

# Status von eHealth und ELGA in Oberösterreich



# Ein Bericht des Oberösterreichischen Landesrechnungshofes

## Auskünfte

Oberösterreichischer Landesrechnungshof  
A-4020 Linz, Promenade 31  
Tel.: (+43) 732 7720-11426  
E-Mail: [post@lrh-ooe.at](mailto:post@lrh-ooe.at)  
[www.lrh-ooe.at](http://www.lrh-ooe.at)

## Impressum

### Herausgeber:

Oberösterreichischer Landesrechnungshof  
A-4020 Linz, Promenade 31

### Redaktion:

Oberösterreichischer Landesrechnungshof  
Herausgegeben: Linz, im Oktober 2025

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Kurzfassung .....</b>	<b>1</b>
<b>Gesundheitstelematik-Dienste .....</b>	<b>5</b>
Begriffsdefinitionen .....	5
<b>Rechtlicher Rahmen .....</b>	<b>8</b>
ELGA-Speicherverpflichtungen .....	11
Bis zum 31.12.2024 geltende Speicherverpflichtungen .....	11
Speicherverpflichtungen nach Gesetzesnovelle .....	12
Organisation des Gesundheitswesens.....	14
Zieldefinitionen ELGA/EHEALTH .....	18
Bundes-Zielsteuerungsvertrag.....	19
Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2024 – 2028 .....	21
eHealth-Strategie.....	23
<b>ELGA.....</b>	<b>24</b>
System-Architektur .....	24
Teilnehmende im System/Stand der Implementierung.....	26
Nutzung.....	28
Nutzenpotentiale.....	30
Opt-out Varianten aus ELGA.....	32
Anbindung der Alten- und Pflegeheime der Oö. Sozialhilfeverbände .....	33
Finanzierung .....	35
<b>eHealth.....</b>	<b>37</b>
eRezept .....	37
Tumorzentrum.....	39
Telefonische Gesundheitsberatung 1450.....	40
Gesundheitsportal .....	40
Faxablöse und Kommunikation zwischen den GDAs.....	41
Übermittlung von Abrechnungsdaten.....	42
<b>Zusammenfassung der Empfehlungen.....</b>	<b>43</b>

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Umsetzungspflichten bis 31.12.2024.....	12
Tabelle 2:	Umsetzungspflichten ab 1.7.2025 .....	13
Tabelle 3:	Umsetzungspflichten ab 1.1.2026 .....	13
Tabelle 4:	Umsetzungspflichten ab 1.1.2028 .....	13
Tabelle 5:	Umsetzungspflichten ab 1.1.2030 .....	14
Tabelle 6:	Wesentliche weitere Arbeitsfelder im Themenbereich „Digitalisierung/Daten“ .....	20
Tabelle 7:	Maßnahmen auf Länderebene .....	22
Tabelle 8:	Wesentliche weitere Arbeitsfelder im Themenbereich „Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen“ .....	23
Tabelle 9:	Finanzierung durch Land OÖ .....	36
Abbildung 1:	Organisation auf Bundesebene .....	15
Abbildung 2:	Organisation auf Landesebene .....	16
Abbildung 3:	Die wichtigsten Zieldefinitionen .....	19
Abbildung 4:	ÖGTI-Architektur vereinfacht .....	26
Abbildung 5:	Pflegebegleitschreiben APH 01-04/25.....	29
Abbildung 6:	Inserts ELGA Krankenanstalten.....	30

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS/GLOSSAR

### A

<b>APH</b>	Alten- und Pflegeheim(e)
<b>ApoG</b>	Apothekengesetz, idF BGBl. I Nr. 100/2024
<b>Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens</b>	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, id StF BGBl. I Nr. 2/2025
<b>ÄrzteG 1998</b>	Ärztegesetz 1998, idF BGBl. I Nr. 50/2025
<b>ASVG</b>	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, idF BGBl. I Nr. 50/2025

### B

<b>BRZ GmbH</b>	Bundesrechenzentrum GmbH
<b>Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen</b>	Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, idF BGBl. I Nr. 191/2023
<b>B-ZK</b>	Bundes-Zielsteuerungskommission

### C

<b>CDA</b>	Clinical Document Architecture
<b>COVID-19</b>	Coronavirus-Krankheit 2019: ausgelöst durch den Erreger SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)

### D

<b>DSG</b>	Datenschutzgesetz, idF BGBl. I Nr. 70/2024
------------	--

<b>DSGVO</b>	Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. L, 119/2016
--------------	--

## E

<b>E-Card</b>	Personenbezogene elektronische Sozialversicherungskarte
<b>E-Government</b>	„elektronische Regierung“: Vereinfachung von Arbeitsabläufen und Prozessen im Bereich der Information, Kommunikation und Transaktion innerhalb und zwischen staatlichen Institutionen sowie zwischen der Verwaltung und den Bürger:innen und Unternehmen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
<b>EHDS-Verordnung</b>	Verordnung (EU) 2025/327 über den europäischen Gesundheitsdatenraum sowie zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU und der Verordnung (EU) 2024/2847, ABl. L, 2025/327
<b>eHealth</b>	electronic Health („E-Health“) ist ein Sammelbegriff für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) im Gesundheitsbereich in unterschiedlichen Formen. eHealth kennzeichnet damit die Digitalisierung des Gesundheitswesens und zielt auf eine Effizienzsteigerung bei Gesundheitsdienstleistungen, aber ebenso auf eine bessere Versorgungsqualität von Patient:innen ab.
<b>eHealthV</b>	eHealth-Verordnung, erstmals 2020 erlassen
<b>eHealthV 2025</b>	eHealth-Verordnung 2025, id StF BGBl. II Nr. 11/2025
<b>eHVD</b>	eHealth-Verzeichnisdienst
<b>ELGA</b>	Elektronische Gesundheitsakte
<b>ELGA-VO 2015</b>	ELGA-Verordnung 2015, idF BGBl. II Nr. 11/2025
<b>extramuraler Bereich</b>	Gesundheitsleistungen z. B. in einer Arztpraxis

**F**

<b>Fonds</b>	in diesem Bericht Abkürzung für Oö. Gesundheitsfonds
<b>Fondskrankenanstalten</b>	Krankenanstalten, die über den Oö. Gesundheitsfonds nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung finanziert werden

**G**

<b>GDA</b>	Gesundheitsdiensteanbieter, d. s. Personen und Einrichtungen, die Gesundheitsdienstleistungen wie z. B. eine medizinische Behandlung, Versorgung oder pflegerische Betreuung erbringen oder Patient:innen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen.
<b>GD-VO</b>	Gesundheitsdokumentationsverordnung, id StF BGBl. II Nr. 367/2024
<b>GTelG 2012</b>	Gesundheitstelematikgesetz 2012, idF BGBl. I Nr. 105/2024
<b>GTelV 2013</b>	Gesundheitstelematikverordnung 2013, idF BGBl. II Nr. 11/2025

**H**

<b>HL7</b>	Health Level Seven®International: Organisationsstandards zur Regelung des Austausches von Daten im Gesundheitswesen.
------------	--

**I**

<b>intramuraler Bereich</b>	Gesundheitsleistungen in einer Krankenanstalt
-----------------------------	---

**K**

<b>KAKuG</b>	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, idF BGBl. I Nr. 50/2025
<b>KIS-System</b>	Krankenhausinformationssystem

**L**

<b>LRH</b>	Oö. Landesrechnungshof
------------	------------------------

## N

<b>NIS1-Richtlinie</b>	Richtlinie (EU) 2016/1148 über Maßnahmen zur Gewährleistung eines hohen gemeinsamen Sicherheitsniveaus von Netz- und Informationssystemen in der Union, Abl. L 194/2016
<b>NIS2-Richtlinie</b>	Richtlinie (EU) 2022/2555 über Maßnahmen für ein hohes gemeinsames Cybersicherheitsniveau in der Union, zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 und der Richtlinie (EU) 2018/1972 sowie zur Aufhebung der Richtlinie (EU) 2016/1148, Abl. L, 333/2022

## O

<b>öGTI</b>	öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur: Gesundheitstelematikinfrastruktur, die unter eigener Verantwortung bzw. im Auftrag von Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet oder betrieben werden
<b>Oö. KAG</b>	Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, idF LGBl. Nr. 64/2025
<b>Oö. LRHG 2013</b>	Oö. Landesrechnungshofgesetz 2013, idF LGBl. Nr. 64/2025
<b>ÖZVV</b>	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

## S

<b>SHV</b>	Sozialhilfeverband
<b>Sozialministerium</b>	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
<b>SV</b>	Sozialversicherung

## V

<b>VUG 2024</b>	Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, idF BGBl. I Nr. 191/2023
-----------------	--

## Z

<b>ZÄG</b>	Zahnärztegesetz, idF BGBl. I Nr. 191/2023
------------	---

# STATUS VON EHEALTH UND ELGA IN OBERÖSTERREICH

## Geprüfte Stellen:

Direktion Soziales und Gesundheit

Oö. Gesundheitsfonds

Oberösterreichische Gesundheitsholding

Mit Vertreter:innen folgender Institutionen wurden Informationsgespräche geführt:

Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH, Konvent der Barmherzigen Brüder Linz, Tumorzentrum Oberösterreich, Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Oberösterreich, Sozialhilfverband Perg, Alten- und Pflegeheim Peuerbach, Ärztekammer für Oberösterreich, Dachverband der Sozialversicherungsträger, ELGA GmbH, Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Landesbedienstete

## Prüfungszeitraum:

4. Februar bis 17. Juli 2025

## Rechtliche Grundlage:

Initiativprüfung im Sinne des § 4 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 3 des Oö. LRHG 2013 idgF

## Prüfungsgegenstand und -ziel:

Im Jahr 2013 prüfte der LRH erstmalig die eHealth-Strategie des Landes OÖ, wobei der Schwerpunkt der Prüfung auf der Umsetzung der eHealth-Strategie durch die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG lag. Später wurde die Betriebsführung des „ELGA-Bereich Oberösterreich“ in eine Organisationseinheit des Landes OÖ (Abt. Informationstechnologie) verlagert und 2021 zurück in die OÖ Gesundheitsholding GmbH (Rechtsnachfolgerin der Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG) übertragen. Diese Prüfung gibt einen Überblick über den aktuellen Status der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte und von eHealth-Projekten in OÖ.

## Prüfungsergebnis:

Das vorläufige Ergebnis der Prüfung wurde den geprüften Stellen gemäß § 6 Abs. 5 LRHG 2013 am 1. September 2025 zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme übermittelt.

Die Stellungnahme der Direktion Gesundheit vom 9. Oktober 2025 ist dem Bericht des LRH angeschlossen. Die Oberösterreichische Gesundheitsholding hat am 10. Oktober 2025 auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.

Legende:

Nachstehend werden in der Regel punktweise die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren Beurteilung durch den LRH (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck) sowie die allfällige Gegenäußerung des LRH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

In Tabellen und Anlagen des Berichtes können bei der Summierung von gerundeten Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten. Alle im Bericht angeführten Internetlinks wurden im Prüfungszeitraum aufgerufen.

## KURZFASSUNG

### (1) ELGA-Ausbau in Oberösterreich

Für die Digitalisierung im Gesundheitsbereich sind in Österreich mehr als 25 Bundesgesetze, darüber hinaus Art. 15a-Vereinbarungen und Landesgesetze relevant. Diese Vielzahl an Regelungen und Bestimmungen lässt Interpretationsspielräume zu und begünstigen Doppelgleisigkeiten. Das Land OÖ sollte sich mit dem Bund und den anderen Bundesländern abstimmen, um Gesetzesänderungen zu initiieren und die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu fördern. (Berichtspunkt 3 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)

ELGA beinhaltet die Anwendungen eBefunde und eMedikation. Betrieben wird der Hauptbereich mit den zentralen Komponenten von der Bundesrechenzentrum GmbH, den IT-Services der Sozialversicherung GmbH und der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H; 13 weitere Bereiche werden von Trägern der Krankenanstalten und privaten Unternehmen geführt. Von den in Oberösterreich ansässigen Gesundheitsdiensteanbieter werden derzeit sechs derartige Bereiche genutzt, um mit ELGA zu arbeiten. Diese Komplexität erschwert einen einheitlichen Ausbau der eHealth-Anwendungen in Oberösterreich. Im April 2025 waren 93 Gesundheitsdiensteanbieter (ausschließlich Krankenanstalten und Alten- und Pflegeheime) an den ELGA-Bereich Oberösterreich angeschlossen. Es sollte daher eine rasche Integration der restlichen Gesundheitsdiensteanbieter in den ELGA-Bereich Oberösterreich erfolgen. (Berichtspunkte 12 und 13)

### (2) Daten in ELGA

Derzeit werden ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologiebefunde sowie Pflegebegleitschreiben in ELGA gespeichert. Gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 müssen spätestens ab 2030 Pathologie- und fachärztliche Befunde in ELGA gespeichert werden. Die Speicherung der Daten erfolgt nach einem internationalen Standard der in unterschiedlichen Varianten (Level) verfügbar ist. Um eine nachhaltige Nutzung und einen Austausch der Daten in ELGA zu gewährleisten, sollten die Daten mit einem hohen Level – aktuell mindestens Level 3 – gespeichert werden. (Berichtspunkte 5, 6, 14 und 16 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG II)

### (3) eHealth in Oberösterreich

In Oberösterreich gibt es viele laufende Projekte und Lösungen zum Thema eHealth. Es werden zahlreiche Prozesse digitalisiert und telemedizinische

Anwendungen eingeführt. Zu solchen Anwendungen zählen auch die telefonische Gesundheitsberatung 1450 als Erstanlaufstelle bei Gesundheitsfragen und das Tumorzentrum zur gleichwertigen onkologischen Versorgung von Patient:innen in Oberösterreich. Das neu geschaffene „Digiboard Oö“ (Oö. Fondskrankenanstalten, Land OÖ) soll Synergien im Bereich eHealth unterstützen; um aber einen vollständigen Überblick über die laufenden Projekte im Gesundheitswesen zu behalten, sollten zusätzliche Informations- und Austauschboards eingerichtet werden. Auch die Kommunikation mit den Ärzt:innen – speziell im niedergelassenen Bereich – sollte ausgebaut werden. (Berichtspunkte 7, 25 bis 29 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG IV)

#### **(4) Systemschwächen aufgrund Opt-out-Lösungen**

Datenschutz und Datensicherheit haben im Gesundheitsbereich einen besonders hohen Stellenwert. Mit der Einführung von ELGA hat der Gesetzgeber verschiedenste Opt-out-Lösungen vorgesehen. So können Bürger:innen z. B. über ihren Zugang einzelne Dokumente inaktiv setzen, ohne dass dies ersichtlich wird. Diese mögliche Unvollständigkeit des Gesundheitsaktes beeinflusst das Vertrauen der Ärzt:innen in ELGA negativ. Aus Sicht des LRH schwächen die verschiedenen Opt-out-Varianten die Nutzung des Systems. Das Land OÖ sollte daher beim Bund auf eine Gesetzesänderung hinwirken. (Berichtspunkte 4 und 19 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)

#### **(5) Datenaustausch zwischen den Gesundheitsdiensteanbieter in ELGA und eHealth ausbaufähig**

In der Praxis gibt es viele Hürden bei der Digitalisierung der Gesundheitsprozesse:

- Bei Überweisung einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners von einem Alten- und Pflegeheim in eine Krankenanstalt wird das Pflegebegleitschreiben in ELGA abgelegt und das Notfallblatt für den Transport gedruckt. Das Pflegebegleitschreiben wird oft bei der Aufnahme in die Krankenanstalt noch in Papierform verlangt. Die Organisationen, die die Krankentransporte durchführen, haben derzeit noch keinen ELGA-Zugang. Die Geschäftsprozesse im Gesundheits- und Sozialbereich sollen digitalisierbar gestaltet werden. (Berichtspunkte 20 bis 23 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG III)

- Für die Medikamentenversorgung der Bewohner:innen eines Alten- und Pflegeheimes werden im Regelfall alle 90 Tage die e-Cards eingesammelt, um eine Rezeptausstellung durch die Ärzt:innen zu ermöglichen. Auch in den Apotheken wird für das Ausfolgen der Medikamente die e-Card oder ein ausgedrucktes Rezept benötigt. Es sollte im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherung eine (e-Card unabhängige) Lösung erarbeitet werden. Ob die im Juni 2025 von der Sozialversicherung vorgestellte Lösung e-Berechtigung hier bereits eine Erleichterung bringen kann, kann nicht beurteilt werden. (Berichtspunkt 26 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I und III)

Auf Grund der stufenweisen Einführung von ELGA sind derzeit noch nicht alle geplanten Gesundheitsinformationen gespeichert. Das Land OÖ sollte den Ausbau von ELGA in OÖ durch die Anbindung von Gesundheitsdiensteanbieter rasch vorantreiben, sodass die Informationslücken aufgrund fehlender Gesundheitsdaten bereits vor den gesetzlichen Fristen geschlossen werden können. (Berichtspunkte 5 und 6 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)

Die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Mehrfachbehandlungen ist auch ein wesentlicher Faktor zur Effizienzsteigerung. Daher ist es unbedingt notwendig, dass belastbares statistisches Datenmaterial zur Verfügung steht, um ein mögliches Einsparungspotential zu definieren. Das Projekt „Moderne Patientenabrechnung und Datenkommunikation“ ist daher rasch umzusetzen. (Berichtspunkte 18 und 33)

#### **(6) Faxablöse: Digitalisierung, wie sie nicht gemacht werden sollte**

Mit der Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 ist der Versand von Gesundheitsdaten per Fax mit 1. Jänner 2025 unzulässig. Eine einheitliche, gemeinsam von den Systembeteiligten getragene datenschutzkonforme Ersatzlösung war nicht vorbereitet worden. So griffen die Betroffenen auf vorhandene eigene oder kurzfristig eingerichtete Kommunikationswege zurück. Das führte dazu, dass viele verschiedene Kommunikationslösungen bedient werden müssen.

Derzeit wird im Rahmen des Projektes „Plattform gerichtete Kommunikation“ an einer Lösung gearbeitet. Wichtig ist dem LRH, eine rasche Behebung des Problems. (Berichtspunkte 31 und 32 – Verbesserungsvorschlag I)

#### **(7) Die Empfehlungen des LRH an die geprüfte(n) Stelle(n) sind unter Berichtspunkt 34 zusammengefasst.**

- (8) Im Sinne des § 9 Abs. 2 Oö. LRHG 2013 empfiehlt der LRH dem Kontrollausschuss betreffend folgende Beanstandungen und Verbesserungsvorschläge eine einmalige Folgeprüfung zu beschließen:**
- I. Das Land OÖ sollte sich mit dem Bund und den anderen Bundesländern abstimmen, um Gesetzesänderungen zu initiieren und die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu fördern. (Berichtspunkte 3, 5 bis 7, 17, 28, 31 und 32; Umsetzung ab sofort)**
  - II. Das Land OÖ sollte auf die Systempartner einwirken, damit die noch offenen Schritte im ELGA-Ausbau (z. B. Anbindung weiterer GDA) rasch umgesetzt werden. (Berichtspunkte 5, 6, 13 und 23; Umsetzung ab sofort)**
  - III. Das Land OÖ sollte darauf achten, dass die Geschäftsprozesse im Gesundheitswesen an die digitalen Anforderungen angepasst und optimiert werden. (Berichtspunkte 21 bis 23, 26 und 29; Umsetzung ab sofort)**
  - IV. Das Land OÖ sollte die Information und Kommunikation über ELGA ausbauen. Dies vor allem auch in Richtung der niedergelassenen Ärzt:innen. (Berichtspunkte 7 und 13; Umsetzung ab sofort)**

# GESUNDHEITSTELEMATIK-DIENSTE

## Begriffsdefinitionen

### 1.1.

In Österreich werden im e-Government-Bereich bereits seit Jahren Technologien und Services eingesetzt und weiterentwickelt, die ein übergreifendes digitales Zusammenarbeiten der Verwaltungsebenen ermöglichen und somit einen Mehrwert für die Bürger:innen schaffen. Hierbei handelt es sich unter anderem um die elektronische Identität (e-ID), das bereichsspezifische Personenkennzeichen (bPk) und den Portalverbund bzw. das Portalverbundprotokoll (PVP):

- Die **e-ID** ist eine in der gesamten EU normierte Form zur digitalen Identifizierung von Bürger:innen, um digitale Services nutzen zu können.
- Das **bPk** wird für alle Bürger:innen jeweils für jeden gesetzlich definierten Lebensbereich<sup>1</sup> erzeugt. Die Daten werden damit pseudoanonymisiert und können im Regelfall nicht über Lebensbereiche miteinander verknüpft werden.
- Das **PVP** ermöglicht das digitale Zusammenarbeiten von e-Government-Anwendungen, die vor allem verwaltungsübergreifend eingesetzt werden. Weiters wird dadurch auch die Einbindung von zentralen Registern (z. B. Melderegister) in e-Government-Anwendungen ermöglicht.

### 1.2.

Die genannten Technologien sind bereits seit 2001 im Einsatz und erprobt. Aus Sicht des LRH bietet sich der Einsatz dieser Technologien auch im Gesundheitsbereich an. EU-Initiativen wie der EU-Gesundheitsdatenraum<sup>2</sup> (EHDS) setzen zum Teil auch auf den Einsatz dieser Technologien.

### 2.1.

Zum besseren Verständnis des gegenständlichen Prüfungsberichtes werden in der Folge relevante Begriffe definiert bzw. außerhalb des Glossars detaillierter erläutert:

#### **eHealth**

eHealth ist ein Begriff, der die Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Gesundheitswesen beschreibt, um die Effizienz, Qualität, Sicherheit und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

---

<sup>1</sup> [E-Government-Bereichsabgrenzungsverordnung](#)

<sup>2</sup> Gemeinsamer Rahmen für Nutzung und Austausch elektronischer Gesundheitsdaten in der gesamten EU

## **Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)**

ELGA steht allen Bürger:innen zur Verfügung und ermöglicht einen orts- und zeitunabhängigen Zugang zu den enthaltenen Gesundheitsdaten.

## **Telemedizin**

Telemedizin beschreibt die Bereitstellung oder Unterstützung von Gesundheitsleistungen mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patient:innen sowie Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) nicht am selben Ort anwesend sein müssen.

## **Gesundheitsdiensteanbieter (GDA)<sup>3</sup>**

Die in Österreich tätigen GDA sind im eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD) samt deren Rollen und Identifikation (OID) registriert.

GDA sind Verantwortliche oder Auftragsverarbeiter (Art. 4 Z 7 und 8 DSGVO), die Gesundheitsdaten oder genetische Daten in elektronischer Form zu folgenden Zwecken verarbeiten:

- Medizinische Behandlung oder Versorgung oder
- Pflegerische Betreuung oder
- Verrechnung von Gesundheitsdienstleistungen oder
- Versicherung von Gesundheitsrisiken oder
- Wahrnehmung von Patientenrechten<sup>4</sup>

Gesetzlich sind in ELGA nur folgende GDA berechtigt:<sup>5</sup>

- Angehörige des ärztlichen Berufes (§ 3 ÄrzteG 1998), ausgenommen Gruppen mit hoheitlichen Aufgaben
- Angehörige des zahnärztlichen Berufes (§ 5 ZÄG), ausgenommen Gruppen mit hoheitlichen Aufgaben
- Apotheken (§ 1 APO)
- Krankenanstalten (§ 1 KAKuG), ausgenommen selbstständige Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) im Aufgabenbereich der Arbeitsmedizin
- Einrichtungen der Pflege, deren Betrieb einer Melde-, Anzeige- oder Bewilligungspflicht nach bundes- oder landesgesetzlichen Vorschriften sowie der behördlichen Aufsicht oder Kontrolle unterliegt
- Rettungsdienste, sofern deren Betrieb nach bundes- oder landesgesetzlichen Vorschriften zu bewilligen ist und der behördlichen Aufsicht oder Kontrolle

---

<sup>3</sup> § 2 Z 2 GTelG 2012

<sup>4</sup> § 2 Z 9 GTelG 2012

<sup>5</sup> § 2 Z 10 GTelG 2012

unterliegt, von einem Bundesland beauftragt wurde oder es sich um qualifizierte Krankentransportdienste handelt

- Gesundheitsberatung 1450, die von den Bundesländern jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich und ihrer Verantwortung betriebene Einrichtung für die Beantwortung gesundheitsbezogener Fragen von Bürger:innen

### **ELGA-Systembeteiligte**

In ELGA sind neben den gesetzlich definierten GDA weitere Institutionen und Beteiligte berechtigt. Das sind

- ELGA-Systempartner (Bund, Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger) sowie
- ELGA-Teilnehmende (natürliche Personen, die im Patientenindex erfasst sind und einer ELGA-Teilnahme nicht widersprochen haben)

### **Struktur- und Formatvorgaben für elektronische Dokumente im österreichischen Gesundheitswesen, speziell in ELGA**

Die Grundlage für die Strukturierung von Gesundheitsdokumenten und deren Austausch werden im nationalen Standard der HL7 Austria festgelegt. Dieser Standard beruht auf dem internationalen Standard ISO/HL7 27932:2009 HL7 Clinical Document Architecture (CDA).<sup>6</sup>

Er kennt drei Ausprägungen:

- „Unstrukturierter Body“ („CDA-Level 1“) ist ausschließlich auf die Lesbarkeit durch Menschen ausgelegt. Medizinische Inhalte werden als Text, Bilder oder auch nur als „eingebettetes PDF“ transportiert.
- „Section-strukturierter Body“ („CDA-Level 2“) ermöglicht eine Strukturierung der Inhalte nach Abschnitten mit festgelegter Bedeutung (z. B. „Anamnese“, „Diagnosen“).
- „Entry-strukturierter Body“ („CDA-Level 3“) ist eine Technik zur Anreicherung eines lesbaren Dokuments mit medizinischen Einzelinformationen (z. B. „diastolischer Blutdruck“, „Körpergewicht in kg“) durch Anwendung von Entry-Templates, die gemäß einer Vereinbarung maschinenlesbar codiert sind und daher automatisch in medizinische Informationssysteme integriert werden können.

Der „Fast Healthcare Interoperability Resources“ Standard (FHIR) unterstützt die Kommunikation im Gesundheitswesen und ermöglicht zusätzlich weitere Optionen zum Datenaustausch zwischen Systemen.

---

<sup>6</sup> HL7® und CDA® sind die eingetragenen Marken von Health Level Seven International; [Nutzungsbedingungen und Lizenzinformationen](#)

## Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten sind personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.<sup>7</sup>

Genetische Daten sind personenbezogene Daten zu den ererbten oder erworbenen genetischen Eigenschaften einer natürlichen Person, die eindeutige Informationen über die Physiologie oder die Gesundheit dieser natürlichen Person liefern und insbesondere aus der Analyse einer biologischen Probe der betreffenden natürlichen Person gewonnen wurden.<sup>8</sup>

ELGA-Gesundheitsdaten sind bestimmte personenbezogene Daten, die von ELGA-Teilnehmenden und in ELGA verarbeitet werden.<sup>9</sup>

## Gerichtete und ungerichtete Kommunikation

ELGA ist ein System der ungerichteten Kommunikation, d. h. die zu kommunizierenden Daten richten sich nicht an bestimmte Empfänger, sondern werden bis zur Abfrage durch eine berechtigte Person bereitgehalten. Bei einer gerichteten Kommunikation gibt es einen klar definierten Sender und Empfänger einer Nachricht, wie beispielsweise bei einer E-Mail oder einem Telefonat.

## RECHTLICHER RAHMEN

### 3.1.

Der 2022 veröffentlichte Ergebnisbericht „Gesundheitsdaten in Österreich – ein Überblick“<sup>10</sup> identifizierte rd. 25 Bundesgesetze, die Bestimmungen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten enthielten, sowie die aufgrund dieser Gesetze erlassenen Verordnungen.

Folgende rechtliche Bestimmungen sind die Grundlage für die Regelung der Digitalisierung im Gesundheitswesen:

Das **Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTelG 2012)** bildet den rechtlichen Rahmen für die elektronische Verarbeitung und Übermittlung von Gesundheitsdaten in Österreich.

---

<sup>7</sup> Art. 4 Z 15 DSGVO

<sup>8</sup> Art. 4 Z 13 DSGVO

<sup>9</sup> § 2 Z 9 GTelG 2012

<sup>10</sup> vgl. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Dezember 2022, [Gesundheitsdaten in Österreich - ein Überblick](#)

Ziele des Gesetzes sind:

- Durch bundeseinheitliche Mindeststandards die Datensicherheit bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten in der gerichteten und ungerichteten Kommunikation auszubauen und Datenmissbrauch zu verhindern.
- Die für die Entwicklung und Steuerung der Gesundheitstelematik notwendigen Informationsgrundlagen zu schaffen und zu verbreiten.
- Einheitliche Regelungen für die ungerichtete Kommunikation elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten, insbesondere in ELGA zu schaffen.
- Einheitliche Regelungen für die gerichtete oder ungerichtete Kommunikation elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten im Rahmen von spezifischen eHealth-Anwendungen zu schaffen.

In der **Gesundheitstelematikverordnung 2013 (GTelV 2013)** werden insbesondere die von den GDA zu verwendenden Rollen definiert.

Auf Basis des GTelG 2012 wurde die **ELGA-Verordnung 2015 (ELGA-VO 2015)** erlassen. Inhalt der Verordnung sind die Implementierung und Weiterentwicklung der Elektronischen Gesundheitsakte.

2020 wurde vom damaligen Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine **eHealth-Verordnung** erlassen. Diese enthält nähere Regelungen zur Anwendung „Elektronischer Impfpass“. Die Verordnung wurde 2025 neu erlassen.

Im **Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)** werden die Grundlagen für das elektronische Verwaltungssystem der Sozialversicherung (ELSY) definiert, sowie das Zusammenwirken von ELSY und ELGA. Zudem wird festgelegt, dass sich der Dachverband an der Einführung und Umsetzung von ELGA zu beteiligen hat und die notwendigen Voraussetzungen zur Verwendung des ELSY für die Zwecke von ELGA schaffen muss.

Das **Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)** regelt unter anderem, dass auch den einweisenden oder weiter behandelnden Ärzt:innen, Zahnärzt:innen oder Krankenanstalten kostenlose Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patient:innen zu übermitteln sind. Die Art der Übermittlung wird nicht festgeschrieben.

Das **Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997)** ist das Ausführungsgesetz zum KAKuG in Oberösterreich. Mit diesem Gesetz regelt der Landesgesetzgeber, im Rahmen der Bundesvorgaben, einzelne Themen im Detail. Auch in diesem Gesetz wird die Art der Übermittlung von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patient:innen nicht festgelegt.

Die **EU-Verordnung über den europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS-Verordnung<sup>11</sup>)** schafft einen gemeinsamen Rahmen für Nutzung und Austausch elektronischer Gesundheitsdaten in der gesamten EU. Auf Grund der Verordnung sollen Patient:innen besser auf ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten zugreifen können und auch mehr Kontrolle über diese haben. Bis März 2027 sind weitere Durchführungsakte von der Kommission zu erlassen. Im März 2029 werden die wichtigsten EHDS-Inhalte in Kraft treten.

Die inhaltliche Ausgestaltung von Dokumentationen und Abrechnungen im Gesundheitswesen werden im **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen** und der **Gesundheitsdokumentationsverordnung (GD-VO)** geregelt.

### 3.2.

Die Vielzahl an Regelungen lässt Interpretationsspielräume zu und führt zu Doppelgleisigkeiten. Bereits der Rechnungshof bemängelte in seinem Bericht „Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH“ (BUND 2024/32<sup>12</sup>), dass bestehende Regelungen zu widersprüchlichen Interpretationen führen können, und empfahl eine Neugestaltung des GTelG 2012. Der LRH schließt sich dieser Empfehlung an. Es ist notwendig, die rechtlichen Rahmenbedingungen klar und einheitlich zu formulieren. Das Land OÖ sollte sich mit dem Bund und den anderen Bundesländern weiterhin abstimmen, um Gesetzesänderungen zu initiieren und die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu fördern.

### 3.3.

*Die Stellungnahme der Direktion Gesundheit lautet:*

*Die Intention des Landesrechnungshof ist nachvollziehbar und unterstützt die Bestrebungen des Landes OÖ. Im 2. Halbjahr 2018 wurde (auf Initiative der Bundesländer und gemeinsam mit der SV) das BMG in einem umfangreichen Dokument auf sinnvolle bzw. aus der ELGA-Praxis seit Ende 2015 resultierende Änderungen im GTelG hingewiesen und auch konkrete Formulierungsvorschläge für die damalige Novelle 2018 vorgelegt. Einzelne Maßnahmen wurden in den seither vorgenommenen Novellierungen des GTelG umgesetzt (z. B. die Verlängerung der ELGA-Zugriffsdauer von 28 auf 90 Tage), der überwiegende Teil der Vorschläge fand bisher allerdings keinen Niederschlag im GTelG und ist aus Sicht des Landes weiterhin erforderlich.*

---

<sup>11</sup> Trat am 26. März 2025 mit Beginn des Übergangszeitraums in Kraft.

<sup>12</sup> siehe Rechnungshof Österreich, [Reihe Bund 2024/32, Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH](#)

#### 4.1.

Gesundheitsdaten fallen nach der Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) und dem Datenschutzgesetz (DSG) unter die besonderen Kategorien personenbezogener Daten. Ihre Verarbeitung darf zum Zweck der Gesundheitsvorsorge oder -behandlung, der medizinischen Diagnostik und für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erfolgen. Weiters sind für die Verarbeitung erhöhte technische Vorkehrungen zu treffen, um eine möglichst hohe Datensicherheit zu gewährleisten. Krankenanstalten unterliegen zusätzlich auch der „EU Cybersicherheitsrichtlinie“ NIS1 bzw. NIS2<sup>13</sup>.

Alle Informationen, die Ärzt:innen und Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erlangen, unterliegen der Geheimhaltung. Diese erstreckt sich nicht nur auf elektronische Daten, sondern auf jede Art von Gesundheitsinformationen (z. B. analoge Daten wie Papierakten oder mündliche Auskünfte) und kann nur in Ausnahmefällen (gesetzliche Verpflichtung zur Weitergabe von Daten) durchbrochen werden.

#### 4.2.

Datenschutz und Datensicherheit haben im Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert. In Diskussionen werden jedoch sehr oft Themen der Datensicherheit<sup>14</sup> und des Datenschutzes<sup>15</sup> vermischt. Dieser Unterschied sollte eindringlich kommuniziert werden. Des Weiteren sollten für den Schutz analoger Daten einerseits und digitaler Daten andererseits die gleichen Maßstäbe angewandt werden.

## ELGA-Speicherverpflichtungen

### Bis zum 31.12.2024 geltende Speicherverpflichtungen

#### 5.1.

Im GTelG 2012 wurden für die Einführung von ELGA mehrere Meilensteine vorgeschrieben. Es war jedoch im Ordnungswege möglich, Fristen zu strecken und Meilensteine zu verschieben. Generell galten die bestehenden technischen Möglichkeiten als Umsetzungsvoraussetzung. Bis zum 31.12.2024 sollten folgende GDA die jeweiligen Gesundheitsdaten in ELGA speichern.

---

<sup>13</sup> Die Umsetzung der NIS2-Richtlinie in nationales Recht ist zum Prüfungszeitpunkt noch nicht erfolgt.

<sup>14</sup> Daten sind vor dem Zugriff nicht Berechtigter technisch zu schützen.

<sup>15</sup> Daten dürfen nur von befugten Personen für gesetzlich vorgesehene Zwecke verwendet werden.

Tabelle 1: Umsetzungspflichten bis 31.12.2024

ELGA-GDA	ELGA-Gesundheitsdaten	Anmerkung
Krankenanstalten	Entlassungsbriefe	
Krankenanstalten	Laborbefunde	ambulante Behandlung
Krankenanstalten	Radiologiebefunde	ambulante Behandlung
selbstständige Ambulatorien	Medikationsdaten	
selbstständige Ambulatorien	Laborbefunde	
selbstständige Ambulatorien	Radiologiebefunde	
bestimmte Angehörige des ärztlichen Berufs <sup>16</sup>	Medikationsdaten	es besteht ein Vertragsverhältnis zu einem Träger der Sozialversicherung
Apotheken	Medikationsdaten	

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis von Daten des Sozialministerium<sup>17</sup>

Im Gesetz war weiters vorgesehen, dass Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bis 31.12.2024 in ELGA integriert werden sollen.

## 5.2.

Der LRH hält fest, dass einige der bis zum 31.12.2024 definierten Meilensteine bis zum Prüfungszeitpunkt nicht oder nur unvollständig umgesetzt wurden. So wird an der Integration der Patientenverfügung noch gearbeitet. Vorsorgevollmachten sind bereits in einem Register abgelegt; für einen Zugriff durch GDA auf dieses Register bedarf es noch einer rechtlichen Grundlage in einem Materiengesetz. Das Land sollte prüfen, die Ermächtigung für GDA zur Abfrage des Registers in einem Landesgesetz zu ermöglichen.

Bis zum Beginn der COVID-19 Pandemie verlief der ELGA-Ausbau eher schleppend. Die Anwendung von Impfpass und eRezept (wenn auch keine ELGA-Anwendung) führte zu einem Ausbausub im Bereich eHealth und ELGA.

## Speicherverpflichtungen nach Gesetzesnovelle

### 6.1.

Mit der Novellierung des GTelG 2012 zum 1.1.2025 wurden folgende weitere Umsetzungsmeilensteine vorgeschrieben.

<sup>16</sup> Ärzt:innen der Allgemeinmedizin, Fachärzt:innen bestimmter internistischer Sonderfächer und Fachärzt:innen bestimmter Sonderfächer wie z. B. Augenheilkunde und Optometrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten oder Urologie.

<sup>17</sup> [Broschüre des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur Speicherverpflichtung in ELGA; Wien 2025](#)

Tabelle 2: Umsetzungspflichten ab 1.7.2025

ELGA-GDA	ELGA-Gesundheitsdaten
freiberufliche Fachärzt:innen des Sonderfaches Radiologie	Radiologiebefunde
freiberufliche Fachärzt:innen des Sonderfachs Medizinisch-Chemische Labordiagnostik	Laborbefunde
freiberufliche Fachärzt:tinnen des Sonderfachs Klinische Hygiene und Mikrobiologie	Laborbefunde

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis von Daten des Sozialministeriums

Tabelle 3: Umsetzungspflichten ab 1.1.2026

ELGA-GDA	ELGA-Gesundheitsdaten	Anmerkung
Krankenanstalten	Laborbefunde	ambulante, stationäre und telemedizinische Behandlung
Krankenanstalten	Radiologiebefunde	ambulante, stationäre und telemedizinische Behandlung
bestimmte Angehörige des ärztlichen Berufs <sup>18</sup>	Medikationsdaten	unabhängig davon, ob sie in einem Vertragsverhältnis zu einem Träger der Sozialversicherung stehen
hausapothekenführende Ärzt:innen	Medikationsdaten	
stationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegesituationsberichte	
mobile Pflegeeinrichtungen	Pflegesituationsberichte	

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis von Daten des Sozialministeriums

Tabelle 4: Umsetzungspflichten ab 1.1.2028

ELGA-GDA	ELGA-Gesundheitsdaten
Krankenanstalten	Pathologiebefunde
Fachärzt:innen des Sonderfachs Pathologie	Pathologiebefunde

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis von Daten des Sozialministeriums

<sup>18</sup> Fachärztinnen und Fachärzte einer der folgenden Sonderfächer: Chirurgie sowie Anästhesiologie und Intensivmedizin

Tabelle 5: Umsetzungspflichten ab 1.1.2030

ELGA-GDA	ELGA-Gesundheitsdaten	Anmerkung
Krankenanstalten	fachärztlicher Befunde	ambulante Behandlung
Fachärzt:innen	fachärztlicher Befund	ambulante Behandlung

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Daten des Sozialministeriums

Bei Nichteinhaltung der Umsetzungsfristen sind im GTelG 2012 ab 1.1.2026 Sanktionen vorgesehen.

## 6.2.

Auf Grund der langen Umsetzungsfristen wird es noch mehrere Jahre dauern bis die in ELGA definierten Gesundheitsdaten den Patient:innen zur Verfügung stehen. Das verlängert auch den Zeitraum, ab dem das System seine Funktionalität voll entfalten kann. Der LRH empfiehlt dem Land, in Bereichen, in denen die Voraussetzungen erfüllt werden, die Systembeteiligten zu einer früheren Umsetzung zu bewegen.

## 6.3.

*Die Stellungnahme der Direktion Gesundheit lautet:*

*Die Intention wird seitens des Gesundheitsressorts unterstützt. Die Fonds-Krankenanstalten in OÖ sind vollständig an ELGA angebunden, bei der Anbindung stationärer Pflegeeinrichtungen hat OÖ aktuell den höchsten Anbindungsgrad aller Bundesländer. Die Anbindung des Roten Kreuzes OÖ auf alle verschiedenen ELGA-GDA's des Trägers läuft bereits. Beim überwiegenden Teil weiterer GDA's fehlen derzeit einerseits bundesgesetzliche Rahmenbedingungen (Definition als ELGA-GDA durch Verordnung des BMASGPK), andererseits fehlt die technische Anbindungsmöglichkeit zur Einbringung von ELGA-Dokumenten in den ELGA-Bereich OÖ über die Anbindung niedergelassener GDA's (Allgemeinmediziner, Fachärzte, PVE's) im eCard-System der SV.*

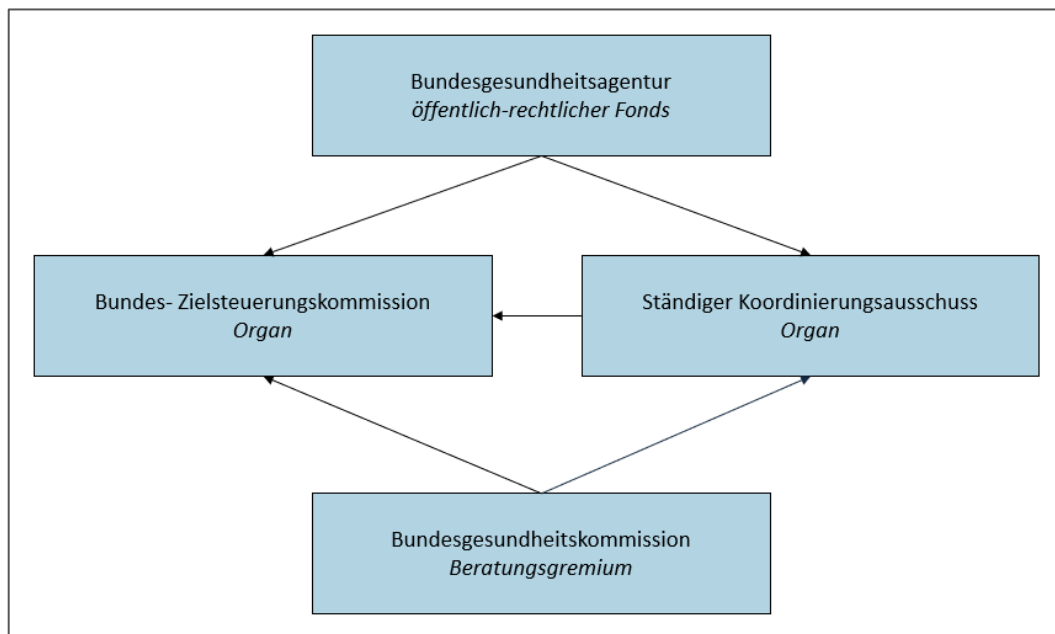
*Auf die derzeit gegebene Wahlfreiheit der GDA's, an welchen ELGA-Bereich sie sich anbinden möchten, muss hingewiesen werden.*

## Organisation des Gesundheitswesens

### 7.1.

Auf Basis der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens – geltend ab 1.1.2024 – wurde auf Bundesebene nachstehende Organisations- und Entscheidungsstruktur eingerichtet:

Abbildung 1: Organisation auf Bundesebene



Quelle: LRH-eigene Darstellung

Die Bundesgesundheitsagentur ist in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet, deren Geschäftsführung dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium obliegt. Die Bundesgesundheitsagentur hat zwei Organe:

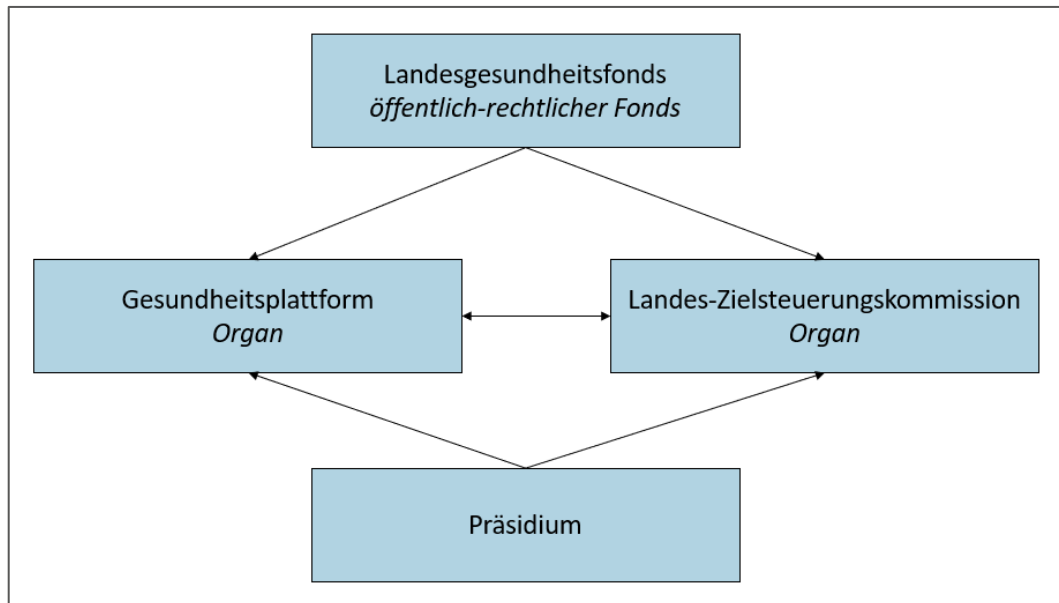
- Bundes-Zielsteuerungskommission
- Ständiger Koordinierungsausschuss

Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören vier Vertreter:innen des Bundes, vier Vertreter:innen der Sozialversicherungen sowie neun Vertreter:innen der Länder an. Innerhalb der Bundes-Zielsteuerungskommission erarbeiten Arbeitsgruppen Details für die Vereinbarungen und Jahresarbeitsprogramme.

Die Bundesgesundheitskommission ist ein Beratungsgremium der Gebietskörperschaften sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen. In ihr sind zahlreiche Stakeholder aus unterschiedlichen Lebensbereichen vertreten.

Auf Landesebene wurde folgende Organisations- und Entscheidungsstruktur eingerichtet:

Abbildung 2: Organisation auf Landesebene



Quelle: LRH-eigene Darstellung

Die Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds (Fonds) sind die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Oberösterreich. Er verteilt die von Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherung bereit gestellten Mittel an die oö. Fondskrankenanstalten. Zu diesen zählen die Ordenskrankenanstalten, die Krankenanstalten der Oö. Gesundheitsholding GmbH (OÖG) und das Kepler Universitätsklinikum GmbH (KUK).

Die Organe des Fonds sind die Oö. Landes-Zielsteuerungskommission und die Oö. Gesundheitsplattform.

Die Oö. Landes-Zielsteuerungskommission besteht aus elf Mitgliedern (fünf Land, fünf SV und eine Person des Bundes). Zu den wesentlichen Aufgaben zählen

- die Beratung bezüglich der Landes-Zielsteuerungsverträge mit den dazu gehörigen Jahresarbeitsprogrammen,
- die Erstellung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit
- sowie die Beschlussfassung über die Verwendung der Mittel des Gesundheitsförderungsfonds.

Der Oö. Gesundheitsplattform gehören elf stimmberechtigte Mitglieder an. Die Besetzung ist ident mit der Oö. Landes-Zielsteuerungskommission. Weiters sind 15 beratende Mitglieder ohne Stimmrecht vertreten. Zu den wesentlichen Aufgaben der Gesundheitsplattform zählen

- das leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierungssystem,
- die Beschlussfassung über Voranschlag und Rechnungsabschluss des Oö. Gesundheitsfonds
- sowie die Auseinandersetzung mit Grundsätzen der Qualitätsarbeit, des Nahtstellenmanagements und der Gesundheitsförderung.

Infolge der Anpassung der eHealth-Gremien in OÖ an die Rahmenbedingungen der neuen Zielsteuerungsperiode erfolgte die Einrichtung des sogenannten „Digiboard Oö“. Mitglieder sind die Träger der oö. Krankenanstalten und der Oö. Gesundheitsfonds. Innerhalb dieses Boards sollen die Digitalisierung des Gesundheitsbereiches in OÖ vorangetrieben, Synergien gefunden und Doppelgleisigkeiten abgebaut werden.

Im Jahr 2009 wurde die ELGA GmbH gegründet. Der Gegenstand des Unternehmens ist ausschließlich die nicht auf Gewinn gerichtete Erbringung von im Allgemeininteresse liegenden Serviceleistungen auf dem Gebiet der Daseinsvorsorge im Bereich von ELGA und anderer eHealth-Anwendungen.<sup>19</sup> Bund, Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Länder halten je ein Drittel der Anteile der ELGA GmbH; auf OÖ entfallen 3,7 Prozent. Organe der Gesellschaft sind die Geschäftsführung und die Generalversammlung. Der Beschlussfassung der Generalversammlung vorbehalten, sind neben den gesellschaftsrechtlich vorgesehenen Angelegenheiten, u. a.

- die Änderung der technischen, funktionalen oder strukturellen Konzeption der ELGA, wenn diese von den genehmigten Planungen abweicht oder diese ergänzt;

Die Beschlüsse werden mit einer qualifizierten Mehrheit von mindestens 90 Prozent der abgegebenen Stimmen gefasst.

Seit Juni 2024 ist ein Aufsichtsrat eingerichtet, der aus sechs Mitgliedern besteht. Neben den gesetzlichen Aufgaben wurden ihm folgende Aufgaben zugewiesen, wobei für die Beschlussfassung die Einstimmigkeit aller anwesenden Aufsichtsratsmitglieder erforderlich ist:

- Ausführung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission gefassten Beschlüsse, sofern die Thematik noch nicht im ELGA und eHealth Jahresarbeitsprogramm aufgenommen wurde
- Änderung des Verwendungszwecks des von der Bundes-Zielsteuerungskommission an die Gesellschaft zugewiesenen Budgets, sofern diese Änderung höchstens 25 Prozent, aber mindestens 50.000 Euro des ursprünglich von der Bundes-Zielsteuerungskommission zugewiesenen Budgets betrifft

---

<sup>19</sup> vgl. Gesellschaftsvertrag vom 28.06.2024

- Freigabe der Anrechnungsberichte der Geschäftsführung für die Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission

## 7.2.

In den Bundesgremien und der ELGA GmbH hat ein einzelnes Bundesland wenig Einflussmöglichkeit. Daher sieht der LRH es als wichtig an, dass die Länder die für sie relevanten Themen gemeinsam vertreten.

Die Vertretung in den unterschiedlichen Bundes- und Landesgremien wird in OÖ durch wenige Personen wahrgenommen. Dies führt zu einer hohen Konzentration an Wissen, birgt aber auch die Gefahr eines Wissensverlustes bei Ausfall einer(s) dieser Wissensträger:innen. Es ist daher von Seiten des Landes darauf zu achten, dass diese Informationen nachvollziehbar dokumentiert werden und der Wissenstransfer einen hohen Stellenwert einnimmt.

Die Einrichtung des „Digiboard Oö“ wertet der LRH positiv. Er empfiehlt dem Fonds, weitere Informationsstrukturen aufzubauen, um auch mit anderen Systembeteiligten im Gesundheitswesen Informationen auszutauschen und zu koordinieren.

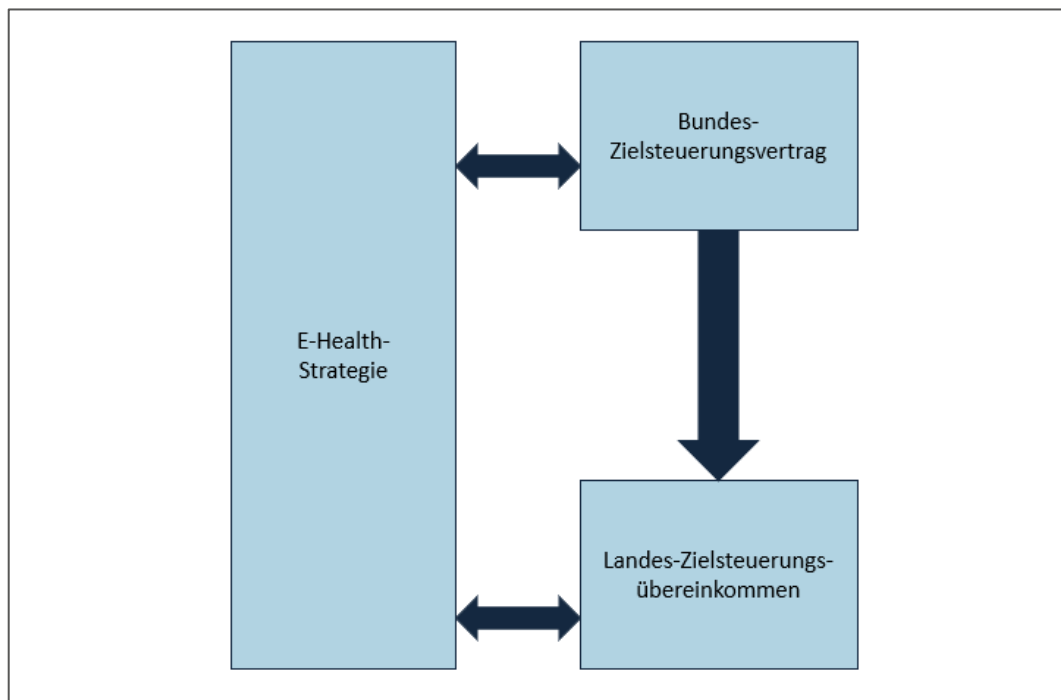
## Zieldefinitionen ELGA/EHEALTH

### 8.1.

Die Gesundheitsziele werden in Österreich kooperativ und mehrstufig festgelegt. Ziel ist ein zweckmäßiger Einsatz begrenzter Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems mit Orientierung am „Best Point of Service“ unter besonderer Berücksichtigung des Grundprinzips „digital vor ambulant vor stationär“.

Zentrale Elemente sind dabei der Bundes-Zielsteuerungsvertrag und die jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen. Seit 2024 gibt es auch eine eHealth-Strategie auf Bundesebene.

Abbildung 3: Die wichtigsten Zieldefinitionen



Quelle: LRH-eigene Darstellung

## Bundes-Zielsteuerungsvertrag

### 9.1.

Dieser Vertrag beruht auf der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024). Mit diesem Vertrag wird das 2013 eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem fortgeführt.

In diesem Vertrag werden Gesundheitsthemen wie

- Planung und Gesundheitstelematik,
- Qualität und Gesundheitsförderung,
- Finanzierungssysteme, leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation und
- Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene geregelt.

Wesentliches Ziel ist, den Ausbau von eHealth auf Basis der jeweils geeigneten ELGA-Komponenten zu forcieren.

Die in Bezug auf ELGA und eHealth relevanten operativen Ziele beinhalten:

- Operatives Ziel 4: Optimierung der Patient:innenströme und -wege „digital vor ambulant vor stationär“, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten
- Operatives Ziel 9: Neugestaltung der eHealth/ELGA Governance
- Operatives Ziel 10: Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI) sichern und weiterentwickeln
- Operatives Ziel 11: Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen
- Operatives Ziel 12: Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem

Zusätzlich sind zum Themenbereich „Digitalisierung/Daten“ folgende Arbeitsfelder im Vertrag enthalten:

Tabelle 6: Wesentliche weitere Arbeitsfelder im Themenbereich „Digitalisierung/Daten“

Arbeitsfeld	Konkretisierung	Zeitplan
Patientenlenkung	Erarbeitung eines Konzepts zur Verbesserung der Patientenlenkung: Darauf aufbauend der Ausbau der telemedizinischen Leistungen sowie der technischen Unterstützung zu Terminvereinbarungen	bis Ende 2028
Integrierte Versorgung	Etablierung digitaler Unterstützungsmöglichkeiten zur Versorgung von chronisch kranken Menschen	bis Ende 2028
Diagnosencodierung	Technische Umsetzung der verpflichtenden Diagnosencodierung im ambulanten Bereich für Vertragspartner:innen der Sozialversicherung und Nicht-Vertragspartner:innen der Sozialversicherung	bis Ende 2024 (Vertragspartner:innen) bis Ende 2025 (Nicht-Vertragspartner:innen)
	Sicherstellung der technischen, organisatorischen und rechtlichen Möglichkeiten zur Datennutzung	bis Ende 2025
Weiterentwicklung der ELGA GmbH	Etablierung einer zentralen Themenplanung samt Programm- und Projektportfoliomanagement zu Projekten im Bereich Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitswesen	bis Ende 2024
Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI)	„Know-How“ Bündelung in allen Bereichen der Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitswesen	laufend
	Koordinierung der gemeinsamen Budgetplanung samt Etablierung eines Monitoringmechanismus, der auch Verrechnungs- und Abrechnungsinformationen umfasst	bis Ende 2028
	Technische Koordinierung und Monitoring der öGTI	laufend
	Festlegung von eHealth Standards für die öGTI	laufend

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Bundes- Zielsteuerungsvertrag

## 9.2.

Die Bundes-Zielsteuerungskommission und die dazugehörigen Arbeitsgruppen sind für die Zieldefinitionen und Weiterentwicklungen maßgeblich verantwortlich. Der Zielekatalog enthält grundsätzliche, aber wenige messbare Ziele.

## **Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2024 – 2028**

### 10.1.

Auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrages wird auf Länderebene ein Landeszielsteuerungsübereinkommen geschlossen. In OÖ wird dieses Übereinkommen zwischen dem Land OÖ/Oö. Gesundheitsfonds, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB) und der Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS) abgeschlossen. In diesem Übereinkommen werden unter anderem die Maßnahmen auf Länderebene zu den Bundeszielen festgehalten. Die in der folgenden Tabelle angeführten Maßnahmen betreffen vor allem die Digitalisierung im Gesundheitsbereich:

Tabelle 7: Maßnahmen auf Länderebene

<b>Operatives Ziel 4: Optimierung der Patientenströme und -wege „digital vor ambulant vor stationär“, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten</b>		
<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesthemen auf Landesebene	Weiterentwicklung und Umsetzung gemeinsam ausgearbeiteter Maßnahmen von „1450“ gemäß bundesweiter Vorgaben unter Einbindung des OÖRK als „1450“-Betreiber	laufend
	Flächendeckende Ausrollung „1450“ Check In	
	Umsetzung des Termin-Managementsystems sowie des Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots im Rahmen des künftigen „Oö. Gesundheitsportals“	
<b>Operatives Ziel 9: Neugestaltung der eHealth/ELGA Governance</b>		
<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Landesebene	eHealth-Strategie des Bundes als Grundlage neuer Planungen	laufend
	Aktualisierung der OÖ Landes-eHealth-Strategie anhand vorgegebener Rahmenbedingungen (Verbindlichkeit, Wirkungsbreite und Detailtiefe) und in Abstimmung mit der eHealth-Strategie des Bundes.	
	Aktualisierung der eHealth-Gremienstruktur in OÖ akkordiert mit der Gremienstruktur auf Bundesebene	
	Intensivierung der Einbeziehung und Eigenverantwortung der Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Form des „Digiboards Oö“	
<b>Operatives Ziel 10: Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI) sichern und weiterentwickeln</b>		
<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesthemen auf Landesebene	Harmonisierung der Projekte auf Landesebene entsprechend den bundesweiten Rahmenbedingungen zur öGTI	bis Dez. 28
	Anbindung weiterer GDA auf Landesebene an die öGTI und Steigerung der Nutzung von ELGA	laufend
	Umsetzung bundesweiter Vorgaben zu IKT-Sicherheit (z. B. Meldepflichtungen), Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen und Integration in bestehende Strukturen auf Landesebene	laufend
<b>Operatives Ziel 11: Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen</b>		
<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Landesebene	Pilotierung und Weiterentwicklung von ausgewählten Projekten zur Umsetzung der eHealth-Strategie zur Verbesserung der integrierten Versorgung in Oberösterreich	laufend
<b>Operatives Ziel 12: Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem</b>		
<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Landesebene	Vorbereitung und Umsetzung von Anpassungen organisationsinterner Systeme zur Einbringung der Gesundheitsdaten in die Datenauswertepattform auf Bundesebene	laufend

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

Zusätzlich enthält das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zum Operativen Ziel 11 noch Ergänzungen.

Tabelle 8: Wesentliche weitere Arbeitsfelder im Themenbereich „Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen“

Arbeitsfeld	Konkretisierung	Frist
eRezept	Bundesweiter Ausbau der Nutzung von eRezept im intra- und extramuralen Bereich (bspw. ndgl. Nicht Vertragspartner:innen, Spitalsambulanzen)	laufend
Patienteninformation	Erweiterung des bestehenden digitalen Informationsangebotes für Patient:innen (z. B. meine SV-App, meine ÖGK-App, e-Verordnung) und Ausbau der Nutzung von digitalen Angeboten von Sozialversicherungsträgern und Ländern	laufend
Elektronische Transportanweisung	Bundesweite Implementierung einer elektronischen Transportanweisung für die Verordnung von Krankentransporten im intra- und extramuralen Bereich	laufend

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

## 10.2.

Die Länder sind verpflichtet die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag beschlossenen Projekte und Maßnahmen in ihrem Bereich umzusetzen. Es gibt aber auch Spielraum für die Länder und die Betreiber von ELGA-Bereichen, eigene Projekte im Rahmen der Vorgaben voranzutreiben. Dies eröffnet dem Land die Möglichkeit die Umsetzung solcher Projekte im Sinne der Patient:innen zu beschleunigen.

## eHealth-Strategie

### 11.1.

Um die Digitalisierung weiter voranzutreiben, stellen Bund, Länder und die Träger der Sozialversicherung im Zuge der Gesundheitsreform von 2024 bis 2028 jährlich zusätzlich 51 Mio. Euro zur Verfügung. Der Auftrag für die Erarbeitung der österreichischen eHealth-Strategie erfolgte im Jahr 2023 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission, im Juni 2024 wurde die „eHealth-Strategie Österreich“ veröffentlicht. Sie ist die erste bundesweite Strategie, die zwischen den Akteuren der Zielsteuerung-Gesundheit, nämlich dem Bund, den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung, abgestimmt wurde. Die „eHealth-Strategie Österreich“ definiert die Schwerpunkte und Prioritäten für die Umsetzung in den kommenden Jahren.

**Folgende übergeordneten Leitsätze der Strategie sind hervorzuheben:**

- Nachhaltige Sicherstellung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Strategie
- Klare Strukturen und entsprechende Organisation für die Strategie-Umsetzung. Es ist auf mögliche Effizienzpotenziale, die Nutzung von Synergien und die Vermeidung von Parallelitäten zu achten.

**Die eHealth-Strategie definiert acht strategische Ziele:**

- Digitalen Zugang zum Gesundheitssystem ermöglichen
- Telegesundheitliche Präventions- und Versorgungsangebote schaffen
- Öffentliche Gesundheitstelematik-Infrastruktur (GTI) weiterentwickeln
- Zentrale eHealth Services/Komponenten bereitstellen
- Für Gesundheitsversorgung und Steuerung relevante Register etablieren
- Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten stärken
- Innovation zugänglich machen
- Digitale Kompetenzen stärken

**11.2.**

Die Erstellung der eHealth-Strategie des Bundes und des Bundes-Zielsteuerungsvertrages verliefen parallel, dabei achtete man darauf, dass sich die wesentlichen Ziele und Maßnahmen im Zielsteuerungsvertrag mit der eHealth-Strategie decken.

**ELGA****System-Architektur****12.1.**

Für den Betrieb von ELGA ist die ELGA GmbH verantwortlich. Die ELGA-Architektur kann in drei Ebenen untergliedert werden:

Die Betriebsführung der gemeinsam zentral verwendeten ELGA-Komponenten erfolgt durch die Bundesrechenzentrum GmbH (BRZ), die IT-Services der Sozialversicherung GmbH und die Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. Zentral geführt werden – in dieser **ersten Ebene** – die Indexe, in denen die zugriffberechtigten Personen und GDA verwaltet werden. Das Berechtigungssystem steuert und prüft die Zugriffe auf die Gesundheitsdaten. Jeder Zugriff auf die Daten wird protokolliert und kann von den Nutzenden abgefragt und kontrolliert werden. Standardmäßig ist die Freigabe der Datenmanipulation durch die e-Card vorgesehen. Zu den ELGA-Anwendungen zählen

eBefund und eMedikation. Die Daten für die eMedikation und den elmpfpass werden zentral gespeichert.

In der **zweiten Ebene** befinden sich die ELGA-Bereiche. Derzeit werden 13 derartige Bereiche, die über ein virtuelles Gesamtregister miteinander verbunden sind, von Trägern der Krankenanstalten und privaten Unternehmen betrieben. Einer dieser Bereiche, der ELGA-Bereich Oberösterreich, wird von der OÖG im Auftrag des Landes betrieben und dient – wie die anderen Bereiche – als Schnittstelle zwischen den zentralen ELGA-Komponenten und den GDA. Ähnlich den zentralen Komponenten gibt es hier ein Berechtigungssystem, Zugriffsprotokollierung und einen lokalen Patientenindex. Daten im eBefund werden beim GDA, der die Daten erzeugt hat, gespeichert. Der Bereich, an dem dieser GDA angeschlossen ist, verwaltet Kopien der Originalbefunde der GDA oder Links über die zugegriffen werden kann.

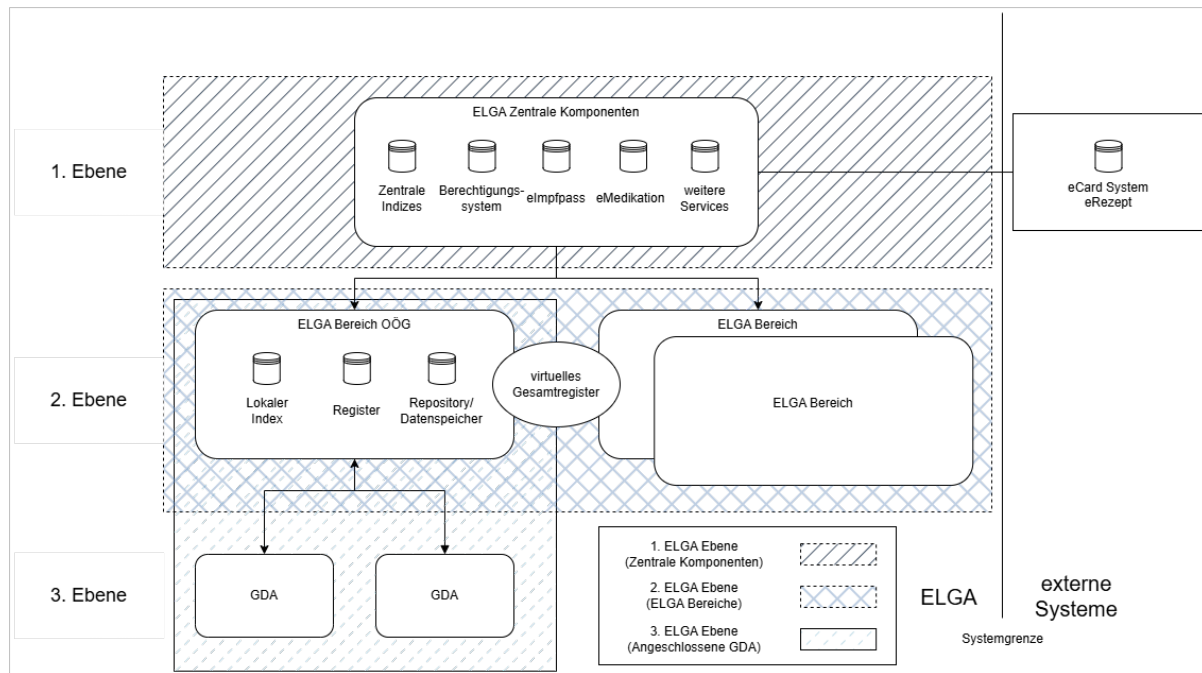
In der **dritten Ebene** befinden sich die GDA. Diese sind mithilfe von standardisierten Schnittstellen mit ELGA verbunden und liefern normierte Daten in das System. Ebenso können über diese Schnittstellen Daten zu Patient:innen abgefragt und in den internen Systemen weiterverarbeitet werden. ELGA wird nicht hochverfügbar<sup>20</sup> betrieben.

---

<sup>20</sup> kein Betrieb 7x24 gewährleistet

Folgende Abbildung 4 veranschaulicht das Zusammenspiel der unterschiedlichen Ebenen:

Abbildung 4: ÖGTI-Architektur vereinfacht



Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Daten der OÖG

## 12.2.

Der RH merkte in seinem Bericht<sup>21</sup> bereits an, dass durch den Betrieb von 13 ELGA-Bereichen eine hohe Komplexität besteht. In Oberösterreich allein kommen für die GDA derzeit sechs Bereiche zur Anwendung. Dies macht es für das Land schwierig, einen einheitlichen Ausbau der eHealth-Anwendungen zu betreiben.

## Teilnehmende im System/Stand der Implementierung

### 13.1.

Zu den Teilnehmenden des Systems gehören neben den Patient:innen derzeit Ambulatorien, Apotheken, Ärzt:innen, Gruppenpraxen, Klinische Psycholog:innen, Krankenanstalten, der Öffentliche Gesundheitsdienst, Pflegeeinrichtungen und Zahnärzt:innen.<sup>22</sup> Im ELGA-Bereich Oberösterreich sind die Krankenanstalten der OÖG, vier Ordenskrankenanstalten, alle APH der SHV, die Alten- und Pflegeheime der Stadt Wels, die Seniorenzentren der Stadt Linz und die Blutzentrale Oberösterreich angebunden. Mit Stand April 2025 waren 93 GDA über den

<sup>21</sup> siehe Berichtspunkt 3

<sup>22</sup> vgl. [ELGA - Teilnahme](#)

Oö.-Bereich in ELGA integriert. In Oberösterreich gibt es rd. 3.000 GDA wovon rd. 2.800 aus dem niedergelassenen Bereich (Ärzt:innen) kommen.

Die verbleibenden Krankenanstalten sind an die Bereiche anderer Betreiber:innen angeschlossen. Der niedergelassene Bereich nutzt Bereiche von privaten Anbieter:innen. In der OÖG ist eine Krankenanstalt noch nicht vollständig an den ELGA-Bereich Oberösterreich angeschlossen. Es besteht jedoch ein Zeitplan bis Ende 2025 für die Umsetzung der Anbindung.

Derzeit sind die Rettungsdienste, Labore und Teile des niedergelassenen Bereichs noch nicht in ELGA integriert.

### 13.2.

Der LRH empfiehlt dem Land, in Abstimmung mit dem Bund und den Trägern der Sozialversicherung, eine rasche Anbindung der fehlenden GDA zu ermöglichen. Der LRH sieht die Anbindung von Pflegeheimen der Sozialhilfeverbände und den Krankenanstalten über den ELGA-Bereich Oberösterreich positiv. Die Einbindung von weiteren GDA, z. B. Gemeinde-APH, soll grundsätzlich möglich sein. Er empfiehlt der OÖG den Zeitplan für die vollständige Anbindung der letzten Krankenanstalt unbedingt einzuhalten.

Im Zuge der Prüfung gewann der LRH den Eindruck, dass es nach wie vor Vorbehalte des niedergelassenen Bereichs (Ärztenschaft) zu ELGA gibt. Diese Vorbehalte beruhen aus Sicht des LRH teilweise auf nicht mehr aktuellen Informationen zum Ausbaustand von ELGA. Gerade durch die Fortschritte in der Dokumentenstruktur haben sich die Nutzungsmöglichkeiten verbessert, wodurch eine höhere Akzeptanz durch die Ärzteschaft angenommen werden kann.

Der LRH empfiehlt dem Land OÖ in Abstimmung mit dem Zielsteuerungspartner, Informationsveranstaltungen gemeinsam mit der Ärztekammer für Oberösterreich zu organisieren, damit die aktuellen Möglichkeiten zur Nutzung von ELGA breiter bekanntgemacht werden. Auch können diese Veranstaltungen genutzt werden, Entwicklungspotentiale aufzuzeigen und Lücken im System zu schließen.

### 14.1.

Neben der technischen Anbindung sind der Umsetzungsstand beim Dokumententyp (Befund, Laborbefunde, Radiologie), Dienst (Befund, eMedikation) und Datenformat wichtig. Im Bereich des Datenaustausches bei medizinischen Dokumenten wird auf den international gültigen Standard gesetzt (Berichtspunkt 2).

Die Integration der APH der SHV basierte zum Zeitpunkt der Prüfung noch auf dem Standard CDA-Level 2. Dies liegt daran, dass der Standard CDA-Level 3 für den Pflegebereich in Österreich noch nicht vollständig umgesetzt ist. An der Umsetzung von CDA-Level 3 bzw. eventuell auch schon FHIR wird gearbeitet.

Auch in Krankenanstalten gibt es Bereiche die noch CDA-Level 2 verwenden.

## 14.2.

Für den Erfolg von ELGA ist es wichtig, dass die GDA vollständig an alle Dienste mit einem hohen Standard für den Datenaustausch angebunden sind. Fehlen Krankenanstalten bzw. einzelne Fachbereiche, führt dies zu Vorbehalten bei der Nutzung des Systems. Ein hoher Standard des Datenaustausches ist für eine optimale Weiterverarbeitung (Maschinenlesbarkeit), z. B. in einer Ordinationssoftware, erforderlich.

## 15.1.

Die erste Umsetzungsphase von ELGA zielte ausschließlich auf textbasierte Befunde ab. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, ist es unerlässlich, neben strukturierten Daten auch Bilddateien im System anzubieten. Im ELGA-Bereich Oberösterreich wird derzeit daran gearbeitet Bilddateien in ELGA bereitzustellen.

## 15.2.

Der LRH sieht in der Integration von Bilddateien einen wichtigen Schritt zur Realisierung von Nutzenpotentialen wie z. B. die Vermeidung von Doppel- bzw. Mehrfachuntersuchungen. Wichtig ist, dass die Bilddateien in ausreichender Qualität, aber möglichst ressourcensparend vorgehalten werden. Auch muss eine Überlastung der Übertragungswege vermieden werden.

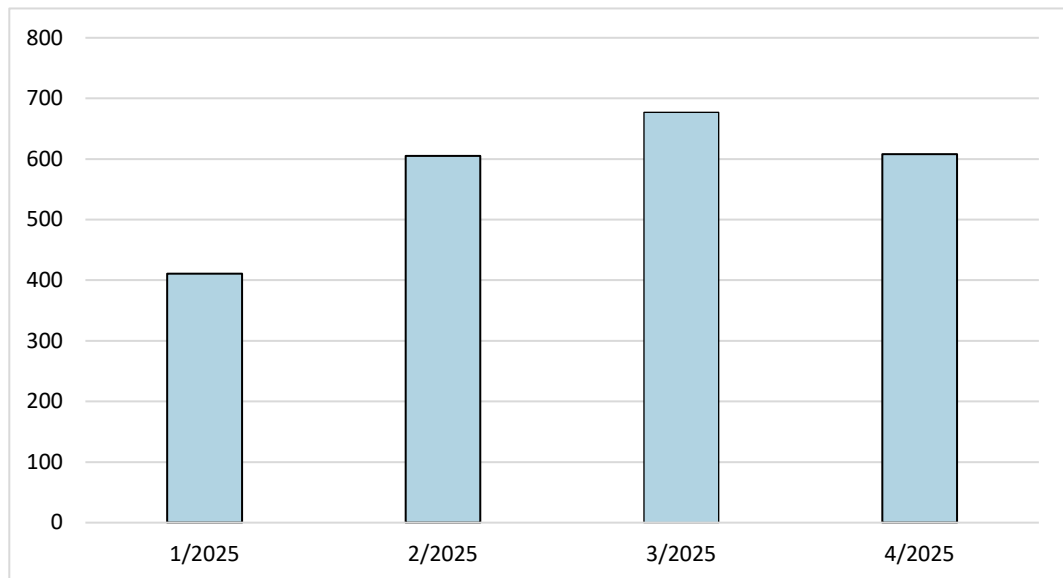
## Nutzung

### 16.1.

Für die Analyse der Nutzungsdaten des ELGA-Bereichs Oö. wurden dem LRH die Auswertungen von Jänner 2025 bis April 2025 zur Verfügung gestellt.

In nachfolgender Abbildung werden die monatlichen Beifügungen von Pflegebegleitschreiben der APH in den ELGA-Bereich Oberösterreich dargestellt. Monatlich wurden zwischen 411 und 677 Dokumente, alle mit dem CDA-Level 2, in ELGA hinzugefügt. Die Anzahl der gespeicherten Pflegebegleitschreiben unterscheidet sich zwischen den einzelnen APH sehr stark.

Abbildung 5: Pflegebegleitschreiben APH 01-04/25



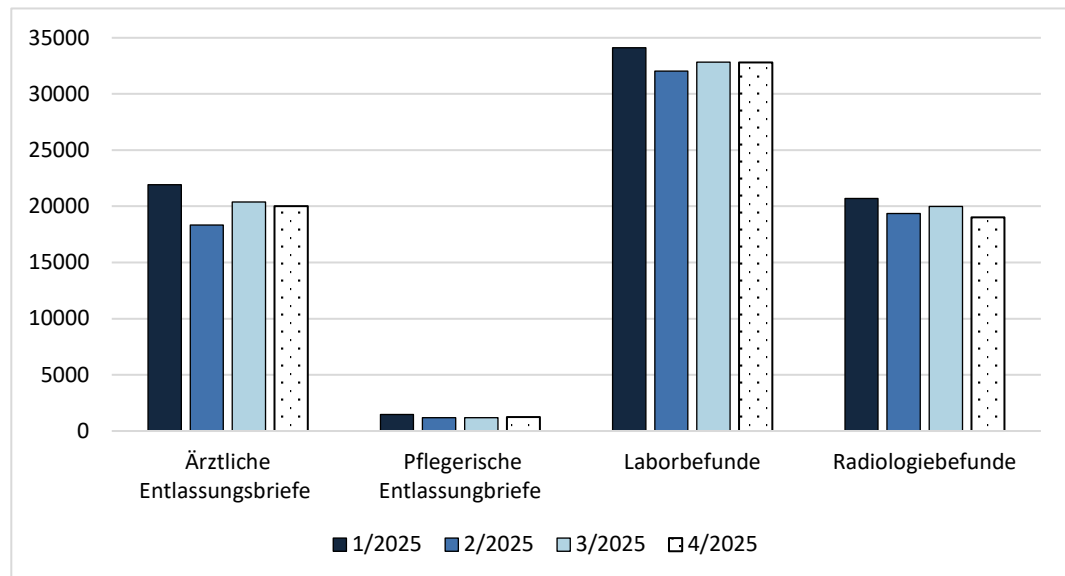
Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Daten OÖG

Wie Abbildung 6 zeigt, meldeten die an den ELGA-Bereich Oberösterreich angebotenen Krankenanstalten vier verschiedene Berichte/Befunde in ELGA ein:

- Ärztliche Entlassungsbriefe
- Pflegerische Entlassungsbriefe
- Laborbefunde
- Radiologiebefunde

Diese wurden je nach Typ und Krankenanstalt mit dem CDA-Level 1, 2 oder 3 übergeben. Bei den ärztlichen Entlassungsbriefen – ca. 20.000 pro Monat – wurden rd. zwei Drittel mit CDA-Level 2 übergeben und rd. ein Drittel mit CDA-Level 3. Bei den pflegerischen Entlassungsbriefen – ca. 1.250 im Monat – wurden rd. 54 Prozent mit CDA-Level 1, rd. 3 Prozent mit CDA-Level 2 und rd. 43 Prozent mit CDA-Level 3 hinzugefügt. Sowohl Laborbefunde (ca. 33.000 pro Monat) als auch Radiologiebefunde – 20.000 pro Monat – wurden mit CDA-Level 3 übermittelt. Insgesamt wurden durch die angebotenen Krankenanstalten rd. 74.000 Entlassungsbriefe und Befunde pro Monat in ELGA gespeichert.

Abbildung 6: Inserts ELGA Krankenanstalten



Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Daten OÖG

Laut Nutzungsstatistik aus dem ELGA-Bereich Oberösterreich wurden durch den niedergelassenen Bereich im März 2025 rd. 85.000 Befunde gelesen.<sup>23</sup> Im selben Zeitraum wurden ca. 74.000 neue Inhalte hinzugefügt. Auch wenn keine detaillierten Aussagen zum individuellen Nutzungsverhalten getroffen werden können, lässt sich anhand der Datenlage eine adäquate Nutzung der Inhalte ableiten.

## 16.2.

Die Auswertungen lassen den Schluss zu, dass die Daten aus ELGA im niedergelassenen Bereich nachgefragt werden. Wesentliche Faktoren, die die Nutzung auch positiv beeinflussen, sind die Vollständigkeit und das zeitnahe Bereitstellen der Informationen.

## Nutzenpotentiale

### 17.1.

Die Digitalisierung im Gesundheitsbereich soll vor allem in folgenden Themen Verbesserungen bringen:

- Einheitlicher Datenaustausch zwischen allen GDA

Mit der Einführung von ELGA wurden grundlegende Technologien geschaffen, die auch anderen eHealth-Anwendungen zur Verfügung gestellt werden. Auf Basis gesetzlicher Regelungen wurde festgelegt, dass im Sinne der

<sup>23</sup> Gelesen bedeutet, dass das Dokument nicht nur in einer Liste angezeigt wurde, sondern auch geöffnet bzw. in ein anderes System übernommen wurde.

Patient:innen ein Datenaustausch zwischen den GDA stattfinden darf. Dieser ist grundsätzlich als gerichtete Kommunikation anlassbezogen definiert. In Bezug auf die zu verwendenden Technologien wurden dabei keine Vorgaben gemacht. Über die Jahre hatte sich das Fax als Übertragungsmedium etabliert. Im GTelG 2012 war von Anfang an vorgesehen, dass diese Übermittlungsart aus Datenschutzgründen einzustellen ist. Am 31.12.2024 wurde dieses Verbot schlagend (Berichtspunkt 31).

- Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität

Durch ELGA stehen den Nutzern die Gesundheitsdaten rund um die Uhr zur Verfügung. Mit dem Gesundheitsportal sollen der Zugang zum Gesundheitswesen durch eine One-Stop-Shop Lösung erleichtert und die Behandlungsqualität durch eine bessere Datenlage und kürzere Informationswege optimiert werden.

- Verringerung der bürokratischen Hürden

Durch die direkte Abfrage von Daten aus zentralen Registern werden kurze Kommunikationswege unterstützt und Bürokratie abgebaut.

## 17.2.

Eine erfolgreiche Digitalisierung führt zu kürzeren Wegen, einer höheren Verfügbarkeit von Dienstleistungen und einer Steigerung der Behandlungsqualität. Dies bedeutet nicht nur neue Services einzuführen, sondern auch bestehende zu verbessern, um die vorhandenen Ressourcen zweckmäßig einsetzen zu können. Aus Sicht des LRH sind auf allen Ebenen die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich digitalisierungshemmender Regelungen zu prüfen und gegebenenfalls zu adaptieren. Daher ist auch das Land OÖ gefordert zu prüfen, ob in Landesgesetzen Barrieren für eine erfolgreiche Digitalisierung abgebaut werden können. Ein Beispiel wäre, GDA den Zugriff auf das Österreichische Zentrale Verzeichnis (ÖZVV) zur Abfrage vorhandener Vorsorgevollmachten zu ermöglichen.

## 18.1.

Für Daten im Gesundheitsbereich stehen gut etablierte international gültige Standards (Berichtspunkt 2) zur Verfügung. Diese Standards kommen weitgehend auch zur Anwendung. Auf Grund der unterschiedlichen Modalitäten für die Abrechnung medizinischer Leistungen im intra- und extramuralen Bereich, gibt es derzeit keine Datenbasis, die fundierte Aussagen zu den Themen Doppelgleisigkeiten und Mehrfachbehandlungen und in diesem Zusammenhang mögliche Kosteneinsparungen zulassen würden. Alle Gesprächspartner:innen gingen zwar von einem entsprechenden Einsparungspotential bei Mehrfachuntersuchungen aus, zur Höhe, der Verringerung von Wartezeiten und die Auswirkungen auf Investitionen im Gesundheitsbereich konnten aber keine Angaben gemacht werden.

## 18.2.

Die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Mehrfachbehandlungen ist auch für den LRH ein wesentlicher Faktor zur Effizienzsteigerung. Aus seiner Sicht ist es unbedingt notwendig, dass diesbezüglich belastbares statistisches Datenmaterial zur Verfügung steht. Das Land OÖ sollte daher in allen relevanten Gremien entsprechende Schritte für die Ermöglichung der notwendigen Auswertungen einfordern.

## Opt-out Varianten aus ELGA

### 19.1.

Grundsätzlich nimmt jede im österreichischen Gesundheitssystem behandelte oder betreute Person an ELGA teil. Dieser Teilnahme kann jedoch auch widersprochen werden (Opt-out). Dieser Widerspruch kann für die ELGA-Anwendungen eBefunde und eMedikation ausgesprochen werden. Ein Wiedereinstieg ist möglich, wobei keine Nacherfassung von Daten erfolgt.

Es gibt drei verschiedene Arten des Opt-outs:

- Generelles Opt-out: Es werden keine Gesundheitsdaten in den Anwendungen eBefunde und eMedikation in ELGA gespeichert.
- Partielles Opt-out: Der Widerspruch gilt nur für eine einzelne Anwendung – eBefunde oder eMedikation.
- Situatives Opt-out:<sup>24</sup> Der Widerspruch gilt nur für einen Behandlungs- oder Betreuungsfall.<sup>25</sup>
- Patient:innen können über Ihren Zugang zur Gesundheitsakte<sup>26</sup> einzelne Dokumente inaktiv setzen, sodass diese anderen Systemteilnehmer:innen nicht mehr zugänglich sind.

Ob eine Person ein situatives Opt-out gewählt oder Dokumente inaktiv gesetzt hat, ist für das behandelnde Personal in ELGA nicht ersichtlich. Damit können Informationen, die eventuell relevant sind, nicht abgerufen werden bzw. es besteht kein Hinweis darauf, dass überhaupt eine Behandlung stattfand. Bei einem partiellen bzw. generellen Opt-out enthält der Patientenakt keine bzw. keine anwendungsbezogenen Informationen/Befunde. Die Ärzt:innen wissen daher nicht, ob ein ELGA-Akt vollständig ist oder nicht. Anders verhält es sich bei der Befundbeschaffung über ein alternatives System (gerichtete Kommunikation). Hierbei können Ärzt:innen Befunde direkt bei Krankenanstalten anfragen. Diese

---

<sup>24</sup> Laut Auskunft der unterschiedlichen Gesprächspartner:innen wird diese Möglichkeit kaum genutzt.

<sup>25</sup> In sensiblen Gesundheitsbereichen (z. B. psychische Erkrankung) ist der GDA verpflichtet, gesondert über das Recht des situativen Opt-out hinzuweisen.

<sup>26</sup> [Zugang zur Gesundheitsakte](#)

werden dann postalisch oder elektronisch über ein medizinisches Kommunikationsnetzwerk übermittelt. Wird bei der Anfrage kein spezifischer Befund angegeben, werden alle vorhandenen Befunde, auch jene die explizit aus ELGA durch ein Opt-out ausgenommen wurden, übermittelt.

### 19.2.

Für die Ärzt:innen ist unbefriedigend, nicht zu wissen, ob ein ELGA-Akt vollständig ist oder nicht. Dies führte auch dazu, dass innerhalb der Ärzteschaft Vorbehalte bezüglich der ELGA-Nutzung entstanden sind und andere Kommunikationswege (Brief, gerichtete Kommunikation) verwendet wurden. Ein Hinweis über das Vorhandensein eines situativen Opt-outs in ELGA wäre hier eine unbedingt notwendige Information.

Ein situatives Opt-out aus Datenschutzgründen sieht der LRH durchaus kritisch, da Ärzt:innen die Gesundheitsdaten von Krankenanstalten, gemäß KAKuG §10 Abs. 1 Z 4, ohne diese Einschränkung übermittelt bekommen können. Auch bei geringer Nutzung des situativen Opt-outs wird dadurch das Gesamtsystem geschwächt. Der LRH empfiehlt dem Land OÖ auf eine rechtliche Anpassung beim Bund hinzuwirken.

## Anbindung der Alten- und Pflegeheime der Oö. Sozialhilfeverbände

### 20.1.

Seit März 2013 wurden in OÖ die APH der Oö. Sozialhilfeverbände (SHV) an ELGA angeschlossen. Ziel ist es den Dokumentations- und Administrationsaufwand zu verringern und Dokumente auch anderen GDA zur Verfügung zu stellen. Ab dem Zeitpunkt des Anschlusses werden die Pflegesituationsberichte anlassbezogen (z. B. bei Einweisung in eine Krankenanstalt) in ELGA gespeichert. Bis Ende 2024 war dazu ein manueller Eingriff notwendig, mit Jahreswechsel 2025 entfiel dieser. Lesend stehen den Mitarbeiter:innen eines APH die eMedikation und die Befunde anderer GDA zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Prüfung waren bereits alle APH der Sozialhilfeverbände an ELGA angeschlossen. Die Übermittlung der Pflegesituationsberichte erfolgt auf CDA-Level 2. Dies liegt daran, dass für die Pflege der CDA-Level 3 des Standards und die Software für die Pflegedokumentation angepasst werden müssen.

Laut Projektauftrag für die ELGA-Anbindung sollten die APH und Krankenanstalten die Übergangsfristen zur parallelen Bereitstellung von Papierdokumenten zusätzlich zu ELGA bilateral anpassen. Das führte zu Missverständnissen in der Kommunikation zwischen Krankenanstalten und APH.

### 20.2.

Der LRH sieht in der Anbindung der APH in OÖ an ELGA einen wichtigen Beitrag zur Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Entscheidend ist, dass die

Implementierung von CDA-Level 3 rasch von statten geht. Aus der Nutzungsstatistik lässt sich ablesen, dass die APH ELGA unterschiedlich stark nutzen. Durch die Umstellung auf die automatische Speicherung und weitere Schulungsmaßnahmen sollte sich dies laufend verbessern. Eine einheitliche Lösung sorgt für klare Kommunikationswege und abgestimmte Abläufe.

### 21.1.

Ein Erfahrungsbericht aus einem APH und ein Evaluierungsbericht zeigen, dass bei einer Überweisung in eine Krankenanstalt die elektronische Übermittlung des Pflegesituationsberichtes oft nicht reicht und von den Krankenanstalten nach wie vor ein Ausdruck verlangt wird.

Laut Auskunft unterschiedlicher Gesprächspartner:innen, dauert es oft sehr lange, bis die Entlassungsbefunde der Krankenanstalten in ELGA zugänglich sind. Der Fonds führte dazu in den Jahren 2021 und 2022 eine Analyse durch. Das Ergebnis zeigte, dass die vorläufigen ärztlichen Entlassungsbriefe („Kurzarztbriefe“) in 86 Prozent der Fälle am Entlassungstag ausgestellt wurden (Bandbreite zwischen 75 Prozent und 100 Prozent pro Krankenanstalt). Die endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefe waren nur zu 46 Prozent am Entlassungstag in ELGA hinterlegt. In einzelnen Krankenanstalten wurden rd. 20 Prozent der endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefe erst später als vier Wochen nach Entlassung fertig gestellt. Für die Pflegeeinrichtungen ist ein derartig langer Zeitraum nicht zufriedenstellend. Dadurch entsteht ein höherer Verwaltungs- und Kommunikationsaufwand (persönliche Nachfrage), der sich negativ auf den Nutzen von ELGA auswirkt.

### 21.2.

Wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, reicht es nicht aus, Dokumente digital zu übermitteln. Gerade bei den Schnittstellen zwischen GDA ist es erforderlich auch die dahinter liegenden Abläufe und Geschäftsprozesse rasch an die Digitalisierung anzupassen. Weiters werden durch die fortschreitende Digitalisierung bestehende Schwächen und Probleme in den Prozessen offensichtlich. Dies trifft z. B. auf den Zeitpunkt der Bereitstellung der ärztlichen Entlassungsbefunde zu. Hier sieht der LRH dringenden Handlungsbedarf. Er empfiehlt dem Land OÖ, darauf zu drängen, dass ein ärztlicher Entlassungsbrief zeitnah (möglichst taggleich) zur Entlassung erstellt wird und in ELGA verfügbar ist.

### 22.1.

Aus Sicht der SHV gibt es folgende Themen in Zusammenhang mit ELGA, die noch zu lösen sind:

- Für den Transport von Patient:innen muss ein Notfallblatt ausgedruckt werden. Dieses wird zwar in der Software für die Pflegedokumentation automatisiert erstellt, kann aber nicht elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Es fehlt dazu die organisatorische Integration in ELGA und zum Teil auch die technische Infrastruktur bei den Rettungsorganisationen.

- Die Abfrage von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen der Bewohner:innen von APH sollte ermöglicht werden.

## 22.2.

Für den LRH ist es wichtig, dass bei einem Vorgang wie der Überstellung von Bewohner:innen von einem APH in eine Krankenanstalt und wieder zurück alle Prozessschritte und Datenübermittlungen digitalisiert sind. Nur so kann der administrative Aufwand verringert werden. Der LRH empfiehlt, dass unter Federführung des Landes die GDA die bestehenden Prozesse analysieren und die in der Digitalisierung fehlenden Prozessschritte umzusetzen.

Die Ermöglichung der Abfrage von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen der Bewohner:innen durch die APH unterstützt der LRH vollinhaltlich (Berichtspunkt 5).

## 23.1.

Das Projekt zur Anbindung der APH der SHV wird von diesen unter der Federführung des SHV Perg durchgeführt. Für die Betreuung und Weiterentwicklung der ELGA-Anbindung wird ein Mitarbeiter beschäftigt. Diese Aufgaben sollen künftig in der OÖ Pflege- und BetreuungsManagement GmbH wahrgenommen werden. Finanziert wird das Projekt von den SHV unter Anwendung eines Kostenschlüssels. Die Kosten für die Anbindung an den ELGA-Bereich Oberösterreich übernimmt der Fonds (Berichtspunkt 24).

## 23.2.

Der LRH sieht die Anbindung der APH als wichtigen Schritt für die Nutzung der ELGA-Anwendungen in OÖ. Damit sich das System positiv auf Arbeitsaufwand und Ressourceneinsatz auswirken kann, sollte es rasch weiterentwickelt werden. Der LRH empfiehlt dem Land auch, ein Projekt zur Anbindung der APH der Gemeinden zu initiieren.

## Finanzierung

### 24.1.

Der Beitrag des Landes zum Betrieb von ELGA gliedert sich wesentlich in drei Bereiche: Die finanzielle Beteiligung am Betrieb der ELGA GmbH, des Betriebes des ELGA-Bereich Oberösterreich und die Finanzierung bzw. finanzielle Beteiligung an Projekten.

Tabelle 9: Finanzierung durch Land OÖ

Zuordnung	in Euro				
	2021	2022	2023	2024	Summe
Betriebspauschale	302.440	837.363	776.205	871.138	2.787.146
Anbindung APH			15.056	2.759 <sup>27</sup>	17.815
<b>Zwischensumme "Betrieb des OÖ ELGA-Bereichs"</b>	<b>302.440</b>	<b>837.363</b>	<b>791.260</b>	<b>873.898</b>	<b>2.804.961</b>
Betrieb ELGA GmbH	558.091	699.919	682.428	751.860	2.692.297
<b>Gesamtsumme "Betrieb"</b>	<b>860.531</b>	<b>1.537.282</b>	<b>1.473.688</b>	<b>1.625.757</b>	<b>5.497.259</b>
Gesundheitsportal ("Projekte")			90.059	316.097	406.156

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis Daten Land OÖ

2021 wechselte die Betriebsführung des oberösterreichischen ELGA-Bereichs von der Abt. Informationstechnologie (IT) des Landes in die OÖG. Ab Juli 2021 wurde die Betriebspauschale an die OÖG ausbezahlt – der Betrag bildet daher auch nur den Wert für ein halbes Betriebsjahr ab.

Die Beiträge an die ELGA GmbH werden vorab bei der Überweisung der Zuschüsse der Bundesgesundheitsagentur an den Fonds abgezogen. Vom Beitrag der Länder an der Betriebsführung der ELGA GmbH trägt OÖ 17,137 Prozent. Im Zeitraum von 2021 bis 2024 entsprach das rd. 2,7 Mio. Euro. Der OÖG wurden für Betrieb, Wartung und Weiterentwicklung des ELGA-Bereichs Oberösterreich in diesem Zeitraum Kosten von rd. 2,8 Mio. Euro ersetzt.

Ab 2023 wurden die Kosten von insgesamt rd. 400 Tsd. Euro für die Vorarbeiten für das Gesundheitsportal gemeinsam mit den Betriebskosten abgerechnet. eHealth Projekte in den Krankenanstalten werden von deren Trägern finanziert. Bei Projekten wie „1450“ fördert das Land das Projekt und den Betrieb.<sup>28</sup>

## 24.2.

Bei den Abrechnungen der OÖG sollte der Bereich des Gesundheitsportales gesondert dargestellt werden, da es sich aus Sicht des LRH um ein eigenständiges Projekt handelt.

Die Investitionen in ELGA sollen die Effizienz im Gesundheitssystem verbessern, Verwaltungstätigkeiten verringern und das Personal im Gesundheitsbereich entlasten; aus diesem Grund sind Investitionen in das System auch immer kritisch zu hinterfragen und der Nutzen soll eindeutig überwiegen.

<sup>27</sup> 2024 wurde bereits ein Teil der Kosten in die Betriebspauschale eingerechnet

<sup>28</sup> vgl. LRH-Bericht zur Initiativprüfung [Telefonische Gesundheitsberatung 1450](#)

## EHEALTH

### 25.1.

Unter den Überbegriff eHealth fallen ELGA und auch Projekte, die Gesundheitsdaten außerhalb von ELGA verarbeiten. In OÖ laufen viele Projekte in denen prototypenhaft Anwendungen entwickelt werden. So z. B. die Schlaganfallvorververständigung zur Reduktion der Wartezeit zwischen Aufnahme und Behandlung von Patient:innen. In anderen Projekten werden innerhalb von Krankenanstalten Prozesse digitalisiert oder telemedizinische Anwendungen eingeführt.

### 25.2.

Aus Sicht des LRH ist es wichtig, dass beim Land OÖ bzw. beim Fonds ein Überblick über die laufenden Projekte besteht. Dies betrifft vor allem Projekte die GDA-übergreifend wirken. Der Lückenschluss im Bereich ELGA ist nach Ansicht des LRH vorrangig zu behandeln.

## eRezept

### 26.1.

eRezept und eMedikation sind zwei unterschiedliche Anwendungen, die inhaltliche Gemeinsamkeiten haben. eMedikation ist eine Anwendung im Rahmen von ELGA und soll einen vollständigen Überblick über die verschriebenen Medikamente geben. eRezept löst das Papierrezept ab und dient auch zur Verrechnung der Medikationskosten. Das eRezept ist seit Juni 2022 von

- allen Ärzt:innen sowie Gruppenpraxen, die einen Vertrag mit der Sozialversicherung haben, sowie
- Wahlärzt:innen mit Rezepturbefugnis<sup>29</sup> und e-Card Ausstattung zu verwenden.

Für die Ausstellung eines eRezeptes ist es notwendig, dass die bzw. der ausstellende Ärzt:in längstens 90 Tage davor Zugriff auf die e-Card der Patient:innen hatte. Durch Speicherung des Rezepts in der Anwendung kann in der Apotheke nach Vorlage der e-Card das Rezept eingelöst werden. Patient:innen können unter Verwendung der e-ID die ausgestellten Rezepte in den Portalen der Sozialversicherungen einsehen. In der Anwendung eRezept sind auch die notwendigen Daten zur Abrechnung mit den Sozialversicherungen hinterlegt.

---

<sup>29</sup> Mit einer Rezepturbefugnis können auch Wahlärzt:innen Rezepte auf Rechnung der Sozialversicherung ausstellen.

Eine spezielle Herausforderung stellt dieses System im Bereich der Pflege dar. Auf einer Informationsseite der eCard-Betreiber wird dazu Folgendes festgehalten:<sup>30</sup>

„Für diese Zielgruppe gibt es verschiedene Möglichkeiten zur Ausstellung und Einlösung von eRezepten. Voraussetzung für eine reibungslose Abwicklung der Rezeptierung und Einlösung: Alle Beteiligten müssen sich miteinander abstimmen und auf EINEN Prozess einigen.“

Demnach hätte jedes APH in Zusammenarbeit mit den Bewohner:innen, Angehörigen, Ärzt:innen und Apotheken eine Lösung zu suchen, um die Versorgung der Bewohner:innen mit Medikamenten sicherzustellen. In der Praxis würde das bedeuten, dass die e-Cards der Bewohner:innen alle 90 Tage eingesammelt und bei den Ärzt:innen aktiviert werden müssen. Auch für die Einlösung der Rezepte bei den Apotheken werden die e-Cards benötigt. Eine Möglichkeit, dass ein GDA, die mit einer e-Card verbundenen Rechte für das eRezept aller Bewohner:innen übertragen bekommt, gab es zum Prüfungszeitpunkt noch nicht. Im Juni 2025 wurde von der Sozialversicherung die Lösung e-Berechtigung vorgestellt. Voraussetzung dazu ist, dass der Vollmachtgeber und der Vollmachtnehmer eine eID besitzen und das Handling über die SV-App auf einem Smartphone erfolgt.

## 26.2.

Für den LRH ist die derzeitige Lösung im Pflegebereich unbefriedigend und widerspricht dem Gedanken der Digitalisierung von Prozessen. Die derzeitige Situation löst Frustration bei den Mitarbeiter:innen der APH aus. Er empfiehlt dem Land OÖ, in den Gremien, in denen solche Projekte und deren Einführungen beschlossen oder diskutiert werden, darauf hinzuweisen, dass alle wesentlichen Prozesse so berücksichtigt sein müssen, dass für die Beteiligten kein Mehraufwand entsteht. Im Juni 2025 wurde das Konzept e-Berechtigung vorgestellt, wobei der LRH nicht beurteilen kann, ob dies eine Erleichterung für die Alten- und Pflegeheime bringt.

## 26.3.

*Die Stellungnahme der Direktion Gesundheit lautet:*

*Die parallel zu ELGA eMedikation seitens der SV umgesetzte eCard-Anwendung eRezept, sowie auch die generellen Vorgaben zum periodischen Stecken von eCards der Bewohner basieren auf dem ASVG, die Bundesländer haben darauf praktisch keinen Einfluss. Mehrere Einladungen und Aufforderungen zur gemeinsamen Entwicklung technologisch einheitlicher Lösungen führten zu einer ausführlichen Problembeschreibung dieser Parallelentwicklungen (Konzept Digitaler Medikationsprozess). Um tatsächlich seitens der Bundesländer eine Vereinheitlichung auch einfordern zu können bedürfte es einer freiwilligen Bereitschaft seitens der SV oder einer entsprechenden Vorgabe durch das BMASGPK an die SV (z. B. in Form*

---

<sup>30</sup> vgl. Informationen der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., [eRezept Pflege und Heime](#)

einer Konsolidierung gesetzlicher Vorgaben für Digitalisierungsinhalte zwischen GTelG und ASVG).

Seitens der Länder wurde in dieser Sache durch Beschlüsse der LandesgesundheitsreferentInnen-/ bzw. LandessozialreferentInnenkonferenz auf den dringenden Handlungsbedarf hingewiesen:

- *Beschluss LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz am 16. Oktober 2024*
- *Beschluss LandessozialreferentInnenkonferenz am 09. Mai 2025*

## Tumorzentrum

### 27.1.

Das Tumorzentrum Oberösterreich ist eine Kooperation aller öö. Fondskrankenanstalten mit dem Ziel, eine gleichwertige onkologische Versorgungsqualität für alle Patient:innen bereitzustellen.

Die Kooperation dient der Sicherstellung einer standardisierten, qualitätsorientierten und interdisziplinär abgestimmten Versorgung von rd. 10.000 Krebspatient:innen pro Jahr. Sie wurde 2011 gestartet und seit drei Jahren sind alle öö. Fondskrankenanstalten Teil dieser Kooperation.

Zur IT-Unterstützung wurde eine zentrale Tumordatenbank eingerichtet, die eine standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufs, sowie eine spitalsübergreifende Abstimmung ermöglicht. Diese Software ersetzt nicht die vorhandenen Krankenhausinformationssysteme (KIS-Systeme). Über die genormten Schnittstellen werden die notwendigen Daten zwischen den Systemen ausgetauscht. Der Austausch zwischen den Fachabteilungen findet per Videokonferenz statt. Bilddateien verbleiben in den jeweiligen KIS-Systemen, können aber in den Konferenzen besprochen werden. Im System bekommt immer die jeweils behandelnde Abteilung bzw. Krankenhaus Zugriff auf die Patientenakte im Tumorboard. Wechselt die Patientin bzw. der Patient für die weitere Behandlung die Abteilung/Krankenanstalt, werden die entsprechenden Zugriffsrechte geändert. Es gibt daher immer nur einen Akt.

Die Kosten dieser Anwendung tragen die teilnehmenden Krankenanstalten. Sie werden nach der Anzahl der behandelten Patient:innen aufgeteilt.

### 27.2.

Das Tumorboard bildet die speziellen Anforderungen für die Tumor-Behandlung ab. Dabei wird darauf geachtet, Informationen nach Möglichkeit nicht doppelt vorzuhalten und für die Verwaltung in den Krankenanstalten die jeweiligen KIS-Systeme zu verwenden. Für den LRH ist dieses Projekt ein gutes Beispiel für eine zielgerichtete und erfolgreiche Digitalisierung.

## Telefonische Gesundheitsberatung 1450

### 28.1.

Im Jahr 2024 prüfte der LRH die telefonische Gesundheitsberatung 1450 in OÖ<sup>31</sup>. „1450“ soll künftig als Erstinformationssystem Patientenströme steuern. Dazu wurde im Projekt „1450“-Check-in“ die Möglichkeit geschaffen, dass bereits bei einem Telefonat alle notwendigen Daten für eine Aufnahme in eine der oö. Fonds-krankenanstalten erfasst und entsprechend an das KIS-System der zuständigen Krankenanstalt übermittelt werden können. Eine Integration von „1450“ in ELGA und damit eine Speicherung des Inhaltes einer Beratung, die nicht zu einer Aufnahme in eine Krankenanstalt führt, fehlt derzeit noch. Aus Sicht der medizinischen Versorgung ist diese Information jedoch wichtig v. a., wenn die Patientin bzw. der Patient – abweichend von der Empfehlung von „1450“ – einen anderen GDA aufsucht.

### 28.2.

Die Gesprächspartner des LRH bewerteten das Projekt „1450“-Check-in“ sehr positiv. Bemängelt wurde, dass eine Beratung durch „1450“ in ELGA nicht ersichtlich ist. Der LRH sieht darin eine wesentliche Informationslücke, wenn „1450“ für die Patientenlenkung eingesetzt werden soll. Die geplante Integration von „1450“ in ELGA sollte ehest gestartet werden. Es fehlen für die Umsetzung aber auch noch bundesrechtliche Grundlagen.

## Gesundheitsportal

### 29.1.

Inhaltlich soll das Gesundheitsportal viele Themen im Gesundheitsbereich abdecken. Vor allem soll es den Bürger:innen den Zugang zu ihren Gesundheitsdaten vereinfachen. Dezidiert ausgeschlossen ist der Aufbau von „Parallelstrukturen“. Es sollen vielmehr die verschiedenen Dienste, die auch jetzt schon verfügbar sind, in einem Portal zugänglich gemacht werden. Dabei sollen auch neue Funktionen angeboten werden, die zum Teil bereits früher geplant waren, wie z. B. eine Erinnerung für eine Impfauffrischung. Terminverwaltung mit den GDA, die Möglichkeit Dokumente mit einem GDA auszutauschen und die Bereitstellung von Frage- und Aufklärungsbögen sind weitere beispielhafte Funktionen, die neben den in ELGA bereits angebotenen Informationen realisiert werden sollen. Auch die Portale der Sozialversicherungsträger sollen integriert werden.

### 29.2.

Für den LRH ist ein einheitliches Gesundheitsportal für Bürger:innen im Sinne eines One-Stop-Shop wünschenswert. Wichtig ist, dass die Bedienung durchgängig

---

<sup>31</sup> vgl. LRH-Bericht zur Initiativprüfung [Telefonische Gesundheitsberatung 1450](#)

benutzerfreundlich und sicher gestaltet wird. Auch in diesem Projekt ist darauf zu achten, dass Geschäftsprozesse immer vollständig digitalisiert werden und nicht neue Medienbrüche entstehen.

### 30.1.

Die OÖG führte im Auftrag des Landes ein Konzeptionsprojekt für ein Gesundheitsportal durch. Im Juli 2024 wurden die Erkenntnisse den Bundesländern vorgestellt. In der Landesgesundheitsreferent:innenkonferenz im Oktober 2024 wurde die weitere Vorgehensweise fixiert.

Die OÖG begann im November 2024 mit dem Vergabeverfahren für die Umsetzung des Projektes.

Im Mai 2025 beschlossen die Landesgesundheitsreferent:innen eine abgestimmte Umsetzung der Gesundheitsportale. Acht Bundesländer nehmen an der Umsetzung Teil.

Die Vergabeentscheidung ist für das vierte Quartal 2025 vorgesehen.<sup>32</sup>

### 30.2.

Der LRH befürwortet die Zusammenarbeit der Länder und hält eine zeitnahe und vollständige Umsetzung des Projektes für sinnvoll.

## Faxablöse und Kommunikation zwischen den GDAs

### 31.1.

Bereits mit dem Inkrafttreten des GTelG 2012 am 1.1.2013 stand fest, dass die Übermittlung von Gesundheitsdaten per Fax aus Datenschutzgründen nach einer Übergangsfrist unzulässig wird. Das GTelG 2012 sah aber eine Ausnahmebestimmung vor; diese lief mit der Novelle des GTelG 2012 per 1.1.2025 aus. Seit 2013 gab es keine Initiativen, die die Informationsübertragung per Fax einheitlich ablösen sollten. Ab November 2024 begannen einzelne GDA und Sozialversicherungen mit der Bekanntgabe, welche elektronischen Dienste für die Datenübermittlung anstelle von Fax verwendet werden sollen. Dies führte auch dazu, dass für die Übermittlung an einen GDA dessen spezieller Dienst, für die Antwort jedoch der Dienst der Antragstellerin bzw. des Antragstellers zu verwenden ist.

Eine Auswertung der OÖG zeigte, dass nach der Faxablöse die digitale Kommunikation zwischen anderen Systembeteiligten und den Krankenanstalten der OÖG zunahm und die Kommunikation per Post weniger wurde.

---

<sup>32</sup> Das Vergabeverfahren war nicht Gegenstand dieser Prüfung.

### 31.2.

Das Festhalten an der Kommunikation mittels Fax zeigt, welche Beharrungskräfte im Gesundheitswesen existieren. Durch das jahrelange Ignorieren des bevorstehenden Verbotes gab es keine vorbereitete einheitliche Alternative.

Offensichtlich brachte die Faxablöse einen gewissen Digitalisierungsschub in der Kommunikation von Gesundheitsdaten. Durch das unkoordinierte Vorgehen hat diese Art der Digitalisierung negative Auswirkungen auf den administrativen Aufwand. So müssen betroffene GDA und Ansprechpartner:innen zum Teil mehr als ein Dutzend unterschiedliche Systeme verwenden und servicieren. Das führt zu einem hohen Personaleinsatz, Ressourcenaufwand und einer hohen Frustration bei den betroffenen Mitarbeiter:innen. Der LRH empfiehlt dem Land, künftig die zuständigen Stellen auf bevorstehende Änderungen hinzuweisen und zeitnah verbindliche Regelungen konsequent einzufordern. Sollte dies nicht gelingen, soll zumindest im eigenen Wirkungsbereich eine einheitliche Lösung verfügbar gemacht werden.

### 32.1.

Nach der Faxablöse wurde ein Projekt für eine einheitliche digitale Kommunikationslösung für alle Systembeteiligten initiiert. Das Projekt „Plattform gerichtete Kommunikation“ wurde in einer Sitzung der Landesgesundheitsreferent:innen beschlossen. Auf Basis des offenen Kommunikationsprotokolls für Echtzeitkommunikation „Matrix“ soll für alle Beteiligten eine den Sicherheitsanforderungen entsprechende Kommunikationsplattform entstehen. Vor allem das Netzwerk der österreichischen Spitalsmanager:innen drängt diesbezüglich auf eine rasche Umsetzung.

### 32.2.

Der LRH hält eine einheitliche Lösung für die gerichtete Kommunikation im Gesundheitswesen für essenziell. Wichtig scheint ihm, dass das Land darauf achtet, alle GDA in OÖ einzubinden, sodass die jeweiligen IT-Systeme rechtzeitig für die neue Lösung adaptiert werden können. Der Erfolg des Projektes wird im Wesentlichen auch davon abhängen, dass eine Projektumsetzung in kurzer Zeit möglich ist.

## Übermittlung von Abrechnungsdaten

### 33.1.

Ein großer Softwarehersteller lässt sein Patientenmanagementsystem auslaufen. Dadurch ist ein Technologiewechsel bei vielen Krankenanstalten notwendig und es ergibt sich ein günstiges Zeitfenster für eine Umstellung.

Am 15.12.2023 wurde deshalb in der Bundes-Zielsteuerungskommission das Projekt „Moderne Patientenabrechnung und Datenkommunikation (MoPED)“

gestartet. Die Projektleitung wird durch einen Vertreter der OÖG ausgeübt. Die technische Ausarbeitung erfolgt in Zusammenarbeit aller Systempartner, der ELGA GmbH und der Fachhochschule Oberösterreich.

Ziele des Projektes sind:

- Etablierung eines Standards für den administrativen Patienten basierend auf einer etablierten Technologie sowie internationalen und nationalen Standards unter Verwendung von Code-Systemen
- Vorbereitung auf den European Health Data Space (EHDS)
- Verwendung des FHIR-Standards zur rascheren Einbindung medizinischer Register<sup>33</sup>
- Bessere Datenqualität und -verfügbarkeit zur besseren Steuerung des Gesundheitssystems
- Durch Standardisierung Etablierung im gesamten GDA-Kontext

Die Gesundheitsdokumentationsverordnung (GD-VO) sieht zudem vor, dass ab 1.1.2026 auch in den Ambulanzen und im niedergelassenen Bereich Diagnosecodierungen verwendet werden. Ziel ist es, eine Datenbasis aufzubauen und die Auswertung unter Wahrung des Datenschutzes (Pseudoanonymisierung unter Verwendung des bereichsspezifischen Personenkennzeichens) zu ermöglichen.

### 33.2.

Durch die Umsetzung dieses Projektes sollen die Datenkommunikation vereinheitlicht und die Effizienz und Datenqualität im Gesundheitswesen verbessert werden. Weiters entsteht unter anderem die Möglichkeit mit statistischen Auswertungen belastbares Zahlenmaterial zum Thema Doppelgleisigkeiten zu erhalten. Unter Einhaltung des Datenschutzes (Pseudoanonymisierung) sind wertvolle Analysen möglich, die Handlungsoptionen aufzeigen können.

## ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN

### 34.1.

Nachstehend fasst der LRH die Empfehlungen an die geprüften Stellen zusammen:

### 34.2.

- a) Das Land OÖ sollte sich weiterhin mit dem Bund und den anderen Bundesländern abstimmen, um Gesetzesänderungen zu initiieren und die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu fördern. (Berichtspunkt 3 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)

---

<sup>33</sup> es gibt mehr als 100 medizinische Register in Österreich

- b) Das Land sollte prüfen, die Ermächtigung für GDA zur Abfrage des Registers in einem Landesgesetz zu ermöglichen. (Berichtspunkt 5 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I und II)
- c) Das Land sollte in Bereichen, in denen die Vorraussetzungen erfüllt werden, die Systembeteiligten zu einer früheren Umsetzung bewegen. (Berichtspunkt 6 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I und II)
- d) Das Land sollte mit den anderen Ländern die für sie relevanten Themen gemeinsam vertreten. (Berichtspunkt 7 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)
- e) Das Land/der Fonds sollte weitere Informationsstrukturen aufbauen, um auch mit anderen Systembeteiligten im Gesundheitswesen Informationen auszutauschen und zu koordinieren. (Berichtspunkt 7 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG IV)
- f) Das Land sollte, in Abstimmung mit dem Bund und den Trägern der Sozialversicherung, eine rasche Anbindung der fehlenden GDA ermöglichen. (Berichtspunkt 13 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG II)
- g) Die OÖG sollte den Zeitplan für die vollständige Anbindung ihrer letzten Krankenanstalt unbedingt einhalten. (Berichtspunkt 13)
- h) Das Land OÖ sollte, in Abstimmung mit dem Zielsteuerungspartner, Informationsveranstaltungen gemeinsam mit der Ärztekammer für Oberösterreich organisieren, damit die aktuellen Möglichkeiten zur Nutzung von ELGA breiter bekanntgemacht werden. (Berichtspunkt 13 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG IV)
- i) Das Land OÖ sollte prüfen, ob in Landesgesetzen Barrieren für eine erfolgreiche Digitalisierung abgebaut werden können. (Berichtspunkt 17 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)
- j) Das Land OÖ sollte als wesentlicher Faktor zur Effizienzsteigerung in allen relevanten Gremien entsprechende Schritte für die Ermöglichung der notwendigen Auswertungen zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten Mehrfachbehandlungen einfordern. (Berichtspunkt 18)
- k) Das Land OÖ sollte darauf drängen, dass ein ärztlicher Entlassungsbrief zeitnah zur Entlassung erstellt wird und in ELGA verfügbar ist. (Berichtspunkt 21 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG III)
- l) Unter Federführung des Landes sollten die jeweiligen GDA die bestehenden Prozesse analysieren und die in der Digitalisierung fehlenden Prozessschritte umsetzen. (Berichtspunkt 22 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG III)
- m) Um Arbeitsaufwand und Ressourceneinsatz bei den GDA zu reduzieren, sollte das Land die ELGA-Anbindung rasch weiterentwickeln. (Berichtspunkt 23 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG II und III)

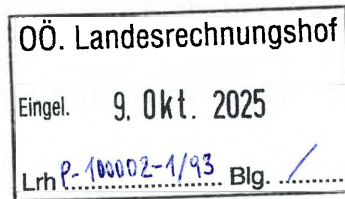
- n) Das Land sollte ein Projekt zur Anbindung der Alten- und Pflegeheime der Gemeinden initiieren. (Berichtspunkt 23 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG II)
- o) Das Land OÖ bzw. der Fonds sollte einen Überblick über die laufenden Projekte bewahren. Dies betrifft vor allem solche Projekte die GDA-übergreifend wirken. (Berichtspunkt 25)
- p) Das Land sollte in den Gremien, in denen solche Projekte und deren Einführungen beschlossen oder diskutiert werden, darauf hinweisen, dass alle wesentlichen Prozesse und Beteiligte so berücksichtigt sein müssen, dass für sie kein Mehraufwand entsteht. (Berichtspunkt 26 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG III)
- q) Um Informationen aus „1450“ in ELGA zu speichern, sollte ein Projekt gestartet werden. Es fehlen für die Umsetzung aber auch noch bundesrechtliche Grundlagen (Berichtspunkt 28 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)
- r) Im Projekt Gesundheitsportal sollte darauf geachtet werden, dass Geschäftsprozesse immer vollständig digitalisiert werden und nicht neue Medienbrüche entstehen. (Berichtspunkt 29 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG III)
- s) Das Land sollte künftig die zuständigen Stellen auf bevorstehende Änderungen hinweisen und zeitnah verbindliche Regelungen konsequent einfordern. Gelingt das nicht, sollte zumindest im eigenen Bereich eine einheitliche Lösung verfügbar gemacht werden. (Berichtspunkt 31 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)
- t) Das Land soll darauf achten, alle GDAs in OÖ zeitnah einzubinden, sodass die jeweiligen IT-Systeme rechtzeitig für die neue Lösung adaptiert werden können. (Berichtspunkt 32 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)

Linz, am 21. Oktober 2025

Rudolf Hoscher

Direktor des Oö. Landesrechnungshofes

**Amt der Oö. Landesregierung**  
Direktion Soziales und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
4021 Linz • Bahnhofplatz 1



[www.land-oberoesterreich.gv.at](http://www.land-oberoesterreich.gv.at)

Geschäftszeichen:  
**Ges-2025-35779/6-Hg/En**

Bearbeiter/-in: Mag. Jakob Hochgerner  
Tel: 0732 7720-14145  
Fax: 0732 7720-214355  
E-Mail: [ges.post@ooe.gv.at](mailto:ges.post@ooe.gv.at)

Herrn  
Direktor  
Mag. Rudolf Hoscher

Oö. Landesrechnungshof  
-----

Linz, 09.10.2025

per E-Mail: [post@lrh-ooe.at](mailto:post@lrh-ooe.at)

## **Stellungnahme zur Initiativprüfung „Status von eHealth und ELGA in Oberösterreich“**

Sehr geehrter Herr Direktor!

**I. Das Land OÖ sollte sich mit dem Bund und den anderen Bundesländern abstimmen, um Gesetzesänderungen zu initiieren und die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu fördern. (Berichtspunkte 3, 5 bis 7, 17, 28, 31 und 32; Umsetzung ab sofort)**

### **Zu Punkt 3.2 geben wir folgende Stellungnahme ab:**

Die Intention des Landesrechnungshof ist nachvollziehbar und unterstützt die Bestrebungen des Landes OÖ. Im 2. Halbjahr 2018 wurde (auf Initiative der Bundesländer und gemeinsam mit der SV) das BMG in einem umfangreichen Dokument auf sinnvolle bzw. aus der ELGA-Praxis seit Ende 2015 resultierende Änderungen im GTelG hingewiesen und auch konkrete Formulierungsvorschläge für die damalige Novelle 2018 vorgelegt. Einzelne Maßnahmen wurden in den seither vorgenommenen Novellierungen des GTelG umgesetzt (z.B. die Verlängerung der ELGA-Zugriffsdauer von 28 auf 90 Tage), der überwiegende Teil der Vorschläge fand bisher allerdings keinen Niederschlag im GTelG und ist aus Sicht des Landes weiterhin erforderlich.

### **Zu Punkt 6.2. geben wir folgende Stellungnahme ab:**

Die Intention wird seitens des Gesundheitsressorts unterstützt. Die Fonds-Krankenanstalten in OÖ sind vollständig an ELGA angebunden, bei der Anbindung stationärer Pflegeeinrichtungen hat OÖ aktuell den höchsten Anbindungsgrad aller Bundesländer. Die Anbindung des Roten Kreuzes OÖ auf alle verschiedenen ELGA-GDA's des Trägers läuft bereits. Beim überwiegenden Teil weiterer

GDA's fehlen derzeit einerseits bundesgesetzliche Rahmenbedingungen (Definition als ELGA-GDA durch Verordnung des BMASGPK), andererseits fehlt die technische Anbindungsmöglichkeit zur Einbringung von ELGA-Dokumenten in den ELGA-Bereich OÖ über die Anbindung niedergelassener GDA's (Allgemeinmediziner, Fachärzte, PVE's) im eCard-System der SV.

Auf die derzeit gegebene Wahlfreiheit der GDA's, an welchen ELGA-Bereich sie sich anbinden möchten, muss hingewiesen werden.

**III. Das Land OÖ sollte darauf achten, dass die Geschäftsprozesse im Gesundheitswesen an die digitalen Anforderungen angepasst und optimiert werden. (Berichtspunkte 21 bis 23, 26 und 29; Umsetzung ab sofort)**

**Zu Punkt 26.2. geben wir folgende Stellungnahme ab:**

Die parallel zu ELGA eMedikation seitens der SV umgesetzte eCard-Anwendung eRezept, sowie auch die generellen Vorgaben zum periodischen Stecken von eCards der Bewohner basieren auf dem ASVG, die Bundesländer haben darauf praktisch keinen Einfluss. Mehrere Einladungen und Aufforderungen zur gemeinsamen Entwicklung technologisch einheitlicher Lösungen führten zu einer ausführlichen Problembeschreibung dieser Parallelentwicklungen (Konzept Digitaler Medikationsprozess). Um tatsächlich seitens der Bundesländer eine Vereinheitlichung auch einfordern zu können bedürfte es einer freiwilligen Bereitschaft seitens der SV oder einer entsprechenden Vorgabe durch das BMASGPK an die SV (z.B. in Form einer Konsolidierung gesetzlicher Vorgaben für Digitalisierungsinhalte zwischen GTelG und ASVG).

Seitens der Länder wurde in dieser Sache durch Beschlüsse der LandesgesundheitsreferentInnen- / bzw. LandessozialreferentInnenkonferenz auf den dringenden Handlungsbedarf hingewiesen:

- Beschluss LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz am 16. Oktober 2024
- Beschluss LandessozialreferentInnenkonferenz am 09. Mai 2025

Freundliche Grüße

Mag. Jakob Hochgerner

**Hinweise:**

Dieses Dokument wurde amtssigniert. Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels und des Ausdrucks finden Sie unter: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/amtssignatur>

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz>

Wenn Sie mit uns schriftlich in Verbindung treten wollen, führen Sie bitte das Geschäftszeichen dieses Schreibens an.