

Evaluation des ELGA e-Befunds

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Dr. Jörg Caumanns, Johannes Einhaus

Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme
Kaiserin-Augusta-Allee 31
10589 Berlin

Joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de

Fraunhofer-Institut FOKUS

16.01.2019

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	4
1 Hintergrund.....	7
2 Bewertung des Vorgehens und der Aussagekraft der Evaluation	7
2.1 Einordnung in Prinzipien der Evaluationsforschung.....	8
2.2 Niedergelassene Ärzte	9
2.3 Angestellte Ärzte	9
2.4 Hersteller von Arztinformationssystemen	10
3 Bewertung der Auswertung und der Ergebnisse der Evaluation	10
3.1 Übergreifende Feststellungen	11
3.1.1 Rolle der spezifischen Arbeitsorganisation.....	11
3.1.2 Bewertung der Ergebnisse (Legitimierung)	12
3.2 Niedergelassene Ärzte	12
3.3 Angestellte Ärzte in den Krankenanstalten	14
4 Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen	15
4.1 Übergreifende Anmerkungen.....	15
4.1.1 Symptome und Ursachen	15
4.1.2 Herausarbeiten von Stärken (Katalysatoren)	16
4.1.3 Umgang mit Zielkonflikten	16
4.1.4 Erstellungsprozess von e-Befunden.....	17
4.1.5 Unterstützung für Entscheider	17
4.1.6 Von der Befund-Sammlung zur Medizinischen Dokumentation	18
4.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Vollständigkeit.....	18
4.2.1 Maßnahme: Patient Summary bereitstellen	18
4.2.2 Maßnahmen: Weitere Befundarten bereitstellen.....	20
4.2.3 Maßnahme: Entlassungsbefunde unverzüglich bereitstellen	20
4.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Übersichtlichkeit.....	20
4.3.1 Maßnahmen: Sortieren, Filtern, Suchen über AIS/KIS.....	20
4.3.2 Maßnahme: Suchfunktion zentral bereitstellen	21
4.3.3 Maßnahme: Registerdaten qualitätssichern und verbessern	21

4.3.4	Maßnahme: Vorherige ELGA-GDA-Kontakte anzeigen.....	22
4.4	Maßnahmen zur Verbesserung der technischen Qualität der e-Befunde	22
4.5	Maßnahmen zur Reduktion des Zeitaufwands.....	22
4.6	Maßnahmen zur Verbesserung des Vertrauens in die ELGA	23
5	Empfehlungen	23
5.1	Fachkonzepte entwickeln	24
5.2	Zentrale vs. Dezentrale Funktionen.....	24

Management Summary

Die von der ELGA GmbH im Auftrag der Systempartner durchgeführte Evaluation des ELGA e-Befunds mit dem Ziel der optimalen Vorbereitung der Einführung des e-Befunds im extramuralen Bereich wurde durch das Fraunhofer FOKUS wissenschaftlich begleitet. Die vorgenommenen Bewertungen über die Planung, Durchführung und Auswertung der Evaluation stärken die im Bericht der Taskforce zusammengefassten Ergebnisse, zeigen aber auch über den Bericht hinausgehende Potenziale der durchgeführten Arbeiten:

- Die durchgeführten Befragungen von niedergelassenen und angestellten Ärzten sind relevant, d. h. aus diesen Befragungen abgeleitete Erkenntnisse können für die weitergehende Problemanalyse, Konzeptentwicklung und Definition von Maßnahmen verwendet werden. Die durchgeführten Befragungen sind statistisch nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Ärzte; Maßnahmen die entsprechend ergänzende Erhebungen erfordern, sind in diesem Bericht benannt.
- Der Abschlussbericht der Taskforce geht aus unserer Sicht sehr zurückhaltend an die vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten heran, die sich aus einer über die isolierte Bewertung von Einzelfragen hinausgehende Analyse der Befragungsergebnisse bieten. Hiermit wird das Potenzial der Befragungsergebnisse für eine zielführende und konstruktive Diskussion über die weitere Ausgestaltung und Ausweitung des e-Befunds nicht vollständig sichtbar.

Aus einer solchen vertieften und verstärkt auf eine Identifikation der Ursachen der erfassten Probleme abzielenden Analyse lassen sich aus unserer Sicht auf Basis der erhobenen Ergebnisse die folgenden Aussagen rechtfertigen:

- Die meisten der aus der Evaluation erkennbaren und im Bericht der Taskforce genannten Probleme (Unvollständigkeit, mangelnde Übersichtlichkeit, Ineffizienzen in der Nutzung, etc.) lassen sich auf nur zwei Ursachen zurückführen:
 - o Unzureichende Integration der ELGA Befundkommunikation in Strukturen und Prozesse in Praxen und Kliniken
 - o Unzureichende Unterstützung der ELGA Befundkommunikation in vielen der von den Ärzten genutzten Softwaresystemen

Hierbei scheint vor allem die Tiefe der Integration des ELGA e-Befunds in die genutzte Software eine entscheidende Auswirkung auf den Nutzwert und die Nutzbarkeit der ELGA für die Ärzte zu haben. Die aus den benannten Ursachen resultierenden Probleme werden zusätzlich durch den unzureichenden Informationsstand vieler Nutzer zum e-Befund und seiner Umsetzung in AIS/KIS verstärkt.

- Viele Nutzer nehmen den Nutzwert des ELGA e-Befunds für ihre tägliche Arbeit nicht wahr. Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich ableiten, dass ein solcher Nutzwert in der Theorie zwar gesehen wird, dieser aber in der Praxis (noch) nicht wirksam ist. Für uns klingt hier daher ein Grundtenor der Art „gute Idee und großes Potenzial, aber in der Praxis merken wir davon noch zu wenig“ durch. Für den Bereich der Krankenanstalten können hier fehlende Netzwerkeffekte durch die fehlende Anbindung des extramuralen Bereichs als Bereitsteller von e-Befunden als ursächlich angesehen werden.

- In den Ergebnissen der Befragungen zum Nutzen und zur Nutzung des e-Befunds im extramuralen Bereich zeigt sich eine starke Abhängigkeit zur jeweiligen Arbeitsorganisation. Die Evaluierung lässt hier die Hypothese zu, dass die Art der Umsetzung der ELGA im AIS die Integration der ELGA in die Arbeitsorganisation einer Arztpraxis beeinflusst – und damit am Ende auch die Arbeitsorganisation und die Arbeitsabläufe. Eigentlich sollte dies umgekehrt sein. Denkt man diesen Gedanken weiter, kann man zu dem Schluss gelangen, dass eine ungenügende Umsetzung der ELGA im AIS eine ungenügende Integration der ELGA in die Abläufe der Praxis zu Folge hat, was wiederum einer effizienten und sinnvollen Nutzung der ELGA entgegensteht.
- Die Zufriedenheit mit den über die ELGA und ihre Umsetzung in KIS/AIS gebotenen Funktionalitäten scheint einen Bezug zu den unterschiedlichen Formen des Patientenkontakts der unterschiedlichen Arztgruppen zu haben: Allgemeinmediziner sind potenziell eher an einer vollständigen Dokumentation zu ihren Patienten interessiert, während Fachärzte eher gezielt einzelne Informationen zu einem Patienten abfragen möchten bzw. gezielt nach einzelnen Dokumenten suchen.
- Die Umfrageergebnisse deuten darauf hin, dass die seitens der Ärzte geforderte Suchfunktion in der ELGA sowie die Forderung nach einer Patient Summary eher eine Symptomatik einer schlechten ELGA-Umsetzung im AIS adressieren, als wirkliche Probleme darstellen. Insbesondere die Anforderung nach einer zentralen ELGA-Suche scheint nur ein Symptom für das Problem einer schlechten Integration der ELGA in das AIS zu sein, da diese Funktion vorrangig von Ärzten gewünscht wird, in deren AIS die ELGA e-Befunde in einer separaten Befundliste angezeigt werden. Die Ergebnisse der Evaluation liefern keinen Beleg für die Notwendigkeit einer zentralen Suchfunktion. Alle hierzu ggf. heranziehbaren Befragungsergebnisse lassen sich auch als Symptome einer unzureichenden Integration der ELGA in die genutzten AIS/KIS (z. B. separate Befundlisten, unzureichende lokale Suchfunktionen) interpretieren.

Die bislang (zu) wenig betrachtete konzeptionelle Integration der ELGA Befundkommunikation in Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen von GDA zusammen mit der erkennbar unzureichenden Umsetzung der ELGA in der von den Ärzten genutzten Software stellt eine ernsthafte Bedrohung des Erfolgs der ELGA dar und scheint Ursache einer in vielen Antworten durchscheinenden diffusen Unzufriedenheit der Ärzte mit der ELGA und dem e-Befund zu sein. Dies gilt umso mehr, als dass die Vielzahl der Ärzte sehr wohl die Potenziale der ELGA erkennt, diese aber in der täglichen Arbeit „nicht auf die Straße bekommt“. Die Ausweitung des ELGA e-Befunds auf den niedergelassenen Bereich muss daher zwingend mit der Einführung und rigiden Durchsetzung verbindlicher und weit über die bestehenden Vorgaben hinausgehenden Verpflichtungen der Arztsoftwarehersteller in Bezug auf bereitzustellende Funktionalitäten einhergehen. Diese Vorgaben müssen aus realen Nutzenszenarien für Ärzte und Patienten motiviert sein und die in der Praxis relevanten Formen des Patientenkontakts abbilden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation deuten darauf hin, dass die Ausweitung der ELGA Befundkommunikation auf den niedergelassenen Bereich kein Selbstläufer ist, sondern vielmehr gemeinsamer Anstrengungen und flankierender Maßnahmen aller ELGA Systempartner und der Ärztevertreter bedarf.

Ein erster Schritt hierzu sollte die weitere Analyse der erhobenen Daten nach weiteren Korrelationen und Auffälligkeiten sowie die Überprüfung bzw. Vertiefung daraus abgeleiteter Hypothesen über Fokusgruppen sein. Weiters empfehlen wir:

- In Zusammenarbeit mit den Betroffenen müssen prototypische Szenarien der Nutzung von e-Befunden identifiziert und in Form von Anwendungsfällen und/oder Fachkonzepten ausgearbeitet werden. Ein besonderer Fokus muss dabei auf den aus arztgruppen-spezifischen Formen des Patientenkontakts abgeleiteten Anforderungen an den Zugang zur ELGA liegen (z. B. welche Anforderung an die Zugänge zum ELGA e-Befund ergeben sich aus der Begleitung eines Chronikers durch einen Hausarzt).
- Maßnahmen zur Verbesserung der technischen Qualität müssen immer beide Seiten – Erstellung und Verarbeitung – betrachten. Die Forcierung einer erhöhten Strukturqualität macht vor allem dann Sinn, wenn damit neue und insbesondere über Papierdokumente nicht realisierbare Mehrwerte einhergehen; eine Ausweitung des bislang auf die lesende e-Befund-Nutzung fokussierten Betrachtungsgegenstands ist entsprechend erforderlich.
- Vor der Umsetzung von kostenintensiven und/oder über die aktuelle ELGA-Architektur nicht abbildbaren Maßnahmen (z. B. Generierung einer Patient Summary und Volltextsuche über verteilten ELGA e-Befunden) scheint es uns sinnvoll, zunächst nach einfacheren, pragmatischeren Lösungen zu suchen, die auch realistischerweise über AIS/KIS angemessen umgesetzt werden können und am Ende nicht doch nur auf eine durch die Ärzte zu leistende Mehrfachdokumentation hinauslaufen. Gerade bei diesen Maßnahmen ist zu validieren, ob hier nicht nur das Symptom eines aus einer anderen Ursache herrührenden Problems adressiert wird.
- Es ist sicherzustellen, dass nutzwerte und für eine hohe Nutzungseffizienz erforderliche Funktionalitäten der ELGA für die Ärzte nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, sofern deren Umsetzung im AIS/KIS erfolgen soll. Aus der Evaluierung des e-Befunds lässt sich vermuten, dass aktuell viele eigentlich für eine komfortable ELGA-Nutzung erforderlichen Funktionen nicht in den geförderten Basisvarianten der AIS/KIS enthalten sind, sondern nur als Add-Ons zugekauft werden können. Hier sollte der zur Förderung berechtigende Funktionsumfang überprüft und ggf. ausgeweitet werden.

Die weitere Validierung der in diesem Bericht vorgeschlagenen konzeptuellen und strategischen Maßnahmen zur Verbesserung des e-Befund-Nutzens sollte parallel zur Umsetzung der eher technisch-operativ ausgerichteten Maßnahmen zur Verbesserung der e-Befund-Nutzung erfolgen.

1 Hintergrund

Zusammen mit der Infrastruktur der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) wurde in 2015 die elektronische Befundkommunikation (im Folgenden: e-Befund) als erste Anwendung der ELGA eingeführt. Zum Herbst 2018 sind in der ELGA ca. 20 Mio. e-Befunde gespeichert. Obwohl aktuell fast ausschließlich Krankenanstalten an die ELGA angebunden sind, werden pro Quartal bereits ca. 750 Tsd. e-Befunde abgerufen. Insbesondere diese lesenden Abrufe werden mit der anstehenden Anbindung der niedergelassenen Ärzte signifikant steigen.

Um ebendiese Anbindung durch geeignete, flankierende Maßnahmen optimal vorzubereiten, haben die ELGA-Systempartner eine Arbeitsgruppe zur Evaluation des e-Befundes eingesetzt. Das Fraunhofer FOKUS wurde mit der wissenschaftlichen Begleitung dieser Evaluation beauftragt. Hierzu wurden dem Fraunhofer FOKUS alle Arbeitsmaterialien der eingesetzten Arbeitsgruppen sowie alle Ergebnisse der Evaluation zur Verfügung gestellt. Der vorliegende Bericht gibt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung wider.

2 Bewertung des Vorgehens und der Aussagekraft der Evaluation

Aufgrund der Rahmenbedingungen (insb. Zeit und Budget) ist das gewählte Vorgehen einer Online-Befragung der aktuell den ELGA e-Befund nutzenden Ärzte alternativlos. Durch die Vorarbeiten der Arbeitsgruppe „Datenqualität“ gab es bereits Vorstellungen zu den Problemen und Wünschen der Ärzte in Bezug auf den e-Befund. Hierdurch konnten nicht nur die Fragen fokussiert, sondern vielfach bereits sinnvolle Antwortoptionen vorgegeben werden. Die Antwortoptionen sind ausgewogen (d. h. bilden sowohl positive wie negative Aussagen zur ELGA ab) und für fast alle Frage bestand die Option, per Freitext weitere Antworten zu geben. Trotz des großen Umfangs der Fragebögen war den befragten Ärzten so eine zügige Bearbeitung möglich, was sich sicherlich positiv auf die Rücklaufquote ausgewirkt hat.

Die Aufteilung in Fragebögen für niedergelassene und angestellte Ärzte ist grundlegend sinnvoll, hier hätte jedoch in der Formulierung der Fragen stärker darauf abgehoben werden sollen, welche Fragen den Antwortenden ausschließlich in seiner Rolle als Arzt adressieren und welche Fragen in Abhängigkeit zum Nutzungskontext stehen. Da dies nur punktuell erfolgt ist, ist auch eine gemeinsame bzw. übergreifende Betrachtung der beiden Fragebögen leider nur punktuell möglich.

Mit Blick auf die anstehende Anbindung der niedergelassenen Ärzte an die ELGA war es aus unserer Sicht richtig, den Fokus der Befragungen auf die lesende Nutzung von e-Befunden zu legen. Eine Ausweitung auf weitere Aspekte der e-Befund-Nutzung (z. B. Erstellen, Einstellen, Aktualisieren von Befunden) wäre zwar sicherlich gerade mit Kenntnis der Ergebnisse der Zufriedenheits- und Organisationsfragen bei den Krankenhausärzten interessant gewesen; gleichzeitig hätte jedoch eine weitere Ausweitung der Fragebögen zu einer geringeren Rücklaufquote geführt. Dies wiederum hätte die Verwertbarkeit der Ergebnisse gefährdet.

2.1 Einordnung in Prinzipien der Evaluationsforschung

Die durchgeführte Evaluation hat sowohl summative als auch formative Elemente¹, was wir mit Blick auf die Zielerreichung als positiv ansehen:

- Auf eine retrospektive Bilanzierung des Nutzens der ELGA für die bislang aktiven Nutzer abzielende Fragen erlauben Aussagen zur erreichten Umsetzungsqualität. Die summativen Elemente der Befragung liefern damit vorrangig Erkenntnisse zur Ergebnisqualität des ELGA e-Befunds und erlauben die Ableitung von Maßnahmen zur grundlegenden Verbesserung der ELGA-Plattform und der darauf aufsetzenden Befundkommunikation.
- Die den aktuellen Umgang der Ärzte mit der ELGA erforschenden Fragen geben Hinweise zu Katalysatoren und Barrieren einer sinnvollen Nutzung von e-Befunden. Diese eher formativen Teile der Evaluation zielen damit vor allem auf die Prozessqualität des ELGA e-Befunds ab und sollten vor allem genutzt werden, um die Spezifika neu hinzukommender Nutzergruppen gegen die identifizierten Hürden und Katalysatoren abzugleichen (d. h. welche Stärken der Lösung kommen hier besonders zur Geltung und welche Schwächen werden potenziell verstärkt).

In der Evaluationsforschung werden fünf Funktionen einer Evaluation benannt², die sich auch in der vorliegenden Evaluation des e-Befunds wiederfinden:

- Erkenntnisfunktion: Die durchgeführten Befragungen liefern hilfreiche Erkenntnisse zur Nutzung der ELGA und erlauben es so z. B. Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen (insb. Arbeitsorganisation) und wahrgenommenem Nutzen zu erkennen.
- Optimierungsfunktion: Die gegebenen Antworten liefern Hinweise auf Schwachstellen – insbesondere in der Umsetzung der ELGA in den Softwaresystemen der Ärzte – und geben damit Anhaltspunkte für umzusetzenden Maßnahmen.
- Kontrollfunktion: Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass die ELGA in der Praxis an verschiedenen Stellen nicht so umgesetzt ist, wie dies intendiert war. Schwächen sind hier vor allem bei der Erstellung und Registrierung von e-Befunden erkennbar.
- Entscheidungsfunktion: Verschiedene Fragen zielen darauf ab, die Präferenzen der Ärzte für die weitere Entwicklung der ELGA zu erfassen. Damit können die erforderlichen politischen Entscheidungen über Prioritäten und Budgets gestützt werden.
- Legitimationsfunktion: Die überwiegend positiven Rückmeldungen der Ärzte zur Befundkommunikation über die ELGA rechtfertigt den eingeschlagenen Weg der ELGA-Systempartner.

Wie in Kapitel 3 und 4 dieses Berichts im Detail ausgeführt wird, legt der von der ELGA GmbH vorgelegte Abschlussbericht die Schwerpunkte vor allem auf den vier letztgenannten Funktionen (Optimierung, Kontrolle, Entscheidungsunterstützung und Legitimation). Mit Blick auf die Fragestellung nach dem optimalen Vorgehen zur Anbindung neuer Nutzergruppen an die ELGA sowie

¹ Eine summative Evaluation wird nach Abschluss eines Programms (hier: Einführung e-Befund in den ELGA Bereichen) durchgeführt und zielt darauf ab, Abweichungen des IST- vom SOLL-Zustand zu erfassen. Eine formative Evaluation erfolgt begleitend zu einem Programm (hier: Etablierung e-Befund im österreichischen Gesundheitswesen), die Ergebnisse sollen steuernd für die weitere Programmgestaltung nutzbar sein und auch Hinweise auf eine Adaption der Steuerungsparameter und der angestrebten Ziele geben.

² Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 4. Auflage, 2006.

unter dem Eindruck einer latenten Enttäuschung von Teilen der bestehenden Nutzer mit dem Wertbeitrag des e-Befunds zu ihrer täglichen Arbeit³ sehen wir jedoch gerade den Erkenntnisaspekt als besonders wichtig an. In diesem Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Evaluation werden daher an verschiedenen Stellen Ansatzpunkte benannt, die – ergänzend zum Bericht der Taskforce – im Sinne eines besseren Verständnisses der Erwartungen der Nutzer an den Wertbeitrag der ELGA in weiteren Untersuchungen (z. B. Fokusgruppen) vertieft werden sollten.

2.2 Niedergelassene Ärzte

Für die Evaluation wurden Ärzte angeschrieben, die bereits auf freiwilliger Basis die ELGA genutzt haben („friendly user“). Dieses Auswahlkriterium signalisiert eine hohe Affinität zu Fragen der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Der gewählte Ausschnitt der Ärzteschaft ist damit zwar **nicht repräsentativ**, aber geeignet, fundierten und reflektierten Input für die weitere Entwicklung der ELGA zu liefern.

Auch wenn nur wenige Ärzte den Fragebogen beantwortet haben, so sind die Ergebnisse mit Ausnahme der die Arztsoftware betreffenden Fragen (siehe auch 2.4) in sich konsistent. Die von uns durchgeführten Cluster-Analysen nach einzelnen Fragenblöcken ergaben durchweg begründbare Ergebnisse, so dass wir der Befragung trotz der geringen Zahl von Antworten einen **hohen Grad an Relevanz** beimessen. Aus der Befragung abgeleitete Erkenntnisse können somit für die Definition von Maßnahmen verwendet werden. Ausnahme sind Antworten, die in starkem Maße durch die konkrete Umsetzung der ELGA in dem genutzten AIS beeinflusst werden⁴. Aufgrund der hier festgestellten Inkonsistenzen, sollten diese durch weitere Quellen oder zusätzliche Interviews abgesichert werden, bevor daraus konkrete Maßnahmen begründet werden können (z. B. Umsetzung einer Suchfunktion).

2.3 Angestellte Ärzte

Durch die dezentralisierte, zweistufige Verteilung der Fragebögen durch Ländervertreter und deren Ansprechpartner in den Krankenanstalten sind nur sehr eingeschränkt Informationen darüber verfügbar, in wie weit die antwortenden Ärzte repräsentativ für die Gesamtgruppe der angestellten Ärzte sind. Als weiteren Schwachpunkt hatten wir zunächst die ungleiche Verteilung der zurückgesandten Fragebögen angesehen. Ein Abgleich der Ergebnisse der drei dominierenden Krankenanstalten mit den Ergebnissen der am schwächsten vertretenen Krankenanstalten hat jedoch ein hohes Maß an statistischer Übereinstimmung gezeigt. Dennoch muss die Befragung aufgrund der fehlenden Steuerung der Stichprobenauswahl als **nicht repräsentativ** angesehen werden.

Ein strichprobenhafter Abgleich von sich inhaltlich überschneidenden Fragen hat ein hohes Maß an Konsistenz der gegebenen Antworten gezeigt (z. B. Frage 46 als „Kontrolle“ für Frage 11). Auch hier zeigen die von uns durchgeführten Cluster-Analysen in sich nachvollziehbare und begründbare Ergebnisse. Von daher sind auch hier die aus der Befragung abgeleiteten Erkenntnisse als **relevant** anzusehen und als Grundlage für die Definition von Maßnahmen **verwertbar**. Bei Antworten auf Fragen, die durch die konkrete Umsetzung der ELGA in der genutzten Software beeinflusst werden, müssen auch hier Abstriche in der Verwertbarkeit gemacht werden, da ein hoher Anteil (60%) der befragten Ärzte angibt, nicht gut in Bezug auf den e-Befund und die Umsetzung der ELGA in der

³ Fast zwei Drittel der Krankenhausärzte erkennen durch den e-Befund keine Verbesserungen in ihren täglichen Arbeitsabläufen (Frage 17 des Fragebogens für angestellte Ärzte).

⁴ Beispiel: Ca. 75% der Ärzte geben an, über die Umsetzung der ELGA in ihrem AIS gut oder sehr gut informiert zu sein. Gleichzeitig wissen 36% bzw. 38% nicht, ob ihr AIS Such-, Filter- und Sortierfunktionen auf e-Befunden ermöglicht.

genutzten Software informiert zu sein. Dies spiegelt sich auch in den teilweise sehr uneinheitlichen Antworten von Ärzten zu den Leistungsmerkmalen ihres KIS wider, die in der selben Krankenanstalt tätig sind und daher eigentlich mit demselben KIS arbeiten sollten.

2.4 Hersteller von Arztinformationssystemen

Der Fragebogen zur Umsetzung des e-Befunds durch die Hersteller von Arztinformationssystemen (AIS) wurde von 11 der 28 Hersteller im Förderprogramm beantwortet. Knapp die Hälfte der ausgefüllten Bögen bezieht sich auf über die geförderte Ausbaustufe hinausgehende, zusätzliche Funktionalitäten umfassende, Varianten der Arztsoftware. Nur zwei Hersteller haben den Fragebogen sowohl für die Ausbaustufe als auch für die Vollversion beantwortet. Von den 28 Herstellern haben damit nur 7 den Fragebogen für die zur Förderung berechtigte Ausbaustufe beantwortet. Die **Repräsentativität dieser Befragung ist nicht bewertbar**, da unklar ist, in wie weit die abgefragten Systeme mit welchen Zusatzmodulen bei den befragten Ärzten im Einsatz sind.

Ein Abgleich der Antworten der Hersteller mit den Antworten der Ärzte zu den in der Software verfügbaren Funktionalitäten zeigt große Abweichungen. Auch die Antworten der Ärzte zu den Leistungsmerkmalen der genutzten Software sind nicht widerspruchsfrei. Aus unserer Sicht sind damit die Ergebnisse der Befragung der Hersteller für den Zweck der durchgeführten Evaluation bestenfalls indikativ und **nicht verwertbar**.

In den nachfolgenden Ausführungen werden die Ergebnisse der Befragung der Softwarehersteller daher nicht berücksichtigt.

3 Bewertung der Auswertung und der Ergebnisse der Evaluation

In den Kapiteln 3 bis 5 des Abschlussberichts zur Evaluation des e-Befunds werden die Ergebnisse der Nutzerbefragung zusammengefasst und ausgewertet.

Auswahl und Aufbereitung der im Abschlussbericht hervorgehobenen Ausschnitte der Befragungsergebnisse sind der Zielstellung angemessen, fokussieren jedoch sehr stark auf Optimierungs-, Kontroll- und Legitimationsfunktionen.

Entscheidungsfunktionen der Befragung bilden alleine die nicht weiter hinterfragten Antworten der Ärzte zu gewünschten zusätzlichen Funktionen und Dokumentenformaten ab. Hier sollten weitergehende Untersuchungen ansetzen, um über Schlagworte hinausgehend die konkreten Anforderungen der Ärzte an die Umsetzung und Integration dieser Funktionen und Formate zu erfassen.

Erkenntnisfunktionen sind nur ansatzweise gegeben, da über eine einfache Teilgruppenanalyse hinaus keine Abhängigkeiten und Korrelationen analysiert wurden. Hierdurch bleibt oftmals unklar, ob eine aus der Befragung gezogene Beobachtung ein Problem aufzeigt oder lediglich ein Symptom eines nicht näher bekannten Problems darstellt (siehe hierzu auch Kapitel 4.1.1).

Wir empfehlen daher dringend, die erfassten Daten nach weiteren Korrelationen und Auffälligkeiten zu untersuchen und für diese jeweils Erklärungsansätze zu liefern, die als Grundlage der weiteren Diskussion dienen können. Ansatzpunkte sollten dabei insbesondere die im nachfolgenden Kapitel 3.1 skizzierten Auffälligkeiten sein, die sich aus verschiedenen Formen der organisatorischen Einbettung und aus (fehlenden) Funktionalitäten von AIS/KIS ableiten.

3.1 Übergreifende Feststellungen

3.1.1 Rolle der spezifischen Arbeitsorganisation

In den Ergebnissen der Befragungen zum Nutzen und zur Nutzung des e-Befunds im extramuralen Bereich zeigt sich eine starke Abhängigkeit zur jeweiligen Arbeitsorganisation (Frage 45). Auch wenn Fragen nach Ablaufintegration der ELGA nicht Bestandteil des Fragebogens für die angestellten Ärzte waren, so gehen wir aufgrund der vergleichbaren Beantwortung davon abhängiger Fragen dennoch davon aus, dass sich die für den niedergelassenen Bereich gemachten Beobachtungen auch auf die Nutzung des e-Befunds in den Krankenanstalten übertragen lassen.

Um dieser Hypothese nachzugehen, haben wir zwei Cluster gebildet (Abruf der Befunde bei der Aufnahme vs. Abruf der Befunde im Patientengespräch). Hier zeigen sich einige sehr auffällige Unterschiede in den Antworten auf Fragen zum Zugang zu e-Befunden und deren Inhalten:

- Bei 56% der Ärzte, die Befunde vorab abrufen gibt es eine Integration in die Befundliste des AIS. Bei den Ärzten, die Befunde erst im Gespräch abrufen, gibt es bei keinem eine solche Integration.
- Nur eine Minderheit (44%) der Ärzte mit Befundabruf bei der Aufnahme wünscht sich eine Suche, bei den Ärzten, die erst im Gespräch die Befunde abfragen sind es hingegen 80% (d. h. fast doppelt so viele bei zwei etwas gleich großen Clustern)
- Von den Ärzten, deren AIS die ELGA-Befunde in die bestehende Befundliste einsortiert, sehen nur 22% einen Vorteil in einer ELGA-Suchfunktion (33% sagen sogar „nein, brauche ich nicht“). Bei den Ärzten, deren AIS die ELGA-Befunde als eigene Liste zusammenfasst, wünschen sich 76% eine Suchfunktion (nur 1 von 17 antwortet mit „nein“).
- Eine gute Bewertung für die bestehenden Funktionen des AIS zum Suchen und Filtern gibt es vor allem bei Abruf bei der Aufnahme (69%). Beim Abruf im Gespräch finden nur 33% diese Funktionalitäten gut umgesetzt.
- Die Zustimmung, dass ELGA angemessen viele Befunde liefert ist bei Ärzten mit Abruf bei Aufnahme doppelt so hoch wie bei Ärzte, die Befunde erst im Gespräch abrufen (50% vs. 25%)

Der erste Spiegelstrich begründet die These, dass die Art der Umsetzung der ELGA im AIS die Integration der ELGA in die Arbeitsorganisation einer Arztpraxis – und damit am Ende auch die Arbeitsorganisation und die Arbeitsabläufe - beeinflusst. Eigentlich sollte dies umgekehrt sein. Denkt man diesen Gedanken weiter, kann man zu dem Schluss gelangen, dass **eine ungenügende Umsetzung der ELGA im AIS eine ungenügende Integration der ELGA in die Abläufe der Praxis zu Folge hat**, was wiederum einer effizienten und sinnvollen Nutzung der ELGA entgegensteht.

Der dritte Spiegelstrich lässt die These zu, dass **die seitens der Ärzte geforderte Suchfunktion in der ELGA eher eine Symptomatik einer schlechten ELGA-Umsetzung im AIS** adressiert, als ein wirkliches Problem. Das Problem scheint hier vielmehr zu sein, dass viele AIS keine vollständige Integration der ELGA e-Befunde in die Befundliste des AIS realisieren, was dem Arzt den Zugang zu den für ihn relevanten e-Befunden erschwert. Eine Umsetzung einer Suchfunktion in der ELGA würde die Auswirkungen dieses Problems zwar punktuell abmildern, aber nicht grundsätzlich lösen (d. h. andere Zugangshürden bleiben bestehen).

Zusammenfassend entsteht aus der Analyse dieser Cluster heraus der Eindruck, dass sich **die Tiefe der Integration des ELGA e-Befunds in die genutzte Software entscheidend auf den Nutzwert und die Nutzbarkeit der ELGA für die Ärzte auswirkt**.

3.1.2 Bewertung der Ergebnisse (Legitimierung)

In der Synapse des Abschlussberichts zur Evaluierung des e-Befunds formuliert der Bericht der Taskforce unserer Ansicht nach die Ergebnisse der Befragungen deutlich zu positiv. Beispielsweise ließe sich der Satz *„Rund die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gab an, dass überhaupt keine Probleme mit den e-Befunden in ELGA auftreten, ebenfalls keine Probleme gab es für rund ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten“* auch formulieren als *„Rund die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gab an, dass Probleme mit den e-Befunden in ELGA auftreten, bei den Ärztinnen und Ärzten in Krankenanstalten berichteten sogar drei Viertel von solchen Problemen“*.

Die in diesem Satz benannten Zahlen sind aus unserer Sicht deshalb bemerkenswert, weil die ELGA in den Krankenanstalten bereits – je nach Bundesland – seit 1 bis 3 Jahren im Einsatz ist, d. h. man annehmen müsste, dass mittlerweile alle „Kinderkrankheiten“ ausgemerzt sind und auch die Diffusion der ELGA in Prozesse und IT-Strukturen weit fortgeschritten sei. Offenkundig ist dies nicht der Fall (siehe auch 3.1.1).

Auch aus den Zahlen zur grundlegenden Sichtweise der Ärzte auf ELGA und e-Befund lassen sich durchaus kritischere Aussagen ableiten, als im Abschlussbericht zu finden sind:

- Weniger als die Hälfte der Ärzte, die den Fragebogen beantwortet haben, sieht im ELGA e-Befund eine Verbesserung der täglichen Arbeitsabläufe.
- Die Zustimmung zu Fragen nach dem theoretischen Potenzial von ELGA und e-Befund ist durchgängig höher als die Zustimmung zu Fragen nach positiven Erfahrungen in der täglichen Praxis. D. h. die Ärzte scheinen durchaus zu sehen, was alles möglich wäre, finden dieses aber in der Umsetzung von ELGA und e-Befund nur unzureichend wieder.
- Ein Drittel der befragten Niedergelassenen sieht keinen oder nur geringen Nutzen im e-Befund. Gleichwohl gibt es eine sehr hohe Zustimmung zu den grundlegenden Prinzipien und Paradigmen des e-Befunds (z. B. Fragen 5, 22, 48).
- Nur 18% der Ärzte geben an, keine organisatorischen Probleme in der Umsetzung des e-Befunds zu haben (Frage 30). Nur 28% sind mit der Umsetzung des e-Befunds in ihrer Software zufrieden (Frage 29).

Für uns klingt hier daher ein Grundtenor der Art **„gute Idee und großes Potenzial, aber in der Praxis merken wir davon noch zu wenig“** durch. Für den Bereich der Krankenanstalten können hier fehlende Netzwerkeffekte durch die fehlende Anbindung des extramuralen Bereichs als Bereitsteller von e-Befunden als ursächlich angesehen werden. Da niedergelassene Labore, Radiologen und Fachärzte keine/kaum e-Befunde in die ELGA einstellen, sehen Ärzte in den Krankenanstalten über ELGA vor allem die Befunde aus dem eigenen Verbund, die sie ebenso auch im KIS sehen. Den im Bericht der Taskforce vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Vollständigkeit des e-Befunds kommt damit eine hohe Priorität und Dringlichkeit zu.

3.2 Niedergelassene Ärzte

Vor dem Hintergrund der oben herausgestellten Abhängigkeiten der Antworten von der spezifischen Arbeitsorganisation muss die Aussagekraft einzelner Antworten aus der Befragung der niedergelassenen Ärzte relativiert werden. Wenn beispielsweise die Praxisadministration dem Arzt zu den anstehenden Patientenkontakten bereits alle verfügbaren e-Befunde aus der ELGA in das AIS kopiert, dann ist für den Arzt zwar der qualitative Gewinn erkennbar, die ggf. aber ebenfalls erzielten

Prozessverbesserungen bleiben für ihn hingegen unsichtbar. In der Bewertung der Fragen nach dem Nutzen und Nicht-Nutzen der ELGA kann daher – insbesondere, wenn hieraus Maßnahmen abgeleitet werden – stärker differenziert werden, welche Rollen innerhalb einer typischen Praxisorganisation von welchen Vorteilen und benannten Problemen betroffen sind. Bei der Ausgestaltung abgeleiteter Maßnahmen sollte auch entsprechend analysiert werden, **ob hier wirklich ein Problem der ELGA-Plattform zugrunde liegt oder ob hier praxisinterne organisatorische Maßnahmen nicht eine deutlich größere Wirkung haben können**. Umgekehrt sollte auch geprüft werden, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen auf bestimmten Annahmen zu Organisation und Abläufen einer Arztpraxis aufsetzen, die sich so nicht in allen Praxen wiederfinden.

Fragen nach dem subjektiven Empfinden der Performanz der Befundkommunikation oder der Angemessenheit von Umfang und Inhalt von Befunden werden oft sehr gespalten beantwortet. Beispielsweise sehen ca. 60% der befragten niedergelassenen Ärzte den Zeitaufwand der ELGA-Nutzung als hoch oder sehr hoch an und ca. 40% diesen als niedrig oder gar sehr niedrig. Ähnliches findet sich bei Fragen nach Befundinhalten und Zugängen zu Befunden. Die Auswertung der Studie – und entsprechend auch die vorgeschlagenen Maßnahmen – greifen dieses Phänomen nicht auf. Hier sollte eine Hypothese entwickelt und validiert werden, mit der sich diese Auffälligkeiten begründen lassen. Eine solche Hypothese könnten **unterschiedliche Nutzeranforderungen aufgrund unterschiedlicher Charakteristika typischer Patientenkontakte** sein:

Aus unserer Sicht können die gegebenen Antworten darauf hindeuten, dass die befragten Ärzte aus dem Charakter ihrer typischen Patientenkontakte heraus unterschiedliche Erwartungen an die funktionalen und nicht-funktionalen Merkmale der ELGA haben. Beispielsweise wird ein Arzt, der vorrangig chronisch kranke Patienten begleitet, eher daran interessiert sein, alle zu seinen Patienten verfügbaren Befunde möglichst automatisiert in seine lokale Dokumentation integrieren zu können, während für einen vorrangig mit Akutbehandlungen befassten Arzt die schnelle und gezielte Suche nach punktuellen, fall-spezifischen Informationen zum Patienten eine größere Rolle spielt. Auch wenn aufgrund der geringen Zahl von Antworten von Fachärzten verallgemeinerte Aussagen nur beding zulässig sind, so wird die formulierte These dennoch durch die Ergebnisse der Befragung gestützt:

- Zustimmung, dass ELGA auch einen Nutzen für Patienten hat: Hausärzte 73%, Fachärzte 46%
- Erwarteter Mehrwert durch Import von Teilen von Befunden in die eigene Akte: Hausärzte 58%, Fachärzte 31%
- Erwarteter Mehrwert durch Übernahme von Medikationsdaten für Rezeptschreibung: Hausärzte 92%, Fachärzte 38%
- Zustimmung, dass ELGA e-Befund Verbesserungen in den täglichen Arbeitsabläufen bringt: Hausärzte 73%, Fachärzte 38%
- Anforderung nach „sprechenderen“ Dokumententiteln: Hausärzte 36%, Fachärzte 67%

Hierzu passt auch, dass ein Drittel der Fachärzte unnötige Inhalte in den ELGA e-Befunden anmerkt, während dies nur von 14% der Allgemeinmediziner als Problem benannt wird. Auch dass die Funktion einer Benachrichtigung über neue Befunde fast ausschließlich von Allgemeinmedizinern gewünscht wird, passt zu der oben skizzierten Differenzierung der ELGA Nutzung nach unterschiedlichen Formen des Patientenkontakts.

Auch die in Kapitel 3.2.1.6 des Abschlussberichts zur Evaluation vorgenommene Teilgruppenanalyse stellt einige auffällige Abweichungen der Antworten von Allgemeinmedizinern und Fachärzten dar,

die gut in die oben skizzierte Hypothese passen: **Allgemeinmediziner sind potenziell eher an einer vollständigen Dokumentation zu ihren Patienten interessiert, während Fachärzte eher gezielt einzelne Informationen zu einem Patienten abfragen möchten** bzw. gezielt nach einzelnen Dokumenten suchen.

3.3 Angestellte Ärzte in den Krankenanstalten

Augenfällig bei den Ergebnissen der Befragung der angestellten Ärzte in den Krankenanstalten ist, dass jeweils **nur ein Drittel der Ärzte eine positive Meinung zur ELGA haben und durch die elektronische Befundkommunikation Verbesserungen in den Arbeitsabläufen wahrnehmen** (Fragen 17 und 21). Nimmt man hinzu, dass Ärzte in Krankenanstalten Themen der Digitalisierung des Gesundheitswesens üblicherweise aufgeschlossener gegenüberstehen als niedergelassene Ärzte⁵, so sollten diese Antworten zu denken geben und müssen zwingend durch **weitere Analysen** näher untersucht werden.

In dieses Bild einer eher diffusen Unzufriedenheit passen die Antworten auf Frage 12, die kein eindeutiges Problem erkennen lassen, aus welchen konkreten Problemen sich diese eher negative Gesamtsicht ableitet. Vielmehr sieht es so aus, dass hier jeden eine andere Kleinigkeit stört, ohne dass sich daraus ein schlüssiges Gesamtbild der dahinterstehenden Probleme zeigen würde.

Eine größere Beachtung sollten in dem Abschlussbericht auch die Antworten auf Frage 10 finden. Hier geben fast drei Viertel der Krankenhausärzte an, dass in dem von ihnen genutzten KIS die Funktionen zum Suchen und Filtern in Befundlisten schlecht oder sogar sehr schlecht umgesetzt sind. Dieses ist nicht akzeptabel. Zusammen mit dem in den Eingangsfragen des Fragebogens bereits festgestellten eher schlechten Informationsstand vieler Krankenhausärzte zu ELGA und e-Befund und deren Umsetzung im KIS stellt sich die Frage, ob einzelne Antworten durch den Umstand verfälscht sind, dass die Ärzte schlichtweg bestimmte Funktionen im KIS nicht kennen bzw. einzelne Arbeiten mit der ELGA aus Unkenntnis oder wegen schlechter Usability des Systems nur umständlich erledigen können.

Zusammenfassend muss man feststellen, dass viele der Ergebnisse – insbesondere die als unzureichend dargestellte Nutzbarkeit der Software und der unzureichende Informationsstand vieler Ärzte – nur schwer damit in Einklang zu bringen sind, dass ELGA und e-Befund in den Häusern teilweise schon seit mehr als zwei Jahren eingeführt sind. Hier sind die Verantwortlichen der ELGA-Bereiche (in diesem Fall die Länder) gefordert, auf Basis der Befragungsergebnisse und weiterer eigener Analysen geeignete, für die in ihrem Bereich festgestellten Defizite passende Maßnahmen zu definieren und umzusetzen.

⁵ Siehe hierzu insbesondere Erfahrungen aus Deutschland vor 8 Jahren: Der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von niedergelassenen und Krankenhausärzten im April/Mai 2010 im Auftrag der Bundesärztekammer. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/eHealth_Bericht_lang_final_1_.pdf

4 Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen

Im Kapitel 8 des Abschlussberichts zur Evaluierung des e-Befunds werden verschiedene Maßnahmen zur Umsetzung vorgeschlagen. Diese leiten sich aus den Ergebnissen der Befragungen sowie den Arbeiten verschiedener ELGA-Arbeitskreise ab.

In diesem Abschnitt ist eine Bewertung der Legitimität der Ableitung der vorgeschlagenen Maßnahmen aus den Befragungsergebnissen dargestellt. Zusätzlich erfolgt eine inhaltliche Bewertung ausgewählter Maßnahmen durch die wissenschaftliche Begleitung der Evaluierung des e-Befunds.

4.1 Übergreifende Anmerkungen

Grundsätzlich sollten insbesondere die „teuren“, auf der Konzept-Ebene angesiedelten Maßnahmen noch einmal daraufhin geprüft werden, ob aus den Ergebnissen der Befragung heraus bereits eine bestimmte technische Lösung (alternativlos) ableitbar ist oder ob nicht über die Evaluierung eher zunächst einmal nur eine Zielstellung identifiziert bzw. konkretisiert wurde, zu der ergebnisoffen erst die geeigneten Maßnahmen auszuarbeiten sind.

Die in den Tabellen 8.3 und 8.2 des Abschlussberichts aufgeführten Maßnahmen sind aus unserer Sicht sehr konkret formuliert und bewegen sich damit bereits auf einer eher kleinteiligen technischen Ebene. Da der Fokus hier fast durchgängig auf der Behebung erkannter Schwächen in der Nutzbarkeit des e-Befunds liegt, können gerade diese Maßnahmen „Quick Wins“ darstellen, die bereits in 2019 parallel zur weiteren Analyse der schwergewichtigeren Maßnahmen umgesetzt werden können.

Von dieser Überlegung ausgehend, sollten alle Maßnahmen in „Quick Wins“ und mittel- bis langfristig wirksame Maßnahmen unterteilt werden. Auch sollte betrachtet werden, welche Maßnahmen konzeptuelle Fragen der ELGA berühren und weitere Analysen erfordern. Gerade bei diesen ist ggf. eine Rückbesinnung auf die angestrebte Wirkung sinnvoll, um auch Umsetzungsalternativen bewerten zu können und so schrittweise einen über 2019 hinausgehenden Umsetzungsplan auszuarbeiten.

4.1.1 Symptome und Ursachen

Wie bereits in Kapitel 3 angesprochen, erfolgt in der Auswertung der Befragung keine vollständige Analyse der Ergebnisse in Bezug auf eine Differenzierung von Problemen und Symptomen. Entsprechend besteht bei der Ableitung von Maßnahmen aus den Befragungsergebnissen immer das Risiko, dass einzelne Maßnahmen lediglich Symptome adressieren ohne das wirklich dahinterstehende Problem in seinen Ursachen zu lösen.

Beispiel: Die Anforderung nach einer zentralen ELGA-Suche scheint nur ein Symptom für das Problem einer schlechten Integration der ELGA in das AIS zu sein, da diese Funktion vorrangig von Ärzten gewünscht wird, in deren AIS die ELGA e-Befunde in einer separaten Befundliste angezeigt werden (siehe hierzu Kapitel 3.1.1).

Auch bei den identifizierten Problemen sollte stärker darauf eingegangen werden, ob es sich um Wahrnehmungsprobleme (bestimmte Leistungsmerkmale werden schlecht vermittelt), AIS/KIS-induzierte Probleme (bestimmte Leistungsmerkmale sind nicht effizient/intuitiv nutzbar) oder „echte“ ELGA-Probleme (erwartete Leistungsmerkmale sind nicht vorhanden) handelt.

Beispiel: Eine wichtige Erkenntnis scheint zu sein, dass viele Nutzer den Nutzwert des ELGA e-Befunds für ihre tägliche Arbeit nicht wahrnehmen. Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich ableiten, dass ein solcher Nutzwert in der Theorie zwar gesehen wird, dieser aber in der Praxis (noch) nicht wirksam ist. Ein Beispiel ist, dass die Nutzer durchaus den Vorteil sehen, dass mit der ELGA Befunde verfügbar gemacht werden können, die sie ansonsten niemals einsehen könnten. Dies können z. B. Befunde sein, die die Krankenanstalten heute lediglich intern ablegen und dem Patienten bei der Entlassung üblicherweise nicht mitgeben. Gleichzeitig sehen die Nutzer jedoch, dass über ELGA noch nicht einmal alle Befunde vollständig verfügbar sind, die sie üblicherweise erwarten würden. Das Problem ist somit kein Wahrnehmungsproblem, sondern ein Problem eines für viele Ärzte offensichtlich nicht realisierten – aber technisch eigentlich problemlos realisierbaren – Mehrwerts, der sowohl aus einer vollständigen als auch einer gegenüber der „Papierwelt“ erweiterten Bereitstellung von Befunden besteht. Hier fehlen somit durch die Nutzer erwartete Leistungsmerkmale.

4.1.2 Herausarbeiten von Stärken (Katalysatoren)

Maßnahmen müssen nicht zwingend immer nur erkannte Schwachstellen adressieren, sondern können auch an erkannten Stärken des ELGA e-Befunds ansetzen. Ein solches „Stärken stärken“ kann ein gutes Mittel sein, um erkennbare Mehrwerte zu schaffen und den Nutzen der ELGA für die Ärzte zu erhöhen. Stärken können sich dabei sowohl aus der digitalen Umsetzung von Befunden als auch aus dem elektronischen Austausch als auch aus Synergien mit anderen ELGA-Funktionen ergeben.

Seitens der ELGA GmbH und der Systempartner sollte auf Basis der Befragungsergebnisse analysiert werden, welche weiteren Maßnahmen im Sinne eines „Stärken stärken“ umsetzbar sein können. Diese sollten dann zusammen mit den bereits vorgeschlagenen – vorrangig erkannte Schwachstellen adressierenden – Maßnahmen weiter ausgearbeitet und priorisiert werden.

4.1.3 Umgang mit Zielkonflikten

Unter den Maßnahmen zur Verbesserung der Übersichtlichkeit wird u. a. die Bereitstellung der Liste der GDA-Kontakte eines Patienten für die diesen behandelnden Ärzten genannt⁶. In den Fragebögen wird von den Ärzten gewünscht, zu erkennen, ob der Patient einzelne Befunde ausgeblendet hat (was sich allerdings in keiner Maßnahme widerspiegelt).

Beide Themen stellen einen Konflikt zwischen einem scheinbaren Informationsbedürfnis der Ärzte und dem Datenschutz der Bürger dar. Das Informationsbedürfnis ist daher scheinbar, da diese Informationen ohne ELGA auch nicht verfügbar sind; wenn der Patient heute einem Arzt nichts von einem Vorbefund sagt, dass weiß der Arzt nicht, dass ihm überhaupt eine Information fehlt. Dem gegenüber steht die Zusicherung gegenüber dem Bürger, dass er selbst entscheiden kann, welche Information er welchem Arzt zugänglich macht. Diese Zusicherung leitet sich nicht nur aus der Datenschutzgrundverordnung, sondern auch aus den grundlegenden Prinzipien der ELGA zur Herstellung des Vertrauens aller Betroffenen ab. Wir empfehlen dazu dringend eine datenschutzrechtliche Prüfung und Sicherstellung von entsprechenden datenschutzrechtlichen Garantien. Hierbei soll insbesondere das Risiko betrachtet werden, dass die ELGA seitens der Ärzte

⁶ Wobei hier auch unklar bleibt, welche Verpflichtungen sich für den Arzt hieraus ableiten. Beispiel: Ein Hausarzt überweist den Patienten zu einem Facharzt und kann anhand der Kontaktliste sehen, ob und wann er dort vorstellig wurde. Falls der Facharzt in der Kontaktliste nicht auftaucht: Darf/Soll/Muss der Hausarzt den Patienten an den Facharztbesuch erinnern und ggf. eindringlicher auf die Notwendigkeit hinweisen?

zur Kontrolle von Patienten genutzt werden kann⁷, bzw. ob hierdurch bei Patienten eine entsprechende Wahrnehmung entstehen kann.

Aber auch hier stellt sich die Frage nach Symptom und Ursache: Es ist z. B. nicht auszuschließen, dass der Wunsch nach Transparenz zu ausgeblendetem Befunden aus der Sorge der Ärzte resultiert, für Handlungen haftbar gemacht zu werden, die sich aus einem durch den Patienten selbst verantworteten Informationsdefizit begründen. Sollte diese These zutreffen, wären für die umfassende rechtliche Absicherung der Ärzte sorgende regulative Maßnahmen deutlich wirksamer als datenschutzrechtlich bedenkliche technische Maßnahmen.

4.1.4 Erstellungsprozess von e-Befunden

Auch wenn der Fragebogen vorrangig auf die lesende Nutzung abzielt, so wird aus den gegebenen Antworten doch deutlich, dass die überwiegende Zahl der von den befragten Ärzten benannten Probleme nicht aus der technischen Umsetzung der ELGA-Plattform resultieren, sondern ihren Ursprung im Prozess der Befunderstellung haben. Hinzu kommt, dass viele der benannten Probleme (insbesondere zu Übermittlungsverzögerungen und als unangemessen wahrgenommenen Inhalten) eigentlich keine spezifischen Probleme der ELGA sind, sondern gleichermaßen die „klassische“ Befundkommunikation per Brief, Fax oder Patient betreffen. Hier hätte man bei der Auswertung der Befragungen stärker herausarbeiten können, ob benannte Probleme ELGA-spezifisch sind (d. h. z. B. beim elektronischen Befundversand nicht auftreten), durch die ELGA in ihrer Auswirkung verstärkt werden oder vollkommen losgelöst von der ELGA zu betrachten (und zu lösen) sind.

Entsprechend der Ergebnisse empfehlen wir auch Maßnahmen zu definieren, über die Verbesserungen im Erstellungsprozess erzielt werden können. Ein besonderer Schwerpunkt sollte hierbei auf einem Ausschöpfen der technischen Möglichkeiten eines AIS/KIS liegen.

4.1.5 Unterstützung für Entscheider

Die zur Umsetzung vorgesehenen Maßnahmen sollen „vom ELGA-Koordinierungsausschuss priorisiert und die schrittweise Umsetzung beschlossen und in die Wege geleitet werden.“

Vor der Umsetzung der Maßnahmen sollten zu den einzelnen Maßnahmen detailliertere Betrachtungen zu den folgenden Fragestellungen vorgelegt werden:

- Wie verhalten sich Aufwand und Nutzen für die niedergelassenen Ärzte und die Ärzte in den Krankenanstalten? Wie lässt sich der Nutzen messen und überwachen?
- Werden Mehrwerte für die Ärzte geschaffen, die bei alternativen Formen des Befundaustauschs – gerade für die neu anzubindenden niedergelassenen Ärzte - nicht gegeben sind?
- Wie hoch sind die Umsetzungskosten?
- Welche Risiken bestehen in der Umsetzung und der Etablierung (z. B. Erforderlichkeit von Netzwerkeffekten)? Welche Akzeptanzrisiken bestehen und wie wird diesen begegnet?
- Welche Auswirkungen bestehen auf die identifizierten Zukunftsthemen (Anbindung Primärversorgungszentren, Anbindung weiterer Berufsgruppen, etc.)?
- Welche Auswirkungen bestehen auf die Einbindung der Bürger und deren Möglichkeiten der Kontrolle ihrer Daten?

⁷ Dieses Risiko ist vor allem dann gegeben, wenn die Bezahlung des Arztes von dem Erfolg einer verordneten Therapie abhängig ist und daher ein Interesse des Arztes besteht, die Therapietreue von Patienten möglichst engmaschig zu erfassen.

- Welche Abhängigkeiten und Synergiepotenziale bestehen zu anderen Maßnahmen?

Diese Analysen müssen nicht zwingend Aufgabe der Taskforce sein, sondern können vielmehr im Sinne einer initialen Reflektion den Einstieg in die weitere Umsetzung durch die verantwortlichen Systempartner darstellen.

4.1.6 Von der Befund-Sammlung zur Medizinischen Dokumentation

Knapp 40% der befragten niedergelassenen und ein Drittel der angestellten Ärzte geben an, dass in der ELGA zu viele e-Befunde pro Patient verfügbar sind (Frage 26 bzw. Frage 9). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die ELGA erst seit knapp drei Jahren aktiv ist; viele der ELGA-Bereiche sind sogar deutlich kürzer online. Da alleine die bereits jetzt angelegten GDA pro Monat knapp 1 Mio. Dokumente in die ELGA einspeisen, wird bereits mittelfristig die Frage nach dem Umgang mit der Quantität an verfügbaren Befunden eine hohe Relevanz gewinnen. Die vorgesehenen Maßnahmen zur verbesserten Suche und Filterung von Befunden adressieren nur die Symptomatik der steigenden Befundzahl und sind auch nur bedingt wirksam, da sie immer mit einer gewissen Fehlerquote behaftet sind (d. h. die Tatsache, dass ein Arzt bei der Stichwortsuche nach „Karzinom“ keinen Befund findet, sagt nicht zwingend aus, dass nicht doch ein Befund mit einem Hinweis auf eine Krebserkrankung existiert). Wichtig ist es daher über diese kurzfristig angelegten Maßnahmen hinaus auch Strategien und Konzepte zu entwickeln, wie

- Befunde sinnvoll geordnet werden können, z. B. nach Episoden oder medizinischen „Fällen“,
- Befunde eines Patienten besser strukturiert und miteinander verknüpft werden können, z. B. über semantische Dokumentenbeziehungen,
- neue Zugänge zu Befunden geschaffen werden können, z. B. Inhaltsverzeichnisse, Übersichtsdokumente, Hyperlinks innerhalb von Befunden, etc.
- Befunde verdichtet werden können, z. B. indem Befunde zusammengefasst werden oder redundante Informationen erkannt und markiert werden,
- Befunde verkürzt werden können, z. B. indem Informationen herausgelöst und in passende ELGA-Anwendungen (e-Medikation, etc.) „ausgelagert“ werden können,

Wichtig ist dabei, dass die gewählten Lösungen die technischen Möglichkeiten digitaler Plattformen und Dokumente berücksichtigen; es macht wenig Wert, wenn CDA vorrangig genutzt wird, um schöneres PDF zu rendern. Ziel muss die tiefe AIS Integration sein – vom automatischen Einsortieren der Daten in eine granulare interne Akte bis hin zur Nutzung der Daten für Patientensicherheit und Entscheidungsunterstützung. Hierzu muss aber in jedem Fall parallel auch die Qualität der Befunde in Bezug auf eine maschinelle (Vor-)Verarbeitung und semantische Auswertbarkeit verbessert werden.

4.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Vollständigkeit

Die im Abschlussbericht vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Vollständigkeit greifen wesentliche Ergebnisse der Befragungen auf und adressieren wichtige Erwartungen der Nutzer an eine nutzwerte Befundkommunikation. Wie in Abschnitt 3.1.2 ausgeführt, sollte diesen Maßnahmen eine hohe Priorität und Dringlichkeit zugewiesen werden.

4.2.1 Maßnahme: Patient Summary bereitstellen

In Kapitel 8.2.1 des Abschlussberichts zur Evaluierung des e-Befunds wird eine automatische Erstellung des Patient Summary suggeriert⁸. Hier müssen in jedem Fall auch alternative

⁸ „Auch eine automatisch erstellte Zusammenfassung von Befunden (im Sinne eines „Patient Summary“) wird gewünscht“

Lösungsansätze erarbeitet und diskutiert werden. Dies gilt umso mehr, als dass der Wunsch nach einer Patient Summary durchaus eher ein Symptom für andere Probleme sein kann, bzw. bei richtiger Umsetzung weitere der benannten Schwachstellen der aktuellen Umsetzung mit lösen kann:

- In der Befragung wurde seitens der Ärzte gewünscht, medizinische Inhalte in der Übersichtsliste anzuzeigen. Dieser Wunsch könnte aber ebenso wie der Wunsch nach einer Patient Summary nur ein Symptom für das Problem sein, dass der Zugang zu ELGA e-Befunden aktuell vorrangig über administrative Daten möglich ist (Datum der Bereitstellung, bereitstellende Einrichtung, etc.) und daher ein starker Wunsch besteht, auch medizinisch motivierte Zugänge zur Verfügung zu haben. Beispiele für solche medizinisch motivierten Zugänge sind Möglichkeiten der Suche nach allen Befunden zu einer Behandlungsepisode⁹ oder nach allen Befunden zu einem bestimmten medizinischen Problem. Ggf. sind solche medizinischen und fokussierten Zugänge für die Ärzte deutlich hilfreicher als eine automatisch generierte Patient Summary, die Informationen eher in der Breite als in der Tiefe bereitstellt.
- Eine Patient Summary kann nicht nur als Übersicht zum Patienten, sondern auch als Übersicht über den zum Patienten verfügbaren Dokumenten angelegt sein (z. B. in Form eines Inhaltsverzeichnisses oder eines Index). Hier ist zu klären, welche Schwerpunktsetzung den größten Nutzwert bietet.
- Eine „klassische“ Patient Summary im Sinne einer Patientenkurzakte (*Continuity of Care Record*) erscheint vor allem geeignet, die Anforderungen von Ärzten beim Erstkontakt mit einem zuvor unbekanntem Patienten zu adressieren. Ärzte, bei denen ein Patient bereits bekannt ist, werden hingegen wenig Interesse aufbringen, vor jedem Besuch des Patienten zunächst dessen Patientenkurzakte zu lesen. Hier ist vermutlich mehr Bedarf an einer Journal-Akte, aus der schnell ersichtlich ist, welche relevanten, neuen Informationen innerhalb der letzten Monate oder Quartale zu dem Patienten erfasst wurden.

Die Patient Summary muss immer als Ergänzung zu der Dokumentation im AIS/KIS gesehen werden. Nutzwert und Nutzbarkeit entstehen nur, wenn dieses Zusammenspiel effizient umgesetzt ist und die Hersteller von AIS/KIS Lösungen bereitstellen, in denen eine möglichst automatische Übernahme von Informationen aus einer zentral bereitgestellten und gepflegten Patient Summary in das AIS/KIS erfolgt.

Auch muss es möglich sein, dass im AIS/KIS vorgenommene, für die Patient Summary relevante, Eintragungen direkt auch in die Patient Summary zu schreiben. Es sollte klar sein, dass eine aktuelle und vollständige Patient Summary nicht nur aus einer automatischen Zusammenführung von Daten aus ELGA e-Befunden entstehen kann. e-Befunde werden nur angelegt, wenn eine explizite einrichtungsübergreifende Kommunikation erfolgt (z. B. bei einer Entlassung aus dem Spital für die Information der nachbehandelnden Ärzte). Wenn der Hausarzt bei einem Patienten eine Erstmanifestation eines Diabetes-II erfasst, dann tut er dieses über einen herstellerspezifisch kodierten Eintrag in seinem AIS. Ohne eine aus dem AIS heraus unterstützte automatisierte oder manuelle Übernahme dieser Information in die Patient Summary wird diese dort nicht sichtbar werden und die Patient Summary damit an einer wesentlichen Stelle unvollständig sein.

⁹ Beispielsweise bietet IHE über die *referencelist* die Möglichkeit der Zuordnung von Dokumenten zu Aufenthalten im Spital, die über Kommunikationsserver unmittelbar aus HL7v2 Nachrichten gesetzt werden kann.

Aus den Ergebnissen der Befragungen zu der Funktionalität und Usability der Umsetzung des ELGA e-Befunds durch die AIS/KIS-Hersteller lässt sich die Annahme, dass die Hersteller willens und/oder in der Lage sein werden, eine für die Ärzte nutzwerte und nutzbare Synchronisation der lokalen Dokumentation mit einer zentralen ELGA Patient Summary umzusetzen, nicht begründen. Es erscheint uns daher sinnvoll, hier zunächst nach einfacheren, pragmatischeren Lösungen zu suchen, die auch realistischerweise über AIS/KIS angemessen umgesetzt werden können und am Ende nicht doch nur auf eine durch die Ärzte zu leistende Mehrfachdokumentation hinauslaufen.

4.2.2 Maßnahmen: Weitere Befundarten bereitstellen

Für die benannten weiteren Befunddaten sowie die neu anzubindenden Arten von GDA sollte erfasst werden, welche Quantität an neu für die ELGA verfügbar werdenden Befunden damit einhergeht.

Für die benannten weiteren Befunddaten sollte aus der Befragung heraus untersucht werden, für welche Arztgruppen diese Befunde relevant sind, wie groß diese Gruppen sind und wie viele dieser Ärzte bereits an ELGA angebunden sind. Beispielsweise wird der Wunsch nach Bereitstellung des Pathologiebefunds vor allem durch Fachärzte und Spitalsärzte geäußert. Dies sollte bei der Priorisierung und Roll-Out-Planung berücksichtigt werden.

Bei der Diskussion um die neu einzuführenden Befundarten sollte berücksichtigt werden, dass bei den niedergelassenen Ärzten die Zustimmung zu der Aussage „Ich erwarte, dass ELGA Befunde bereitstellt, die mir bisher nicht zugänglich waren“ deutlich größer war als zu der Aussage „Ich erwarte, dass alle relevanten Befunde der vorigen Behandlungen über ELGA verfügbar sind“. Hier sollte noch einmal nachgefasst werden, ob die Ärzte hier ggf. auch Dokumente im Blick haben, die in der Abfrageliste nach gewünschten neuen Anwendungen/Dokumenten nicht enthalten waren.

4.2.3 Maßnahme: Entlassungsbefunde unverzüglich bereitstellen

Anhand der in ELGA verfügbaren Protokolldaten und Dokumente sollte parallel zur Umsetzung der vorgeschlagenen technischen Verbesserungen analysiert werden, ob es sich bei der verspäteten Befundbereitstellung nicht ggf. um ein Wahrnehmungsproblem handelt, bei dem einzelne extrem verspätet bereitgestellte Befunde die Wahrnehmung eines ansonsten positiven Gesamtbilds beeinflussen.

Über die von der Taskforce vorgeschlagenen Aktivitäten hinausgehende Maßnahmen sollten erst nach dieser Auswertung objektiver Daten definiert werden.

4.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Übersichtlichkeit

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Übersichtlichkeit betreffen sowohl die AIS/KIS-Hersteller auch die zentralen Dienste der ELGA. Wir empfehlen dringend, vor einer weiteren Ausgestaltung und Umsetzung dieser Maßnahmen eine vertiefte Analyse der Anforderungen der Ärzte an den Zugang zum ELGA e-Befund durchzuführen (siehe hierzu Kapitel 5.1).

4.3.1 Maßnahmen: Sortieren, Filtern, Suchen über AIS/KIS

Unsere These ist, dass es seitens der Hausärzte und der Fachärzte grundsätzliche unterschiedliche Erwartungen an den Zugang zu den Dokumenten gibt, die auch jeweils spezifische Maßnahmen erfordern (siehe hierzu auch Kapitel 3.2 und 5.1). Hier müssen typische Konstellationen des Patientenkontakts der einzelnen Arztgruppen intensiver betrachtet werden, um klare Anforderungen an Such-, Sortier- und Filterfunktionen zu erhalten. Erfolgt dies nicht, besteht ein großes Risiko, dass

am Ende eine vermeintliche „one-fits-all“-Lösung entsteht, die in der Praxis dann keiner Arztgruppe wirklich gerecht wird.

Auch die in Kapitel 3.1.1 ausgeführten Wechselwirkungen der ELGA-Integration im AIS mit der Arbeitsorganisation sollten bei der weiteren Ausdifferenzierung der Maßnahmen stärker berücksichtigt werden, da nach unserer Einschätzung die angemerkten Mängel beim Suchen und Filtern von Daten zumindest teilweise auch nur ein Symptom für eine durch Schwächen der eingesetzten Software bedingte schlechte Integration des e-Befunds in die Praxisorganisation und – abläufe sind.

4.3.2 Maßnahme: Suchfunktion zentral bereitstellen

Die Ergebnisse der Evaluation liefern keinen Beleg für die Notwendigkeit einer zentralen Suchfunktion. Alle hierzu ggf. heranziehbaren Befragungsergebnisse sind lediglich Symptome einer ungenügenden Umsetzung entsprechender Funktionen im AIS/KIS sowie der ebenfalls oftmals unzureichenden Integration der ELGA in die genutzten AIS/KIS (z. B. separate Befundlisten).

Die Bereitstellung einer zentralen Suchfunktion ist eine extrem „teure“ Maßnahme, da sie unmittelbar die Architektur der ELGA betrifft und Auswirkungen auf so ziemlich alle Komponenten der ELGA haben wird. Die Befragung liefert keinen Hinweis darauf, dass die Umsetzung dieser Maßnahme irgendeinen relevanten Nutzen oder Mehrwert für die Ärzte bietet.

4.3.3 Maßnahme: Registerdaten qualitätssichern und verbessern

Das in diesem Kontext am häufigsten benannte Problem ist, dass der Titel eines über die ELGA bereitgestellten Dokuments oftmals/zuweilen keinen Rückschluss auf die Art des Dokuments zulassen. Diese Klassifizierung sollte jedoch eigentlich anhand von anderen XDS-Metadaten (classCode, typeCode, formatCode) erfolgen. Die Frage ist hier abermals nach Symptom und Ursache:

- Denkbar ist hier, dass im intramuralen Bereich die Ursache darin zu suchen ist, dass die im Rahmen der Befunddarstellung angezeigten Metadaten unvollständig oder falsch gesetzt sind (ggf. in Konjunktion mit einer unzureichenden Aufbereitung der Metadaten bei der Anzeige), so dass der Dokumententitel einen höheren Informationsgehalt tragen muss, als eigentlich vorgesehen.
- Im extramuralen Bereich ist dieses Thema nur für die Fachärzte als sehr relevant bewertet worden. Die Vermutung ist hier, dass diese Ärzte vorrangig gezielt nach bestimmten Befunden suchen wollen (siehe auch Kapitel 3.2) und aufgrund einer im AIS unzureichend umgesetzten Suche über den Metadaten auf die Dokumententitel angewiesen sind.

Bevor an dieser Stelle Maßnahmen aufgesetzt werden, sollte daher in jedem Fall bei den von dieser Problematik betroffenen Krankenanstalten und Facharztpraxen eine vertiefte Ursachenforschung betrieben werden.

Davon abgesehen, halten wir es für richtig und wichtig, die Metadaten grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen. Die Profilierung der XDS-Metadaten für die ELGA hat 2015 sehr bottom-up getrieben stattgefunden, indem man sich mangels Praxiserfahrungen sehr stark an den IHE-Vorgaben ausgerichtet hat. Nach drei Jahren des Echtbetriebs sollten nunmehr ebendiese Praxiserfahrungen vorliegen, so dass man eine Neudefinition einiger Metadaten nach einem aus den Anforderungen getriebenen Top-Down-Ansatz durchführen kann:

- Wonach wird – in Abhängigkeit von der Art des Patientenkontakts - gesucht und wie kann man das unterstützen?
- Welche Informationen werden bei der Anzeige gewünscht und wie kann man deren Qualität und Vollständigkeit absichern?

Es ist hierbei aus unserer Sicht vollkommen legitim, den Satz der auszufüllenden Metadaten drastisch auf die wirklich für Suche und Anzeige erforderlichen Daten zu reduzieren und ggf. auch abweichend von den IHE Vorgaben zusätzliche ELGA-spezifische Metadaten einzuführen.

4.3.4 Maßnahme: Vorherige ELGA-GDA-Kontakte anzeigen

Wir halten diese Maßnahme nicht nur für datenschutzrechtlich bedenklich, sondern auch für eine erhebliche Gefährdung des Vertrauens der Bürger in die ELGA. Entsprechend sollte eine detaillierte datenschutzrechtliche Prüfung erfolgen (siehe hierzu auch Kapitel 4.1.3).

4.4 Maßnahmen zur Verbesserung der technischen Qualität der e-Befunde

Die für das strategische Ziel der Verbesserung der technischen Qualität definierten Maßnahmen adressieren technische Detailprobleme und zielen damit vorrangig auf kurzfristig erreichbare Detailverbesserungen ab. Deren Relevanz und Wirksamkeit wird jedoch entscheidend davon abhängen, inwieweit es gelingt, sie in eine größer und langfristig angelegte Vision von einer über Anzeige und Druck hinausgehenden Verarbeitung von e-Befunden einzubetten.

Die Forcierung einer erhöhten Strukturqualität macht z. B. vor allem dann Sinn, wenn damit neue und insbesondere über Papierdokumente nicht realisierbare Mehrwerte einhergehen. Hierzu gehört in jedem Fall das im Abschlussbericht angesprochene Thema des Zusammenspiels mit dem Medikationsmanagement. Hier sollte aber über die Integration mit einem Medikationsmodul im AIS/KIS hinaus auch überlegt werden, welche Synergien und Beiträge zur Patientensicherheit sich z. B. aus einer Verzahnung mit der ELGA e-Medikation ergeben können.

Eine solche Ausweitung des Betrachtungsgegenstands ist auch erforderlich, um hier nicht in ein „Henne-Ei-Problem“ zu laufen: Die Hersteller setzen eine gute Integration der ELGA auf der Empfängerseite des e-Befunds nicht um, weil die eingestellten e-Befunde eine unzureichende Strukturqualität haben und zu oft auch fehlerhaft sind. Die Hersteller setzen eine hohe Strukturqualität auf der Senderseite nicht um, weil die empfangenden AIS/KIS die Daten sowieso nur als PDF rendern und anzeigen, aber keinen sinnvollen Nutzen aus den CDA-Level-3-Daten ziehen.

Von daher müssen Maßnahmen zur Verbesserung der technischen Qualität immer beide Seiten – Erstellung und Verarbeitung – betrachten. Im konkreten Fall sollten auch verbindliche Anforderung an die AIS formuliert werden, die die Verarbeitung strukturierter Dokumenteninhalte betreffen.

4.5 Maßnahmen zur Reduktion des Zeitaufwands

Das Thema Performanz muss – wie im Abschlussbericht auch ausgeführt - zwingend anhand von gemessenen Daten analysiert werden. Soweit für eine vollständige Analyse erforderlich, sollte als weitere Maßnahme eine Ausweitung der Protokollierung zur besseren Aufdeckung von Performanzschwachstellen vorgesehen werden. Die an anderer Stelle kolportierten Zahlen zu

Abrufzeiten für e-Befunde¹⁰ sind nicht akzeptabel und müssen mit hoher Dringlichkeit untersucht werden.

Aus dem dezentralen Aufbau der ELGA Plattform ergibt sich zusätzlich das Problem, dass die Performanz der gesamten Befundkommunikation durch die Performanz des langsamsten ELGA-Bereichs bestimmt wird. Von daher empfehlen wir dringend, hier nicht nur die Performanz und Verfügbarkeit der Netze und Zentralkomponenten zu untersuchen, sondern insbesondere auch die Performanz des Befundabrufs aus den einzelnen ELGA-Bereichen näher zu analysieren. Sollten sich hier Ausreißer mit einem auffallend schwachen Antwortverhalten zeigen, muss ein politischer Rahmen geschaffen werden, um solche Probleme zukünftig zu vermeiden.

Die Maßnahme zur Neuregelung des situativen Opt-Out ist sinnvoll und überfällig.

4.6 Maßnahmen zur Verbesserung des Vertrauens in die ELGA

Aus unserer Sicht ist es das schon fast wichtigste Ergebnis der Evaluierung des e-Befunds, dass die Themen Schulung, Information und Unterstützung mit höchster Priorität und Intensität angegangen werden müssen. Offensichtlich sind hier die bisherigen Maßnahmen in Form von Leitfäden und technischen Vorgaben nicht ausreichend. Daher erscheint es uns wenig erfolgversprechend, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen im Wesentlichen nur neue Inhalte, aber keine neuen Formate und Kommunikationswege beinhalten.

Wesentliche, aus den Ergebnissen der Befragung ableitbare Themen betreffen die Integration des e-Befunds in Strukturen und Abläufe (siehe auch 3.1.1), die effiziente Nutzung des AIS/KIS im Umgang mit e-Befunden (siehe auch 3.1.2) und die Vermittlung von Rechtssicherheit (siehe auch 4.1.3). Zu jedem dieser – und ggf. weiteren – Themen sollte im ersten Schritt überlegt werden, welche Kanäle und Multiplikatoren idealerweise genutzt werden können/sollen, um die Ärzte auch wirklich zu erreichen und eine ausreichende Awareness zu erzeugen. Erst auf dieser Basis können dann Maßnahmen definiert werden.

Dieses Thema betrifft alle ELGA Systempartner gleichermaßen und kann nur gemeinsam bewältigt werden. Gleichzeitig ist es aus unserer Sicht essentiell für den Erfolg der Anbindung der niedergelassenen Ärzte an die ELGA.

5 Empfehlungen

Die meisten der aus der Evaluation erkennbaren und im Bericht der ELGA genannten Probleme (Unvollständigkeit, mangelnde Übersichtlichkeit, Ineffizienzen in der Nutzung, etc.) lassen sich auf nur zwei Ursachen zurückführen:

- Unzureichende Integration der ELGA Befundkommunikation in Strukturen und Prozesse in Praxen und Kliniken
- Unzureichende Unterstützung der ELGA Befundkommunikation in vielen der von den Ärzten genutzten Softwaresystemen

¹⁰ Pressekonferenz der ÖÄK: „Zwischenbilanz ELGA“ vom 6.12.2018. U. a. auszugsweise veröffentlicht in med.ium 11+12/2018 (Seite 6-7)

Verstärkt werden die hieraus resultierenden Probleme durch den unzureichenden Informationsstand vieler Nutzer zum e-Befund und seiner Umsetzung in AIS/KIS.

Wir empfehlen daher, zwei weitere Maßnahmen vorzusehen, die die genannten grundlegenden Probleme unmittelbar adressieren.

5.1 Fachkonzepte entwickeln

In Zusammenarbeit mit den Betroffenen müssen prototypische Szenarien der Nutzung von e-Befunden identifiziert und in Form von Anwendungsfällen und/oder Fachkonzepten ausgearbeitet werden. Beispiele für solche Szenarien sind:

- Begleitung eines multimorbiden, älteren Patienten durch den Hausarzt
- Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt
- Fachärztliche onkologische Versorgung
- Einholen einer Zweitmeinung durch den Bürger
- Ambulant durchgeführter Eingriff

Für jedes Szenario muss ausgearbeitet werden, welche Informationsbedürfnisse bestehen und welche Zugänge zum e-Befund sinnvoll sind, um diese zu bedienen. Es ist weiters pro Szenario auszuarbeiten, wie die Integration in die Organisations- und Ablaufstrukturen idealerweise aussehen sollte, um den größten Nutzwert und den geringsten Aufwand zu erreichen.

Als erfolgskritisch identifizierte, über AIS/KIS bereitzustellende Funktionen müssen in den verbindlichen Umsetzungskatalog der Hersteller aufgenommen werden.

5.2 Zentrale vs. Dezentrale Funktionen

Am Beispiel der Suche wird deutlich, dass es keine klaren Festlegungen gibt, welche Funktionalitäten zentral in der ELGA-Plattform und welche dezentral in den Bereichen oder sogar in den einzelnen AIS/KIS umgesetzt werden sollen. Funktionen wie die Volltextsuche über e-Befunde, die Wechselwirkungsprüfung über verordneten Arzneimitteln oder die Erinnerung an anstehende Auffrischungsimpfungen können technisch gesehen auf allen drei Ebenen (ELGA, Bereich, AIS/KIS) realisiert werden.

Eine strukturierte und nachhaltige Weiterentwicklung der ELGA-Architektur ist nur möglich, wenn es Konzepte und Regeln gibt, nach denen die Zuordnung von Funktionalitäten zu diesen Umsetzungsebenen entschieden werden kann. Hierbei sind auch wirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen. Da mit dem Thema „Suche“ (siehe auch Kapitel 4.3.2) hier ein erster Präzedenzfall anliegt, haben entsprechende Festlegungen eine hohe Dringlichkeit.

Fatal wäre es in diesem Kontext, wenn sich für die betroffenen Ärzte das Bild verfestigt, dass eine Umsetzung von Funktionalitäten innerhalb der ELGA für sie kostenlos erfolgt, während die Umsetzung derselben Funktion im AIS/KIS die Anschaffung eines kostenpflichtigen Zusatzmoduls erfordert. Hier ist sicherzustellen, dass nutzwerte und für eine hohe Nutzungseffizienz erforderliche Funktionalitäten der ELGA für die Ärzte nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, sofern deren Umsetzung im AIS/KIS erfolgen soll. Aus der Evaluierung des e-Befunds lässt sich vermuten, dass aktuell viele eigentlich für eine komfortable ELGA-Nutzung erforderlichen Funktionen nicht in den geförderten Basisvarianten der AIS/KIS enthalten sind, sondern nur als Add-Ons zugekauft werden können. Hier sollte der zur Förderung berechtigende Funktionsumfang überprüft und ggf.

ausgeweitet werden. Es muss vor der Anbindung der niedergelassenen Ärzte an den ELGA e-Befund sichergestellt sein, dass alle erforderlichen Zugänge zum e-Befund mit ausreichendem Nutzenkomfort in allen zum Einsatz kommenden AIS umgesetzt sind. Zusammen mit der parallel umzusetzenden Schulung/Information ist dies aus unserer Sicht der entscheidende Faktor für den Erfolg einer ELGA-Ausweitung in den extramuralen Bereich hinein.

Im Sinne der Herstellung von Akzeptanz und Vertrauen kann es daher zusätzlich sinnvoll sein, die Ärzte geeignet zu unterstützen, wenn diese von einem AIS mit rudimentärer ELGA-Unterstützung zu einem AIS mit einer tieferen Integration des e-Befunds wechseln möchten. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die in Kapitel 3.1.1 aufgeworfene These bestätigen sollte, dass Funktionsbeschränkungen des AIS/KIS unmittelbar auch eine effiziente Integration der ELGA in die Strukturen und Abläufe einer Arztpraxis bzw. Klinik behindern.