

Masterarbeit

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA- ihre Bedeutung als Qualitätssicherungsinstrument für das österreichische Gesundheitssystem

eingereicht von

Johanna Huber, BSc

Geb. Datum: 23.09.1988

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Dr. Susanne Fink, MSc

Univ. Prof.in, Dipl.Pflegepäd.in, Dr.in rer. cur. Christa Lohrmann, DGKS

Graz, am 03.06.2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 03.06.2014

Danksagung

Ich möchte die Chance nutzen um mich bei den vielen lieben Menschen aus meinem Umfeld für die langjährige Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit zu bedanken.

Besonderer Dank gehört meinen Eltern, die mich stets unterstützt haben und immer ein offenes Ohr für mich hatten. Auch in den Phasen in denen es einmal nicht so gut gelaufen ist sind sie stets hinter mir gestanden und haben mir den Rücken freigehalten. Zudem wäre es mir ohne sie nicht möglich gewesen ein Studium in diesem Ausmaß absolvieren zu können.

Weiters möchte ich mich bei meinem Freund für die aufgebrachte Geduld mit mir bedanken, vor allem in den besonders lernintensiven Phasen meines Studiums. Er hat mich stets unterstützt und gefördert.

Zu guter Letzt gilt besonderer Dank meiner Masterarbeitsbetreuerin Dr. Susanne Fink, die mich durch den ganzen Prozess bei der Erstellung der Masterarbeit begleitet hat und mir mit vielen hilfreichen Tipps und Anregungen zur Seite stand.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	i
Abbildungsverzeichnis.....	ii
Zusammenfassung.....	iii
Abstract.....	iv
1. Einleitung.....	1
1.1 Allgemein.....	1
1.2 Zielsetzung.....	2
1.3 Forschungsfragen.....	3
2. Methodenteil.....	4
3. Qualität im Gesundheitswesen.....	6
3.1 Definitionen von Qualität.....	6
3.2 Qualitätsdimensionen nach Donabedian.....	9
3.3 Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG).....	10
3.3.1 Gesetzliche Grundlagen des BIQG.....	10
3.4 Qualitätssicherung in Österreich.....	11
3.4.1 PatientInnensicherheit.....	11
3.5 Qualitätsstandards.....	13
3.5.1 Phasen der Standardentwicklung.....	14
3.6 Ergebnisqualitätsmessung durch Austrian Inpatient Quality Indicators (A- IQI).....	15
4. E-Health in Österreich.....	17
4.1 AkteurInnen von E-Health.....	19
4.2 Elektronische Gesundheitskarte- E-Card.....	21
4.2.1 Das Projekt NETC@RDS.....	23
5. Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA).....	25
5.1 Beweggründe für ELGA	26
5.2 Gesetzliche Grundlagen der ELGA.....	27
5.3 ELGA und PatientInnen.....	29
5.3.1 Allgemeine Fragen zur elektronischen Gesundheitsakte (ELGA).....	30
5.3.2 Teilnahmebedingungen an ELGA.....	31
5.3.3 PatientInnenrechte bei ELGA.....	32
5.4. E-Medikation.....	36
6. ELGA in der Praxis.....	38

6.1 Vorteile bei der Anwendung der ELGA.....	41
6.2 Nachteile bei der Anwendung der ELGA.....	42
7. Diskussion der Ergebnisse.....	44
8. Schlussfolgerung.....	46
9. Literaturverzeichnis.....	48
9.1 Internetadressen.....	49
9.2 Internetzugriffe und Downloads.....	51
10. Anhang.....	54
10.1 Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG).....	54
10.2 Gesetz für Gesundheit Österreich GmbH (GGÖG).....	55

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
bezgl.	bezüglich
BIQG	Bundesministerium für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
FGÖ	Fond Gesundes Österreich
GDA	Gesundheitsdienstleister
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖGG	Gesundheit Österreich GmbH Gesetz
GW	Gesundheitswesen
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
Hrsg.	Herausgeber
OTS	Originaltext Service
OÖ	Oberösterreich
RIS	Rechtsinformationssystem
S.	Seite
s.o.	siehe oben
SPÖ	sozialdemokratische Partei Österreich
u.a.	unter anderen
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.Z.	zur Zeit

Abbildungsverzeichnis

- Abb.1 Qualitätsdimensionen nach Donabedian, S. 9
- Abb. 2 Basisdatensatz einer Diagnose- und Leistungsdokumentation, S. 17
- Abb. 3 e-health key application areas, S. 19
- Abb. 4 E-Card Vor- und Rückseitenansicht, S. 22
- Abb. 5 Beispiel für E-Medikation, S. 37

Zusammenfassung

Schlagwörter:

elektronische Gesundheitsakte, ELGA, Qualität, österreichisches Gesundheitssystem, PatientInnensicherheit, Qualitätssicherung, Instrument

Hintergrund

Die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte wird in Österreich derzeit heiß diskutiert. Trotzdem sind die ÖsterreicherInnen selbst noch immer sehr schlecht über das neue System und seinen Nutzen informiert. Das Land Österreich hat keine Kosteneinsparungen als oberstes Ziel durch das neue E-Health System im Sinn, sondern eine Qualitätssteigerung bzw. Qualitätssicherung des Gesundheitssystems. Vor allem für PatientInnen sollten sich Vorteile durch die elektronische Gesundheitsakte ergeben wie beispielsweise effektivere und effizientere Behandlungen.

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche im Internet durchgeführt. Zusätzlich wurde auch an den Bibliotheken der medizinischen Universität Graz, sowie der Karl Franzens Universität Graz recherchiert. Vollständigkeitshalber wurde auch eine Handsuche durchgeführt um an die benötigte Literatur zu gelangen.

Ergebnisse

Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) besitzt durchaus die Fähigkeit im österreichische Gesundheitssystem die Qualität zu steigern. Trotzdem gibt es noch einige Ungereimtheiten bezüglich des Datenschutzes. Inwieweit das neue System die erwünschten Erfolge erzielen kann ist erst nach der vollständigen Einführung beurteilbar.

Schlussfolgerung

Die elektronische Gesundheitsakte bietet die Möglichkeit durch neue Technologien auch im Gesundheitswesen eine Verbesserung zu erzielen. Jedoch ist derzeit die Akzeptanz aller beteiligten Gesundheitsdienstleister nicht umfassend gegeben. Auch PatientInnen sind teilweise durch fehlende Information noch nicht vollständig von der Nützlichkeit des Systems überzeugt.

Abstract

Keywords:

EHR, electronic health record, quality, patient safety, austrian health care system, instrument, quality safety

Background

The adoption of the electronic health record is currently debated in Austria. Nevertheless, the Austrians themselves are still very poorly informed about the new system and its benefits. The country of Austria has no cost savings as the primary objective of the new e-health system in mind, but an increase in quality and quality assurance of the health system. Especially for the patients themselves, benefits should be presentet by the electronic health record. For example effectiveness and efficiancy.

Method

To answer the research question, literature search on the internet has been carried out. In addition the literature search was also on the libraries of the Medical University of Graz and the Karl Franzens University of Graz. To complete the literature search also a manual search was performed in order to reach the required literature.

Findings

The electronic health record (EHR) does have the ability to increase the quality in the Austrian health care system. Nevertheless, there are still some inconstistencies regarding data protection. To achieve the desired success of the new system, the system must be completely implemented.

Conclusion

The electronic health record offers the possibility of new technologies in healthcare to achieve an improvement. However, the acceptance of all involved health service providers is currently not present. Also the patients are not yet fully convinced by the lack of information on the usefulness of the new system.

**„Quality is never an accident.
It is always the result of intelligent effort.“**

John Ruskin

1. Einleitung

1.1 Allgemein

Dem Thema der „Elektronischen Gesundheitsakte - ELGA“ können die österreichischen BürgerInnen derzeit nur schwer entkommen. Es handelt sich dabei derzeit um eines der aktuellsten Themen in Österreich, welches in den diversen Medien hitzig diskutiert wird und zum Teil sehr umstritten ist.

Da es derzeit noch sehr wenig Literatur- sowie Literaturarbeiten gibt, hat sich die Autorin dazu entschlossen sich im Rahmen dieser Masterarbeit damit auseinanderzusetzen um einen guten Einblick in die Thematik gewähren zu können.

Besonders wichtig erschien dabei die elektronische Gesundheitsakte bezüglich ihrer Möglichkeiten als Qualitätssicherungsinstrument zu untersuchen, unter der Berücksichtigung und Miteinbeziehung der PatientInnen.

Erstaunlich ist jedoch, dass trotz der großen Medienpräsenz der elektronischen Gesundheitsakte die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung nicht genau weiß, was sich dahinter verbirgt. So sehen sich 80 Prozent der ÖsterreicherInnen laut einer Umfrage von ÖKONSULT vom Jänner im Jahr 2014 (mit 1070 Befragten) nicht in der Lage einem Dritten gegenüber zu erklären worum es sich bei der elektronischen Gesundheitsakte überhaupt handelt. Diese Aussage bezieht sich auf positive sowie auch auf negative Äußerungen gegenüber dem System.

In derselben Befragung wird auch klar, dass sich rund 95 Prozent der ÖsterreicherInnen noch mehr und vor allem brauchbare Informationen bezüglich der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte wünschen.

In den Medien herrschen derzeit vor allem voreingenommene Meinungen und Äußerungen von klaren GegnerInnen oder BefürworterInnen bezüglich des neu eingeführten Systems, was für PatientInnen wenig zum unvoreingenommenen Wissenszuwachs geeignet ist. (Allwinger & Schillhab, 2014, S. 5-6)

Die Relevanz für eine Forschungsarbeit ist demnach unumstritten. Erst vor kurzem verlautbarte der SPÖ Gesundheitssprecher Erwin Spindelberger bei der Pressekonferenz „PatientInnen in den Mittelpunkt“ im März 2014, dass der Schwerpunkt in der Legislaturperiode 2013-2018 auf der Verbesserung der Versorgungsstrukturen besteht; dies unter Berücksichtigung der PatientInnenbedürfnisse. Wesentlich sei demnach im folgenden Jahr 2015 die erfolgreiche Implementierung der elektronischen Gesundheitsakte in das österreichische Gesundheitssystem. „Die Qualität der Behandlung vor Ort soll gesteigert und Doppelgleisigkeiten vermieden werden“, so der Bundessprecher der SPÖ weiter. (Spindelberger, 2014)

Auch unter den im Jahr 2012 definierten zehn Gesundheitszielen Österreichs besteht der Punkt „qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“.

Es wird beschrieben, dass medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Personal derzeit in Österreich wenig vernetzt ist, was das Versorgungssystem sehr medizinlastig macht und dadurch sehr kostenintensiv ist. Die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte wäre eine Möglichkeit die Vernetzung zu verbessern und somit auch die Qualität des Systems zu steigern.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Leistungen im Gesundheitswesen stärker patientInnenorientiert von statten gehen sollten. (Rendi-Wagner et al., 2012, S. 7 ff.)

1.2 Zielsetzung

In der folgenden Arbeit möchte die Autorin darlegen, was unter Qualität im Gesundheitswesen zu verstehen ist und welche Möglichkeit zur Qualitätssicherung aufgrund der elektronischen Gesundheitsakte besteht. Zudem möchte sie einen Einblick in die elektronische Gesundheitsakte geben und klären, was genau darunter verstanden wird, sowie deren Ziele und den Zweck der Einführung darlegen.

Zudem sollten auch die PatientInnen miteinbezogen werden und die möglichen Folgen der Einführung der ELGA aufgezeigt werden, sowie was auf sie in nächster Zukunft damit verbunden auf sie zukommt.

1.3 Forschungsfragen

Aus der Zielsetzung heraus bilden sich für diese Arbeit die folgenden zwei wesentliche Forschungsfragen:

- 1.) Welche Möglichkeiten zur Qualitätssicherung bestehen durch die elektronische Gesundheitsakte in Österreich?
- 2.) Welche Folgen ergeben sich durch dieses E-Health System für die PatientInnen?

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden diese bestmöglich geklärt und die daraus gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse dargelegt.

2. Methodenteil

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Literaturrecherche sowie eine Analyse der gefundenen Literatur gewählt.

Die Literatursuche in den gewohnten Datenbanken (Medline, Cinahl, Cochrane, ...) verlief nicht zufriedenstellend, da es derzeit noch keine Studien bezüglich der elektronischen Gesundheitsakte gibt. Auch für den Bereich der Qualitätssicherung war dieses Tool eher wenig geeignet, da die meisten Treffer entweder nicht relevant genug waren, oder nicht verfügbar waren.

Daher entschloss sich die Autorin zuerst eine Internetrecherche durchzuführen um herauszufinden, was es bereits zu diesem Thema an Material gibt. Folgende Suchwörter wurden hierfür verwendet, welche in die Suchmaschine Google eingegeben wurden:

- ELGA
- elektronische Gesundheitsakte
- elektronische Gesundheitskarte
- Patientensicherheit
- Qualität im Gesundheitswesen
- Qualitätssicherung
- Qualitätssteigerung

Zudem hat die Autorin in bekannten Portalen nach Anhaltspunkten gesucht, wie dem GÖG, Bundesministerium für Gesundheit und dem Fond Gesundes Österreich, in denen einige relevante Dateien für den freien Download im pdf- Format vorgefunden wurden.

Nach Auffinden der Internetseite der „ELGA GmbH“, erkundigte sich die Autorin über bestehende Literatur zum Thema und bekam folgende Empfehlungen:

- das ELGA Gesetz, welches im RIS abrufbar ist
- Umfragen durch das Meinungsforschungsinstitut OEKONSULT
- Presseaussendungen des OTS

- diverse Medienberichte
- das 2014 erschienene ELGA Handbuch unter dem Manz Verlag
- sowie bereits bestehende Master- und Diplomarbeiten

Zudem wurde der Autorin seitens der ELGA GmbH angeboten ein Interview bei Bedarf mit einem der Geschäftsführer durchführen zu können, was im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht zielführend gewesen wäre.

Weiters wurde unter dem Bibliothekszugang der Medizinischen Universität Graz, sowie auch unter dem Zugang der Karl Franzens Universität Graz nach Literatur gesucht.

Die Suche erstreckte sich über den Zeitraum von Ende Jänner/Anfang Februar 2014 bis Ende März 2014, wobei auch auf die Aktualität der gefundenen Literatur geachtet wurde.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden demnach Bücher, Medienberichte, diverse Gesetzesauszüge, öffentliche Downloads und Internetadressen genutzt.

3. Qualität im Gesundheitswesen

Gerade im Gesundheitswesen ist es unumgänglich sich mit dem Begriff der Qualität auseinanderzusetzen. Das Wohle der PatientInnen ist in diesem Kontext immer ein wesentlicher Bestandteil. So muss man im Gesundheitswesen nach Strategien zur Qualitätssicherung suchen um einen Nutzen für die KundInnen gewährleisten zu können. Seit den Neunziger Jahren ist der Qualitätsbegriff im Gesundheitssystem nur noch schwer wegzudenken, da man ständig bestrebt ist das System zu einem Besseren für seine AnwenderInnen und NutzerInnen zu machen.

Qualität im Gesundheitswesen definiert sich durch einen SOLL-IST Vergleich, d.h. es ist die Komponente des Unterschieds zwischen dem idealen und tatsächlichen Ergebnis. (Hahne, 2011, S.41 ff, Bandelow, Eckert & Rüsenberg, 2009, S. 42 ff.)

3.1 Definitionen von Qualität

Eine einheitliche Definition für Qualität zu finden ist so gut wie unmöglich. Qualität richtet sich immer nach dem Blickwinkel durch welchen sie betrachtet wird.

Der Begriff „Qualität“ an sich leitet sich aus dem lateinischen Wort „qualitas“ her, was man mit Beschaffenheit, Eigenschaft und Güte übersetzen könnte. Meist findet man den Begriff als Möglichkeit zur vergleichenden Bewertung von Produkten.

Weiters lässt sich Qualität in eine objektive und subjektive Komponente einteilen.

Objektiv betrachtet besteht eine Definition von Qualität durch das Deutsche Institut für Normung DIN ISO 9004/8402.

Qualität ist...

„Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht.“

Man geht dabei davon aus, dass Qualität die Eigenschaften eines Produktes oder einer Tätigkeit misst um damit vorab bestimmte Ziele erreichen zu können. Qualität ist somit kein absoluter Wert, sondern kann nur auf die Erfordernisse und Anforderungen bezogen werden.

Qualität besitzt auch immer eine Vielzahl von Eigenschaften, die sich nicht einheitlich zusammenfassen und anhand nur eines Maßstabes beurteilen lassen. Es ist jedoch möglich Teilqualitäten aus der Gesamtheit zu erfassen und zu beurteilen.

Somit kann nicht von einer absoluten Größe bei Qualität gesprochen werden da sie sich auf einer Skala zwischen „gut“ und „schlecht“ immer hin und her bewegen kann. (Vitt, 2002, S. 14)

Wendet man nun den Blickwinkel der subjektiven Komponente an, so schränkt dieser den Qualitätsbegriff noch weiter ein. Umweltfaktoren, marktwirtschaftliche Einflüsse, technologischer Fortschritt, soziale und wirtschaftliche Rahmenbedingungen finden sich darunter. Auch persönliche Vorlieben, Geschmack und individuelles ästhetisches Empfinden haben einen Einfluss darauf, was unter Qualität verstanden wird. Unschwer zu erkennen ist, dass sich hierbei die KonsumentInnenorientierung in den Mittelpunkt drängt.

Diese kann den Qualitätsbegriff weiter in Sachgüter, Erfahrungs- und Vertrauensgüter teilen. Im Bereich des Gesundheitswesens betrifft dies hauptsächlich die Vertrauensgüter. Das sind all jene Dienstleistungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht werden, oder gleichzeitig mit ihrer Herstellung verbraucht sind. z.B. Dienstleistungen die zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen bestehen, oder auch zwischen anderen DienstleisterInnen im Gesundheitswesen und deren PatientInnen. (Vitt, 2002, S. 14-15)

Im österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetz wird der Begriff Qualität unter § 2 Abs. 2 GQG als Grad der Erfüllung der Merkmale von patientInnen- und patientInnenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen definiert. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (Gesundheitsqualitätsgesetz, 2005, S. 1-5)

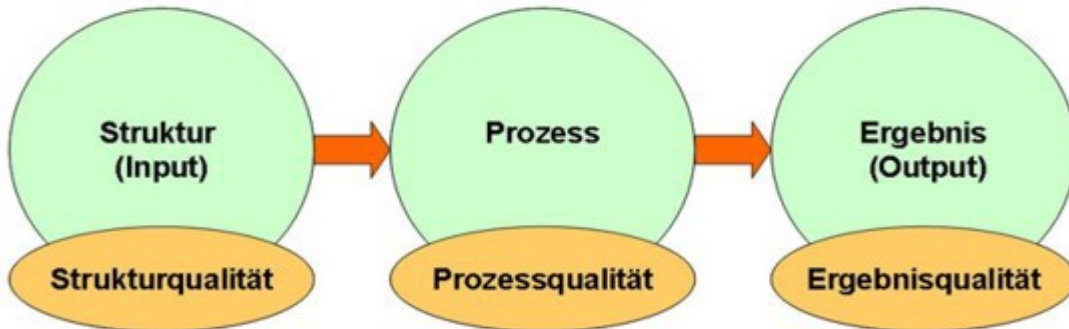
Garvins System zur Definition von Qualität basiert auf fünf verschiedenen Ansätzen die versuchen den Qualitätsbegriff zu klären:

- der transzendente Ansatz besagt, dass Qualität etwas einzigartiges ist, was aufgrund ihrer Abstraktheit nicht einheitlich definierbar ist und daher nicht näher beschrieben werden kann.
- der produktbezogene Ansatz bezieht sich auf Qualität als präzise und messbare Größe, im Bezug auf verschiedene Eigenschaften, welche durch den/die LeistungserbringerIn festgelegt wird.
- der fertigungsbezogene Ansatz versteht Qualität als Erfüllung von definierten Anforderungen, die durch den/die LeistungserbringerIn festgelegt wurden.
- der anwenderbezogene Ansatz definiert Qualität als Erfüllung von KundInnenenerwartungen, welche vom/von der LeistungsnehmerIn beurteilt werden.
- der wertbezogene Ansatz bezieht sich auf das Preis-/Leistungsverhältnis bzw. auf das Aufwands-/Ergebnisverhältnis.

Daher lässt sich sagen, dass es Qualität an sich nicht gibt, es muss immer die Sichtweise des/der jeweiligen Beobachter/s/in gesehen werden. (Vitt, 2002, S. 15)

3.2 Qualitätsdimensionen nach Donabedian

Donabedian gliederte Qualität in drei Bereiche ein. In die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität.



Quelle: Reiprich, A., Steinel, M.: Qualitätsmanagement in Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung, In: AID Spezial, 2003 S. 5 in Anlehnung an Donabedian, A.: Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (1966) 3, S. 166

Abb.1 Qualitätsdimensionen nach Donabedian

(<http://www.kolleg.loel.hs-anhalt.de/forschung/hauswirtschaft/selbstlernkurs/bilder/q1-39.jpg>)

Unter Strukturqualität werden alle strukturellen Voraussetzungen verstanden die gegeben sein müssen um Qualität gewährleisten zu können. Es handelt sich hierbei um relativ konstante Charakteristika der LeistungserbringerInnen selbst, die zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen, technische Gerätschaften und räumliche Gegebenheiten sowie deren physische und organisatorische Umgebung. Vorteile der Kennzahlen der Strukturqualität sind, dass diese sehr einfach gemessen werden können. Jedoch gehört zu den Nachteilen, dass die Strukturqualität im Gesundheitswesen im Vergleich zu den zwei anderen Dimensionen eher weniger aussagt.

Prozessqualität hingegen bezieht sich auf alle Gegebenheiten, die sich mit der Auswahl, Durchführung und Erstellung von Dienstleistungen in Verbindung bringen lassen. Es geht darum wie sich diese Abläufe gestalten und welchen Einfluss sie auf die Qualität nehmen. Zuletzt komplettiert die Ergebnisqualität die drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian. Hier handelt es sich um die erzielten Outcomes. Veränderungen des derzeitigen und zukünftigen Gesundheitszustandes der PatientInnen werden nach vorausgegangenem Handeln gemessen.

Beispiele für Qualitätsdimensionen sind u.a. :

- Strukturqualität: ausreichend Personal, angemessene Räumlichkeiten, Verfügbarkeit von Gerätschaften, Ausbildungsstand von MitarbeiterInnen, angemessene Ausstattung usw.
- Prozessqualität: adäquate Therapieauswahl, verständliche und ausführliche Aufklärung der PatientInnen, richtige und sorgfältige Durchführung von ausgewählten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren usw.
- Ergebnisqualität: Lebensqualität der PatientInnen, medizinische Ergebnisse, KundInnenzufriedenheit, wirtschaftliche Ergebnisse, pflegespezifische Ergebnisse usw.(Haeske-Seeberg, 2008, S. 144-145)

3.3 Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

In Österreich gründete sich das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen um sich mit Qualitätsfragen auseinanderzusetzen. Die Beschäftigten des Instituts sind hauptsächlich für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation des österreichischen Qualitätssystems zuständig. Dies mit Hauptaugenmerk auf PatientInnenpräferenzen, was folglich zu mehr Transparenz, Effizienz und Effektivität im Gesundheitsbereich führen sollte. (Gesundheit Österreich GmbH)

3.3.1 Gesetzliche Grundlagen des BIQG

Als gesetzliche Grundlage für das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen wurde das Gesundheitsqualitätsgesetz GQG herangezogen. Zusammen mit dem Gesetz für Gesundheit Österreich GmbH GÖGG bildet dies die Basis für die Arbeit des Institutes.

Das Gesundheitsqualitätsgesetz besteht aus 11 Paragraphen, auf die wichtigsten wird im Anhang näher eingegangen.

Das Gesetz für Gesundheit Österreich GmbH GÖGG gliedert sich in drei Abschnitte mit insgesamt 26 Paragraphen. Auf die wichtigsten Punkte wird ebenfalls im Anhang näher eingegangen.

3.4 Qualitätssicherung in Österreich

Österreich hat - wie erwähnt - das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen unter der Führung der Gesundheit Österreich GmbH eingeführt, um sich mit Qualitätsfragen im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen.

Daraus hat sich auch eine Qualitätssicherungsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen entwickelt, welche im Juni 2010 beschlossen wurde. Die Kernpunkte der Strategie sind die PatientInnensicherheit, Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität, Risikomanagement sowie Fort-, Aus- und Weiterbildungen. Die operativen Ziele zur Umsetzung der Qualitätssicherungsstrategie wurden im März 2012 festgelegt. Da sich diese Arbeit im speziellen auf die PatientInnensicherheit richtet soll diese nachfolgend näher erläutert werden. (Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen, 2010, S. 1-2)

3.4.1 PatientInnensicherheit

Ein komplexes hochentwickeltes Gesundheitswesen birgt auch einige Sicherheitsrisiken mit sich. Da in Österreich bis vor kurzem eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Sicherheitsstrategie fehlte, hat man diese im Jahr 2012 festgelegt. Als oberstes Ziel galt die Verbesserung der PatientInnenzufriedenheit, sowie eine zunehmende Zufriedenheit der MitarbeiterInnen. Als rechtliche Grundlage dient dazu das GQG.

Bei den konzipierten operativen Zielen für die Qualitätssicherungsstrategie erhält die PatientInnensicherheit eine eigene Kategorie mit eigenen operativen Zielsetzungen.

Besonders interessant für diese Arbeit ist die Festlegung des fünften Detailzieles

- Einrichtung eines Informationssystems am point of care zur Medikamentensicherheit (E-Medikation)

Die Erreichung der Ziele sollte in drei Dimensionen gemessen werden:

- Durchführbarkeit:
Eine eigene PatientInnensicherheitsstrategie als Ergänzung zur vorhandenen Qualitätssicherheitsstrategie wurde entwickelt.
- Akzeptanz:
Die Inhalte der PatientInnensicherheitsstrategie werden in konkreten Projekten umgesetzt und durchgeführt.
- Effektivität:
Die Kennzahlen der Qualitätsmessung sollen sich durch die Umsetzung der PatientInnensicherheitsstrategie verbessern.

(Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen, 2012, S. 2)

Als Aufgabenfelder der PatientInnensicherheitsstrategie gelten:

- Maßnahmen der Organisationsentwicklung
- Maßnahmen der Personalentwicklung
- Maßnahmen der Politikentwicklung
- Maßnahmen zum Monitoring
- Maßnahmen zur öffentlichen Bewusstseinsbildung

Der letzte Punkt zielt auf PatientInnen ab um sie besser zum Thema PatientInnensicherheit zu informieren. Die Gesundheitskompetenz sollte gestärkt und künftig in den Prozess des Risikomanagements besser eingebunden werden.

Um diese Ziele umsetzen zu können sollen PatientInnenanwaltschaften, Ombudsstellen, Schlichtungsstellen der Ärztekammer, gesetzliche Interessenvertretungen, PatientInnenvertretungen, Selbsthilfegruppen und ExpertInnenorganisationen dienen.
(Patientensicherheitsstrategie, 2013, S. 4)

Derzeit verfolgt Österreich mehrere Projekte zur Förderung der PatientInnensicherheit.

So z.B.

- der Austrian Patient Safety Award, „Sicher ist Sicher“: wie Patienten aktiv werden können,
- das Patientenhandbuch- ein Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt,

- die Patientensicherheits-App,
- das Pilotprojekt Video-Dolmetsch,
- diverse OP Checklisten,
- sowie das Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall.

(Plattform für PatientInnensicherheit)

Auch die EU hat Empfehlungen zur PatientInnensicherheit im Jahr 2009 verfasst und einen Bericht über die Umsetzungen im Jahr 2012 herausgegeben.

Der Bericht beinhaltet 13 Maßnahmen von denen Österreich bereits sechs bis neun Maßnahmen umgesetzt und in die PatientInnensicherheitsstrategie übernommen hat. Kein einziges EU Land hat bis dato alle der 13 Maßnahmen umgesetzt. Neun Länder haben bereits zehn bis zwölf der Maßnahmen implementiert.

Der Punkt „Verbesserung der Patienteninformation seitens der Gesundheitseinrichtung“ wurde nur in drei EU Ländern eingeführt. Welche drei Länder dies sind wird leider nicht näher beschrieben.

Im Bericht wird als mögliche Ursache für die langsame Durchführung der Maßnahmen die ökonomische Krise diskutiert. Es ist geplant in absehbarer Zeit die Befragung der EU Mitgliedsstaaten hinsichtlich der Umsetzung der Maßnahmen erneut zu starten um Veränderungen aufzeigen zu können. (europäischer Kommissionsbericht an den Rat bezüglich der Patientensicherheit, 2012, S. 5-6)

3.5 Qualitätsstandards

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsniveaus von Gesundheitsleistungen sind Qualitätsstandards eine wichtige Methode, welche durch den derzeitigen Gesundheitsminister Dr. Alois Stöger unterstützt wird.

Standards beschreiben immer Rahmenbedingungen, welche eingehalten werden sollten um ein gewisses einheitliches Maß an Qualität sicherstellen zu können.

Das Bundesqualitätsgesetz gibt dazu den gesetzlichen Rahmen vor.

Natürlich ist es auch wesentlich zu wissen, wie Qualitätsstandards entwickelt werden müssen damit sie effektiv und effizient sind.

Daher wurde im Jahr 2013 die Handlungsanweisung „Methode zur Erstellung von

Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz“ vom Bundesministerium für Gesundheit durch die Gesundheit Österreich GmbH entwickelt.

Als Basis wurden die Erkenntnisse der vorherigen Metaleitlinie berücksichtigt und überarbeitet.

Somit gibt die Handlungsanweisung einen Rahmen für zukünftige Bundesqualitätsstandards vor und beschreibt die Vorgehensweise wie diese entwickelt und überprüft werden sollten. Außerdem geben sie eine Empfehlung auf der Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes vor.

Zwingend berücksichtigt werden muss bei der Erstellung von Qualitätsstandards die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, welche PatientInnenorientierung aufweist und bundesweit einheitlich geregelt ist. Zudem muss sie sektorenübergreifend zur Anwendung kommen und ein hohes Maß an Transparenz vorweisen können. (Bundesministerium für Gesundheit)

3.5.1 Phasen der Standardentwicklung

Bei den Phasen der Entwicklung versucht man zuerst den derzeitigen IST- Zustand zu erheben. Er gibt Auskunft darüber ob überhaupt Handlungsbedarf besteht und in welche Richtung es weiter gehen soll. Basierend auf den Daten des IST-Zustandes wird anschließend ein Qualitätsstandard erstellt. Wichtig hierbei ist die Abgrenzung zu anderen oder ähnlichen Themenbereichen. Weiters muss eine Zielgruppe definiert werden und das Ziel des Qualitätsstandards herausgearbeitet werden. Als nächsten Schritt wird der Typ des Standards festgelegt, sowie der Grad der Verbindlichkeit. D.h. wie zwingend muss der Standard befolgt werden (Empfehlung versus Verordnung) Auch Meilensteine und ein Zeitplan für die Erstellung sollten inbegriffen sein damit die Entwicklung zügig und koordiniert starten kann.

Nachdem die ersten Phasen der Standardentwicklung durchlaufen wurden wird die vorläufige Version einem ExpertInnen- Komitee vorgelegt. Der Vorschlag wird bewertet und durch eine Abstimmung wird über die Umsetzung entschieden.

Im Falle der Umsetzung wird der Vorschlag vorerst veröffentlicht um die Bevölkerung darüber in Kenntnis zu setzen. Erst dann wird eine Pilotierung ins Leben gerufen die mit

dem finalen Erstellen des Qualitätsstandards gemäß dem Gesundheitsqualitätsgesetz endet.

Besonders wichtig und nach Ansicht der Autorin leider oft vernachlässigt ist die Implementierung des fertigen Standards. Mit ihr steht und fällt die Umsetzung. Ein Standard kann noch so gut sein und wird trotzdem keine Anwendung finden wenn der Implementierungsprozess fehlgeschlagen ist.

Deswegen wird auch in regelmäßigen Abständen nach der Implementierung immer wieder evaluiert inwieweit der Standard in der Praxis auch wirklich zum Einsatz kommt. So kann man auf mögliche Fehler im Implementierungsprozess aufmerksam werden und diese zu einem späteren Zeitpunkt ausgleichen. Zu guter Letzt darf auch auf die Gültigkeit des Standards nicht vergessen werden. Diese hängt u.a. von der Aktualität des Standards ab. Ein Standard verliert nach einer Zeitspanne von etwa fünf Jahren seine Gültigkeit und muss angeglichen und überarbeitet werden um weiterhin zur Qualitätssicherung geeignet zu sein.

Die Standardentwicklung endet schlussendlich mit einem ausführlichem Bericht über die angewandte methodische Vorgehensweise. (Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz, 2013, S. 6-11)

3.6 Ergebnisqualitätsmessung durch Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

In den letzten Jahren wurde vermehrt das Augenmerk auf die Messung der Ergebnisqualität gelegt.

In Österreich wird diese Form der Qualitätsmessung durch Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) durchgeführt. Darunter versteht man ein Projekt, welches sich zum Ziel gemacht hat bundesweit Routinedaten zu sammeln um diese hinsichtlich statistischer Auffälligkeiten auszuwerten. Dabei analysiert man v.a. Daten bezüglich der Sterbehäufigkeiten, Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken und Versorgungs- und Prozessindikatoren.

Durch dieses System wird es ermöglicht Daten von einer Krankenanstalt mit den Daten einer anderen Krankenanstalt hinsichtlich der statistischen Auffälligkeiten, sowie mit den

Durchschnittswerten aller Krankenanstalten zu vergleichen.

Man hat somit die Möglichkeit nach Gründen der Auffälligkeiten zu suchen um Lösungsansätze zur Vermeidung zu entwickeln. Bei der Suche nach Fehlerquellen arbeitet ein interdisziplinäres Team zusammen (interne und externe BegutachterInnen). Die Vorteile des Systems sind u.a. die bundesweite Teilnahme, der geringe Aufwand und die gemeinsame Datengrundlage. Auch zum internationalen Vergleich kann A-IQI angewandt werden. (Bundesministerium für Gesundheit)

Als Grundlage zur Berechnung der Indikatoren werden die Basisdatensätze der Diagnose- und Leistungsdokumentation verwendet, welche verpflichtend zu melden sind. D.h. es wird nur auf Routinedaten zugegriffen. Aufgrund der Datenbasis beschränkt sich die Datenerhebung ausschließlich auf den stationären Bereich, für den ambulanten Bereich gibt es derzeit keine Daten.

Wichtig ist es zu wissen, dass auch nur die Aufenthalte gezählt werden können, nicht aber die PatientInnen. d.h. PatientInnen, die mehrere Aufenthalte durch die gleiche Erkrankung haben werden im System mehrmals gezählt.

Hingegen werden medizinische Leistungen nicht extra gezählt, sondern an den Aufenthalt gekoppelt. Die Frequenz der Leistungserbringung ist demnach auch nicht berücksichtigt.

Die Qualität der verwendeten Daten ist wesentlich für die spätere Aussagekraft der Berechnungen. Abrechnungsdaten, wie in diesem Fall, haben oft den Nachteil, dass sie möglicherweise einen Fehler nach sich ziehen können, da sie oft nicht vollständig mit der medizinischen Dokumentation übereinstimmen.

Nach dem derzeitigen Status Quo stellen sie zurzeit aber die einzige Möglichkeit eines bundesweiten Vergleiches von medizinischen Daten dar.

Die Verbesserung der Datenqualität ist noch ein schwieriges Unterfangen im Rahmen der A-IQI.

Der Basisdatensatz stellt sich wie folgt dar:

Administrative Daten	Aufenthaltsbezogene Daten <ul style="list-style-type: none">• Krankenanstaltennummer• Aufnahmezahl und Art• Abteilung, Verlegungen• Entlassungsdatum und Art	PatientInnenbezogene Daten <ul style="list-style-type: none">• Geburtsdatum• Geschlecht• Staatsbürgerschaft• Hauptwohnsitz• Kostenträger
Medizinische Daten	<ul style="list-style-type: none">• Hauptdiagnose• Zusatzdiagnose und Einzelleistungen	

Abb. 2 Basisdatensatz einer Diagnose- und Leistungsdokumentation

([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/7/6/CH1367/CMS1348050903558/a-
iqi_indikatorenbeschreibung_version_3.1.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/7/6/CH1367/CMS1348050903558/a-
iqi_indikatorenbeschreibung_version_3.1.pdf))

4. E-Health in Österreich

Unter E-Health versteht man elektronische Gesundheitsdienste, welche durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in gesundheitsbezogenen Produkten, Dienstleistungen und Prozessen gekennzeichnet sind.

Auch im Gesundheitswesen muss man mit der modernen Zeit gehen und neue Technologien in das bestehende System integrieren. Eine Welt ohne Technik ist heute nicht mehr vorstellbar.

Zu den Formen von E-Health zählt auch die seit 2005 eingeführte Gesundheitskarte, besser bekannt unter dem Namen E-Card. Der Entwurf für eine Initiative bezüglich der österreichischen E-Health Strategie stammt ebenfalls aus dem Jahr 2005.

Im Jahr 2012 wurde die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte finalisiert. (Kapitel 5)

Datenschutz und Datensicherheit werden in der E-Health Strategie besonders berücksichtigt. Sie sind die Basis für eine erfolgreiche Einführung der Technik und werden durch legislative und organisatorische Maßnahmen gestützt.

Das globale Ziel der E-Health Strategie ist...

„die integrierte Gesundheitsversorgung und Interoperabilität der Informationssysteme“
(Trill, 2009, S. 52 ff.)

Damit dieses Hauptziel erreicht werden kann müssen einige Rahmenbedingungen gegeben sein. So ist eine bürgerInnenzentrierte, digitale Dokumentation von Nöten, ebenso die Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen und administrativen Daten. Dies soll zur Unterstützung einer patientInnenzentrierten Leistungserbringung und Dokumentation erfolgen und innerhalb der AkteurInnen des Gesundheitswesens zu einer besseren Kommunikation führen. (Trill, 2009, S. 52 ff., Bundesministerium für Gesundheit)

Als wesentlichen Elemente der E- Health Strategie gelten:

- die elektronische Gesundheitsakte **ELGA**
- die Gesundheitskarte E-Card
- Online Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationsnetzwerken
- Organisationsübergreifende durchgängige IT Prozessunterstützung und Nahtstellenmanagement
- Telemedizinische Dienste
- Entscheidungsunterstützende Systeme
- Werkzeug für die Analyse von Daten
- Steuerung und Transparenz des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen
- Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und Datensicherheit (Pfeiffer, 2005, S. 9)

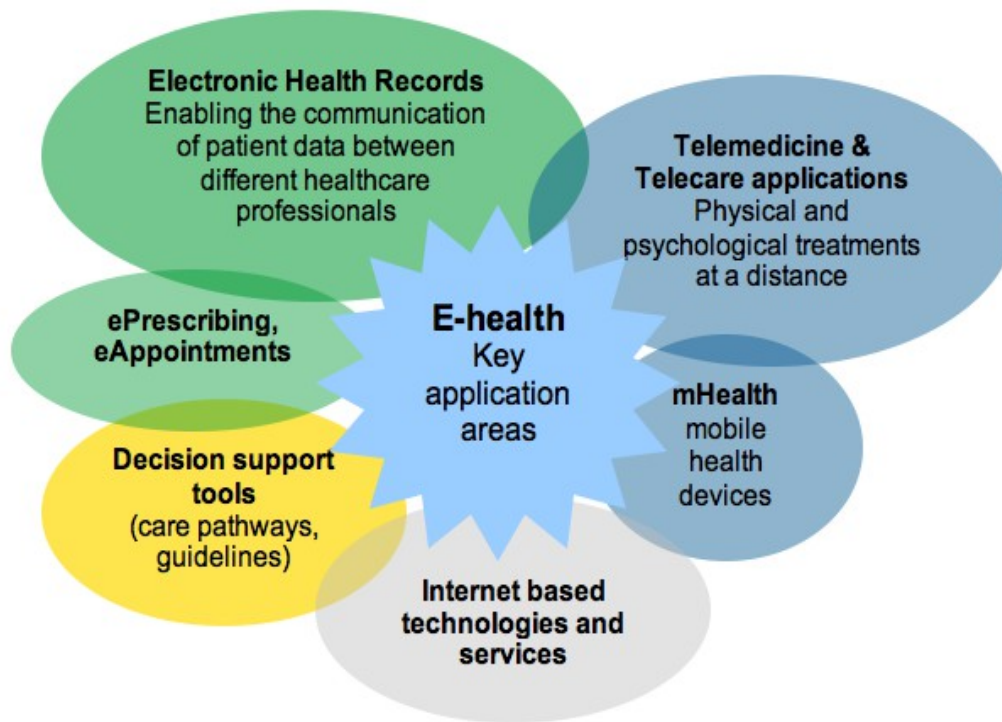


Abb.3 e-health key application areas

(http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Health/Ehealth/ehealth-application-areas.png)

4.1 AkteurInnen von E-Health

In Österreich betrifft E-Health, sowie die erstellte E-Health Strategie alle Beteiligten des österreichischen Gesundheitswesens. Die Anforderungen an das System und die jeweilige Sichtweise dieser ist zwischen den verschiedenen AkteurInnen sehr unterschiedlich und muss in Einklang gebracht werden.

- BürgerInnen

Die elektronische Gesundheitsakte, welche ein zentrales Element von E-Health darstellt ist besonders für die BürgerInnen von großer Wichtigkeit. Der Datenschutz und die Datensicherheit sind für die BürgerInnen von besonderem Interesse. Es gilt hierbei entsprechende Rechtskonzepte sicherzustellen und zu gewährleisten, damit das Vertrauen in das System steigt und nicht gefährdet wird.

Zur Informationsautonomie der BürgerInnen wurde ein Online Portal errichtet, welches als erste Informations- und Kommunikationsadresse der ÖsterreicherInnen bezüglich des neuen Systems werden sollte. Ohne die Teilnahme der BürgerInnen funktioniert das E-Health Konzept der elektronischen Gesundheitsakte nicht. Daher ist es unumgänglich die BürgerInnen miteinzubeziehen und gut zu informieren.

E-Health kann interaktiv genutzt werden, indem die TeilnehmerInnen gesundheitsbezogene Daten an die elektronische Gesundheitsakte übertragen und diese individuell verwalten können. Die TeilnehmerInnen entscheiden selbst wer auf ihre Daten zugreifen kann und für wen sie uneinsehbar bleiben.

Dadurch sollten die BürgerInnen hinsichtlich der Planung von gesundheitsrelevanten Terminen unterstützt werden, was auch die Qualität von Gesundheitseinrichtungen und deren Leistungsfähigkeit verbessern sollte.

- GesundheitsdienstleisterInnen (GDA)

Es gibt viele verschiedene Arten von LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen. Darunter versteht man u.a. Krankenanstalten, Ambulanzen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, ApothekerInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, aber auch Einrichtungen der Hauskrankenpflege, sowie Sozialeinrichtungen und Pflegeeinrichtungen.

Man versteht die LeistungserbringerInnen als professionelle NutzerInnen von E-Health. E-Health dient in diesem Zusammenhang zur patientInnenbezogenen Kommunikation und gewährleistet den Zugriff auf Wissensbasen.

- Management von Gesundheitseinrichtungen

Durch E-Health werden wichtige Managementinformationen bereitgestellt, welche für Benchmarking benutzt werden können. Begonnen bei der digitalen Verfügbarkeit der eigenen Daten, dem Zugang der Daten für Benchmarking und Wissensbasen für Behandlungspfade können die Managementinformationen stets ausgebaut werden.

Die Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds können diese Daten, welche anonymisiert und aggregiert werden, für die Planung und Steuerung nutzen.

- Kostenträger

Die Datenübermittlung und Abrechnung erfolgt bereits häufig in elektronischer Form (z.B. die elektronische Rezeptabrechnung). Bei der Übermittlung der Abrechnungsdaten wird zukünftig weniger Zeit benötigt, da dies durch die Weiterentwicklung und Vereinheitlichungen vereinfacht wird.

- Wissenschaft

E-Health bietet neue Möglichkeiten und Wege für Wissenschaft und Forschung. Pseudonymisierte und anonymisierte Daten stehen nun der Versorgungsforschung und Epidemiologie zur Verfügung. Sie können für gesundheitsökonomische, sowie für pharmako-ökonomische Studien eingesetzt werden.

- Politik

Politisch können die Daten durch E-Health für die Planung und Steuerung, sowie für das Qualitätsmanagement genutzt werden.

- Öffentlichkeit

Durch die Steigerung der Transparenz kann die Öffentlichkeit von besserer Qualität und Kapazität der Gesundheitseinrichtungen profitieren. (Pfeiffer, 2005, S. 10-12)

4.2 Elektronische Gesundheitskarte- E-Card

Die E-Card stellt in Österreich einen wesentlichen Teil von E-Health dar. Durch die 56. ASVG Novelle wurde im Jahr 1999 durch den österreichischen Nationalrat für den gesamten Vollzugsbereich eine flächendeckende Einführung angeordnet.

Zweck des elektronischen Verwaltungssystems ist die Optimierung der Verwaltungsabläufe zwischen Versicherten, DienstgeberInnen, VertragspartnerInnen, sowie Sozialversicherungsträgern. Dies sollte anstatt in Form von Papier durch ein elektronisches System ersetzt werden.

Im Jahr 2005 wurde das neue System in Österreich eingegliedert, welches durch eine Chipkarte erfolgte.

Auf der Karte sind folgende Daten gespeichert:

- der akademische Grad des/der Karteninhaber/s/in
- Vorname(n) und Familienname(n) des/der Karteninhaber/s/in
- Sozialversicherungsnummer des/der Karteninhaber/s/in
- Geschlecht des/der Karteninhaber/s/in
- Geburtsdatum des/der Karteninhaber/s/in
- Kartenfolgenummer
- Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte (E-Card Portal)



Abb. 4: E-Card Vorderseiten- und Rückseitenansicht

(<http://www.chipkarte.at/GenticsImageStore/368/auto/prop//portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?contentid=10008.551545&action=b&cacheability=PAGE&version=1391434982>)

Die Karte beinhaltet keinerlei medizinischer Informationen und hat auch sonst keine anderen, als die bereits erwähnten, personenbezogenen Daten gespeichert. Ebenso ist auch die Information durch welchen Versicherungsträger der/die KarteninhaberIn versichert ist nicht gespeichert.

Diese Daten können erst durch den Vorgang des Einlesens der E-Card im Betriebssystem bezogen werden. Durch das Einführen der Karte wird der Versicherungsanspruch

überprüft. Auch das mögliche Vorliegen von Gebührenbefreiungen wird in der Betriebszentrale gespeichert und erscheint beim Einlesen der Karte.

Die Rückseite der E-Card enthält die europäische Krankenversicherungskarte, welche den Auslandskrankenschein ersetzt, wenn ärztliche Leistungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland (bezogen auf EU-Mitgliedsstaaten und Schweiz) benötigt werden. Somit fungiert die E-Card als Schlüsselkarte zu Systemfunktionen und Daten des E-Card Systems. Um zum System zugelassen zu werden muss eine zweite Schlüsselkarte eingesetzt werden. Die sogenannte Ordinationskarte. Sie hat den Zweck eines „elektronischen Ordinationsstempels“. Durch das Prinzip der zwei Schlüssel wird sichergestellt, dass nur berechtigte Personen mithilfe einer Ordinationskarte und der E-Card der PatientInnen auf die sensiblen Daten des Systems zugreifen können.

Der Datenverkehr selbst erfolgt durch einen „Online- Kommunikationskanal“, welcher durch eine Client Software abgewickelt wurde und die Verbindung zum Zentralsystem herstellt.

Zusätzlich zur Schlüsselkartenfunktion der E-Card kann diese auch als BürgerInnenkarte eingesetzt werden. Darunter versteht man die Möglichkeit einer elektronischen Signatur, welche auch für die Anmeldung des ELGA-Portals benötigt wird. (E-Card Portal)

4.2.1 Das Projekt NETC@RDS

Im Rahmen der Europäischen Union wurde das Projekt NETC@RDS ins Leben gerufen. Dahinter verbirgt sich die Idee mehrere europäische Länder miteinander zu verknüpfen um die Mobilität innerhalb Europas zu stärken.

Ziel ist es die Gesundheitskarte auch im Ausland einsetzen zu können. So kann man beispielsweise mit einer österreichischen E-Card im krankheitsbedingten Notfall auch außerhalb Österreichs aktiv sein.

In den letzten Jahren wurden vermehrt Projekte durchgeführt um die Nutzung von Chipkarten und Netzwerken im Gesundheitsbereich, sowie auch im Verwaltungsbereich fördern zu können. Teilnehmende Staaten waren hierbei neben Österreich auch

Deutschland, Frankreich, Slowenien, Schweiz, sowie auch einige italienische Regionen, die bereits das Chipkartensystem eingeführt hatten. Da die einzelnen Systeme unter der Berücksichtigung nationaler Vorschriften und Gesundheitssysteme entworfen wurden ist im Regelfall jedoch keine Interoperabilität gegeben.

Durch das Projekt sollte ein gesamt-europäisches Netzwerk für elektronische Dienste reisender EU-BürgerInnen aufgebaut werden. Vorab wurden bereits Projekte wie „Netlink“ und „Transcards“ gestartet um auf das Projekt „Netc@rds“ vorzubereiten. Das Netzwerk sollte den Zugang zur Gesundheitsversorgung während eines zeitlich begrenzten Aufenthaltes im Ausland nachhaltig verbessern.

Die Vision des Projekts basiert auf einem Angebot eines gemeinsamen Services in Gesundheitseinrichtungen. Dadurch wird es möglich auch ausländische Chipkarten, sowie die Europäische Krankenversicherungskarte sicher lesen zu können und die Daten herunterzuladen.

Teilnehmende Länder des NETC@RDS- Projektes sind Österreich, Belgien, Bulgarien, Schweiz, Tschechische Republik, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Italien, Liechtenstein, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Slowenien und Slowakei.

Nach dem Ende der EU-Förderungen im Jahr 2011 werden die NETC@RD Services noch in 14 Staaten angeboten, darunter auch in Österreich.

Den Probetrieb führen derzeit 300 europäische Krankenanstalten durch. Es wird neben dem Auslesen der nationalen Chipkarten auch das optische Erkennen der europäischen Krankenversicherungskarte ermöglicht. Dadurch werden organisatorische Abläufe für das Personal, wie auch für die PatientInnen in den diversen Krankenanstalten erleichtert. Als nächsten Schritt sollten auch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen in das System eingebunden werden. (E-Card Portal)

5. Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

Darunter versteht man in deutscher Bezeichnung eine „PatientInnenakte“, „Fallakte“ oder „elektronisches PatientInnendossier“.

Im Englischen wird oft die Bezeichnung „Electronic Health Record“ oder „Electronic Patient Record“ verwendet.

In Österreich ist „ELGA“ die Bezeichnung für die elektronische Version medizinischer Daten, welche einheitlich definiert und standardisiert werden.

Ihre Aufgabe ist es nicht vollständige umfassende Krankengeschichten der PatientInnen zu sammeln, sondern lediglich die wichtigsten Befunde und Medikationen. Diese gesammelten Daten nennt man dann ELGA- Gesundheitsdaten. Im Vergleich zu normalen Daten sind ELGA- Gesundheitsdaten im ELGA Informationssystem gespeichert, wo sie von berechtigten Personen z.B. den ELGA TeilnehmerInnen selbst, sowie bestimmten ELGA- GesundheitsdienstleisterInnen unabhängig von Ort und Zeit eingesehen werden können. (Auer, Milisits & Reimer, S., 2014, S. 1)

Laut der ELGA GmbH selbst wird die ELGA als Informationssystem bezeichnet, welches PatientInnen, sowie GesundheitsdienstleisterInnen (Krankenhäusern, niedergelassene Ärzten und Ärztinnen, Apotheken und Pflegeeinrichtungen) einen gesicherten, orts- und zeitunabhängigen Zugang zu den wichtigsten Gesundheitsdaten wie z.B. Entlassungsbriefen, Labor, Radiologie, Medikamente, liefert.

Somit kann im Falle einer medizinischen Behandlung auf bestehende gesundheitsbezogene Daten und wichtige PatientInneninformationen zurückgegriffen werden

Das eingeführte ELGA- Portal bietet den BürgerInnen die Möglichkeit auf ihre Daten auch selbst zugreifen zu können. (Elga Portal)

5.1 Beweggründe für ELGA

ELGA versteht sich als Teil des Informations- und Wissensmanagements, welches in den komplexen Ablauf des modernen Medizin- und Pflegebetrieb eingebettet ist. Auf keinen Fall kann die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte die Evidenz und das Wissen eines erfahrenen Health Professionals ersetzen, sondern ihre Arbeit im Gesundheitswesen nur unterstützen bzw. erleichtern.

Weiters ist das Interesse der PatientInnen für die Einführung der ELGA wesentlich. Diese wünschen sich vom System einen optimal organisierten Behandlungs- und Betreuungsverlauf, sowie eine rasche Informationskette zwischen den beteiligten GesundheitsdienstleisterInnen um wichtige Diagnosen sehr schnell stellen zu können. Durch die rasche Diagnosestellung kann in weiterer Folge der Therapieprozess beschleunigt werden und Interventionen früher gesetzt werden.

Gerade im Bereich der Interventionssetzung sind Fehlerquellen von großer Bedeutung, welche durch eine elektronische Gesundheitsakte eingedämmt werden können. Wechselwirkungen zwischen den eingenommenen Medikationen der PatientInnen werden sofort aufgezeigt und können leicht vermieden werden. Aus mehreren einschlägigen Studien kommt hervor, dass Wechselwirkungen die unerkannt bleiben zu späterem Zeitpunkt erhebliche Komplikationen hervorrufen können, welche sogar Todesfälle zur Folge haben.

Die Einführung der ELGA hat nicht vorrangig finanzielle Gründe. So wird nicht damit argumentiert, dass sich dadurch viele Einsparungen im Gesundheitssystem machen lassen. Viel wichtiger ist es für die GesundheitspolitikerInnen und die Gesundheitskommission, dass sich das Interesse der Bevölkerung rund um die Prozess- und Ergebnisqualität steigert. Trotzdem kann es zur Effizienz und Effektivitätssteigerung im Gesundheitswesen führen, da durch das vernetzte Informationssystem nicht alle Untersuchungsschritte immer wieder wiederholt werden müssen und so die Diagnosefindung rascher erfolgt.

Gerade bei multimorbiden PatientInnen kann durch die Anwendung der E-Medikation eine Verschreibung von ein und demselben bzw. kontraindizierten Wirkstoff vermieden werden

und somit die Kostentragung für die PatientInnen selbst, wie auch für das Gesundheitssystem überschaubarer gemacht werden. (Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 50-52)

5.2 Gesetzliche Grundlagen der ELGA

Es gibt mehrere Gesetzesauszüge die gemeinsam die gesetzliche Grundlage der elektronischen Gesundheitsakte bilden.

Als Basis hierbei gilt die **Art. 15a B-VG Vereinbarung**, welche zwischen Bund und Ländern die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens regelt. Diese Vereinbarung wurde zum Grundstein für die Errichtung der elektronischen Gesundheitsakte, in welcher die ELGA für die Jahre 2014-2016 fest verankert ist.

Unter Artikel 1 Abs. 1 werden die Schwerpunkte dargestellt, wobei unter Artikel 7 ein eigener Punkt zu finden ist:

- die Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, E-Card, E-Health) auf Basis einer Kosten-Nutzenbewertung

zu finden ist.

Unter Artikel 7 werden die Gesundheitstelematik (E-Health) und die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) noch einmal extra angeführt.

(1) Die Vertragsparteien stimmen überein, dass folgende Ziele Vorrang haben

- Qualitative Verbesserung der Versorgung
- Nutzung der ökonomischen Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Harmonisierung der nationalen Vorgangsweise mit Programmen und Aktivitäten auf europäischer Ebene
- Sicherstellung des Rechtes der PatientInnen auf Zugang zu persönlichen und allgemeinen Gesundheitsdaten

(2) Die Vertragsparteien stimmen zu, die Informations- und Kommunikationstechnologien als Instrument zur Modernisierung des Gesundheitswesens zu nutzen und dabei den sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards gerecht zu werden.

(3) Die Vertragsparteien bekennen sich zur Fortführung der Planungs- und Umsetzungsarbeiten zur Einführung der ELGA. Dieses Vorhaben wird einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen geregelt. Dabei gilt die Kosten-Nutzenbewertung als Grundlage.

(4) Weitere Rahmenbedingungen müssen durch die Vertragsparteien geschaffen werden:

- Verfügbarkeit von informations- und kommunikationstechnologischer Infrastruktur
- Sicherstellung der technischen und semantischen Interoperabilität auf Grundlage anerkannter Standards
- Bereitstellung zielgruppenorientierter und qualitätsgesicherter Informationen
- Maßnahmen zur Erhöhung der Qualifikation des Gesundheitspersonals im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien
- Sicherstellen eines raschen Transfers von Forschungsergebnissen in die Praxis
- Einführung und Verwendung von Instrumenten und Methoden zur Messung und Kommunikation von Fortschritten

(5) Die Vertragsparteien treffen alle organisatorischen, technischen und rechtlichen Vorkehrungen und einen wirksamen Schutz der Privatsphäre der PatientInnen sicherzustellen.

(6) Die Bundesgesundheitsagentur muss erzielte Fortschritte evaluieren und über den Landesgesundheitsfond der Bundesgesundheitsagentur über den Stand der Entwicklung und Umsetzung der Beschlüsse berichten. (Artikel 15a B-VG)

Zusätzlich zur Art. 15a G-VB Vereinbarung gesellt sich das Gesundheitsreformgesetz, das E-Government-Gesetz, die Vereinbarung zur Sicherstellung der PatientInnenrechte (PatientInnencharta), sowie sämtliche Materiengesetze (KAKuG & ÄrzteG, 1998)

Weiters gibt es eine eigene ELGA Verordnung, die sein Jänner 2014 in Kraft getreten ist, sowie eine Telematikverordnung vom Jahr 2013, die sich auf das Gesundheitstelematikgesetz vom Jahr 2012 stützt.

Zu guter Letzt hat sich noch ein eigenständiges ELGA Gesetz gebildet, welches im Artikel 1, unter Abschnitt 4 den Punkt „Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)“ aufweist. Darunter geregelt sind §§ 13-24 des elektronischen Gesundheitsakte Gesetzes. (Elga Verordnung, 2013; Gesundheitstelematikverordnung, 2013; Elga Gesetz, 2012; Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 52-54)

5.3 ELGA und PatientInnen

Speziell für die PatientInnen ist die Einführung der ELGA ein komplett neues System über welches sie noch sehr wenig Bescheid wissen. Dies kommt auch aus der neuesten Befragung durch OEKUNSULT zur Geltung, in der sich 80% der TeilnehmerInnen nicht ausreichend informiert fühlen.

Für die Einführung eines neuen Systems ist es jedoch essenziell, dass sich die AnwenderInnen damit auseinandersetzen und über den Nutzen des Systems Bescheid wissen. Eine erfolgreiche Implementierung ist das um und auf, welches nur durch die Akzeptanz der Bevölkerung wirklich erreicht werden kann.

Demnach muss ein Miteinander zwischen den PatientInnen und den GesundheitsdienstleisterInnen erzielt werden damit das System optimal zum Laufen gebracht werden kann.

5.3.1 Allgemeine Fragen zur elektronischen Gesundheitsakte (ELGA)

Eine Vielzahl an Fragen ergeben sich aus der Implementierung und dem Einsatz der elektronischen Gesundheitsakte im österreichischen Gesundheitssystem.

Wofür wird ELGA benötigt und welche Informationen werden im System künftig gespeichert?

Das System speichert wichtige Informationen der PatientInnen, um auf diese orts- und zeitunabhängig zugreifen zu können. So kann bei Bedarf der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin, sowie die ApothekerInnen auf die wichtigen Gesundheitsdaten zugreifen um effektiver und effizienter arbeiten zu können.

Gespeichert werden unter anderem Entlassungsbriefe, Laborbefunde, Befunde der bildgebenden Diagnostik, sowie Medikationsdaten. Geplant ist für das Jahr 2017 zusätzlich PatientInnenverfügungen, und Vorsorgevollmachten mit zu integrieren. Diskutiert wird auch die Einführung eines e-Impfpasses.

Ist die Anwendung von ELGA für Health Professionals verpflichtend und wer darf die sensiblen Daten aufnehmen?

Das ärztliche Personal ist verpflichtet die oben genannten Daten in ELGA zu speichern. Ob das Personal im Zuge dessen selbst auf die bereits bestehenden Daten zugreift oder nicht hängt ganz vom konkreten Einzelfall ab. Wenn es zur Behandlung und Betreuung nötig ist, wird dies auch vorgenommen.

Die patientInnenbezogenen Daten dürfen ausschließlich von GesundheitsdienstleisterInnen (GDA) aufgenommen werden. Ausnahme ist Personal, welches im Namen der GesundheitsdienstleisterInnen arbeitet, z.B. Sprechstundenhilfen.

Wer kann auf die Daten der PatientInnen zugreifen?

Neben den PatientInnen selbst und ihren VertreterInnen, dürfen nur die GesundheitsdienstleisterInnen (GDA), die in einem Behandlungs- bzw. Betreuungsverhältnis mit den PatientInnen stehen und sich identifiziert haben, auf die Daten zugreifen.

Dabei gelten unterschiedliche Zugriffsberechtigungszeiträume. So können Apotheken nach der Identifikation nur zwei Stunden auf die Daten zugreifen (und hierbei auch nur auf die Medikamentendaten), hingegen behandelnde GesundheitsdienstleisterInnen (GDA) bis zu 28 Tage nach erfolgreicher Identifikation. Zusätzlich besteht auch die Möglichkeit als PatientIn selbst zu bestimmen wie lange zugegriffen werden darf. Man kann den Zeitraum verkürzen, aber auch auf bis zu ein Jahr verlängern.

Wenn die PatientInnen die Ombudsstelle dazu ermächtigen, kann auch diese auf die Gesundheitsdaten zugreifen.

Auf keinen Fall Zugriff auf PatientInnendaten hat dessen ArbeitgeberIn, ebenso wenig wie die Privatversicherung der PatientInnen. (Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 14-16)

5.3.2 Teilnahmebedingungen an ELGA

Prinzipiell nehmen alle Personen teil, die in sich in Österreich einer Behandlung unterzogen haben, eine österreichische Sozialversicherungsnummer besitzen, oder im Ergänzungsregister natürlicher Personen eingetragen sind und der Teilnahme an ELGA nicht widersprochen haben.

Es besteht also kein absoluter Teilnahmepflicht an ELGA, jedoch muss man sich als PatientIn selbst darum kümmern aus dem Programm ausgeschlossen zu werden (Opt-Out).

Opt-Out (englisch für aussteigen) bezeichnet somit den Vorgang, der den Widerspruch zur Teilnahme an ELGA zur Folge hat. Es kann entweder durch die BürgerInnenkarte und Handysignatur, oder schriftlich aufgetreten werden. Möglich ist auch nicht komplett auszusteigen, sondern nur bestimmte Funktionen auszuschalten, oder die Teilnahme in bestimmten Situationen zu quittieren.

Durch die Durchführung des Opt-Out's werden alle bisherigen Daten der PatientInnen

gelöscht, sofern diese nicht der gesetzlichen Dokumentationspflicht unterliegen. (Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 17-20)

5.3.3 PatientInnenrechte bei ELGA

Mitunter eines der wichtigsten Ziele der ELGA ist die Wahrung und Stärkung der Durchsetzbarkeit von PatientInnenrechten. Man bezieht sich hierbei v.a. auf das Recht der Einsichtnahme eigener Gesundheitsdaten.

ELGA versucht die Autonomie der PatientInnen zu stärken, da die gesundheitsbezogenen Daten der PatientInnen erstmalig nicht nur den Health- Professionals zur Verfügung stehen, sondern auch durch die TeilnehmerInnen selbst einsehbar sind. Das schafft mehr Transparenz im Gesundheitswesen, da nachvollziehbar wird, was an einem selbst gemacht und diagnostiziert wird.

Die PatientInnen erhalten somit eine bessere Stellung im Behandlungsprozess und sind nun nicht mehr ausschließlich davon abhängig dem/der behandelnden Arzt/Ärztin blindlings zu vertrauen.

Die wichtigsten TeilnehmerInnenrechte sind:

- Aufnahme von ELGA- Gesundheitsdaten

Alle TeilnehmerInnen haben das Recht darauf, dass bei Behandlungen und Maßnahmen durch GesundheitsdienstleisterInnen die Daten in die elektronische Gesundheitsakte aufgenommen werden, um bei weiterführenden Maßnahmen anderenorts zur Verfügung zu stehen.

- Einsichtnahme in die ELGA- Gesundheitsdaten

Alle TeilnehmerInnen haben das Recht darauf auf ihre eigenen Gesundheitsdaten orts- und zeitunabhängig zugreifen zu können. Alles was in der elektronischen Gesundheitsakte an persönlichen Daten gespeichert wird ist einsehbar. Zudem können die TeilnehmerInnen

einsehen, wer auf ihre Daten zugegriffen hat.

- Widerspruchsrecht

Alle TeilnehmerInnen haben das Recht darauf sich zu einem späteren Zeitpunkt auch wieder von der elektronischen Gesundheitsakte abmelden zu können (Opt out) d.h. man ist nicht für einen bestimmten Zeitraum verpflichtend teilzunehmen. Es besteht auch die Möglichkeit sich zu einem späteren Zeitpunkt nur Teilweise aus dem System auszugliedern.

- Informationsrecht

Alle TeilnehmerInnen haben das Recht darauf über das System bestmöglich informiert zu werden. Bei möglichen Veränderungen müssen die TeilnehmerInnen ebenfalls informiert werden. Auch über ihre Rechte als PatientInnen muss man ihnen Auskunft erteilen.

- Einrichtung der Berechtigungen von ELGA- GesundheitsdienstleisterInnen

Alle TeilnehmerInnen haben das Recht darauf selbst zu bestimmen inwieweit verschiedene GesundheitsdienstleisterInnen auf ihre Daten zugreifen dürfen.

Die angeführten TeilnehmerInnenrechte gelten für alle Personen, die an der elektronischen Gesundheitsakte teilnehmen, unabhängig davon ob man zur Zeit PatientIn ist oder nicht. (Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 26-27)

Die PatientInnenrechte der ELGA richten sich an der Patientencharta, welche zwischen Bund und Ländern durch die Art. 15a B-VG vereinbart wurde. Die Rechte sind in zahlreiche Bundes und Ländergesetze verankert, welche die Rechtsgrundlage darstellen.

Inhalte der Patientencharta sind:

- Recht auf Behandlung und Pflege

Alle Gesundheitsleistungen müssen allen PatientInnen zur Verfügung gestellt werden, dabei unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Vermögen, Religionsbekenntnis, sowie Art und Ursache der Erkrankung.

Ebenso muss eine notärztliche Versorgung, wie Medikamenten- und Medizinproduktversorgung gewährleistet werden.

Die durchgeführten Behandlungen, pflegerische Tätigkeiten sowie die Diagnosestellung müssen nach dem neuesten Stand der Wissenschaft, sowie nach anerkannten Methoden erfolgen (inklusive Schmerztherapie)

Weiters sind Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtend durchzuführen.

- Recht auf Achtung der Würde und Integrität

Es muss darauf geachtet werden die Intims- und Privatsphäre der PatientInnen zu wahren. Auch eine religiöse Betreuung stationärer PatientInnen muss ermöglicht werden.

Die gesundheitsbezogenen Daten obliegen dem Datenschutzgesetz, welches zwingend eingehalten werden muss.

Die PatientInnen haben außerdem das Recht auf Besuch, können aber auch äußern keinen Besuch empfangen zu wollen.

Es besteht auch die Möglichkeiten Personen als Vertrauenspersonen auszuwählen, die besuchszeitenunabhängig Kontakt halten dürfen und über eine Verschlechterung des Zustandes sofort informiert werden.

Adäquate Schmerztherapie ist im Zuge des würdevollen Sterbens auch eine durchzuführende Maßnahme.

- Recht auf Selbstbestimmung und Information

PatientInnen müssen vorab über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten inklusive Risiken und Folgen aufgeklärt werden. Ebenso müssen sie im Vorhinein über voraussichtlich, anfallende Kosten informiert werden.

Die Behandlung an sich darf nur durch die Zustimmung der PatientInnen erfolgen bzw. über dessen rechtliche/n Vertreter/in. Ausnahme ist eine bestehende Gefahr in Verzug, bei der auch ohne Zustimmung behandelt werden darf.

PatientInnen haben auch die Möglichkeit vorab zu bestimmen, was im Falle einer Handlungsunfähigkeit geschehen soll (PatientInnenverfügung).

- Recht auf Dokumentation

Alle Maßnahme, die diagnostischer, therapeutischer oder pflegerischer Natur sind müssen dokumentiert werden. In der schriftlichen Dokumentation müssen auch Willensäußerungen der PatientInnen berücksichtigt werden. Es besteht das Recht der PatientInnen Abschriften aus der Dokumentation zu erhalten, ohne eine Begründung abgeben zu müssen.

- Besondere Bestimmungen für Kinder

Die Aufklärung von Minderjährigen muss individuell angepasst werden. Bei stationär aufgenommenen Kindern bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr ist eine Begleitperson verpflichtend mitaufzunehmen. Bei Platzschwierigkeiten ist zumindest ein umfassendes Besuchsrecht einzuräumen.

- Vertretung von PatientInneninteressen

PatientInnenvertretungen sind einzuführen, welche weisungsfrei und zur Verschwiegenheit verpflichtet werden müssen. Es besteht die Möglichkeit für PatientInnen kostenlos ihre Beschwerden durch die PatientInnenvertretung prüfen zu lassen.

- Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen

Abweichungen von schadenersatzrechtlich relevanten Bestimmungen des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuchs (ABGB) dürfen nur zu zugunsten der PatientInnen getroffen werden. (Gesundheitsportal)

5.4. E-Medikation

Viele, vor allem multimorbide PatientInnen, müssen gleichzeitig mehrere Medikamente zu sich nehmen. Meist ist es so, dass diese nicht nur von einem/einer Arzt/Ärztin alleine verordnet werden. Oft kommt auch noch hinzu, dass auch rezeptfreie, in der Apotheke erhältliche Medikamente zusätzlich eingenommen werden. Daraus resultiert das Problem, dass es nicht immer einfach ist im Rahmen einer Folgebehandlung genaue Auskünfte darüber zu geben welche und wie viele Medikamente in welcher Dosierung bereits genommen werden.

Da man nicht auf den aktuellen Medikamentenstatus der PatientInnen zugreifen kann, kann es unter Umständen passieren, dass es zur Überdosierung eines in den Medikamenten enthaltenen Wirkstoffes kommt durch Mehrfachverordnungen. Zudem ist auch die Möglichkeit von Wechselwirkungen nicht außer Acht zu lassen. Unterschiedliche Medikamente können in Kombination zu vielen unerwünschten Wechselwirkungen bzw. Interaktionen führen, welche die Gesundheit der PatientInnen maßgeblich beeinträchtigen können.

Die E-Medikation ist im Rahmen der elektronischen Gesundheitsakte als Service eingerichtet mit dem Ziel die beschriebenen Risiken der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu minimieren bzw. zu eliminieren. Man möchte für mehr Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten für die PatientInnen sorgen.

Die E-Medikation basiert auf der Idee eine elektronisch nutzbare Informationsgrundlage für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens zu schaffen um auf den aktuellen Medikamentenstatus der PatientInnen zugreifen zu können, wenn dies notwendig erscheint. Es sollte dadurch die PatientInnensicherheit gestärkt werden, da man auch die

Medikamente erhält, die auch wirklich zusammenpassen und nicht kontraindiziert sind. Jede/r TeilnehmerIn erhält durch das System ein persönliches Arzneimittelkonto in dem die Medikationen der letzten sechs Monate gespeichert sind. Dadurch liefert die Medikamentenübersicht einen Überblick aller Arzneien, die aktuell eingenommen werden, oder bis vor kurzen eingenommen wurden. Verfügbar sind diese Informationen für teilnehmende GesundheitsdienstleisterInnen, die dadurch eine wichtige Grundlage für weitere Entscheidungen geliefert bekommen.

Durch das System können auch Wechselwirkungen sofort überprüft werden, da mehr als 13 000 Wirkstoffkombinationen mit ihren auslösbaren Wechselwirkungen gespeichert sind. Jedoch wurde diese Funktion lediglich im Pilotprojekt verwendet. Durch das ELGA Gesetz selbst ist keine Wechselwirkungs- oder Reichweitenprüfung vorgesehen, daher wird dies später im System auch nicht mehr umgesetzt. Argumentiert wird damit, dass es zu viele unterschiedliche Prüfungssoftwaresysteme in den einzelnen Ordinationen gibt und oft Wechselwirkungen angezeigt werden wo gar keine vorhanden sind. Dies sind Ergebnisse aus dem Pilotprojekt. (Auer, Milisits & Reimer, S., 2014, S. 25-26; Pilotprojekt E-Medikation, 2012)

Medikationsübersicht
 Mit jene Arzneimittel,
 die aufgenommen worden sind

e medikation

Ausdruck vom: 20.05.2010
 Uhrzeit: 12:05

1234010170
 Dr. Franz Mustermann
 Männlich
 01.01.1970

	morgens	mittags	abends	nachts	Menge(Art)	Dosierung/Hinweise	Vorgesehener Einnahmebeginn	Vorgesehenes Einnahmeende
800	½	0	0	0	Stück	5 Tage, dann 5 Tage pausieren	01.01.2010	25.7.2010 *
	2	0	1	0	Stück	1 mal wöchentlich	01.01.2010	25.9.2010 *

Bei Bedarf

Abb.4 Beispiel für E-Medikation

(<http://www.artegrafica.at/IMAGE/LOGO/E-Medikation.jpg>)

Im Zeitraum zwischen April 2011 und Dezember 2011 wurde das Pilotprojekt „E-Medikation“ in Wels-Grieskirchen (OÖ), im Bezirk Reutte (Tirol) und im 21. und 22. Wiener Gemeindebezirk durchgeführt. Die Evaluierung des Projekts erfolgte im Anschluss durch die medizinische Universität Wien, Informatik und intelligente Systeme in Kooperation mit der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), welche durch die Elga GmbH damit betraut wurden.

Insgesamt nahmen 8 252 PatientInnen (davon 5 431 aktiv), 41 AllgemeinmedizinerInnen, 31 FachärztInnen, 50 Apotheken, 13 AllgemeinmedizinerInnen mit Hausapotheke und vier Krankenanstalten teil.

Durchschnittlich wurden bei jedem zweiten Besuch der PatientInnen im System Wechselwirkungen angezeigt, bei jedem sechsten Besuch wurde eine Warnung bezüglich einer möglichen Überschreitung des Therapieintervalls aufgezeigt und bei jedem neunten Besuch eine Warnung vor einer Doppelverordnung.

Durch die WissenschaftlerInnen der Medizinischen Universität Wien wurde für die E-Medikation eine klare Empfehlung abgegeben. Die E-Medikation sollte unter Einbeziehung aller betroffenen Berufsgruppen und unter Berücksichtigung des Datenschutzes flächendeckend weiter verfolgt werden. Am wirksamsten wäre hierbei eine verpflichtende Beteiligung aller Gesundheitseinrichtungen und Berufsgruppen, jedoch sollte für PatientInnen eine freiwillige Teilnahme bestehen. (Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 26; Pilotprojekt E-Medikation, 2012)

6. ELGA in der Praxis

Jede Menge Lebenssituationen benötigen Daten zur effektiven und effizienten Entscheidungsfindung. So ist es auch bei der medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung von Vorteil auf bestimmte Daten zurückgreifen zu können.

Die elektronische Gesundheitsakte möchte daher einen Zugriff auf wichtige personenbezogenen Daten sicherstellen, welcher orts- und zeitunabhängig erfolgen kann. Dies sei anhand von zwei Beispielen näher erklärt.

Beispiel 1:

Angenommen der 40 jährige technische Zeichner Markus L. erleidet auf dem Weg zu seiner Arbeitsstelle einen Autounfall. Er hat täglich eine Strecke von über 30 km von seinem Wohnort bis hin zu seiner Arbeitsstelle zurückzulegen. Da die Fahrbahn an diesem Tag besonders rutschig war, durch den vielen Regen, ist er von der Fahrbahn abgekommen, hat sich mit dem Auto mehrmals überschlagen und liegt nun im nächstgelegenen Krankenhaus wo man ihn medizinisch betreut.

Bei der Einlieferung ins Krankenhaus ist Markus L. durch seine Verletzungen nicht ansprechbar. Jedoch wurde in seiner Briefftasche sein Führerschein, sowie seine e-card gefunden womit man ihn ausweisen konnte.

Wie kann die elektronische Gesundheitsakte in diesem Fall helfen?

Wenn kein aktives Mitwirken der betroffenen Person zur Identifikation und kein aufrechtes Behandlungs- bzw. Betreuungsverhältnis vorliegt ist eine Einsichtnahme in die ELGA grundsätzlich nicht möglich. In Ausnahmefällen, wie einem Autounfall, kann auch ohne Zustimmung der betroffenen Person legal auf die Daten der ELGA zugegriffen werden. Voraussetzung hierbei ist, dass die Person lebenswichtige Maßnahmen benötigt, denn dann gibt es keinen Datenschutz.

Im Fall von Herrn Markus L. können die Ärzte und Ärztinnen durch die mitgeführten Ausweise den Patienten identifizieren und auf seine Daten Einsicht nehmen. So können sie so schnell wie möglich die Blutgruppe herausfinden, bestehende Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten, sowie vorangegangene Operationen des Betroffenen klären und die richtigen Maßnahmen setzen.

Beispiel 2:

Angenommen die siebenjährige Melanie verletzt sich beim Basteln im Kinderhort, wo sie jeden Tag nach Schulende zwei Stunden verbringt, bis sie von ihrer Mutter abgeholt wird. Auch nach den Sofortmaßnahmen der Betreuerin hört der verletzte Finger nicht auf zu bluten sodass sie eine Überfuhr ins nächstgelegenen Krankenhaus organisiert. Die Mutter kann durch den langen Anfahrtsweg nicht sofort bei ihrem Kind im Krankenhaus sein. Bei

ihrer Ankunft hat sie durch die Schocksituation auch ganz auf die Unterlagen für ihr Kind vergessen. Somit ist nicht klar, welche Allergien, Unverträglichkeiten, oder Sonstiges möglicherweise vorliegen. Die Helferin der Kinderhortbetreuerin ist in das Krankenhaus mitgefahren und hat den behandelnden Personal die Personaldaten des Kindes übermittelt.

Wie kann die elektronische Gesundheitsakte in diesem Fall helfen?

Da die Daten des Mädchens bekannt sind, kann auf die elektronische Gesundheitsakte zugegriffen werden, aber nur dann, wenn es sich auch um einen medizinischen Notfall handelt. Ansonsten ist es ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten des Kindes nicht legal die Daten einzusehen (gilt für Kinder bis zum vollendeten 14 Lebensjahr).

Durch die beiden Beispiele wird bewusst, dass die elektronische Gesundheitsakte eine schnellere Versorgung herbeiführen kann, aber nicht immer muss. Es kommt auch ganz auf die individuelle Situation darauf an inwieweit man auf die Daten der elektronischen Gesundheitsakte einsehen kann, oder nicht. Hätte Markus L. aus Beispiel 1 keine Ausweise bei sich getragen, hätte niemand im Krankenhaus auf die Daten zugreifen können, da er nicht identifizierbar gewesen wäre. Somit hätte die übliche Abfolge geschehen müssen. Auch im Fall 2 ist es schwer auf die Daten zugreifen zu können, da es sich um einen medizinischen Notfall handeln muss. Es stellt sich hierbei die Frage ab wann ein Fall als Notfall gilt und wie sich das Personal bei der Entscheidung rechtlich absichern kann. Wird kein Notfall diagnostiziert, so muss das Mädchen erst auf Eintreffen der Mutter warten um richtig behandelt zu werden. Da die Mutter in diesem Beispiel keine Dokumente des Mädchens mitgeführt hat kann es auch sein, dass sie dadurch auch mehrere Untersuchungen über sich ergehen lassen muss, damit Allergien, Unverträglichkeiten etc. auffindig gemacht bzw. ausgeschlossen werden können. (Auer, Milisits & Reimer, 2014, S. 5 ff.)

6.1 Vorteile bei der Anwendung der ELGA

Die elektronische Gesundheitsakte kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit und den Standards im Gesundheitswesen leisten. Damit kann eine Qualitätssteigerung und eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erreicht werden.

Die **Effizienz** kann durch eine rasche Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und Informationen gesteigert werden. Dadurch wird auch sichergestellt, dass unnötige und aufwendige Mehrfachuntersuchungen eingedämmt werden. Ebenso können wichtige Entscheidungen im Behandlungsprozess aufgrund der bestehenden Daten schneller getroffen werden was die Dauer der Behandlung verringert. Ebenso wird damit geworben, dass langfristige institutionenübergreifende Behandlungen durch Behandlungspfade mittels Disease Management Programmen in Informationssystemen abgebildet werden können.

Durch die elektronische Gesundheitsakte wird die Nutzung von Wissensdatenbanken gestärkt und die **Effektivität** gesteigert. Der aktuelle Wissensstand kann in weiterer Folge rasch verfügbar gemacht werden durch eine Abbildung von institutionenübergreifenden Standards und Leitlinien in anderen Informationssystemen. Diese Art von Wissensmanagement kann zum Grundstein einer optimalen PatientInnenversorgung werden und ergebnisorientierte Behandlungen hervorbringen.

Auch die **Sicherheit** sollte sich durch die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte für die PatientInnen verbessern. Durch entscheidungsunterstützende Systeme werden Behandlungsprozesse optimiert und Fehlerquellen frühzeitig identifiziert. So scheinen Unverträglichkeiten sofort auf und das behandelnde Team kann gleich darauf reagieren und die Behandlung dementsprechend anpassen.

Wichtig ist auch die **Chancengleichheit** im Gesundheitssystem, welche durch die Anwendung der elektronischen Gesundheitsakte gestärkt wird. Durch den Einsatz telemedizinischer Verfahren wird ortsunabhängig agiert. Schwachstellen im System

können schnell identifiziert werden durch die ständige Analyse der Daten. Auch die Compliance der PatientInnen wird durch ein höheres Verständnis für Prävention, Diagnose und Therapie verbessert.

Durch die Behandlung der PatientInnen mithilfe von Daten aus der elektronischen Gesundheitsakte verläuft der Behandlungsprozess an sich zudem sehr **patientInnenzentriert**. Es kann individuell auf die PatientInnen eingegangen werden, ohne dass ein Mehraufwand an Zeit die Folge wäre. (Entwurf für österreichische E-Health Strategie, 2005)

6.2 Nachteile bei der Anwendung der ELGA

Natürlich sind nicht nur Vorteile durch die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte zu erwarten. Auch einige negative Folgen werden von vielen KritikerInnen befürchtet und diskutiert.

Gesundheitsdaten sind sensible Daten. Daher ist der **Datenschutz** ein wichtiger Bestandteil, da für Gesundheitsdaten ein Verwendungs- und Verwertungsverbot gilt. Nur durch bestimmte Umstände darf dieses Verbot aufgehoben werden. Beispielsweise wenn die Daten zur Heilbehandlung von PatientInnen verwendet werden, aber auch nur dann, wenn der/die PatientIn ausdrücklich zugestimmt hat. Als PatientIn muss man damit rechnen, dass sehr vertrauliche, persönliche Daten, die oft die intimsten Bereiche des Lebens betreffen, von GesundheitsdienstleisterInnen eingesehen werden können. Das setzt ein großes Maß an Vertrauen zum behandelnden Gesundheitspersonal voraus. Das Ärztegesetz schützt die PatientInnen dahingehend, dass bezüglich der Daten eine Verschwiegenheit gilt.

Die Verunsicherung der PatientInnen hat sich in letzter Zeit trotzdem verstärkt, da durch die vielen medialen Diskussionen nicht klar ersichtlich gemacht wurde, wer nun auf die sensiblen Daten Zugriff hat und wer nicht. Zudem kommt noch die Befürchtung, dass sich Versicherungen, Banken und ArbeitgeberInnen die umfassenden Gesundheitsdaten beschaffen könnten.

Auch die **Praxistauglichkeit** wird stark kritisiert. Zusammen mit vielen Vorschlägen bezüglich der Sozialversicherungskarte steigt die Kritik an der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte. Auch der Umgang mit den Gesundheitsdaten wird stark kritisiert. Es heißt die technisch-administrativen Dimensionen erhalten zu viel Zuspruch, v.a. das Internet. Auch durch die verschiedenen verwendeten Systeme für die Datenbereitstellung steigert sich das Risiko für Datenmissbrauch. (Österreichische Gesellschaft für Datenschutz)

7. Diskussion der Ergebnisse

Die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA verläuft alles andere als reibungslos in Österreich. Als Grund dafür kann v.a. die Unwissenheit der beteiligten AkteurInnen genannt werden. PatientInnen sind zu wenig informiert und das Gesundheitspersonal wehrt sich gegen die Einführung, da diese stark mit Unsicherheiten verbunden ist. Zudem wird das System transparenter, was wiederum der Ärzteschaft Sorgen bereitet. Auf einmal kann ganz genau nachverfolgt werden welche Leistungen erbracht wurden und welche Interventionen verabreicht wurden. Der/die behandelnde Arzt/Ärztin verliert an Macht und das Informationsgefälle verringert sich.

Viele haben Angst, dass sich die Arzt/Ärztin- PatientInnen- Beziehung verändert und sich negativ entwickelt. Jedoch muss gesagt werden, dass durch das Internet-Zeitalter eine veränderte Beziehung schon längst begonnen hat. Neue Technologien werden auch im Gesundheitssystem eingesetzt und tragen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bei. PatientInnen werden mündiger und informieren sich schon vorab im Internet bezüglich möglichen Erkrankungen und deren Behandlungen. Die elektronische Gesundheitsakte wäre eine Möglichkeit die veränderte Beziehung ins positive Licht zu rücken. Mündige PatientInnen sind wichtig und das PatientInnen Empowerment muss unterstützt werden. Laut Warda, 2006 ist es unumgänglich die PatientInnen in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen um ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen. Die elektronische Gesundheitsakte kann somit den Rahmen für dieses Vorhaben schaffen. Wenn für mehr Transparenz im Gesundheitswesen Sorge getragen wird so steigt auch das Vertrauen in das System wieder. Man hat erstmalig die Chance auf seine Gesundheitsdaten online zuzugreifen und muss nicht mehrmals dieselbe Behandlung über sich ergehen lassen wenn man den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin wechselt.

Durch die Steigerung der Transparenz bildet die elektronische Gesundheitsakte eine wesentliche Komponente zur Steigerung der Qualität und zur Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitssystem. Dieses Ziel ist auch gesetzlich verankert, welches durch die elektronische Gesundheitsakte erreicht werden kann. Wenn das behandelnde

Personal auf die gesundheitsbezogenen Daten der PatientInnen innerhalb weniger Minuten zugreifen kann, so können auch rasch alle wesentlichen Informationen im Ernstfall abgerufen werden. Es wird keine Zeit verschwendet und man kann sofort mit der nötigen individuellen Behandlung fortfahren.

Viele KritikerInnen beziehen ihre Kritik oft auf den fehlenden Datenschutz und die damit verbundenen Folgen für die PatientInnen. Jedoch muss gesagt werden, dass der Datenschutz im Zuge der ELGA gesetzlich verankert ist und ein Austreten aus dem System jederzeit möglich ist. Auch besonders sensible Daten wie z.B. eine HIV Infektion oder ein vorangegangener Schwangerschaftsabbruch, welche ebenfalls in der elektronischen Gesundheitsakte gespeichert werden, können für bestimmte Beschäftigungsgruppen zur Einsichtnahme gesperrt werden. Betroffene Personen müssen in solch einer Situation nicht sofort die Teilnahme an der elektronischen Gesundheitsakte quittieren um sicherzustellen, dass bestimmte Personen nicht auf diese sensiblen Daten zugreifen können.

Qualitätssicherung durch die elektronische Gesundheitsakte ist somit prinzipiell möglich und kann zur Verbesserung des Versorgungssystems in Österreich führen. Das große Problem jedoch ist, dass die Umsetzung sehr schwierig ist da es viele GegnerInnen bezüglich der Implementierung gibt. Die Ärztekammer muss überzeugt werden um sich für die Einführung der ELGA auszusprechen. Ansonsten führen die Unstimmigkeiten zwischen der Ärztekammer und der Regierung ständig zu mehr Unsicherheiten bei den PatientInnen. Jeder empfiehlt ihnen etwas anderes. Sollten sie nun im System verankert bleiben, oder lieber von ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch machen?

Zudem kommt noch die Kostenfrage hinzu. Viele kritisieren die hohen Kosten durch die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte und dass es nicht rentabel genug sei um in Zukunft genügend Gelder einzusparen. Jedoch wurde eine Kostenersparnis durch das System nie als oberstes Ziel angestrebt. Oberstes Ziel der elektronischen Gesundheitsakte ist es für die PatientInnen eine Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen gewähren zu können und die Qualität dieser nachhaltig zu verbessern.

8. Schlussfolgerung

Trotz der umfassenden Strategie zur Einführung der elektronischen Gesundheitsakte und den verfassten gesetzlichen Rahmenbedingungen kommt das Gefühl auf, dass es trotzdem noch an Struktur bei der Umsetzung fehlt.

Gerade in letzter Zeit wurde das Hauptaugenmerk auf die Besänftigung der Ärztekammer gelegt, wobei man die PatientInnen vernachlässigt hat. Auch sie sind Teil des Erfolgskonzeptes und müssen in den Prozess involviert werden. Schließlich steht und fällt das Projekt auch durch die Teilnahme oder Nicht- Teilnahme der Bevölkerung. Was nützt es ein kostspieliges neues System eingegliedert zu haben, wenn die Mehrheit der Bevölkerung nicht daran teilnehmen möchte, weil sie sich nicht sicher darüber ist, ob die Teilnahme einen Nutzen für sie hat?

Den PatientInnen müssen die Vorteile des Systems klargemacht werden, sowie ihre Rechte und Pflichten die sich durch die Neuerung ergeben. Sie sollten sich gut informiert fühlen und sich als Teil des Ganzen sehen.

Trotzdem muss es natürlich zu einer Einigung mit der Ärztekammer kommen, damit sich die PatientInnen sicher und gut aufgehoben fühlen können. Die Autorin glaubt nicht, dass dies erreicht werden kann, wenn die PatientInnen genau wissen, dass ihr/e behandelnde/r Arzt/Ärztin gar nichts von der elektronischen Gesundheitsakte hält und diese eigentlich auch nicht anwenden möchte.

Alle Health- Professionals sollten eine ausführliche Einführung in das System erhalten um potenziellen Fehlerquellen schon vorab entgegenzuwirken. Auch sie müssen über ihre Rechte und Pflichten durch das System genau Bescheid wissen.

Naheliegender wäre auch sich an Ländern zu orientieren die bereits eine elektronische Gesundheitsakte erfolgreich eingeführt haben.

Derzeit gibt es E-Health Systeme mit elektronischen Gesundheitsakten oder ähnlichen Systemen bzw. zumindest Pilotprojekte in Belgien, Deutschland, Dänemark, Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande und Schweden, Schweiz, Schottland, Spanien, Tschechische Republik. Österreich ist daher nicht alleine mit der Umsetzung der E-Health Strategie und kann sich Tipps und Ratschläge von den anderen europäischen Ländern einholen.

Nach der Meinung der Autorin muss man sich noch mehr Gedanken darüber machen, wie man es schafft die gesteckten Ziele durch die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte zu erreichen. Erst wenn ein tatsächlich lückenloses Konzept besteht, welches annähernd allen AkteurInnen gerecht wird kann eine erfolgreiche Implementierung geschehen.

Auf alle Fälle sollten regelmäßige Evaluierungen des Einführungsprozesses eingeplant werden um früh genug auf mögliche Probleme reagieren zu können. Oftmals wird darauf vergessen, dass nicht nur das System an sich gut geplant und organisiert sein muss, sondern auch die Implementierung.

*Auch wenn ein System noch so gut ist,
ohne eine effektive Implementierung ist es trotzdem wertlos!*

9. Literaturverzeichnis

- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., Wynn, R., 2007, European Citizen´s use of E-Health services: a study of seven countries, in BioMedCentral Public Health 2007, 7:53
- Auer, C., Milisits, C., Reimer, S., 2014, ELGA Handbuch- die elektronische Gesundheitsakte, MANZ Verlag, Wien
- Bandelow, N., Eckert, F., Rüsenberg, R., 2009, Gesundheit 2030- Qualitätssicherung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Fleßa, S., 2008, Grundzüge der Krankenhaussteuerung, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München
- Haeske-Seeberg, H., 2008, Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Hahne, B., 2011, Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Symposium Publishing Verlag, Düsseldorf
- Moosheer, J., Hölzl, K., Gall, W., 2010, Vergleich ELGA konformer e-Health Systeme für den Wiener Krankenanstaltenverbund, Medizinische Universität Wien
- Trill, R., 2009, Praxisbuch E-Health- von der Idee zur Umsetzung, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Vitt, G., 2002, Pflegequalität ist messbar- Auswirkungen des SBG XI auf die Qualität der ambulanten Pflege, Schlütersche Verlag, Hannover
- Warda, F., 2006, Patienten- Empowerment durch den Einsatz elektronischer Gesundheitsakten, in Telemedizinführer Deutschland, Ausgabe 2006, S. 374-378

9.1 Internetadressen

- www.argedaten.at
- www.bmg.gv.at
- http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstrategie_fuer_das_oesterreichische_Gesundheitswesen
Abfrage vom 30.03.2014
- http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/
Abfrage vom 30.03.2014
- http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/E_Health_Elga/ELGA_Die_Elektronische_Gesundheitsakte/e_Medikation_Pilotprojekt_und_Evaluierung
Abfrage vom 07.04.2014
- www.chipkarte.at
- <http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?contentid=10007.678598&action=2&viewmode=content>
Abfrage vom 28.04.2014
- <http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?contentid=10007.678597&action=2&viewmode=content>
Abfrage vom 28.04.2014
- <http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?contentid=10007.678569&action=2&viewmode=content>
Abfrage vom 28.04.2014
- www.elga.gv.at
- <http://www.elga.gv.at/index.php?id=2>
Abfrage vom 01.04.2014
- www.gesundheit.gv.at
- https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html
Abfrage vom 03.04.2014
- www.gesundheitsziele-oesterreich.at
- www.goeg.at

- <http://www.goeg.at/de/BIQG-Aufgaben.html>
Abfrage vom 27.03.2014
- www.oekonsult.eu
- www.plattformpatientensicherheit.at
- www.ris.bka.gv.at
- [https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?
Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120](https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120)
Abfrage vom 01.04.2014
- www.spoe.at

9.2 Internetzugriffe und Downloads

- Allwinger, K., Schillhab, J., 2014, Wie halten es die ÖsterreicherInnen mit Elga? OEKONSULT Umfrage, URL: <http://www.oekonsult.eu/ELGAjan2014-gesamtergebnisse.pdf>, Online Abfrage vom 27.03.2014
- Bundesgesetzblatt, Auszug aus dem Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004, URL: <http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Gesundheitsqualitaetsgesetz2005.pdf>
Online Abfrage vom 28.03.2014
- Bundesgesetzblatt, 2008, VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, URL: http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/Gesetze_u.a._Rechtsgrundlagen/BGBLA_2008_I_105.pdf
Online Abfrage vom 01.04.2014
- Bundesgesetzblatt, 2013, Verordnung des Bundesministers für Gesundheit zur Implementierung von ELGA (ELGA-Verordnung – ELGA-VO), URL: http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/Gesetze_u.a._Rechtsgrundlagen/Verordnung_des_Bundesministers_fuer_Gesundheit_zur_Implementierung_von_ELGA__ELGA-Verordnung_-_ELGA-VO_.pdf
Online Abfrage vom 01.04.2014
- Bundesgesetzblatt, 2013, Gesundheitstelematikverordnung 2013 (GTeIV 2013), URL: http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/Gesetze_u.a._Rechtsgrundlagen/GTeIV_2013.pdf
Online Abfrage vom 01.04.2014
- Bundesgesetzblatt, 2012, Elektronische Gesundheitsakte-Gesetz – ELGA-G (NR: GP XXIV RV 1936 AB 1979 S. 179. BR: AB 8818 S. 815.), URL: http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/Gesetze_u.a._Rechtsgrundlagen/BGBLA_2012_I_111.pdf
Online Abfrage vom 01.04.2014
- Dorda, W., Duftschmid, G., Gall, W., Janzek-Hawlat, S., 2012, Pilotprojekt e-Medikation Abschlussbericht, URL: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/5/8/CH1045/CMS1301392617134/emedb>

[ericht2012-05-08.pdf](#)

Online Abfrage vom 07.04.2014

- Europäische Kommission, Patientensicherheitsbericht der Kommission an den Rat, URL: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_de.pdf
Online Abfrage vom 30.03.2014
- Gesundheit Österreich GmbH, 2013, Patientensicherheit-österreichweite Strategie 2013-2016, URL:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheitsstrategie.pdf
Online Abfrage vom 30.03.2014
- Gesundheit Österreich GmbH, 2006, Bundesgesetzblatt über die Gesundheit Österreich GmbH, URL:
<http://www.goeg.at/cxdata/media/download/GOeGG-Bundesgesetzblatt.pdf>
Online Abfrage vom 28.03.2014
- Gesundheit Österreich GmbH, 2013, Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz GQG, URL:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/8/CH1063/CMS1311066146831/20130408_methode_erstellung_qs_website.pdf
Online Abfrage vom 30.03.2014
- Operative Ziele zur Umsetzung der „Qualitätssicherungsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“, 2012, URL:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/operative_ziele_der_qualitaetsstrategie_23032012_docx.pdf
Online Abfrage vom 30.03.2014
- Pfeiffer, K., 2005, Entwurf für eine österreichische E-Health Strategie, URL:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/3/CH1043/CMS1156950437801/entwurf_fuer_eine_oesterreichische_ehealth_strategie.pdf
Online Abfrage vom 30.03.2014
- Rendi-Wagner, P., Peinhaupt, C., 2012, Rahmengesundheitsziele, URL:
http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2013/06/Rahmengesundheitsziele_langfassung_gesamt1.pdf
Online Abfrage vom 27.03.2014
- Spindelberger, E., 2014, Die PatientInnen im Mittelpunkt, Pressekonferenz der

SPÖ, URL: http://spoe.at/sites/default/files/die_patientinnen_im_mittelpunkt.pdf

Online_Abfrage vom 27.03.2014

- Türk, S., Amon, M., Hagenbichler, E., Pesec, B., Schimmerl, J., 2014, Ergebnismessung aus Routinedaten A-IQI, URL: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/7/6/CH1367/CMS1348050903558/a-iqi_indikatorenbeschreibung_version_3.1.pdf

Online Abfrage vom 30.03.2014

10. Anhang

10.1 Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)

§1 des GQG regelt die Zielsetzungen und Grundsätze.

- (1) Ziel ist eine flächendeckende Sicherung und Verbesserung von Qualität im österreichischem Gesundheitswesen. Dabei sollten stets die PatientInnenbedürfnisse miteinbezogen werden.
- (2) der BundesministerIn für Gesundheit und Frauen muss Sorge dafür tragen, dass das Qualitätssystem bundeseinheitlich aufgebaut wird und die Qualitätsdimensionen nach Donabedian enthalten sind (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität).
- (3) zur Sicherstellung der im Absatz 1 und 2 geregelten Vereinbarungen muss es zu einer Abstimmung aller am Qualitätssystem beteiligten AkteurInnen kommen.
- (4) alle erforderlichen Daten müssen zumindest pseudonymisiert werden.

§2 des GQG beinhaltet jegliche Definitionen und Begriffsbestimmungen.

so wird u.a. die PatientInnensicherheit als umfassende Maßnahme zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden des/der Patienten/in führen könnte definiert.

§3 des GQG definiert den Anwendungsbereich.

- (1) die Bestimmungen des Gesetzes sind unabhängig von der Organisationsform der erbrachten Leistungen einzuhalten. Zudem muss nach dem jeweiligen anerkannten Stand der Wissenschaft gearbeitet werden.
- (2) die Transparenz ist hierbei in jedem Fall vorzuweisen.

§4 des GQG bezieht sich auf die Qualitätsstandards.

- (1) BundesministerIn für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandard unterstützen
- (2) BundesministerIn für Gesundheit und Frauen kann eine Empfehlung für Bundesqualitätsleitlinien erteilen, oder bestimmte Bundesqualitätsleitlinien erlassen.
- (3) an Bundesqualitätsleitlinien und Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden. Hierbei ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten.

§5 des GQG beschreibt die Dimensionen der Qualität, welche sich in Struktur-, Prozess,

und Ergebnisqualität einteilen lassen.

§6 regelt den Bereich der Qualitätsberichtserstattung.

§7 richtet sich an Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen.

BundesministerIn für Gesundheit und Frauen kann Anreize und Fördermaßnahmen im Bereich der Qualitätsarbeit setzen zur nachhaltigen Sicherstellung bzw. Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.

§8 beschäftigt sich mit der Kontrolle.

§9 regelt die Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.

(1) das Land Österreich verpflichtet sich zur Einrichtung eines Bundesinstitutes, welches sich mit Qualität im Gesundheitswesen auseinandersetzen muss.

(2) zu den verpflichtenden Aufgaben des BIQG zählt beispielsweise die Erstellung des jährlichen Qualitätsberichts, sowie Mitwirkung und Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen.

§10 regelt die Strafbedingungen bei Nichteinhaltung der verpflichtenden Vorschriften.

§11 regelt die Schluss- und In-Kraft-Tretungsbestimmungen.

(1) Vollziehung obliegt dem/der BundesministerIn für Gesundheit und Frauen.

(2) Das Bundesgesetz ist seit 1.1.2006 in Kraft getreten, Ausnahme §10 der bereits ab 1.1.2005 in Kraft getreten ist. (Gesundheitsqualitätsgesetz, 2005)

10.2 Gesetz für Gesundheit Österreich GmbH (GGÖG)

§1 bezieht darauf, dass alle Gesetze, auf die in diesem Gesetz Bezug genommen wird geltend sind.

§2 umfasst alles zur Errichtung der Gesundheit Österreich GmbH.

(1) GÖG gliedert sich in das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen und dem Fond Gesundes Österreich.

§3 Ziele und Grundsätze des Unternehmens.

(1) es werden keine gewerblichen Tätigkeiten erbracht und es besteht keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Interessenvertretung.

§4 Aufgaben der Gesellschaft.

(1) dem ÖBIG obliegen Planungs-, Steuerungs- und Evaluierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen.

(2) das BIQG hat zur Aufgabe die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines Qualitätssicherungssystems zu übernehmen.

(3) der FGÖ muss sich nach dem Gesundheitsförderungsgesetz halten und im Zuge dessen Maßnahmen und Initiativen fördern.

§5 Tochtergesellschaft

§6 Finanzierung

§7 Organe der Gesellschaft, bestehend aus Generalversammlung, GeschäftsführerIn, Institutsversammlung und Kuratorium

§8 GeschäftsführerIn

§9 Institutsversammlung

§10 Aufgaben der Institutsversammlung

§11 Kuratorium

§12 Aufgaben des Kuratoriums

§13 Beiräte

§14 Unternehmenskonzept, Planungs- und Berichtssystem, Arbeitsprogramm.

§15 Datenschutz und Verschwiegenheit

(1) die Daten dürfen nicht rückverfolgbar sein.

(2) wenn im Rahmen der Aufgabenstellung anonymisierte Daten nicht ausreichend sind, dürfen auch indirekt personenbezogene Daten verwendet werden.

(3) unter besonderen Umständen dürfen auch nicht-sensible Daten personenbezogen verwendet werden

(4) im Falle der Verwendung von nicht-sensiblen personenbezogenen Daten muss eine Begründung seitens der GmbH schriftlich erfolgen und mindestens drei Jahre nach Verwendung aufbewahrt werden.

(5) alle MitarbeiterInnen der GmbH die mit personenbezogenen Daten konfrontiert werden sind zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet.

§16 Befreiung von Abgaben und Gebühren

§17 Vertretung durch die Finanzprokurator

(Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, 2006)