

A doctor in a white coat is holding a tablet. The tablet screen displays a stylized orange heart rate line (ECG) that starts with a globe on the left and ends with a bar chart on the right. An orange circle is overlaid on the right side of the image, containing the text 'Auszug Österreich'.

Auszug
Österreich

#Smart**Health**Systems
Digitalisierungsstrategien im internationalen
Vergleich

3.13 Österreich

3.13.1 Das nationale Gesundheitssystem

Leistungserbringung

Das österreichische Sozialversicherungssystem umfasst heute nahezu die gesamte Bevölkerung. Die 19 Krankenversicherungsträger sind nach Bundesländern oder Berufsgruppen (Arbeiter, Angestellte, Selbstständige, Beamte, Landwirte, Eisenbahner etc.) aufgegliedert²²⁶. Es besteht keine freie Wahl zwischen den Krankenkassen, da sich die Zugehörigkeit nach Status und Wohnort richtet. Arbeitnehmer, Rentner, Studierende und Arbeitslose sind obligatorisch versichert; Geringverdiener können sich freiwillig versichern und Freiberufler nach Nachweis einer anderweitigen Absicherung von der gesetzlichen Versicherungspflicht entbinden lassen. Kinder, nicht erwerbstätige Ehepartner mit Kinderbetreuungsaufgaben und schwer Pflegebedürftige sind beitragsfrei mitversichert.

Finanzierung

Mit 10,4 Prozent vom BIP gehört Österreich bei den Gesundheitsausgaben im europäischen Vergleich zu den teuersten Gesundheitssystemen. Der Anteil der öffentlichen Mittel an den Gesamtausgaben für Gesundheit liegt bei 76 Prozent; die Privatversicherungen machen nur 5 Prozent aus. Die Finanzierung ergibt sich über ein Umlageverfahren mit paritätischen, einkommensabhängigen und zentral festgelegten Versicherungsbeiträgen i. H. v. 10,25 Prozent (Stand: 2017).

Versorgung

Die Leistungserbringung wird von den Krankenkassen über Verträge mit Dienstleistern sichergestellt. Drei Viertel aller Ärzte befinden sich in diesen Vertragsverhältnissen. Trotzdem können die Patienten grundsätzlich frei zwischen ihnen wählen. Bei der Konsultation eines sogenannten Wahlarztes erstatten die Krankenkassen jedoch nur 80 Prozent des Honorars, das bei einem Vertragsarzt in Rechnung gestellt worden wäre.

In Österreich sind die Bundesländer für die stationäre Versorgung zuständig. Sie übernehmen die Krankenhausplanung sowie die Finanzierung der Investitionen und laufenden Kosten. Es gibt kirchliche, öffentliche und private Träger, jedoch sind die meisten der öffentlichen Krankenhäuser den Ländern in entsprechenden Krankenhausgesellschaften unterstellt, die vom Bund Steuermittel in die jeweiligen Landesgesundheitsfonds erhalten, um die Krankenhäuser zu betreiben.²²⁷

²²⁶ Die amtierende Regierungskoalition aus ÖVP und FPÖ plant, die Zahl der Versicherungsträger auf fünf zu reduzieren.

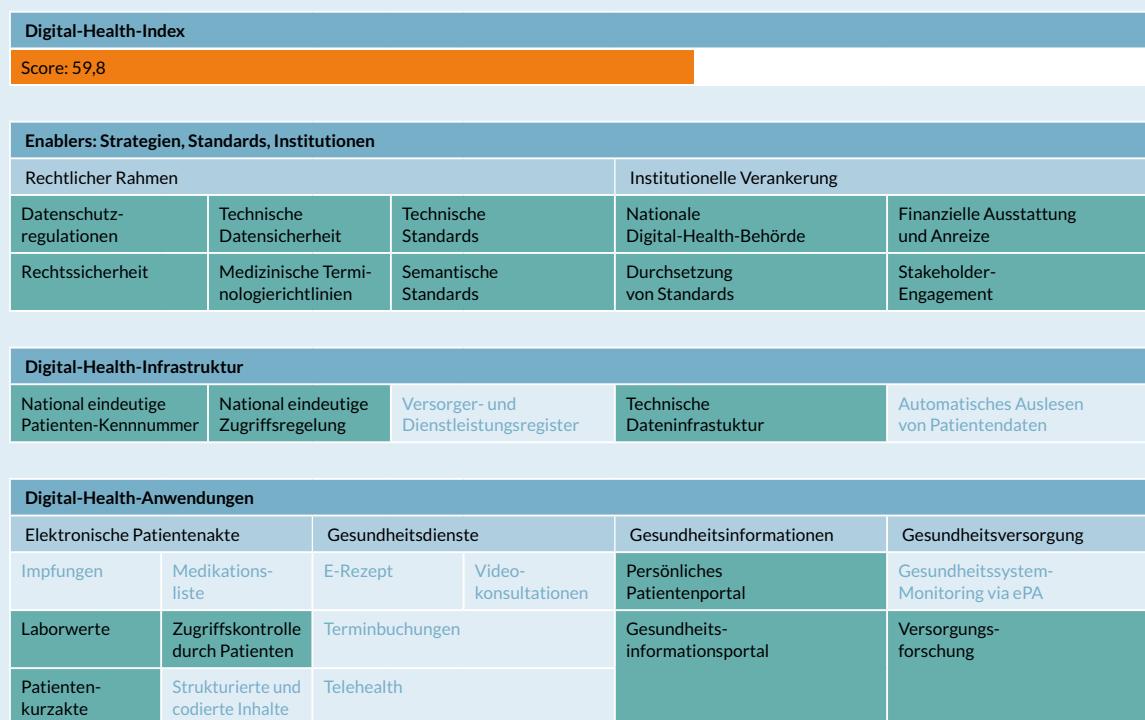
²²⁷ Schölkopf, M. und Pressel, H. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*. 2. Aufl., Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

3.13.2 Entwicklung von Digital Health

Bereits im Jahr 2005 wurde mit Einführung der elektronischen Krankenversicherungskarte (E-Card) neben einer administrativen Vereinfachung der bargeldlosen Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens auch eine wesentliche Voraussetzung für die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) geschaffen, die im Jahr 2012 beschlossen wurde. Die Koordination und Integration aller operativen Maßnahmen zur Einführung der ELGA, die Errichtung von Systemkomponenten und die Begleitung von Pilotierungen entsprechen den Vorgaben der Bundesgesundheitskommission. Das Qualitäts- und Akzeptanzmanagement für die ELGA untersteht der ELGA GmbH. Diese wurde 2009 gegründet und befindet sich im gemeinsamen Eigentum von Bund, Ländern und Sozialversicherungen²²⁸. Neben dem Ministerium für Gesundheit als gesetzestvorbereitende Instanz ist sie die wichtigste Einrichtung in Bereich digitaler Gesundheit in Österreich.

Weitere Fortschritte auf dem Feld der österreichischen digitalen Gesundheit werden in dem Bereich der Telemedizin getätigt. Im Rahmen seiner Zuständigkeit für digitale Gesundheit hat der damalige Gesundheitsminister Alois Stöger dem Thema „Telemedizin“ verstärkte Aufmerksamkeit zugewendet und dazu im März 2013 ein interdisziplinäres Sachverständigen-gremium in Form einer Kommission eingerichtet²²⁹. Hauptaufgabe dieser Telegesundheitsdienste-Kommission (TGDK) war es, Empfehlungen zur Einführung

ABBILDUNG 30: Übersichtskarte Digital Health in Österreich



228 elga.gv.at (2018). *ELGA – Meine elektronische Gesundheitsakte*. [online] Verfügbar: <https://www.elga.gv.at/index.html>.

229 bmgf.gv.at (2018). *E-Health/ELGA*. [online] Verfügbar: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/Telemedizin/.

konkreter telemedizinischer Dienste in die Regelversorgung in Österreich zu erstellen. Im Fokus standen vor allem Anwendungsbereiche zur Versorgung chronisch Kranker. Der Abschlussbericht der TGDK wurde 2014 der damaligen Gesundheitsministerin vorgelegt²³⁰. Die TGDK schlug vor, den Einsatz von Telemonitoring bei Indikationen von Diabetes mellitus sowie Herzinsuffizienz und eventuell auch bei der Implantat-Nachsorge weiter für die Behandlung zu nutzen. Im Mai 2015 wurde auf Anregung der damaligen Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser zwischenzeitlich eine Projektgruppe für weiterführende Arbeiten eingerichtet. Als wesentliches Ergebnis ihrer Arbeit formulierte die Projektgruppe einen Katalog mit 14 Empfehlungen, der wegweisend für die weitere Telemonitoring-Entwicklung in Österreich sein soll. Neben den Empfehlungen ist die IT-Architektur ein wesentliches Produkt, da sie als Grundlage für sämtliche zukünftigen Aktivitäten in Österreich fungiert. Die derzeitige Aufgabe ist es, eine verbindliche, komprimierte Leitlinie zu erstellen, welche die technischen Standards vorgeben soll²³¹.

Abbildung 30 ist eine Zusammenstellung der im Rahmen dieser Studie in Österreich identifizierten vorhandenen Digital-Health-Komponenten (grüne Felder).

3.13.3 Policy-Aktivität und Strategie

Digital-Health-Strategien

Die aktuelle Gesundheitssystemstrategie in Form der zehn Gesundheitsziele Österreichs²³² behandelt das Feld „Digitale Gesundheit“ im Rahmen des Gesundheitsziels 3. Dieses sieht vor, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Sowohl die Arbeiten an der ELGA und am Gesundheitsinformationsportal gesundheit.gv.at, aber auch allgemeine Aufklärungskampagnen werden als Umsetzungsempfehlungen definiert. Einen Nachfolger der „e-Health Strategie“ aus dem Jahr 2007 gibt es bislang nicht²³³.

Auf politischer Ebene ist das Bestreben, Gesundheitsinformationen digital auszutauschen und Patienten zur Verfügung zu stellen, im Rahmen der ELGA aufgekommen. Die Entwicklung der ELGA wurde von Anfang an eher von politischen Prozessen als von technischen Aspekten geprägt. Eine Reihe von Gesetzen musste angepasst werden, und es wurde sehr genau darauf geachtet, wie datenschutzrechtliche Aspekte und die Privatsphäre des Patienten am besten gewahrt werden konnten.

Die ELGA-Initiative selbst umfasst eine Reihe weiterer Pläne zur Implementierung eines E-Rezept-Dienstes, zu mHealth und Telemedizin sowie zur Vernetzung der Akte mit dem Gesundheitsinformationsportal gesundheit.gv.at. Insgesamt wird eine Vision gezeichnet, wie das österreichische Gesundheitswesen mithilfe einer voll funktionsfähigen ELGA verbessert und der Patient in seiner Rolle gestärkt werden kann. Zeitliche Einführungspläne für die einzelnen Funktionen der ELGA sind gesetzlich festgelegt. Für E-Medikation ist dies

230 Bundesministerium für Gesundheit (2014). *Empfehlungen und Bericht der Telegesundheitsdienste-Kommission gemäß § 8 BMG an die Frau Bundesministerin für Gesundheit*. Wien.

231 Weik, I. und Sauermaun, S. (2016). Telemonitoring in Österreich. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, [online] 3, S. 36–46. Verfügbar: <http://docplayer.org/60451165-Telemonitoring-in-oesterreich.html>.

232 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017). *Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*. Wien.

233 eHealth Initiative (2007). *Eine Kommunikations- und Informationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen*.

ab Mitte 2018 und ab 2019 folgen schrittweise E-Impfpass, E-Zuweisung²³⁴, E-Überweisung²³⁵, E-Verordnung²³⁶ und das E-Rezept.

Für die Implementierung und Koordination der einzelnen Funktionen der ELGA ist die ELGA GmbH zuständig. Sie untersteht direkt dem Gesundheitsministerium und wurde 2009 von Bund, Ländern und den Sozialversicherungen gegründet. Sowohl Patientenverbände als auch Vertreter der Ärzteschaft sind seither mit an dem Prozess der Entwicklung der ELGA beteiligt. Wirtschaftliche Akteure werden nur bei der letztendlichen Implementierung einzelner Funktionen mit einbezogen.

Institutionelle Verankerung, Finanzierung und rechtlicher Rahmen

Für die Aktivitäten der ELGA GmbH wurde in den vergangenen Jahren ein jährliches Budget zur Verfügung gestellt, das auf die verschiedenen Projekte verteilt werden muss. Ein übergeordnetes Zentrum für klinische Terminologien und Klassifikationen gibt es nicht, dafür wurde im Rahmen der ELGA-Initiative von der Bundesgesundheitskommission eine Reihe von Standards festgelegt²³⁷.

Gesundheitsapps aus öffentlicher Hand gibt es in Österreich lediglich im Bereich „Gesundheitsinformationen“ und werden von keiner staatlichen Aufsichtsbehörde reguliert. Neben der Implementierung von digitalen Gesundheitsanwendungen ist die ELGA GmbH für die Evaluierung der Projekte, für die langfristigen Auswirkungen von Digital Health auf das Gesundheitswesen und für Kommunikationskampagnen zuständig.

Die öffentliche Finanzierung für die Einführung und den Betrieb von Digital-Health-Anwendungen ist weitestgehend geregelt; die Versicherungen wenden Teile ihres jährlichen Budgets dafür auf, neue digitale Dienste so zu erstatten, dass Patienten dafür keine Extrakosten entstehen. Die Verwendung bestimmter Terminologien zur Dokumentation von klinischen Daten wurde für den gesamten ambulanten und stationären Gesundheitssektor festgeschrieben. Für den Fall, dass der Zeitrahmen für die Einführung einer neuen Funktion der ELGA nicht eingehalten wird, fallen für die betroffenen Anbieter finanzielle Strafen an.

Im Gesetz über die Elektronische Gesundheitsakte von 2012 sind bundeseinheitliche Mindeststandards festgelegt worden, die die Datensicherheit bei Verwendung elektronischer Gesundheitsdaten verbessert hat. Zudem wurden einheitliche Regelungen in Bezug auf Teilnehmeridentifikation und -authentifizierung, Zugangsprotokollierung sowie Datenaustausch und -weiterverarbeitung getroffen. Personenbezogene Gesundheitsdaten können unter Berücksichtigung hoher Auflagen zu Forschungszwecken verwendet werden. Seit

234 E-Zuweisung: Kann ein Arzt eine konkrete Untersuchung, z. B. das Röntgen, nicht selbst vornehmen, weist er dem Patienten einen anderen Arzt zu, der diese Leistung übernimmt. Siehe [hauptverband.at](http://www.hauptverband.at) (2018). SV: *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*. [online] Verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.789193>.

235 E-Überweisung: die elektronische Überweisung zur weiteren Behandlung, meist an einen Facharzt. Siehe [hauptverband.at](http://www.hauptverband.at) (2018). SV: *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*. [online] Verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.789193>.

236 E-Verordnung: Wird ein Patient für eine bestimmte Leistung einem anderen Arzt zugewiesen, wird dieser in der Zielpraxis über einen elektronischen Code verordnet. Siehe [hauptverband.at](http://www.hauptverband.at) (2018). SV: *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*. [online] Verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.789193>.

237 Krüger-Brand, H. (2010). E-Health in Österreich: Pragmatischer Ansatz trägt Früchte. *Deutsches Ärzteblatt*, [online] Nr. 107(28–29). Verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/77592/E-Health-in-Oesterreich-Pragmatischer-Ansatz-traegt-Fruechte>.

einigen Jahren haben auch einige Bildungseinrichtungen ihr Schulungsangebot um digitale Gesundheitsanwendungen erweitert.

3.13.4 Technische Implementierung und Readiness

Technische Implementierung: Infrastruktur und Administration

Der Zentrale Patientenindex und der Gesundheitsdiensteanbieter-Index identifizieren und authentifizieren sowohl den Patienten bei der Verwendung der elektronischen Krankenkarte als auch den anschließenden Zugriff auf die ELGA des Patienten. Dabei wird abgeglichen, welcher Arzt auf die ELGA welches Patienten Zugriff haben darf, und Zeit, Ort und Dauer des Zugriffs werden in einem Protokoll automatisch festgehalten. Patienten können eigenmächtig entscheiden, welche Inhalte ihrer ELGA für Ärzte sichtbar sind und welche nicht.

Die ELGA selbst ist kein zentraler Speicherort von Gesundheitsinformationen, sondern ruft alle Inhalte einzeln aus den verschiedenen IT-Systemen der Krankenhäuser oder Arztpraxen ab und visualisiert sie online. Dafür sind spezielle Verschlüsselungsalgorithmen und De-Identifizierungsmethoden entwickelt worden, damit das System vor Datenmissbrauch geschützt wird. Internationale Standards aus der Medizininformatik und Richtlinien in Bezug auf klinische Klassifikationen und Terminologien sind auf nationaler Ebene eingeführt worden.

Digitale Gesundheitsanwendungen und -dienste

Die ELGA ist das österreichische Äquivalent einer elektronischen Patientenakte und wird seit 2016 als Opt-out-System schrittweise eingeführt. Die erste in allen Bundesländern angewendete Funktion ist der E-Befund, der sowohl Entlassbriefe als auch Diagnosebefunde beinhaltet. Diese Dokumente sind über das Portal gesundheit.gv.at abrufbar und können für die ärztliche Einsicht gesperrt bzw. ganz gelöscht werden – der Patient behält die Hoheit über die verfügbaren Daten. Erstellt ein Arzt nach einem Besuch des Patienten eine neue Information, wird die ELGA automatisch aktualisiert.

Die weiteren Kernanwendungen werden im Laufe der nächsten Jahre implementiert. Diese sind die E-Medikation (seit 2017 regional pilotiert, ab 2018 nationaler Rollout), das E-Protokoll und der E-Impfpass. Mithilfe der E-Medikation kann der Apotheker in einer Medikationsliste angeben, ob und wann ein verschriebenes Medikament an den Patienten ausgehändigt wurde. Dies geschieht über einen Code, den der Arzt den Patienten aushändigt und dieser ihn an den Apotheker weitergibt. Der Patient muss in der Apotheke seine elektronische Krankenkassenkarte in ein Lesegerät stecken, und die Medikationsliste wird aktualisiert. Ruft ein Arzt diese in der ELGA des Patienten ab, erhält er alle notwendigen Informationen zu dessen aktuellen Medikamenten und erkennt eventuelle unerwünschte Wechselwirkungen²³⁸. Telemedizinische Dienstleistungen werden, wenn überhaupt, nur lokal von einzelnen Ärzten oder Krankenhäusern angeboten.

Die grundlegende Motivation hinter dem Gesundheitsinformationsportal gesundheit.gv.at ist die Bereitstellung von qualitätsgesicherten, objektiven und serviceorientierten Gesund-

²³⁸ [hauptverband.at](http://www.hauptverband.at) (2018). SV: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. [online] Verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.789193>.

heitsinformationen im Rahmen des dritten Gesundheitsziels. Es ist der Einstiegspunkt für ELGA in Österreich, erläutert Gesundheitsstrukturen und stellt Gesundheitsorganisationen vor. Es zielt im Wesentlichen auf das Empowerment der Patienten ab. Allerdings dient es im derzeitigen Stadium nur zu Informationszwecken und ersten einfachen Dienstleistungen im Rahmen der ELGA²³⁹. Die Krankenhäuser wurden als erstes mit der ELGA ausgestattet, Arztpraxen, Pflegeheime und Apotheken werden schrittweise an die nationale Infrastruktur angeschlossen²⁴⁰.

Mobile Gesundheitsapplikationen gibt es bislang nicht – die ELGA kann jedoch über den Browser eines mobilen Endgerätes abgerufen werden.

Readiness für Vernetzung und Datenaustausch

Von der ELGA GmbH wurden schon vor der Einführung der ELGA verschiedene Dokumententypen technisch und semantisch standardisiert, und sie hat Leitfäden entwickelt, wie die vorhandenen Informationssysteme in Praxen und Krankenhäusern umgerüstet werden können, damit ein Informationsfluss gewährleistet werden kann. Außerdem wurde ein einheitlicher Codierungsleitfaden verpflichtend eingeführt (Logical Observation Identifiers Names and Codes, LOINC). Über 75 Prozent der Krankenhausärzte, die mit der ELGA verbunden sind, dokumentieren klinische Daten bereits nach den vorgeschriebenen nationalen Standards und Richtlinien. In Österreich gab es bislang keine Teilnahme an internationalen Projekten, die den Austausch von Gesundheitsinformationen zwischen Ländern ermöglichen. Rechtlich ist bisher nur ermöglicht worden, im Ausland an einem Österreicher erbrachte medizinische Leistungen mit dem entsprechenden Versicherer im Land und dem ausländischen Versorger abzurechnen, wie es durch EU-Recht vorgeschrieben ist.

3.13.5 Tatsächliche Nutzung von Daten

Aktuell sind noch keine niedergelassenen Ärzte oder Fachärzte an ELGA angeschlossen, sondern ausschließlich Krankenhäuser und Apotheken zu 100 Prozent. Da ELGA ein Opt-out-System ist, existieren Akten für die gesamte Bevölkerung, was jedoch nicht heißt, dass jede Akte auch automatisch Informationen enthält. E-Rezepte werden bislang nicht ausgestellt, denn dieser Dienst wird erst in den kommenden Jahren entwickelt. Aktuell können mit der ELGA nur Systeme für Diagnosen und Entlassbriefe kommunizieren.

Der digitale Datenaustausch in Österreich beschränkt sich momentan noch auf die Krankenhäuser, von denen untereinander nur weniger als 25 Prozent Daten austauschen, gleichzeitig aber auch die Notwendigkeit für den Austausch zwischen Krankenhäusern nicht gegeben ist. Datenaustausch zu Forschungszwecken mit Dritten ist nur unter expliziter Einwilligung des Patienten möglich. Auf technischer Seite erlauben Datenstruktur und Aufbau der ELGA den Export als Datensätze. Jedoch müssen die Berichte bzw. Befunde vom Arzt in der ELGA abgelegt werden; eine automatische Übertragung findet nicht statt.

Keine Instanz überprüft die Datenqualität der in der ELGA befindlichen Dokumente. Bisher befinden sich allerdings nur wenige wirklich strukturierte Daten in der Akte, was primär auf die geringen Nutzungsmöglichkeiten zurückzuführen ist. Der nationale Rollout dafür

239 [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at) (2018). *GESUNDheit.gv.at: Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs*. [online] Verfügbar: <https://www.gesundheit.gv.at/elga/inhalt>.

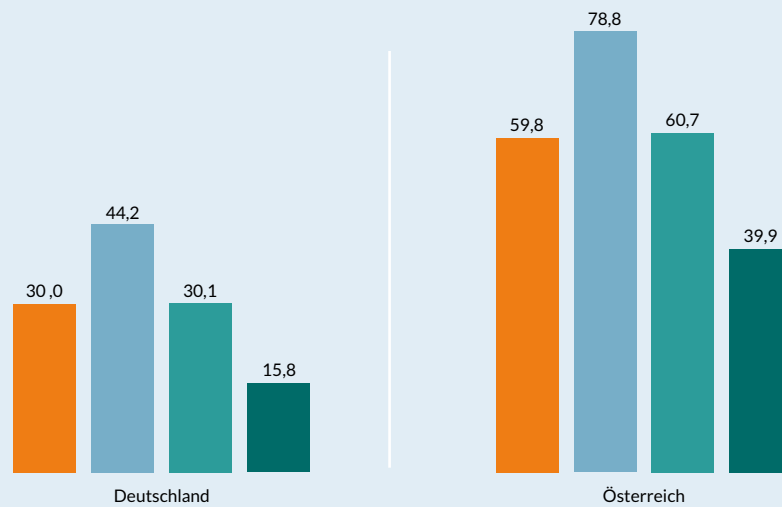
240 [elga.gv.at](https://www.elga.gv.at) (2018). *ELGA: Meine Elektronische Gesundheitsakte*. [online] Verfügbar: <https://www.elga.gv.at/faq/technische-bausteine-von-elga/index.html>.

wird noch Jahre benötigen. Das Wissen um das Gesundheitsinformationsportal [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at) innerhalb der Bevölkerung hält sich in Grenzen. Schätzungsweise besuchten weniger als 25 Prozent der Patienten 2017 das Portal, um nach Informationen über ihren Gesundheitszustand zu suchen. In Zukunft werden alle Bürger mit einer ELGA über das Portal auf ihre persönlichen Gesundheitsinformationen zugreifen können.

3.13.6 Digital-Health-Index: Vergleich mit Deutschland und Digitalisierungsprofil

Stellt man die relativen erreichten Punkte im Digital-Health-Index und in den drei Sub-Indizes von Österreich und Deutschland nebeneinander, so fällt auf, dass Österreich in allen Bereichen höher abschneidet als Deutschland, sich insgesamt jedoch ein ähnliches Verhältnis der Indizes zueinander ergibt. In beiden Ländern liegt die Policy-Aktivität vor der Digital Health Readiness und vor der am niedrigsten eingestuften Tatsächlichen Datennutzung.

ABBILDUNG 31: Vergleich des Digital-Health-Index und der Sub-Indizes zwischen Deutschland und Österreich, in Prozent der maximal zu erreichenden Punktzahl



Quelle: Bertelsmann Stiftung

TABELLE 20: Digitalisierungsprofil Österreich

| Policy-Aktivität und Strategie | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|
| Digital-Health-Strategien | | | | | |
| | | | | P1 | Digital Health ist integraler Bestandteil allgemeiner Gesundheitsstrategien und -politik |
| | | | | P2 | Politischer Wille zur Unterstützung von Datentransfer und -austausch ist ausgeprägt |
| | | | | P3 | Strategien zur Digitalisierung des Gesundheitssystems sind wirksam |
| | | | | P4 | Klare Richtlinien, Rahmen- und Zeitpläne für die Planung und Umsetzung von Digital-Health-Anwendungen sind festgesetzt |
| | | | | P5 | Regierungsinstitutionen und Schlüssel-Stakeholder des Gesundheitswesens sind an der Planung und Umsetzung von Digital Health beteiligt |
| Institutionelle Verankerung von Digital Health Policy, Finanzierung und rechtlichen Rahmenbedingungen | | | | | |
| | | | | P6 | Umsetzung und Betrieb von Digital-Health-Anwendungen und -dienstleistungen sind nachhaltig regional und national finanziert |
| | | | | P7 | Rechtsaufsicht der Umsetzung und Förderung von Digital Health durch eine autorisierte Institution mit angemessenen Befugnissen ist gewährleistet |
| | | | | P8 | Digitale Aktivitäten und Gesundheitsdienste sind mit öffentlichen Mitteln hinreichend finanziert |
| | | | | P9 | Regulierung bieten Leistungserbringern finanzielle Anreize, Digital-Health-Anwendungen einzuführen |
| | | | | P10 | Rechtliche und ethische Rahmenbedingungen für die sichere Weiterverwendung von Patientendaten existieren |
| | | | | P11 | Nationale oder regionale Rechtsrahmen erlauben die umfassende Weiterverwendung medizinischer Daten unter Beachtung des Datenschutzes |
| | | | | P12 | Maßnahmen zur Förderung von digitaler Kompetenz und Personalentwicklung existieren |
| Technische Implementierung und Readiness für Vernetzung und Datenaustausch | | | | | |
| Implementierung: Infrastruktur und Administration | | | | | |
| | | | | T1 | Eine eindeutige Regelungen hinsichtlich der Zugriffsrechte auf elektronische Patientenakten (ePAs) sind gegeben |
| | | | | T2 | Privatsphäre von Patienten wird durch hinreichende Sicherheitsmaßnahmen geschützt |
| | | | | T3 | Standardisierung und Medizininformatik sind durch eine nationale Behörde institutionalisiert |
| | | | | T4 | Systeme für elektronische Patientenakten und ePA sind eingeführt |
| Reifegrad von Digital-Health-Anwendungen und -Diensten | | | | | |
| | | | | T5 | E-Rezept-Dienste sind verfügbar |
| | | | | T6 | Telegesundheit und Telemedizin können routinemäßig genutzt werden |
| | | | | T7 | Gesundheitsinformationsportale tragen aktiv zu Patient Empowerment und patientenzentrierter Versorgung bei |
| | | | | T8 | Patienten verfügen über Zugriffs- und Kontrollrechte für die ePA |
| | | | | T9 | mHealth, Apps und mobile Anwendungen werden routinemäßig in der Gesundheitsversorgung genutzt |
| Readiness für Datennutzung und -austausch: Technische und semantische Interoperabilität | | | | | |
| | | | | T10 | Klinische Terminologien und technische Interoperabilitätsstandards werden national einheitlich und rechtlich bindend definiert |
| | | | | T11 | Interoperabilität von ePA-Systemen wird durch Verfügbarkeit und flächendeckende Anwendung standardisierter Terminologien unterstützt |
| | | | | T12 | Nationale Gesundheitsdatensätze oder ePAs sind für Auswertungszwecke, Gesundheitsmonitoring und Prozessverbesserungen miteinander verknüpft |
| | | | | T13 | Übertragung von Patientendaten in grenzüberschreitende Datennetze (z. B. Connecting Europe Facility, CEF) prinzipiell möglich |
| Tatsächliche Nutzung von Daten | | | | | |
| | | | | A1 | Digital-Health-Anwendungen nehmen durch Zugang zu und Nutzung von Patientendaten durch Ärzte eine dominante Stellung in der direkten Patientenversorgung ein |
| | | | | A2 | E-Rezepte inklusive Übertragung und Ausgabe der Medikamente sind die vorherrschende Verschreibungsform |
| | | | | A3 | Nutzungsgrad elektronischer Patientenakten ist in allen Versorgungssektoren hoch |
| | | | | A4 | Datenaustausch zwischen Gesundheitsfachkräften ist hoch und trägt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei |
| | | | | A5 | Datenaustausch mit Dritten (z. B. Analysten oder Forschern) ist allgegenwärtig und bezweckt allgemeine Verbesserungen in der Gesundheitssystem-Performanz |
| | | | | A6 | Patientendaten werden für das Monitoring des Gesundheitswesens regelmäßig genutzt |
| | | | | A7 | Automatisches Auslesen von Patientendaten aus ePA-Systemen in nationalen Datenbanken ist durchdringend |
| | | | | A8 | Anteil strukturierter und codierter Inhalte in elektronischen Patientenakten ist hoch |
| | | | | A9 | Besuchs- und Nutzerzahlen von öffentlichen Gesundheitsinformationsportalen mit personalisierten Inhalten sind hoch |

vollständig nahezu vollständig teilweise eher nicht nicht

Quelle: Bertelsmann Stiftung

Impressum

© November 2018
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-
Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-
stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autoren
Rainer Thiel,
Lucas Deimel,
Daniel Schmidtman,
Klaus Piesche,
Tobias Hüsing,
Jonas Rennoch,
Veli Stroetmann,
Karl Stroetmann

Lektorat
Paul Katlfeleiter

Gestaltung
Dietlind Ehlers

Der **Text** dieser Publikation ist urheberrechtlich geschützt und lizenziert unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International (CC BY SA 4.0) Lizenz. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>.



Die eingebundenen **Fotos** sind ebenfalls urheberrechtlich geschützt, unterfallen aber nicht der genannten CC-Lizenz und dürfen nicht verwendet werden.

Bildnachweis
Titelbild: © ohmega1982,
tinyakov - stock.adobe.com

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Thomas Kostera
Project Manager
Programm Versorgung
verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81204
Telefax +49 5241 81-681204
thomas.kostera@bertelsmann-
stiftung.de