

## ELGA :

### gesundheits- und gesellschaftspolitische Auswirkungen

Dr. Christian Husek  
[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)



Metalab

28. Jänner 2010

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Agenda:

- ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken
- Datenschutz gegen Krankenschutz ?
- Zeitplan
- Alternativen zu ELGA

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Definition:

“Der elektronische Gesundheitsakt (ELGA) ist ein zentrales Element von e-Health. Datenschutz und Datensicherheit sind durch entsprechende Rollen- und Rechtenkonzepte sicherzustellen. Die Informationsautonomie des Bürgers ist durch gesetzliche Regelungen sicherzustellen.

Ein Österreich weites e-Health Portal soll die erste Informations- und Kommunikationsadresse für alle Bürger des Landes zum Gesundheitswesen sein.

Bürger sind die wesentlichen Teilnehmer, indem sie Österreichische eHealth Strategie Wissensbasen in e-Health für Prävention, Rehabilitation und Therapie nutzen, sowie auf Informationen über Organisationen im Gesundheitswesen zugreifen, um fallbezogene adäquate Einrichtungen zu finden.

Bei der Gestaltung dieser Informationen ist auf die spezielle Situation von Kranken, älteren Personen und insbesondere auf Behinderte Rücksicht zu nehmen.

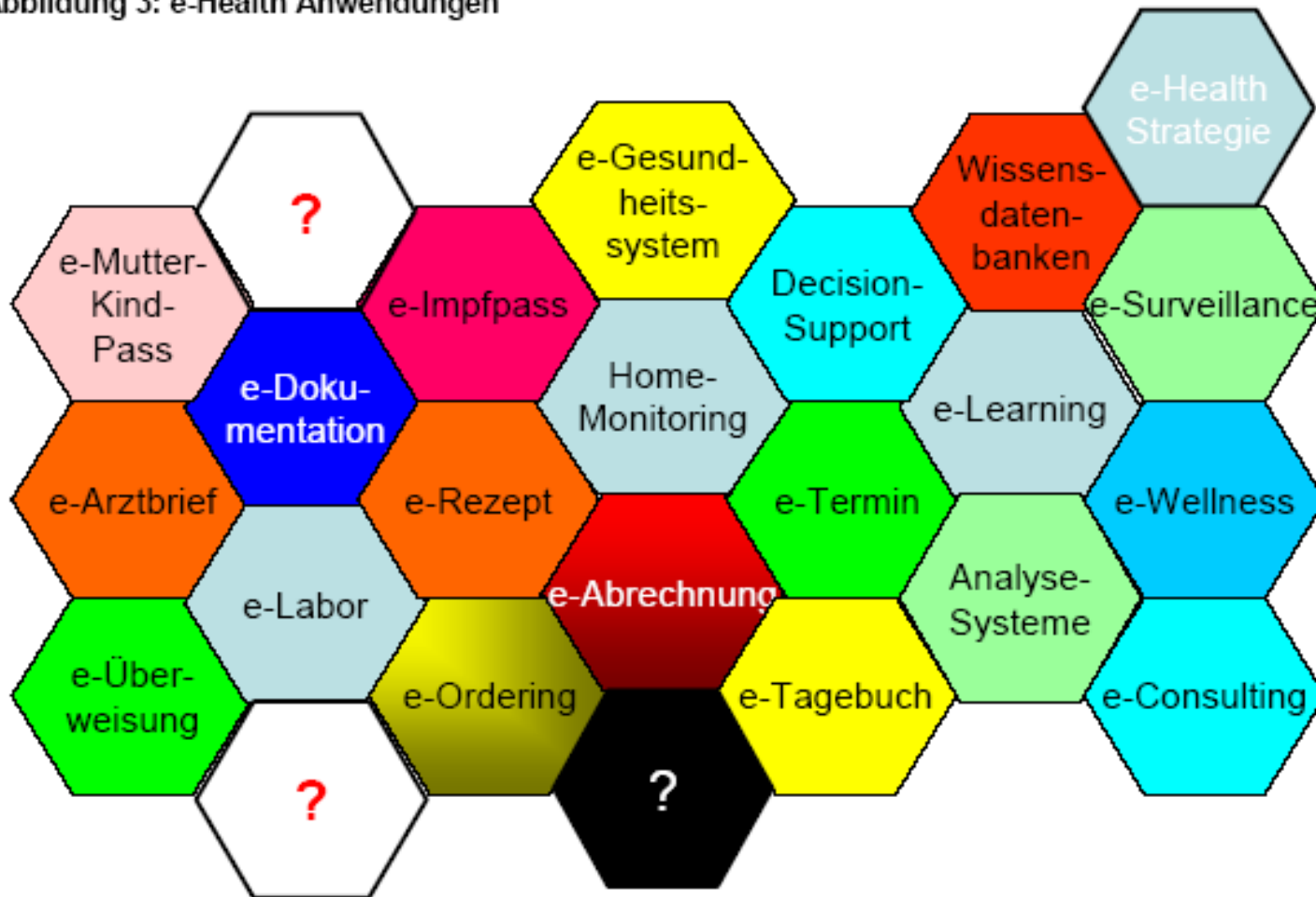
Interaktiv nutzen sie e-Health, indem sie gesundheitsbezogene Daten an ELGA übertragen, Berechtigungen über Einsichtnahme, Eintragungen oder Änderung erteilen oder Erinnerungen und Hinweise empfangen.

e-Health unterstützt den Bürger bei der Planung von gesundheitsrelevanten Terminen bzw. Massnahmen und erzeugt somit Mehrwert bezüglich Leistungsfähigkeit und Qualität von Gesundheitseinrichtungen“

( Formulierung des Gesundheitsministeriums BMG, 2006):

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Abbildung 3: e-Health Anwendungen



aus: Empfehlung für eine österreichische E-Health-Strategie, Jänner 2007

[http://ehi.adv.at/fileadmin/user\\_upload/adv\\_author/pdfs/konferenz20070126/Strategie\\_Empfehlung\\_der\\_e-Health-Initiative\\_Oesterreich\\_20070126\\_v2\\_02.pdf](http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/konferenz20070126/Strategie_Empfehlung_der_e-Health-Initiative_Oesterreich_20070126_v2_02.pdf)

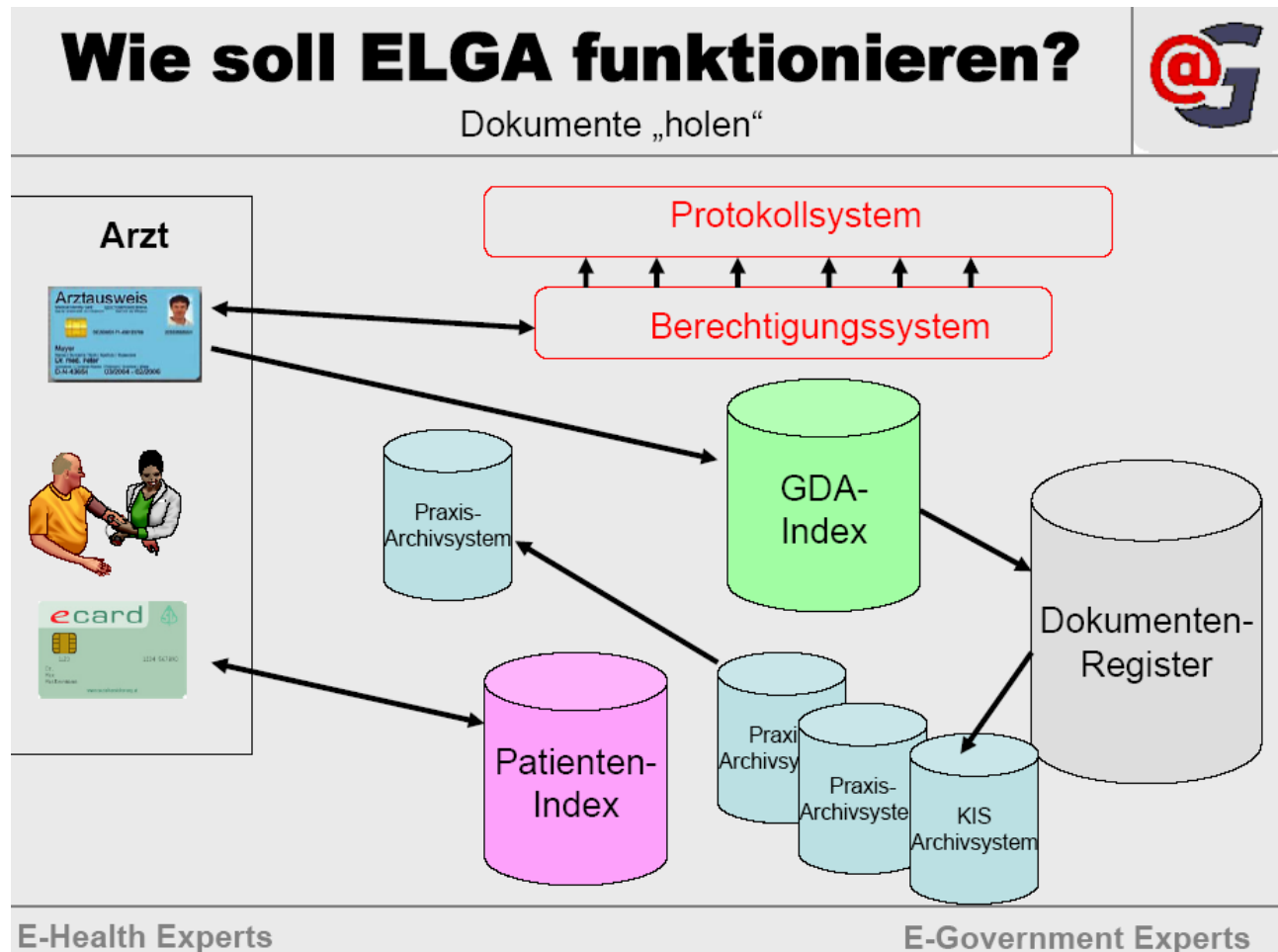
Initiative

ELGA

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

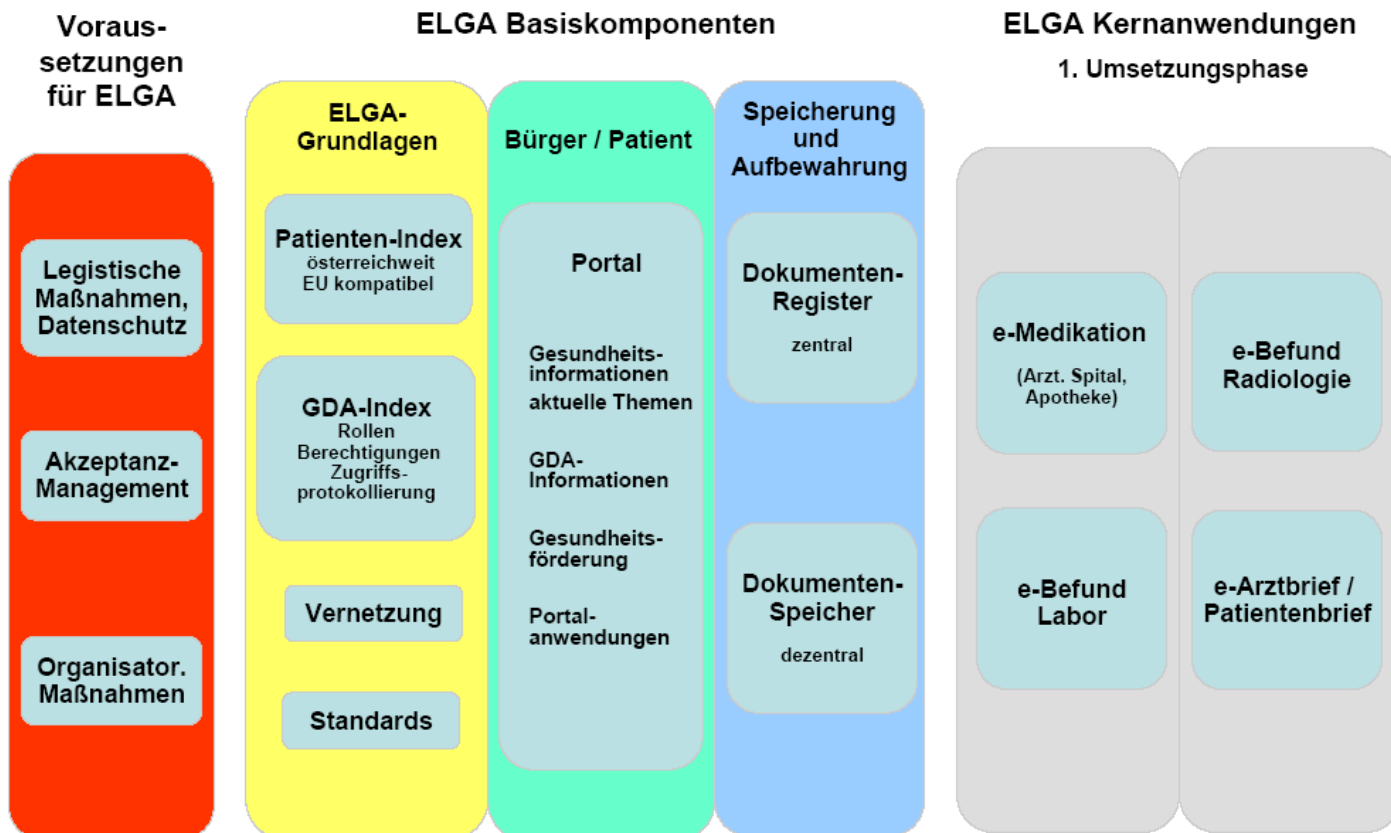
# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken



# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Übersicht Basiskomponenten und Kernanwendungen



# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

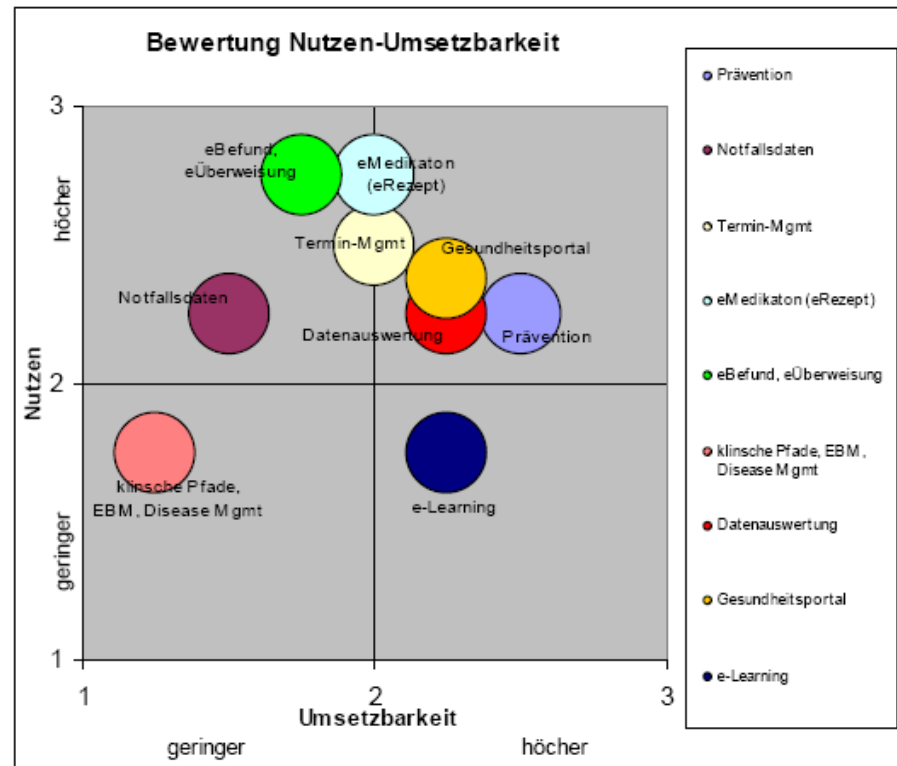


Abb.5: Umsetzbarkeit und Nutzen ausgewählter Module. Ergebnis der Einschätzung durch die Mitglieder des Arbeitskreises

Für die einzelnen Lösungsbereiche wird anhand eines einheitlichen Bewertungssystems der Nutzen und die Umsetzbarkeit priorisiert. Die Begründung für die Bewertung ist den Detaildokumenten zu entnehmen.

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken

### MT: Wieso hat die Ärztekammer offenbar Angst vor zentraler Datenhaltung?

**Dr. Auer:** Die Ärztekammer hat ein vitales Interesse am Thema der Datenhaltung. Weil Ärztinnen und Ärzte mit diesen Systemen arbeiten müssen. Derzeit ist die Ärztekammer über die Bundesgesundheitsagentur in der ARGE ELGA eingebunden. Die Ärztekammer wird in geeigneter Weise mehr in das Projekt involviert, aber so weit ist es noch nicht. Auf der Zeitleiste stehen wir so: Momentan sammeln sich die Auftraggeber, Länder, Bund und Sozialversicherung und finden heraus, wie ELGA umgesetzt werden soll. Dann werden die einzelnen Gesundheitsdiensteanbieter eingebunden. Der IT-Einsatz wird die Produktivität im Gesundheitssystem aber insgesamt enorm steigern. Es wird ein sehr natürliches Lenkungssystem sein, auch im Sinne der Patienten.

### Interview



Oktober 2006

Initiative

ELGA

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)



# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

ELGA: „gewagte Ideen“ (© Michel Haas)

[http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04\\_publicationen/expertenletter/gesundheitswesen/Gewagte\\_Ideen\\_Michel\\_Haas\\_Expertenletter\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/gesundheitswesen/Gewagte_Ideen_Michel_Haas_Expertenletter_Gesundheitswesen.pdf)

## Bildung von (Gesundheits-) Zentren

Im niedergelassenen Bereich müsste die Vergabe neuer Kassenverträge an den verbindlichen Zusammenschluss mehrerer Ärzte zu Gruppenpraxen gekoppelt werden – mit der Auflage verlängerter Öffnungszeiten, verpflichtender Weiterbildung und Qualitätssicherung sowie der gemeinsamen Nutzung elektronisch verfügbarer Daten.

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## ELGA: „gewagte Ideen“ (© Michel Haas)

[http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04\\_publicationen/expertenletter/gesundheitswesen/Gewagte\\_Ideen\\_Michel\\_Haas\\_Expertenletter\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/gesundheitswesen/Gewagte_Ideen_Michel_Haas_Expertenletter_Gesundheitswesen.pdf)

### Behandlungspfade einführen

„Die zaghaften Versuche, interdisziplinäre Behandlungspfade unter Beteiligung aller Berufsgruppen zu definieren, wurden je nach Temperament der Betroffenen entweder ignoriert oder als „Kochbuchmedizin“ bekämpft. Dabei wären evidenzbasierte und gemeinsam erarbeitete Behandlungspfade eine gute Methode, nicht nur das eigene Handeln mit Fachkollegen und anderen Berufsgruppen (Pflege und Therapie) zu hinterfragen, sondern Versorgungsprozesse von unnötigen Handlungen zu befreien, allen einen Überblick über die Reihenfolge und Logik der durchzuführenden Maßnahmen zu geben und darüber hinaus allen Patienten ein bestimmtes Minimum an Leistungen zuzusichern. Weder Sozialversicherungen, noch Krankenanstaltenträger unterstützen oder belohnen die Erarbeitung, Festlegung und Einhaltung von Behandlungspfaden.“

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## ELGA: „Nutzen“

Leistungen werden gedeckelt, bei den Medikamenten, den Untersuchungen, bei allem, und wir sollen entscheiden, wer welche Leistung bekommt und wer nicht.

Diese Selektion durchzuführen ist für einen Arzt schwierig und auch emotional bedrückend. Ein Bürokrat kann im stillen Kämmerchen, ohne den Patienten persönlich zu kennen, mit Knopfdruck entscheiden. Solche Ansätze gibt es bereits. Eine Funktion der e-Card zum Beispiel ist der Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS), über den die Ärzte schriftlich begründen müssen, warum ein Patient ein bestimmtes Medikament braucht.

Wenn der Kontrolleur an der anderen Seite des ABS meint, etwas an der Begründung sei formal nicht in Ordnung, sendet er einfach elektronisch „Nein“ – aber der hat auch nicht dem Patienten gegenüber die Verantwortung.

Die fachlichen Entscheidungsspielräume des behandelnden Arztes werden so eingeengt.

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

**ELGA ist ein EDV-technisches Thema!**

(Dr. Clemens Auer, Oktober 2006)

Initiative

**ELGA**

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

**ELGA ist primär ein inhaltlich medizinisches Thema!**

Univ. Prof. DDr. D.I. Wolfgang Dorda

Initiative

**ELGA**

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

**ELGA ist ein gesellschaftspolitisches Thema!**

Jürgen Brandstätter, MSc

21. November 2007

Initiative

**ELGA**

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

**ELGA ist ein gesellschaftspolitisches Thema!**

ELGA ist primär ein inhaltlich medizinisches Thema!

ELGA ist ein EDV-technisches Thema!

Initiative

**ELGA**

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

Stellen Sie sich vor .....



Notfall/Unfall

plötzliche Erkrankung

etc.



## Verbesserungen durch e-Health:

- Erleichterung der Kommunikation
- effiziente Befunde
- Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen
- Arbeitserleichterung
- rascher Zugang zu Notfallsdaten
- Bessere Kontrollierbarkeit der Wechselwirkungen
- etc. ....

Stellen Sie sich vor .....



Stellenbewerbung (=> Firmenarzt)

Kredite

private Krankenzusatzversicherung

politisches Amt

u. v. m.

## Nutzen:

Für den Patienten und Behandler:

Massiv überschätzt !

Marginal für den Patienten und seine Behandler

Haupteffekt für Bürokratie und Verwaltung:

Kontrolle und Sanktionierung von Patienten und Behandlern  
Leistungsreduktion

## Kosten:

30 Millionen Euro: 1. Planungsphase

135 Millionen Euro Implementierung (Schätzung Debuld und Lux 2007)

150 Millionen Euro geschätzte jährliche Betriebskosten (Quelle ?)

1 Milliarde Euro ??? Meine Schätzung (aliquot Deutschland)

3 Milliarden Euro Schätzung der Ärztekammer 2007

**Sicher scheint, dass dem Steuerzahler hohe Kosten ins Haus stehen !**

***„Die Industrie ist in Goldgräberstimmung“***

## Datenschutz gegen Krankenschutz

Ärztegesetz aus 1998, mit verschiedenen Novellierungen

### **51. : Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung**

*(1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen **Daten zu führen** und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten **Person alle Auskünfte zu erteilen**.*

## Datenschutz gegen Krankenschutz

Ärztegesetz aus 1998, mit verschiedenen Novellierungen

### **51. : Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung**

(2) Ärzte sind zur **automationsunterstützten** Ermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 1 sowie zur **Übermittlung** dieser Daten

1. an die **Sozialversicherungsträger** und Krankenfürsorgeanstalten **in dem Umfang**, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine **wesentliche Voraussetzung** bildet, sowie

2. an **andere Ärzte** oder **medizinische Einrichtungen**, in deren Behandlung der Kranke steht, **mit Zustimmung des Kranken** berechtigt. Die zur Beratung oder Behandlung übernommene Person hat das **Recht auf Einsicht, Richtigstellung unrichtiger und Löschung unzulässigerweise verarbeiteter Daten**.

(3) Die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation im Sinne des Abs. 1 dienlichen Unterlagen sind mindestens **zehn Jahre** aufzubewahren.

## Datenschutz gegen Krankenschutz

Ärztegesetz aus 1998, mit verschiedenen Novellierungen

### **54. Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht**

(1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur **Verschwiegenheit** über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse **verpflichtet**.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht **nicht, wenn**

1. nach **gesetzlichen** Vorschriften eine Meldung des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen **vorgeschrieben** ist,
2. Mitteilungen oder Befunde des Arztes an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten oder sonstigen **Kostenträger in dem Umfang**, als er für den Empfänger zur **Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben** eine **wesentliche Voraussetzung** bildet, erforderlich sind,
3. die durch die Offenbarung des Geheimnisses **bedrohte Person** den Arzt von der Geheimhaltung **entbunden** hat,
4. die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz **höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege** unbedingt erforderlich ist.

## Datenschutz gegen Krankenschutz

Ärztegesetz aus 1998, mit verschiedenen Novellierungen

### **54. Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht**

(3) Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch insoweit **nicht**, als die für die **Honorar- oder Medikamentenabrechnung** gegenüber den Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten, sonstigen **Kostenträgern** oder Patienten erforderlichen Unterlagen zum Zweck der **Abrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, Dienstleistungsunternehmen überlassen** werden. Eine allfällige **Speicherung** darf **nur so** erfolgen, daß **Betroffene weder bestimmt** werden können **noch mit hoher Wahrscheinlichkeit bestimmbar** sind. Diese anonymen Daten sind ausschließlich mit Zustimmung des Auftraggebers an die zuständige Ärztekammer über deren Verlangen weiterzugeben.



# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### der **PRIVATPACIENT**

II/2007

ZEITSCHRIFT FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN



#### IN DIESEM HEFT

Datenschutz gegen Krankenschutz

Seite 1

Mayer: Das Höchstgericht legalisiert Privathonorare Hausanteile nicht gedeckt

Seite 4

Wien setzt das VfGH-Erkenntnis um und will die Honorar-Abrechnung kontrollieren

Seite 6

## Datenschutz gegen Krankenschutz

[http://www.initiative-elga.at/ELGA/recht\\_infos/Datenschutz\\_Private\\_Krankenversicherungen\\_2\\_2007.pdf](http://www.initiative-elga.at/ELGA/recht_infos/Datenschutz_Private_Krankenversicherungen_2_2007.pdf)

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

Initiative

ELGA

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### **„Versicherungsschutz wird unmöglich“:**

*Der Datenschutz stellt auch die Weitergabe von Informationen an die private Krankenversicherung in Frage. Wieder wird die Angst vor Missbrauch als Begründung angegeben. Allerdings würde die Unterbindung von Informationen an die Versicherungsunternehmen den Abschluss von Versicherungsverträgen in Frage stellen und die Erbringung von Leistungen im Krankheitsfall erschweren und vielfach unmöglich machen. **Im Endeffekt bedeutet der verschiedentlich angestrebte totale Datenschutz die Verhinderung einer privaten Krankenversicherung***

*aus: „derPrivatpatient“*

*Zeitschrift für das Gesundheitswesen , II/2007*

## Datenschutz gegen Krankenschutz

***„Die Weitergabe von Daten ist bereits geregelt“:***

*Argumentiert wird, die **Versicherungsunternehmen könnten die ihnen zugänglichen Informationen unkorrekt weitergeben**, womit dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet würde. Diese Annahme ist nicht nachvollziehbar, da eine derartige Vorgangsweise nur dem Versicherungsunternehmen schaden würde. Außerdem unterliegen die Mitarbeiter, die mit Gesundheitsdaten befasst sind, den gleichen, strengen Geheimhaltungsregeln wie das Personal in den Spitälern. Zudem ist im **Versicherungsaufsichtsgesetz** genau geregelt, an wen Daten weitergegeben werden dürfen.*

*aus: „**derPrivatpatient**“*

*Zeitschrift für das Gesundheitswesen , II/2007*

## Datenschutz gegen Krankenschutz

**Der Datenschutz bei Gesundheitsdaten ist im Versicherungsaufsichtsgesetz geregelt:**

*§ 11a: Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:*

- 1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder*
- 2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder*
- 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder*
- 4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat. Oder*
- 5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.*

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### Soziale Krankenversicherung: Beispiel Deutschland: „Morbi – RSA“

- Der **Risikostrukturausgleich** ist ein finanzieller Ausgleichsmechanismus in sozialen Krankenversicherungssystemen mit Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen. Um das Problem der Risikoselektion zu mindern, bezahlen Krankenversicherer mit einer guten Risikostruktur ihrer Versicherten **Ausgleichszahlungen** an Versicherer mit einer schlechten Risikostruktur.
- **Versicherungspflicht – Pflichtversicherung :**

In mehreren Ländern mit gesetzlichen Krankenversicherungssystemen ist den Versicherten seit Beginn der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts **Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen** eingeräumt worden oder bislang nur begrenzt bestehende Wahlmöglichkeiten wurden ausgebaut.

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### „Morbi – RSA“

- Beispiele sind neben Deutschland etwa die Niederlande, Belgien, Schweiz, Israel, Tschechien und die Slowakei. In diesen Ländern besteht ein **Wettbewerb zwischen den Krankenkassen** um die Versicherten. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber in diesen Ländern die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Beitragsgestaltung stark reguliert: Sie müssen entweder einkommensabhängige Beiträge erheben (wie gegenwärtig noch in Deutschland) oder eine Gesundheitsprämie (wie in der Schweiz), oder es finden Mischsysteme aus einkommensabhängigen Beiträgen und Gesundheitsprämien Anwendung (wie etwa in den Niederlanden oder Belgien). Die **finanzielle Situation** der Krankenkassen wurde in dieser Situation stark von ihrer **Versichertenstruktur** abhängen. Damit hätten die Krankenkassen ein **ausgeprägtes Interesse, bestimmte Versicherte in ihren Beständen zu haben, andere hingegen nicht** - sie würden mit anderen Worten versuchen, **Risikoselektion zu betreiben**, oder sich zumindest Tendenzen der Versicherten zur Selbstselektion zunutze machen.

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### „Morbi – RSA“

- Um diese Anreize zu neutralisieren, sind in allen Ländern mit Wahlfreiheit zwischen Versicherungen und Beschränkung der Prämienkalkulation durch den Gesetzgeber **Risikostrukturausgleiche** eingeführt worden.

Auch die internationale gesundheitsökonomische und versicherungstheoretische Literatur empfiehlt dieses Instrument, wenn in wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen **Solidarziele** realisiert werden sollen.

Die genaue Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs hängt von dem jeweiligen Finanzierungssystem der Krankenversicherung ab.

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### „Morbi – RSA“

- In der internationalen Diskussion wird insbesondere zwischen sogenannten "**internen**" und "**externen**" Ausgleichssystemen unterschieden, je nachdem, wie die Beitragszahlung in der gesetzlichen Krankenversicherung organisiert ist.  
Zahlen die Versicherten ihre Beiträge an die Krankenkassen (wie in Deutschland oder der Schweiz), findet zwischen diesen Kassen ein "interner" Risikostrukturausgleich statt: **Kassen mit "guten Risiken" zahlen an Kassen mit "schlechten Risiken"**. Zahlen die Versicherten ihre Beiträge hingegen an einen (in Beziehung zu den Kassen "externen") "Gesundheitsfonds" (wie etwa in den Niederlanden oder Belgien), zahlt dieser risikoadjustierte Pauschalen an die Krankenkassen für ihre Versicherten aus. Mit der durch die Gesundheitsreform 2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-WSG) beschlossenen Einführung eines Gesundheitsfonds ab 2009 wird der Risikostrukturausgleich in Deutschland damit vom "internen" Modell zum "externen" Modell umfunktioniert.

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>



## Datenschutz gegen Krankenschutz

### „Morbi – RSA“

- Der RSA soll Nachteile ausgleichen, die sich durch die unterschiedliche Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen und Kassenarten ergeben. Dabei werden folgende **Faktoren** berücksichtigt: **Einkommen** (Grundeinkommen = durchschnittlich beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied), **Alter und Geschlecht** der Versicherten, Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EU/BU-Rentner), seit 2003 auch **Teilnehmer an Disease-Management-Programmen (DMP)**.
- Durch einen Mix aus Vollerhebung und Stichprobenerhebung ermittelt das Bundesversicherungsamt (BVA) als Clearingstelle den **Ausgleichsbedarfssatz** (= Beitragssatz - Verwaltungskosten und andere nicht durch den RSA erfasste Ausgaben bzw. Einnahmen), den jede Krankenkasse aus den Beiträgen ihrer Mitglieder in den RSA einzubringen hat (2004: 12,75 %). Zusätzlich fließen in den RSA die nur arbeitgeberseitig aufzubringenden Beiträge aus Mini-Jobs (2003: 0,9 Mrd. €; 2004: 1,8 Mrd. €) ein. Gegengerechnet erhält jede Kasse für jeden ihrer Versicherten den altersdurchschnittlichen **Beitragsbedarf** (auch „**standardisierte Leistungsausgaben**“ genannt) und den Bedarf aus dem Risikopool.

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### „Morbi – RSA“

- Im Jahr 2004 wurden durch den Risikostrukturausgleich ca. **16,1 Mrd.** € zwischen den Krankenkassen **umverteilt**.
- Der RSA wurde 1992 in Lahnstein als Teil einer großen Gesundheitsreform zwischen der CDU und der SPD vereinbart und war eine flankierende Maßnahme für die ab 1996 geltende freie Kassenwahl und den dadurch verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um gute Risiken.
- Die **Risikounterschiede zwischen den Kassen sind so groß**, dass manche Kassen mit gesunden Mitgliedern, die zugleich hohe Einkünfte haben, mit einem Beitragssatz von unter **5 %** auskommen könnten, wenn es keinen Risikostrukturausgleich gäbe. Andere Kassen hätten bei geringen Einnahmen und hohen Ausgabenlasten für kranke Mitglieder ohne Risikostrukturausgleich Beitragssätze von über **20 %**.

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>

## Datenschutz gegen Krankenschutz

### „Morbi – RSA“

- Seit 2003 werden nach dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001 im Risikostrukturausgleich für die Teilnehmer an Disease-Management-Programmen (DMP) gesondert die altersspezifischen Leistungsausgaben ermittelt und den Kassen die entsprechend höheren standardisierten Leistungsausgaben (als Beitragsbedarf) angerechnet. Im Jahresausgleich für 2005 waren **vier** solcher (so der offizielle Titel) "strukturierten Behandlungsprogramme" für die Berücksichtigung im RSA anerkannt: **Diab., Brustkrebs, Koronare Herzerkrankung** und **Asthma**. In diesen Programmen waren laut Jahresausgleich für 2005 1,7 Mio. Versichertenjahre eingeschrieben, was bei 70,1 Mio. **Versichertenjahren** einen Anteil von nur rd. **2,4** Prozent der im RSA berücksichtigten Versichertenzeiten ausmacht. Auf diese Menschen entfielen - aufgrund der Tatsache, dass Chroniker deutlich höhere Ausgaben haben - allerdings rd. mit 7,9 Mrd. Euro von 129,2 Mrd. Euro **Ausgaben** rd. **6,1 %** der im RSA berücksichtigten Leistungsausgaben der Krankenkassen.  
(Quelle: [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de))

aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Zeitplan:

	Jahr 1		Jahr 2		Jahr 3		Jahr 4		Jahr 5		Jahr 6	
	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02
<b>begleitende Maßnahmen</b>												
Akzeptanzmanagement / Use cases darstellen				.....								
Marketing von e-Health mit Zielgruppen Bürger, GDA, Gesundheitspolitik												
Systematische Beobachtung und Evaluierung der e-Health-Aktivitäten				.....								
Wissenschaftliche Begleitforschung zu folgenden Bereichen: relevante Dokumente, Aufbereitung der Informationen, Kosten-Nutzen von e-Health								.....				
Wissenschaftliche Grundlagen von e-Health												
Standardisierung von Terminologien, Nomenklaturen und Klassifikationssystemen						.....						
Guidelines zur Nutzung und Aufbereitung der Informationen							.....					
Nutzung hinsichtlich Epidemiologie												.....
Nutzung hinsichtlich Beobachtung, Planung und Steuerung des Gesundheitswesens												.....
Aspekte, Notwendigkeit und Nutzen einer Langzeitarchivierung evaluieren												
Nutzung der e-Health Daten für Wissenschaft und Forschung in der Medizin												
Pilot												
Rollout, wobei bei optionalen e-Health-Anwendungen, die Realisierungszeiträume nach hinten offen sind												
begleitende Maßnahmen, Schaffung von Rahmenbedingungen												

aus: Empfehlung für eine österreichische E-Health-Strategie, Jänner 2007

[http://ehi.adv.at/fileadmin/user\\_upload/adv\\_author/pdfs/konferenz20070126/Strategie\\_Empfehlung\\_der\\_e-Health-Initiative\\_Oesterreich\\_20070126\\_v2\\_02.pdf](http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/konferenz20070126/Strategie_Empfehlung_der_e-Health-Initiative_Oesterreich_20070126_v2_02.pdf)

Initiative

ELGA

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Zeitplan:

	Jahr 1		Jahr 2		Jahr 3		Jahr 4		Jahr 5		Jahr 6	
	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02
<b>Vorbedingungen</b>												
Politische Willenserklärung e-Health als Werkzeug zur Modernisierung des Gesundheitswesens												
Etablierung einer (langfristigen) <b>Monitoringfunktion und Projektorganisation</b> für weitere Strategieentwicklung und Pilot- und Projektbegleitung												
Schaffung von Transparenz in der Strategie, Planung und Umsetzung												
Öffentlichkeitsarbeit – akzeptanzbildende Maßnahmen												
Schaffung legislativer Rahmenbedingungen												
Anpassung Finanzierungsmechanismen hinsichtlich Incentives für e-Health-Nutzung												
Finanzierung der e-Health-Infrastruktur sicherstellen												
Festlegung der Architektur												
Vorgabe von technischen Standards für die Sicherstellung der Interoperabilität												
<b>eHealth-Infrastruktur / (e-Health Basiskomponenten)</b>												
Aufbau österreichweiter Master Patient Index												
Einrichten GDA-Verzeichnis												
Etablierung Anonymisierungs-/Pseudonymisierungsservice												
Definition Rollen- und Berechtigungskonzept												
Schaffung Dokumentenregister												
Errichtung Portal(e)												
Informationssysteme für Bürger												
Informationssysteme für GDA												

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Zeitplan:

	Jahr 1		Jahr 2		Jahr 3		Jahr 4		Jahr 5		Jahr 6	
	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02	HJ 01	HJ 02
<b>eHealth-Anwendungen (Pilotierung - Evaluierung - Rollout)</b>												
Pilotierung bestehender Portale weiterführen und evaluieren / Rollout												
Portale, insbesondere für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation												
4-Stufenmodell als Übergangslösung etablieren und später in möglicherweise modifizierter Form in ELGA-Modell überführen												
Pilotierung e-Medikation, e-Rezept / Rollout												
Pilotierung e-Zuweisung / Rollout												
Etablierung e-Befund/Arztbrief												
Pilotierung e-Labor / Rollout												
Pilotierung e-Radiologie / Rollout												
Pilotierung Telecare												
Ausbau, Pilotierung Telemedizinischer Anwendungen	laufend je nach Anwendung											
Pilotierung myELGA												
Pilotierung e-Mutter Kind Pass												
Pilotierung e-Impfpass												
Pilotierung Notfallsdaten, EU-weite Abstimmung												
Evaluierung von Repositories, Archivierung												

aus: Empfehlung für eine österreichische E-Health-Strategie, Jänner 2007

[http://ehi.adv.at/fileadmin/user\\_upload/adv\\_author/pdfs/konferenz20070126/Strategie\\_Empfehlung\\_der\\_e-Health-Initiative\\_Oesterreich\\_20070126\\_v2\\_02.pdf](http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/konferenz20070126/Strategie_Empfehlung_der_e-Health-Initiative_Oesterreich_20070126_v2_02.pdf)

Initiative

ELGA

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

## Alternativen zu ELGA:

„Ich denke,

für uns Ärzte gibt es schon jetzt genug Möglichkeiten, an die für die Untersuchung oder Behandlung eines Patienten relevante Vorbefunde heranzukommen. Und jemand anderer braucht diese Befunde einfach nicht. Weder die Versicherung, noch der Arbeitgeber, noch sonst irgendjemand. Punktum.“

„Cyana“, Ärztin, auf <http://futurezone.orf.at/stories/1637100/>

## Alternativen zu ELGA:

Für uns Ärzte bedeutet ELGA zusätzliche Kosten und Mehrarbeit, die nicht honoriert wird. Wir haben diese Erfahrung bereits mit unserem e-Card-System gemacht.

Um einfache Papierprozesse elektronisch abzubilden, ist ein ungeheurer Aufwand nötig. Einen Entlassungsbrief kann der Patient nach Belieben dem Sanitäter, der mobilen Pflegeschwester, dem Hausarzt und seiner Tante zeigen. Dieselbe Funktion auf elektronischem Weg bedeutet nicht nur Aufwand für die Übertragung, sondern auch für die Identitätsprüfung und die Rechtevergabe, das ganze *identity management*. Vom nötigen technischen Equipment haben wir noch gar nicht gesprochen. Häufig werden Prozesse dann nicht durch einen anderen ersetzt, sondern es entstehen doppelte Prozesse, auf Papier *und* elektronisch. ELGA dient weniger den Behandelnden und den Behandelten als der Verwaltung.

Es ist vor allem **ein riesiges Controlling-Instrument.**



## ELGA „light“:

**Gezielte** (gerichtete, peer to peer)  
**automatische Übertragung** der  
**aktuellen** (zu einem gegebenen Zeitpunkt)  
**relevanten Dokumente** eines Patienten an den  
**Arzt/GDA** seines **Vertrauens** (Freiwilligkeit)

funktioniert seit Jahren im **ambulanten** Bereich  
mit Labor, RÖ, Facharztbefunden  
zunehmend auch aus dem **stationären** Bereich  
(Ambulanz- und Entlassungsdokumente)

## ELGA „light“:

zusätzliche **technische Unterstützung erforderlich**  
durch:

### Optimierung des E-Card-Systemes:

Festlegung des **Vertrauensarztes** („Hausarztmodell“),  
dem alle Befunde automatisch zugeleitet werden sollen  
**im E-Card-System**

**obligate Verwendung** der E-Card auch im  
**stationären Bereich** (Spitäler, Ambulanzen),  
um die korrekte **Datenübermittlung sicherzustellen**  
(Vertrauensarzt bereits im E-Card-System registriert !)

## ELGA „light“:

Technische Unterstützung durch:

### Optimierung des E-Card-Systemes:

Datenaktualität/Versicherungsanspruch: **tagesaktuell !**  
Erfassung **aller** Versicherten ! (auch Sozialamt, Privatversicherte)

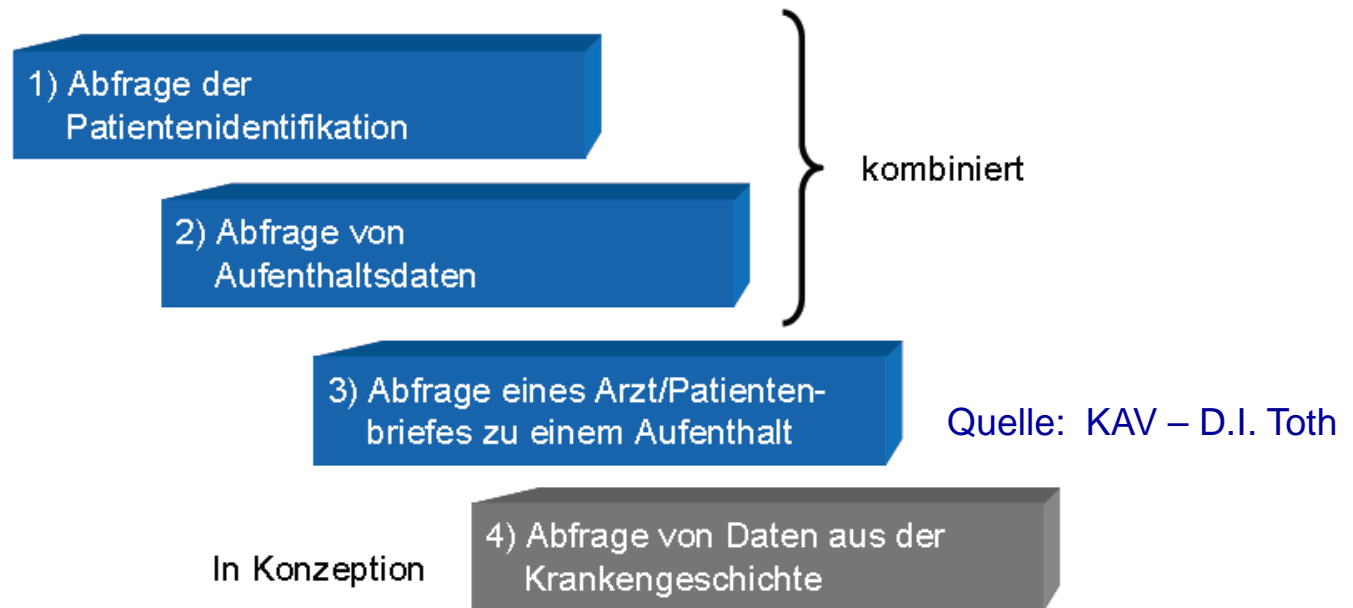
#### **zusätzliche Daten**

(mit Zustimmung des Bürger/Patienten):  
Adresse, Dienstgeber, bisher besuchte Ärzte,  
ev. Photo/Kombination mit Personalausweis oder FS

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

ELGA „light“: sinnvolle **Ergänzung** z. B. durch :

## „Stufensystem – Befundverbund“:



# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

ELGA „light“: **Ergänzung** durch :

**„Stufensystem – Befundverbund“:**

**Gezielter Abruf** fehlender Dokumente  
nach **Zustimmung** des Bürger/Patienten

**Nachteil:** (dzt. noch) **hoher Zeitaufwand**  
für Identifikation und Abruf  
=>> (dzt. noch) im Routinebetrieb unpraktikabel

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

ELGA „light“: sinnvolle **Ergänzung** durch :  
**andere Befundabfragesysteme: z. B.: Labor**

The screenshot shows a web browser window titled "Labor Winter - Opera" displaying the website "laborwinter.at". The browser's address bar shows "http://www.laborwinter.at/". The website has a navigation menu with links for "Befunde", "Analysen", "News", "Home", and "e-mail". The main content area features a search form with the following fields and options:

- >> Befunde: (text input field)
- >> Aktuelle: (text input field) with a "--> start" button
- >> Ordner: (dropdown menu)
- >> Feinsuche: (search form with a "Suche in:" dropdown set to "Aktuelle")

The "Feinsuche" form includes the following fields:

- Name: (text input field)
- Vorname: (text input field)
- Geburtsdatum: (text input field) with the value "20.03.1913" and the format "(dd.mm.yyyy)"
- Erfassungsdatum: (text input field) with the value "08.04.2009" and the format "(dd.mm.yyyy)"

At the bottom of the page, there is a copyright notice: "©2002 Labor Prim. Dr. Winter, 1010 Wien, Franz-Josefs-Kai 65, tel:01/3190319, mail:info01@laborwinter.at, design VDX". The browser's taskbar at the bottom shows several open applications, including "web'n'walk...", "Innemed Ch...", "Labor Wint...", "2 Microsof...", "Desktop durchsucher", and "Gesundheitssystem\_Daten\_Fakten\_Infos". The system clock shows "14:25".

**denkbar auch bei Röntgen, Fachärzten**

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

## ELGA „light“:

**professionelle, individuelle und vertrauliche Betreuung**  
der relevanten Gesundheitsdaten eines Bürgers/Patienten  
durch seinen Vertrauensarzt

Bei **Bedarf/auf Wunsch** des Bürgers/Patient:

Übertragung der Daten auf einen persönlichen **Datenträger** seiner Wahl  
(damit auch **international** verfügbar – ELGA **nur** national !)

und/oder **Übermittlung** an andere Ärzte/GDA`s

## ELGA „light“:

### **Aktuelle Daten/Dokumente**

für den Behandler **zum benötigten Zeitpunkt**  
bereits **verfügbar** und **strukturiert**  
keine Suche, kein Abruf => **Zeitersparnis**

### **geringer Investitionsaufwand**

(weitgehend vorhandene Strukturen,  
kein Identity-Management erforderlich)

### **keine Datenschutzprobleme**

(basiert auf Freiwilligkeit, Zustimmung des Patienten)



## ELGA „light“:

**Präzises Schnittstellenmanagement !**

**Intelligentes Informationsmanagement !**

ELGA „light“: „take – home - messages“

## Gesundheitsdaten:

- **direkter persönlicher Kontakt** und **Informationsaustausch** immer **zusätzlich** zur Befundübertragung für **effektive Kommunikation** erforderlich („human – factors“ !)
- Patientenakten müssen **strukturiert** und **gepflegt** werden: professioneller Manager erforderlich ! =>> Vertrauensarzt (**Hausarztmodell !**)
- **Vernetzung** ist Sicherheitsrisiko (**privacy !**)  
viele Ärzte verbinden bewußt ihre ASW **nicht** mit dem Internet

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## **Medizin ist Heilkunst, kein Verwaltungsakt !**

Der individuelle Datenbedarf muss im Einvernehmen zwischen Arzt und Patient definiert werden.

## **Die strafrechtlich geschützte, ärztliche Schweigepflicht darf nicht ausgehöhlt werden !**

Patienten und Ärzte müssen gemeinsam die Hoheit über ihre Daten behalten.

## **Ärzte heilen. Daten alleine heilen nicht !**

Initiative

**ELGA**

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)

## Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

### **Gibt es noch offene Fragen?**



- ? Freiwilligkeit: für Patient, für GDA
- ? Rechte/Pflichten der Patienten
- ? Rechte/Pflichten/Haftung der GDA
- ? Auswahl der Informationen/Dokumente
- ? Qualität der Information
- ? ELGA – System – Verantwortung
- ? Evaluierung des Nutzens
- ? Einbindung der Betroffenen
- ? Finanzierung
- ? Anforderungen an die Gesetzgebung
- ? ??????????

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

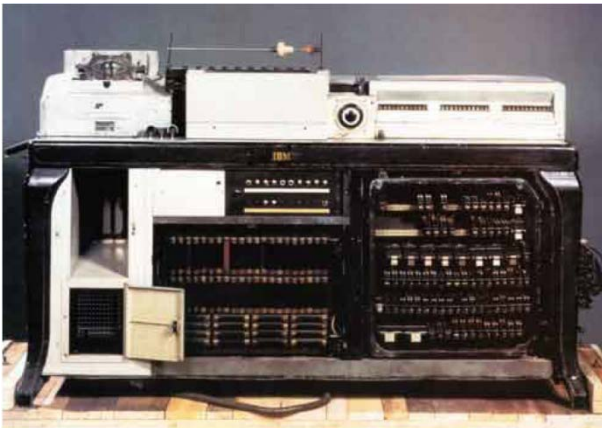
„**Informations- und Kommunikationstechnologie**“ auf Basis der Nutzung der jeweiligen „state of the art“ EDV-Technik

kann und soll, entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten und GDA`s eingesetzt, zur **Verbesserung der medizinischen Betreuung** führen.

Gleichzeitig ist es erforderlich, die **systemimmanenten Risiken** (Datenschutz, Kosten/Nutzen-Relation) von Anfang an in alle Überlegungen einzubeziehen.

# E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

## Von der Hollerith - Maschine zu ELGA



All governments gather information about their citizens. The [Nazi](#) regime, however, used such information to track political opponents, enforce racial policies, and, ultimately, implement mass murder. As early as 1934, various government bureaus began to compile card catalogs identifying political and racial enemies of the regime, such as Freemasons, Jews, Sinti and [Roma](#) (Gypsies), and "genetically diseased" persons. The 1939 census became the basis for a national register of Jews. That year, German census forms for the first time included explicitly racial categories. Jews were identified not only by religious affiliation, but by race as well. Within three years, the completed national register of Jews and some Jewish Mischlinge ("mixed breeds") was to become one of the sources for Nazi deportation lists. Most of those deported perished in the Holocaust. During the 1930s and 1940s, Hollerith machines were the best data processing devices available. The Nazi regime employed thousands of people in 1933 to 1939 to record national census data onto Hollerith punch cards. The SS used the Hollerith machines during the war to monitor the large numbers of prisoners shipped in and out of concentration camps. The machines were manufactured by DEHOMAG-Deutsche Hollerith Maschinen Gesellschaft or German Hollerith Machine Company, a subsidiary of IBM since 1922.

Source: [United States Holocaust Memorial Museum](#).

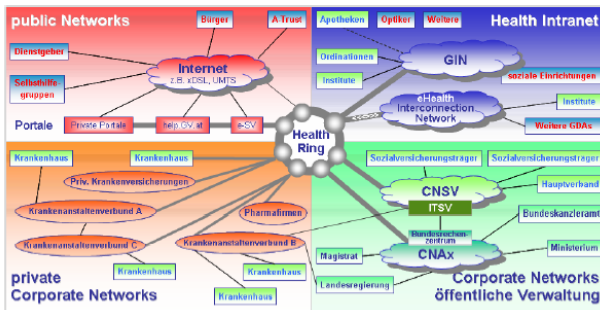


Abbildung 5: Netzwerkinfrastruktur

# Initiative ELGA

- Information
- Kommunikation
- Diskussion
- Gestaltung

„There are three types of organisations:

**those who make things happen,**  
those who watch things happen and  
those who wonder what has happened!“

**„... improvement never stops!“ ©**

# DANKE

# für Ihre Aufmerksamkeit !

Initiative

ELGA

[www.initiative-elga.at](http://www.initiative-elga.at)