E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Das Gesundheitssystem im Wandel

„ELGA : Risiken“

4. Arbeitstagung der Plattform “Niedergelassene NeurologInnen” der ÖGN in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Neurologie

23. November 2007, Salzburg

Dr. Christian Husek, Wien

www.initiative-elga.at

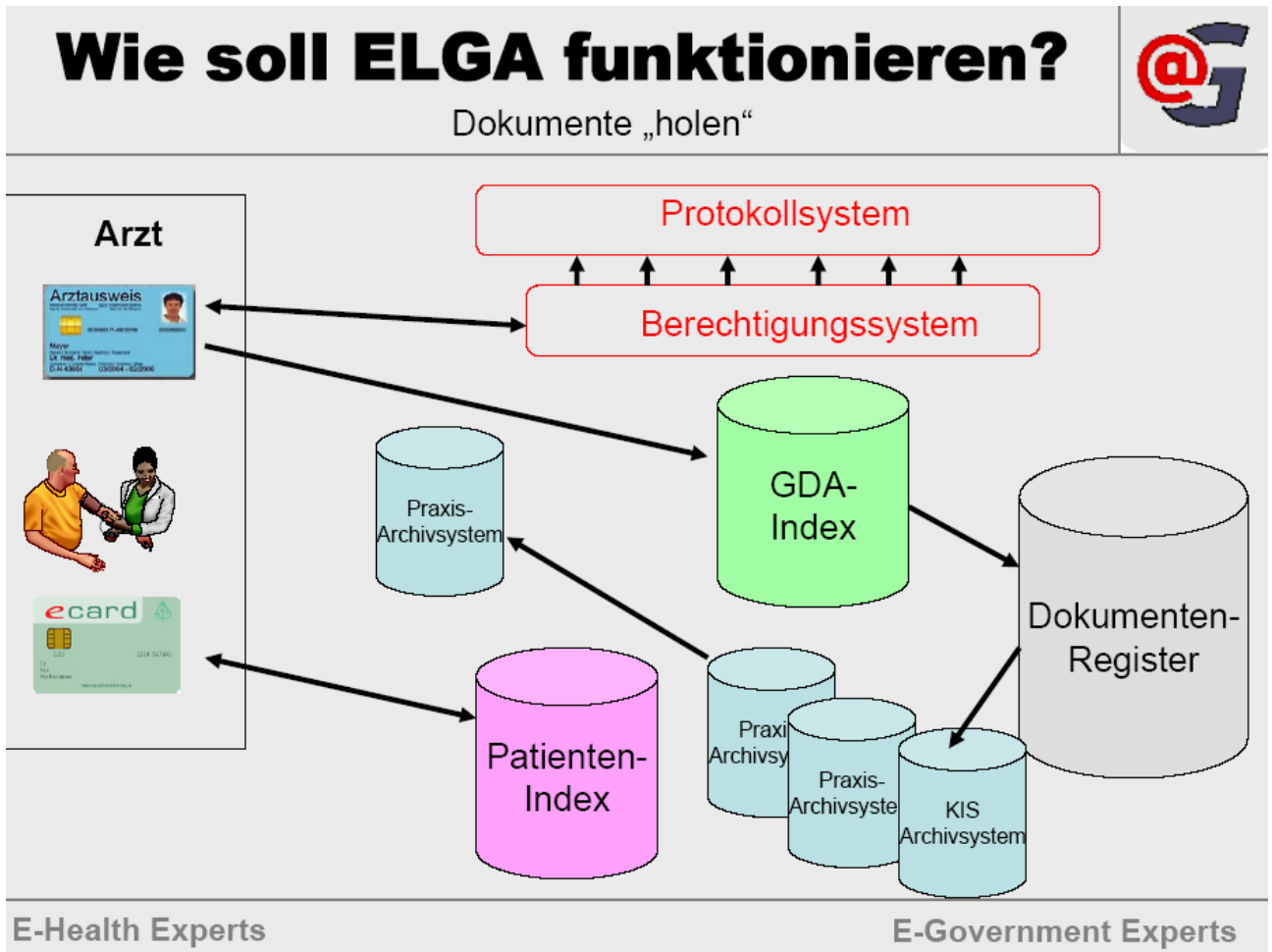
E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Agenda:

- ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken
- Datenschutz gegen Krankenschutz ?
- Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit
- Gestaltung von ELGA

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken



Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

juergen.gambal@aon.at

www.ehealth-experts.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Übersicht Basiskomponenten und Kernanwendungen

ELGA

Voraussetzungen für ELGA

- Legistische Maßnahmen, Datenschutz
- Akzeptanz-Management
- Organisator. Maßnahmen

ELGA Basiskomponenten

ELGA-Grundlagen

- Patienten-Index
  österreichweit
  EU kompatibel
- GDA-Index
  Rollen
  Berechtigungen
  Zugriffs-protokollierung
- Vernetzung
- Standards

Bürger / Patient

- Portal
  - Gesundheits-informationen
  - aktuelle Themen
  - GDA-Informationen
  - Gesundheits-förderung
  - Portal-anwendungen

Speicherung und Aufbewahrung

- Dokumenten-Register
  zentral
- Dokumenten-Speicher
  dezentral

ELGA Kernanwendungen

1. Umsetzungsphase

- e-Medikation
  (Arzt. Spital, Apotheke)
- e-Befund Radiologie
- e-Befund Labor
- e-Arztbrief / Patientenbrief

Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Stellen Sie sich vor ……

Notfall/Unfall

plötzliche Erkrankung

etc.

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Verbesserungen durch e-Health:

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

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Stellen Sie sich vor ……

Stellenbewerbung (=> Firmenarzt)

Kredite

private Krankenzusatzversicherung

politisches Amt

u. v. m.

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

Foto: BMGF

Dr. Clemens Martin Auer

Oktober 2006

Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken

Gründung IHE Austria; Einladung zur Informationsveranstaltung

Allen Beteiligten und Interessierten ist bewusst, dass es nur mit gemeinsamer Anstrengung gelingen wird, das Projekt ELGA erfolgreich umzusetzen; keine Person oder kein Unternehmen allein kann sämtliche Facetten ausreichend abdecken. In technischer Hinsicht kritisch für den Projekterfolg sind die Spezifikationen der IT-Lösungen, die Tests und letztlich die Integration der einzelnen Komponenten.

Oktober 2007

www.initiative-elga.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

- **„IHE – Austria“**

  gegründet

Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

ELGA: Definition, Ziele, Nutzen, Kosten, Risiken

„IHE – Austria“:

www.ihe-austria.at

eine Plattform,

die die Industrie im Sinne von Optimierung und Vereinfachung von Entwicklungs- und Zulassungs - Prozessen in Zusammenhang mit E-Health vertritt.

Sie ist auch Teil bzw. Partner der internationalen IHE-Organisationen (siehe www.ihe-europe.org und www.ihe.net) .

soll die Wünsche der Anwender (GDA`s !) technisch umsetzen

Jeder Interessierte kann Mitglied werden !

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 Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten 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 PRIVATPATIENT

II/2007 ZEITSCHRIFT FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

© European Community

Datenschutz gegen Krankenschutz

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

http://www.initiative-elga.at/ELGA/recht_infos/Datenschutz_Private_Krankenversicherungen_2_2007.pdf

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 Versicherungsunternehmungen 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 würde 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 "interen" 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 Beiträgssätze 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 alterspezifischen 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)

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

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

		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
begleitende Maßnahmen													
	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 Epidemologie											.....	
	Nutzung hinsichtlich Beobachtung, Planung und Steuerung des Gesundheitswesen											.....	
	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

Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

		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
Vorbedingungen													
	Politische Willenserklärung e-Health als Werkzeug zur Modernisierung des Gesundheitswesens												
	Etablierung einer (langfristigen) **Monitoringfunktion und Projektorganisation** für weitere Strategieentwicklung und Pilot- und Projektbegleitung												
	Schaffung von Transparenz in der Strategie, Planung und Umsetzung												
	Öffentlichkeitsarbeit – akzeptanzbildende Maßnahmen												
	Schaffung legistischer 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												
eHealth-Infrastruktur / (e-Health Basiskomponenten)													
	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												

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

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

		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
eHealth-Anwendungen (Pilotierung - Evaluierung - Rollout)													
	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

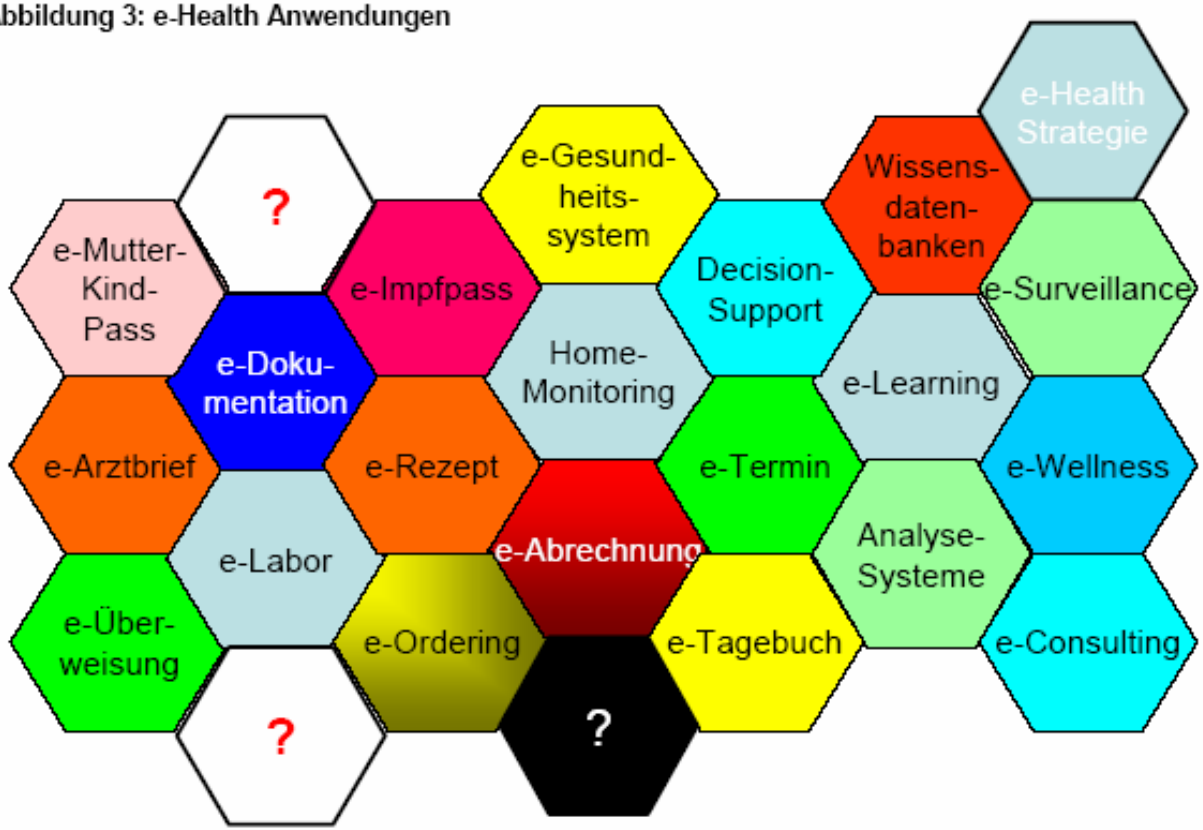
Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

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

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

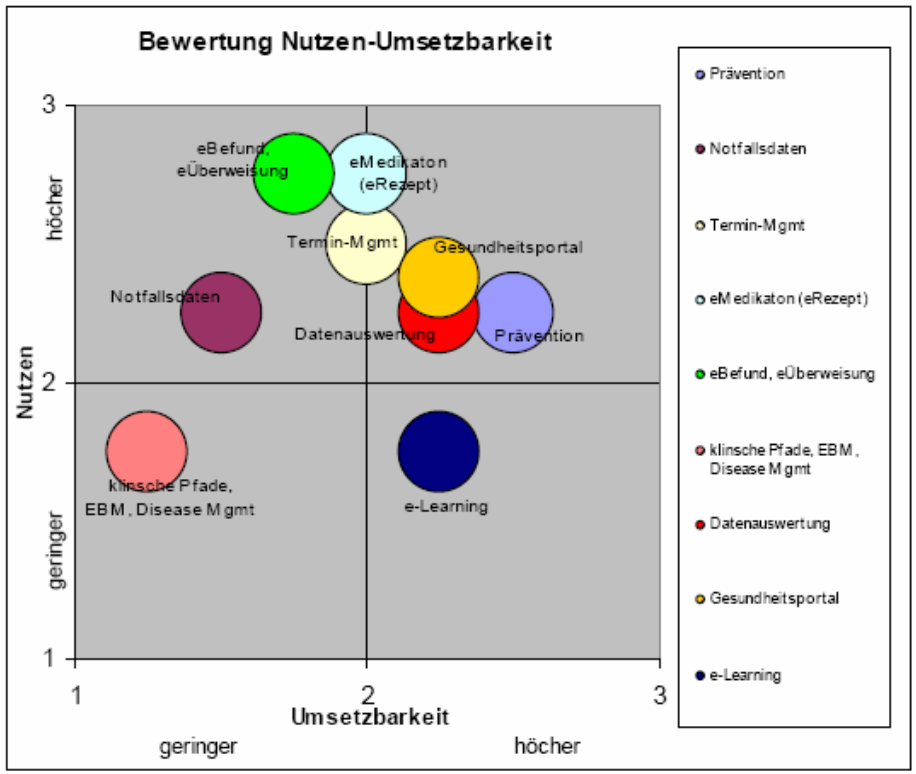


Abb.5: Umsetzbarkeit und Nutzen ausgewählter Module. Ergebnis der Einschätzung durch die Mitglieder des Arbeitskreises

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.

Initiative ELGA

www.initiative-elga.at

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

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

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
- ? ????????

www.initiative-elga.at
juergen.gambal@aon.at
www.ehealth-experts.at

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

ELGA ist ein EDV-technisches Thema!

(Dr. Clemens Auer, Oktober 2006)

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Akzeptanzmanagement / Öffentlichkeitsarbeit

ELGA ist primär ein inhaltlich medizinisches Thema!

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

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

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

E-HEALTH, IKT in der Medizin und ELGA

Was bedeutet IKT ?

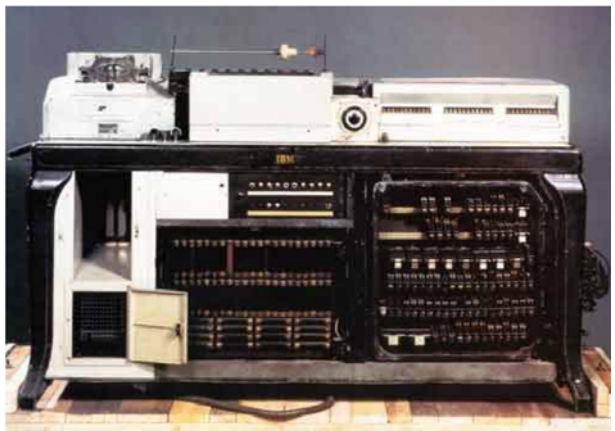
„Informations- und Kommunikationstechnologie“ auf Basis der Nutzung der jeweiligen „state of the art“ EDV-Technik

Dies 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



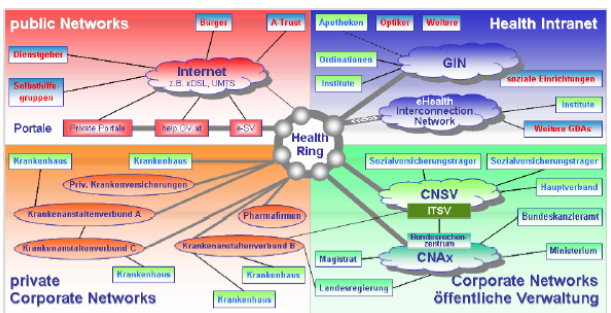


Abbildung 5: Netzwerkinfrastruktur

Die Entwicklung der eigentlichen **Hollerith**-Maschinen geht nach Auskunft von Hollerith selbst auf eine Begegnung im Zug zurück, bei der der Schaffner ein so genanntes ”punch photograph“- Ticket benutzte, bei dem charakteristische Merkmale des Ticket-Inhabers (wie beispielsweise Große, Haarfarbe, usw.) mit einer Lochzange in eine Pappkarte hineingetanzt wurden, in der
entsprechende Felder vorgesehen waren. Ausgehend von dieser Idee entwickelte Hollerith eine entsprechende Lochkarte mit den f˙ur die **Volkszählung** benötigten Daten. Die Vorteile dieses Lochkartenverfahrens lagen vor allem in der billigen Produktion des Datenträgers und dessen einfacher Handhabung. Da von nun an eine Karte pro Person verwendet wurde, war eine einfache Korrektur und beliebige Sortierung moglich.

Nach dem Hollerith mit seiner Erfindung beim Zensus von 1890 großen Erfolg gehabt hatte, gründete 1896 die ”**Tabulating Maschine Company“,** die auch an der New-Yorker Börse notiert war. So entwickelte sich die Firma von einem ein-Mann-Betrieb“ zu einer auch international tätigen Gesellschaft. Bereits in den Jahren vor der Gründung hatte Hollerith sein System erfolgreich nach Europa und sogar nach Russland exportiert, wo im Jahre 1896 eine große Volkszahlung stattfand, in der Hollerith-Maschinen verwendet wurden. In Deutschland wurde 1910 der Ableger **”Deutsche Hollerith Maschinen Gesellschaft“** gegründet, die später auch ein Teil der IBM wurde, um die im gleichen Jahr durchgeführte Volkszählung zu unterstutzen.

Mit dem Verkauf der Firma wurde diese umbenannt in **”Computing Tabulating Recording-Company“.** Auch für diese Firma war Hollerith noch einige Jahre tätig, er starb am 15. November 1929. Aus der C-T-R gründete sich jedoch bereits **1924** die **”international business machines“ (IBM)** unter der Leitung von Thomas Watson, der als außerordentlich gerissener Geschaftsmann die Effizienz der Firma aus und steigerte und vermutlich als erster etwas wie eine ”Unternehmensphilosophie“ einführte: die Verkäufer mussten spezielle firmeninterne Schulungen durchlaufen, die ausschließlich darauf ausgerichtet waren dem Gewinn der Firma zu maximieren. Die IBM behielt die Praxis zu vermieten statt zu verkaufen, die Hollerith eingeführt hatte, noch lange bei.

aus Jörg Diekmann: „Über die Hollerith-Maschinen“,
http://www.inf.fu-berlin.de/inst/ag-bg/lv/didi/didi-ws02-hollerith.pdf

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