

Inhalt

C.X.6.1.	Ziele der Option.....	2
C.X.6.2.	Hintergrund der Option.....	2
C.X.6.3.	Optionenbeschreibung.....	3
C.X.6.3.1.	Beschreibung der Option bzw. der zugehörigen Maßnahmen bzw. Maßnahmenkombinationen	3
C.X.6.3.2.	Erwartete Wirkungsweise	4
C.X.6.3.3.	Bisherige Erfahrung mit dieser Option oder ähnlichen Optionen.....	5
C.X.6.3.4.	Zeithorizont der Wirksamkeit.....	5
C.X.6.3.5.	Vergleich mit anderen Optionen, mit denen das Ziel erreicht werden kann.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C.X.6.3.6.	Interaktionen mit anderen Optionen	5
C.X.6.3.7.	Offene Forschungsfragen	5
C.X.6.3.8.	Übergeordnete Themen.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Literatur		5
Team, das an dieser Option mitgearbeitet hat.		6

Ausbau der ELGA (Target 3.8. – Option 3_11)

C.X.6.1. Ziele der Option

Hauptziel der Option ist der Ausbau der elektronischen Gesundheitsakte (*ELGA*) zu einem institutionsübergreifenden und auch Landesgrenzen überschreitenden Informationssystem für alle Gesundheitsdiensteanbieter_innen und auch Patient_innen. Wie man schon bei vielen Krankenhausinformationssystemen sehen konnte, kann die Zahl der Dokumente für Patient_innen oft sehr umfangreich sein, weshalb Filterfunktionen zur Verfügung zu stellen sind, um den Nutzer_innen eine Übersicht über die für sie relevanten Dokumente zu geben. Hier könnte die Umsetzung von standardisierten, strukturierten Zusammenfassungen der Patient_innenhistorie, sogenannten *Patient Summaries*, sehr hilfreich sein. *Patient Summaries* enthalten in einer übersichtlichen Darstellung die wichtigsten Diagnosen, Prozeduren, Medikamente etc. Sie haben derzeit je nach *KIS*-Anbieter und Krankenhaus unterschiedliche Merkmale.

Basierend auf den in *ELGA* verfügbaren Daten sollen durch den Einsatz von Methoden der künstlichen Intelligenz zusätzlich entscheidungsunterstützende Systeme in Verbindung mit klinischen bzw. medizinischen Leitlinien die Qualität und Effizienz der Diagnose und Therapie erhöhen.

C.X.6.2. Hintergrund der Option

Mit der Implementierung von *ELGA* (Elektronische Gesundheitsakte (*ELGA*), 2020) wurde in Österreich ein wichtiger Schritt für eine patient_innenzentrierte Kommunikation gesetzt. Derzeit sind einerseits nur sehr wenige Inhalte in *ELGA* gespeichert wie z. B. Entlassungsbriefe, Laborbefunde, Radiologiebefunde und Medikamente, andererseits haben von den möglichen Gesundheitsdiensteanbieter_innen derzeit nur berechnigte Ärzt_innen und Krankenhäusern Zugriffsrechte. Patient_innen haben ebenfalls Zugriff auf ihre eigenen *ELGA*-Daten. Apotheken haben über die *eCard* der Patient_innen Zugang zu den verordneten Medikamenten. Die Krankenhausinformationssysteme, die in vielen Krankenhäusern bzw. bei vielen Träger_innen von Krankenhäusern bereits seit langer Zeit implementiert sind, beinhalten wesentlich mehr Daten als derzeit in *ELGA* verfügbar. Ebenso nutzen sehr viele Ärzt_innen und Ambulatorien eigene Praxisinformationssysteme, sodass auch diese Informationen in *ELGA* eingebunden werden könnten.

Nicht zuletzt könnten Patient_innen und Bürger_innen gesundheitsrelevante Daten und Informationen im Sinne eines *Personal Patient Records* einbringen und einsehen (Ammenwerth et al. 2021; Neves et al. 2020). Ebenso könnten Daten von Apps und telemedizinischen Anwendungen direkt in *ELGA* eingebracht werden, sodass diese Daten, wenn sie optimal aufbereitet werden, die Tätigkeit von Gesundheitsdienstleister_innen unterstützen können.

Aus Sicht der Finanzierung bedeutet die zeit- und ortsunabhängige Verfügbarkeit von patientenbezogenen Daten eine Effizienzsteigerung, z. B. die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, die Vermeidung von Verschreibungen von Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffen sowie die bessere Information zu Medikamenten mit Wechselwirkungen. Die Verschreibung von Medikamenten im Rahmen von *ELGA*, die

38 sog. *eMedikation* bzw. das *eRezept*, verknüpft mit entscheidungsunterstützenden Systemen, hätte das
39 Potential Mehrfachverschreibungen (Polypharmazie) oder Verschreibungen mit antagonistischer Wirkung
40 zu vermeiden. Studien zeigen, dass bei Patient_innen, die über 60 Jahre alt sind, ÜBER 25 % von
41 Polypharmazie betroffen sind (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
42 (DEGAM), 2017; Schuler et al. 2008). Ein Überblick über die aktuellen Verschreibungen auf Basis der
43 *eMedikation* könnte wesentlich zur Qualitätssteigerung beitragen und sogar vermeidbare Todesfälle
44 verhindern.

45 Der Vorteil von *ELGA* ist die Nutzung von technischen und semantischen Standards, die auch bei einer
46 Weiterentwicklung benutzt werden, um die Interoperabilität in Krankenhaus- und
47 Praxisinformationssystemen zu gewährleisten.

48 **C.X.6.3. Optionenbeschreibung**

49

50 **C.X.6.3.1. Beschreibung der Option bzw. der zugehörigen Maßnahmen bzw.** 51 **Maßnahmenkombinationen**

52

- 53 ● *ELGA* sollte ausgebaut werden, indem weitere Funktionen eingeführt und der extramurale Bereich
54 sowie weitere Gesundheitsdiensteanbieter (*GDA*) eingebunden werden. Weiters sollte es bei
55 einem Ausbau auch möglich sein, dass andere *GDA*s auch Dokumente in standardisierter Form in
56 *ELGA* einbringen.
- 57 ● Bürger_innen bzw. Patient_innen soll es ermöglicht werden, in einem *Personal-Health-Record*
58 (*PHR*) gesundheitsbezogene Daten dokumentieren und auch einsehen zu können. Ein wichtiger
59 Input könnte von diversen Apps und telemedizinischen Anwendungen online kommen, ebenso
60 wie von Patient_innentagebüchern, Herz-Schrittmachermonitoring etc.
- 61 ● Da die in *ELGA* oder im *PHR* enthaltenen Daten sehr umfangreich werden könnten, müssen
62 Unterstützungen für die *GDA*s entwickelt werden. Das können fach- oder personenspezifische
63 Filterfunktionen sein, um z. B. die für ein Fach relevanten Daten übersichtlich zur Verfügung zu
64 stellen, wobei immer der Zugriff auf alle weiteren Daten möglich sein sollte.
- 65 ● Um die Übersichtlichkeit zu erhöhen, wurden bereits Pilotprojekte in der Steiermark mit einer sog.
66 *Patient Summary* durchgeführt. Dabei werden automatisiert aus den bestehenden Dokumenten
67 wesentliche Informationen, wie z. B. Diagnosen, Prozeduren, Medikamente, Allergien usw.
68 extrahiert und in einer übersichtlichen komprimierten Form dargestellt.
- 69 ● Der Einsatz von künstlicher Intelligenz in Form von (institutionsübergreifenden)
70 entscheidungsunterstützenden Systemen oder Verfahren zur Bild- und Signalverarbeitung wird in
71 den nächsten Jahren zunehmen. Potenziale und Gefahren dieser Systeme sollten frühzeitig
72 geprüft und in die gesundheitspolitischen Überlegungen integriert werden. Die Nutzung
73 vorhandener Daten in entscheidungsunterstützenden Systemen wäre ein wichtiger Schritt für ein
74 zukunftsfähiges System.
- 75 ● Daten aus der *ELGA* könnten in anonymisierter Form für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt
76 werden.

77 Beschreibung von potenziellen Konflikten, Systemwiderständen sowie Barrieren

78 Der größte Widerstand gegen *ELGA* ist aufgrund des hohen Dokumentationsaufwandes zu erwarten. Um
79 dem vorzubeugen, müssen in Zukunft Systeme angeboten werden, welche die klinisch-medizinische
80 Dokumentation unterstützen. Um die Akzeptanz zu erhöhen, muss die Benutzer_innenfreundlichkeit von
81 Informationssystemen verbessert werden, dann wird auch der Widerstand von *GDA*s wesentlich geringer
82 werden.

83 Außerdem ist die Bevölkerung über datenschutzrechtliche Befürchtungen aufzuklären: Die gesetzliche
84 Grundlage für die *ELGA* ist das Gesundheitstelematikgesetz, ein Missbrauch der über *ELGA* ausgelesenen
85 Daten hat strafrechtliche Konsequenzen. Die *ELGA* ist keine zentrale Datensammlung, sondern stellt Links
86 zu den in der jeweiligen Institution gespeicherten Daten zur Verfügung. Es gibt ein klares
87 Berechtigungssystem, alle Zugriffe auf die persönliche Akte sind dokumentiert und für die Bürger_innen
88 einsehbar und steuerbar. Durch die persönliche Einsichtnahme kann die Sicherheit und das Vertrauen in
89 die gespeicherten Daten erhöht werden.

90 Die Beschreibung des Transformationspotenzials

91 Das Ziel von *ELGA* ist eine patient_innenzentrierte, umfassende und auf technischen und semantischen
92 Standards basierende Dokumentation, um den Informationsfluss zu verbessern. Ziel ist es, die
93 wesentlichen Daten und Informationen – zeit- und ortsunabhängig – unter Berücksichtigung des
94 Datenschutzes verfügbar zu haben. Einige skandinavische Länder haben in den letzten Jahren digitale
95 Dokumentations- und Informationssysteme auf nationaler Ebene systematisch weiter ausgebaut.

96 Ein weiteres wichtiges Potenzial der *ELGA* liegt in der Nutzbarkeit für die in der *ELGA* enthalten Daten und
97 Informationen als wesentliche Grundlage für Forschung in der evidenzbasierten Medizin, Epidemiologie,
98 Nutzen-Schaden-Bewertung, Gesundheitsökonomie, Qualitätssicherung usw. Ein gutes Beispiel ist
99 Dänemark, hier wurden diese Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Forschung freigegeben
100 (Explore the Danish Health Data., 2020).

101 **C.X.6.3.2. Erwartete Wirkungsweise**

- 102
- 103 ● Bessere Kooperation zwischen Gesundheitsdienstleistern durch umfassenden
- 104 Informationsaustausch in Echtzeit;
- 105 ● verbesserte Versorgung durch verbesserte Information;
- 106 ● Vermeidung von nicht leitlinienkonformen Verschreibungen / Therapien und damit Steigerung der
- 107 Systemsicherheit und Effektivität;
- 108 ● Steigerung der Effizienz medizinischer Dienstleistungen durch standardisiertes
- 109 Informationssystem (einheitliche Bedienung);
- 110 ● finanzielle Entlastung des Gesundheitsbudgets durch Vermeidung von redundanten
- 111 medizinischen Dienstleistungen, wie z. B. der Wiederholung von radiologischen Untersuchungen,
- 112 weil die Daten von vorherigen Untersuchungen auch aus anderen Gesundheitseinrichtungen in
- 113 *ELGA* zur Verfügung stehen.

114 C.X.6.3.3. Bisherige Erfahrung mit dieser Option oder ähnlichen Optionen

- 115 ● *ELGA* ist etabliert und wurde von einem Großteil der Ärzt_innen gut angenommen.
- 116 ● Die *eMedikation* ist eingeführt; eine Erweiterung auf ein *eRezept* wurde durch die *COVID-19*-Krise
- 117 deutlich.
- 118 ● Der *Impfpass* ist in Umsetzung (seit 2020).

119 C.X.6.3.4. Zeithorizont der Wirksamkeit

120 Kurzfristig

121 Ab Implementierung sind nach einer kurzen Eingewöhnungsphase zunehmende Nutzung der digitalen
122 Kommunikation innerhalb von 1 - 2 Jahren zu erwarten. Es werden bereits bestehende Systeme genutzt
123 und auf ein bestehendes System aufgebaut. Die *COVID*-Pandemie hat deutlich die Möglichkeiten und
124 Chancen der digitalen Kommunikation im Gesundheitssystem gezeigt.

125 C.X.6.3.5. Interaktionen mit anderen Optionen

126 Eine Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung wirkt sich positiv auf alle Targets des SDG 3 aus.
127 Ebenso können durch die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und/oder -verschreibungen
128 Einsparungen bei der Finanzierung gemacht werden. Daraus ergeben sich positive Auswirkungen auf alle
129 SDGs.
130

131 C.X.6.3.6. Offene Forschungsfragen

- 132 ● Aus technischer Sicht geht es um die Weiterentwicklung der semantischen Interoperabilität, z. B.
133 durch die Nutzung von *SNOMED.CT* oder die Weiterentwicklung der Prozedurenkataloge.
- 134 ● Die Entwicklung von entscheidungsunterstützenden Systemen und deren Integration in *ELGA*
- 135 ● Nutzung der *ELGA* Daten für die klinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische
136 Forschung
- 137 ● Nutzung der *ELGA* Daten für die Qualitätssicherung

138

139 Literatur

140

141 Explore the Danish Health Data. (2020). Von <https://www.danishhealthdata.com/> abgerufen
142 [11.10.2021]

143 Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Von <https://www.gesundheit.gv.at/elga/inhalt> [11.10.2021]

144 Wissenswertes zu ELGA. Von <https://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/> [11.10.2021]

- 145 Die elektronische Patientenakte (ePA). Von
146 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.html> [11.10.2021]
- 147 Pfeiffer, K. & Auer, C. (2009). Herausforderungen bei der Umsetzung der elektronischen Patientenakte
148 und Gesundheitskarte in Österreich. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung –*
149 *Gesundheitsschutz*, 52, 324-329. doi:10.1007/s00103-009-0791-y.
- 150 Schuler, J., Dückelmann, C., Beindl, W., Prinz, E., Michalski, T., & Pichler, M. (2008). Polypharmacy and
151 inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria. *Wiener klinische*
152 *Wochenschrift*, 120(23-24), 733–741. <https://doi.org/10.1007/s00508-008-1089-z>
153
- 154 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (Hrsg.). (2017).
155 *Multimorbidität. S3 Leitlinie*. [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbidityaet/053-047I_%20Multimorbidityaet_redakt_24-1-18.pdf)
156 [Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbidityaet/053-](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbidityaet/053-047I_%20Multimorbidityaet_redakt_24-1-18.pdf)
157 [047I_%20Multimorbidityaet_redakt_24-1-18.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbidityaet/053-047I_%20Multimorbidityaet_redakt_24-1-18.pdf) [11.10.2021]
- 158 Ammenwerth, E., Neyer, S., Hörbst, A., Mueller, G., Siebert, U., & Schnell-Inderst, P. (2021). Adult patient
159 access to electronic health records. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD012707.
160 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012707.pub2>
161
- 162 Neves, A. L., Freise, L., Laranjo, L., Carter, A. W., Darzi, A., & Mayer, E. (2020). Impact of providing
163 patients access to electronic health records on quality and safety of care: a systematic review and meta-
164 analysis. *BMJ quality & safety*, 29(12), 1019–1032. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010581>
165

166 **Team, das an dieser Option mitgearbeitet hat.**

167

168 **Lead - Autor_innen:**

169 em. o. Univ. – Prof. DI Dr. Pfeiffer, Karl Peter (*Fachhochschule Joanneum*)

170 **Co - Autor_innen:**

171 Mair, Katharina (*Medizinische Universität Wien, Studentin*)