch eine entsprechende*
396 *Umorganisation, was das terminliche Gestaltung betrifft, dass das mehr in die Breite geht. Wir*
397 *machen jetzt im Schnitt 1 bis 2 Videokonsultationen in der Woche, also es ist sehr marginal.*

398

399 I: Und wie bieten sie die Konsultationen an?

400

401 *Rebhandl: Ja da gibt es ein eigenes Programm von der Sozialversicherung, dass wir gerade testen.*
402 *eVisit. Funktioniert ähnlich wie Zoom usw. also da gibt es keinen richtigen Unterschied ja.*

403

404 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr hilfreich): Wie hilfreich wäre die elektronische
405 Konsultation für Sie? Begründen Sie Ihre Antwort.

406

407 *Rebhandl: Ja durchaus würde ich es einmal einstufen bei 8. Also wäre sicher hilfreich, vor allem bei*
408 *Befundbesprechungen, wo die Befunde unauffällig sind, bei Kontrollen, bei anderen Beratungen und*
409 *Fragestellungen, wo es jetzt halt nicht notwendig ist, dass der Patient körperlich untersucht wird. Oder*
410 *man was anderes braucht. Aber es nützt auch sehr gut zur Einschätzung, ob der Patient jetzt*
411 *herkommen muss, ob ich zu ihm fahren muss oder ob wir das anders lösen können. Also da wäre die*
412 *Vorabklärung auch sehr gut und möglich und die Vorinformation. Aber alles wo es nur um die*
413 *Besprechung von Befunden geht oder auch von banalen Erkrankungen wo der Patient halt einfach nur*
414 *schildert, er hat die und die Beschwerden und es ist eigentlich ein relativ klares Krankheitsbild, dann*
415 *könnte ich ein digitales Rezept verschreiben, das wird geholt und er meldet sich dann erst wieder, wenn*
416 *es schlechter wird oder wenn es nicht besser wird. Das geht vor allem wenn man den Patienten kennt,*
417 *also das ist die Grundvoraussetzung. Dafür geht das sehr gut. Aber wie gesagt, die Akzeptanz ist da*
418 *noch nicht so weit verbreitet. Wir haben da jetzt leider wieder einen Rückschritt erlebt, da die*
419 *telefonische Krankmeldung jetzt wieder abgeschafft worden ist. Hat sich gut bewährt und Menschen*
420 *waren nicht mehr oder länger im Krankenstand, aber leider Gottes hat man das jetzt wieder*
421 *abgeschafft.*

422

423 I: Was sind Ihrer Meinung nach die Hindernisse für eine vermehrte Nutzung von Telemedizin in
424 Österreich?

425

426 *Rebhandl: Naja das Angesprochene. Also erstens, dass es die technische Ausstattung braucht, damit*
427 *das funktioniert, ein eigenes Programm, eine bessere Organisation, eine andere Organisation in der*
428 *Praxis und vor allem noch die mangelnde Akzeptanz bei den Patienten ja. Die Patienten brauchen*
429 *einfach Schulungen und Informationen wie das funktioniert.*

430

431 **Kategorie 4: Diskussion**

432

433 I: Fällt Ihnen in Bezug auf eHealth oder der Primärversorgung etwas Positives oder etwas Negatives
434 ein, was wir von Dänemark oder den Niederlanden übernehmen sollten bzw. nicht übernehmen
435 sollten?

436

437 *Rebhandl: Naja, das positive ist, dass man erstens dafür offen ist und dass man das als eine mögliche*
438 *Art für die Arzt-Patienten-Konsultation etabliert und dass das halt auch Alltag bei uns wird ja. Einfach*
439 *auch, dass man sich mit dem Gedanken anfreundet, dass das gut funktioniert. Etwas negatives fällt*
440 *mir eigentlich nicht dazu ein. Ich finde es vor allem für die Patienten positiv, da sie sich Zeit ersparen*
441 *können. Negativ ist vielleicht, dass die Sozialversicherung der Meinung ist, dass die Honorierung der*
442 *Videokonsultationen niedriger sein sollte, als die der persönlichen Konsultation. Was überhaupt nicht*
443 *nachvollziehbar ist, weil für uns ist der Aufwand der gleiche, wenn nicht höher. Im Grunde genommen*
444 *muss ich ihn sogar mehr fragen und die Konsultation kann unter Umständen sogar noch länger dauern,*
445 *als Face-to-Face. Also das ist ein Nachteil. Da sind jetzt eh gerade Verhandlungen im Laufen, aber bei*
446 *da PVA z.B., also bei der Beamtenversicherung kriegt man für eine telefonische Konsultation, fällt*
447 *wahrscheinlich die Videokonsultation auch rein, kriegt man nur die Hälfte von der Face-To-Face-*
448 *Konsultation honoriert. Also das geht auf keinen Fall.*

449

450 I: Möchten Sie was erzählen was noch nicht angesprochen wurde?

451

452 *Rebhandl: Nein, ich glaube wir haben eigentlich recht alles besprochen.*

Interviewleitfaden

Code: **E04**

Name des Interviewpartners: **Dr. med. Jakob Dorner**

Geschlecht: **M**

Berufsbezeichnung: **Arzt für Allgemeinmedizin in der Landarztpraxis Mureck**

Berufsausübung seit: **Allgemeinmediziner im PVZ seit 2020**

Datum des Interviews: **9. Juli 2021**

Ort: **Microsoft Teams Videokonferenz**

Uhrzeit (von-bis): **13:00 bis 14:00 Uhr**

Organisatorischer Ablauf:

- Vorstellung des Interviewers
- Bedanken für die Gesprächsgelegenheit
- Vorstellen des Themas, Forschungsziel und des Gesprächsablaufs
- Hinweis auf gewünschte Anonymität
- Frage, ob das Gespräch aufgenommen werden kann
- Zeitrahmen abklären (ca. 30 - 45 Minuten)

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

Kategorie 2: Telemedizin

Kategorie 3: Primärversorgung

Kategorie 4: Allgemein

Kategorie 1: Nutzung von eHealth-Anwendungen

I: Welche eHealth-Anwendungen benützen Sie regelmäßig in Ihrer Praxis?

Dorner: Darf ich vorher eine Frage an Sie stellen? Was verstehen Sie unter eHealth-Anwendungen?

I: Genau, also grundsätzlich einmal die elektronische Gesundheitsakte, also zum Beispiel die ELGA, verschiedene telemedizinische Anwendungen, vielleicht gibt es da ja schon ein Monitoring mittels Applikation oder Videokonsultationen und natürlich dann auch der eBefund, die eMedikation in der ELGA. Genau ja.

Dorner: Genau, also ich sag einmal, die eMedikation verwenden wir eigentlich täglich. Jetzt nicht bei jedem Patienten, aber dort wo es interessant ist oder dort, wenn jemand aus einem anderen Bundesland kommt oder von einem anderen Hausarzt kommt, damit man einfach sieht, welche Medikamente wurden eingelöst bei der Apotheke. Die Befundübermittlung ist eigentlich alles elektronisch, außer die Augenärzte. Also die haben keine elektronische Befundübermittlung, aber auch alle anderen Befunde von den Wahlärzten bekommen wir eigentlich elektronisch. Und auch manche kleine Krankenhäuser haben keine elektronische Befundübermittlung und Privatkliniken. Also dort müssen wir dann die Befunde halt immer einscannen (...). Wir haben keine analoge Patientenakte und haben alles digitalisiert. Und speziell jetzt bezüglich der COVID-Impfung sind die Einverständniserklärungen zwar auch digitalisiert, aber die müssen wir aus Datenschutzgründen trotzdem aufheben. Aber alles andere ist, außer die Einverständniserklärungen, alles andere wird digitalisiert und ist digital vorhanden.

I: Und die eMedikation. Sind sie dazu verpflichtet das zu machen oder ist ihnen das freigestellt?

Dorner: Das kann ich ihnen gar nicht sagen, also wir machen es einfach. Das ist bei unserem Ordinationsprogramm automatisch hinterlegt und sobald ich ein Rezept schreibe ist das automatisch

55 *in der e-Medikation. An und für sich sind wir schon dazu verpflichtet was ich weiß aber ich weiß jetzt*
56 *nicht wie streng das ist.*

57
58 I: Warum erachten Sie die eHealth-Anwendungen die Sie benützen, als sinnvoll?

59
60 *Dorner: Also jetzt gerade bei der ELGA ist es auf jeden Fall sinnvoll, weil man einfach, wenn der Patient*
61 *wo anders hinkommt, also in ein anderes Krankenhaus oder in ein anderes Bundesland oder zu einem*
62 *anderen Hausarzt, der dann genauso sieht, welche Befunde gibt es, welche Medikamente nimmt der*
63 *Patient und das macht auf jeden Fall Sinn. Und man kann bis zu einem gewissen Grad auch*
64 *Doppelgleisigkeiten vermeiden. Das Problem ist, dass ältere Befunde oder alte Befunde nicht drinnen*
65 *sind und das ist jetzt erst eigentlich im Entstehen. Die ELGA gibt es in der Steiermark ja eigentlich erst*
66 *seit 2 Jahren und bis da wirklich regelmäßig Befunde eingespielt werden, ja das braucht einfach noch*
67 *und ja. Die elektronische Kommunikation, sei es jetzt mit Video oder mit sonst was, das muss ich sagen,*
68 *das gibt es bei uns eigentlich noch gar nicht oder kaum. Was es sehr wohl gibt ist die telefonische*
69 *Konsultation. Es ist jetzt zwar nicht wirklich elektronisch, aber dann schreibt man das rein in die*
70 *Patientenakte und das funktioniert eigentlich sehr gut. Also besonders auch mit irgendwelchen*
71 *Abteilungen, die sehr ausgelastet sind wie das LSF oder auch mit Internisten, wo man dann auch*
72 *einfach einmal rückfragt und so den Patienten behandeln kann und ihm auch einen stationären*
73 *Aufenthalt zum Teil sparen kann.*

74
75 I: Ist jetzt bestimmt durch Corona auch mehr geworden mit der Telekonsultation oder? Oder war das
76 davor auch schon sehr gängig?

77
78 *Dorner: Ja unbedingt.*

79
80 I: Auf einer Skala von 1 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch): Wie hoch schätzen Sie das Nutzenpotenzial
81 von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung ein? Begründen Sie Ihre Antwort.

82
83 *Dorner: Das ist jetzt schwierig mit Schulnoten (lacht). Ich finde die Primärversorgung speziell sehe ich*
84 *jetzt nicht einen besonderen Vorteil, sondern ich sehe es generell für die Patientenversorgung.*
85 *Deswegen jetzt eine Note zu geben finde ich irgendwie unfair (lacht). Aber ich würde es jetzt irgendwo*
86 *mittelmäßig ansetzen. Es ist jetzt nämlich auch nicht so, dass man da jetzt die ganze Zeit hineinschaut*
87 *und irgendwie, sei es jetzt ELGA oder sonst was, aufruft. Aber es ist ein gutes Tool und wichtig ist*
88 *einfach, dass es praxistauglich sein muss und ich glaube das ist es. Und ja deshalb würde ich eine*
89 *mittlere Note vergeben, also vielleicht 5 oder so nicht.*

90
91 I: Warum haben Sie sich dazu entschieden, ELGA in Ihrer Praxis zu nutzen bzw. die anderen von Ihnen
92 genannten eHealth-Anwendungen?

93
94 *Dorner: Ja erstens einmal hat es eine Softwareaktion gegeben (lacht) und zusätzlich hat es noch eine*
95 *Förderung gegeben und das war für uns kostenneutral, da die Implementierung gleich teuer war wie*
96 *die Förderung. Somit hat uns das dann nichts gekostet und das war ein Grund warum wir gesagt*
97 *haben, mit dem Datum beginnen wir. Weil sonst hätten wir es vielleicht später gemacht oder keine*
98 *Ahnung. Und zusätzlich die Steiermark als Pilotregion oder eine der ersten Regionen Österreichs, die*
99 *das jetzt verpflichtend umgesetzt haben und ich glaube, dass jetzt sogar eine Verpflichtung vorherrscht*
100 *in der Steiermark.*

101
102 I: Entstanden für Sie durch diese Verwendung auch Nachteile? Wenn ja, welche?

103
104 *Dorner: Nein. Nein. Vorteile hat besonders eigentlich der Patient und der Patient braucht jetzt, wenn*
105 *er seine regelmäßigen Medikamente nimmt, nur anrufen und wir buchen es ihm auf seine e-Card drauf*
106 *und er geht zur Apotheke und holt es sich dort ab. Und er braucht nicht mehr hergehen und das*

107 *physisch abholen. Also wäre vielleicht für den Patienten ein Vorteil, weil für uns ist es egal. Wir geben*
108 *trotzdem ein Rezept raus, kontrollieren es und unterschreiben es, aber ja.*

109
110 I: Und ich glaube so die Anwendung von ELGA hat sich einfach noch nicht so etabliert, weil ich habe
111 da auch mit einem anderen Arzt gesprochen. Es ist halt noch nicht jeder dazu verpflichtet die Befunde
112 hochzuladen, deswegen ist es ja teilweise noch irgendwie lückenhaft. Das heißt, wenn jetzt ja
113 eigentlich ein Patient zu ihnen kommt und sie würden in die ELGA reinschauen, dann würden sie ja
114 wahrscheinlich gar nicht alle Daten sehen. Also man muss dann ja trotzdem wieder beim Patienten
115 nachfragen und fragen was war alles in der Vergangenheit. Es ist halt noch nicht ganz vollständig und
116 deswegen halt nicht so einfach und man kann nicht ganz und vollständig darauf vertrauen?

117
118 *Dorner: Genau ja. Absolut. Also die alten Befunde sind nicht drinnen, aber die neuen eigentlich schon,*
119 *also die Krankenhausbefunde sind drinnen.*

120
121 I: Aber im niedergelassenen Bereich ist man nicht dazu verpflichtet, dass man die Befunde hochladet
122 in die ELGA oder?

123
124 *Dorner: Das kann sein ja. Aber das wird sich sicher auch noch ändern. Also ich denke, dass ist jetzt am*
125 *Anfang so, aber das wird sich sicher noch ändern.*

126
127 I: Gibt es Differenzierungen im Gebrauch von eHealth-Anwendungen in Einzelpraxen und
128 Primärversorgungszentren?

129
130 *Dorner: Das kann ich nicht sagen, also weiß ich nicht. Seitdem wir ein PVZ sind, haben wir auch die*
131 *ELGA und ich weiß es nicht, wie es wo anders abläuft (lacht).*

132
133 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Treiber bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
134 eHealth-Anwendungen?

135
136 *Dorner: Es muss für irgendjemanden einen Vorteil haben, sei es für die Patienten oder für uns Ärzte.*
137 *Ich denke das ist ein Treiber. Weil das was nur Arbeit macht, nichts bringt und niemanden etwas bringt,*
138 *das wird sich nicht durchsetzen. Und immer dann, wenn ich einen Patienten besser, effizienter*
139 *behandeln kann oder versorgen kann, dann bringt es für mich was und auch was für den Patienten.*
140 *Eben wenn der dann zum Beispiel nicht mehr in die Ordination kommen muss und nur noch zur*
141 *Apotheke geht. Das bringt ihm was.*

142
143 I: Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Barrieren bezüglich der Nutzung und Akzeptanz von
144 eHealth-Anwendungen?

145
146 *Dorner: Naja die Barrieren sind zumindest derzeit noch, dass man eigentlich einen Festnetz-*
147 *Internetanschluss braucht und dann noch entsprechend leistungsstark sein muss, wenn man es richtig*
148 *verwenden möchte. Das gibt es theoretisch ja auch mobil, aber dann wird es kompliziert, weil dann*
149 *braucht man dort eine Karte und dort eine digitale Signatur und ein Smartphone und das wird dann*
150 *schon wieder kompliziert. Jetzt nur ein Computeranschluss geht nicht, dazu braucht man einen*
151 *Festnetzanschluss, eigentlich ja, also derzeit (lacht).*

152
153 I: Glauben Sie, dass eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems (Versicherungsmodell,
154 Fokussierung Gatekeeper-Ansatz) zu einer höheren Akzeptanz von eHealth-Anwendungen führen
155 würde? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

156
157 *Dorner: Bin mir nicht sicher. Entweder man akzeptiert es und man verwendet es, oder man verwendet*
158 *es nicht. Bin mir nicht sicher, glaube ich aber nicht unbedingt. Das ist ein anderes Verrechnungsmodell,*
159 *dass es bei uns eh nicht gibt, dass es in absehbarer Zeit auch nicht geben wird. Möglicherweise in*

160 Zukunft mit einem Gesamtvertrag für die Primärversorgung, der ja hoffentlich nächstes Jahr kommen
161 soll, wird es vielleicht solche Funktionen geben, also wo man sozusagen Pauschalen kriegt oder so.
162 Aber dass man deswegen jetzt mehr an eHealth-Anwendungen nutzt, das glaube ich nicht.
163

164 I: Auf einer Skala von 1 (nicht relevant) bis 10 (sehr relevant): Wie relevant erachten Sie eine nationale
165 eHealth-Strategie? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
166

167 *Dorner: Eine Strategie wäre sehr relevant und wichtig wäre auch eine Kommunikation nach außen,
168 dass man sagen kann, okay das kommt und auf das können wir uns einstellen. Und so wird es ungefähr
169 ausschauen und so wird es ungefähr funktionieren. Also das es eine gut durchdachte Strategie gibt,
170 finde ich sehr relevant. Und ich denke dann auch wahrscheinlich für den Zahler, sprich den Bund,
171 entsprechend günstiger, wenn man das langfristig und gut plant. Also würde ich es fast mit einer 10
172 bewerten.*
173

174 I: Wird die Umsetzung der eHealth-Anwendung in Ihrer Praxis national finanziert?
175

176 *Dorner: Nein. Also die ELGA ist national finanziert, aber dafür kriegen wir jetzt nichts. Wir behandeln
177 Patienten wegen, weiß ich nicht, wegen seinem hohen Bluthochdruck oder was auch immer. Die ELGA
178 kostet mich jetzt nichts, aber ich kriege deswegen jetzt auch nichts bezahlt. Nur die Implementierung
179 ist jetzt vom Staat gefördert worden.*
180

181 I: Auf einer Skala von 1 (nicht positiv) bis 10 (sehr positiv): Wie positiv würden Sie die Einführung des
182 e-Rezepts erachten (nach der derzeitigen Pilotierung in Kärnten)? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
183

184 *Dorner: Das e-Rezept unterscheidet sich jetzt wie?*
185

186 I: Das e-Rezept ist im Grunde genommen jetzt so, dass quasi der Patient die e-Card steckt und das
187 wird dann direkt auf die e-Card darauf gespeichert und der Patient geht dann quasi mit der e-Card in
188 die Apotheke und die Apotheke steckt dann die e-Card und sieht dann alle verschiedenen Rezepte,
189 die an den Patienten verschrieben geworden sind. Das heißt, man geht halt nicht mehr mit dem
190 typischen Zettel zur Apotheke.
191

192 *Dorner: Ja das haben wir. Und das wäre zum Beispiel einfach ein Vorteil, von dem wir vorher
193 gesprochen haben. Das ist halt der Vorteil. Der Patient ruft also nur an und sagt, er braucht ein
194 Medikament und dann schauen wir nach und sehen es ist keine Kontrolle notwendig, verschreiben ihm
195 das Medikament und er braucht nie da herkommen und braucht nie einen Zettel abholen. Er braucht
196 bei uns auch keine e-Card stecken. Das heißt er ruft einfach an, sagt er braucht das und dann geht er
197 in die Apotheke und holt dort dann eigentlich nur sein Medikament ab. Und die Apotheke weiß dann
198 Bescheid, weil es auf die ELGA drauf gebucht wurde. Und anhand der ELGA und sobald die Apotheke
199 die e-Card steckt, sehen die sofort, welche Medikamente drinnen sind und umgekehrt sehen wir auch
200 sofort, ob es abgeholt worden ist, wenn man möchte. Das geht derzeit noch. Wie des in der Zukunft
201 ausschaut, wissen wir noch nicht. Kann dann auch sein, dass der Patient herkommen muss und er
202 bekommt es dann auf die e-Card drauf gespielt. Ja schauen wir mal was der Hauptverband
203 entscheidet. Also für uns ist es mäßig nützlich, aber für den Patienten natürlich sehr praktisch ja. 9.*
204

205 I: Zu wie viel Prozent tauschen Sie die Daten der PatientInnen mit anderen GDA aus? Mit welchen
206 GDA tauschen Sie diese Daten aus?
207

208 *Dorner: Also derzeit eigentlich hauptsächlich mit Ärzten (...) Natürlich, wo man auch einen
209 Datenaustausch hat ist mit Physiotherapie und Ergotherapie (...) Hier fast eigentlich auch fast
210 ausschließlich über Zuweisungen bzw. Befunde, also in schriftlicher Form. Und zum Teil dann natürlich
211 auch in Besprechungen bzw. kleinen Fallkonferenzen. Ja Fallkonferenzen sind jetzt schon fast
212 übertrieben. Also einfach in kleinen Besprechungen. Meistens dann wirklich Face-to-Face oder halt*

213 *telefonisch. Aber wirklich jetzt elektronisch in dem Sinn, gibt es jetzt eigentlich keinen Austausch von*
214 *unserer Seite. Und die Befunde werden natürlich elektronisch eingespielt von auswärts und von den*
215 *Krankenhäusern und den Ärzten, aber dass wir das dort hinschicken, das ist nicht der Fall. Wobei es*
216 *soll ja die e-Überweisung kommen, also die ist ja geplant und dann würde das eben auch elektronisch*
217 *funktionieren.*

218
219 I: Und wie schaut es in ihrem Primärversorgungszentrum aus? Da tauschen sie wahrscheinlich auch
220 die Daten untereinander aus oder?

221
222 *Dorner: Über Zuweisungen. Also immer über Zuweisungen und auch die, die bei uns sozusagen bei uns*
223 *angestellt sind, also die Physiotherapie und die Ergotherapie, auch die bekommen Zuweisungen von*
224 *uns. Dort steht dann die Diagnose darauf und ja, was sie machen sollen.*

225
226 I: Zu wie viel Prozent dokumentieren Sie die Daten Ihrer PatientInnen elektronisch?

227
228 *Dorner: Zu 100%. Also es gibt bei uns, wie gesagt außer eben die Einverständniserklärungen, die*
229 *müssen wir aufbewahren und selbst die scannen wir ein, also die sind sogar doppelt sozusagen. Aber*
230 *wir haben keine Hardware-Patientenakte mehr. Gar nicht.*

231
232 I: Auf einer Skala von 1 (nicht sinnvoll) bis 10 (sehr sinnvoll): Wie sinnvoll wäre Ihrer Meinung nach
233 ein nationaler eHealth-Monitor, um jährlich die Fortschritte im Bereich eHealth wahrnehmen zu
234 können? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

235
236 *Dorner: (...) das kann ich nicht wirklich beantworten, weil das ist mir eigentlich egal (lacht). Also das*
237 *muss der Gesetzgeber oder der Bund beantworten und ob das für ihn wichtig ist.*

238
239 I: Also sie würden sich so einen eHealth-Monitor jetzt nicht anschauen?

240
241 *Dorner: Nein überhaupt nicht nein. Es muss für mich funktionieren, meine Anwendungen müssen*
242 *funktionieren, aber ob die anderen das verwenden oder nicht, ist mir eigentlich egal. Also 5.*

243 244 **Kategorie 2: Primärversorgung**

245
246 I: Welche Vorteile ergeben sich für Sie, durch Ihre Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum?

247
248 *Dorner: (...) Wir haben die Möglichkeit, dass wir für den Patienten noch sozusagen Zusatzangebote*
249 *anbieten, also bei uns eben speziell mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logotherapie. Das war*
250 *vorher so nicht möglich. Und das ist ein riesen Plus. Und wir haben natürlich auch von den*
251 *Öffnungszeiten her, da haben wir schon auch die Möglichkeit einfach ein bisschen mehr anzubieten ja,*
252 *als jetzt nur eine Hausarztpraxis vielleicht.*

253
254 I: Warum sind Ihrer Meinung nach erst 27 Primärversorgungseinheiten in Österreich etabliert, obwohl
255 bis Ende 2021 75 PVE geplant sind?

256
257 *Dorner: Ja also da gibt es zwei große Hemmschwellen, die denke ich dafür verantwortlich sind. Das*
258 *eine ist natürlich, dass sich viele Ärzte das schwer vorstellen können bzw. dass es eben auch eine gute*
259 *Gesprächsbasis geben muss. Also man kann da nicht einfach mit jedem zusammengehen, das ist sicher*
260 *nicht möglich. Und viele die schon lange in ihrer Praxis arbeiten natürlich irgendwie dieses Einzeldasein*
261 *gewohnt sind. Aber umgekehrt ist das auch eine tolle Bereicherung (...) Wenn jetzt der eine zum*
262 *Beispiel sein Wissen in der manuellen Therapie hat oder irgendwie orthopädisch und der andere eher*
263 *in internistischen Fächern oder in internistischen Problemen, dann kann man sich da zum Beispiel gut*
264 *ergänzen (...) Also das kann eine tolle Bereicherung sein, aber viele wissen das einfach nicht, weil sie*
265 *doch schon jetzt Jahre oder Monate alleine gearbeitet haben und das einfach nicht kennen. Also ich*

266 *denke, das ist das eine, dass sich das viele einfach nicht vorstellen können, dass sie in einem*
267 *Primärversorgungszentrum arbeiten.*

268 *Und das zweite Hemmnis ist sicherlich durch Corona, wo einfach, sei es jetzt der Hauptverband oder*
269 *die ÖGK, die jetzt ja zumindest in der Steiermark bei uns da mit ist (...) und eben auch der*
270 *Gesundheitsfond, einfach andere Themen gehabt haben, die sie da haben abarbeiten müssen. Von*
271 *Corona-Testungen bis hin zu Corona-Impfungen. Ja und einfach nichts weitergegangen ist.*

272

273 *I: Aber die Reform ist dann ja eigentlich vom Staat niedergeschrieben worden. Ist das dann auch*
274 *wirklich so, dass man schon auch angesprochen wird und eine Information bekommt, dass das eben*
275 *nützlich wäre oder sind sie da wirklich selbstständig auf die Idee gekommen und haben gesagt, sie*
276 *möchten das jetzt machen?*

277

278 *Dorner: Wir sind immer wieder mal darauf angesprochen worden, das wäre doch was, wenn wir da in*
279 *Mureck sozusagen eine Gemeinschaftsordination machen, also ob wir das nicht als PVZ machen*
280 *möchten (...) und aktiv sind wir dann eigentlich darauf angesprochen worden, weil wir*
281 *Physiotherapeuten anstellen wollten und dann hat es geheißen, ja dann macht doch gleich ein PVZ,*
282 *dann werden euch die bezahlt. Und so sind wir dann eigentlich auf das gekommen und haben dann*
283 *relativ lange verhandelt und es war auch nicht ganz einfach für alle Seiten, aber wir haben das dann*
284 *mit 3 Monaten Verzögerung unterschrieben und das dann eben mit 1.1.2020 begonnen. Aber ist oft*
285 *gut, wenn es drei Monate länger dauert, dafür dann aber einfach passt ja.*

286

287 *I: Warum ist Ihrer Meinung nach die Akzeptanz in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren gegenüber*
288 *eHealth-Anwendungen höher als in Einzelpraxen?*

289

290 *Dorner: Ist sie das?*

291

292 *I: Ja, laut Literatur schon.*

293

294 *Dorner: Aha ok. Keine Ahnung, weiß ich nicht. (...) Keine Ahnung, weiß ich nicht (lacht). Ich mein ich*
295 *find vielleicht auch, manche die (...) vielleicht einfach schon älter sind und das nicht nutzen wollen und*
296 *der sagt, ja das tut er sich nicht mehr an, er geht ja schon bald in die Pension. Vielleicht so ja, aber (...)*

297

298 *I: Warum liegt in Österreich Ihrer Meinung nach der Fokus in der stationären Gesundheitsversorgung*
299 *und welche Schritte müssen eingeleitet werden, um dies zu verändern?*

300

301 *Dorner: Ja, es wäre glaube ich ein ganz großer Schritt, den wir aber sich nicht zusammenbringen, aber*
302 *das wäre, dass man eine gemeinsame Finanzierung hat. Solange das Krankenhaus ihr Geld noch von*
303 *weiß ich nicht wie viel anderen Töpfen bekommt und solange die niedergelassene Versorgung ihr Geld*
304 *von der ÖGK bekommt und leistungsbezogen bezahlt wird, können wir das nicht irgendwie verändern.*
305 *Aber wenn ich natürlich sage ok, ich habe einen Patienten, der (...) Ich meine man kann es jetzt ein*
306 *bisschen regeln in dem man sagt, man reduziert die Spitalsbetten und dann hat man einen Mangel*
307 *und dann kann man den Patienten einfach nicht mehr im Spital behandeln und man muss ihn draußen*
308 *behandeln. Weil die Arbeit dann eigentlich bei uns bleibt, also bei den Hausärzten und in den PVZ, aber*
309 *weniger bei den Fachärzten. Weil dann sagt der Facharzt einfach, ja sie haben den nächsten Termin*
310 *erst in 5 Monaten und dann ist er entweder eh schon gestorben oder geheilt ja (lacht). Und das ist*
311 *dann halt ein bisschen schwierig und wenn es da eine Bezahlung geben würde, dann könnten wir das*
312 *wahrscheinlich auch so machen, dass die (...) dass man das ganze effizient macht und dass die*
313 *Patienten nicht so lange im Krankenhaus sind. Wobei mit der Primärversorgung muss ich sagen, jetzt*
314 *die chirurgischen Fächer, da sind die Patienten schon sehr kurz im Krankenhaus und die kommen nicht*
315 *einmal mehr zur ambulanten Nachkontrolle, weil das machen alles wir in der Primärversorgung. Da*
316 *funktioniert es. Aber es gibt jetzt keinen Benefit, weil eigentlich ist es für die ÖGK teurer, weil der*
317 *kommt ja öfters zu uns. Also die haben daran überhaupt kein besonderes Interesse und die Ambulanz*
318 *im Spital ist gedeckelt, also denen bringt es speziell jetzt auch nichts oder es macht auch keinen*

319 *negativen Einfluss, weil die verdienen deswegen noch immer gleich viel. Das wäre einfach sinnvoll,*
320 *wenn es da einen Geldgeber geben würde ja.*

321

322 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr nützlich): Wie nützlich ist die Schaffung von PVE um die
323 Krankenhausaufenthalte zu reduzieren? Wenn ja, warum?

324

325 *Dorner: Ja eine PVE kann vieles machen, aber das kann ein Krankenhausaufenthalt bei einem Facharzt*
326 *nicht ganz ersetzen. Das geht nicht. Dazu bräuchten wir in den PVZ auch noch einen Internisten dazu,*
327 *also einen Allgemeininternisten. Das kann man nicht in der Primärversorgung machen, also das kann*
328 *man nicht leisten. Man kann vieles natürlich abfangen, das ist klar, aber das kann theoretisch auch*
329 *jeder Hausarzt, aber dazu bräuchte man Internisten dazu.*

330

331 I: Also würden sie sagen, liegt im Mittelfeld oder?

332

333 *Dorner: Ja im unteren Mittelfeld ja.*

334

335 I: Wäre der Ansatz für Österreich denkbar, dass der Allgemeinmediziner als Gate-Keeper fungiert,
336 ähnlich wie in Dänemark und den Niederlanden?

337

338 *Dorner: Ja schon, ja. Ich meine natürlich nicht in den Nachtzeiten, das ist klar ja. Wenn in der Nacht*
339 *ein Notfall ist, dann muss er in das Krankenhaus, das ist klar. Aber tagsüber auf jeden Fall. Und ist bei*
340 *uns auch eigentlich so. Also die meisten Patienten kommen zu uns und lassen sich dann einmal*
341 *erstanschaun und wir schicken sie dann weiter.*

342

343 **Kategorie 3: Telemedizinische Dienste**

344

345 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr häufig): Wie regelmäßig nutzen Sie telemedizinische
346 Dienste? Oder würden Sie sich wünschen solche zu benutzen?

347

348 *Dorner: Wir haben (...) ein Programm, in dem wir Röntgenbilder anschauen können von*
349 *niedergelassenen Radiologen. Da sind wir gerade dabei das sozusagen noch zu perfektionieren, weil*
350 *es funktioniert nicht immer (lacht). Und wir schauen jetzt wirklich, dass es stabil läuft und dass es dann*
351 *auch immer läuft. Und dann würden wir das schon regelmäßig nutzen. Im Moment, weil es noch nicht*
352 *stabil läuft, nutzen wir es nicht regelmäßig, muss ich auch dazu sagen. Aber gerade für Röntgenbilder,*
353 *also wo ich jemanden hinschicke, ein Röntgen machen lasse und 5 Minuten später das Bild habe und*
354 *das einmal anschauen kann, auch ohne Befund, und das sozusagen vorbefunden kann, das würde viel*
355 *bringen, zum Beispiel. Das zweite wären dermatologische Veränderungen, wenn ich spezielle*
356 *dermatologische Fragestellungen habe (...) da gibt es ein Pilotprojekt in der Obersteiermark, das gibt*
357 *es bei uns nicht. Aber auch sowas könnte ich mir vorstellen, dass sowas bei uns funktionieren würde.*
358 *Also wünschen würde ich es mir sehr, 10.*

359

360 I: Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr hilfreich): Wie hilfreich wäre die elektronische
361 Konsultation für Sie? Begründen Sie Ihre Antwort.

362

363 *Dorner: Mäßig. Also es gibt ganz wenige, wo man wirklich (...) wo das wirklich einen Sinn macht. Weil*
364 *du den Patienten als Gesamtes betrachten musst. Ich kann nicht nur (...) was andres zum Beispiel ist,*
365 *wenn einer von einer Fliege gestochen wird und einen roten Fleck hat, das kann man mit einer*
366 *Videokonsultation, bzw. mit Foto und E-Mail irgendwie lösen, das geht. Aber alles andere muss ich*
367 *immer gesamt sehen. Wäre nur für Rezepte sehr hilfreich, aber um wirkliche Probleme zu besprechen,*
368 *auch mit der besten Ausstattung, derzeit völlig ungeeignet. Daher 1.*

369

370 I: Was sind Ihrer Meinung nach die Hindernisse für eine vermehrte Nutzung von Telemedizin in
371 Österreich?

372

373 *Dorner: Die Hindernisse sind (...) also hauptsächlich, dass das (...) also wie soll ich das sagen (...) dass*
374 *es keine Ressourcen dafür gibt. Also ein einfaches Beispiel, wir sind auch beide Notärzte und ich würde*
375 *ein EKG an das LKH xy senden, dann gibt es dort erstens kein Empfangsgerät, weil das Krankenhaus*
376 *kriegt gleich viel bezahlt, ob es ein Empfangsgerät hat oder nicht. Dann gibt es dort keinen der das*
377 *aufruft und der da ständig nachschaut und dann gibt es auch keinen, der das dann befundet. Weil ich*
378 *meine das EKG vom Oberarzt würde ja Sinn machen, wenn das nach ein paar Sekunden oder Minuten*
379 *befundet wird und schnell angeschaut wird. Das gibt es nicht. Jetzt muss ich halt anrufen und sage*
380 *ihm halt das durch, was ich sehe ja. (...) Deswegen denke ich mir, da braucht es einfach Personal bzw.*
381 *einfach den Willen von den Krankenhäusern, dass man das verwendet. Und das ist bei vielen*
382 *Anwendungen ähnlich.*

383

384 **Kategorie 4: Diskussion**

385

386 I: Fällt Ihnen in Bezug auf eHealth oder der Primärversorgung etwas Positives oder etwas Negatives
387 ein, was wir von Dänemark oder den Niederlanden übernehmen sollten bzw. nicht übernehmen
388 sollten?

389

390 *Dorner: Ich kenne die Systeme in den Niederlanden und Dänemark nur bedingt, also. Dazu kenn ich*
391 *mich zu wenig aus, also das kann ich nicht beantworten.*

392

393 I: Möchten Sie was erzählen was noch nicht angesprochen wurde?

394

395 *Dorner: Eigentlich, ich glaube es war ziemlich umfassend (lacht). Nein (..) ich glaube, das passt ganz*
396 *gut.*

Datenschutzbestimmungen

Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich Sie gerne in einem zeitlichen Rahmen von ca. 30-45 Minuten persönlich interviewen. Dieses Interview wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss werden die Ergebnisse schriftlich innerhalb der Masterarbeit zusammengefasst. Die Tonbandaufnahme sowie handschriftliche Notizen werden nach Abschluss der Arbeit vernichtet.

In der Masterarbeit veröffentlichte Zitate werden unter Ihrem Namen angegeben. Als Interviewpartner/Interviewpartnerin haben Sie jederzeit das Recht, während des Interviews Fragen zu stellen. Des Weiteren sind Sie berechtigt, das Interview abubrechen und die Datenlöschung einzufordern. Es steht Ihnen zu, Fragen nicht zu beantworten, wenn Sie es nicht wollen oder können.

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig an diesem Interview teilnehme. Ich wurde über meine Rechte in Kenntnis gesetzt und bin mir darüber bewusst, dass ich das Interview jederzeit beenden kann. Ich erteile hiermit mein Einverständnis darüber, dass die erhobenen Daten unter meinen Namen für die Masterarbeit zum Thema „**Analyse und Evaluierung der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung: Ein Vergleich der Staaten Österreich, Dänemark und Niederlande**„ verwendet werden dürfen.

24.6.21 S. Adl

Datum und Unterschrift des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin

24.6.21 J. Schmid

Datum und Unterschrift der Interviewerin

Datenschutzbestimmungen

Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich Sie gerne in einem zeitlichen Rahmen von ca. 30-45 Minuten persönlich interviewen. Dieses Interview wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss werden die Ergebnisse schriftlich innerhalb der Masterarbeit zusammengefasst. Die Tonbandaufnahme sowie handschriftliche Notizen werden nach Abschluss der Arbeit vernichtet.

In der Masterarbeit veröffentlichte Zitate werden unter Ihrem Namen angegeben. Als Interviewpartner/Interviewpartnerin haben Sie jederzeit das Recht, während des Interviews Fragen zu stellen. Des Weiteren sind Sie berechtigt, das Interview abzubrechen und die Datenlöschung einzufordern. Es steht Ihnen zu, Fragen nicht zu beantworten, wenn Sie es nicht wollen oder können.

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig an diesem Interview teilnehme. Ich wurde über meine Rechte in Kenntnis gesetzt und bin mir darüber bewusst, dass ich das Interview jederzeit beenden kann. Ich erteile hiermit mein Einverständnis darüber, dass die erhobenen Daten unter meinen Namen für die Masterarbeit zum Thema **„Analyse und Evaluierung der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung: Ein Vergleich der Staaten Österreich, Dänemark und Niederlande,“** verwendet werden dürfen.

06.07.2021

W. Eicher

Dr. Ernst Eicher 140486
Arzt für Allgemeinmedizin
8384 Minihof - Liebau 10
Tel.: 03329 2955

Datum und Unterschrift des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin

H. H. H.

Datum und Unterschrift der Interviewerin

Datenschutzbestimmungen

Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich Sie gerne in einem zeitlichen Rahmen von ca. 30-45 Minuten persönlich interviewen. Dieses Interview wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss werden die Ergebnisse schriftlich innerhalb der Masterarbeit zusammengefasst. Die Tonbandaufnahme sowie handschriftliche Notizen werden nach Abschluss der Arbeit vernichtet.

In der Masterarbeit veröffentlichte Zitate werden unter Ihrem Namen angegeben. Als Interviewpartner/Interviewpartnerin haben Sie jederzeit das Recht, während des Interviews Fragen zu stellen. Des Weiteren sind Sie berechtigt, das Interview abubrechen und die Datenlöschung einzufordern. Es steht Ihnen zu, Fragen nicht zu beantworten, wenn Sie es nicht wollen oder können.

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig an diesem Interview teilnehme. Ich wurde über meine Rechte in Kenntnis gesetzt und bin mir darüber bewusst, dass ich das Interview jederzeit beenden kann. Ich erteile hiermit mein Einverständnis darüber, dass die erhobenen Daten unter meinen Namen für die Masterarbeit zum Thema **„Analyse und Evaluierung der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung: Ein Vergleich der Staaten Österreich, Dänemark und Niederlande,“** verwendet werden dürfen.

7.7.2021 Dr. C. Kellell

Datum und Unterschrift des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin

Hörwath

Datum und Unterschrift der Interviewerin

Datenschutzbestimmungen

Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich Sie gerne in einem zeitlichen Rahmen von ca. 30-45 Minuten persönlich interviewen. Dieses Interview wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss werden die Ergebnisse schriftlich innerhalb der Masterarbeit zusammengefasst. Die Tonbandaufnahme sowie handschriftliche Notizen werden nach Abschluss der Arbeit vernichtet.

In der Masterarbeit veröffentlichte Zitate werden unter Ihrem Namen angegeben. Als Interviewpartner/Interviewpartnerin haben Sie jederzeit das Recht, während des Interviews Fragen zu stellen. Des Weiteren sind Sie berechtigt, das Interview abubrechen und die Datenlöschung einzufordern. Es steht Ihnen zu, Fragen nicht zu beantworten, wenn Sie es nicht wollen oder können.

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig an diesem Interview teilnehme. Ich wurde über meine Rechte in Kenntnis gesetzt und bin mir darüber bewusst, dass ich das Interview jederzeit beenden kann. Ich erteile hiermit mein Einverständnis darüber, dass die erhobenen Daten unter meinen Namen für die Masterarbeit zum Thema „**Analyse und Evaluierung der Nutzung und Akzeptanz von eHealth-Anwendungen in der Primärversorgung: Ein Vergleich der Staaten Österreich, Dänemark und Niederlande**„ verwendet werden dürfen.

27.7.2021 

Datum und Unterschrift des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin



Datum und Unterschrift der Interviewerin