

**DAS AUSTRALISCHE MODELL ZUR  
TELEMEDIZIN-ABRECHNUNG: PERSPEKTIVEN FÜR  
ÖSTERREICH**

Eine Bachelorarbeit von

**MICHAEL FALKNER**

betreut von

**FH-Prof. DI Dr. Robert Mischak MPH**

und eingereicht am

**Studiengang eHealth**

der

**FH JOANNEUM Graz**

zur teilweisen Erfüllung der Anforderungen

zur Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science (BSc)**

September 2025

# Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt Herrn FH-Prof. DI Dr. Robert Mischak MPH für die kompetente Betreuung und die hilfreichen fachlichen Impulse während der Anfertigung dieser Bachelorarbeit. Die Unterstützung und konstruktiven Rückmeldungen haben maßgeblich zur erfolgreichen Umsetzung der Arbeit beigetragen. Besonders geschätzt habe ich dabei die motivierende Art und das entgegengebrachte Vertrauen, die die Arbeit an diesem Thema wesentlich erleichtert haben. Abschließend danke ich auch meiner Familie und meinen Freunden für ihre Unterstützung und ihr Verständnis während dieser Zeit.

# Abstract

This thesis comparatively analyzes the reimbursement and billing systems for telemedicine services in Australia and Austria. Telemedicine has increasingly established itself internationally, especially accelerated by the COVID-19 pandemic. Australia distinguished itself by rapidly integrating telemedicine services comprehensively and sustainably into its healthcare system, including differentiated billing via the Medicare Benefits Schedule. In contrast, Austria remains behind despite pandemic-driven progress in the use and integration of telemedicine, lacking a comprehensive, sustainable strategy for its long-term integration into regular healthcare services.

Australia provides exemplary approaches through its Bulk-Billing system, clear reimbursement rates, and safety nets to limit out-of-pocket expenses, ensuring broad access to telemedicine services. These measures particularly address vulnerable groups and enable detailed statistical recording and management of telemedicine services.

Conversely, Austria primarily has fragmented, regionally varying regulations for billing telemedicine services, which are currently only sporadically integrated into regular healthcare. There is no centralized reimbursement logic or uniform statistical recording.

The findings of this thesis indicate that the Australian model offers key reference points for the sustainable development of telemedicine structures in Austria. It particularly recommends establishing a nationally unified telemedicine service catalog, developing clearly defined reimbursement mechanisms, and systematically expanding safety nets to financially relieve patients. Additionally, improving the statistical recording and quality assurance of telemedicine services is essential for their long-term integration into Austria's regular healthcare system.

# Kurzfassung

Diese Arbeit analysiert vergleichend die Vergütungs- und Abrechnungssysteme telemedizinischer Leistungen in Australien und Österreich. Telemedizin hat sich international insbesondere durch die COVID-19-Pandemie verstärkt etabliert. Australien zeichnete sich durch eine rasche, umfassende und nachhaltige Integration telemedizinischer Leistungen in das Gesundheitssystem aus, einschließlich einer differenzierten Abrechnung über den Medicare Benefits Schedule. Demgegenüber hinkt Österreich trotz pandemiebedingter Fortschritte in der Nutzung und Integration von Telemedizin hinterher und besitzt keine umfassende, nachhaltige Strategie für deren langfristige Einbettung in die Regelversorgung.

Australien bietet durch das sogenannte „Bulk-Billing“-System, klare Vergütungssätze und Sicherheitsnetze zur Begrenzung der Eigenkosten (Out-of-Pocket-Kosten) beispielhafte Ansätze zur Sicherstellung eines breiten Zugangs zu telemedizinischen Angeboten. Diese Maßnahmen adressieren insbesondere vulnerable Gruppen und ermöglichen eine differenzierte statistische Erfassung und Steuerung telemedizinischer Leistungen.

In Österreich existieren hingegen primär punktuelle und föderal fragmentierte Regelungen zur Abrechnung telemedizinischer Leistungen, die bislang nur vereinzelt in die Regelversorgung integriert sind. Es mangelt an einer zentralisierten Vergütungslogik sowie an einer einheitlichen statistischen Erfassung.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass das australische Modell wesentliche Orientierungspunkte für die nachhaltige Weiterentwicklung telemedizinischer Strukturen in Österreich bietet. Insbesondere empfiehlt sich für Österreich die Schaffung eines national einheitlichen Leistungskatalogs für Telemedizin, die Entwicklung klar definierter Vergütungsmechanismen sowie der gezielte Ausbau von Sicherheitsnetzen zur finanziellen Entlastung der Patient:innen. Zudem sollte die statistische Erfassung und Qualitätssicherung telemedizinischer Leistungen verbessert werden, um deren Integration in die österreichische Regelversorgung langfristig zu fördern.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagungen</b>	<b>ii</b>
<b>Abstract</b>	<b>iii</b>
<b>Kurzfassung</b>	<b>iv</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>vii</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>viii</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstellung . . . . .	1
1.2 Forschungsfrage . . . . .	3
1.3 Zielsetzung und Nicht-Ziele . . . . .	3
<b>2 Hintergrund</b>	<b>5</b>
2.1 Gesundheitssysteme . . . . .	5
2.1.1 Ziele von Gesundheitssystemen . . . . .	5
2.1.2 Vergütungssysteme im Gesundheitswesen . . . . .	6
2.1.3 Finanzierung von Gesundheitssystemen . . . . .	8
2.1.4 Australisches Gesundheitssystem . . . . .	9
2.1.5 Österreichisches Gesundheitssystem . . . . .	12
2.2 Telemedizin . . . . .	15
2.2.1 Begriff und Grundlagen der Telemedizin . . . . .	15
2.2.2 Kosten und Vergütung der Telemedizin . . . . .	18
2.2.3 Implementierung von Telemedizin . . . . .	19
<b>3 Methodendarstellung</b>	<b>22</b>
3.1 Literaturrecherche . . . . .	22
3.1.1 Selektive und strukturierte Literaturrecherche . . . . .	22

3.2	Auswahlkriterien / Literaturbewertung . . . . .	24
3.3	Einsatz digitaler Tools zur Literaturverwaltung, Übersetzung und Analyse	25
3.4	Gendergerechte Sprache und Zitierweise . . . . .	27
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>28</b>
4.1	Telemedizin in Australien . . . . .	28
4.1.1	Vergütung von Telemedizinischen Leistungen in Australien . . . . .	28
4.1.2	Einsatz von Telemedizin in Australien . . . . .	32
4.2	Telemedizin in Österreich . . . . .	35
4.2.1	Vergütung von Telemedizinischen Leistungen in Österreich . . . . .	35
4.2.2	Einsatz von Telemedizin in Österreich . . . . .	39
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>41</b>
5.1	Reflexion der Ergebnisse . . . . .	41
5.1.1	Integration in die Regelversorgung . . . . .	41
5.1.2	Vergütungssystem und Patient:innenkosten . . . . .	41
5.1.3	Statistische Erfassung und Steuerung . . . . .	42
5.1.4	Regulatorische Unterschiede und Gemeinsamkeiten . . . . .	42
5.1.5	Implikation und Handlungsempfehlung . . . . .	43
5.2	Limitationen . . . . .	43
5.3	Schlussfolgerung und Ausblick . . . . .	44
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>46</b>
<b>A</b>	<b>Anhang</b>	<b>51</b>
A.1	Telemedizin Item Nummern und Gruppen im MBS . . . . .	51
A.2	Tarifpositionen Hebammen inkl. Telemedizin . . . . .	55
A.3	ÖGK Vereinbarung zur Honorierung telemedizinischer Leistungen . . . . .	59

# Abbildungsverzeichnis

2.1	Finanzierung des australischen Gesundheitssystems . . . . .	11
2.2	Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems . . . . .	14
2.3	Telemedizin im eHealth Ökosystem . . . . .	16
3.1	Prisma Diagramm . . . . .	26
4.1	Auszug ÖGK Vertrag Steiermark . . . . .	38

# Tabellenverzeichnis

2.1	Vergütungsformen im Gesundheitswesen . . . . .	8
3.1	Suchbegriffe und Synonyme auf Deutsch . . . . .	24
3.2	Suchbegriffe und Synonyme auf Englisch . . . . .	24
4.1	Verteilung Telehealth-Leistungen im MBS . . . . .	31
4.2	Verteilung und Anzahl der Telehealth-Leistungen im MBS . . . . .	33
5.1	Vergleich Telemedizin Australien vs. Österreich . . . . .	43
5.2	Detaillierter Vergleich zentrale Strukturen der Telemedizin . . . . .	45
A.1	Liste der Telemedizin Item Nummern und Gruppen aus dem MBS . . . . .	51

# Kapitel 1

## Einleitung

### 1.1 Problemstellung

Bereits vor der COVID-19-Pandemie zeichnete sich international ein wachsendes Interesse an digitalen Gesundheitstechnologien wie der Telemedizin ab. Angesichts demografischer Entwicklungen – insbesondere einer alternden Bevölkerung – sowie des zunehmenden Auftretens chronischer Mehrfacherkrankungen wurde der Ruf nach flexiblen, zugänglichen und patientenorientierten Versorgungsmodellen immer lauter [OECD, 2023]. Telemedizin galt in diesem Kontext als vielversprechendes Instrument zur Bewältigung struktureller Herausforderungen im Gesundheitssystem.

Mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 kam es zu weitreichenden Umbrüchen im globalen Gesundheitswesen. Viele Präsenzleistungen mussten eingeschränkt oder gänzlich ausgesetzt werden, was insbesondere vulnerable Patientengruppen traf. In Reaktion darauf passten zahlreiche Staaten ihre rechtlichen Rahmenbedingungen an, um telemedizinische Leistungen kurzfristig zu ermöglichen oder auszuweiten. Die Zahl der Telekonsultationen nahm innerhalb weniger Monate exponentiell zu und erwies sich als zentrales Mittel zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität [OECD, 2023].

Auch in Österreich existierten bereits vor der Pandemie vielfältige Ansätze zur Förderung telemedizinischer Angebote, sowohl durch öffentliche Träger als auch im privatwirtschaftlichen Bereich. Die COVID-19-Pandemie fungierte dabei als Katalysator: Projekte wie elektronische Krankschreibungen, Online-Rezeptlösungen und Pilotprogramme zur Videokonsultation wurden beschleunigt implementiert. Damit wurden in kurzer Zeit zentrale Voraussetzungen für eine breitere Nutzung digitaler Gesundheitsleistungen geschaffen [Laschkolnig, 2021].

Trotz dieser Entwicklungen bleibt Österreich im europäischen Vergleich bei der tatsächlichen Nutzung von Telemedizin hinter dem Durchschnitt zurück. Während Anfang 2021 rund 35 Prozent der österreichischen Bevölkerung angaben, telemedizinische Leistungen in Anspruch genommen zu haben, lag der entsprechende Anteil in der EU bei 39 Prozent. Die im Vergleich geringere Steigerung deutet darauf hin, dass es in Österreich bislang an umfassenden strukturellen Maßnahmen fehlt, um Telemedizin langfristig in das Versorgungssystem zu integrieren. Zwar wurden einzelne pandemiebedingte Regelungen, etwa zur elektronischen Verschreibung, verlängert – eine übergeordnete Strategie zur nachhaltigen Etablierung telemedizinischer Versorgung bleibt jedoch aus [OECD und European Observatory on Health Systems and Policies, 2023].

Im Gegensatz dazu hat Australien frühzeitig ein umfassendes und dauerhaftes System zur Vergütung telemedizinischer Leistungen entwickelt. Bereits zwischen März und Mai 2020 wurden im Rahmen des Medicare Benefits Schedule über 250 neue Leistungsnummern eingeführt, die telefonische und videobasierte Konsultationen für die gesamte Medicare-berechtigte Bevölkerung ermöglichten. Damit wurde eines der ambitioniertesten und -schnellsten Telemedizin-Ausbauprogramme weltweit umgesetzt [Australian National Audit Office, 2022].

Seit dem 1. Januar 2022 sind diese Regelungen dauerhaft im australischen Gesundheitswesen verankert. Verschiedene Berufsgruppen - darunter Allgemeinmediziner:innen, Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Hebammen - sind berechtigt, Telehealth-Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen abzurechnen, etwa bei bestehender Behandlungskontinuität [Australian National Audit Office, 2022].

Australien zeigt damit exemplarisch, wie sich telemedizinische Versorgung nicht nur kurzfristig als Reaktion auf Krisen implementieren lässt, sondern dauerhaft und systematisch in bestehende Versorgungs- und Abrechnungsstrukturen integriert werden kann. Das australische Modell bietet damit eine potenzielle Orientierung für Länder wie Österreich, die bislang noch keine ganzheitliche Strategie zur nachhaltigen Integration von Telemedizin umgesetzt haben.

Ziel dieser Arbeit ist es, sowohl das australische als auch das österreichische System zur Vergütung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen systematisch zu analysieren. Auf Basis eines vergleichenden Ansatzes sollen daraus zentrale Unterschiede, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse identifiziert sowie Perspektiven und Chancen für die zukünftige Ausgestaltung des österreichischen Telemedizinmodells abgeleitet werden.

## 1.2 Forschungsfrage

Aus der Problemstellung ergibt sich folgende Hauptforschungsfrage:

**Wie kann das australische Modell zur Vergütung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen als Orientierung für eine nachhaltige Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems dienen?**

Daraus leiten sich folgende Unterfragen ab:

- Wie ist das System der Vergütung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen in Australien strukturiert und rechtlich verankert?
- Welche telemedizinischen Leistungen sind in Österreich aktuell abrechenbar und wie ist deren Vergütung geregelt?
- Wo liegen die wesentlichen Unterschiede zwischen dem österreichischen und dem australischen System im Hinblick auf Finanzierung, Abrechnung und Zugang?

## 1.3 Zielsetzung und Nicht-Ziele

Im Zentrum dieser Arbeit steht die vergleichende Analyse der Abrechnungsmodelle und der Vergütungsmodelle telemedizinischer Leistungen in Australien und Österreich. Dabei sollen die strukturellen und organisatorischen Merkmale der jeweiligen Systeme untersucht und deren Unterschiede systematisch herausgearbeitet werden. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Frage, in welchem Umfang telemedizinische Leistungen in beiden Ländern in die Regelversorgung integriert sind und wie der Zugang zu diesen Leistungen gestaltet ist. Darüber hinaus wird analysiert, welche Leistungsarten aktuell über die jeweiligen Abrechnungssysteme erfasst werden und welche institutionellen Rahmenbedingungen deren Nutzung fördern oder einschränken.

Nicht Gegenstand der Arbeit sind technische, datenschutzrechtliche oder infrastrukturelle Aspekte der Telemedizin, ebenso wenig wie Fragen zur Akzeptanz bei Patient:innen. Auch die Bewertung klinischer Wirksamkeit telemedizinischer Interventionen oder deren Einfluss auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit spielen in dieser Arbeit eine untergeordnete Rolle.

Ziel ist es, auf Grundlage der Analyse konkrete Perspektiven und Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung des österreichischen Systems zu identifizieren, wobei das australische Modell als mögliches Referenzbeispiel dient.

# Kapitel 2

## Hintergrund

### 2.1 Gesundheitssysteme

#### 2.1.1 Ziele von Gesundheitssystemen

Egger et al. [2017] beschreibt, dass das Gesundheitswesen bzw. das Gesundheitssystem das übergeordnete Ziel verfolgt, die Gesundheit individueller Personen sowie der Gesamtbevölkerung zu erhalten, zu fördern, wiederherzustellen und Krankheiten vorzubeugen.

Es umfasst sämtliche staatlichen und privaten Institutionen eines Landes, die zur gesundheitlichen Versorgung beitragen. Die zentralen Aufgabenbereiche beinhalten die Gesundheitsförderung und Prävention, die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen sowie die Rehabilitation erkrankter oder verunfallter Personen [Egger et al., 2017].

Darüber hinaus stellt das Gesundheitswesen insbesondere in Industrienationen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar und zählt zu den größten Arbeitgebern. Zu den wesentlichen Zielsetzungen und Qualitätskriterien moderner Gesundheitssysteme gehören Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit, Bedarfsorientierung und Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit sowie Chancengleichheit und Fairness [Egger et al., 2017].

## 2.1.2 Vergütungssysteme im Gesundheitswesen

Die Ausgestaltung von Vergütungssystemen im Gesundheitswesen stellt eine komplexe Herausforderung dar, da jedes System spezifische Anreize setzt, die zu Über- oder Unterversorgung führen können. Es existiert dabei kein universell optimales Modell, vielmehr stehen Vergütungssysteme kontinuierlich unter Druck, sich durch Reformen und Anpassungen weiterzuentwickeln, um eine möglichst hohe Versorgungsqualität sicherzustellen. Gleichzeitig sehen sich viele Gesundheitssysteme zunehmend finanziellen Grenzen gegenüber, weshalb eine Steigerung der Effizienz in der Patientenversorgung und die Vermeidung unnötiger medizinischer Interventionen an Bedeutung gewinnen [Wagenschieber und Blunck, 2024].

In der gesundheitsökonomischen Debatte werden laut Wagenschieber und Blunck [2024] vier zentrale Vergütungsmodelle diskutiert: Festgehalt, Fallpauschalen (z.B. DRG-Modelle), Einzelleistungsvergütung (Fee-for-Service) sowie wertbasierte Vergütung. Jedes dieser Modelle weist eigene Stärken und Schwächen auf und schafft spezifische Anreizstrukturen, die direkt die Art und Qualität der medizinischen Versorgung beeinflussen.

Beim Festgehalt orientiert sich die Vergütung ausschließlich an der geleisteten Arbeitszeit, unabhängig von Art und Umfang der erbrachten medizinischen Leistungen oder der Anzahl behandelter Patient:innen. Daraus ergibt sich, sowohl positiv als auch negativ betrachtet, eine hohe Abhängigkeit der Versorgungsqualität von der intrinsischen Motivation der Gesundheitsdienstleister [Wagenschieber und Blunck, 2024].

Fallpauschalen bündeln Zahlungen anhand bestimmter Patientengruppen oder Diagnosen, beispielsweise in Form von Diagnosis-Related-Groups (DRGs). Ein Nachteil dieses Systems liegt darin, dass medizinische Leistungserbringer dazu verleitet werden können, möglichst viele Patient:innen mit möglichst geringem Aufwand zu behandeln, was zu einer Risikoselektion führen kann. Andererseits fördert dieses Modell potenziell die Implementierung präventiver Maßnahmen, um teure Folgebehandlungen zu vermeiden [Wagenschieber und Blunck, 2024].

In der Einzelleistungsvergütung bzw. Fee-for-Service knüpft nach Wagenschieber und Blunck [2024] die Bezahlung unmittelbar an die Anzahl und Art der erbrachten Leistungen. Dadurch entsteht ein starker finanzieller Anreiz, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Dies kann zu medizinisch unnötigen oder sogar schädlichen Überbehandlungen

führen. Vorteilhaft ist, dass der Anreiz zur frühzeitigen Diagnose eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten ermöglicht.

Wertbasierte Vergütungsmodelle ergänzen traditionelle Systeme durch Vergütungen basierend auf definierten Qualitätszielen (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Trotz positiver Effekte auf die Motivation bestehen Risiken wie Patientenselektion und Schwierigkeiten bei der Bewertung der Versorgungsqualität durch Einfluss nichtmedizinischer Faktoren [Wagenschieber und Blunck, 2024].

Ökonomische Anreizsysteme in der Krankenhausfinanzierung erzeugen intendierte Wirkungen, die insbesondere der Erreichung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen dienen sollen. Jedoch gehen mit diesen Systemen auch unbeabsichtigte Nebenwirkungen einher, die wiederum Zielkonflikte zwischen Versorgungssicherheit, Effizienz und Qualität hervorrufen können. Ein ausgewogenes Verhältnis dieser Ziele stellt daher eine zentrale Herausforderung im Gesundheitswesen dar [Wasem, 2020].

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung beschreibt Wasem [2020] vielfältige Vergütungsmodelle. Zu diesen gehören unter anderem die Vergütung nach der Anzahl der vorgehaltenen Betten, die Abrechnung nach den tatsächlich eingesetzten Faktoreinsatzmengen, wie etwa der ärztlichen Arbeitszeit, Medikamenteneinsatz oder Geräteabnutzung, sowie eine patientenbezogene Vergütung, die teilweise differenziert nach Diagnosen erfolgt. Weitere verbreitete Modelle umfassen eine leistungsorientierte Vergütung, die auf der Anzahl und Art der konkret erbrachten medizinischen Leistungen wie Operationen oder Pflegetagen basiert, sowie die Vergütung nach der Anzahl potenzieller Patient:innen. Hinzu kommt die an Qualitäts- und Behandlungszielen orientierte Vergütung, welche anhand definierter Strukturen, Prozesse oder Ergebnisindikatoren bewertet wird, sowie ein davon unabhängiges, fixes Budget.

In der Praxis finden sich international zahlreiche Kombinationen dieser Vergütungssysteme, wobei einzelne Systeme je nach Gesundheitssystem oder spezifischem Versorgungsbereich unterschiedlich stark gewichtet werden. Die konkrete Wahl und Ausgestaltung der Vergütungsmodelle hängt dabei stark von den jeweiligen gesundheitspolitischen Zielen und Rahmenbedingungen ab und unterliegt einer kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung [Wasem, 2020].

Tabelle 2.1: Vergütungsformen mit Vorteilen und Nachteilen

Vergütungsform	Vorteile	Nachteile
Festgehalt	Planungssicherheit; kein Überbehandlungsanreiz	Abhängigkeit von Motivation; kein Leistungsanreiz
Fallpauschalen (z. B. DRGs)	Effizienzsteigerung; Präventionsanreize	Unterversorgungsrisiko; Risikoselektion
Einzelleistungsvergütung	Förderung von Früherkennung; umfassende Versorgung	Überbehandlungsrisiko; unnötige Leistungen möglich
Wertbasierte Vergütung	Qualitätsförderung; bessere Patientenergebnisse	Patientenselektion; schwierige Messung
Kapazitätsbasierte Vergütung	Sicherung von Kapazitäten; stabile Finanzierung	Geringe Effizienzreize
Fixes Budget	Kostenkontrolle; Planbarkeit	Leistungsrationierung; kein Qualitätsanreiz

Eigene Darstellung basierend auf Wagenschieber und Blunck [2024]; Wasem [2020].

### 2.1.3 Finanzierung von Gesundheitssystemen

Bei der Finanzierung von Gesundheitssystemen wird grundsätzlich zwischen Sozialversicherungsmodellen, nationalen Gesundheitsdiensten und einem Privatversicherungsmodell unterschieden. In der Praxis weisen jedoch viele Systeme Mischformen auf, die Merkmale der Modelle vereinen [Kulesher und Forrestal, 2014].

Das Sozialversicherungsmodell, auch als Bismarck-Modell bezeichnet, basiert auf selbstverwalteten Versicherungskassen mit eigenem rechtlichen Status. Dabei handelt es sich in der Regel um Pflichtversicherungen, die einkommensabhängig durch Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden. Der Versicherungsschutz umfasst nicht nur Erwerbstätige, sondern auch deren Familienangehörige, Arbeitslose und Rentner [Egger et al., 2017].

Nationale Gesundheitsdienste hingegen sind staatlich organisiert und werden vorwiegend über Steuereinnahmen finanziert. Die Bevölkerung erhält dabei grundsätzlich kostenfreien Zugang zu medizinischen Leistungen öffentlicher Einrichtungen. Allerdings ist es in vielen Fällen üblich, dass sich behandelte Personen in Form von Selbstbehalten oder Konsultationsgebühren an den Kosten beteiligen [Egger et al., 2017].

Das Privatversicherungsmodell ist dadurch gekennzeichnet, dass der Zugang zur privaten Krankenversicherung entweder über das Beschäftigungsverhältnis oder durch individuellen Vertragsabschluss erfolgt. Die Finanzierung basiert auf Beiträgen von Einzelpersonen und Arbeitgebern [Kulesher und Forrestal, 2014].

Kulesher und Forrestal [2014] beschreibt, dass in den meisten Ländern ein Privatversicherungsmodell zusätzlich zu den anderen Modellen existiert. Jedoch wird dieses Modell hauptsächlich als zusätzliche Abdeckung für Personen die nicht im nationalen Plan inkludiert sind oder für Services, die nicht im nationalen Plan inkludiert sind verwendet.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens stützt sich im Wesentlichen auf vier zentrale Finanzierungsquellen: Steuereinnahmen, Beiträge zu Sozialversicherungssystemen, freiwillige private Krankenversicherungen sowie direkte Ausgaben der Patient:innen, sogenannten Out-of-Pocket-Zahlungen (OOP Zahlungen). Diese Finanzierungsquellen lassen sich in übergeordnete Kategorien einteilen: Verpflichtende oder soziale Versicherungsbeiträge, gesetzliche bzw. steuerfinanzierte Mittel sowie freiwillige Beiträge im Rahmen privater Versicherungen [Kulesher und Forrestal, 2014].

### 2.1.4 Australisches Gesundheitssystem

#### **Aufbau und Organisation des australischen Gesundheitssystems**

Das australische Gesundheitssystem ist zentral staatlich organisiert, wird primär über allgemeine Steuereinnahmen finanziert und weist damit die typischen Merkmale eines Beveridge-Modells auf [Wiggins et al., 2022].

Zudem verfügt Australien über ein gemischtes (öffentlich-privates) Gesundheitsversorgungssystem. Bundesfinanzierte Maßnahmen zur primären Gesundheitsversorgung umfassen, wie in Khatri und Assefa [2023] beschrieben, unter anderem Hausärzt:innen, Organisationen der indigenen Gemeinschaften sowie primäre Gesundheitsnetzwerke. Die meisten primären Versorgungsleistungen werden von Hausärzt:innen in öffentlichen und privaten Einrichtungen erbracht, vorwiegend in innerstädtischen Regionen.

Darüber hinaus unterhalten die Bundesstaaten jeweils eigene Gesundheitsministerien mit regionalen Körperschaften (lokale Gesundheitsnetzwerke, lokale Krankenhausnetzwerke,

Gesundheitsbezirke, Gesundheitsregionen, Gesundheitsorganisationen oder Krankenhäuser und Gesundheitsdienste). Auf lokaler Ebene betreiben Kommunalverwaltungen zudem gemeindebasierte Gesundheitskliniken, die präventive Gesundheitsleistungen anbieten, darunter Kinderimpfungen und Schwangerenvorsorge [Khatri und Assefa, 2023].

Die nationale Politik unterstützt zudem Initiativen privater Krankenversicherungen, um den Zugang zu Krankenhaus- und ergänzenden Gesundheitsdiensten zu verbessern, welche im Rahmen des Medicare Programms nicht abgedeckt sind (beispielsweise zahnmedizinische und physiotherapeutische Leistungen) [Khatri und Assefa, 2023].

Durch Medicare haben alle australischen Staatsbürger:innen sowie dauerhaften Bewohner Zugang zu Gesundheitsleistungen bei geringen oder gar keinen Kosten [Khatri und Assefa, 2023].

Eine private Zusatzversicherung ermöglicht es der Bevölkerung, weitere Leistungen in Anspruch zu nehmen, die nicht durch Medicare gedeckt sind. Dazu zählen unter anderem Rettungsdienste, zahnärztliche Behandlungen, Brillen, Kontaktlinsen und Hörhilfen. Laut Panteli et al. [2023] nutzt etwa die Hälfte der australischen Bevölkerung eine solche private Zusatzversicherung.

### **Finanzierung des australischen Gesundheitssystems**

Das Gesundheitssystem in Australien wird durch Steuereinnahmen finanziert und bietet einen universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Medicare bildet somit die Grundlage der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Australien [Panteli et al., 2023].

Medicare beruht auf den Leitprinzipien einer zugänglichen, fairen und kostengünstigen Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig stellt es ein vielschichtiges Finanzierungssystem dar, das sowohl bundes- als auch landesstaatliche Finanzierungsmechanismen sowie finanzielle Förderungen des privaten Sektors umfasst. Eine schematische Darstellung dieses Finanzierungssystems von Angeles et al. [2023] findet sich in Abbildung 2.1.

Die Finanzierung von Medicare erfolgt auf Bundesebene durch die australische Regierung, während die Organisation und Bereitstellung der Gesundheitsleistungen dezentral erfolgt. Allgemeinmediziner:innen übernehmen dabei eine Gatekeeping-Funktion, das heißt, sie steuern durch Überweisungen den Zugang der Patient:innen zu spezialisierten Fachärzt:innen und weiterführenden Behandlungen. Dennoch besteht für Patient:innen



Die Vergütung öffentlich finanzierter Krankenhäuser in Australien erfolgt abhängig vom Versorgungssetting über unterschiedliche Mechanismen: Im ambulanten Bereich werden Leistungen über den MBS abgerechnet, während im stationären Bereich das australische System der diagnosebezogenen Fallgruppen, die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), zur Anwendung kommt. Das AR-DRG-System wird vierteljährlich aktualisiert und basiert auf den nationalen Kodierstandards, einschließlich der modifizierten internationalen Klassifikation ICD-10-AM [Independent Health and Aged Care Pricing Authority, 2024].

Trotz der Prinzipien der Kostenfairness beschreibt unter anderem Angeles et al. [2023], dass OOP-Zahlungen eine zentrale Herausforderung im australischen Gesundheitssystem darstellen. Im Jahr 2018–19 beliefen sich die durchschnittlichen persönlichen Gesundheitsausgaben, die direkt von den Patient:innen getragen wurden, auf etwa 1649 AUD pro Person, was 2,6 Prozent des durchschnittlichen Jahreseinkommens entsprach. Im Jahr 2019 machten diese Ausgaben rund 18 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Ärzt:innen sowie medizinische Einrichtungen sind frei in der Festsetzung ihrer Honorare, was zusammen mit Ärztemangel, den hohen Kosten ländlicher Praxen und einer ungleichen geografischen Verteilung von Allgemeinmediziner:innen die Inanspruchnahme sogenannter Bulk-Billing-Leistungen beeinträchtigt. Besonders in ländlichen Regionen und regionalen Zentren, in denen die Bulk-Billing-Raten, also der Anteil an medizinischen Leistungen, die vollständig von Medicare übernommen werden und bei denen Patient:innen keine zusätzlichen Kosten tragen müssen, deutlich unter denen der Großstädte liegen, gefährden diese unregelmäßigen Zusatzkosten das Ziel einer universellen Gesundheitsversorgung.

### 2.1.5 Österreichisches Gesundheitssystem

#### **Aufbau und Organisation des österreichischen Gesundheitssystems**

Das österreichische Gesundheitssystem ist nach dem Modell der Sozialversicherung organisiert und beruht auf dem Prinzip der Pflichtversicherung. Es gliedert sich in die zentrale Teilbereiche: Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge zur Krankenversicherung werden einkommensabhängig erhoben und orientieren sich nicht primär am individuellen Risiko, sondern folgen dem Solidaritätsprinzip. Eine freie Wahl des Krankenversicherungsträgers ist für Versicherte in der Regel nicht vorgesehen [Habimana et al., 2019].

Hingegen wird die Arbeitslosenversicherung – im Unterschied zu anderen Zweigen der Sozialversicherung – nicht im System der Selbstverwaltung geführt, sondern durch das Arbeitsmarktservice (AMS) verwaltet. Dieses ist ein Dienstleistungsunternehmen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit [Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2025].

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist in Österreich teilweise mit direkten Zuzahlungen durch die Patient:innen verbunden. Zu diesen zählen unter anderem die Rezeptgebühr für Medikamente, ein Taggeld, Kosten für Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Sozialversicherung enthalten sind, sowie Eigenleistungen im Bereich der Zahnmedizin. Darüber hinaus existiert ein System der Wahlärzt:innen bzw. Wahltherapeut:innen, die ihre Honorare frei festlegen können, da sie über keinen Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern verfügen. Die dabei entstehenden Kosten sind zunächst vollständig von den Patient:innen selbst zu tragen, wobei im Nachhinein eine Rückerstattung durch die Krankenkasse in der Höhe von bis zu 80% des jeweiligen Kassentarifs erfolgen kann [Habimana et al., 2019].

Im Zuge der Sozialversicherungsreform 2019 wurden die Träger konsolidiert und umfassen seither die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), die Pensionsversicherungsanstalt (PVA), die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) sowie die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB) [Habimana et al., 2019].

In Österreich obliegt dem Bund die Zuständigkeit für die Erlassung von Grundsatzgesetzen im Bereich der Krankenhausversorgung. Die konkrete Ausgestaltung und Vollziehung dieser Vorgaben fällt hingegen in den Kompetenzbereich der Bundesländer [Habimana et al., 2019].

### **Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems**

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems basiert auf einem dreisäuligen Modell, bestehend aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, staatlichen Steuermitteln und direkten Zuzahlungen privater Haushalte [Halwachs-Baumann, 2024].

Die Sozialversicherungsträger sind wie in Abbildung 2.2 primär für die ambulante Gesundheitsversorgung, die Bereitstellung von Arzneimitteln sowie für Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der Krankenanstalten verantwortlich [Habimana et al., 2019].

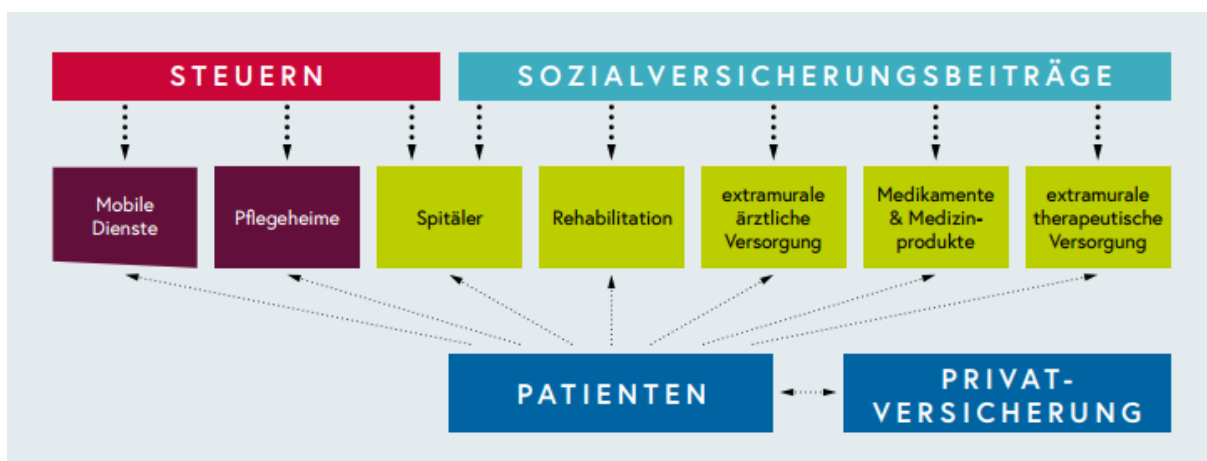


Abbildung 2.2: Die Abbildung von Habimana et al. [2019] zeigt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Österreich und welche Bereiche der Gesundheitsversorgung durch Steuern als auch Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden

Die Finanzierung österreichischer Krankenanstalten erfolgt grundsätzlich aus mehreren Quellen. Den größten Anteil stellen nationale und regionale Steuermittel sowie pauschale Beiträge der Sozialversicherungsträger dar. Zusätzlich leisten Patient:innen für stationäre Aufenthalte eine tägliche Zuzahlung, die jedoch auf maximal 28 Aufenthaltstage pro Jahr begrenzt ist. Die Vergütung von Aufenthalten in öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten erfolgt über das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System). Seit der Reform des LKF-Systems im Jahr 2019 werden neben stationären Leistungen auch bestimmte spitalsambulante Behandlungen auf Basis dieses leistungsbezogenen Abgeltungsmodells vergütet [Habimana et al., 2019].

Die Vergütung des LKF Systems basiert auf sogenannten Fallpauschalen, bei denen entweder die Hauptdiagnose (HDG) oder spezifische medizinische Einzelleistungen (MEL) als Grundlage für die Einstufung dienen. Etwa drei Fünftel der Pauschalen richten sich nach der Hauptdiagnose, während bei den restlichen zwei Fünfteln die erbrachten medizinischen Leistungen im Vordergrund stehen. Um die Abrechnung noch differenzierter zu gestalten, wurden diese Kriterien weiterentwickelt und in leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF) überführt. Dieses System ermöglicht eine transparente und leistungsgerechte Finanzierung, die sowohl medizinische als auch ökonomische Aspekte berücksichtigt [Halwachs-Baumann, 2024].

Die Finanzierung im extramuralen Bereich erfolgt auf Basis von Gesamtverträgen, die zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossen werden. Vertragsärzt:innen, die in direktem Vertragsverhältnis zu den Krankenversicherungsträgern stehen (sogenannte Kassenärzt:innen), werden im Rahmen eines Vergütungssystems aus einer Kombination von Einzelleistungsvergütung und pauschalieren Honoraren abgegolten [Halwachs-Baumann, 2024].

## 2.2 Telemedizin

### 2.2.1 Begriff und Grundlagen der Telemedizin

Haleem et al. [2021] beschreibt, dass Telemedizin die Bereitstellung gesundheitsbezogener Dienstleistungen unter Nutzung von Telekommunikations- und elektronischen Informationstechnologien bezeichnet.

Sie umfasst ein breites Spektrum an Dienstleistungen, darunter Fernbehandlungen (z.B. Telekonsultationen und Telemonitoring), die administrative Patientenverwaltung, Fernfortbildungen für Fachpersonal sowie die Zusammenarbeit in Forschungsnetzwerken [Fatma und Nugraha, 2022].

Nach OECD [2023] ist die Telemedizin ein Teilbereich von eHealth bzw. der Gesundheitsinformatik und sie umfasst verschiedene Anwendungsformen, darunter Telemonitoring, Store-and-Forward-Verfahren sowie interaktive Telemedizin. Beim Telemonitoring erfolgt eine kontinuierliche, standortunabhängige Überwachung des Gesundheitszustandes von Patient:innen mittels digitaler Technologien. Das Store-and-Forward-Verfahren beschreibt die asynchrone Übermittlung medizinischer Daten – wie etwa Bilder, Befunde oder Messwerte - die von Ärzt:innen oder anderen Gesundheitsfachpersonen zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt werden. Interaktive Telemedizin hingegen beinhaltet synchrone Kommunikationsformen wie Video- oder Telefonkonsultationen sowie virtuelle Visiten. Die Abbildung 2.3 von OECD [2023] veranschaulicht diese Einbettung der Telemedizin in das umfassendere Spektrum von eHealth .

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden mit der Erfindung von Kommunikationsmitteln wie dem Telegraphen und dem Telefon erste Anwendungen im medizinischen Kontext erprobt. So konnten beispielsweise Herzgeräusche über das Telefon übertragen

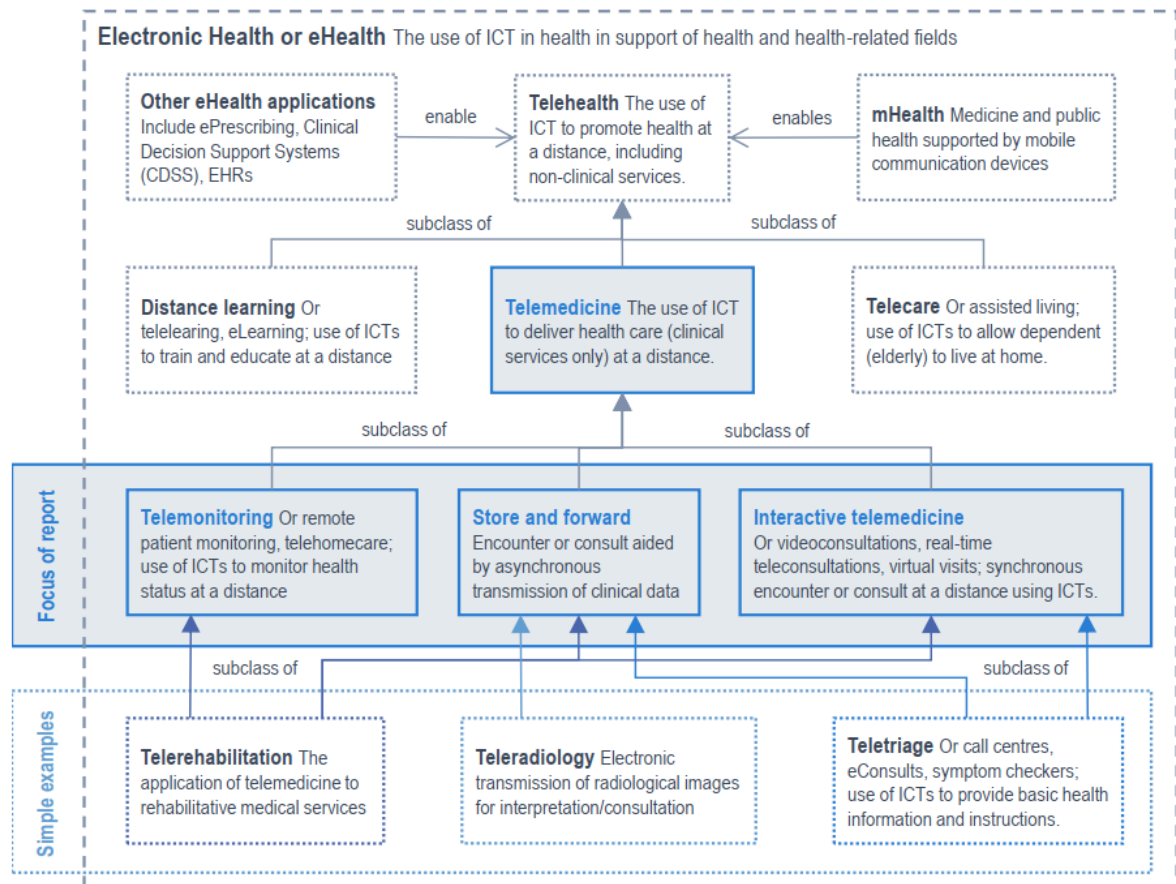


Abbildung 2.3: Die Abbildung von OECD [2023] zeigt die Zuordnung von Telemedizin im breiteren eHealth Ökosystem

werden. Im Jahr 1910 wurden erste Ansätze der Elektrokardiographie sowie Ferndiagnosen realisiert. Das heutige Verständnis von Telemedizin entwickelte sich jedoch maßgeblich erst in den späten 1960er-Jahren, insbesondere durch Projekte der NASA und des Nebraska Psychiatric Institutes. Diese nutzten erstmals Closed-Circuit Television zur Fernüberwachung und für medizinische Konsultationen über Distanz [Anawade et al., 2024].

Mit dem fortschreitenden Ausbau von Kommunikationsnetzwerken sowie der Entwicklung neuer digitaler Technologien erfuhr die Telemedizin eine kontinuierliche Weiterentwicklung. Besonders während der COVID-19-Pandemie wurde die Abhängigkeit von telemedizinischen Angeboten deutlich sichtbar und unterstrich die Relevanz digitaler Gesundheitsversorgung in Krisenzeiten [Anawade et al., 2024].

Ursprünglich wurde Telemedizin eingesetzt, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom geografischen Standort zu verbessern, Kosten zu reduzieren und die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen [Fatma und Nugraha, 2022].

Diese Zielsetzung zeigt sich laut Stoltzfus et al. [2023] auch in der tatsächlichen Nutzung telemedizinischer Angebote: In ländlichen Regionen werden telemedizinische Leistungen etwa doppelt so häufig in Anspruch genommen wie in städtischen Gebieten.

Weitere potenzielle Vorteile der Telemedizin, die zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung beitragen können, umfassen nach Anawade et al. [2024] unter anderem eine optimierte Arzneimittelabstimmung sowie eine reduzierte Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten – ein Faktor von besonderer Relevanz in Zeiten öffentlicher Gesundheitskrisen wie etwa Pandemien.

Die Versorgung von Patient:innen über Telemedizin erfolgt heute in vielfältigen Formen – von mobilen Textnachrichten, Telefonaten und Videokonferenzen bis hin zu Webplattformen, spezialisierten Apps, interaktiven Programmen, dem Einsatz von Robotik sowie Virtual-Reality-Anwendungen. Diese technologischen Entwicklungen ermöglichen eine flexible und ortsunabhängige Gesundheitsversorgung [Stoltzfus et al., 2023].

Als Anwendungsgebiete der Telemedizin beschreibt Haleem et al. [2021] unter anderem das Management chronischer Erkrankungen, die Unterstützung der Einhaltung von Therapie- und Verschreibungsplänen, die Bereitstellung medizinischer Fernleistungen sowie die flächendeckende Versorgung auch in kritischen und schwerwiegenden Krankheitsfällen.

Darüber hinaus bietet die Telemedizin sowohl Patient:innen als auch dem medizinischen Fachpersonal die Möglichkeit, Zeitressourcen effizienter zu nutzen. Viele Betroffene müssen sich für eine telemedizinische Konsultation kaum oder gar nicht von der Arbeit freistellen lassen und benötigen keine zusätzliche Kinderbetreuung während des Arztkontakts. Zudem reduziert sich das Infektionsrisiko, da durch die Nutzung von Terminbuchungssystemen oder virtuellen Konsultationen längere Aufenthalte in Wartezimmern mit anderen Patient:innen vermieden werden können. Besonders für Menschen mit einem geschwächten Immunsystem oder chronischen Erkrankungen stellt dies eine bedeutende Entlastung dar [Haleem et al., 2021].

Diese Vorteile der Telemedizin werden insbesondere auch bei Personen mit chronischen Erkrankungen deutlich, bei denen telemedizinische Konsultationen vergleichbar wirksam sind wie persönliche Arztbesuche. Vor allem Patient:innen, die regelmäßige medizinische

Folgetermine benötigen oder mobilitätseingeschränkt sind, profitieren in besonderem Maße von diesen Angeboten. Carrillo de Albornoz et al. [2021] bestätigen, dass Konsultationen per Telefon oder Videokonferenz in der Primärversorgung sowie im Bereich der psychischen Gesundheit ebenso effektiv sein können, wie konventionelle persönliche Kontakte.

Trotz dieser positiven Effekte bestehen jedoch zahlreiche Herausforderungen, die einer flächendeckenden Implementierung entgegenstehen. Hierzu zählen infrastrukturelle Defizite, organisatorische Komplexitäten, regulatorische Anforderungen, kommunikative Barrieren sowie rechtliche Einschränkungen. Darüber hinaus stellen auch finanzielle Faktoren signifikante Hindernisse bei der Etablierung telemedizinischer Versorgungsangebote dar. Insbesondere der initiale Investitionsaufwand für den Aufbau der erforderlichen technologischen Infrastruktur sowie inadäquate Vergütungssätze und die Begrenzungen bestehender Abrechnungsmodelle erschweren eine nachhaltige und breit angelegte Implementierung [Anawade et al., 2024].

Besonders stark betroffen sind hiervon vulnerable Bevölkerungsgruppen, insbesondere Menschen mit Behinderungen, für die solche Hindernisse den Zugang zur telemedizinischen Versorgung zusätzlich erschweren [Anawade et al., 2024].

Daraus folgt, dass telemedizinische Angebote nicht gleichermaßen für alle Patientengruppen geeignet sind. Insbesondere bei notwendigen körperlichen Untersuchungen, komplexen oder risikoreichen Krankheitsbildern sowie bei Personen, deren kommunikative Fähigkeiten für telefonische oder virtuelle Konsultationen unzureichend sind, können telemedizinische Ansätze an ihre Grenzen stoßen. Demgegenüber profitieren Patient:innen mit ausgeprägter Gesundheitskompetenz stärker von telemedizinischen Verfahren, da diese ihre gesundheitliche Situation präziser kommunizieren und somit die Effizienz der Behandlung erhöhen können [Carrillo de Albornoz et al., 2021].

Dabei wird von [Haleem et al., 2021] betont, dass Telemedizin nicht als Ersatz für das konventionelle Gesundheitssystem verstanden werden sollte, sondern vielmehr als sinnvolle Ergänzung für spezifische, weniger komplexe Versorgungssituationen fungiert .

### **2.2.2 Kosten und Vergütung der Telemedizin**

Ob die Nutzung telemedizinischer Leistungen zu einer Reduktion der Gesamtkosten im Gesundheitssystem führt, hängt von einer Vielzahl an Faktoren und der jeweiligen Be-

trachtungsperspektive ab. Laut Snoswell et al. [2020] lassen sich die ökonomischen Effekte nicht pauschal bewerten, sondern variieren je nach Anwendungsbereich, Struktur des Gesundheitssystems und dem gewählten Vergütungsmodell.

Ein positiver Einfluss auf die Kosten ergibt sich häufig durch den Wegfall von Transportwegen – sowohl für Patient:innen als auch für behandelndes medizinisches Personal. Dadurch entfallen beispielsweise Fahrtkosten, Ausfallzeiten am Arbeitsplatz oder logistische Aufwendungen für Hausbesuche. Besonders im ländlichen Raum kann dies zu einer spürbaren Entlastung führen [Snoswell et al., 2020].

Besonders bei sogenannten Store-and-Forward-Verfahren sowie bei virtuellen Konsultationen lässt sich eine gesteigerte Produktivität erzielen. Allerdings ist die Realisierung von Einsparungen stark vom zugrunde liegenden Finanzierungsmodell abhängig. Eine erhöhte Produktivität im Rahmen leistungsbezogener Vergütung, Einzelleistungsvergütung oder eines Fallpauschalenmodell kann die Gesamtkosten für das Gesundheitssystem aufgrund der steigenden Anzahl an Untersuchungen bzw. Behandlungen sogar erhöhen [Snoswell et al., 2020].

Kosteneinsparungen werden auch vor allem dann beobachtet, wenn telemedizinische Behandlungen eine gewisse Anzahl an traditionellen Konsultationen ersetzen. In solchen Fällen sinken die Grenzkosten, da zusätzliche Konsultationen mit geringerem Ressourceneinsatz durchgeführt werden können [Snoswell et al., 2020].

Darüber hinaus zeigen verschiedene Studien wie in Snoswell et al. [2020] beschrieben, dass telemedizinische Angebote mitunter höhere Gesamtkosten verursachen können. Dies steht jedoch häufig einem verbesserten Patient:innen-Outcomes gegenüber – beispielsweise durch frühzeitige Interventionen, bessere Therapietreue oder kontinuierlichere Versorgung. In solchen Fällen ist eine rein kostenorientierte Betrachtung nicht ausreichend, sondern es sollten auch qualitative Nutzen und langfristige Effekte berücksichtigt werden.

### **2.2.3 Implementierung von Telemedizin**

Trotz der prinzipiellen technischen Realisierbarkeit telemedizinischer Leistungen spielen weitere Faktoren eine zentrale Rolle bei deren erfolgreicher Implementierung. Nach Otto et al. [2023] lassen sich diese Faktoren auf drei Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) klassifizieren.

Auf der Makroebene wirken sogenannte strukturelle Rahmenbedingungen, die durch das jeweilige nationale Gesundheits- und Rechtssystem vorgegeben sind. Hierzu zählen insbesondere gesetzliche und regulatorische Einschränkungen, die unter anderem durch staatliche Vorgaben oder durch bestehende Vergütungsmodelle für telemedizinische Leistungen definiert werden. Diese Rahmenbedingungen bilden die Grundlage und beeinflussen maßgeblich die Gestaltungsmöglichkeiten auf den nachgelagerten Ebenen [Otto et al., 2023].

Die Mesoebene ist geprägt durch die Einbettung telemedizinischer Initiativen in spezifische Gemeinschaftsstrukturen. Dabei wird zwischen einer *community of place*, also einer Gruppe von Personen mit gemeinsamem geografischen und sozialem Kontext, und einer *community of interest*, bei der gemeinsame Interessen unabhängig von räumlichen oder sozialen Gegebenheiten im Vordergrund stehen, unterschieden [Otto et al., 2023].

Auf der Mikroebene befinden sich schließlich die individuellen Akteur:innen, insbesondere Patient:innen sowie Fachpersonen des Gesundheitswesens. Diese handeln innerhalb ihrer jeweiligen institutionellen Kontexte und treffen letztlich die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung einer telemedizinischen Maßnahme [Otto et al., 2023].

Zudem beschreiben Bradford et al. [2016] weitere Faktoren, welche die erfolgreiche und nachhaltige Implementierung von telemedizinischen Anwendungen beeinflussen. Hierzu zählen insbesondere die Entwicklung einer klaren, realistischen Vision für die Zielsetzung des Dienstes sowie das Verantwortungsbewusstsein und Engagement, welches durch eine gezielte und konsultative Einbindung aller relevanten Akteur:innen, eine unterstützende Führungsebene sowie engagierte Kliniker:innen, die aktiv an der Dienstleistung mitwirken, gefördert wird.

Darüber hinaus wird die Adaptabilität der Telemedizinlösung hervorgehoben, die sich in der fortlaufenden Anpassung des Angebots an die Bedürfnisse der Patient:innen sowie des Gesundheitssystems widerspiegelt und eine stetige Reaktionsfähigkeit gegenüber den Interessen aller Beteiligten erfordert. Weiterhin spielen ökonomische Faktoren wie Kosteneinsparungen, Priorisierung von Gesundheitsleistungen und die Generierung eines Mehrwertes für Patient:innen bei gleichzeitig vergleichbarer Versorgungsqualität eine entscheidende Rolle. Ebenfalls entscheidend ist die Effizienz der eingesetzten Prozesse, wobei nicht die reine Aktivitätsmenge, sondern vor allem klar definierte und effizient gestaltete Abläufe wesentlich für die langfristige Nachhaltigkeit sind. Schließlich ist eine sorgfältige Auswahl und Instandhaltung der benötigten technischen Ausstattung notwendig, um eine

reibungslose Nutzung und Unterstützung des telemedizinischen Angebots sicherzustellen [Bradford et al., 2016].

# Kapitel 3

## Methodendarstellung

### 3.1 Literaturrecherche

Die dieser Arbeit zugrunde liegende wissenschaftliche Methode ist die Literaturrecherche. Als methodische Leitlinie diente das Fachbuch "Literaturreviews für Gesundheitsberufe" von Mayer et al. [2021], das systematische Vorgehensweisen bei der Durchführung von Literaturanalysen beschreibt. Ergänzend wurde der "Leitfaden für wissenschaftliches Arbeiten bei GEB und EHT" von Mischak et al. [2024] herangezogen.

Während das Werk von Mayer et al. [2021] primär als Referenz für die methodische Planung und Durchführung der Literaturrecherche diente, bot der Leitfaden von Mischak et al. [2024] eine praxisorientierte Orientierung hinsichtlich formaler Aspekte wie Aufbau, Gliederung, gendergerechte Sprache sowie der Darstellung von Tabellen und Abbildungen.

#### 3.1.1 Selektive und strukturierte Literaturrecherche

Für die initiale Literaturrecherche wurde eine selektive Suche über die Suchmaschinen Google und Google Scholar durchgeführt. Ziel dieser Recherche war es, grundlegende Fragestellungen zu klären und einen ersten Überblick über den aktuellen Stand der verfügbaren Fachliteratur zu gewinnen. Zur weiteren Fokussierung der Literaturrecherche wurde die Berrypicking-Methode nach Mayer et al. [2021] angewendet. Dabei handelt es sich um einen iterativen Suchprozess, bei dem die Recherche sukzessive durch neu identifizierte Schlagwörter und Quellen erweitert wird. Die in der gesichteten Literatur enthaltenen Begriffe und Verweise dienen dabei als Ausgangspunkt für weitere Suchschritte, wodurch

eine zunehmend gezielte Eingrenzung des Themenfeldes im Hinblick auf die Forschungsfrage erreicht wurde.

Ergänzend zur Recherche über allgemeine Suchmaschinen wurden, in Anlehnung an die Vorgehensweise nach Haas et al. [2013], auch spezialisierte Datenbanken sowie Webseiten relevanter Institutionen und Organisationen in die Literaturrecherche einbezogen. Diese gezielte Suche diente der vertieften inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Problemstellung sowie der Identifikation qualitätsgesicherter Fachquellen.

Bei der Auswahl der Datenbanken wurde insbesondere auf regionale Relevanz sowie die Glaubwürdigkeit der Anbieter geachtet. Für statistische Daten wurden vorrangig offizielle nationale Webseiten und Datenbanken herangezogen, um eine hohe Validität und Aktualität der verwendeten Informationen sicherzustellen. Im Rahmen dieser Recherche wurden unter anderem folgende Quellen berücksichtigt:

- Services Australia
- Australian Government: Department of Health, Disability and Ageing
- Statistik Austria
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Ziel der strukturierten Literaturrecherche ist es, aufbauend auf den im Rahmen der selektiven Recherche gewonnenen ersten Informationen sowie der daraus abgeleiteten Methodendarstellung, die Forschungsfrage mithilfe präziser und qualitativ hochwertiger Fachquellen fundiert zu beantworten. Dies erfolgt durch die systematische Nutzung elektronischer Fachdatenbanken sowie einschlägiger Fachliteratur aus wissenschaftlichen Bibliotheken [Mayer et al., 2021]. Hierzu wurden folgende Datenbanken herangezogen:

- PubMed
- Google Scholar
- Science Direct
- ResearchGate

Zur systematischen Strukturierung der Literaturrecherche werden – in Anlehnung an Mayer et al. [2021] – gezielt Suchregeln, Suchbegriffe und Suchstrategien festgelegt. Die Suchbegriffe leiten sich unmittelbar aus den Forschungsfragen ab und werden sowohl in deutscher Sprache (siehe Tabelle 3.1) als auch in englischer Sprache (siehe Tabelle 3.2) dargestellt.

Um die inhaltliche Breite der Recherche zu erhöhen, werden zudem geeignete Synonyme ergänzt. Die Kombination sowie die Eingrenzung oder Erweiterung der Suchanfragen erfolgt unter Einsatz der Booleschen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“.

Tabelle 3.1: Suchbegriffe und Synonyme auf Deutsch

	<b>Kategorie 1</b>	<b>Kategorie 2</b>	<b>Kategorie 3</b>	<b>Kategorie 4</b>	<b>Kategorie 5</b>
<b>Begriff 1</b>	Telemedizin	Finanzierung	Österreich	Gesundheits-system	Leistungs-kataloge
<b>Begriff 2</b>	Telehealth	Vergütung	Australien	Gesundheits-wesen	Medizinische Leistungen
<b>Begriff 3</b>	eHealth	Kosten-übernahme	OECD	Gesundheits-modell	Gesundheits-leistungen
<b>Begriff 4</b>	–	–	–	Gesundheits-struktur	–

Tabelle 3.2: Suchbegriffe und Synonyme auf Englisch

	<b>Kategorie 1</b>	<b>Kategorie 2</b>	<b>Kategorie 3</b>	<b>Kategorie 4</b>	<b>Kategorie 5</b>
<b>Begriff 1</b>	Telemedicine	Funding	Austria	Healthcare system	Service catalogues
<b>Begriff 2</b>	Telehealth	Reimbursement	Australia	Health sector	Medical services
<b>Begriff 3</b>	eHealth	Cost coverage	OECD	Health model	Health services
<b>Begriff 4</b>	–	–	–	Health structure	–

## 3.2 Auswahlkriterien / Literaturbewertung

Nach der durchgeführten Literaturrecherche erfolgt gemäß dem Vorgehen von Mayer et al. [2021] eine systematische Bewertung der identifizierten Quellen. Ziel dieses Schrittes ist eine kritische Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur unter Anwendung definierter Fragestellungen sowie zuvor festgelegter Auswahlkriterien. Die Bewertung ori-

entiert sich dabei an mehreren Aspekten, die in der Literatur als relevant erachtet werden.

Mayer et al. [2021] schlagen zur Qualitätsbeurteilung insbesondere folgende Kriterien vor: Autorenschaft, Herausgeber bzw. Verlag, Aktualität der Quelle, Nachvollziehbarkeit der Quellenangaben, Relevanz für die Forschungsfrage, Ein- und Ausschlusskriterien, Studiendesign sowie methodische Qualität. Ergänzend hierzu betonen Haas et al. [2013] weitere Bewertungskriterien wie Validität, Glaubwürdigkeit, Relevanz der Inhalte, Zugehörigkeit zu einer anerkannten Organisation oder Institution sowie die Berücksichtigung potenzieller Limitationen.

Besonders die Aktualität der Literatur stellt im Kontext des vorliegenden Themas ein zentrales Bewertungskriterium dar, da zahlreiche relevante Entwicklungen erst im Zuge oder als Folge der COVID-19-Pandemie stattfanden. Daher wurde – mit Ausnahme grundlegender theoretischer Werke – bevorzugt Literatur berücksichtigt, die nach Beginn der Pandemie veröffentlicht wurde.

### **3.3 Einsatz digitaler Tools zur Literaturverwaltung, Übersetzung und Analyse**

Im Rahmen dieser Arbeit kamen verschiedene digitale Werkzeuge zur Unterstützung der Literaturbearbeitung und Datenverarbeitung zum Einsatz. Zur Literaturverwaltung sowie zur strukturierten Ablage und Kategorisierung relevanter Quellen wurde das Referenzmanagement Tool Mendeley verwendet. Dieses ermöglichte eine effiziente Organisation der Literatur und erleichterte das Zitieren im Text.

Für die Übersetzung einzelner Fachbegriffe oder ganzer Textpassagen wurde die Website DeepL herangezogen, da dieser für seine hohe sprachliche Präzision und kontextbezogene Übersetzungsqualität bekannt ist. Ergänzend wurde ChatGPT eingesetzt, um stilistische Anpassungen sowie das Paraphrasieren einzelner Textabschnitte vorzunehmen und somit die sprachliche Kohärenz und Verständlichkeit des Textes zu verbessern.

Zur Auswertung und Strukturierung statistischer Daten sowie zur tabellarischen Darstellung relevanter Informationen wurde Microsoft Excel verwendet. Dieses diente insbeson-

dere der Filterung, Sortierung und grafischen Aufbereitung quantitativer Informationen im Rahmen der Literaturlauswertung.

In der vorliegenden Arbeit kam die PRISMA-Methode (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) zum Einsatz, um die systematische Literaturrecherche strukturiert, nachvollziehbar und methodisch fundiert zu gestalten. Das PRISMA-Modell bietet ein standardisiertes Verfahren zur Identifikation, Auswahl und Dokumentation wissenschaftlicher Quellen und leistet somit einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung und Transparenz systematischer Übersichtsarbeiten Page et al. [2021].

Der Ablauf der Literaturlauswahl ist in Abbildung 3.1 anhand des PRISMA-Flussdiagramms dargestellt.

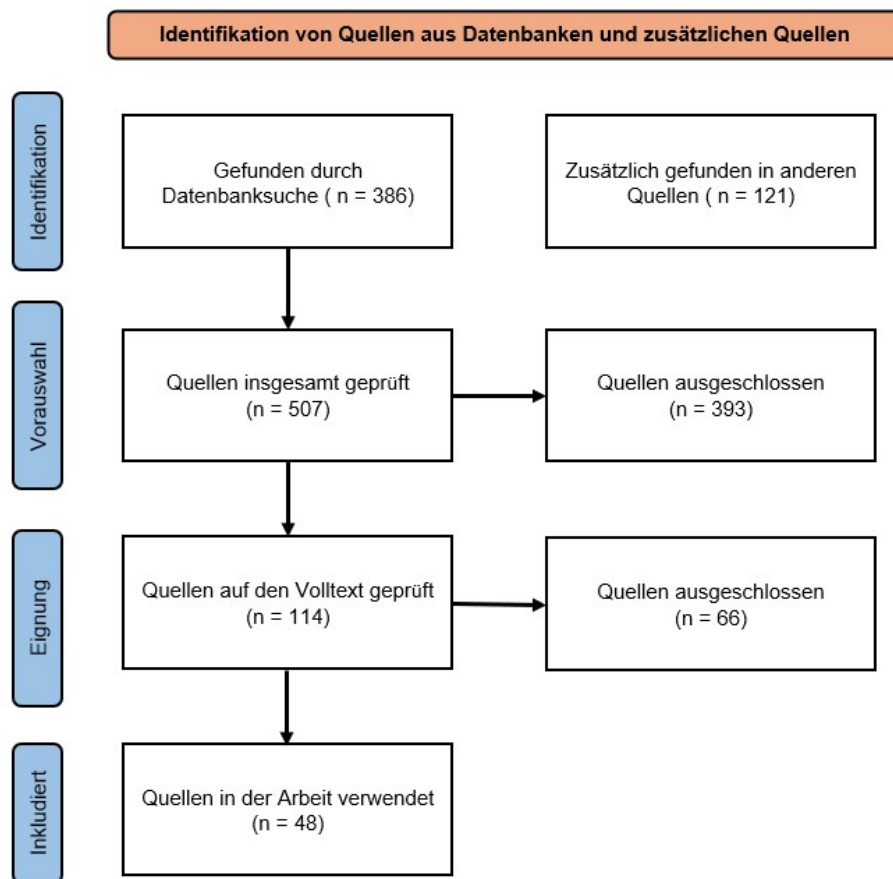


Abbildung 3.1: Dieses Diagramm zeigt ein Prisma Diagramm, was die Identifikation von Quellen aus Datenbanken und zusätzlichen Quellen darstellt

## **3.4 Gendergerechte Sprache und Zitierweise**

Für die vorliegende Arbeit wurde die Zitationsweise nach den Richtlinien der siebten Auflage der APA umgesetzt, wie sie in Bachmann und Theel [2021] beschrieben sind.

Die geschlechtergerechte Sprache wurde entsprechend den Empfehlungen in Mischak et al. [2024] durchgängig mit dem Doppelpunkt-System (z.B. Student:innen) realisiert. Zusätzlich wurde, wo immer möglich, versucht, geschlechtsneutrale Bezeichnungen im Plural zu verwenden, um eine inklusive und leserfreundliche Ausdrucksweise zu gewährleisten.

# Kapitel 4

## Ergebnisse

### 4.1 Telemedizin in Australien

#### 4.1.1 Vergütung von Telemedizinischen Leistungen in Australien

Im stationären Bereich öffentlicher Krankenhäuser erfolgt die Vergütung medizinischer Leistungen über das System der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). Die Abrechnung basiert auf diagnosebezogenen Fallgruppen. Allerdings enthalten die Fallgruppendefinitionen der AR-DRGs bislang keine spezifische Abbildung telemedizinischer Leistungen [Australian Government Department of Health, Disability and Ageing, 2025].

Die Abrechnung ambulanter Leistungen im australischen Gesundheitssystem erfolgt auf Grundlage des Medicare Benefits Schedule (MBS), dessen Inhalte im Medicare Benefits Schedule Book detailliert festgelegt sind. Im Medicare Benefits Schedule Book werden die Vergütungssätze für eine Vielzahl telemedizinischer Leistungen detailliert aufgeführt. Diese umfassen unter anderem telemedizinisch erbrachte Konsultationen durch Hausärzt:innen und Fachärzt:innen, Leistungen durch andere Gesundheitsberufe im Rahmen telemedizinischer Versorgung, delegierte Leistungen von Praxispflegekräften oder Gesundheitspraktikern für Aborigines und Torres-Strait-Insulaner im Auftrag von Ärzt:innen sowie telemedizinische Dienste durch Hebammen [Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025].

Die im MBS festgelegten Erstattungssätze stellen faktisch eine Untergrenze für ärztliche Gebühren dar. Entscheidet sich ein Arzt dazu, exakt die von Medicare vorgesehene Gebühr

in Rechnung zu stellen, entstehen für die Patient:innen keine zusätzlichen OOP-Kosten. Diese Praxis wird im australischen Gesundheitssystem umgangssprachlich als Bulk-Billing bezeichnet. Da die Gebühren ärztlicher Leistungen nicht gesetzlich reguliert sind, liegt es vollständig im Ermessen der Ärzt:innen, ob er Bulk-Billing anbietet oder zusätzliche Gebühren verlangt. Ärzt:innen passen ihre Gebühren oft je nach Patientenkreis individuell an [Pulok et al., 2020].

Jedes Item im Australian Government Department of Health and Aged Care [2025] besteht aus drei zentralen Kostenkomponenten:

- Erstens die sogenannte "Fee", also die von der australischen Regierung empfohlene Gebühr für eine bestimmte medizinische Leistung. Diese stellt den Referenzwert dar, auf dessen Grundlage die Medicare-Erstattung erfolgt.
- Zweitens der "Benefit", der die tatsächliche Rückerstattung durch Medicare beschreibt - meist in Höhe von 75 Prozent, 85 Prozent oder 100 Prozent der Fee, je nach Leistungstyp.
- Drittens ist bei jedem Item ein Extended Medicare Safety Net Cap angegeben. Dieser definiert den maximalen Betrag, den Medicare zusätzlich zur regulären Erstattung im Rahmen des Extended Medicare Safety Net auszahlt, sobald die jährliche Ausgabenschwelle überschritten wurde.

Während im Zeitraum 2016–17 mehr als 85 Prozent aller allgemeinmedizinischen Konsultationen durch Bulk-Billing abgerechnet wurden, lag die Quote für Facharztkonsultationen deutlich niedriger bei rund 30 Prozent. Für jene medizinischen Leistungen, bei denen kein Bulk-Billing erfolgt, sind die Eigenanteile der Patient:innen, die OOP-Kosten, in den letzten Jahren erheblich gestiegen [Pulok et al., 2020].

Obwohl private Krankenversicherungen keine Zuzahlungen für ambulante Leistungen wie Haus- und Facharztkonsultationen übernehmen, gibt es in Australien mehrere Mechanismen, um OOP-Kosten zu begrenzen: Erstens bieten Sicherheitsnetze wie das „Extended Medicare Safety Net“ und das „Pharmaceutical Benefit Scheme Safety Net“ eine zusätzliche Kostenerstattung, sobald Einzelpersonen oder Familien bestimmte jährliche Ausgabenschwellen überschreiten [Pulok et al., 2020].

Die Medicare Safety Nets verfügen über jährliche Schwellenwerte. Sobald Versicherte bestimmte Beträge an Zuzahlungen und Eigenanteilen (OOP-Kosten) erreicht haben, gelten diese Schwellenwerte als überschritten, und Versicherte erhalten anschließend erhöhte

Medicare-Leistungen. Im Jahr 2025 betragen die Schwellenwerte für das Original Medicare Safety Net (OMSN) 576,00 AUD für alle Versicherten, wobei nach Überschreiten dieses Betrages 100 Prozent der vorgesehenen Gebühren (Schedule Fee) für ambulante Leistungen übernommen werden. Das Extended Medicare Safety Net (EMSN) liegt allgemein bei 2.615,50 AUD und deckt danach 80 Prozent der OOP-Kosten oder bis zu festgelegten Obergrenzen für ambulante Leistungen ab. Für Konzessionskarteninhaber:innen und Familien mit Family Tax Benefit Part A beträgt dieser EMSN-Wert lediglich 834,50 AUD, ebenfalls mit einer Rückerstattung von 80 Prozent der OOP-Kosten oder bis zur Obergrenze [Services Australia, 2025b].

Pulok et al. [2020] geben an, dass etwa jeder vierte Australier eine Sozialkarte bzw. Konzessionskarte besitzt. Die Mehrheit der Karteninhaber:innen (70 %) sind ältere Personen, die mit Erreichen des Rentenalters Anspruch auf eine solche Karte haben. Weitere 25% erhalten die Karte aufgrund staatlicher Transferleistungen, wie Arbeitslosengeld. Die übrigen 5% qualifizieren sich aufgrund ihres niedrigen Einkommens.

Zweitens sind die Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Medikamente für Inhaber von Konzessionskarten niedriger. Drittens erhalten Allgemeinmediziner:innen zusätzliche Zahlungen von Medicare, wenn sie Patient:innen mit Konzessionskarten im Rahmen des Bulk-Billings behandeln [Pulok et al., 2020].

In der Ausgabe vom März 2025 des Medicare Benefits Schedule Book (MBSB) vom Australian Government Department of Health and Aged Care [2025] sind insgesamt 5.970 abrechenbare Leistungen (Items) aufgeführt. Diese Leistungen sind in acht Hauptkategorien gegliedert, die unterschiedliche medizinische Fachgebiete und Leistungstypen abdecken. In fünf dieser Kategorien sind spezifische Leistungen für die telemedizinische Versorgung enthalten.

Insgesamt umfasst das MBS 310 telemedizinische Leistungen, die entweder als telefonische oder videobasierte Leistungspositionen beschrieben sind. Den größten Anteil stellt dabei die Leistungsgruppe A40: Telemedizinische Konsultationsleistungen, in der 188 Leistungen verzeichnet sind. Weitere 80 telemedizinische Leistungen sind der Gruppe M18: Telemedizinische Leistungen durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe zugeordnet. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der im MBS (Ausgabe März 2025) vom Australian Government Department of Health and Aged Care [2025] enthaltenen telemedizinischen Leistungen, aufgeschlüsselt nach Leistungsgruppen.

Tabelle 4.1: Verteilung der Telehealth-Leistungen im Medicare Benefits Schedule, Ausgabe März 2025

Leistungsgruppe	Anzahl Leistungen
A10: Optometrische Leistungen	2
A40: Telemedizinische Konsultationsleistungen	188
D1: Sonstige diagnostische Verfahren und Untersuchungen	2
M12 Subgroup 1: Telemedizinische Unterstützungsleistung	1
M15: Diagnostische Audiologie-Leistungen	2
M16: Leistungen bei Essstörungen	4
M18: Telemedizinische Leistungen durch Gesundheitsfachberufe	80
M19: Hebammenleistungen per Telemedizin	8
M6: Psychologische Therapieleistungen	3
M7: Zielgerichtete psychologische Strategien	9
O1: Konsultationen (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)	3
T4: Geburtshilfe	8
<b>Gesamt</b>	<b>310</b>

Eigene Darstellung basierend auf den Daten des Medicare Benefits Schedule, Ausgabe März 2025 Australian Government Department of Health and Aged Care [2025].

Diese Verteilung verdeutlicht die zunehmende Relevanz telemedizinischer Versorgung im australischen Gesundheitssystem sowie deren Integration in verschiedenste medizinische Fachbereiche [Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025].

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in Australien laut dem MBSB dürfen Allgemeinmediziner:innen telehealth Leistungen (per Video oder Telefon) nur erbringen, wenn eine etablierte klinische Beziehung mit den Patient:innen besteht. Diese liegt vor, wenn:

- Ärzt:innen innerhalb der letzten 12 Monate eine persönliche Konsultation mit Patient:innen durchgeführt hat
- Ärzt:innen in einer Praxis tätig sind, in der Patient:innen innerhalb der letzten 12 Monate eine persönliche Behandlung erhalten haben (auch durch anderes medizinisches Personal wie Pflegekräfte oder indigene Gesundheitsmitarbeiter);
- Ärzt:innen im Rahmen des Approved Medical Deputising Service (AMDS) tätig sind und die entsprechende Praxis, mit der eine Vereinbarung besteht, innerhalb der letzten 12 Monate eine persönliche Konsultation mit den Patient:innen durchgeführt hat.

Von der Voraussetzung einer etablierten klinischen Beziehung sind unter anderem Säuglinge unter 12 Monaten, obdachlose Personen, bestimmte telemedizinisch behandelte Patientengruppen, Bewohner von Naturkatastrophengebieten, COVID-19-Isolierte, Personen mit dringendem Behandlungsbedarf außerhalb der Regelzeiten sowie Patient:innen in indigenen Gesundheitsdiensten ausgenommen [Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025].

Diese Regelung dient der Sicherstellung einer Kontinuität in der Patientenversorgung und der Vermeidung rein opportunistischer Telehealth-Inanspruchnahme ohne vorherigen persönlichen Kontakt.

#### **4.1.2 Einsatz von Telemedizin in Australien**

Seit dem Jahr 2020 haben alle Patient:innen in Australien grundsätzlich Anspruch auf telemedizinische Leistungen im Rahmen des MBS. Zuvor war der Zugang zu telemedizinisch erbrachten Facharztkonsultationen stark eingeschränkt: Die Inanspruchnahme war geografisch limitiert und ausschließlich Patient:innen außerhalb größerer Städte vorbehalten. Zudem war die Vergütung an die Nutzung von Videokonferenzsystemen gebunden. In diesem Rahmen erhielten Ärzt:innen eine erhöhte Vergütung in Höhe von 150 Prozent im Vergleich zur entsprechenden Präsenzleistung, um Anreize für die Nutzung dieser Versorgungsform zu schaffen [De Guzman et al., 2021a].

Mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie wurde das Finanzierungsmodell für telemedizinische Leistungen grundlegend reformiert. Die Einschränkungen hinsichtlich Standort und Technologie wurden aufgehoben, sodass telemedizinische Leistungen nun auch per Telefonkonsultation erbracht und vergütet werden konnten. Infolge dieser Liberalisierung stieg der Anteil telemedizinischer Facharztleistungen rapide an: De Guzman et al. [2021a] schreiben dass vor der Pandemie weniger als 0,7 Prozent aller Facharztkonsultationen telemedizinisch erfolgten und dieser Anteil während der Pandemie zeitweise bei bis zu 19 Prozent lag.

Seit dem Dezember 2021 ist die Telemedizin auch ein fester Bestandteil der hausärztlichen Versorgung in Australien [Fisher et al., 2022].

Im Jahr 2022 zeigte sich die nachhaltige Etablierung telemedizinischer Angebote auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung: So wurden 10 Prozent der durch Medicare

subventionierten fachärztlichen Konsultationen sowie 22 Prozent der psychischen Gesundheitsleistungen mittels Telemedizin durchgeführt. Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich telemedizinische Versorgungsformen über die akute pandemiebedingte Notwendigkeit hinaus als fester Bestandteil der regulären Leistungserbringung im australischen Gesundheitssystem etabliert haben [Australian Institute of Health and Welfare, 2024].

Die vorliegenden Abrechnungszahlen des Jahres 2024 zeigen die breite Anwendung dieser Leistungen im australischen Gesundheitssystem. Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der im Kalenderjahr 2024 abgerechneten Telehealth-Leistungen nach Leistungsgruppen im MBS und verdeutlicht die zentrale Rolle insbesondere allgemeiner Konsultationsleistungen (A40), aber auch spezialisierter psychologischer, diagnostischer und geburtshilflicher Telemedizinangebote.

Tabelle 4.2: Anzahl unterschiedlicher Leistungspositionen und abgerechneter Telehealth-Leistungen im Medicare Benefits Schedule (MBS), Kalenderjahr 2024

Leistungsgruppe	Anzahl	Leistungen
A10: Optometrische Leistungen	2	1 387
A40: Telemedizinische Konsultationsleistungen	188	28 025 829
D1: Sonstige diagnostische Verfahren und Untersuchungen	2	182
M12: Telemedizinische Unterstützungsleistung	1	68 131
M15: Diagnostische Audiologie-Leistungen	2	1 257
M16: Leistungen bei Essstörungen	4	9
M18: Telemedizinische Leistungen durch Gesundheitsfachberufe	80	1 886 861
M19: Hebammenleistungen per Telemedizin	8	57 493
M6: Psychologische Therapieleistungen	3	2 039
M7: Zielgerichtete psychologische Strategien	9	1 935
O1: Konsultationen (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)	3	833
T4: Geburtshilfe	8	97 334
<b>Gesamt</b>	<b>310</b>	<b>30 143 290</b>

Eigene Darstellung basierend auf den Daten des Medicare Benefits Schedule (Ausgabe März 2025) und den *MBS Item Reports* für den Zeitraum Jänner bis Dezember 2024 Australian Government Department of Health and Aged Care [2025]; Services Australia [2025a].

Laut der Studie von De Guzman et al. [2021b], in der australische Hausärzt:innen zu ihren Erfahrungen mit Telemedizin befragt wurden, lassen sich zwei zentrale Faktoren identifizieren, die ihre Wahrnehmung gegenüber telemedizinischen Angeboten maßgeblich beeinflussen: Zum einen der bestehende wirtschaftliche und finanzielle Druck in der Allgemeinmedizin, zum anderen das Bestreben, eine qualitativ hochwertige Versorgung

sicherzustellen. Die Vergütung der befragten Allgemeinmediziner:innen erfolgt über den MBS.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Telefonkonsultationen gegenüber Videokonsultationen bevorzugt wurden, da sie bei gleicher Vergütung eine zeitlich effizientere Durchführung ermöglichen. Gleichzeitig äußerten einige Befragte Kritik am bestehenden Vergütungssystem, da dieses tendenziell im Widerspruch zur angestrebten Behandlungsqualität stehe. Insbesondere das seit Covid-19 eingeführte System zur Abrechnung telemedizinischer Leistungen wurde als zentraler Treiber für die zunehmende Nutzung von Telemedizin identifiziert [De Guzman et al., 2021b].

Obwohl Videokonsultationen potenziell eine höhere Behandlungsqualität ermöglichen könnten, stellt der damit verbundene Mehraufwand bei gleichbleibender Vergütung für viele Hausärzt:innen eine ökonomische Hürde dar, sodass ein Umstieg aus finanziellen Gründen oft unterbleibt [De Guzman et al., 2021b].

Darüber hinaus erschweren sowohl infrastrukturelle als auch soziale Faktoren den flächendeckenden Zugang zu telemedizinischen Leistungen. In ländlichen und abgelegenen Regionen Australiens bestehen weiterhin Defizite bei der digitalen Infrastruktur, insbesondere hinsichtlich stabiler und leistungsfähiger Internetverbindungen sowie des Zugangs zu geeigneten Endgeräten. Diese Einschränkungen wirken sich direkt auf die Nutzbarkeit videobasierter Konsultationen aus. Zusätzlich sind bestimmte Bevölkerungsgruppen wie ältere Menschen, Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Haushalten oder Patient:innen mit kulturellen und sprachlichen Barrieren besonders gefährdet, vom digitalen Wandel ausgeschlossen zu werden. Für diese Gruppen stellen sowohl die technische Bedienung als auch das Verständnis digitaler Gesundheitsanwendungen erhebliche Hürden dar, was bei der zukünftigen Gestaltung telemedizinischer Versorgungskonzepte berücksichtigt werden muss [Fisher et al., 2022].

Eine zentrale Einrichtung bzw. Initiative, die im australischen Gesundheitswesen auf telemedizinische Versorgung setzt, insbesondere im ländlichen Raum, ist der Royal Flying Doctor Service (RFDS). Cherry et al. [2018] beschreibt hier, dass aufgrund der geografischen Gegebenheiten ländliche Regionen Australiens lediglich über etwa die Hälfte der Allgemeinmediziner:innen im Vergleich zu städtischen Gebieten verfügen. Darüber hinaus ist aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte auch der Zugang zu Apotheken, die von sogenannten Community Pharmacists betrieben werden, erheblich eingeschränkt.

In diesen Regionen spielt der RFDS eine entscheidende Rolle, indem er in medizinischen Notfällen allgemeinmedizinische Unterstützung leistet. Der Dienst wurde bereits im Jahr 1942 eingeführt und versorgt unter anderem abgelegene Gebiete mit sogenannten "Medical Chests". Diese medizinischen Versorgungseinheiten enthalten eine standardisierte Auswahl an medizinischen Hilfsmitteln und Arzneimitteln, darunter auch verschreibungspflichtige Medikamente, die auf Empfehlung von RFDS Ärzt:innen in Abwesenheit eines Apothekers ausgegeben werden können[Cherry et al., 2018].

Falls die gesundheitliche Situation eines Patienten dies erfordert, können Hausärzt:innen mithilfe eines telemedizinischen Systems Medikamente aus dem Medical Chest verschreiben und gleichzeitig Anweisungen zur korrekten Einnahme geben. Nach Abschluss der Konsultation erhalten Patient:innen eine Beratungsnummer, die zur Nachbestellung des Medikaments genutzt werden kann, falls weitere Mengen benötigt werden[Cherry et al., 2018].

Im Falle eines medizinischen Notfalls, bei dem Patient:innen nicht in der Lage sind, effektiv zu kommunizieren, können zuständige Verwalter des Medical Chests telefonisch Kontakt zu RFDS Ärzt:innen aufnehmen. Diese Verwalter dürfen zudem auf die Ressourcen der Medical Chests zurückgreifen, um die Erstversorgung von Patient:innen zu gewährleisten, während weitere medizinische Fachkräfte und Hilfsmittel angefordert und entsandt werden[Cherry et al., 2018].

Insgesamt sind medizinische Fachkräfte und Ressourcen in diesen abgelegenen Regionen nur begrenzt verfügbar. Das Medical Chest Programm des RFDS stellt daher eine essenzielle medizinische Ressource dar, die gleichzeitig wertvolle Einblicke in die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse der abgelegenen australischen Bevölkerung ermöglicht[Cherry et al., 2018].

## 4.2 Telemedizin in Österreich

### 4.2.1 Vergütung von Telemedizinischen Leistungen in Österreich

Im Rahmen des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF) in Österreich erfolgt die Abbildung medizinischer Leistungen durch standardisierte Leistungskataloge. Diese differenzieren zwischen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen. Stationäre Leistungen, insbesondere medizinische Einzelleistungen (MEL), sind

im stationären Leistungskatalog erfasst, während der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) die ambulant erbringbaren Leistungen abbildet. Der Geltungsbereich dieser Kataloge erstreckt sich auf alle Krankenanstalten, die Leistungen über das öffentliche Gesundheitssystem abrechnen [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024a].

Der aktuelle Leistungskatalog für das Jahr 2025 vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [2024a] umfasst insgesamt 2.138 medizinische Leistungen, die entweder im stationären, im ambulanten oder in beiden Versorgungsformen erbracht werden können. Davon sind zehn Leistungen im ambulanten Bereich telemedizinischer Natur. Diese betreffen unter anderem telemedizinische Kontrolluntersuchungen medizinischer Geräte, psychologische Konsultationen und Therapien sowie ärztliche und nicht-ärztliche Telekonsultationen. Im stationären Bereich ist derzeit eine Leistung mit telemedizinischen Bezug enthalten, konkret die Implantation eines telemedizinischen Monitoring-Systems.

Telemedizinische Leistungen im Rahmen des LKF-Systems sind ausschließlich dann codierbar, wenn sie eine direkte ärztlich-patientenbezogene Interaktion beinhalten. Zulässige Kommunikationsformen beschränken sich auf synchronisierte audiovisuelle Medien, insbesondere Video- und Telefonkontakte. Ein reiner Schriftverkehr (z.B. E-Mail, Messaging) erfüllt die Voraussetzungen nach Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [2024b] nicht und ist nicht abrechnungsfähig.

Darüber hinaus sind Erstkontakte, die ohne vorherige persönliche (physische) Konsultation in einer ambulanten Einrichtung erfolgen, nicht codierbar. Die telemedizinische Leistung muss im Rahmen eines vorangegangenen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts geplant, dokumentiert und entsprechend terminlich vereinbart worden sein [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024b].

Im extramuralen Bereich bestehen für Allgemeinmediziner:innen eigene vertragliche Vereinbarungen mit den jeweiligen Versicherungsträgern, namentlich der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB). Diese vertraglichen Regelungen werden auf Länderebene zwischen den Landesärztekammern und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern ausgehandelt [Österreichische Gesundheitskasse, 2025].

Am Beispiel der ÖGK, siehe Auszug in Abbildung 4.1, zeigt sich, dass in der Steiermark eine gesamtvertragliche Regelung zur Honorierung telemedizinischer Leistungen besteht. Diese Vereinbarung legt fest, dass telemedizinische Konsultationen dann honoriert werden können, wenn sie aus ärztlicher Sicht vertretbar, berufsrechtlich zulässig, medizinisch zweckmäßig sowie hinsichtlich des Behandlungserfolgs gleichwertig zur persönlichen Leistungserbringung sind und dabei die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Die Vergütung erfolgt in diesen Fällen äquivalent zu jener ohne Einsatz telemedizinischer Technologien. Hier zu ist eine spezielle Zusatzerkennung von T für eine telefonische Krankenbehandlung oder V für eine Videokonsultation zu erledigen (z.B. 8aT). Telemedizinische Behandlungen sind ausschließlich bei bereits persönlich bekannten Patient:innen zulässig, das heißt, ein vorheriger persönlicher Arzt-Patient-Kontakt ist Voraussetzung. Die Kosten für die technische Umsetzung und Nutzung der Telemedizin tragen Vertragsärzt:innen selbst. Seitens der ÖGK wird ein System für Videokonsultationen zur Verfügung gestellt [Ärztchamber für Steiermark, 2025].

Auch die Versicherungsträger BVAEB und die SVS initiierten eigene Projekte zur Anwendung telemedizinischer Verfahren. Die Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel (OEK) beschränkte sich hierbei im Wesentlichen auf beratende Tätigkeiten sowie Befundbesprechungen. Andere medizinische oder administrative Leistungen, wie etwa die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, konnten über diese Kommunikationsform nicht abgewickelt werden [Hebenstreit und Blümel, 2022].

Im Zuge der COVID-19-Pandemie erweiterten auch private Krankenversicherungsanbieter ihr Leistungsportfolio um telemedizinische Angebote, insbesondere in Form von Videochat-basierten Konsultationen. Im Rahmen dieser digitalen Arzt-Patient-Interaktionen war es unter anderem möglich, Sofortrezepte, Facharztüberweisungen sowie – abhängig von der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung – auch telefonische Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auszustellen [Hebenstreit und Blümel, 2022].

Darüber hinaus bestehen telemedizinische Leistungsangebote auch im Bereich der verwandten Gesundheitsberufe. Ein exemplarisches Beispiel stellt das Hebammenwesen dar. Laut Österreichisches Hebammengremium [2025] können sowohl telefonische Beratungen als auch verschiedene Formen des telemedizinischen Hebammenbeistands im Rahmen der Kassentarife abgerechnet werden. Bei der Inanspruchnahme einer Wahlhebamme werden bis zu 80 Prozent der entsprechenden Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung rückerstattet.

## § 2

### Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar ist, berufsrechtlich zulässig ist, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie die Datenschutzgrundverordnung einzuhalten. Der Vertragsarzt ist aber nicht verpflichtet, telemedizinische Leistungen anzubieten.

## § 3

### Honorierung telemedizinischer Leistungen

- (1) Telemedizinische Leistungen werden – sofern nichts anderes vereinbart wird – nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre. Eine Zuzahlung zum Kassenhonorar für die telemedizinische Leistungserbringung ist unzulässig.
- (2) Abweichend von Abs. 1 gilt, dass bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag die telemedizinische Behandlung grundsätzlich nicht honoriert wird; es sei denn es handelt sich um ein anderes Krankheitsgeschehen. Solche Einzelfälle sind mit der fiktiven Position PERS in der Abrechnung zu kennzeichnen. In der Honorarordnung vorgesehene Zuschläge für die Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen, können für telemedizinische Behandlungen nicht verrechnet werden.

Abbildung 4.1: Die Abbildung von Ärztekammer für Steiermark [2025] zeigt einen Ausschnitt zur Abrechenbarkeit und der Honorierung von telemedizinischen Leistungen zwischen der ÖGK und der Ärztekammer Steiermark

Ein weiterer Bereich, in dem telemedizinische Leistungen abrechnungsfähig sind, ist die Psychotherapie. Gemäß § 39 des Psychotherapiegesetzes 2024 ist die Durchführung synchroner, audio- und videobasierter psychotherapeutischer Leistungen zulässig, sofern eine fachliche oder örtlich bedingte Notwendigkeit vorliegt. Diese Notwendigkeit ist im Einzelfall nachvollziehbar zu begründen und entsprechend zu dokumentieren. Zudem sind die Einhaltung berufsrechtlicher Vorgaben, insbesondere der Verschwiegenheitspflicht, die Gewährleistung von Barrierefreiheit sowie die Einhaltung sämtlicher Berufspflichten sicherzustellen [Bundesgesetz ueber die Taetigkeit und Ausuebung des Berufes der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Psychotherapiegesetz 2024), 2024].

## 4.2.2 Einsatz von Telemedizin in Österreich

Während der COVID-19-Pandemie stieg die Nutzung telemedizinischer Leistungen in Österreich langsamer als im EU-Durchschnitt. Anfang 2021 berichteten 35 Prozent der Bevölkerung von einer telemedizinischen Konsultation – ein Anstieg um 6,4 Prozentpunkte seit 2020. Im EU-Vergleich lag der Zuwachs bei 9,9 Prozentpunkten auf 39 Prozent. Trotz einzelner fortgeführter Maßnahmen, wie der elektronischen Verschreibung, bleiben umfassende Strategien zur Förderung der Telemedizin in Österreich bislang begrenzt [OECD und European Observatory on Health Systems and Policies, 2023].

In Österreich werden derzeit mehrere Pilotprojekte zur Implementierung telemedizinischer Anwendungen durchgeführt. Laschkolnig [2021] beschreibt, dass diese Projekte sowohl die Kommunikation und Interaktion zwischen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) und Patient:innen als auch den Austausch zwischen verschiedenen GDA adressieren. Sie umfassen Anwendungsbereiche wie Telemonitoring, Teletherapie und Telekonsile.

Ein exemplarisches Beispiel stellt das Programm HerzMobil dar, das auf die Nachsorge von Patient:innen mit Herzinsuffizienz fokussiert ist. Nach einem stationären Aufenthalt werden die Betroffenen mit telemedizinischer Technologie ausgestattet, um zu Hause relevante Vitalparameter wie Herzfrequenz, Blutdruck sowie subjektives Wohlbefinden zu erfassen. Die erfassten Daten werden regelmäßig an das betreuende medizinische Fachpersonal übermittelt und dienen der kontinuierlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Anpassung therapeutischer Maßnahmen [Laschkolnig, 2021].

Ein weiteres Projekt ist das Telewundmanagement, das im Rahmen eines teledermatologischen Behandlungspfades auf dem Prinzip des „Store-and-Forward“-Verfahrens basiert. Patient:innen übermitteln dabei fotografische Dokumentationen ihrer Wunden an Ärzt:innen, welche diese asynchron begutachten und mit kommentierten Rückmeldungen versehen. Bei auffälligen Befunden können weiterführende persönliche Konsultationen initiiert werden, um eine differenzierte Diagnostik oder Behandlung zu gewährleisten [Vinatzer et al., 2024].

Ein weiteres seit 2019 etabliertes Angebot im Bereich der telemedizinischen Erstversorgung ist die telefonische Gesundheitsberatung unter der österreichweit erreichbaren Rufnummer 1450. Sie dient als niederschwellige Erstanlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden und Fragen. Rund um die Uhr steht dabei diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zur Verfügung, das auf Grundlage des Wohnorts und der Öffnungszeiten regionaler Gesundheitsdienste individuelle Empfehlungen zur weiteren Versorgung gibt.

Eine ärztliche Behandlung oder Diagnosestellung erfolgt im Rahmen dieses Angebots jedoch nicht. Finanziert wird die Initiative gemeinschaftlich durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, den Dachverband der Sozialversicherungsträger sowie die Bundesländer [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025].

Die rechtliche Zulässigkeit telemedizinischer Anwendungen wird nach herrschender juristischer Auffassung davon abhängig gemacht, ob im konkreten Fall über digitale Kommunikationswege sämtliche für die Beurteilung des Gesundheitszustandes erforderlichen Informationen in ausreichender Qualität erhoben werden können. Die Entscheidung über den Einsatz telemedizinischer Betreuung obliegt daher im Einzelfall den Ärzt:innen [Laschkolnig, 2021].

Auch Sgraja et al. [2025] betonen die Notwendigkeit eines klar definierten rechtlichen Rahmens für eine umfassende Einführung und Nutzung telemedizinischer Anwendungen. Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass der Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen in Österreich gegenwärtig unzureichend reguliert ist und dementsprechend von rechtlicher Unsicherheit geprägt bleibt.

# Kapitel 5

## Diskussion

### 5.1 Reflexion der Ergebnisse

#### 5.1.1 Integration in die Regelversorgung

Die Analyse des australischen Systems verdeutlicht, dass telemedizinische Leistungen – insbesondere im ambulanten Bereich – dort bereits ein hohes Maß an struktureller Integration in die Regelversorgung erreicht haben. Im Vergleich dazu zeigt sich, dass in Österreich bislang nur punktuelle und sektoral unterschiedliche Regelungen existieren, wodurch ein kohärentes System fehlt. Aus der Perspektive dieser Arbeit erscheint die Breite der im Medicare Benefits Schedule abgebildeten Leistungen als besonders bemerkenswert. Die Vielzahl an spezifisch definierten Telehealth-Positionen – auch für Berufsgruppen wie Hebammen oder Psycholog:innen – macht deutlich, in welchem Ausmaß Telemedizin in Australien als regulärer Versorgungsbestandteil verstanden wird. Dieser systematische Ansatz könnte auch für Österreich richtungsweisend sein, um Telemedizin aus der „Projekt-Logik“ in eine langfristig etablierte Versorgungsstruktur zu überführen [Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025][Laschkolnig, 2021].

#### 5.1.2 Vergütungssystem und Patient:innenkosten

Ein reflektierter Vergleich zeigt, dass Australien mit dem Bulk-Billing-System und den Medicare Safety Nets gezielte Instrumente zur Reduktion von Out-of-Pocket-Kosten etabliert hat. Diese Mechanismen tragen dazu bei, telemedizinische Leistungen breit verfügbar und finanziell zugänglich zu machen – insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen. In

Österreich hingegen fehlt bislang ein vergleichbar strukturierter Ansatz: Zwar existieren Einzelvereinbarungen und punktuelle Erstattungsmodelle, doch ein einheitliches, sozial ausgleichendes System zur finanziellen Absicherung telemedizinischer Leistungen ist nicht vorhanden. Das australische Modell bietet somit wichtige Anhaltspunkte, wie durch klare Vergütungsmechanismen und Sicherheitsnetze ein gerechterer Zugang zur digitalen Gesundheitsversorgung auch im österreichischen Kontext gefördert werden könnte [Pulok et al., 2020][Services Australia, 2025b].

### 5.1.3 Statistische Erfassung und Steuerung

Ein zentrales Ergebnis der Analyse ist die differenzierte Erfassung telemedizinischer Leistungen im australischen System. Diese Datentiefe – etwa hinsichtlich Art der Leistung, Kommunikationsform oder geografischer Verteilung – ermöglicht nicht nur eine zielgerichtete Evaluation, sondern auch eine kontinuierliche Anpassung der Angebote. Aus Sicht dieser Arbeit stellt sich die Frage, inwiefern ein vergleichbares Monitoring- und Steuerungssystem auch in Österreich etabliert werden könnte. Insbesondere bei der Weiterentwicklung eines österreichischen Telemedizin-Katalogs könnte eine klare Typisierung von Leistungen (z. B. Telefon vs. Video) und eine statistisch gestützte Leistungsbeobachtung zur Qualitätssicherung beitragen Services Australia [2025a].

### 5.1.4 Regulatorische Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Die Gegenüberstellung zeigt, dass es trotz struktureller Unterschiede auch Gemeinsamkeiten gibt – etwa bei den Zugangsvoraussetzungen für telemedizinische Leistungen in der Allgemeinmedizin. In beiden Ländern wird ein vorheriger persönlicher Kontakt vorausgesetzt, wenngleich Australien diesen durch definierte Ausnahmen pragmatisch aufweicht. Für die österreichische Versorgung könnte dies ein Denkanstoß sein, Zugangsvoraussetzungen stärker kontextualisiert zu gestalten – z. B. durch flexible Ausnahmeregelungen für ländliche Räume oder vulnerable Gruppen [Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025] [Ärzttekammer für Steiermark, 2025].

### 5.1.5 Implikation und Handlungsempfehlung

Vor dem Hintergrund der analysierten Unterschiede, wie in der Tabelle 5.1 und Tabelle 5.2 gezeigt, erscheint es aus Sicht dieser Arbeit sinnvoll, auch in Österreich einen eigenen Abschnitt für telemedizinische Leistungen im Katalog ambulanter Leistungen (KAL) zu etablieren. Dies würde der Relevanz digitaler Versorgungsformate strukturell Rechnung tragen. Die Orientierung an einem national einheitlichen Codierungssystem – in Anlehnung an das MBS – könnte zudem die Grundlage für ein transparentes, vergleichbares und langfristig planbares Vergütungssystem schaffen. Darüber hinaus wird deutlich, dass eine bessere statistische Auswertbarkeit telemedizinischer Leistungen erforderlich ist, um sowohl die Abstimmung mit Sozialversicherungsträgern zu verbessern als auch die kontinuierliche Weiterentwicklung des KAL datenbasiert zu begleiten.

Tabelle 5.1: Vergleich zentraler Strukturen der Telemedizin in Australien und Österreich

Aspekt	Australien	Österreich
Einheitlicher nationaler Telemedizin-Katalog	Ja	Nein
Breite Integration in die Regelversorgung	Ja	Teilweise
Vergütungssystem klar geregelt	Ja	Nein
Mechanismen zur Reduktion von OOP-Kosten	Ja	Nein
Flexibilisierte Zugangsvoraussetzungen	Ja	Nein
Einbindung verschiedener Berufsgruppen	Ja	Teilweise
Detailliertes Monitoring & Statistik	Ja	Nein
Rechtlicher Rahmen klar definiert	Ja	Nein
Digitalisierung in ländlichen Regionen	Teilweise	Teilweise
Telefonische Beratung / Basisdienste	Ja	Teilweise

Ja = vorhanden/etabliert, Nein = nicht vorhanden, Teilweise = nur eingeschränkt vorhanden.

## 5.2 Limitationen

Im Rahmen dieser Arbeit zeigen sich mehrere Einschränkungen, die bei der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. So basiert die Analyse auf öffentlich verfügbaren Informationen wie Gesetzestexten, Abrechnungsdaten und offiziellen Dokumenten, wobei vertiefende Einblicke aus der praktischen Umsetzungsebene nicht berücksichtigt werden konnten. Zudem erschwert die strukturelle Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme – insbesondere zwischen dem australischen Beveridge-Modell und dem österreichischen

Bismarck-Modell – eine direkte Übertragbarkeit einzelner Maßnahmen. Ein weiterer wesentlicher begrenzender Faktor liegt in der unzureichenden Datenlage zur tatsächlichen Nutzung telemedizinischer Leistungen in Österreich: Aufgrund fehlender zentraler Statistiken sowie der dezentralen Organisation durch verschiedene Sozialversicherungsträger und uneinheitliche Kataloge konnte keine systematische Auswertung nach Berufsgruppen oder Versorgungsbereichen vorgenommen werden. Dies limitiert die Vergleichbarkeit und Bewertung der praktischen Relevanz bestehender telemedizinischer Angebote.

### **5.3 Schlussfolgerung und Ausblick**

Die australische Vergütungsstruktur für Telemedizin bietet mit ihrer breiten Integration und klar differenzierten Abrechnungssystematik einen wertvollen Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung des österreichischen Systems. Zwar ist eine direkte Übertragung aufgrund systemischer Unterschiede nicht möglich, doch zentrale Elemente wie eine bundesweit einheitliche Tarifierung, die klare Abgrenzung von Leistungsarten sowie Maßnahmen zur Förderung eines niederschweligen Zugangs könnten wesentlich zur Etablierung eines langfristig tragfähigen Telemedizinmodells in Österreich beitragen.

Gleichzeitig zeigen Entwicklungen, wie die seit 2024 gesetzlich verankerte Möglichkeit zur telemedizinischen Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen, dass auch in Österreich schrittweise eine Ausweitung der Vergütungslogik auf weitere Gesundheitsberufe erfolgt. Dies könnte als Signal für eine breitere Öffnung gegenüber telemedizinischen Versorgungsformaten gewertet werden – sowohl strukturell als auch rechtlich.

Dennoch bleiben zentrale Herausforderungen bestehen: Technische Standards, infrastrukturelle Voraussetzungen und die Interoperabilität digitaler Systeme müssen künftig stärker in den Fokus rücken. Auch Fragen des Datenschutzes sowie die strukturelle Fragmentierung des Gesundheitssystems – bedingt durch föderale Zuständigkeiten und sektoral getrennte Finanzierungslogiken – stellen wesentliche Hürden dar, die im Zuge einer umfassenden Integration telemedizinischer Leistungen adressiert werden müssen.

Tabelle 5.2: Detaillierter Vergleich zentraler Strukturen der Telemedizin in Australien und Österreich

Aspekt	Australien	Österreich
Einheitlicher nationaler Telemedizin-Katalog	Ja – MBS mit 310 klar definierten Telehealth-Leistungen	Nein – nur einzelne Leistungen im KAL, stark begrenzt
Breite Integration in die Regelversorgung	Ja – Telemedizin seit 2021 fester Bestandteil, alle Versorgungsbereiche	Teilweise – nur Pilotprojekte und punktuelle Anwendungen
Vergütungssystem klar geregelt	Ja – MBS mit Fee, Benefit, Safety Nets, Bulk-Billing	Nein – unterschiedliche Verträge, keine einheitliche Struktur
Mechanismen zur Reduktion von OOP-Kosten	Ja – Safety Nets, Konzessionskarten, Bulk-Billing	Nein – keine vergleichbaren Mechanismen
Flexibilisierte Zugangsvoraussetzungen	Ja – Ausnahmen für vulnerable Gruppen	Nein – strenger persönlicher Erstkontakt, kaum Ausnahmen
Einbindung verschiedener Berufsgruppen	Ja – Hausärzte, Fachärzte, Psychologen, Hebammen	Teilweise – nur vereinzelt, z. B. Psychotherapie, Hebammen begrenzt
Detailliertes Monitoring & Statistik	Ja – MBS Item Reports mit klarer Auswertung	Nein – keine zentralisierte Statistik
Rechtlicher Rahmen klar definiert	Ja – gesetzlich im MBS verankert	Nein – unklar, fragmentiert, föderale Zuständigkeiten
Digitalisierung in ländlichen Regionen	Teilweise – teilweise Defizite bei Infrastruktur	Teilweise – ebenfalls Defizite bei Infrastruktur
Telefonische Beratung / Basisdienste	Ja – Telehealth-Leistungen breit anerkannt	Teilweise – Rufnummer 1450 als Beratung, keine Diagnosen

Ja = vorhanden/etabliert, Nein = nicht vorhanden bzw. kaum geregelt, Teilweise = nur eingeschränkt vorhanden.

# Literaturverzeichnis

- Anawade, P. A., Sharma, D., und Gahane, S. (2024). A Comprehensive Review on Exploring the Impact of Telemedicine on Healthcare Accessibility. *Cureus*.
- Angeles, M. R., Crosland, P., und Hensher, M. (2023). Challenges for Medicare and universal health care in Australia since 2000. *Medical Journal of Australia*, 218(7):322–329.
- Australian Government Department of Health and Aged Care (2025). *Medicare Benefits Schedule Book: Operating from 1 March 2025*. Australian Government, Canberra. URL: <https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Downloads-250301>.
- Australian Government Department of Health, Disability and Ageing (2025). Updated AR-DRG tables – HCP data. Dataset (Excel). Publikation: April 2025; zuletzt aktualisiert: 11. Juni 2025.
- Australian Institute of Health and Welfare (2024). *Australia's Health 2024: in Brief*. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, Australia.
- Australian National Audit Office (2022). Performance Audit: Expansion of Telehealth Services. Report No. 10 2022–23, Department of Health and Aged Care, Australian National Audit Office (ANAO) URL: <https://www.anao.gov.au/work/performance-audit/expansion-telehealth-services>. ISBN 978-1-76033-784-1, ISSN 2203–0352 (Online).
- Bachmann, H. und Theel, M. (2021). *Die deutschen APA-Richtlinien: Basierend auf der 7. Auflage (2019) des offiziellen APA-Publication-Manuals*. Scribbr. Zugriff am 11. Juni 2025.
- Bradford, N. K., Caffery, L. J., und Smith, A. C. (2016). Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and remote health*, 16(4):1–23.

- Bundesgesetz ueber die Taetigkeit und Ausuebung des Berufes der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Psychotherapiegesetz 2024) (2024). Psychotherapiegesetz 2024, § 39 – Online-Psychotherapie. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620>. Gesetzestext im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 3. Juli 2025.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024a). Leistungskatalog BMSGPK 2024. URL: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025/Kataloge-2025.html>. Gültig ab 1. Jänner 2024 im Rahmen des LKF-Systems.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024b). Medizinische Dokumentation – Codierhinweise bis inklusive 40. LKF-Rundschreiben. Gültig ab 1. Jänner 2025 im Rahmen des LKF-Systems.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). Gesundheitsberatung 1450. URL: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Gesundheitsberatung-1450.html>. Zugriff am 3. Juli 2025.
- Carrillo de Albornoz, S., Sia, K.-L., und Harris, A. (2021). The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Family Practice*, 39(1):1–15.
- Cherry, J., Rich, W., und McLennan, P. (2018). Telemedicine in remote Australia: The Royal Flying Doctor Service (RFDS) Medical Chest Program as a marker of remote health. *Rural and Remote Health*.
- Dachverband der Sozialversicherungsträger (2025). Die Arbeitslosenversicherung. URL: <https://www.sv-erleben.at/leistungen/die-arbeitslosenversicherung>. Abgerufen am 7. August 2025.
- De Guzman, K. R., Caffery, L. J., Smith, A. C., und Snoswell, C. L. (2021a). Specialist consultation activity and costs in australia: Before and after the introduction of covid-19 telehealth funding. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(10):609–614.
- De Guzman, K. R., Snoswell, C. L., Giles, C. M., Smith, A. C., und Haydon, H. M. (2021b). GP perceptions of telehealth services in Australia: a qualitative study. *BJGP Open*, 6(1).
- Egger, M., Dorner, T. E., Simon, M., und Schwappach, D. (2017). *Public Health Kompakt*. De Gruyter.

- Fatma, Z. und Nugraha, R. R. (2022). TELEMEDICINE PAYMENT SYSTEM BASED ON QUALITY: A SCOPING REVIEW. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 7:82–95.
- Fisher, K., Davey, A. R., und Magin, P. (2022). Telehealth for australian general practice: The present and the future. *Australian Journal of General Practice*, 51(8):626–629.
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C., und Weigl, M. (2013). *Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung*. Reihe Wissen. Fonds Gesundes Österreich.
- Habimana, K., Bobek, J., Bachner, F., Ostermann, H., Ladurner, J., Habl, C., Stadler-Haushofer, I., Schermann-Richter, U., und Sedlmeier, C. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK), 3 edition.
- Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., und Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors International*, 2:1–12.
- Halwachs-Baumann, G. (2024). *Gesundheitsökonomie für Mediziner*. Springer Berlin Heidelberg.
- Hebenstreit, S. und Blümel, B. (2022). Honorierung telemedizinischer Leistungen durch die Sozialversicherung: Eine Bestandsaufnahme. *Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht*, 7(3):166–169.
- Independent Health and Aged Care Pricing Authority (2024). Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). URL: <https://www.ihacpa.gov.au/health-care/classification/admitted-acute-care/ar-drgs>. Zugegriffen am 3. Juli 2025.
- Khatri, R. B. und Assefa, Y. (2023). Drivers of the Australian Health System towards Health Care for All: A Scoping Review and Qualitative Synthesis. *BioMed Research International*, 2023(1).
- Kulesher, R. R. und Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4):127–139.
- Laschkolnig, A. (2021). *Telemedizin in Österreich. Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Mayer, H., Raphaelis, S., und Kobleider, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen*. Facultas.

- Mischak, R., Rehb, R., Schnalzer, B., und Hanke, S. (2024). Leitfaden für wissenschaftliches Arbeiten bei GEB und EHT. URL: [https://ehealth-graz.at/wp-content/uploads/2024/11/IEH-Leitfaden\\_wissenschaftliches\\_Arbeiten-2024\\_11.pdf](https://ehealth-graz.at/wp-content/uploads/2024/11/IEH-Leitfaden_wissenschaftliches_Arbeiten-2024_11.pdf). aufgerufen am 11. Juni 2025.
- OECD (2023). *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris.
- OECD und European Observatory on Health Systems and Policies (2023). *Austria: Country Health Profile 2023*. OECD Publishing and European Observatory on Health Systems and Policies, Paris and Brussels.
- Otto, L., Schlieter, H., Harst, L., Whitehouse, D., und Maeder, A. (2023). The telemedicine community readiness model—successful telemedicine implementation and scale-up. *Frontiers in Digital Health*, 5.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., und Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*.
- Panteli, D., Polin, K., Webb, E., Allin, S., Barnes, A., Degelsegger-Márquez, A., Ghafur, S., Jamieson, M., Kim, Y., Litvinova, Y., Nimptsch, U., Parkkinen, M., Rasmussen, T. A., Reichebner, C., Röttger, J., Rumball-Smith, J., Scarpetti, G., Seidler, A. L., Seppänen, J., Smith, M., Snell, M., Stanimirovic, D., Verheij, R., Zaletel, M., und Busse, R. (2023). *Health and Care Data: Approaches to data linkage for evidence-informed policy*, volume 25.
- Pulok, M. H., van Gool, K., und Hall, J. (2020). Inequity in physician visits: the case of the unregulated fee market in Australia. *Social Science and Medicine*, 255:1–9.
- Services Australia (2025a). Medicare benefits schedule (mbs) item reports. URL: [https://medicarestatistics.humanservices.gov.au/statistics/mbs\\_item.html](https://medicarestatistics.humanservices.gov.au/statistics/mbs_item.html). Zugegriffen am 9. Juni 2025.
- Services Australia (2025b). What are the medicare safety nets thresholds. URL: <https://www.servicesaustralia.gov.au/what-are-medicare-safety-nets-thresholds>. Zugegriffen am 25. Juni 2025.

- Sgraja, S., Schwarz, M., Burgmann, S., Dick, D., Stigler, F., und Wachabauer, D. (2025). Strukturen des österreichischen gesundheitssystems. In: Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft.
- Snoswell, C. L., Taylor, M. L., Comans, T. A., Smith, A. C., Gray, L. C., und Caffery, L. J. (2020). Determining if Telehealth Can Reduce Health System Costs: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10):1–22.
- Stoltzfus, M., Kaur, A., Chawla, A., Gupta, V., Anamika, F. N. U., und Jain, R. (2023). The role of telemedicine in healthcare: an overview and update. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 35(1).
- Vinatzer, H., Rzepka, A., Binder, B., Gruber, V., Hofmann-Wellenhof, R., Mayr, P., Kastner, P., Höller, A., und Schreier, G. (2024). *A Standardized Treatment Pathway for Telehealth-Based Care of Chronic Wounds in Austria*. IOS Press.
- Wagenschieber, E. und Blunck, D. (2024). Impact of reimbursement systems on patient care – a systematic review of systematic reviews. *Health Economics Review*, 14(1).
- Wasem, J. (2020). *Systeme der Krankenhausfinanzierung*. Springer Berlin Heidelberg.
- Wiggins, D., Downie, A., Engel, R. M., und Brown, B. T. (2022). Factors that influence scope of practice of the five largest health care professions in Australia: a scoping review. *Human Resources for Health*, 20(1).
- Ärzttekammer für Steiermark (2025). Gesamtvertragliche Vereinbarung über die Honorierung telemedizinischer Leistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte. URL: <https://www.aekstmk.or.at/537?articleId=12180>. Zugriff am 27. Juni 2025.
- Österreichische Gesundheitskasse (2025). Infocenter Kassenvertrag. URL: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.895256>. Abgerufen am 27. Juni 2025.
- Österreichisches Hebammengremium (2025). Kassentarife für Hebammenleistungen. URL: <https://hebammen.at/altern/kosten/kassentarife/>. Zugriff am 3. Juli 2025.

# Anhang A

## Anhang

Im Anhang finden Sie eine Tabelle mit allen im MBS verfügbaren telemedizinischen Leistungen sowie die entsprechenden Tarifpositionen für Hebammen (Österreich) und die ÖGK-Vereinbarung zur Honorierung telemedizinischer Leistungen in der Steiermark, Österreich.

### A.1 Telemedizin Item Nummern und Gruppen im MBS

Diese Tabelle enthält alle Item-Nummern aus dem MBS sowie die jeweilige Übergruppe. Die Daten wurden aus der Excel-Liste mit sämtlichen MBS-Items entnommen und hier in tabellarischer Form aufbereitet.

Tabelle A.1: Liste der Telemedizin Item Nummern und Gruppen aus dem MBS

<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>
10945 – A10	10946 – A10	91859 – A40
91861 – A40	91862 – A40	91863 – A40
91864 – A40	91865 – A40	91866 – A40
91867 – A40	91868 – A40	91869 – A40
91870 – A40	91871 – A40	91872 – A40
91873 – A40	91874 – A40	91875 – A40
91876 – A40	91877 – A40	91878 – A40
91879 – A40	91880 – A40	91881 – A40

Fortsetzung auf der nächsten Seite

<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>
91882 – A40	91883 – A40	91884 – A40
91890 – A40	91891 – A40	91892 – A40
91893 – A40	92715 – A40	92716 – A40
92717 – A40	92718 – A40	92719 – A40
92720 – A40	92721 – A40	92722 – A40
92723 – A40	92724 – A40	92725 – A40
92726 – A40	92731 – A40	92732 – A40
92733 – A40	92734 – A40	92735 – A40
92736 – A40	92737 – A40	92738 – A40
92739 – A40	92740 – A40	92741 – A40
92742 – A40	91900 – A40	91903 – A40
91906 – A40	91910 – A40	91913 – A40
91916 – A40	91920 – A40	91923 – A40
91926 – A40	92478 – A40	92479 – A40
92480 – A40	92481 – A40	92482 – A40
92483 – A40	92422 – A40	92423 – A40
92434 – A40	92435 – A40	92436 – A40
92437 – A40	92623 – A40	92624 – A40
91790 – A40	91792 – A40	91794 – A40
91800 – A40	91801 – A40	91802 – A40
91803 – A40	91804 – A40	91805 – A40
91806 – A40	91807 – A40	91808 – A40
91818 – A40	91819 – A40	91820 – A40
91821 – A40	91822 – A40	91823 – A40
91824 – A40	91825 – A40	91826 – A40
91827 – A40	91828 – A40	91829 – A40
91830 – A40	91831 – A40	91833 – A40
91836 – A40	91837 – A40	91838 – A40
91839 – A40	91842 – A40	91843 – A40
91844 – A40	91845 – A40	92455 – A40
92456 – A40	92457 – A40	92513 – A40
92514 – A40	92515 – A40	92516 – A40
92521 – A40	92522 – A40	92610 – A40

---

Fortsetzung auf der nächsten Seite

---

<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>
92611 – A40	92612 – A40	92613 – A40
92614 – A40	92618 – A40	92701 – A40
92004 – A40	92011 – A40	92024 – A40
92025 – A40	92026 – A40	92027 – A40
92028 – A40	92055 – A40	92056 – A40
92057 – A40	92058 – A40	92059 – A40
92112 – A40	92113 – A40	92114 – A40
92115 – A40	92116 – A40	92117 – A40
92118 – A40	92119 – A40	92120 – A40
92121 – A40	92122 – A40	92123 – A40
92126 – A40	92127 – A40	92132 – A40
92133 – A40	92136 – A40	92137 – A40
92138 – A40	92139 – A40	92140 – A40
92141 – A40	92142 – A40	92146 – A40
92147 – A40	92148 – A40	92149 – A40
92150 – A40	92151 – A40	92152 – A40
92153 – A40	92162 – A40	92163 – A40
92170 – A40	92171 – A40	92172 – A40
92173 – A40	92176 – A40	92177 – A40
92182 – A40	92184 – A40	92186 – A40
92188 – A40	92194 – A40	92196 – A40
92198 – A40	92200 – A40	92210 – A40
92211 – A40	11342 – D1	11345 – D1
10983 – M12	82302 – M15	82304 – M15
82359 – M16	82367 – M16	82375 – M16
82383 – M16	91168 – M18	91171 – M18
91174 – M18	91177 – M18	91194 – M18
91195 – M18	91196 – M18	91197 – M18
91198 – M18	91199 – M18	91200 – M18
91201 – M18	91202 – M18	91203 – M18
91204 – M18	91205 – M18	91206 – M18
91166 – M18	91167 – M18	91169 – M18
91170 – M18	91172 – M18	91173 – M18

---

Fortsetzung auf der nächsten Seite

---

<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>	<b>ItemNum – Group</b>
91175 – M18	91176 – M18	91178 – M18
91179 – M18	91180 – M18	91181 – M18
91182 – M18	91183 – M18	91184 – M18
91185 – M18	91186 – M18	91187 – M18
91188 – M18	91189 – M18	91190 – M18
91191 – M18	91192 – M18	91193 – M18
93200 – M18	93201 – M18	93202 – M18
93203 – M18	93284 – M18	93285 – M18
93286 – M18	93000 – M18	93013 – M18
93026 – M18	93029 – M18	93032 – M18
93033 – M18	93035 – M18	93036 – M18
93040 – M18	93041 – M18	93043 – M18
93044 – M18	93048 – M18	93061 – M18
93074 – M18	93076 – M18	93079 – M18
93084 – M18	93087 – M18	93092 – M18
93095 – M18	93100 – M18	93103 – M18
93108 – M18	93110 – M18	93113 – M18
93118 – M18	93121 – M18	93126 – M18
93129 – M18	93134 – M18	93137 – M18
91211 – M19	91212 – M19	91214 – M19
91215 – M19	91218 – M19	91219 – M19
91221 – M19	91222 – M19	80021 – M6
80023 – M6	80025 – M6	80121 – M7
80146 – M7	80171 – M7	80123 – M7
80128 – M7	80148 – M7	80153 – M7
80173 – M7	80175 – M7	54001 – O1
54002 – O1	54004 – O1	91850 – T4
91851 – T4	91852 – T4	91853 – T4
91855 – T4	91856 – T4	91857 – T4
91858 – T4		

---

## A.2 Tarifpositionen Hebammen inkl. Telemedizin



### Tarifpositionen Hebammen

Gültig 01.01.2025 bis 31.12.2025

Die Honorarordnung (Anlage 3) und Tarifordnung (Anlage 5) des Hebammen-Gesamtvertrages vom 14. November 2022 inkl. Regelungen aller Zusatzvereinbarungen sind unbedingt zu beachten und einzuhalten!

#### Betreuung in der Schwangerschaft

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HHBVG32	Hebammenbeistand Hausbesuch vor stationärer Geburt ab der 32. SSW	Insgesamt max. 1x verrechenbar.	€ 51,56
HORVG32	Hebammenbeistand Ordination vor stationärer Geburt ab der 32. SSW		€ 31,97
THVG32	Telemedizinischer Hebammenbeistand vor stationärer Geburt ab 32. SSW		€ 31,97
HHBVG22	Hebammenbeistand Hausbesuch vor Hausgeburt ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)	Insgesamt max. 8x verrechenbar	€ 51,56
HORVG22	Hebammenbeistand Ordination vor Hausgeburt ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		€ 31,97
THVG22	Telemedizinischer Hebammenbeistand vor Hausgeburt ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		€ 31,97
HHBVGGA	Hebammenbeistand Hausbesuch vor ambulanter Entbindung ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)	Insgesamt max. 2x verrechenbar	€ 51,56
HORVGGA	Hebammenbeistand Ordination vor ambulanter Entbindung ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		€ 31,97
THVGGA	Telemedizinischer Hebammenbeistand vor ambulanter Entbindung ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		€ 31,97

Betreuung im Wochenbett

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HHBB5	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 5. Tag nach der Entbindung	Insgesamt max. 5x verrechenbar	€ 51,56
HORB5	Hebammenbeistand Ordination bis zum 5. Tag nach der Entbindung		€ 31,97
THB5	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 5. Tag nach der Entbindung		€ 31,97
HHBA6	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach der Entbindung	Mit Begründung insgesamt max. 7x verrechenbar.	€ 51,56
HORA6	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach der Entbindung	Wurde ein Gespräch vor der Geburt ab der 32. SSW in Anspruch genommen (Positionen HHBVG32, HORVG32, THVG32) nur 6x verrechenbar	€ 31,97
THA6	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach der Entbindung		€ 31,97

Betreuung im Wochenbett bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HHBB6	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 6. Tag nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt	Insgesamt max. 6x verrechenbar	€ 51,56
HORB6	Hebammenbeistand Ordination bis zum 6. Tag nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		€ 31,97
THB6	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 6. Tag nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		€ 31,97
HHBA7	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 7. Tag und der 12. Woche nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt	Mit Begründung max. 7x verrechenbar	€ 51,56
HORA7	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 7. Tag und der 12. Woche nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt	Wurde ein Gespräch vor der Geburt ab der 32. SSW in Anspruch genommen (Positionen HHBVG32, HORVG32, THVG32) nur 6x verrechenbar	€ 31,97
THA7	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 7. Tag und der 12. Woche nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		€ 31,97

Betreuung bei Fehlgeburt ab der 19. SSW

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HHBFG	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 5. Tag nach Fehlgeburt ab der 19. SSW	Insgesamt max. 5x verrechenbar	€ 51,56
HOVFG	Hebammenbeistand Ordination bis zum 5. Tag nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		€ 31,97
THFG	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 5. Tag nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		€ 31,97
HHBFG6	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Fehlgeburt ab der 19. SSW	Mit Begründung insgesamt max. 7x verrechenbar.	€ 51,56
HOVFG6	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		€ 31,97
THFG6	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		€ 31,97
TBWBF	Telefonische Beratung im Wochenbett bei Fehlgeburt ab der 19. SSW	Max. 5x verrechenbar (inkl. TBSS)	€ 10,32

Betreuung im Wochenbett bei Totgeburt

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HHBTG	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 5. Tag nach Totgeburt	Insgesamt max. 5x verrechenbar	€ 51,56
HOVTG	Hebammenbeistand Ordination bis zum 5. Tag nach Totgeburt		€ 31,97
THTG	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 5. Tag nach Totgeburt		€ 31,97
HHBTG6	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Totgeburt	Mit Begründung max. 7x verrechenbar	€ 51,56
HOVTG6	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Totgeburt		€ 31,97
THTG6	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Totgeburt		€ 31,97
TBWBF	Telefonische Beratung im Wochenbett bei Totgeburt ab der 19. SSW	Max. 5x verrechenbar (inkl. TBSS)	€ 10,32

Betreuung der Geburt

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HGB1	Geburtspauschale	Insgesamt max. 1x verrechenbar	€ 464,04
HGB2	Betreuung bis zu zwei Stunden bei abgebrochener Geburt (15% des Pauschalbetrages)		€ 69,61
HGB3	Längere Betreuung als zwei Stunden bei abgebrochener Geburt (60% des Pauschalbetrages)		€ 278,42
HGB4	Protrahierte Geburt (bei abgebrochener Geburt) (80% des Pauschalbetrages)		€ 371,23
HGB5	Bei Ankunft der Hebamme bereits geborenes Kind (50% des Pauschalbetrages)		€ 232,02
HRB	Rufbereitschaft bei Hausgeburten	max. 1x verrechenbar	€ 206,24
HQS	Qualitätssicherung pro Hausgeburt und Geburt	max. 1x verrechenbar	€ 103,12

Sonstiges

Pos. Nr.	Positions – Text	Limitierungen	Tarif
HHBZ	Zuschlag für Hebammenbeistand bei der Anspruchsberechtigten am Sonntag bzw. Feiertag	Nicht in der Schwangerschaft verrechenbar	€ 5,46
HSPH	Strukturpauschale Hausbesuch	1x pro Hausbesuch verrechenbar	€ 20,62
HSPOR	Strukturpauschale Ordination	1x pro Ordination verrechenbar	€ 14,95
HKM	Pro Kilometer		€ 0,50
HMWBAHG	MM-Pauschale Wochenbett bei Hausgeburt oder ambulanter Entbindung	Insgesamt max. 1x verrechenbar	€ 11,01
HMWBKA	MM-Pauschale Wochenbett bei Entlassung aus der KA		€ 5,50
TBSS	Telefonische Beratung in der Schwangerschaft	Insgesamt max. 5x verrechenbar	€ 10,32
TBWB	Telefonische Beratung im Wochenbett		€ 10,32

## **A.3 ÖGK Vereinbarung zur Honorierung telemedizinischer Leistungen**

### **Gesamtvertragliche Vereinbarung**

#### **über die Honorierung telemedizinischer Leistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte**

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und der Österreichischen Gesundheitskasse andererseits.

#### **Präambel Sprachliche Gleichbehandlung**

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

#### **§ 1 Definition der Telemedizin**

In dieser Vereinbarung wird als Telemedizin die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen durch Vertragsärzte mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (wie zB das Telefon, die Videokonsultation) für den Fall verstanden, dass der Patient oder der Angehörige des Gesundheitsberufs (bzw. zusammenwirkende Angehörige eines Gesundheitsberufs) nicht am selben Ort sind.

#### **§ 2 Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen**

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar ist, berufsrechtlich zulässig ist, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie die Datenschutzgrundverordnung einzuhalten. Der Vertragsarzt ist aber nicht verpflichtet, telemedizinische Leistungen anzubieten.

#### **§ 3 Honorierung telemedizinischer Leistungen**

- (1) Telemedizinische Leistungen werden – sofern nichts anderes vereinbart wird – nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre. Eine Zuzahlung zum Kassenhonorar für die telemedizinische Leistungserbringung ist unzulässig.
- (2) Abweichend von Abs. 1 gilt, dass bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag die telemedizinische Behandlung grundsätzlich nicht honoriert wird; es sei denn es handelt sich um ein anderes Krankheitsgeschehen. Solche Einzelfälle sind mit der fiktiven Position PERS in der Abrechnung zu kennzeichnen. In der Honorarordnung vorgesehene Zuschläge für die Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen, können für telemedizinische Behandlungen nicht verrechnet werden.

- (3) Zieht der Vertragsarzt im Rahmen einer telemedizinischen Fallkonferenz bzw. eines telemedizinischen Konsiliums einen anderen im selben Bundesland niedergelassenen Vertragsarzt bei, kann der beigezogene Vertragsarzt die in der Honorarordnung vorgesehene Grundleistung sowie bei Vorliegen der Voraussetzungen auch weitere (Sonder-) Leistungen verrechnen, wobei allerdings die zusätzliche Verrechenbarkeit einer in der Honorarordnung vorgesehenen Position für ein Konsilium nicht in Frage kommt.
- (4) Wird die telemedizinische Leistung abgebrochen – zB wegen technischer Probleme – kann die Leistung nur verrechnet werden, wenn die bis zur Unterbrechung erbrachte Leistung zweckmäßig durchgeführt werden konnte und damit von medizinischem Nutzen ist. Die Unterbrechung der telemedizinischen Behandlung durch technische Probleme ist zu dokumentieren. Zumindest ein neuerlicher Versuch zur Etablierung der zuvor bestandenen Verbindung hat zu erfolgen.
- (5) Die Erbringung telemedizinischer Leistungen kann unbegrenzt mit Stecken der o-Card abgerechnet werden (ein allfällig definiertes O-Card Limit gelangt nicht zur Anwendung).
- (6) Wird die o-Card bereits bei der Terminabstimmung zur Prüfung des Leistungsanspruchs verwendet, muss der Vertragsarzt für eine Stornierung sorgen, wenn die telemedizinische Leistung dann nicht erbracht wird.
- (7) Im Zuge der Abrechnung sind telemedizinische Leistungen über die Verrechnung von zwei (alternativen) fiktiven Positionen entweder als telefonische Leistungserbringung (Pos. TELE) oder als Videokonsultation (Pos. VIDEO) zu kennzeichnen.
- (8) Zum Zwecke der Kennzeichnung der Krankenbehandlung gem. Abs. 2 und Abs. 7 werden in der Honorarordnung, die ein Teil des kurativen Gesamtvertrages ist, mit 1.4.2023 folgende drei Positionen eingeführt:

Pos. PERS Abzurechnen (im Einzelfall mit Begründung) zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag aufgrund eines anderen Krankheitsgeschehens

Pos. TELE Abzurechnen zur Kennzeichnung einer telefonischen Krankenbehandlung

Pos. VIDEO Abzurechnen zur Kennzeichnung einer Krankenbehandlung über Videokonsultation

Die telemedizinischen Leistungen sind nur verrechenbar, wenn die Bedingungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 24.01.2023 hinsichtlich Honorierung telemedizinischer Leistungen erfüllt sind.

#### § 4

#### Voraussetzungen auf Seiten des Patienten

- (1) Eine telemedizinische Leistung darf nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erbracht werden. Dem in Behandlung übernommenen Patienten muss immer auch die Möglichkeit freigestellt sein, den Vertragsarzt anstelle einer telemedizinischen Behandlung persönlich aufzusuchen.
- (2) Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertreter in der Ordination, bzw. angestellten Arzt und bei sonstigen dringlichen Fällen.
- (3) Telemedizinische Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn beim Patienten die Voraussetzungen – einschließlich infrastruktureller Voraussetzungen – für eine telemedizinische Behandlung erfüllt sind und der Patient in seiner

biopsychosozialen Funktionalität soweit in der Lage ist, dass er an der telemedizinischen Versorgung mitwirken kann.

#### **§ 5**

##### **Infrastrukturelle Voraussetzungen**

- (1) Die Erbringung telemedizinischer Leistungen setzt voraus, dass die nötige Vertraulichkeit und Datensicherheit gewahrt bleibt, insbesondere ist bei Videokonsultationen zu gewährleisten, dass diese während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt sind. Die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie der Datenschutzgrundverordnung sind einzuhalten.
- (2) Der Vertragsarzt hat sich bei Einsatz telemedizinischer Methoden im Rahmen seiner technischen Möglichkeiten von der Identität des Patienten zu überzeugen.

#### **§ 6**

##### **Kosten des Einsatzes telemedizinischer Technologien**

- (1) Soweit nicht in der Honorarordnung anders vereinbart, trägt der Vertragsarzt die Kosten für den Einsatz der von ihm benutzten telemedizinischen Technologien, nicht aber die beim Patienten für den Einsatz der Technologie entstehenden Kosten.
- (2) Die Kasse wird dem Vertragsarzt auf ihre Kosten ein System zur Videokonsultation zur freien Verfügung (für alle Patienten, unabhängig von der Versicherungszugehörigkeit) stellen. Ob dieses System letztlich vom Vertragsarzt zur Anwendung gelangt, obliegt der Entscheidung des Vertragsarztes. Dieses System wird keinerlei Daten an die Kasse übertragen bzw. solche nur mit Zustimmung des Vertragsarztes oder nur dann speichern, wenn sie für die Funktionsfähigkeit des Systems notwendig sind. Nicht gespeichert werden insbesondere der Zeitpunkt und die Dauer der telemedizinischen Konsultation. Die Kasse wird über Aufforderung der Kammer binnen 2 Wochen eine Bestätigung des mit der Programmentwicklung betrauten Unternehmens (ITSV GmbH) beibringen, dass die in Satz 2 und 3 genannten Bedingungen erfüllt sind und weiter erfüllt werden. Der Vertragsarzt ist nicht verpflichtet, dieses System in Anspruch zu nehmen. Nimmt er allerdings andere Systeme in Anspruch, haben diese ebenfalls der Anforderung zu entsprechen, dass die Datenübertragung auf sicherem Weg erfolgt und die Vorgaben des § 5 Abs. 1 erfüllt sind. Außerdem trägt der Vertragsarzt dann selbst die Anschaffungskosten.

#### **§ 7**

##### **Sonstige Bedingungen beim Einsatz von telemedizinischen Methoden**

- (1) Beim Einsatz telemedizinischer Methoden muss Vertraulichkeit und eine störungsfreie Abwicklung der Behandlung gewährleistet sein.
- (2) Telemedizinische Behandlungen dürfen – sofern nicht einvernehmlich anderes vereinbart wurde – weder vom Patienten noch vom Vertragsarzt aufgezeichnet werden.
- (3) Telemedizinische Behandlungen – insbesondere Videokonsultationen – müssen frei von Werbung sein.
- (4) Um eine größtmögliche Benutzerfreundlichkeit für den Patienten zu gewährleisten, ist ein System zu wählen, welches auch für mobile Geräte (z.B. Smartphone) anwendbar ist. Bei der Wahl des Systems muss die Benutzerfreundlichkeit ein wesentliches Kriterium sein.

4

- (5) Abbrüche von telemedizinischen Behandlungen bzw. sonstige relevante Funktionseinschränkungen werden im Probebetrieb von den daran teilnehmenden Ärzten dokumentiert.

**§ 8  
Folgehandlungen**

- (1) Eine Weiterverweisung an Krankenanstalten oder Fachärzte infolge der telemedizinischen Behandlung ist nur möglich, wenn dringend geboten oder absehbar ist, dass ein Ordinations- oder Krankenbesuch nicht zielführend ist.
- (2) Für die Verordnung von Medikamenten ist die eMedikation (und sobald implementiert das eRezept) zu verwenden, sofern diese für die entsprechende Medikation zur Verfügung steht.
- (3) Über/Zuweisungen sowie Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln sollen wenn möglich auch ohne direkten Patientenkontakt in der Ordination datenschutzrechtlich einwandfrei übermittelt werden.

**§ 9  
Befristung der Vereinbarung und Evaluierung**

- (1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung beginnt mit 01.04.2023 und ist vorläufig bis 31.03.2025 befristet.
- (2) Der Nutzen der Vereinbarung wird bis spätestens 30.06.2024 evaluiert; und zwar mit Blick auf folgende Ergebnisse:
  - Anteil der telemedizinischen Behandlungen (getrennt nach Telefon und Video-konferenz) an der Gesamtanzahl der Behandlungen
  - Funktionstauglichkeit des Systems (zB Anzahl der Abbrüche oder sonstige Mängel)
  - Parallelität von persönlicher und telemedizinischer Behandlung am selben Tag
  - Zufriedenheit der Vertragsärzte und Patienten mit der Möglichkeit der Telemedizin und daraus abgeleiteten Erkenntnissen für die Verbesserung und die Weiterentwicklung des Systems (wobei dazu im Einvernehmen zwischen ÄK und Kasse geeignete Befragungen durchgeführt werden).

Die aus der Evaluierung gewonnenen Daten stehen sowohl der ÖGK als auch der Ärztekammer uneingeschränkt und in digitaler Form zur Verfügung.

- (3) Sollte keine der Vertragsparteien bis spätestens 30.09.2024 mit eingeschriebenen Schreiben der Fortführung der Regelung widersprechen, verlängert sich diese auf unbefristete Zeit, wobei jede der Vertragsparteien die Vereinbarung jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres mit 6-monatiger Kündigungsfrist gesondert von anderen Gesamtverträgen aufkündigen kann.

24.01.2023

Ärztchamber für Steiermark:



Prof. Dr. Dietmar Bayer  
Obmann der Kurie  
Niedergelassene Ärzte



Dr. Michael Sacherer  
Präsident

Für die Österreichische Gesundheitskasse:

.....  
Für den Leitenden Angestellten:  
Dr. Rainer Thomas  
Generaldirektor-Stellvertreter

.....  
Der Vorsitzende des  
Verwaltungsrates:  
Matthias Krenn