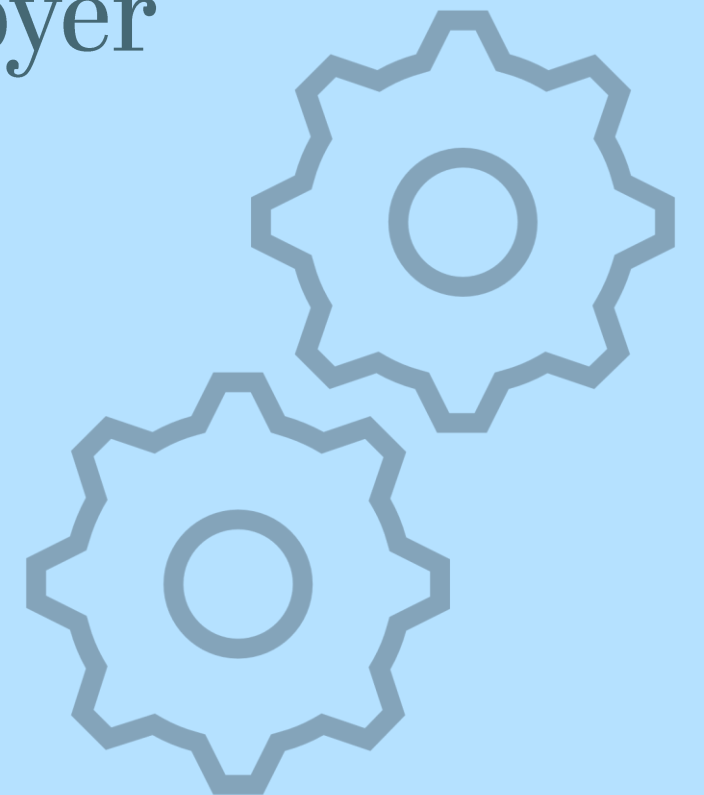


Workshop 2

Datenrevolution – codieren, sortieren, anwenden

29.05.2026 | 15:30 – 17:30 Uhr | Saal Stoder – Sporthotel Royer

Moderation: Günter Rauchegger



Es diskutieren:

Helmut Dultinger

Christoph Powondra

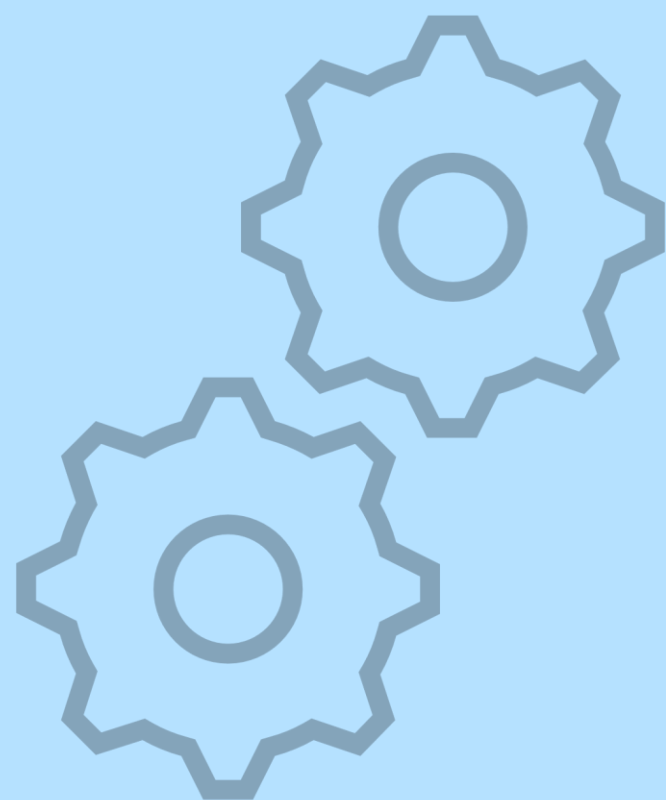
Marcel Jira

Stefan Sabutsch

Alexander Moussa

Gerhard Stimac

... und Sie alle



Datenrevolution – codieren, sortieren, anwenden

Die **verpflichtende Diagnosecodierung** im niedergelassenen Bereich ist **seit Jänner 2026 im Pilotbetrieb**. Damit wurde ein wichtiger Schritt hin zu einer stärker **datenbasierten Gesundheitsversorgung** gesetzt. Gleichzeitig zeigt sich in der praktischen Umsetzung ein differenziertes Bild: Technische Hürden, terminologische Lücken im Codierungs-Katalog, zusätzliche Dokumentationsaufwände und offene Datenschutzfragen bremsen vielerorts die Akzeptanz und Umsetzung. Für viele unmittelbar betroffene Gesundheitsdiensteanbieter ist der **konkrete Nutzen derzeit noch nicht ausreichend erkennbar**. Ab Juli 2026 greift die vollumfängliche Meldepflicht somit bei gleichzeitig noch offenem Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen.

Dieser Workshop widmet sich der strategischen Frage, wie Österreich schrittweise eine offene, vertrauenswürdige Gesundheitsdateninfrastruktur aufbauen kann. Im Fokus stehen dabei das **Leitprinzip „Just code once“**, offene Standards sowie organisatorische und datenschutzrechtliche Voraussetzungen. Diagnosecodierung wird dabei nicht isoliert betrachtet, sondern als Teil einer schrittweisen Entwicklung anhand von drei Stufen (AmbCo, e-Diagnose, offene klinischen Datenplattformen), die langfristig zu einem **automatisierten Austrian Patient Summary** führen können. Darüber hinaus geht es auch um eine praxistaugliche Einbindung im niedergelassenen Bereich und den **konkreten Mehrwert** für ärztliche Praxis, Steuerung, Forschung, Public Health und den EHDS durch die Nutzung strukturierter Gesundheitsdaten.

Marcel Jira

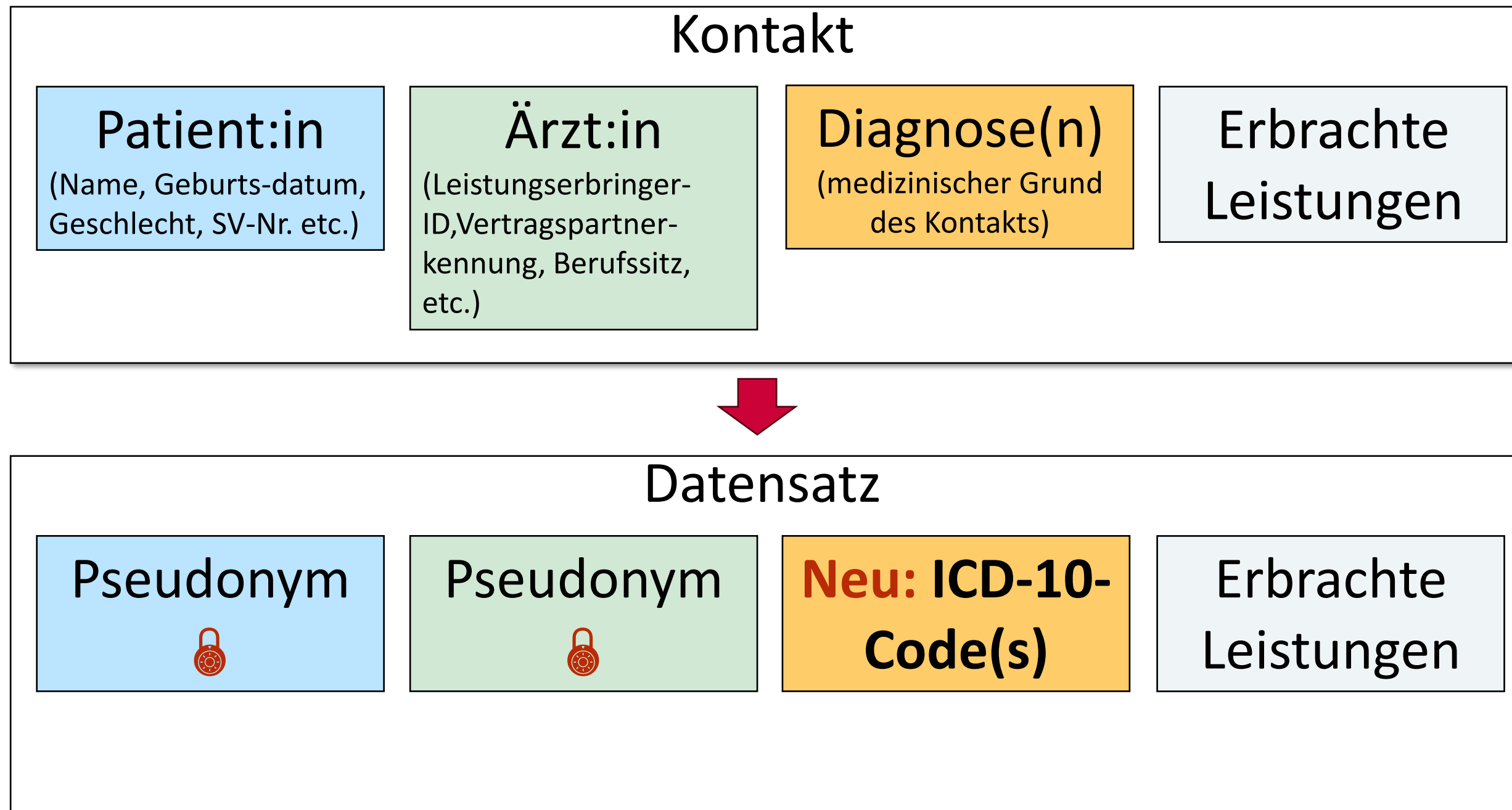
Fachreferent Abt. Leistungsorientiertes Finanzierungssystem,
Gesundheits- und Pharmaökonomie im Bundesministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Sektion X)

Ambulante Diagnosecodierung

Zielsetzung, Rechtsgrundlagen, Zeitplan

Marcel Jira
BMASGPK
29. Mai 2026

WAS



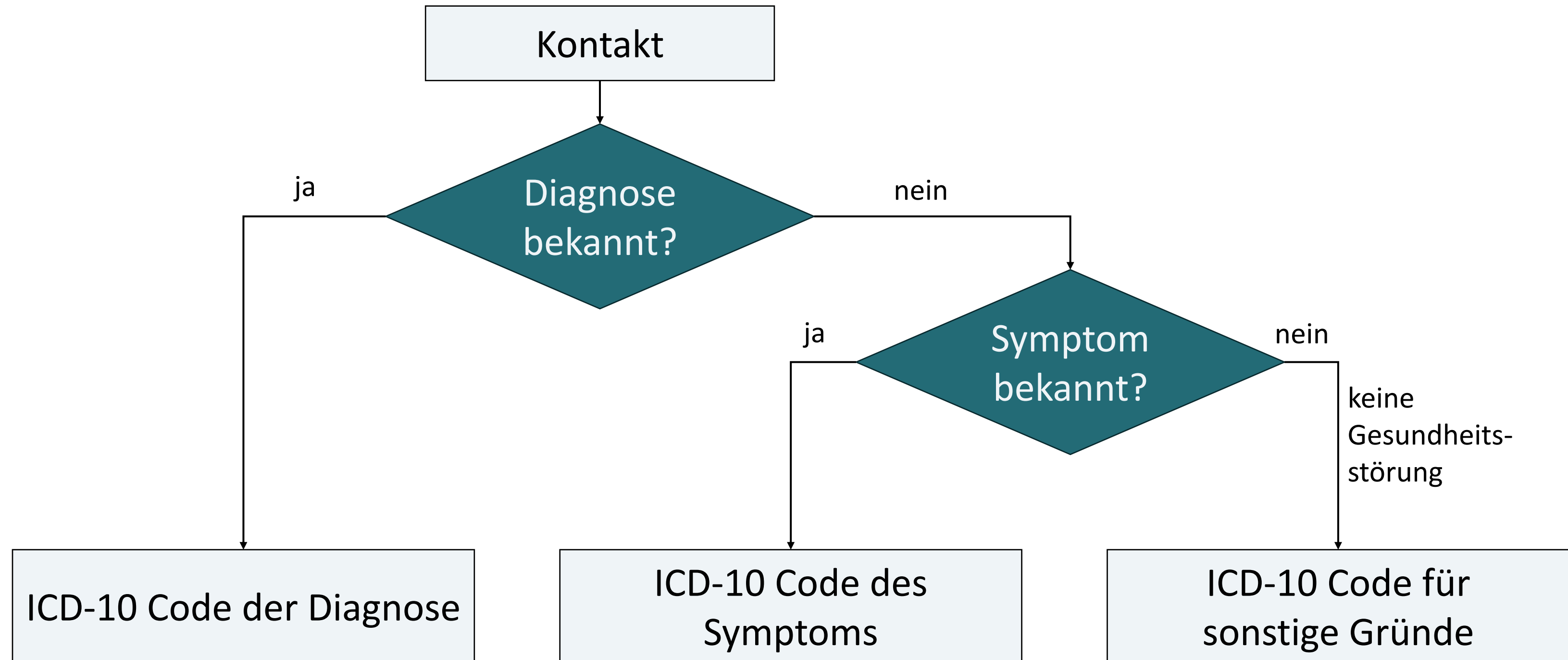
Grundlagen

- Gesundheitsdokumentationsgesetz (DokuG) § 1, § 6-6g
- Ärztegesetz (ÄrzteG) § 51, Abs 1a
- Gesundheitsdokumentationsverordnung (GD-VO)

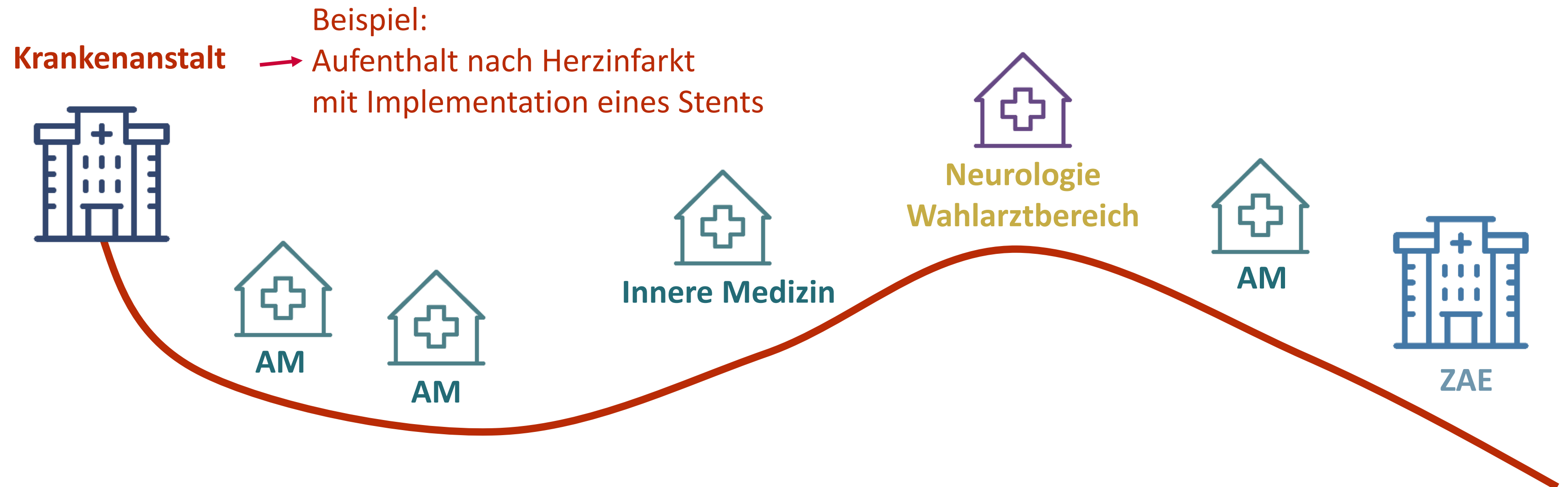
Weitere Informationen

- Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich

WIE



WARUM



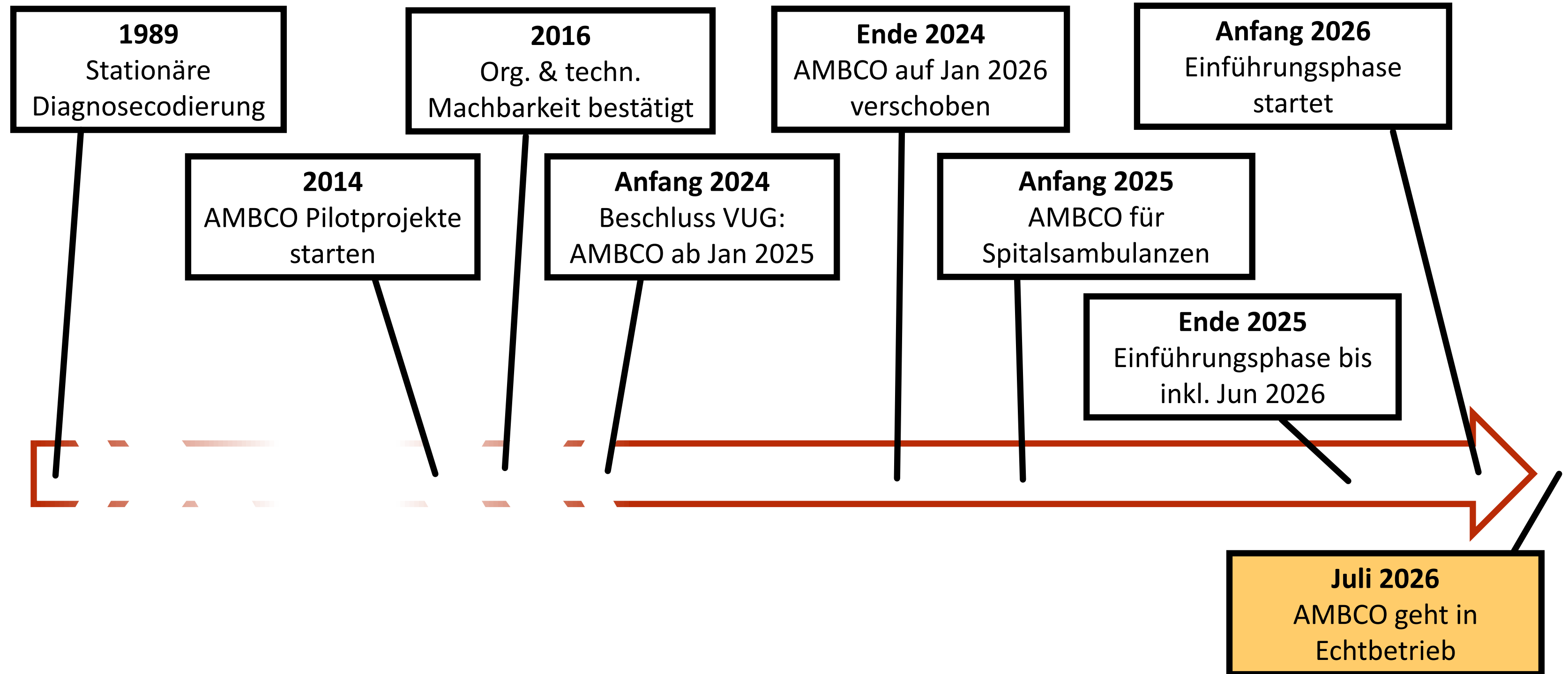
Gesundheit Österreich, 2026

WARUM

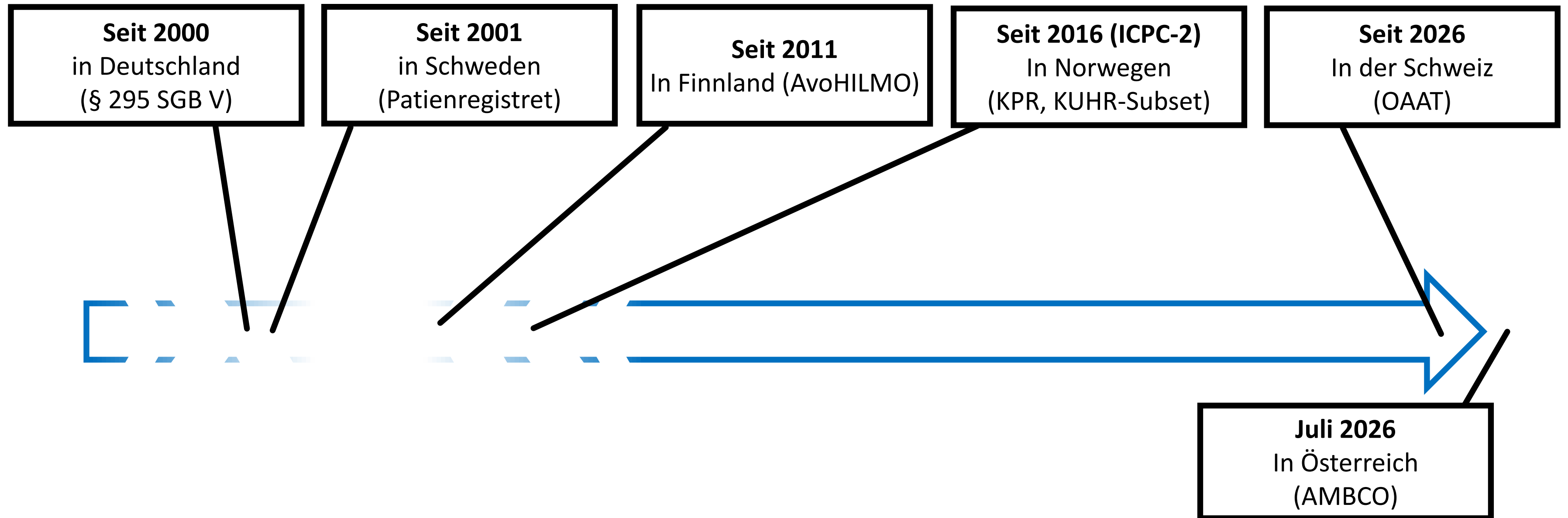
Zielsetzung der ambulanten Diagnosecodierung



SEIT WANN



SEIT WANN



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Für Fragen zur Codierung
ambco-hotline@gesundheitsministerium.gv.at

Marcel Jira

BMASGPK, Abteilung Leistungsorientiertes Finanzierungssystem, Gesundheits- und Pharmaökonomie

marcel.jira@gesundheitsministerium.gv.at

Helmut Dultinger¹ Christoph Powondra²

¹Mitglied im Präsidium der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)
Praxisgemeinschaft für Allgemeinmedizin in Hainfeld

²Mitglied im Präsidium der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)
Gründer und Gesellschafter der Primärversorgungseinrichtung
Böheimkirchen

Automatische Codierung = Strukturierte Diagnosedokumentation

Alltagsrealität (AMBCO)

- Dokumentationsarbeit zunehmend
- Codieren zusätzlich nur für Statistikzwecke
- Kein Mehrwert erkennbar
- Klassifikation (ICD10) im Praxisalltag unbrauchbar

Zielbild (e-Diagnose)

- Dokumentation und Codierung zusammenführen
- Interoperable klinische Daten - Arbeitserleichterung
- Patient Summary, Decision Support
- Sprachgebrauchliches Codesystem – semantische Begriffssuche

SNOMED CT – ICD10

„Zustand nach Appendektomie“

ICD10 Code: „Verlust anderer Teile des Verdauungstraktes“



Menschen kommunizieren nicht mit Referenztermen



TEXTSUCHE - KEINE CODE-SUCHE !

Freitext Eingabe. Danach:
Suche des passenden Begriffs in Dropdown-Liste

Angehängt: Codestrang mit
SNOMEDCT - Orphanet-Code - ICD10-Code

Rezidivierende akute Streptokokken-Tonsillitis	106292310001191 09 Rezidivierende akute Streptokokken-Tonsillitis	-	J03.0 Streptokokke n-Tonsillitis
		chronische	der Tonsillen

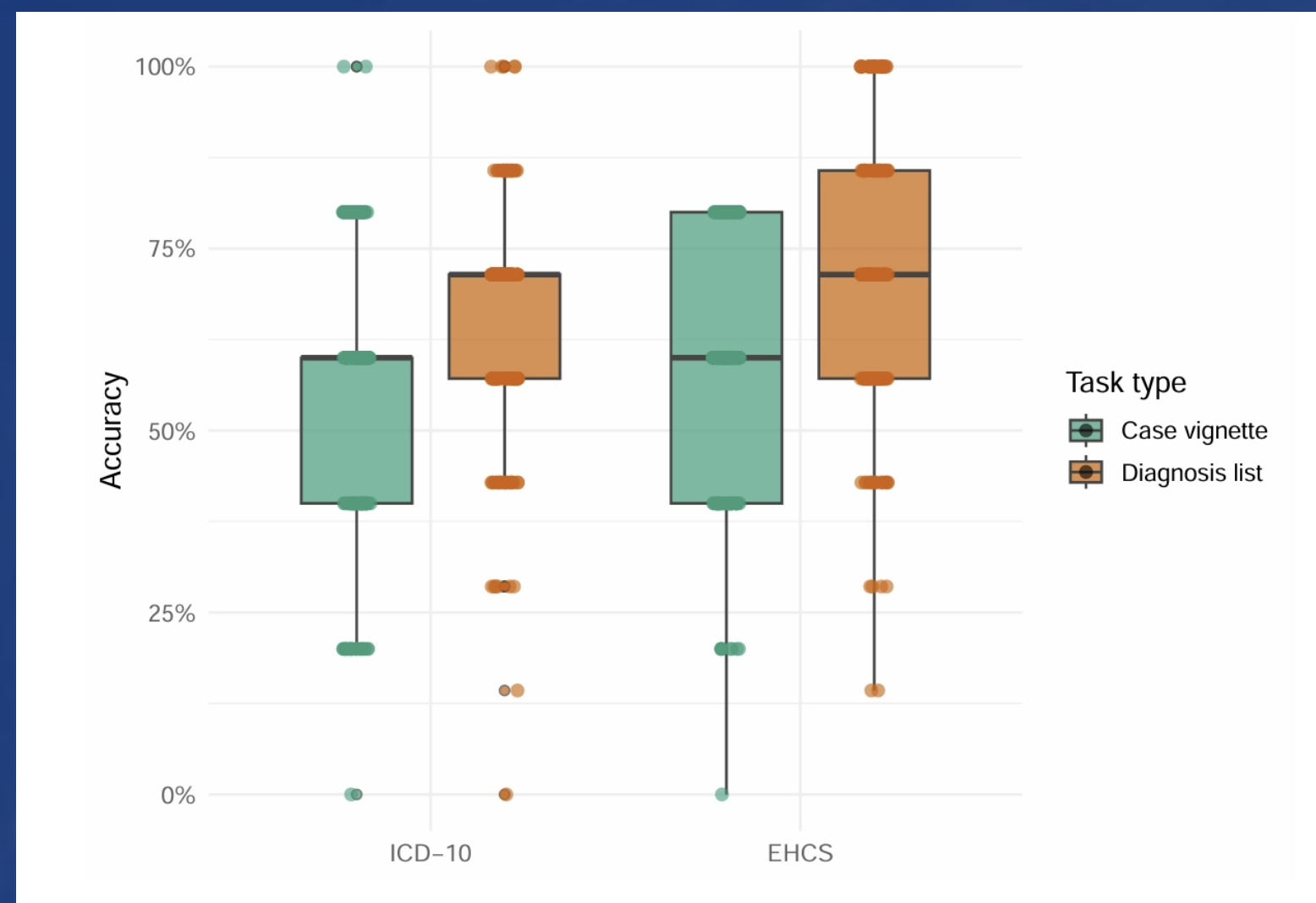
Evaluierung e-Health Codierservice

Masterarbeit, Studium Humanmedizin,
Karl Landsteiner Privatuniversität,
Roland Spannagl, BSc BSc

e-Health-Codierservice vs. Volltextsuche ICD-10

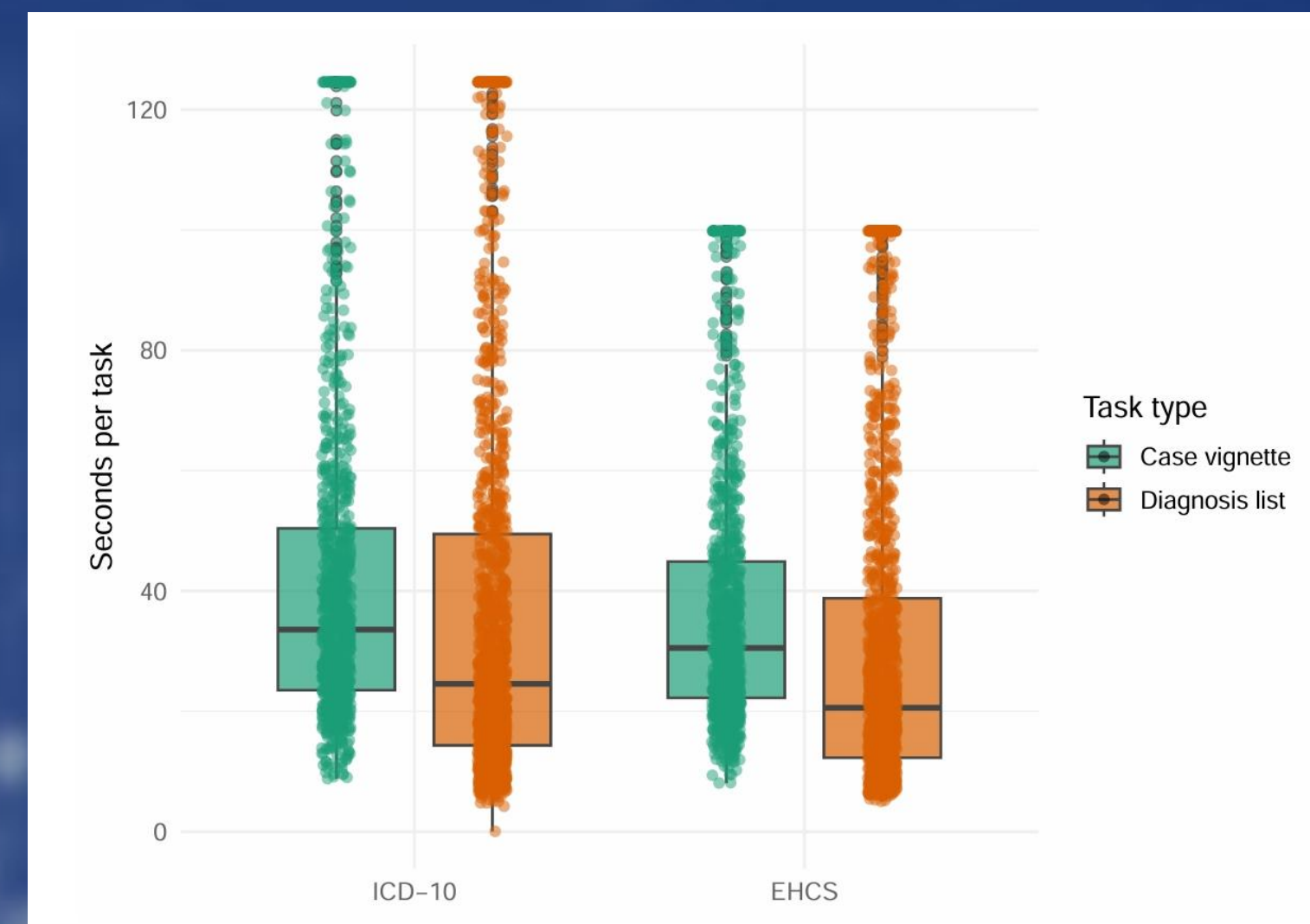
Diagnosecodierung der beiden Tools wird hinsichtlich
Genauigkeit und Geschwindigkeit verglichen.
Probanden: 180 Ärztinnen und Ärzte

Evaluierung e-Health-Codierservice



Genauigkeit der Codes

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied mit moderater Effektgröße hinsichtlich einer höheren Codier-Genauigkeit bei Verwendung des e-Health-Codierservice.



Zeit des Codierungsprozesses

Die Verwendung des e-Health Codierservice ist im Mittel um ca. 5,7s schneller als die Volltextsuche in ICD-10, mit statistisch signifikantem, moderatem Effekt.

Die Verwendung des e-Health Codierservice scheint weniger Zeit zu beanspruchen und genauere Resultate zu liefern.

Praktischer Nutzen („Mehrwert“) der strukturierten Diagnosedokumentation: **Codierte Daten – aber wozu?**



Auszug aus Vortrag Ilkka Kunnamo, Duodecim, 21.5.2026, Helsinki:
“Population health, benchmarking and outreach in quality improvement”

Schritte bei der Umsetzung von evidenzbasierter Versorgung

1. Leitlinien, die am „Point of care“ angewendet werden können - (z.B. EBM - Guidelines)
2. **Clinical decision support - CDS** (z.B. EBMEDS – vom Staat finanziert eingesetzt in Estland und Finnland)
Die Abgleichung individueller Patientendaten mit evidenzbasierten Empfehlungen in Leitlinien, die dem Patienten zugutekommen. **Automatisiert durch FHIR-Codierung (Snomed-CT, ICD-10, LOINC)** von Patientendaten.
3. Verwendung von **CDS** für berechenbare Evidenzen zur **Identifizierung von Versorgungslücken** innerhalb der betreuten Patient:innen-Population

Quelle: Vortrag **Ilkka Kunnamo**, **Duodecim**, 21.5.2026, Helsinki:

“Population health, benchmarking and outreach in quality improvement”

In Ilkkas Praxis war das Ziel im Jahr 2022, LDL-Cholesterin bei mindestens 60 % der Diabetiker mit hohem Komplikationsrisiko unter 70 mg/dl zu senken.

13.1.2022

180 Patienten

45,7 % am Ziel

LDL-Durchschnitt 81 mg/dl

11 months

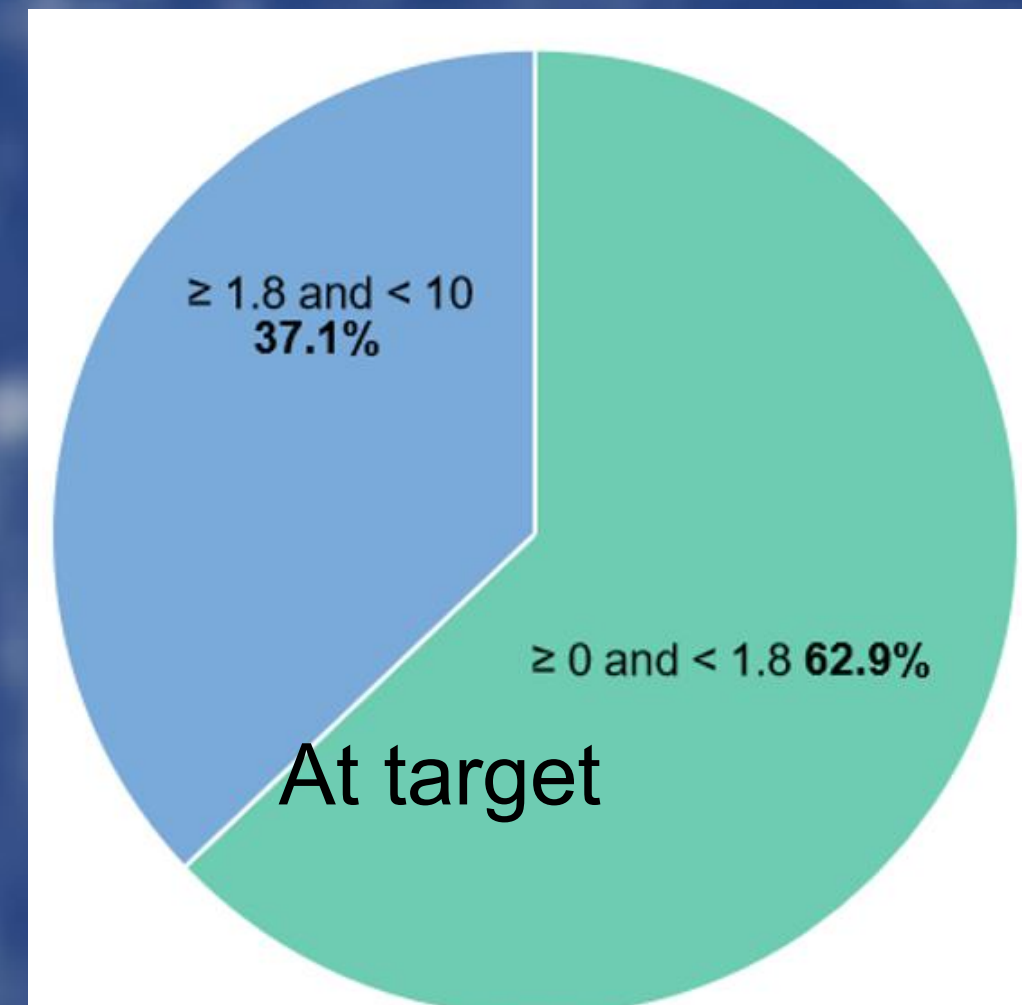
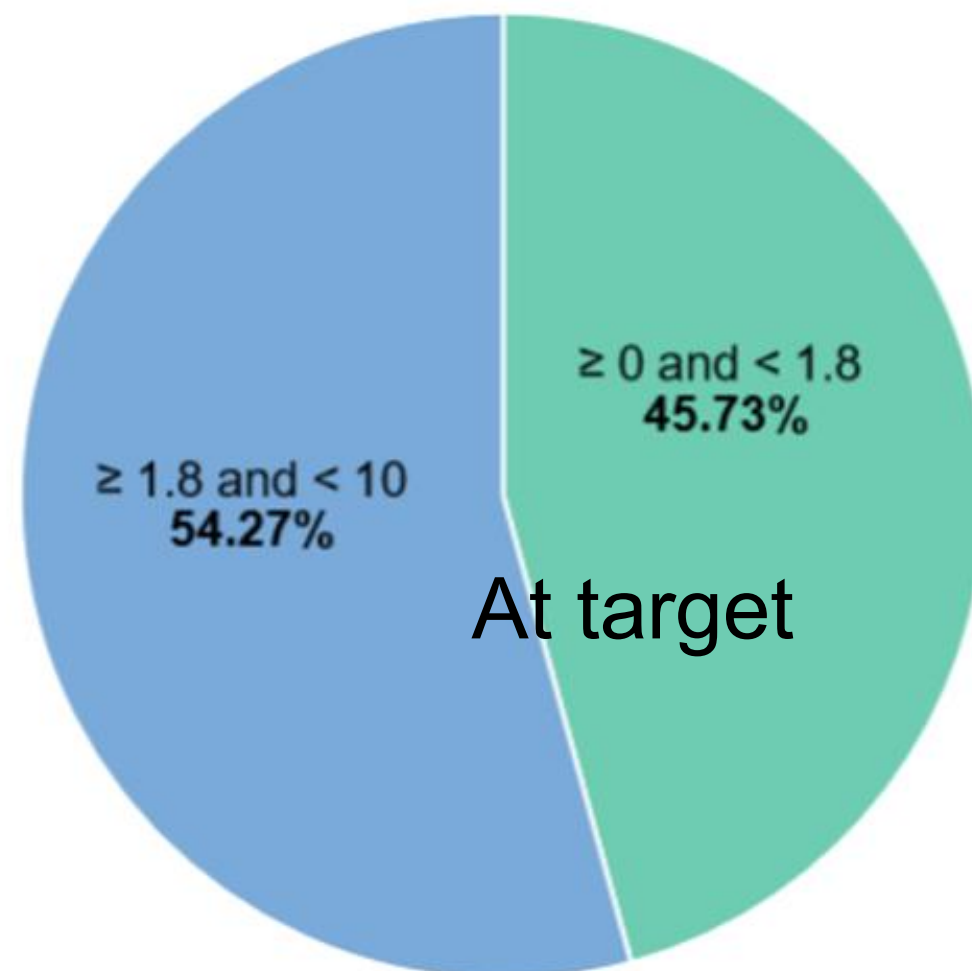
11.12.2022

193 Patienten

62,9 % am Ziel

LDL-Durchschnitt 69 mg/dl

Schnelle
Verbesserung
in nur 11
Monaten

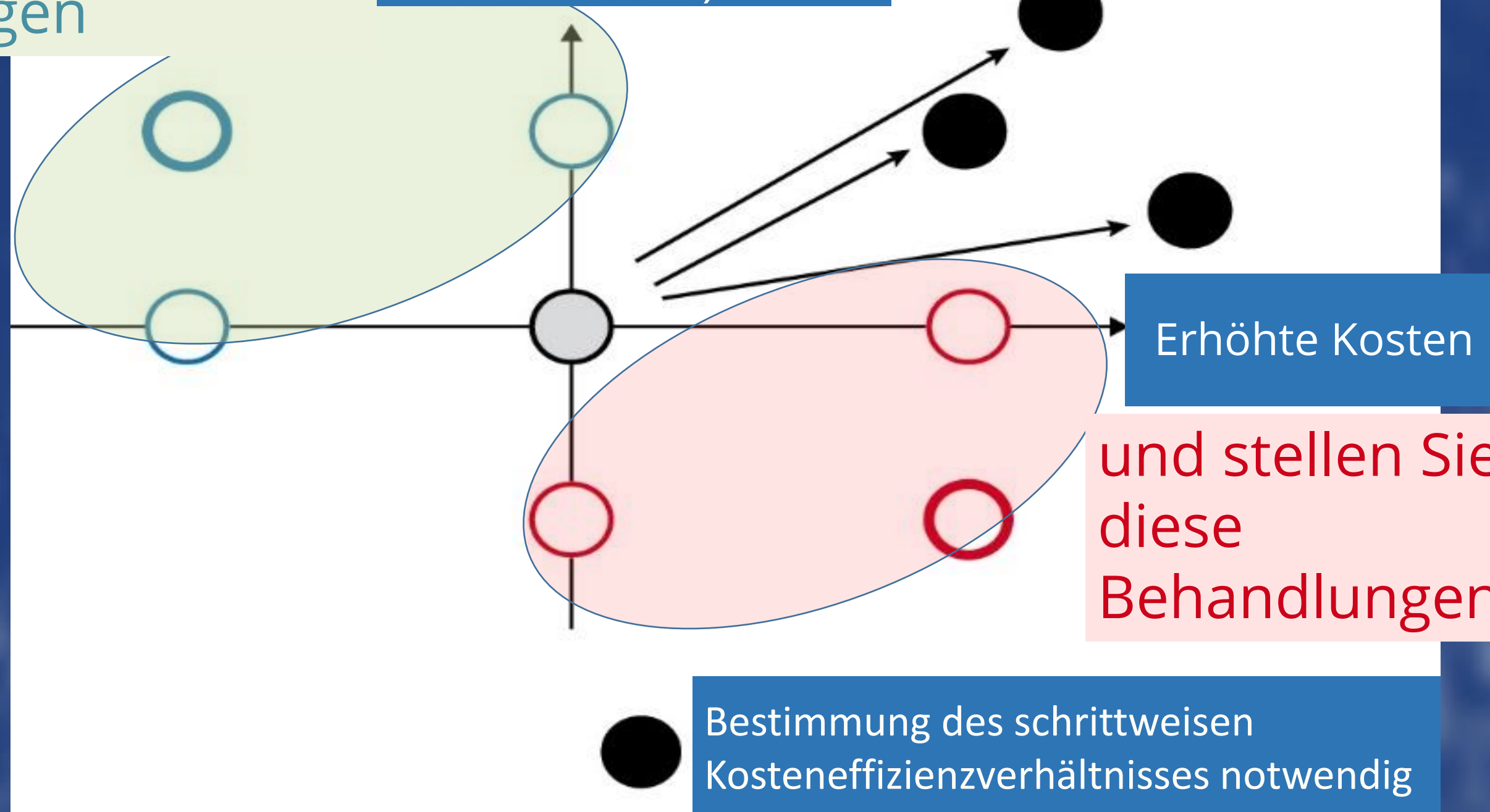


Quelle: Vortrag **Ilkka Kunnamo, Duodecim**, 21.5.2026, Helsinki: "Population health, benchmarking and outreach in quality improvement"

Es ist immer empfehlenswert und ethisch (unabhängig von Ihrem Budget):

Beginnen Sie mit diesen Behandlungen

Erhöhte Wirksamkeit
(gesundheitlicher Nutzen)



Erhöhte Kosten

und stellen Sie
diese
Behandlungen ein

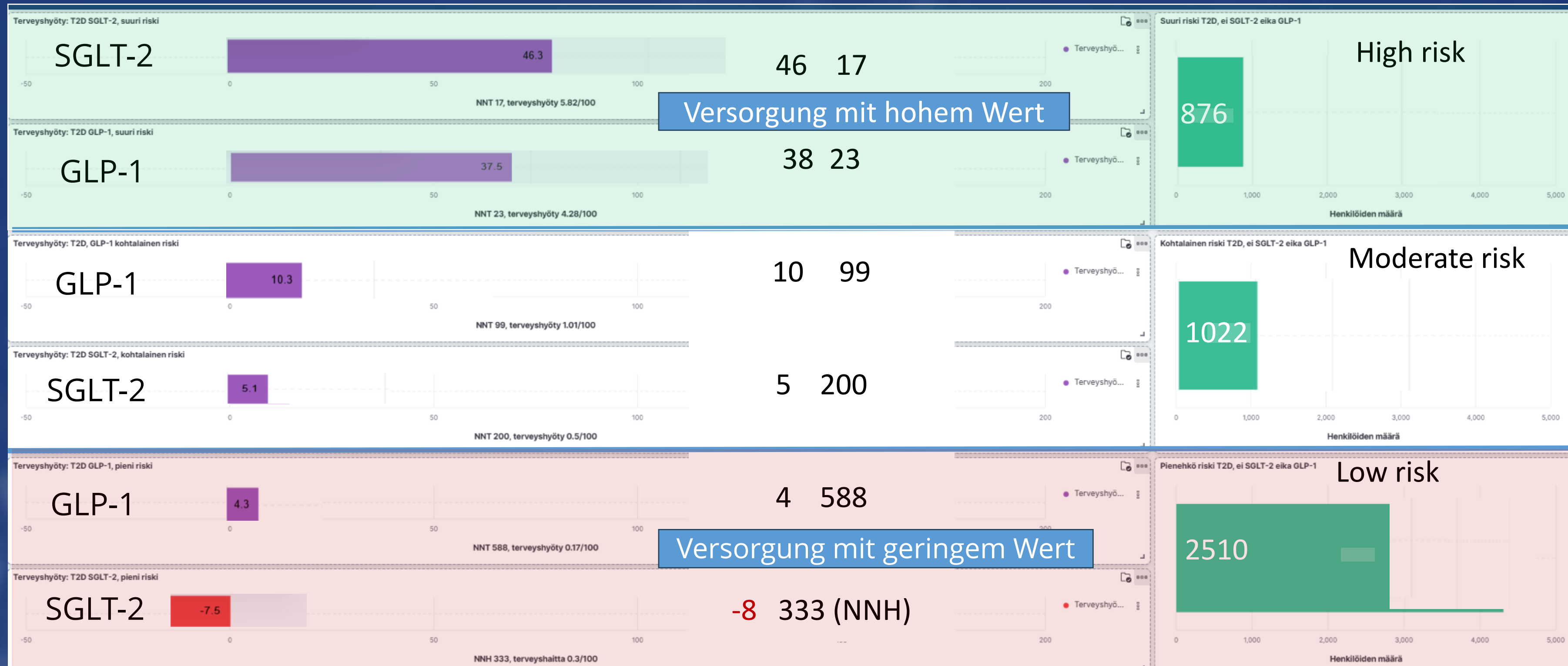
Bestimmung des schrittweisen
Kosteneffizienzverhältnisses notwendig

Quelle: Vortrag
Ilkka Kunnamo,
Duodecim,
21.5.2026,
Helsinki:
"Population
health,
benchmarking
and outreach in
quality
improvement"

Typ-2-Diabetiker in Mittelfinnland (Gesamtbevölkerung 273.000): Nettovorteil von GLP-1 und SGLT-2 (in Äquivalenten von verhinderten Todesfällen)

Benefit gesamt / NNT (Todesfalläquivalent)

Patientenzahl / Risikogruppe



Menge der Ressourcen (Dreiecksgröße) und Zuteilungsfokus (Dreiecksform)

Patientennachfrage:
Termine aus verschiedenen
Gründen, einschließlich
Notfallversorgung,
angefordert

Bedarf zur Deckung der
Nachfrage

Geplante Versorgung
(chronische Erkrankungen –
von Fachleuten initiiert)

Es stehen keine
Ressourcen zur Verfügung,
um alle Empfehlungen in
allen Richtlinien für alle
Patienten zu befolgen.

Priorisierung: Die
Patienten werden
aus der Population
untersucht und
aktiv kontaktiert

Die wirksamsten
Interventionen
basieren auf
hochwertigen
Evidenzen

Wirksamkeit:

Zeit der Fachkräfte
und andere Kosten:

100

Vor der Finanzierungskrise

70

70

Nach Finanzierungskürzungen

40

70

Ziel

100

Das Vermeiden von **Behandlung mit geringem Wert** macht
Ressourcen für hochwertige Versorgung verfügbar

Die effektivste Versorgung, Hausarzt und Pflegekraft als
Schlüsselakteure

Praktischer Nutzen - Mehrwert - der strukturierten
Diagnosedokumentation:

Codierte Daten helfen:

**Klinikern: Patient:innen evidenzbasiert zu versorgen.
Dem System: Kliniker lernen Ressourcen effektiver zu nutzen.**

Stefan Sabutsch

Geschäftsführer ELGA GmbH
Präsident der HL7 Austria und DICOM Austria

e-Diagnose

Diagnosen in ELGA: von e-Health Codierservice zur Patient Summary

Erstellt von:

Stefan Sabutsch

austrian
health
forum.

Zielbild – Diagnosen in ELGA

- Aktuelle, gemeinsame Gesamtübersicht über Diagnosen
- Grundlage für automatische Erstellung der Patient Summary
 - Hochstrukturierte Daten: syntaktisch (**FHIR**) und semantisch (**SNOMED CT**)
- Mehrwert für Anwender:innen
 - Aktualisierung aus bestehenden Prozessen
 - Kein Zusatzaufwand durch separate Pflege
 - Dokumentation erfolgt Patient:innen-zentriert

→ Diagnosen sind jederzeit über ELGA verfügbar



Grundlage SNOMED | e-Health Codierservice



1 **Eingabe des Schlagwortes** in eigener Software (inkl. Jargonbegriffe)

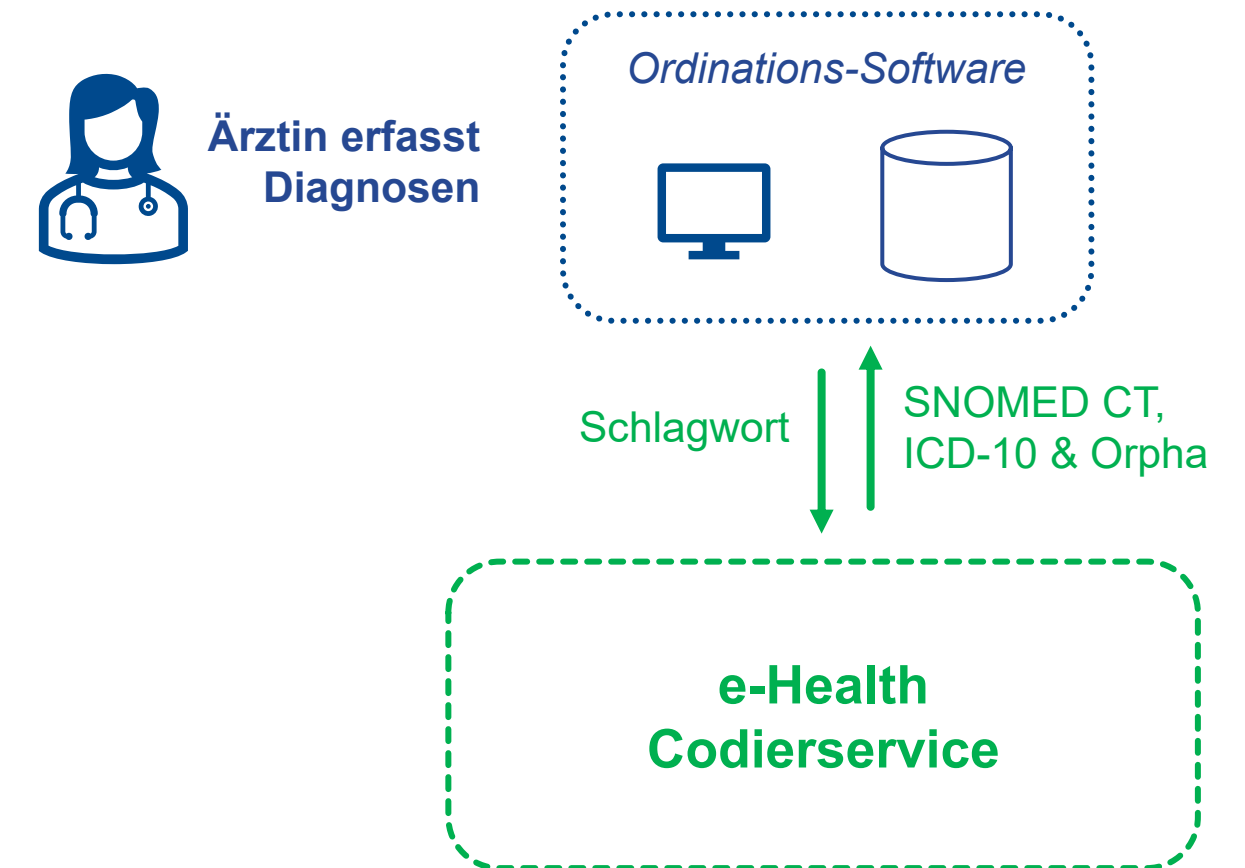
Bluthochdruck

2 **Dropdown** bietet in eigener Software **Diagnosen zur Auswahl** an (SNOMED CT)

Arterielle Hypertonie, Pulmonale Hypertonie, Hypertensive Krise, Portale Hypertonie, ...

3 **Ärztin wählt Diagnose aus** (inkl. automatische Überleitung ICD)

Arterielle Hypertonie (→ 38341003, I10 & falls vorhanden, Orphanet)



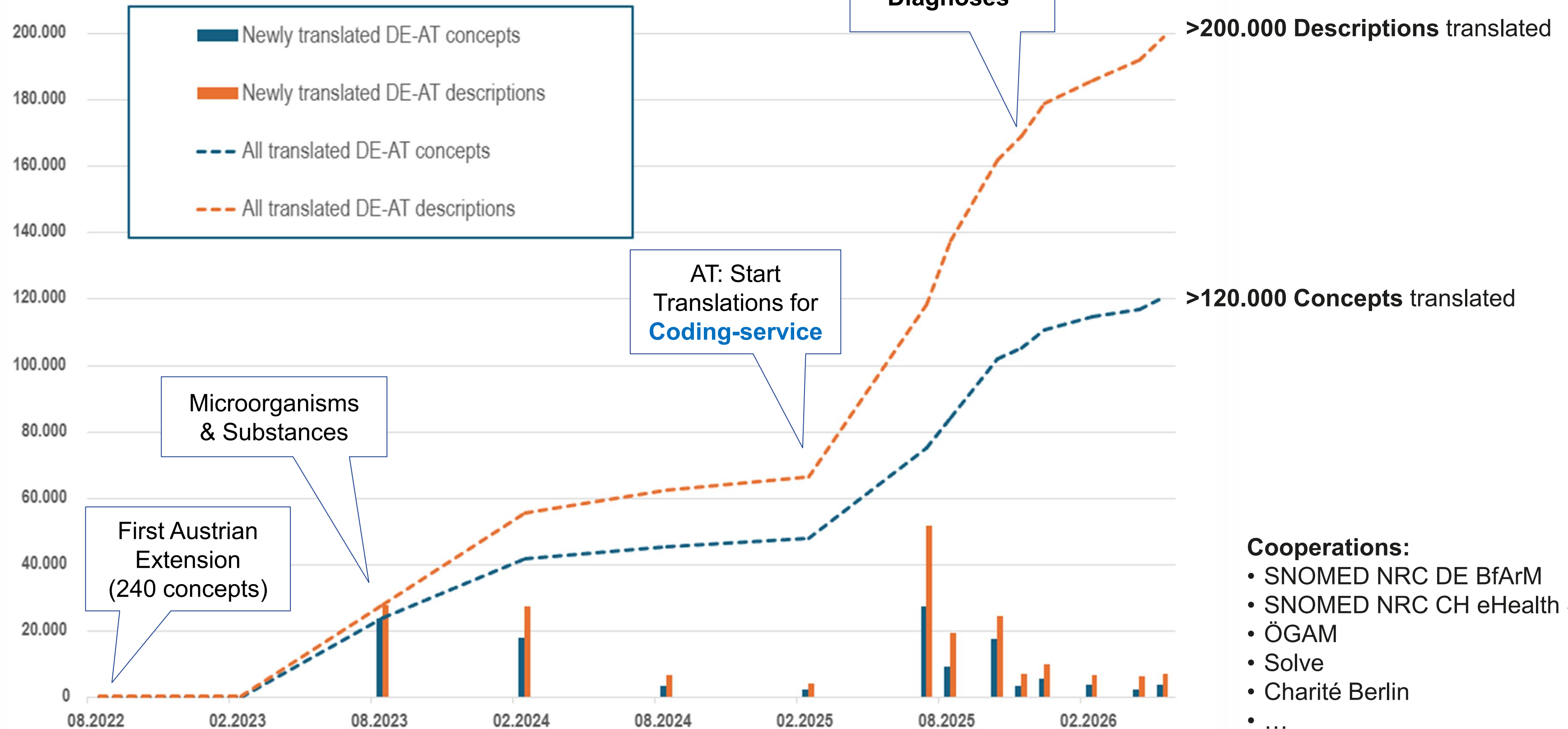
Umsetzung

- Technische Entwicklung & Betrieb durch **BMASGPK**
- Fachliche Entwicklung durch **ELGA GmbH**

Informationen unter codierservice.ehealth.gv.at

SNOMED CT
The global language of healthcare

SNOMED CT Translation Progress



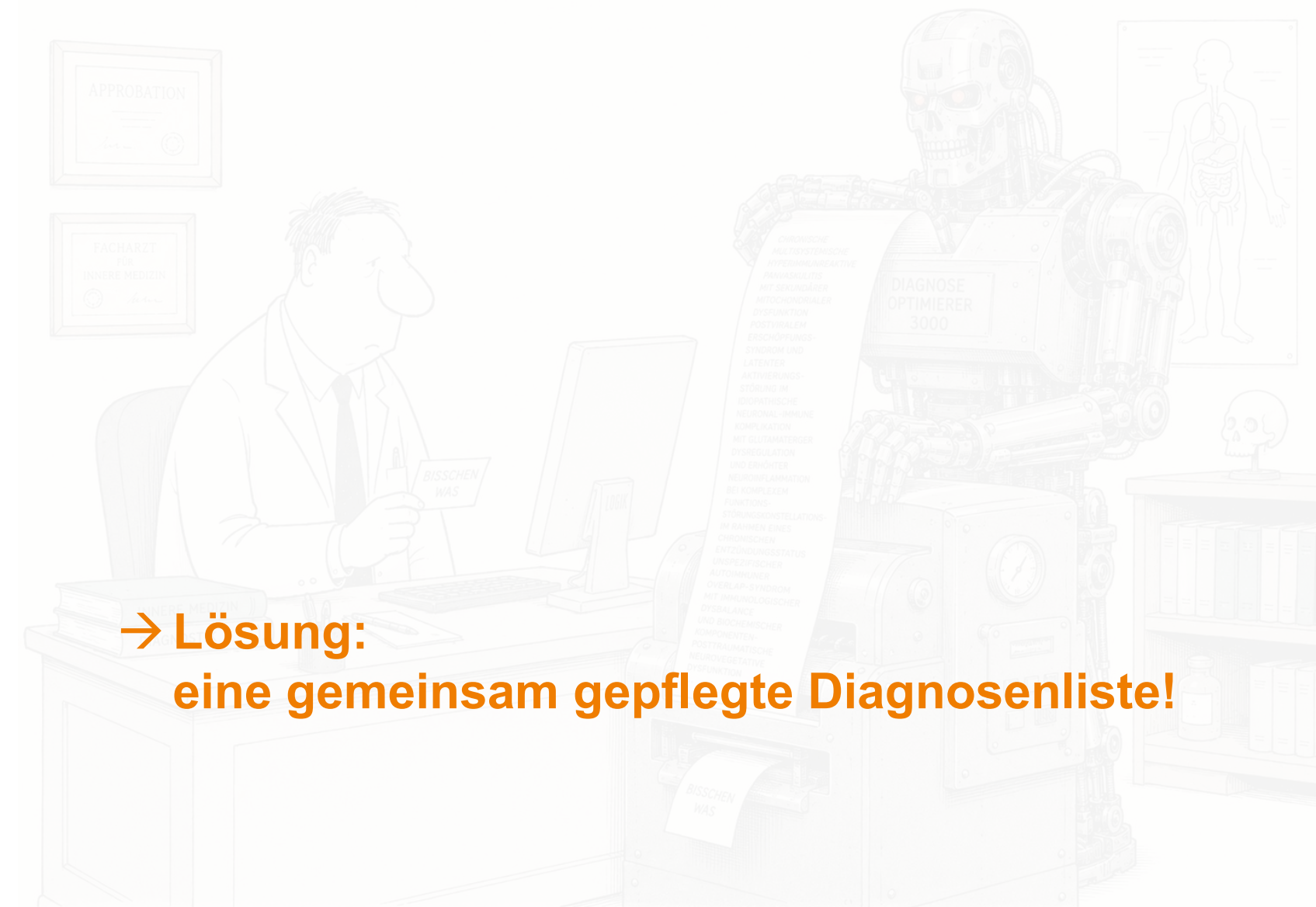
Cooperations:

- SNOMED NRC DE BfArM
- SNOMED NRC CH eHealth Suisse
- ÖGAM
- Solve
- Charité Berlin
- ...

Verworfenes Konzept: e-Diagnose als „Sammlung“/“Aggregation“

- Ärztinnen und Ärzte müssen an verschiedenen Stellen codierte Diagnosen erfassen: Für die Abrechnung (LKF), Statistik (AmbCo), Meldungen, ... und als **statische Sammlungen** abgelegt
 - Daten-Silos
 - Dokumentationspraxis nicht einheitlich
 - Heterogene Datenstände / Vollständigkeiten

- **Warum der Ansatz der Aggregation der Daten verworfen wurde:**
 - Umfangreiche Liste aller je dokumentierten Diagnosen (inkl. Dubletten & Widersprüchen) mit unklarer Aktualität & Relevanz
 - Manuelle Nacharbeit und Wartungsmechanismus notwendig
 - Abseits bestehender Dokumentationsprozesse



→ **Lösung:**
eine gemeinsam gepflegte Diagnosenliste!

Konzept e-Diagnose (→ beschlossen)



■ Ziel der ELGA-Anwendung e-Diagnose

- Diagnosen, Allergien, und andere Gesundheitsprobleme sind **über ELGA** verfügbar.
- **Übersichtliche und aktuelle Liste der Gesundheitsprobleme (Diagnosen)**
- Einfach in die eigene lokale Dokumentation integrierbar (zB Arztpraxissysteme, KIS)
- Gemeinsame Pflege der Daten durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte
- Semantische Basis: **SNOMED CT**
- Datenaustausch via **HL7 FHIR**
- **Datengrundlage für das Patient Summary** (mehrere Kategorien)
- Datenschutz- und EHDS-konforme Sekundärnutzung

■ Status

- Fachkonzept ist beschlossen (PLA, LATA, TGeH)
- Ballot zur e-Diagnose noch 2026
- Umsetzung bereits initialisiert (BMASGKP)
- Gesetzliche Grundlage in Ausarbeitung



Beispielhafte Darstellung für die Erfassung einer Condition („Diagnose“)

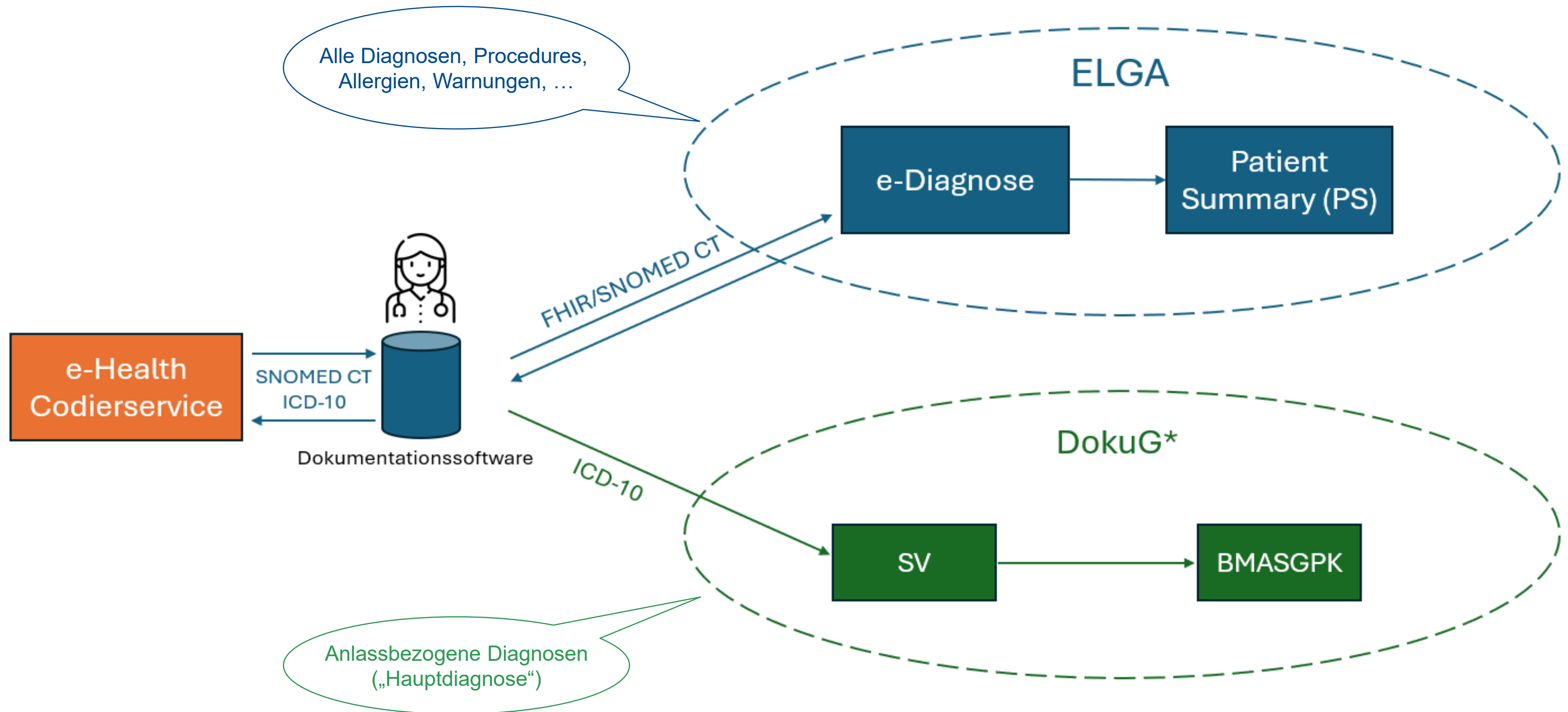
Je nach Art des Eintrags können verschiedene Attribute erfasst werden:

- Status
- Relevanz
- Zeitraum
- Referenzen zu bestehenden ELGA-Befunden
- Möglichkeit zur Ergänzung von Freitext
- Dokumentation der erfassenden Person

→ Usability-Vorgaben durch ELGA GmbH

Status	Diagnose	Zusatzinformation	SNOMED CT Code								
- ▼ V. a. St. p. A.v.	Diagnose eingeben (SNOMED CT) ☒ Aufnahme in Liste der relevanten Diagnosen	Freitext	code								
Zeitraum: Von: / /  Bis: / / 											
Befund-Link: Link											
Dokumentierende Person <table> <tr> <td>Präfix</td> <td>Vorname</td> <td>Nachname</td> <td>Suffix</td> </tr> <tr> <td> Dr. </td> <td> Max </td> <td> Mustermann </td> <td> MSc </td> </tr> </table>				Präfix	Vorname	Nachname	Suffix	Dr.	Max	Mustermann	MSc
Präfix	Vorname	Nachname	Suffix								
Dr.	Max	Mustermann	MSc								
Organisation Praxis Dr. Mustermann											

Kontext Diagnosecodierung, e-Diagnose & Patient Summary



e-Diagnose & Austrian Patient Summary



e-Diagnose als Datengrundlage für mehrere APS-Kategorien:

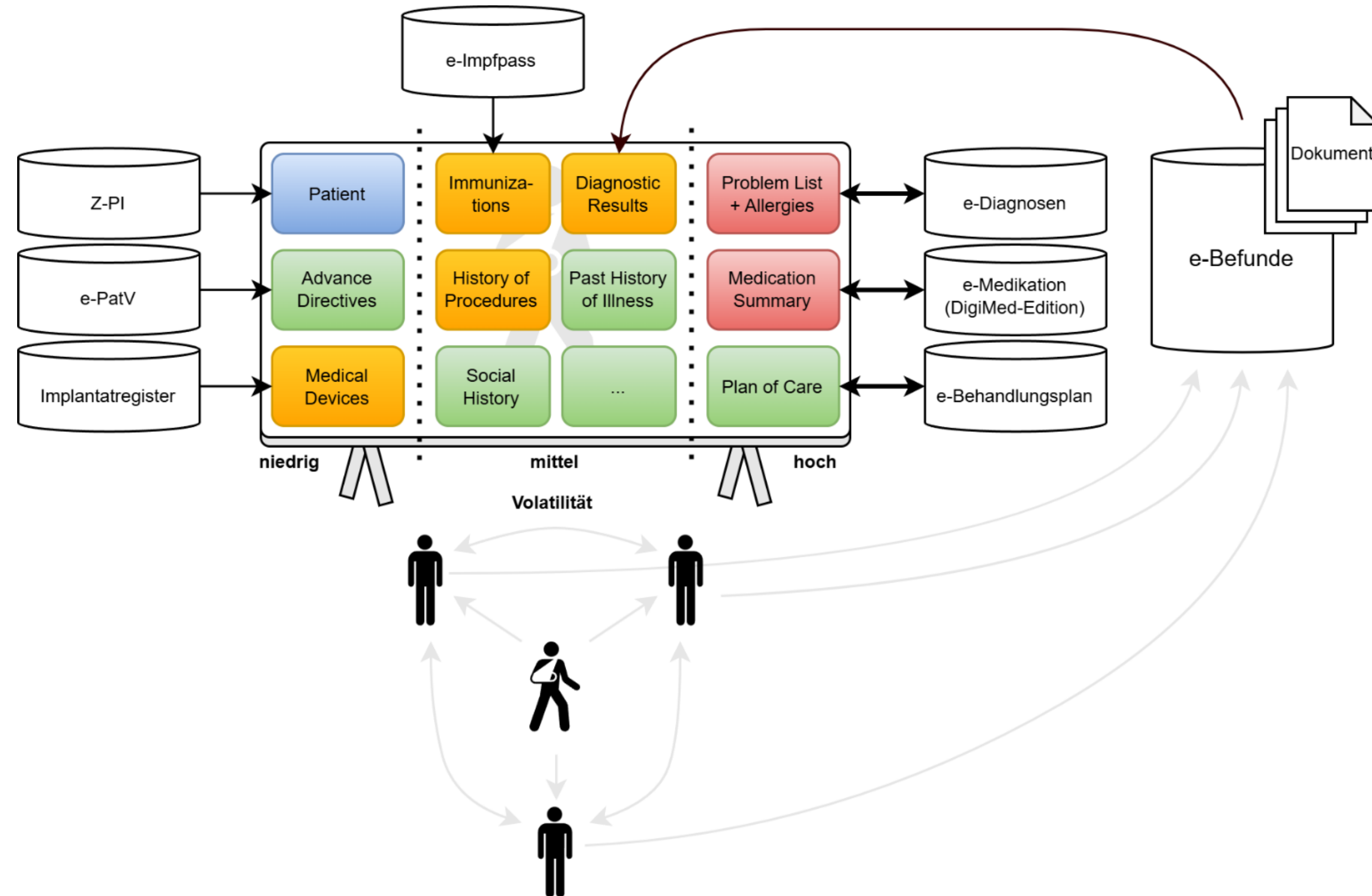
- Problem List
- History of Past Problems
- History of Procedures
- Allergies and Intolerances
- Alerts

IPS – HL7-FHIR Standard



Patient Summary – Aggregation und automatisierte Erstellung

- Festlegungen:
 - **Automatische Erstellung**
 - **Das Patient Summary hat keine eigenen medizinischen Daten**
→ Änderungen des Inhalts nur über Quellanwendungen möglich
- **Record Locator Service** – Optimierung der Zugriffe auf verteilte Quelldaten
- **Aggregator** – kann uU mehrere Fachlogiken bedienen (unterschiedliche „Summary-Anwendungen“)



Gesamtstatus & Ausblick

- **e-Health Codierservice: SNOMED CT Einführung national**
 - „Worldwide Leader“ - SNOMED International, SNOMED Business Meeting Vienna 04/2026
 - **Über e-Diagnose zur automatisch generierten Patient Summary**
 - „Der erste von Anfang zu Ende durchgedachte Ansatz zur Patient Summary EU-weit“ – IHE/Siemens, HL7 International WGM Rotterdam 05/26
 - **Zieldatum: EHDS - 26. März 2029**
 - EU-Rezept – AT bereits live - seit 25.02.2026
 - **Erfolgsfaktoren für Projekte e-Diagnose & Austrian Patient Summary:**
 - Involvierung wichtiger Stakeholder essenziell! (z.B. Ärzte, Krankenanstalten)
 - Abgestimmte Roadmap
- **Erfolg nur bei nationaler Gemeinschaftsleistung, klaren Prioritäten & Entscheidungen**



Von der Dokumentenablage zur interaktiven Wissensplattform:
→ ELGA als europäisches & internationales Vorzeigeprojekt!

Alexander Moussa

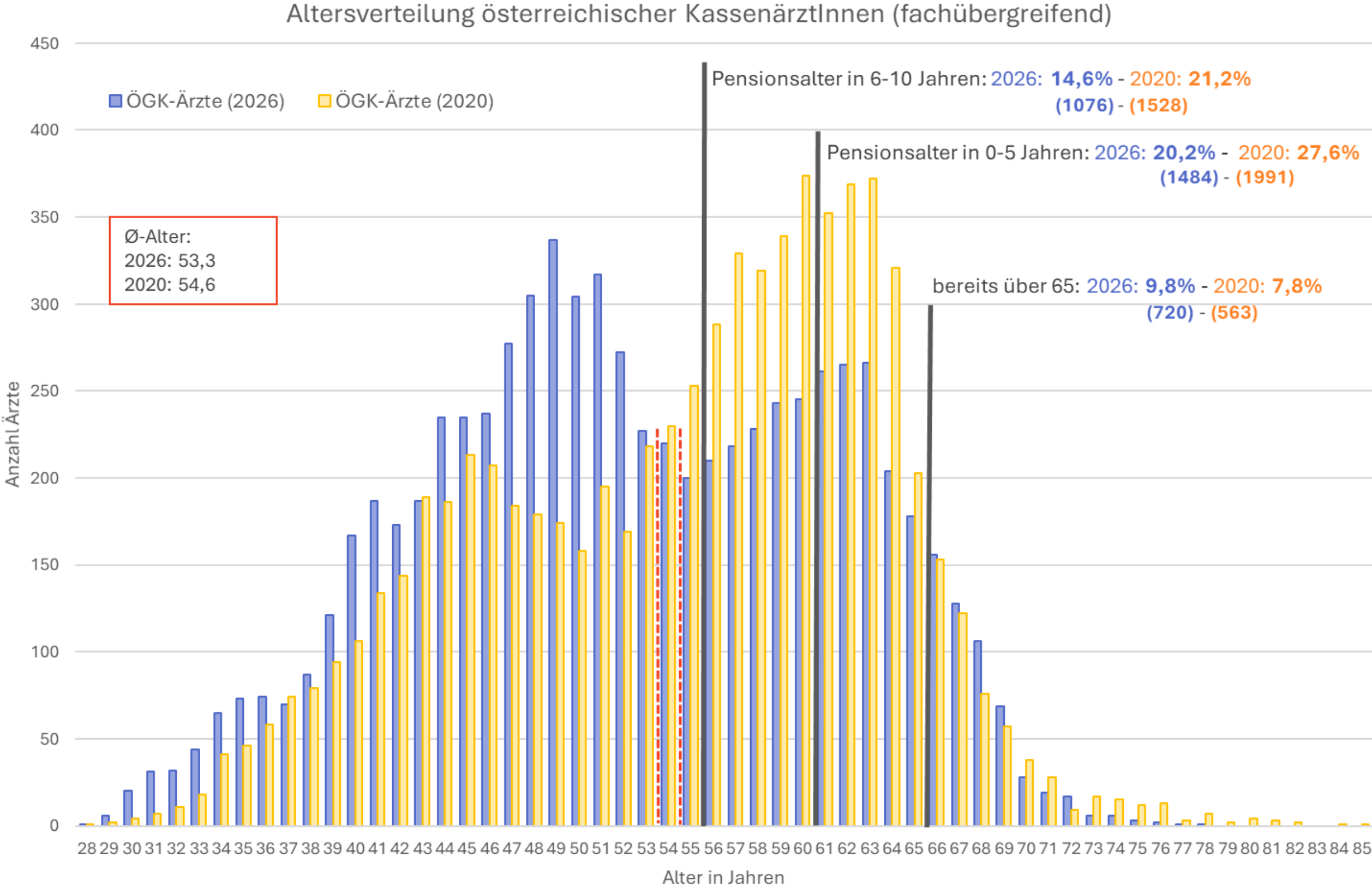
ÖÄK, Facharzt für Allgemeinmedizin Hartberg
Leiter der Referate „eHealth in Ordinationen“ und „Primärversorgung & ärztliche Zusammenarbeitsformen“ der Österreichischen Ärztekammer
Obmann der Sektion Allgemeinmedizin der Ärztekammer für Steiermark

**Hat die Ärztin bzw. der Arzt mehr
Zeit für die Patientin bzw. den
Patienten durch die Codierung?**

Hat die Ärztin
Zeit für
Patienten
bzw. den
Mediierung?



Impulsstatement Dr. Alexander Moussa



**Würden Sie für ein Modul in der
Testphase > 1.500€ ausgeben?**

Würden Sie
Testphase
NEIN
Ablauf in der
Freigegeben?

Impulsstatement Dr. Alexander Moussa

17 Millionen Euro für die Implementierung der Module im kassenärztlichen und wahlärztlichen Bereich

➡ WO sind die Gelder aus der 15a Vereinbarung für die Digitalisierung?

11 Arbeitstage (Annahme: 8 Std Arbeitstag) pro Jahr pro KassenärztIn NUR für die Codierung (20 Sek pro Codierung)

➡ MehrAUFWAND statt MehrWERT

Wissen Sie was mit Ihren Diagnosen passiert?

Wissen Sie in Diagnosen



Impulsstatement Dr. Alexander Moussa

Medizinische Daten landen **personenbezogen** bei der Sozialversicherung
➡ Warum findet die Pseudoanonymisierung erst so spät statt?

Keine OPT-OUT Möglichkeit

➡ Umgang mit sensiblen Erkrankungen? Wahlarztbereich?

Diagnosecodierung 2026 – Lessons Learned aus 3 Jahren Pandemie?

Diagn
Lessons 2026 –
3 Jahren

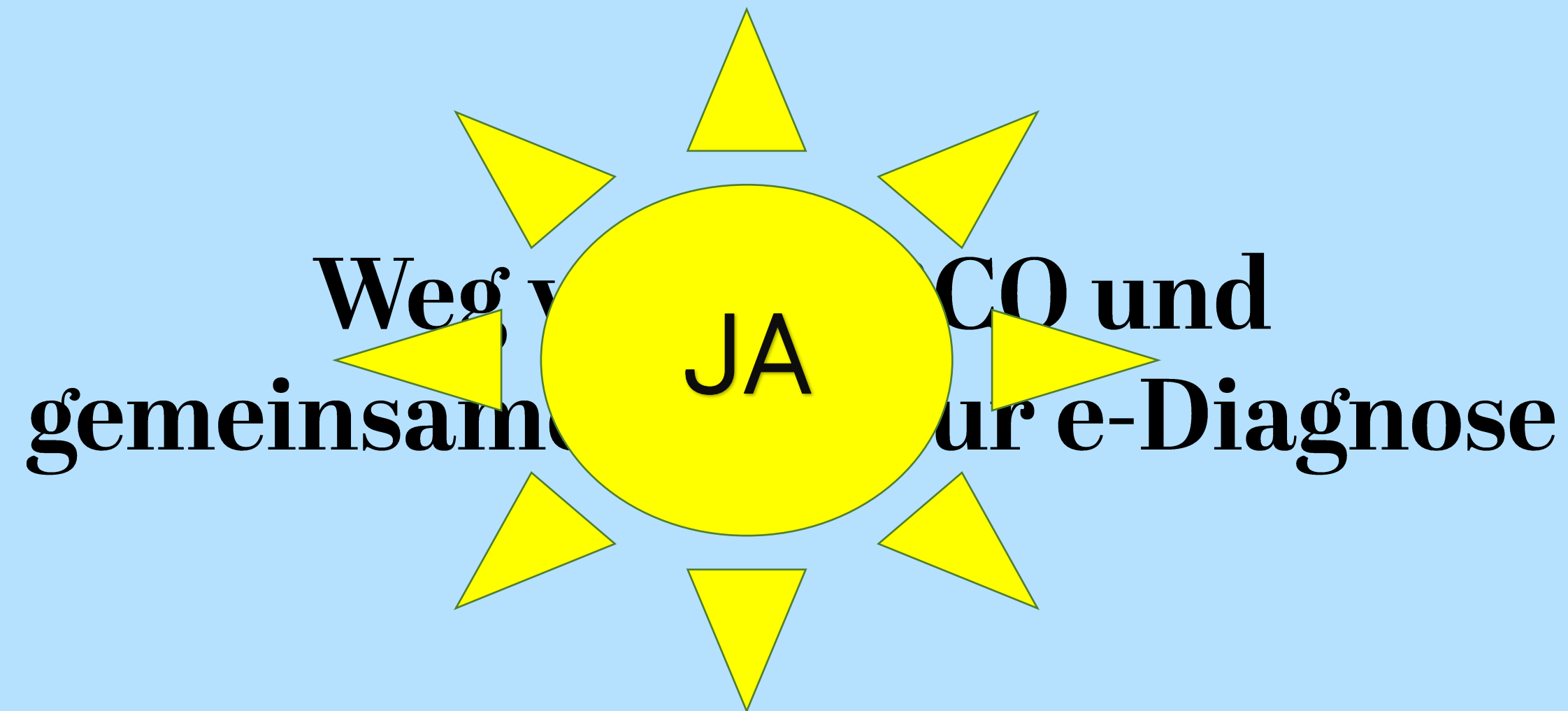


➔ **Keine Echtzeitdaten für die Versorgung!**

Daten landen **verzögert** (min. 9 Monate) beim Ministerium

Gesundheitsplanung = **Reaktion** auf Vergangenes

Weg von AMBCO und gemeinsamer Weg zur e-Diagnose



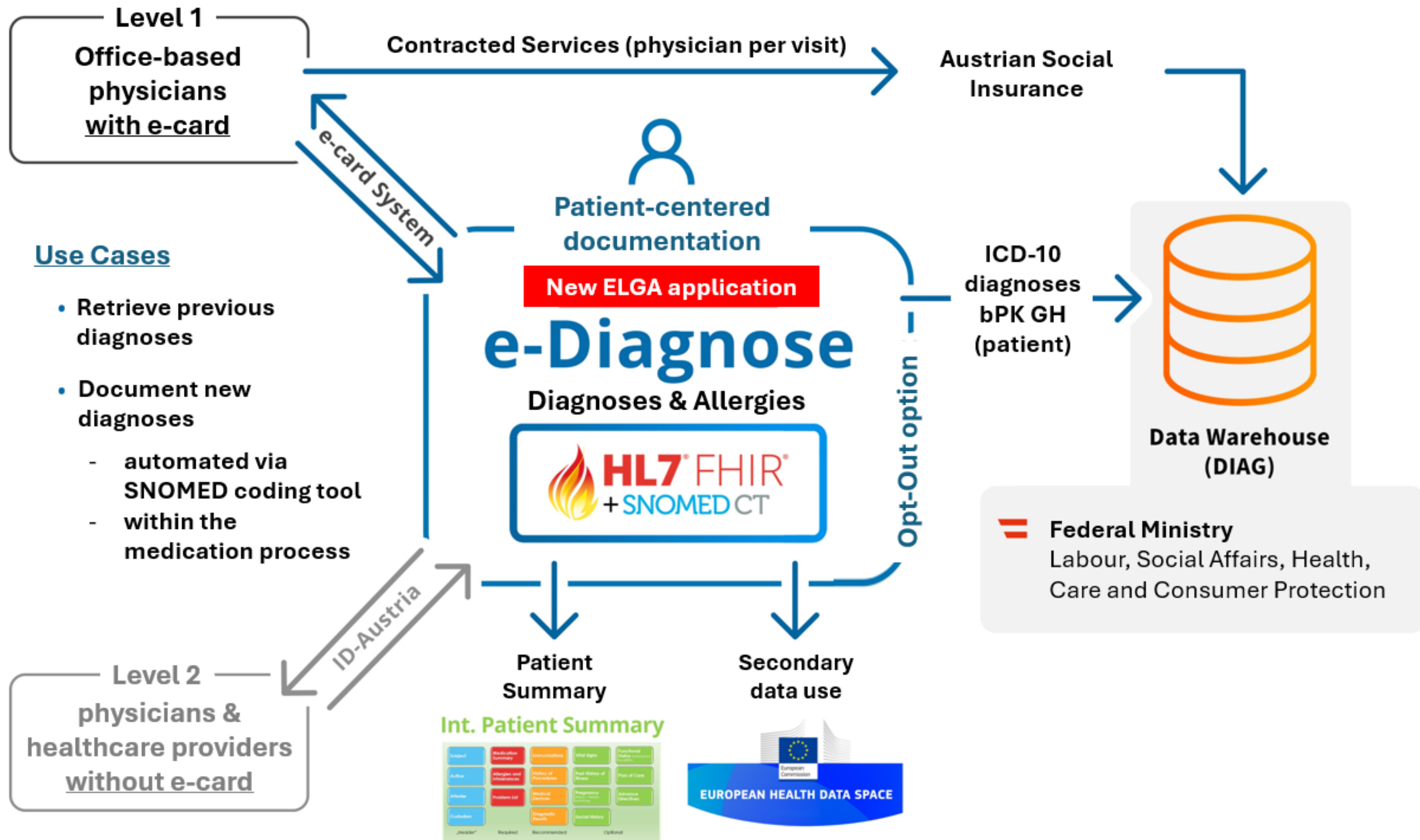
Lösungsvorschlag der Ärzteschaft

Aussetzen der Strafbestimmungen sowie Verlängerung der Pilotphase und stufenweise Einführung der Codierung;

Verbesserung der Usability und keine Mehrfachcodierung

Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte

Gemeinsame Roadmap für e-Diagnose und Patient Summary zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Codierungen



- Diagnosedokumentation EHDS-kompatibel gestalten
- EHDS braucht: einheitliche, patientenzentrierte & klinisch relevante Diagnosedaten
- ICD-10/AMBCO: zu grob, abrechnungsorientiert, nicht EHDS-tauglich
→ Risiko von Doppelarbeit & Ineffizienz
- Lösung: Einführung strukturierter Diagnosedokumentation auf Basis SNOMED CT (e-Diagnose)

<https://www.oegtelemed.at/publikationen/>

POSITIONSPAPIER der ÖG Telemed: European Health Data Space (EHDS)

Update zur EHDS-Verordnung (EU) 2025/327

Stand: 12. Juni 2025



POSITIONSPAPIER zu neuer ELGA-Anwendung e-Diagnose

Konzept für nationales Diagnose- & Allergieverzeichnis mit SNOMED-Terminologie

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit



DR. ALEXANDER MOUSSA

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND
FAMILIENMEDIZIN

LEITER DER ÖÄK - BKNÄ-REFERATE:

- E-HEALTH IN ORDINATIONEN
- PRIMÄRVERSORGUNG UND ÄRZTLICHE
ZUSAMMENARBEITSFORMEN

GENERALSEKRETÄR DER ÖGTELEMED

SEKTIONSOBMANN ALLGEMEINMEDIZIN UND
KASSENÄRZTLICHER REFERENT DER
ÄRZTEKAMMER STEIERMARK

✉ A.MOUSSA@AERZTEKAMMER.AT

© Fotocredit: Schiffer/Ärztelkammer Steiermark

e-Health Codierservice



<https://codierservice.ehealth.gv.at/>



e-Health Codierservice

Pilotbetrieb

 Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Home

Funktionsweise & FAQ

Feedback

Informationen für Softwarehersteller

Beispiel für die Integration des e-Health Codierservice

Pilotbetrieb: Derzeit befindet sich das e-Health Codierservice im Pilotbetrieb, und kann bereits vorab in die Softwaresysteme integriert und genutzt werden.

Seit Mitte Oktober steht das e-Health Codierservice im Pilotbetrieb produktiv unter der bisherigen Anbindung zur Verfügung. Fachlich-terminologisch sind alle Inhalte des Service qualitätsgesichert. Dies ermöglicht Softwareherstellern ab Oktober einen Roll-Out der Softwareprodukte und die freiwillige Verwendung in Ordinationen, während die Funktionalitäten und Suchbegriffe im Codierservice im Hintergrund von der ELGA GmbH in enger Kooperation mit BMASGPK, ÖÄK und Fachgesellschaften laufend erweitert und vervollständigt werden.

Derzeit werden u.a. die lateinische Unfall-Orthodiagnosen erweitert, und eingehendes Feedback eingearbeitet.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen zu Begriffen, welche zusätzlich aufgenommen werden sollen unter Feedback, um diese priorisiert berücksichtigen zu können.

Das e-Health Codierservice befindet sich derzeit im Pilotbetrieb, Begriffe werden laufend ergänzt und überarbeitet.

Allgemeinmedizin

Suchbegriffähnlichstes Synonym anzeigen

Status

Diagnose

Zusatzinformation

SNOMED CT

Orphanet

ICD-10

-

Diagnose eingeben

Version 0.2.24 2026-04-30T11:42:10Z / CS-Proxy 0.2.2 / API 0.2.24 / SNOMED CT AT 20260507-0.8.0

14:33

https://codierservi

Fachrichtung

Suchbegriffähnlichstes Synonym anzeigen

Status

Diagnose eingeben

Keine Ergebnisse gefunden

Diagnose eingeben

Zusatzinformation

Version 0.2.24 2026-04-30T11:42:10Z / CS-Proxy 0.2.2 / API 0.2.24

e-Health Codierservice

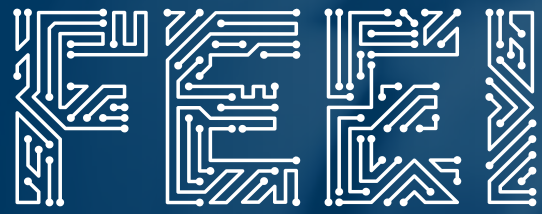
- 1. Tuberkulose: → erstes Zeichen des ICD-10 Code
- 2. Akute Mittelohrentzündung → erstes Zeichen des ICD-10 Code
- 3. Alkoholismus → erstes Zeichen des ICD-10 Code

Status	Diagnose	Zusatzinformation	SNOMED CT	Orphanet	ICD-10	
-	Tuberkulose		56717001	3389	A16.9 Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen oder histologischen Sicherung	
-	Akute Mittelohrentzündung		3110003	-	H66.9 Otitis media, nicht näher bezeichnet	
-	Alkoholismus		7200002	-	F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	

A H F

Gerhard Stimac

Sprecher der Plattform für Digitale Gesundheit – Ein Netzwerkpartner des FEEI



Fachverband der
Elektro- und
Elektronikindustrie

#EEInabling the future



Plattform für Digitale Gesundheit

Privatwirtschaft als Treiber für digitalen Fortschritt und Innovation

In der **FEEI - Plattform für Digitale Gesundheit (FEEI PDG)** - ein Netzwerkpartner des FEEI - Fachverbands der Elektro- und Elektronikindustrie - sind jene Unternehmen mit marktrelevanter Bedeutung organisiert, die in **Österreich Infrastrukturlösungen** und **Software** für den **Gesundheitsbereich** erstellen.

Ihre Kernkompetenz ist die **Digitalisierung** im öffentlichen wie im **privaten Gesundheitssektor**. Sie leisten damit einen **unverzichtbaren, systemrelevanten** Beitrag zum **effizienten** Umgang mit **medizinischen** und **administrativen Daten** im **Gesundheitswesen**. Dabei entwickeln sie nicht nur die notwendigen Softwarelösungen – sie implementieren, betreiben und warten diese für ihre Kunden.

Unsere Mitglieder

Ihre Ansprechpartner für Softwarelösungen im Gesundheitswesen

- Unsere Mitgliedsunternehmen decken mehr als 75 % des Marktes ab.



Diagnose-Codierung in der Praxis-Software

*Privatwirtschaft als Treiber für digitalen
Fortschritt und Innovation*

Umsetzung in der Praxis

Herausforderungen

- 8 Monate Zeit, von Veröffentlichung der Schnittstellenbeschreibung bis Start Rollout
- Weitreichende Anpassungen von Erfassung der Diagnosen bis hin zur Abrechnung
- Neuentwicklung der Wahlpartner:innen-Schnittstelle zur Datenübermittlung an den DVSV
- Herausfordernder Start im Dezember 2025 mit einigen zentralen Anlaufschwierigkeiten
- Keine ausreichende Pilotphase (diese wurde kurzfristig im 1. Halbjahr 2026 etabliert)
- Spannungsfeld: Ärztekammer – Ministerium – Sozialversicherung

Umsetzung in der Praxis

Präsentation 3 Praxis-Softwareprodukte (Video)

- *Suche mittels e-Health-Codierservice*
- *Erfassung von Kürzel und ICD-10-Codes*
- *Nutzung von Vorlagen für häufige Kombinationen*
- *Eingabe von Attributen (Zustand nach / Verdacht auf)*
- *Verwenden vorhandener Diagnosen (automatisierte Codierung)*

www.eHealth-Roadmap.at

DIGITALISIERUNG DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS





Gerhard Stimac

SPRECHER PDG

Seit 34 Jahren in der eHealth-Branche in geschäftsführenden Positionen tätig.

 stimac@digitalegesundheit.at

 +43 664 2402953

 PDG

Leitfragen

- Wie gelingt eine qualitativ hochwertige **strukturierte Datenerfassung ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand**?
- Welche technischen und terminologischen **Voraussetzungen** braucht eine **sektorenübergreifende Gesundheitsdatenplattform**, auch unter Berücksichtigung von Standards und weiteren standardisierten Terminologien?
- Wie lässt sich das Prinzip „**Just code once**“ entlang des gesamten Versorgungspfades umsetzen?
- Welche datenschutzrechtlichen und organisatorischen **Rahmenbedingungen** sind nötig, um **Vertrauen und Akzeptanz** in zentrale Datenplattformen zu schaffen?

Checkliste Gesundheitsreform



QR-Code zur Event-App

Was muss eine Checkliste Gesundheitsreform beinhalten,
um die Ideen aus diesem Workshop umsetzen?

*Was soll es unbedingt geben?
Was darf es nicht mehr geben?*

Workshop 2

Datenrevolution – codieren, sortieren, anwenden

29.05.2026 | 15:30 – 17:30 Uhr | Saal Stoder – Sporthotel Royer

Moderation: Günter Rauchegger

