

# 01.

## Digital Health



## IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: [umsetzen@praevenire.at](mailto:umsetzen@praevenire.at); [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at) | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel.: 01/402 13 41-0, Fax: 01/402 13 41-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, [b.hattinger@perichange.at](mailto:b.hattinger@perichange.at) | Projektteam: Damir Bilali, Kathrin Unterholzner  
Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Prof. Dr. Reinhard Riedl, Katrin Martinkovich | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH, Grafik: Andrea Zimmer, Illustration Umschlag: Josefine Fuchs | Lektorat: Lisa Türk, BA | Fotocredit: Peter Provaznik, Flo Hanatschek | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, Stockerau | 1. Auflage: 500 Stück | [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at)

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber oft nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 15.04.2022

© 2022 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



SAVE THE DATE



**8. PRAEVENIRE  
Gesundheitstage**  
*im Stift Seitenstetten*

**24.—26.  
MAI 2023**

# 01. Digital Health

» Gesundheitsapps in die integrierte Versorgung einbinden «

## 01.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✔ Die Nutzung **der persönlichen Gesundheitsdaten** für eine bessere Gesundheitsversorgung der Menschen konsequent fördern und dafür die Gesundheitsfachpersonen ins Lösungsdesign miteinbeziehen.
- ✔ Eine **wissenschaftliche Sekundärnutzung** von anonymisierten Gesundheitsdaten umfassend ermöglichen, um die evidenzbasierte Medizin voranzubringen.
- ✔ Die Patientinnen und Patienten über ihre Gesundheitsdaten **verständlich informieren**, in die Weiterentwicklung der Datennutzung miteinbeziehen und existierende Mythen in einfacher Sprache entkräften.
- ✔ Die bestehenden intramuralen und extramuralen **Datenuniversen integrieren**, um zukünftig eine individuell maßgeschneiderte Therapie zu ermöglichen.
- ✔ Die Zusammenarbeit zwischen Medizin, öffentlichen Institutionen, existierender Industrie, Start-ups, Hochschulen und Zivilgesellschaft gezielt fördern, um das **Innovationsökosystem des Gesundheitswesens** zu stärken.
- ✔ Die **digitale Gesundheitsversorgung** als gesetzlich garantierten Anspruch der Menschen für erprobte Angebote verankern – z. B. für Telemedizin, e-Rezept und telefonische Krankmeldung – und weitere Möglichkeiten zeitnahe zu evaluieren.
- ✔ Eine **Expertenkommission** einrichten, welche den Nutzen von CE-zertifizierten Gesundheitsapps nach einem klar strukturierten Prozess evaluiert und Empfehlungen für deren Einsatz und dessen Finanzierung ausspricht.
- ✔ Österreichweite **digitale Expertenboards** installieren, die bei Problemfällen die Therapieentscheidung für alle Österreicher auf die gleiche Weise fällen!

## 01.2 IM FOKUS

Die drei Maximen des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) zu Digital Health behalten ihre Gültigkeit. Sie sollten allerdings nicht getrennt voneinander betrachtet, sondern gemeinsam umgesetzt werden.

1. Entscheider Mensch stärken: einerseits Patientinnen und Patienten, andererseits die Gesundheitsfachpersonen
2. Zugang zu Daten ermöglichen: insbesondere um Vorsorge und Behandlung von Patientinnen und Patienten zu verbessern und die Forschung zu unterstützen
3. Kollaborationen kreieren: zwischen Gesundheitscommunity und Techcommunity

Wir haben für die gemeinsame Umsetzung der drei Maximen priorisierte Handlungsfelder identifiziert:

- die informationsbasierte Versorgungspraxis
- die Aktivierung der Selbstverantwortung und
- die breite Aufklärung und Diskussion.

AUTOR: PROF. DR. REINHARD RIEDL

## 01.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

### I. Informationsbasierte Versorgungspraxis

Ein Handlungsfeld, das alle drei Perspektiven zusammenführt respektive verlangt, ist die **informationsbasierte Versorgungspraxis** – von der personalisierten Unterstützung der Vorsorge über Diagnose, Therapie und Rehabilitation bis zur Nachsorge. In allen „Stationen der Gesundheitsversorgung“ ist die **Nutzung digitaler Gesundheitsdaten** häufig notwendig, **um eine gute Versorgungsqualität zu erzielen.**

Entscheidung können zwar in der Regel nicht allein basierend auf digitalen Daten getroffen werden, aber digitale Daten liefern meist einen unverzichtbaren Teil der benötigten Information – inklusive digitaler Daten **aus früheren Behandlungen** und, wo vorhanden, **aus dem gesundheitlichen Selbstmanagement** der Patientinnen und Patienten. Gerade bei Erkrankungen oder Krankheitsrisiken, welche die Lebensqualität wesentlich einschränken oder gar lebensbedrohlich sind, stellen die Informationen aus den digital geführten Gesundheitsakten **eine wesentliche Ressource** dar, welche den Behandlungserfolg respektive die Vorsorge wesentlich verbessert oder zumindest sehr viel Zeit und Geld einspart. [1]

Die **Nutzungsmöglichkeiten** und der Nutzen von digitalen Gesundheitsdaten sind vielfältig. Gibt es historische Daten zu den Bildaufnahmen von einzelnen Organen, so sind aktuelle Aufnahmen viel schneller richtig interpretierbar. Sind kürzlich gemachte Aufnahmen verfügbar, können Neuaufnahmen oft eingespart und Diagnoseentscheidungen schneller getroffen werden. Ist es möglich, sich einfach und schnell einen Überblick über frühere Diagnosen zu verschaffen, so werden Risiken seltener übersehen respektive schneller erkannt, und die Untersuchungen können zielgerichteter geplant werden – mit dem Resultat, dass früher mit einer zutreffenden Therapie begonnen werden kann.

In den skizzierten und vielen anderen Fällen profitieren die **Gesundheitsfachpersonen** direkt von der unkomplizierten und schnellen Verfügbarkeit der digitalen Daten, da sie damit ihre Arbeit besser machen können. Sie werden dazu **befähigt**, den Patientinnen und Patienten **schneller, zielgerichteter und präziser zu helfen.** Logischerweise sind indirekt die Patientinnen

und Patienten die Nutznießerinnen bzw. Nutznießer. Ihnen wird **bedarfsgerechter und wirksamer** geholfen. Überall dort, wo auch ihnen der einfache Zugang zu ihren digitalen Gesundheitsdaten ermöglicht wird, profitieren sie ebenso direkt. Sie können sich **aktiver um ihre Gesundheit kümmern**, da sie **besser informiert** sind und können aktiv zur Qualitätskontrolle beitragen, wenn sie das Fehlen von Daten oder offensichtlich fehlerhafte Daten erkennen und den behandelnden Gesundheitsfachpersonen kommunizieren. Ein Problem dabei sind allerdings die **Situationsasymmetrie** und der **partiell diffuse Nutzen**. In Situationen, in denen ohne digitale Daten adäquate Therapieentscheidungen getroffen werden können, müssen trotzdem Daten digital gesammelt werden, sodass sie in anderen Situationen, in denen sie eine kritische Rolle spielen, auch verfügbar sind. Oft ist auch der **Vorteil** des Zugriffs auf digitale Daten gegenüber einer nichtdigitalen Informationsbeschaffung unklar, insbesondere dann, wenn der Zugriff auf die digitalen Daten nicht **benutzerfreundlich** gestaltet wird, das heißt, wenn das Zugreifen auf die Daten nicht positiv erlebt wird. Man spricht im letzteren Fall von einer **niedrigen „User Experience“ (UX)**, kurz von einer „schlechten UX“. Wegen dieser Probleme wird in Österreich ELGA kaum genutzt. Es werden auch zu wenig Daten in ELGA eingespeist. In der Folge werden verfügbare Informationen bei Entscheidungen der Gesundheitsfachpersonen nicht berücksichtigt und teilweise wird für eine neuerliche Erhebung dieser bereits vorhandenen Informationen viel Zeit und Geld aufgewendet. Das Ergebnis ist eine suboptimale Versorgung. Das Engagement der Gesundheitsfachpersonen trägt nicht die Früchte, die es tragen könnte, die Patientinnen und Patienten werden schlechter versorgt, als möglich wäre, und die Kosten sind höher als notwendig.

Diese unerfreuliche Situation kann nur überwunden werden, wenn **ELGA zum Leben erweckt** wird, indem alle drei Maximen des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) befolgt werden. Das heißt, wenn die Nutzerinnen und Nutzer von ELGA eine zentrale Rolle spielen, der Zugang zu vorhandenen Informationen mit zusätzlichen Investitionen wesentlich verbessert wird und wenn eine enge **Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen und Software-**

**entwicklerinnen und -entwicklern** dafür sorgt, dass die bislang fehlenden Applikationen so gebaut werden, dass sie **den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen**.

Immer mehr zeigt sich nämlich, dass ELGA zwar eine **gute Infrastruktur** darstellt, **aber der Zugang** zu dieser Infrastruktur völlig **unzureichend implementiert** wurde – und zwar sowohl für das Einspeisen als auch für das Beziehen von Daten! **User Experience** ist ein Fremdwort. Es fehlen **situativ designte Benutzerschnittstellen**, welche einen **einfachen Zugriff auf die Daten** unterstützen. In mindestens einem Einzelfall ist die Benutzerschnittstelle sogar funktional falsch implementiert worden, sodass Medikationen von der Software verändert wurden. Mit **einigen Investitionen und besserer Qualitätskontrolle** für die Software könnte dieser Zugriff in 85 bis 95 Prozent aller heutigen Nutzungssituationen so ermöglicht werden, dass **Nutzerinnen und Nutzer einfach und ohne großen Lernaufwand die Daten nutzen könnten**, welche über ELGA verfügbar sind. Mit Werkzeugen, die unter anderem auch **Maschinenintelligenz nutzen**, könnte zudem der Zeitaufwand für das Einspeisen von Daten in ELGA wesentlich reduziert werden.

Entscheidend ist dabei, dass jede Nutzerin und jeder Nutzer von ELGA und den ELGA-Zugriffsprogrammen – dies sind vor allem aber nicht nur Ärztinnen und Ärzte – **darauf vertrauen kann, dass das „System ELGA plus“ funktioniert**. Dies betrifft sowohl den Inhalt der angezeigten oder geteilten Informationen als auch die Verfügbarkeit des Systems (und den Schutz vor unberechtigten Zu- und Eingriffen). **Systemabstürze von ELGA dürfen die Versorgung kranker Menschen nicht erschweren**. Informationen müssen von der Software korrekt transportiert werden.

Mit einem zuverlässig funktionierenden „Gesamtsystem ELGA plus“ verbliebe den Gesundheitsfachpersonen **mehr Zeit für das Gespräch** mit Patientinnen und Patienten über deren **subjektive Befindlichkeit** und eventuelle Schwierigkeiten mit der **Therapietreue** respektive den empfohlenen **Vorsorgemaßnahmen** sowie für die **Reflexion** des Falls. Gleichzeitig würde die **Qualität der Beschaffung und Bewertung der Patientendaten steigen**, da ja deren Beschaffung weniger Mühsal macht.

Aber auch die **Patientinnen und Patienten** bekämen die **Möglichkeit, ihre Daten zu sehen**, sich **ein zusätz-**

**liches Bild über ihre Situation zu machen** und auch zu identifizieren, wo Daten nicht in ELGA eingepflegt werden. So könnten sie **erkennen, wo Informationslücken entstehen** und die behandelnden Gesundheitsfachpersonen darauf hinweisen. Damit würden sie auch **aktiv in die Datenpflege involviert** und hätten auch auf dieser Ebene **Anteil an der Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung** für sie selbst. Offen ist allerdings, wie sichergestellt werden kann, dass identifizierte Informationslücken auch geschlossen werden, da dies einen nicht remunerierten Zusatzaufwand auf Seiten der Gesundheitsdienstleister erfordert.

Wenn die Gesundheitsdaten viel umfassender als bisher in ELGA vorhanden wären und der Zugriff jederzeit für die Berechtigten mit hoher UX möglich wäre, würde voraussichtlich die **Nutzung stark zunehmen**. Mit den damit verbundenen **Erfahrungen** könnten die **Benutzerschnittstellen weiter verbessert** werden. Außerdem würden **durch die resultierende höhere Popularität von ELGA neue Nutzungsszenarien** entstehen, die in einem nächsten Schritt auf der Basis der gemachten Erfahrungen ebenfalls mit **weiteren Benutzerschnittstellen** weitgehend abgedeckt werden könnten. Das schrittweise Vorgehen und das Entstehen neuer Nutzungsszenarien, die schrittweise ebenfalls abgedeckt werden, entsprechen dem üblichen Vorgehen und den dabei gemachten Erfahrungen in der digitalen Transformation in anderen Sektoren.

Allerdings verlangt die Umsetzung ein strategisch und taktisch adäquates Vorgehen. Bei der informationsorientierten Gesundheitsversorgung haben wir es mit einer **Nichtstandard-Ausprägung des Henne-Ei-Problems** zu tun, wie sie in komplexen Systemen und insbesondere bei der digitalen Transformation häufig in unterschiedlichsten Varianten anzutreffen ist. Aufgrund der beschriebenen Situationsasymmetrie sind die Herausforderungen größer als bei Standardausprägungen. Umso wichtiger ist es, die vielfältigen Erfahrungen mit solchen Problemen zu nutzen.

Wichtig ist bei der Weiterentwicklung der informationsorientierten Gesundheitsversorgung erstens, dass sich die **Priorisierung der Entwicklung** von besseren Benutzerschnittstellen **nach dem generierten Nutzen für die Gesundheitsversorgung richtet**. Dieser Nutzen ist kein abstrakter, sondern er resultiert daraus, dass in konkreten, häufig wiederkehrenden Situationen entweder Zeit eingespart oder ein umfassenderer

Zugang zu Informationen ermöglicht wird, welche für Vorsorgeplanung, Diagnose, Therapieentscheide, Therapiemonitoring, Gestaltung und Monitoring der Rehabilitation und Nachsorge wichtig sind.

Wichtig ist zweitens, dass bei der Umsetzung **Fachexpertise, State-of-the-Art in der technischen Expertise und Kenntnis der Nutzungssituation zusammenkommen**, eine **datenschutzkonforme Messung des Nutzungsverhaltens** mit implementiert wird und beim **Design der Software das zukünftige Redesign mitgedacht** wird. So selbstverständlich all dies scheint, so selten war es bisher der Fall. In gewisser Hinsicht widerspricht es auch der Logik der Medizintechnik, welche durch aufwendige **teure Zertifizierungsprozesse** geprägt wird und deshalb inkompatibel mit Design for Redesign scheint.

Wichtig ist drittens, dass die **Kommunikation über ELGA wesentlich klarer** wird als sie es in der Vergangenheit war. Bislang sind weder **Ziel und Zweck** von ELGA noch **inhaltlicher Umfang** von ELGA und dazugehörigen **Standards** sowie die **Abgrenzung der Funktionalität** den Stakeholdern breit bekannt. In Bezug auf Umfang und Abgrenzung fehlt das Fachwissen. In Bezug auf Ziel und Zwecks gibt es divergierende Meinungen. Dies gilt nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern insbesondere auch für Gesundheitsfachpersonen.

Eine zu große Anzahl von Ärztinnen und Ärzten betrachtet ELGA als verstecktes Kontrollinstrument für ihre Arbeit. Andere sehen ELGA als Teil eines langfristigen Transparenzprogramms, das ärztliche Arbeitszeit vom Behandeln von Patientinnen und Patienten zum Schreiben von Berichten umverteilen will, oder unterstellen sogar, dass es um eine Bürokratisierung ärztlicher Tätigkeit, das heißt um ein Angleichen der medizinischen Versorgung an die Arbeit der öffentlichen Verwaltung, geht. Natürlich gibt es auch viele Ärztinnen und Ärzte, die ELGA als Instrument der informationsbasierten Versorgung wahrnehmen, aber von diesen zweifeln viele, dass dies ernsthaft gewollt ist. Wieder andere sehen den Zweck in der Schaffung von Datengrundlagen für die wissenschaftliche und kommerzielle Forschung oder für die informationsbasierte Gesundheitsplanung. Und einige betrachten ELGA als Instrument der Digitalisierung, der sie ein gewisses Maß an Selbstzweck zustimmend oder ablehnend unterstellen.

Vielen mag die Vieldeutigkeit von ELGA als besondere Chance erscheinen, aber die Erfahrung zeigt, dass der „Vorteil der Vieldeutigkeit“ eher eine Sichtweise in der ökonomischen Forschung zur Informatik und in der Anthropologie ist als ein praktischer Vorteil. Langfristig sind vielseitige Nutzungsmöglichkeiten in offenen Systemen von Vorteil – in klar begrenzten Systemen wirken sie dagegen kurz- bis mittelfristig eher blockierend. Das Problem im Fall von ELGA liegt darin, dass es einerseits die **Bereitschaft zur gemeinsamen Nutzung** braucht und andererseits viele Nutzungsmöglichkeiten von einzelnen Stakeholdergruppen als diffus gefährlich wahrgenommen werden – ähnlich wie die COVID-19-Impfung. Missbräuchliche Nutzungen sind vorstellbar, fehlerhafte Nutzung mit potenziellen Gefahren ist sogar erlebbar. In dieser komplexen Gemengelage aus hoher Heterogenität in Bezug auf Zielwahrnehmung, Fachwissen und eigene praktische Erfahrung wäre es sinnvoll, erstens **Klarheit über die Ziele zu schaffen**, zweitens die **Wissensverbreitung zu fördern** und drittens **ELGA zu einem zentralen Teil der praktischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen zu machen**.

### Handlungsempfehlung

1. Es sollte **von Seiten der Politik eine klare Zielerklärung** geben, sinnvollerweise in Form eines gemeinsamen Statements verschiedener Institutionen, welches auf Kürze und Verständlichkeit setzt und keine Hintertüren für Neuinterpretationen öffnet.
2. Die **praktischen Probleme** sollten im Umgang mit ELGA qualitativ und quantitativ empirisch erhoben, **ausgewertet und technisch behoben** werden. Der Stand dieser Arbeit sollte transparent kommuniziert werden.
3. Ein Programm sollte aufgesetzt werden, um die wichtigsten **Benutzerschnittstellen** zu entwickeln. Der Staat als Akteur kann über seine Institutionen diese Aufgaben entweder selbst durchführen oder beispielsweise einen Wettbewerb für fertige Lösungen ausschreiben.
4. Der **Umgang mit ELGA** sollte **in allen Ausbildungsstellen** zu Gesundheitsberufen praktisch vermittelt werden. Der Verzicht auf ein solches Programm und das Warten auf entstehende Marktlösungen beinhaltet hingegen die Gefahr, dass ELGA 2030 ähnlich wenig genutzt wird wie heute.

## II. Aktivierung der Selbstverantwortung

Die Praxis der Nutzung der Gesundheitsversorgung ist heute geprägt vom Prinzip der Reparaturmedizin. Dies impliziert nicht nur, dass die Vorsorge weitgehend vernachlässigt wird, sondern auch, dass Patientinnen und Patienten eine eher passive Rolle bei der Therapie spielen. Häufig unterlaufen sie diese sogar durch fehlende Therapietreue, sobald ihre subjektiven Beschwerden abnehmen. Für letzteres Problem, die fehlende „Adherence“, gibt es viele mögliche Ursachen. Neben Nachlässigkeit, Ängsten, emotionaler oder kultureller Verweigerung, Fake News aus dem Internet oder fehlendem Gesundheitsgrundwissen auf Seite der Patientinnen und Patienten kann im Einzelfall unter anderem ungenügende Kommunikation seitens der Gesundheitsfachpersonen – zu wenig, beziehungsweise inhaltlich oder emotional nicht adressatengerecht – Ursache dafür sein, dass Patientinnen und Patienten nur eingeschränkt an ihrer Therapie teilnehmen. Darüber übt bisweilen unbewusst, oder auch bewusst, das soziale Umfeld einen therapiefeindlichen Einfluss aus. Fallweise gibt es sogar Druck von beruflich Vorgesetzten, sich nicht an Therapievorgaben zu halten, wenn sich diese weigern, ärztliche Empfehlungen zu respektieren,

Die digitale Transformation unserer Gesellschaft hat die Situation eher verschlimmert. Sie demokratisiert die Informationsverbreitung und den Informationszugang. Dies hat neben sehr vielfältigen positiven Effekten auch unerfreuliche Nebeneffekte. Zu Letzteren zählen die Möglichkeiten, fachlich sinnfreie bis gesundheitlich gefährliche Heiltheorien zu verbreiten. Zudem ist die „Demokratisierung des Informationszugangs“ nur relativ. Der Zugang zu mehr und besserer Information ist zwar grundsätzlich von Nutzen, aber für Patientinnen und Patienten ohne Fachwissen oft auch illusionär. Spezialinformationen sind mit einfacher Google-Suche meist nicht auffindbar, dafür stolpert man schnell über „Quatschinformationen“. Das Ergebnis ist unter anderem, dass die **Kommunikationsanforderungen der Patientinnen und Patienten heute viel unterschiedlicher sind als früher.**

Allerdings bietet die digitale Transformation auch Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten mittels fachlich kompetent entwickelter Apps dazu zu **befähigen, sich zielgerichtet und aktiv um ihre Gesundheit zu kümmern.** Im besten Fall bieten solche Apps ein hervorragendes Nutzungserlebnis in den für Patientinnen und

Patienten relevanten Situationen, basieren auf einem fachlich zutreffenden Informationsmodell und gestalten die Interaktion so, dass **gesundheitlicher Nutzen** daraus resultiert. Dieser Nutzen kann sehr vielfältig sein, je nach Design der App:

- Aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit, respektive der Erkrankung → verbesserte Heilungschancen respektive höhere Wirksamkeit der Prävention oder eines Monitorings
- Eine nicht-menschliche, nichtsdestotrotz als hilfreich wahrgenommene emotionale Begleitung durch die Therapie in Form eines digitalen Ansprechpartners → Reduktion der Belastungssituation durch die Krankheit
- Höhere Aufmerksamkeit für die eigenen Aufgaben in der Therapie und bessere Präsenz respektive weniger Vergessen der Informationen aus dem Gespräch mit der Gesundheitsfachperson → höhere Therapietreue
- Sammeln von Messdaten und subjektiven Befindlichkeitsinformationen, welche für Patientinnen und Patienten wie für behandelnde Gesundheitsfachpersonen einen guten Überblick über die Entwicklung zwischen zwei Behandlungsterminen liefern → besser informierte und deshalb zielgerichtetere Behandlung, respektive auch weniger notwendige Behandlungstermine
- Hilfeleistung in akuten Notsituationen, in denen kein Zugang zu einer Fachperson möglich ist → emotionale Entlastung und vertrauenswürdig-vernünftige Informationen, welche zu adäquaten Reaktionen animieren

Ein entscheidender Aspekt ist hierbei, dass Apps nicht universelle Dienste bieten, wie beispielsweise die Google-Suchmaschine, sondern **auf einen beschränkten Kontext zugeschnitten** sind. In diesem Kontext lassen sie zusätzlich auch eine wesentlich effektivere **Personalisierung** auf der Basis der von ihnen gesammelten Daten zu. Das Datensammeln der Suchmaschinen ist zwar umfassender und ebenfalls weitgehend personenbezogen aber die Suchdaten sind semantisch viel unklarer als kontextspezifisch von Apps gesammelte Daten.

Ein zweiter entscheidender Aspekt ist, dass Apps die **Beziehung und die Kommunikation zu den behandelnden Gesundheitsfachpersonen positiv gestalten** können – dann nämlich, wenn die gesammelten

Informationen den behandelnden Gesundheitsfachpersonen inklusive Chronologie zur Verfügung gestellt werden. In der Folge gehen wichtige Informationen nicht verloren, Patientinnen und Patienten können sich selbst besser erinnern und die Gesundheitsfachpersonen können viel gezielter nachfragen.

Allerdings bestehen im Alltag vor allem die Probleme, dass erstens die **Apps** optimal für die skizzierten Nutzenziele **gestaltet** werden müssen, dass zweitens das Entwickeln, Betreiben und Weiterentwickeln der Apps **rentabel** sein muss, respektive Apps zu zusätzlichen Kosten für Patientinnen und Patienten führen, dass drittens die richtigen Apps **ausgewählt** werden müssen, sinnvollerweise gemeinsam von Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen, Patienten, dass viertens dadurch ein Zusatzaufwand für Gesundheitsfachpersonen entsteht, bei dem nicht klar ist, ob er durch andere Einsparung kompensiert wird – im Allgemeinen eher nicht – und der bislang nicht **remunert** wird, und dass fünftens das Gesundheitssystem als Ganzes nicht dafür **bereit** ist. Es ist unklar, wie Evidenz für die Wirksamkeit von Apps geschaffen werden kann, wie die Finanzierung der entstehenden Kosten geschehen soll und wie die Gesundheitsfachpersonen in der Ausbildung – oder Weiterbildung – für die Nutzung dieser neuen Technologie vorbereitet werden können.

Ein kritisches Problem liegt in der **neuen Funktionsweise und den neuen Entwicklungsmethoden von Apps**. Sie funktionieren anders als medizinische Geräte oder Medikamente und ihre Entwicklung geschieht in einer eigenen Entwicklerkultur, welche sich von der Unternehmenskultur in der Gerätemedizin und der pharmazeutischen Industrie grundlegend unterscheidet. Hier müssen neue adäquate Methoden der Qualitätskontrolle entwickelt werden, welche von der Nutzungssituation als „individuell genutzte persönliche Werkzeuge zur Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit respektive Krankheit“ ausgehen. Apps sollen die kompetente Betreuung durch Gesundheitsfachpersonen nicht ersetzen, sondern ergänzen und ethischen Grundsätzen entsprechen. Die Ansprüche sollten aber nicht so hoch formuliert sein, dass qualitätskontrollierte Apps auf dem Markt keine Chancen gegen unkontrollierte Apps besitzen.

Ein weiteres Problem liegt in der **unübersichtlichen Vielfalt** von Apps. Es ist notwendig, durch entsprechendes Kuratieren die richtige Auswahl zu unterstüt-

zen. Gerade wenn beispielsweise Ärztinnen und Ärzte im Therapiegespräch die Informationen nutzen wollen, müssen diese in standardisierter, vertrauenswürdiger und in ELGA einfach integrierbarer Form vorhanden sein. Aus Akzeptanzgründen muss weiters ein maximaler Datenschutz gewährleistet sein. Zudem braucht es Auswahlhilfen angesichts der Vielfalt von ähnlichen Angeboten. Notwendig erscheint hier eine Form von **koordiniertem Kuratieren** der verfügbaren Apps.

Die **Nutzung von Apps ist Teil des Trends zu Blended Care**, aber die Maturität ist – wie oben skizziert – in diesem Bereich wesentlich kleiner als bei der informationsbasierten Gesundheitsversorgung und konkret der Nutzung digitaler Gesundheitsakten. Wir wissen derzeit zu wenig, um große Programme aufzusetzen. Es ist deshalb nötig – in Übereinstimmung mit Sektoren, in denen die digitale Transformation sehr erfolgreich ist – Experimente durchzuführen und auszuwerten. Diese Experimente sind mit medizinischer Praxis vereinbar, müssen aber in einem klar geregelten Rahmen stattfinden, welcher Qualität, Evaluation und Finanzierung sicherstellt.

### Handlungsempfehlung

Es sollte ein **Programm aufgesetzt werden**, welches **Pilotprojekte** nach den skizzierten Nutzenkriterien fördert und an denen Top-Tech-Entwickler, Gesundheitsfachpersonen und Forschende sowie Spezialistinnen und Spezialisten für Qualitätszertifizierung teilnehmen. Dieses Programm muss **in einem klar geregelten Rahmen** stattfinden und als Output **Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Systems der Gesundheitsversorgung** liefern. [2]

### III. Breite Aufklärung und Diskussion

Es gibt in der Digital Health viele zukunftsweisende Initiativen, die allerdings noch wenig Wirkung entfalten. Von elektronischen Gesundheitsakten über Blended-Care-Praktiken bis zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Diagnose und digitalen Simulationen in der Therapiewahl sind in den letzten Jahren vielversprechende Lösungen entwickelt worden. Und die Entwicklung bleibt nicht stehen. Es entstehen derzeit hoch

interessante neue interdisziplinäre Forschungsfelder, wie beispielsweise die mathematische Onkologie. Es werden neue Fragen aufgeworfen, beispielsweise wie wir mit identifizierten, aber nicht erklärbaren kausalen Zusammenhängen umgehen sollen. Es gibt immer mehr Digital Natives unter den Gesundheitsfachpersonen. Trotzdem **entfaltet Digital Health nicht die Breitenwirkung, welche allein schon die existierenden und erprobten digitalen Werkzeuge ermöglichen** würden. Die systemweite Umsetzung informationsorientierter Gesundheitsversorgung steckt in den Kinderschuhen. Die Aktivierung der Selbstverantwortung befindet sich in einem frühen experimentellen Stadium. Im Labor erfolgreiche KI-Anwendungen schaffen es fast nie in die klinische Forschung. Und der Dialog zwischen Mathematik und Medizin beschränkt sich auf einige wenige Vorreiterprojekte. Wir sollten uns deshalb die kritischen Fragen stellen: Was bremst die Nutzung des Potenzials? Wie können wir Umsetzungsblockaden überwinden?

Bislang werden mit Digital Health sehr unterschiedliche Aspekte und Ziele assoziiert. Der fehlende Konsens darüber, was eigentlich mit Digital Health angestrebt wird, hat den Vorteil, dass sich für viele Optionen bieten, an der Entwicklung der resultierenden Verdienstmöglichkeiten teilzuhaben. Er hat aber auch zwei Nachteile: Es gibt viel Widerstand gegen Digital-Health-Optionen, da man diese als zu wenig zielkongruent betrachtet oder gar als Konkurrenten für die eigenen Ideen. Und es gibt im Durchschnitt wenig Unterstützung für eine Option, da sich die Unterstützung auf viele Optionen aufteilt. Dazu kommt, dass viele Vorschläge entweder zu grundsätzlich sind, um praktisch realisiert zu werden, oder zu wenig Aufmerksamkeit bekommen, um von genügend vielen Entscheiderinnen und Entscheidern verstanden zu werden. Zusätzlich werden neue technische Konzepte temporär gehypt, sodass wichtige Teillösungen als universelle Problemlösungen wahrgenommen werden und den Blick auf das Schaffen der notwendigen Grundlagen verstellen. Viel zu oft bleiben vielversprechende Zukunftsvisionen stecken, da kein kritischer Diskurs zu ihnen entsteht. Sie werden in kleinen Blasen eifrig verfolgt, aber **nie mit Fachwissen konfrontiert, das ihre Defizite erkennt und konstruktive Verbesserungsvorschläge macht**. Der fachliche Community-Diskurs kann aber weder durch das Genie von Vordenkerinnen und Vordenkern noch durch machtpolitisch vielversprechende Kooperationen oder hochprofessionelle Vermarktung ersetzt werden.

Die Gemengelage ist so kleinteilig unübersichtlich, dass auch konkrete, konstruktive Diskussionsbeiträge die Verwirrung eher noch vergrößern. Das schnelle Wachstum der Erkenntnis blockiert aufgrund der fehlenden **Etablierung eines Fundaments** die Weiterentwicklung der Praxis bisweilen mehr, als dass es sie fördert. Das sich zugleich verbreiternde und vertiefende Wissen vergrößert zudem die Gräben zwischen spezialisierten Expertinnen und Experten einerseits und den Entscheidungsträgerinnen und -trägern andererseits.

Die Situation würde wesentlich verbessert, wenn es gelänge, einen **klaren Rahmen für das praktische Handeln abzustecken**, innerhalb dessen **Ziele und Begrifflichkeiten geklärt** sind. Dies würde einen Begriff mit offener Semantik außerhalb dieses Rahmens nicht ausschließen, würde die **freie Diskursentwicklung** nicht blockieren, würde aber innerhalb des Rahmens einen zielgerichteten ambiguitätsarmen Diskurs ermöglichen, der **auf konkrete Umsetzungen ausgerichtet** ist.

Eine solche **Begriffsklärung** würde nicht die Notwendigkeit ersetzen, unterschiedliche **Adressatengruppen bedarfsorientiert abzuholen**. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten nehmen Aspekte der digitalen Transformation unterschiedlich wahr, weshalb das Prinzip „One-Communication-Fits-All“ auch auf Basis einer Begriffsklärung nicht funktioniert. Es wäre allerdings viel einfacher, auch in der auf Stakeholder spezialisierten Kommunikation **einheitliche Vermittlungspraktiken zu etablieren** und dementsprechend mit weniger Aufwand trotzdem erfolgreicher als bisher zu kommunizieren.

Weitergehend würde eine **breite Aufklärung** möglich, welche sich insbesondere auch an Schulkinder sowie an Studierende richten sollte – beides digitalaffine Gruppen, die überdurchschnittlich neugierig und begeisterungsfähig sind. Selbstverständlich sollten Lehrpersonen auf allen Ebenen geeignet geschult werden, sodass sie ihre Vermittlungsaufgaben wahrnehmen können.

Eine **Vereinheitlichung der Ziele und Begriffe in einem beschränkten Anwendungsrahmen** kann nur gemeinsam von der Community der Gesundheitsfachberufe, der Tech-Community und der Community der Transformationsexpertinnen und -experten erzielt

werden. Es ist notwendig und von entscheidender Bedeutung, bei der Zielentwicklung die **Stärkung des Entscheiders Mensch im Fokus** zu haben.

Auch der **Zugang zu relevanter Information** für fachlich optimale Entscheide im Gesundheitswesen ist ein naheliegend zentraler Aspekt, wie auch immer er in die Zielformulierung Eingang findet.

### Handlungsempfehlung

Es sollte ein **Multi-Community-Prozess** aufgesetzt werden, um Ziele und Begrifflichkeit für Digital Health zumindest temporär eindeutig zu definieren. Darauf basierend sollten die Digital-Health-Konzepte Schülerinnen und Schülern sowie Studentinnen und Studenten vermittelt werden – mit dem Ziel, dass diese als **Multiplikatoren** das Wissen in der Bevölkerung verbreiten.

[1]-[2] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 01.4 auf der folgenden Seite

#### Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Digital Health



## 01.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

### Ergänzungen und Dissens der Ärztekammer für Wien

**[2]** *Zu II., Handlungsempfehlung:* Es ist dringend ein **Digital Health Board** im Bundesministerium für Gesundheit zu etablieren, in dem alle Stakeholder sowie Userinnen und User gleichberechtigt vertreten sind, in dem alle neuen Projekte vorweg abgestimmt werden und Roll Outs erst erfolgen, wenn Usability und Finanzierung sichergestellt sind.

### Ergänzungen der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA)

**[1]** *Zu I. Informationsbasierte Versorgungspraxis:* Die Ursache des als niedrig wahrgenommenen Nutzens von ELGA liegt aus Sicht der NÖ LGA nicht (ausschließlich) daran, dass der Zugriff auf die digitalen Daten nicht benutzerfreundlich gestaltet ist, sondern ergibt sich auch durch fehlende gesetzliche Grundlagen bzw. zu viele Ausnahmen und zu lange Übergangsfristen in einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems und daher auch durch eine unvollständige digitale Datenbasis.

Eine gesteigerte Nutzung bzw. verbesserte User Experience kann auch durch eine benutzerfreundlichere Datenaufbereitung erreicht werden. Vgl. hierzu z. B. das Konzept der „Patient Summary“, welches innerhalb der NÖ LGA bereits implementiert wird, bei dem aus vorliegenden (strukturierten) ELGA-Daten zu einer Patientin, einem Patienten on demand die für den jeweiligen Anwendungsfall wesentlichsten Informationen extrahiert und übersichtlich dargestellt werden, ohne als Nutzerin, Nutzer alle Dokumente durchsuchen zu müssen. Zur Umsetzung derartiger oder weiterer Konzepte mangelt es aktuell vielfach an der Festlegung verbindlich zu verwendender inhaltlicher Standards sowie gesetzlicher Grundlagen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass aus Sicht der NÖ LGA bereits weitere praxisrelevante Use Cases umsetzbar wären, sofern national die bereits vorhandenen technischen Standards implementiert sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen würden (Bsp.: GDA-übergreifende

Einsicht in medizinische Bild- und Multimediadaten). Die aktive Unterstützung der Weiterentwicklung von ELGA als Rückgrat der nationalen Digital-Health-Umgebung ist ganz wesentlich und erfolgskritisch.

### Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

Aus der intramuralen Perspektive der OÖG muss in den kommenden Jahren im Rahmen der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitssystems auch und insbesondere im intramuralen Sektor eine Entkopplung von Präsenz, Zeit und Raum in der Patientenbehandlung organisiert, umgesetzt und an alle Betroffenen kommuniziert werden.

Die OÖG widmet sich dieser großen Zukunftsaufgabe bereits intensiv und nutzt neue technologische Möglichkeiten in Bereichen wie der Pathologie, der Radiologie und der Versorgung mit Defibrillatoren. Darüber hinaus wird in vielen Bereichen telemedizinisch bereits innerhalb der OÖG und auch mit anderen Spitalsträgern zusammengearbeitet, bekanntestes Beispiel hierfür ist das Oberösterreichische Tumorzentrum.

Telemedizin bietet Optimierungspotenziale unter anderem in den Bereichen Diagnosestellung, Behandlungsqualität und -angebot. Sie wird weiterhin großen Einfluss auf die Prozesse im Gesundheitsbereich haben und kann und soll in diesem Sinne auch zur Sicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung beitragen.

Die Coronapandemie hat zu einer nachhaltigen Beschleunigung des digitalen Transformationsprozesses geführt, der bisweilen bestehende Blockaden aufgehoben und arbeitskulturelle Praktiken rapide geändert hat.

Für die Gesundheitsversorgung der Zukunft ergeben sich im Rahmen der digitalen Transformation auch neue Fragestellungen über Nutzen und Grenzen digitaler Angebote, etwa: Welches Potenzial bietet die Digitalisierung

für die Modernisierung von Aufklärungsgesprächen und wie können der Daten- und Persönlichkeitsschutz dabei gewährleistet bleiben?

Dabei ist ein Faktum der Patientenkommunikation entscheidend: Digital Health wird nicht genutzt werden, um den Patientenkontakt zu digitalisieren und zu entmenschlichen, sondern um Prozesse effizienter und einfacher zu gestalten und damit Zeitressourcen zu öffnen, die vermehrt dort, wo persönlicher Kontakt von besonderer Bedeutung ist, zur Verfügung gestellt werden sollen.

Damit diese Entwicklung im Patienteninteresse gelingen kann, müssen die Gesundheitsdienstleister verstärkt Kompetenzen im Feld der Digital Health vermittelt bekommen, die notwendige und moderne Technik muss zur Verfügung gestellt werden und die neue und sich rasch ändernde Behandlungssituation muss anhand klarer rechtlicher Rahmenbedingungen (bundesweit) gefestigt und verlässlich geklärt werden.

### Ergänzungen des VI Institute

Während der Coronapandemie hat sich die **Telemedizin als wesentlich für die Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung** herausgestellt. Telemedizinische Verfahren, die stark bildbasiert sind, wie etwa die Tele dermatologie<sup>1</sup>, können hier eine Vorreiterrolle einnehmen. Etwa 440 Fälle von Hautkrebs wurden nicht erkannt<sup>2</sup>, da viele Patientinnen und Patienten aus Angst

vor einer Ansteckung ihre hautärztlichen Kontrollen während der Coronajahre nicht einhielten. Damit liegen die Vorteile einer telemedizinischen Betreuung auf der Hand: Eine Videovisite hätte hier einen substanziellen Beitrag zur engmaschigen Kontrolle von Hautveränderungen liefern können.

Die **digitale Arzt-Patientenkommunikation** hat als Ergänzung zur klassischen Konsultation in der Praxis für die Beteiligten den Vorteil, dass die Zeit-Weg-Komponente am Land keine tragende Rolle für die Entscheidung eines Arztbesuches spielt. Zudem kann das Einbinden digitaler Tools und Apps (Foto- und Tagebuchfunktionen von Apps) zu einer vollständigen Erhebung des Krankheitsbildes und somit zu einem problemzentrierten Arzt-Patientengespräch beitragen.

Essenziell für die Implementierung von telemedizinischen Angeboten ist aber die **sichere und durchgehende Ende-zu-Ende-Verschlüsselung** für alle kommunizierten Dateien, Bilder und Texte. DermaVisio<sup>3</sup> ist eine robuste und sichere Plattform, die in Österreich für den europäischen Markt (mit-) entwickelt wurde: Kommt DermaVisio bei Video-Konsultationen zum Einsatz, sind fernmedizinische Behandlungen genauso sicher wie das traditionelle Arztgespräch in den Räumlichkeiten einer Ordination: Es kann nicht ausgelesen werden, welche Informationen übermittelt wurden, nicht einmal, dass eine Konsultation überhaupt stattgefunden hat.

<sup>1</sup> Details vgl. <https://vi-institute.at/technologie/#>

<sup>2</sup> Quelle: Positionspapier der VI Institute GmbH, <https://www.spottedot.org>

<sup>3</sup> vgl. <https://vi-institute.at/technologie/#>



# Handlungsempfehlungen für die Politik

---



---

PRAEVENIRE Weißbuch  
GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

---

Version 2021/22