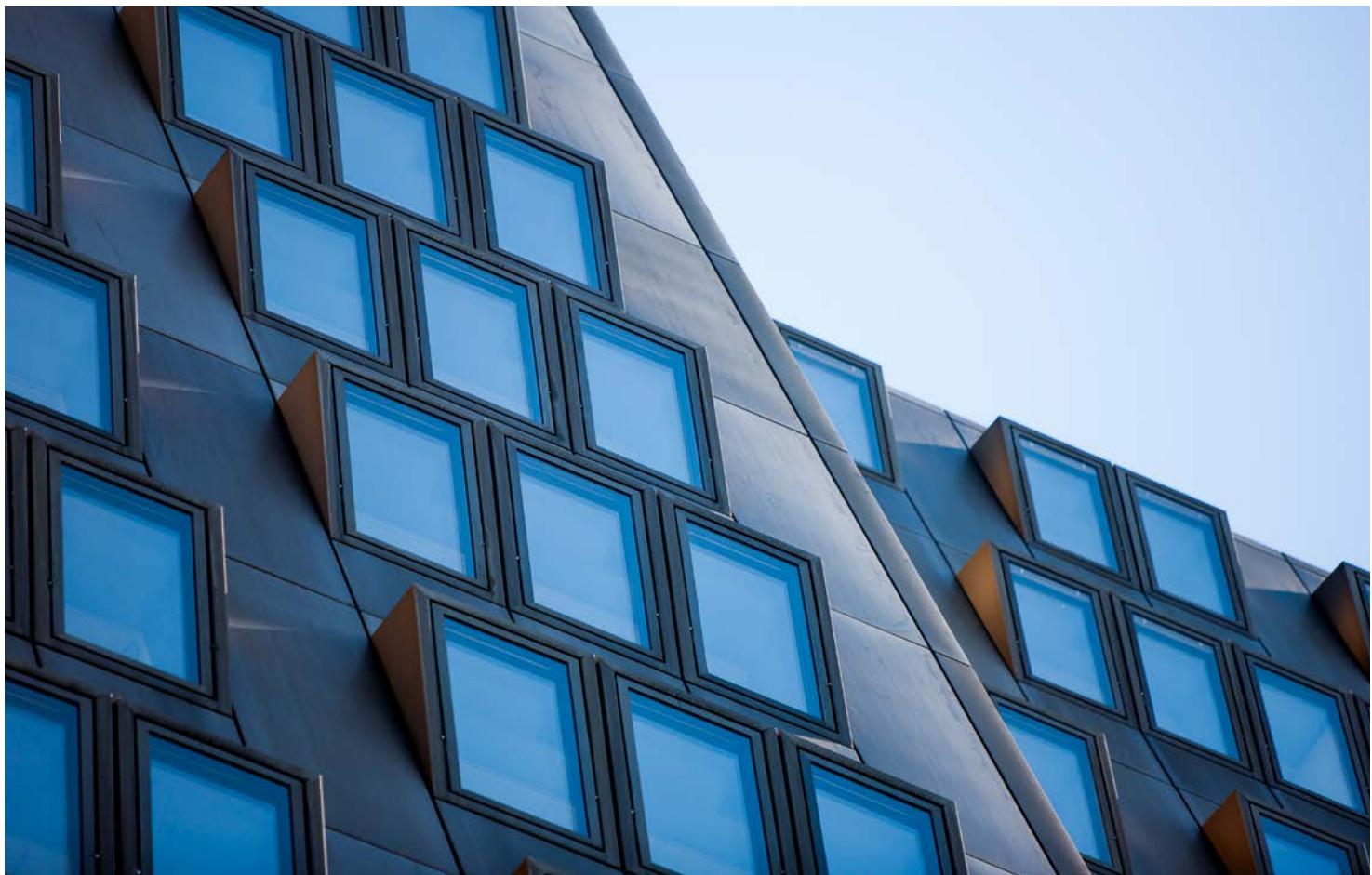




Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH

Reihe BUND 2024/32 Bericht des Rechnungshofes





Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebrauchsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinander gereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1030 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Oktober 2024

AUSKÜNFTEN

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

facebook/RechnungshofAT

Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, S. 6: Rechnungshof/Achim Bieniek

Seite 11, 49: iStock.com/wabero



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Prüfungsziel	7
Kurzfassung	7
Zentrale Empfehlungen	14
Zahlen und Fakten zur Prüfung	15
Prüfungsablauf und –gegenstand	17
Grundlagen der Digitalisierung im Gesundheitswesen	18
Nutzen, Ziele und Strategie	18
Rechtlicher Rahmen	23
Aufgaben der ELGA GmbH	30
Steuerung	33
Entscheidungsstrukturen	33
Planung	37
Monitoring und Berichtswesen	39
Kennzahlen	43
Umsetzung von ELGA	47
Allgemeines	47
Technische Infrastruktur	48
eBefund	53
eMedikation und eRezept	59
elmpfpass	64
Finanzierung	67
Allgemeines	67
Budgetierung von ELGA	69
Ist-Kosten von ELGA	72
Finanzierung der ELGA GmbH	74
Schlussempfehlungen	78
Anhang A	84
Anhang B	86
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger	86



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Finanzierung für ausgewählte ELGA–Komponenten und –anwendungen	68
Tabelle 2: Budget von ELGA für 2018 bis 2023 (gemeinschaftlich finanziert)	70
Tabelle 3: Kenndaten ELGA GmbH	75



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Zielbild eHealth 2030“ gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 2. Juli 2021	20
Abbildung 2: Entscheidungsstrukturen laut „ELGA Governance 2019“	34
Abbildung 3: Technische Infrastruktur von ELGA	49
Abbildung 4: eBefunde aus vier Ländern (drittes Quartal 2023)	54
Abbildung 5: Verwendung eBefund (drittes Quartal 2023)	55
Abbildung 6: In ELGA erfasste Impfungen (drittes Quartal 2023)	65



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BRZ GmbH	Bundesrechenzentrum Gesellschaft mit beschränkter Haftung
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FAG	Finanzausgleichsgesetz
f(f).	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ID	Identitätsnachweis
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IKT	Informations– und Kommunikationstechnologie
IT	Informationstechnologie
ITSV GmbH	IT–Services der Sozialversicherung GmbH
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
Nr.	Nummer
PR	Public Relations
rd.	rund
RH	Rechnungshof
Rz	Randzahl



S. Seiten
SVC GmbH Sozialversicherungs–Chipkarten Betriebs– und
Errichtungsgesellschaft m.b.H.

TZ Textzahl

u.a. unter anderem

z.B. zum Beispiel



Eine vollständige Elektronische Gesundheitsakte kann Gesundheitsdiensteanbietern sowie Patientinnen und Patienten einen Gesamtüberblick über Erkrankungen und Behandlungen bieten. Dies könnte u.a. unnötige Doppeluntersuchungen vermeiden und die Qualität, Effektivität sowie Effizienz der gesundheitlichen Versorgung steigern.

STEUERUNG UND UMSETZUNG

Der Bund, die Länder und die Sozialversicherung (Systempartner der Zielsteuerung–Gesundheit) einigten sich bereits im Jahr 2004 auf die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA. Im Jahr 2009 errichteten sie die ELGA GmbH, die den Aufbau der erforderlichen technischen Infrastruktur bis Dezember 2015 erfolgreich koordinierte. Danach unterblieben eine Neudeinition der Aufgaben der ELGA GmbH und eine Festlegung konkreter Ziele für die Nutzung bzw. Weiterentwicklung von ELGA. Die Entscheidungsstrukturen, die ELGA und damit verbundene eHealth-Angelegenheiten betrafen, waren mit über 20 Gremien unübersichtlich, enthielten Parallelstrukturen und banden beträchtliche Personalressourcen. Zudem waren Aufgaben und Zusammenwirken der Gremien nicht ausreichend klargestellt. Für die bisher durch ELGA insgesamt verursachten Kosten fehlte eine Übersicht.

Die maßgebliche Rechtsgrundlage für ELGA war das Gesundheitstelematikgesetz 2012, das in seinen Inhalten teilweise nicht konsistent und schwer lesbar war. Insbesondere erlaubten die Regelungen zur Speicherverpflichtung für ELGA–Gesundheitsdiensteanbieter unterschiedliche Interpretationen, was die Steuerung von ELGA und ihre Weiterentwicklung erschwerte.

Dies bewirkte, dass die Nutzung von ELGA zwar bereits seit Dezember 2015 möglich war, aber bis zur Zeit der Geburtsüberprüfung die in ELGA gespeicherten Gesundheitsdaten in den Anwendungen eBefund, elmpfpass und eMedikation noch nicht vollständig waren.

VERBESSERUNGSPOTENZIAL

ELGA kann ihr Potenzial dann voll entfalten, wenn die Gesundheitsdiensteanbieter die Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten vollständig speichern und sie verwenden. Dazu müssen die Speicherverpflichtungen rechtlich klargestellt und muss die Nutzung von ELGA erleichtert werden, u.a. durch ein „Patient Summary“ und die Aufbereitung der Daten in strukturierter und gut durchsuchbarer Form. Dies erfordert eine effiziente Steuerung durch die Systempartner, klare Verantwortlichkeiten und Entscheidungsstrukturen sowie eine Neuausrichtung insbesondere der Aufgaben der ELGA GmbH.



WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von Juli 2023 bis Dezember 2023 die ELGA GmbH, das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und den Dachverband der Sozialversicherungsträger mit dem Schwerpunkt Elektronische Gesundheitsakte ELGA.

Prüfungsziel war es, die Vorgaben für die ELGA GmbH auf ihre Eignung zur Erreichung der Ziele von ELGA, die Organisation und Steuerung der ELGA GmbH, das System der Finanzierung von ELGA und der ELGA GmbH sowie den Umsetzungsstand von ELGA zu beurteilen.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2018 bis 2022.

Kurzfassung

Grundlagen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Der Nutzen von „Gesundheitstelematik“ und „eHealth“ für die Qualität und Dokumentation der Gesundheitsversorgung sowie das damit verbundene ökonomische Potenzial waren bei Bund, Ländern und Sozialversicherung umstritten. ([TZ 2](#))

Nach dem Aufbau der technischen ELGA–Infrastruktur und dem Start der Elektronischen Gesundheitsakte (**ELGA**) im Dezember 2015 formulierte das Gesundheitsministerium keine weiteren konkreten Ziele, wie das digital unterstützte österreichische Gesundheitswesen aussehen sollte. Das im Juli 2021 von der Bundes–Zielsteuerungskommission beschlossene „Zielbild eHealth 2030“ beschränkte sich darauf, die Komplexität der bestehenden Systeme reduzieren und Konvergenz zwischen ihnen herstellen zu wollen. Die Bundes–Zielsteuerungskommission beauftragte Ende 2022 eine Arbeitsgruppe, eine Vision und daran ausgerichtete Ziele in Form einer „österreichischen eHealth–Strategie“ zu erstellen. Hierfür lag im Herbst 2023 eine Diskus-



sionsgrundlage vor, die den Verordnungsentwurf der Europäischen Kommission zum europäischen Raum für Gesundheitsdaten unberücksichtigt ließ. ([TZ 2](#))

Dieser Verordnungsentwurf sah eine deutliche Veränderung des rechtlichen Rahmens für die EU-weite Nutzung elektronischer Gesundheitsdaten vor; dies betraf die Nutzung der Daten sowohl für die Gesundheitsversorgung (Primärnutzung) als auch für Forschung, Innovation und Gesundheitspolitik (Sekundärnutzung). Österreich war an die grenzüberschreitende IT-Infrastruktur zum sicheren Austausch von personenbezogenen Gesundheitsdaten (MyHealth@EU) noch nicht im Regelbetrieb angebunden; für Ende 2024 war die Inbetriebnahme der elektronischen Verschreibung als erster MyHealth@EU-Dienst durch Österreich geplant. ([TZ 3](#))

Die rechtlichen Grundlagen für ELGA auf nationaler Ebene waren vor allem das Gesundheitstelematikgesetz 2012 sowie die darauf basierende ELGA-Verordnung 2015. Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 war in seinen Inhalten teilweise nicht konsistent und schwer lesbar. Insbesondere erlaubten die Regelungen zur Speicherpflicht für Gesundheitsdiensteanbieter unterschiedliche Interpretationen. Dennoch unterblieb eine umfassende Novellierung. Im Gesetz vorgesehene Rechte der Patientinnen und Patienten zur Einschränkung ihrer Teilnahme an ELGA, z.B. das situative Opt-out, waren der Vollständigkeit von ELGA abträglich. ([TZ 4](#))

Die Gesellschafter der ELGA GmbH (Gesundheitsministerium, Dachverband der Sozialversicherungsträger und Länder bzw. deren Gesundheitsfonds) hatten die Aufgaben der Gesellschaft insbesondere auf den Aufbau der ELGA-Infrastruktur ausgerichtet, der im Wesentlichen seit 2015 abgeschlossen war. Bund und Länder bekannten sich im Jahr 2017 in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in der Folge: **Reformvereinbarung**) zur Notwendigkeit einer Neuausrichtung der ELGA GmbH für die Weiterentwicklung von ELGA. Sie setzten im überprüften Zeitraum 2018 bis 2022 als Gesellschafter gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger aber keine entsprechenden Maßnahmen. Auch das „Zielbild eHealth 2030“ und die Diskussionsgrundlage für eine österreichische eHealth–Strategie vom Herbst 2023 enthielten keine Aussagen darüber, welche Aufgaben die ELGA GmbH in Zukunft übernehmen und welche Rolle ihr bei der Verfolgung der Ziele zukommen sollte. In der Praxis ergaben sich die laufenden Aufgaben der ELGA GmbH daher aus den von Bund, Ländern und Sozialversicherung in der Generalversammlung beschlossenen Jahresarbeitsprogrammen. Eine über den Zeitraum eines Jahres hinausgehende Planung der Aufgaben und der Finanzierung gab es nicht. ([TZ 5](#), [TZ 7](#))



Steuerung

In die Entscheidungsprozesse zu ELGA und zu den damit verbundenen eHealth-Angelegenheiten waren im Jahr 2023 neben den Organen der ELGA GmbH über 20 Gremien eingebunden. Diese Gremien waren teils im Syndikatsvertrag vorgesehen, teils im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit zuständig oder sie wurden im Lauf der Zeit von den Systempartnern (Bund, Länder und Sozialversicherung) bzw. von den bereits bestehenden Gremien temporär oder dauerhaft eingesetzt. Sie banden bei Bund, Ländern, Sozialversicherung und ELGA GmbH beträchtliche Personalressourcen. Insbesondere die Fachgruppe eHealth (Zielsteuerung–Gesundheit) und der für ELGA eingerichtete ELGA–Koordinierungsausschuss waren personell und inhaltlich eng miteinander verwoben, was zu Parallelstrukturen und mitunter unklaren Entscheidungskompetenzen führte. Dass die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Gremien sowie ihr Zusammenwirken zum Teil nicht schriftlich festgelegt waren, trug zusätzlich zur Unübersichtlichkeit der Entscheidungsstrukturen bei. Die Gesellschafter der ELGA GmbH erwogen, einen Aufsichtsrat einzurichten; die Entscheidung darüber war offen. ([TZ 6](#))

Die ELGA GmbH plante die Erbringung ihrer Dienstleistungen in Jahresarbeitsprogrammen. Diese waren nicht mit allfälligen strategischen Vorgaben der Gesellschafter verknüpft. Nicht alle geplanten Vorhaben waren hinreichend für eine Prüfung der Zielerreichung konkretisiert. ([TZ 7](#))

Ein bundesweites Berichtswesen zur Evaluierung der Nutzung von ELGA durch die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister unterblieb ebenso wie eine in der Reformvereinbarung vorgesehene Evaluierung durch die Bundesgesundheitsagentur. Das Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit war für die Steuerung von ELGA nur eingeschränkt geeignet. Zur Zeit der Geburungsüberprüfung arbeitete die ELGA GmbH daran, ihr eigenes Berichtswesen neu zu konzipieren und die Berichte an ihre Gesellschafter gesamthafter und übersichtlicher zu gestalten. ([TZ 8](#))

Die Verwendung von Kennzahlen diente zwei Zwecken:

- der Sicherstellung des stabilen Betriebs und der Leistungsfähigkeit des aus zentralen und dezentralen Komponenten bestehenden ELGA–Gesamtsystems (technisches Monitoring) und
- der Weiterentwicklung von ELGA im Hinblick auf Vollständigkeit, Strukturqualität der gespeicherten Dokumente sowie deren tatsächliche Nutzung durch die Gesundheitsdiensteanbieter (fachliches Monitoring). ([TZ 9](#))



Ein im Jahr 2020 gestartetes Projekt zielte darauf ab, die Daten aus dem ELGA-System besser für Monitoringzwecke nutzen und zentral auswerten zu können. Zur Zeit der Geburungsüberprüfung war eine im Rahmen dieses Projekts errichtete Kennzahlendatenbank in Weiterentwicklung. Die verwendeten Kennzahlen waren mitunter wenig aussagekräftig. Dies lag auch daran, dass die ELGA GmbH die Daten nicht auf Ebene des einzelnen Gesundheitsdiensteanbieters verarbeiten durfte. (TZ 9)

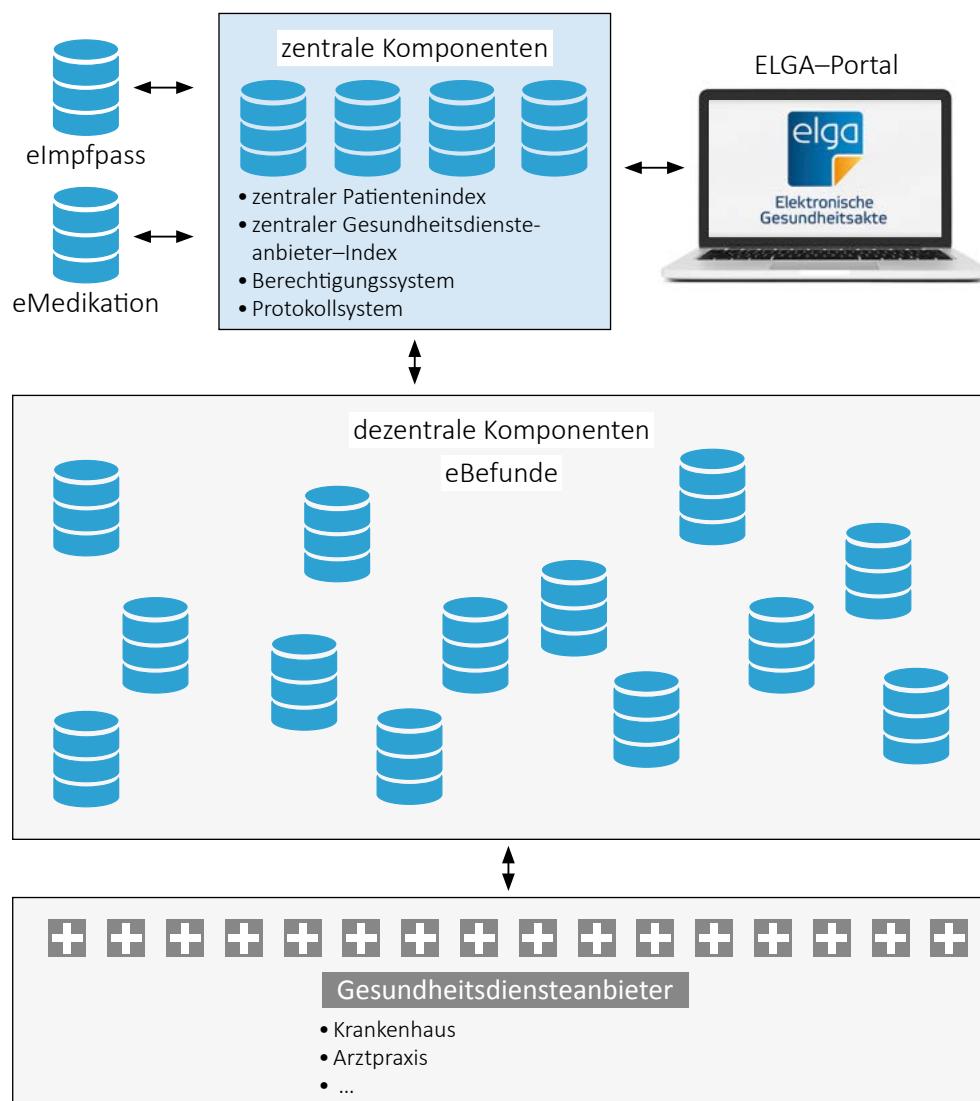
Umsetzung von ELGA

Für die Nutzung von ELGA war eine komplexe technische Infrastruktur erforderlich, deren Aufbau die ELGA GmbH ab 2009 koordinierte. Eine Studie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften kam 2021 zum Ergebnis, dass die Infrastruktur von ELGA im europäischen Vergleich effizient implementiert sei. (TZ 11)



Die Infrastruktur bestand aus zentralen Komponenten (wie einem Berechtigungssystem oder den Daten für eMedikation) und dezentralen Komponenten (vor allem den Daten für die Anwendung eBefund): (TZ 11)

Abbildung: Technische Infrastruktur von ELGA



Quelle: ELGA GmbH; Darstellung: RH

Betreiber der zentralen Komponenten waren vor allem die IT-Dienstleister der Systempartner; es gab Unstimmigkeiten zwischen diesen, wie und von wem sie am zweckmäßigsten betrieben werden könnten. Dezentral lagen die Daten in 13 öffentlich oder privat betriebenen Speichern, sogenannten ELGA-Bereichen. Konzepte zur Weiterentwicklung der Infrastruktur sahen eine Reduktion der organisatorischen, technischen und betrieblichen Komplexität u.a. durch zentrale Verzeichnisse und Datenspeicher vor. (TZ 11)



Eine Kernanwendung von ELGA war eBefund; seine Vollständigkeit war für die sinnvolle Nutzung durch die Gesundheitsdiensteanbieter unerlässlich. Acht Jahre nach Beginn der Ausrollung im Dezember 2015 speicherten im Wesentlichen nur die Krankenanstalten in eBefund. Ende 2023 waren keine strukturierten Dokumente für Facharztbefunde verfügbar und keine radiologischen Bilddaten sowie Labordaten aus dem niedergelassenen Bereich in eBefund gespeichert. Eine Speicherverpflichtung für niedergelassene Labore und Radiologie-Institute war ab 1. Juli 2025 vorgesehen. (TZ 12)

Auch das Patient Summary, eine standardisierte Zusammenfassung von grundlegenden medizinischen Informationen zu jeder Patientin und jedem Patienten, war Ende 2023 nicht verfügbar; es würde bei zunehmender Datenmenge den Gesundheitsdiensteanbietern die Verwendung von eBefund erleichtern. Das ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 sah erst die Erarbeitung eines Implementierungskonzepts vor. (TZ 12)

Für eMedikation und eRezept bestanden unterschiedliche Nutzungsverpflichtungen für die Gesundheitsdiensteanbieter sowie Opt-out-Möglichkeiten für die Patientinnen und Patienten. In eMedikation mussten nur der niedergelassene Bereich, selbstständige Ambulanzien sowie Apotheken eintragen. Krankenanstalten – auch solche mit Rezepturrecht – hatten keine Speicherverpflichtung. Die abrufbare Medikationsliste war nicht zwingend vollständig, weil die ordnungsgemäße Erfassung der abgegebenen Arzneimittel nicht sichergestellt war und in der Medikationsliste nicht verpflichtend eine verschriebene Dosierung anzugeben war. (TZ 13)

Bis Ende 2023 waren nur vier Impfungen verpflichtend in elmpfpass einzutragen: COVID-19, Influenza, Mpox (Affenpocken) und Humane Papillomaviren. Damit war elmpfpass unvollständig. Dies, obwohl ein Überblick über Impfungen und anstehende Auffrischungen nicht nur für die einzelne Person von Bedeutung ist, sondern durch Impfungen sowohl schwer verlaufende als auch übertragbare Krankheiten vermeidbar sind und die Belastung für die erkrankte Person und bei großflächiger Verbreitung in der Bevölkerung auch für das öffentliche Gesundheitswesen verringert werden kann. (TZ 14)



Finanzierung

Die Finanzierung von ELGA war komplex. Sie setzte sich zusammen aus:

- der gemeinschaftlichen Finanzierung der Systempartner auf Basis der Reformvereinbarung,
- der gemeinschaftlichen Finanzierung der Systempartner außerhalb dieser Vereinbarung,
- der Finanzierung durch einzelne Systempartner und
- sonstiger Finanzierung. (TZ 15)

Die ELGA GmbH budgetierte die Mittel aus den ersten beiden Finanzierungsquellen und aus der sonstigen Finanzierung. Dies waren in den Jahren 2018 bis 2023 rd. 99 Mio. EUR. Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Finanzierungsarten bereitete Schwierigkeiten. (TZ 16)

Eine Übersicht über die gesamten Ist-Kosten, die den Systempartnern durch ELGA entstanden, inklusive einer Gegenüberstellung mit den budgetierten Kosten fehlte. Damit war unklar, welche Kosten ELGA insgesamt verursachte. (TZ 17)



Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- Im Rahmen der Bundes–Zielsteuerungskommission wäre auf einen zeitnahen Beschluss einer eHealth–Strategie unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf EU–Ebene hinzuwirken. ([TZ 2](#))
- Das Ministerium sollte sich für eine Klarstellung der Regelungen zu den Speicherpflichtungen für Gesundheitsdiensteanbieter in ELGA einsetzen und die ELGA–Verordnung 2015 damit abstimmen. ([TZ 4](#))

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Dachverband der Sozialversicherungsträger

- Gemeinsam mit den Ländern wäre zu klären, welche Rolle der ELGA GmbH künftig zukommen soll; ihre Aufgaben wären auf dieser Basis neu zu definieren, Gesellschafts– und Syndikatsvertrag wären anzupassen und die ELGA GmbH wäre mit den dafür erforderlichen Ressourcen auszustatten. ([TZ 5](#))
- Gemeinsam mit den Ländern wären die Entscheidungsstrukturen, die ELGA und eHealth betreffen, zu vereinfachen. Das Erfordernis der Aufgabenverteilung auf über 20 Gremien wäre zu prüfen und deren Anzahl gegebenenfalls zu reduzieren. Dabei wäre auch die Parallelstruktur aus Fachgruppe eHealth und ELGA–Koordinierungsausschuss zu hinterfragen. ([TZ 6](#))
- Gemeinsam mit den Ländern wäre im Sinne der EU–Vorgaben der Vollausbau der Anwendungen eBefund, eMedikation und eImpfpass voranzutreiben und wären gleiche Nutzungsverpflichtungen für alle Gesundheitsdiensteanbieter zu schaffen, um die Vollständigkeit von ELGA zu erhöhen und ELGA zu einem wirkungsvollen eHealth–Instrument für Gesundheitsdiensteanbieter sowie Patientinnen und Patienten auszubauen. ([TZ 12](#), [TZ 13](#), [TZ 14](#))



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH						
Rechtsgrundlagen (Auswahl)	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarungen gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Reformvereinbarungen), BGBl. I 73/2005, BGBl. I 105/2008, BGBl. I 98/2017 • Gesellschaftsvertrag der ELGA GmbH vom 20. November 2009 • Syndikatsvertrag der Gesellschafter der ELGA GmbH vom 26. Juni 2010 • Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten (Gesundheitstelematikgesetz 2012), BGBl. I 111/2012 i.d.g.F. • Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit zur Implementierung und Weiterentwicklung von ELGA (ELGA–Verordnung 2015), BGBl. II 106/2015 i.d.g.F. • Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der nähere Regelungen zur eHealth–Anwendung Elektronischer Impfpass getroffen werden (eHealth–Verordnung), BGBl. II 449/2020 i.d.g.F. 					
ELGA GmbH						
	2018	2019	2020	2021	2022	Veränderung 2018 bis 2022
	in Mio. EUR					in %
Gewinn– und Verlustrechnung						
Erträge	0,07	0,33	0,01	0,08	0,11	57,1
Aufwendungen	5,67	6,77	6,34	11,75	8,09	42,7
Jahresfehlbetrag	-5,60	-6,44	-6,33	-11,67	-7,98	42,5
Auflösung von Kapitalrücklagen	–	–	29,97	–	–	–
Verlustvortrag aus dem Vorjahr	-17,92	-23,53	-29,97	-6,33	-18,00	0,4
Bilanzverlust	-23,53	-29,97	-6,33	-18,00	-25,98	10,4
	in Vollzeitäquivalenten zum 31. Dezember					in %
Personal						
Beschäftigte	24,8	28,2	27,6	30,3	35,6	43,5

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ELGA GmbH



Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH



Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Juli 2023 bis Dezember 2023 die ELGA GmbH, das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**)¹ und den Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**)² mit dem Schwerpunkt Elektronische Gesundheitsakte (**ELGA**). Die Republik Österreich, vertreten durch den Gesundheitsminister, und der Dachverband waren jeweils zu einem Drittel Gesellschafter der ELGA GmbH. Die im geringeren Ausmaß beteiligten neun Länder bzw. deren Gesundheitsfonds – sie hielten jeweils 3,7 % der ELGA GmbH – bezog der RH im Wege eines Informationsgesprächs mit der Stadt Wien ein, da die Stadt Wien im überprüften Zeitraum den Ländervorsitz in den für ELGA zuständigen Gremien führte.

Die Systempartner der Zielsteuerung–Gesundheit – Bund, Länder und Sozialversicherung (in der Folge: **Systempartner**) – gründeten im Jahr 2009 die ELGA GmbH insbesondere für die Koordination aller operativen Maßnahmen zur Einführung von ELGA. Die wesentlichen inhaltlichen Entscheidungen über die Digitalisierung im Gesundheitswesen und zu ELGA im Speziellen traf aber nicht die ELGA GmbH, sondern der Bund, Länder und Sozialversicherung. Sie betrieben über ihre IT–Dienstleister die wesentlichen technischen Komponenten von ELGA (wie ein Berechtigungs– oder ein Protokollsystem). Die Überprüfung des RH zielte daher darauf ab,

- die Vorgaben für die ELGA GmbH im Hinblick auf ihre Eignung zur Erreichung der Ziele von ELGA,
- die Organisation und Steuerung der ELGA GmbH,
- das System der Finanzierung von ELGA und der ELGA GmbH sowie
- den Umsetzungsstand von ELGA

zu beurteilen.

(2) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2018 bis 2022. Teilweise berücksichtigte der RH auch frühere und aktuellere Entwicklungen.

(3) Zu dem im April 2024 übermittelten Prüfungsergebnis nahm die ELGA GmbH im Mai 2024 Stellung, das Gesundheitsministerium und der Dachverband übermittelten ihre Stellungnahmen im Juni 2024. Das Gesundheitsministerium verwies hinsichtlich der Schlussempfehlungen 18 bis 23 ([TZ 7](#), [TZ 9](#), [TZ 11](#), [TZ 15](#), [TZ 18](#)) auf die Stellungnahme der ELGA GmbH.

¹ Die Bezeichnung des Gesundheitsministeriums wechselte im überprüften Zeitraum mehrmals; siehe dazu Tabelle B im Anhang A. Der RH verwendet im Folgenden einheitlich die Bezeichnung **Gesundheitsministerium**.

² Der Dachverband folgte mit 1. Jänner 2020 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach. Der RH verwendet dafür im Bericht einheitlich den Begriff **Dachverband**.



Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an das Gesundheitsministerium, den Dachverband und die ELGA GmbH im Oktober 2024.

Grundlagen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Nutzen, Ziele und Strategie

- 2.1 (1) Im Zuge der ab den 1990er Jahren aufkommenden neuen Informations- und Kommunikationstechnologien – insbesondere des Internets und der damit einhergehenden Vernetzungsmöglichkeiten³ – zeichnete sich ab, dass darauf aufbauende Dienste auch eine wesentliche Rolle bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen spielen würden. Bund und Länder erkannten das Potenzial dieser mit den Sammelbegriffen „Gesundheitstelematik“ und „eHealth“⁴ bezeichneten elektronischen Gesundheitsdienste. Sie einigten sich im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in der Folge: **Reformvereinbarung**) aus dem Jahr 2005⁵ darauf, Gesundheitsdaten weitestgehend elektronisch zu verarbeiten und alle beteiligten Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens miteinander zu vernetzen.

Damit sollten laut Bund und Ländern als gemeinsame Ziele

- zum einen die Qualität der Versorgung verbessert werden – durch die Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit gesundheitsbezogener Informationen⁶ – und
- zum anderen ökonomisches Potenzial genutzt werden – z.B. durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen.

³ Die Entwicklung zu einer verstärkt von Informationsdienstleistungen geprägten Wirtschaft und Gesellschaft wird auch als „Informationsgesellschaft“ bezeichnet – ein Begriff, auf den auch die EU immer wieder Bezug nimmt, wie im Aktionsplan „eEurope 2005: Eine Informationsgesellschaft für alle“ der Europäischen Kommission, KOM(2002) 263 endgültig.

⁴ Die Schreibweise von eHealth, eBefund, eMedikation, eImpfpass etc. war uneinheitlich. Der RH verwendet in diesem Bericht einheitlich die Schreibweise ohne Bindestrich.

⁵ BGBl. I 73/2005

⁶ Aufgrund der vielen Akteure (wie Hausärztin und Hausarzt, diverse Fachärztinnen und Fachärzte, Krankenanstalten), die in Österreich an einem Behandlungsprozess beteiligt sein können, kommt der rechtzeitigen Verfügbarkeit von wichtigen und korrekten Daten und Informationen eine besondere Bedeutung zu. Siehe dazu auch die Ausführungen in der Wiener eHealth–Strategie, 1.3., <https://www.wien.gv.at/spezial/ehealth-strategie/einleitung/ehealth-in-osterreich/> (abgerufen am 7. August 2024).



Ein internationales Beratungsunternehmen schätzte dieses Potenzial in einem Bericht aus 2021 auf bis zu 4,7 Mrd. EUR.⁷

Eine bundesweite Strategie, wie und in wessen Verantwortung diese Ziele umzusetzen wären, legte der Bund im Anschluss an die Reformvereinbarung 2005 nicht fest.⁸ Einig waren sich Bund und Länder – in Absprache mit der Sozialversicherung – aber darin, dass als Grundlage für die Umsetzung der Ziele ELGA geschaffen werden sollte: ein Informationssystem, das es einem berechtigten Personenkreis – auf der einen Seite Privatpersonen (Patientinnen und Patienten), auf der anderen Seite Gesundheitsdiensteanbieter – ermöglicht, darin Daten orts- und zeitunabhängig einzusehen, z.B. Befunde oder verschriebene Arzneimittel. Auf diese Weise sollten Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten, die in Krankenanstalten, Ordinationen und Apotheken jeweils gesondert gespeichert waren, in einem System elektronisch gebündelt werden. Bei Vollständigkeit („Füllstand“) böte ELGA einen Gesamtüberblick über Erkrankungen und Behandlungen sowohl für die Behandelnden als auch die Behandelten.

(2) Für die Planungs- und Umsetzungsarbeiten zur Einführung von ELGA richtete die Bundesgesundheitskommission im Juni 2006 die Arbeitsgemeinschaft ELGA (**ARGE ELGA**) als Gesellschaft bürgerlichen Rechts auf Basis einer Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Dachverband ein. Da sich diese Rechtskonstruktion als wenig geeignet für die Umsetzung von ELGA erwies, legten Bund und Länder im Jahr 2008 in der Reformvereinbarung 2008⁹ u.a. fest, die ARGE ELGA mit eigener Rechtspersönlichkeit und entsprechender Infrastruktur auszustatten. In der Folge gründeten Bund, Länder und der Dachverband am 20. November 2009 mittels Gesellschaftsvertrags die ELGA GmbH (**TZ 5**).

Nach dem Aufbau der zentralen technischen Infrastruktur, der Entwicklung von Leitfäden und dem Beschluss des Gesundheitstelematikgesetzes 2012¹⁰ als zentraler Rechtsgrundlage im Nationalrat startete ELGA im Dezember 2015.

⁷ Mc Kinsey Digital, Digitalisierung im Gesundheitswesen – die 4,7–Milliarden–Euro–Chance für Österreich, öffentlich zum Download verfügbar unter <https://www.mckinsey.com/de/news/presse/2021-05-05-ehealth-oesterreich> (abgerufen am 7. August 2024)

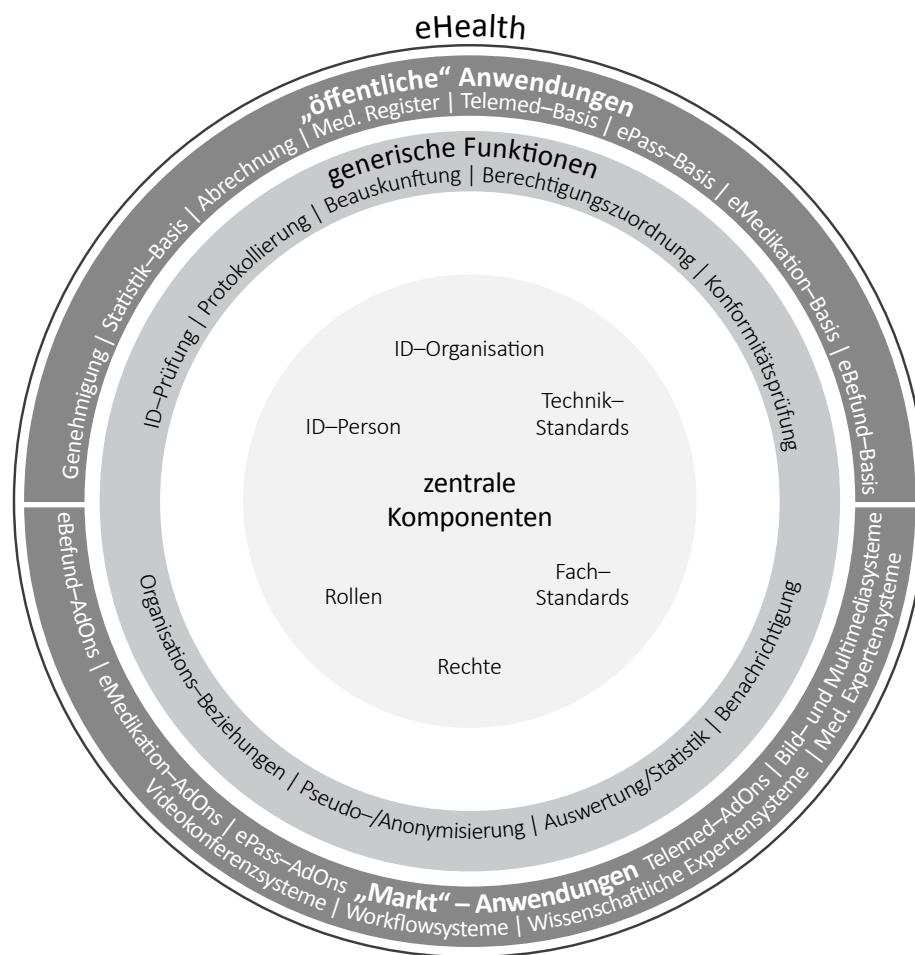
⁸ Zwar hatte eine Initiative von Expertinnen und Experten verschiedener Bereiche der Gesundheitsversorgung und Industrie einen Entwurf für eine eHealth–Strategie vorgelegt, der auf den Empfehlungen des eHealth Aktionsplans 2004 der EU und den Ergebnissen der zahlreichen Arbeitskreise (z.B. zu Interoperabilität und Standardisierung oder zu bürgerorientierten Informationssystemen) der Initiative basierte. Das Gesundheitsministerium startete dazu 2006 einen Konsultationsprozess. Zur Veröffentlichung einer finalen, offiziellen Version der Strategie kam es nach dem Regierungswechsel 2007 jedoch nicht mehr.

⁹ BGBl. I 105/2008

¹⁰ BGBl. I 111/2012 i.d.g.F.

(3) Die COVID-19-Pandemie verdeutlichte die Relevanz und Notwendigkeit der Digitalisierung für das Gesundheitswesen erneut.¹¹ Vor diesem Hintergrund erkannten Bund, Länder und Sozialversicherung Handlungsbedarf für eine Neuausrichtung der technischen, organisatorischen und auch rechtlichen Architektur der ELGA-Infrastruktur als Grundlage für patientenorientierte Anwendungen und für eine Anpassung der ELGA GmbH an neue und erweiterte Anforderungen. Daher beschlossen sie in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 2. Juli 2021 ein „Zielbild eHealth 2030“, das den Rahmen für diese Neuausrichtung definieren sollte:

Abbildung 1: „Zielbild eHealth 2030“ gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 2. Juli 2021



Quelle: ELGA GmbH; Darstellung: RH

¹¹ RH-Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (u.a. Reihe Bund 2021/43)



Das Zielbild eHealth 2030 umfasste im Wesentlichen die über einen Zeitraum von 15 Jahren entstandenen Systeme zum organisationsübergreifenden Austausch von Gesundheitsdaten. Es nannte als Ziele, diese Komplexität zu reduzieren und Konvergenz zwischen den Systemen herzustellen, um langfristig auch Investitionen in die Weiterentwicklung gezielter ausrichten zu können. Konkretere Ziele und eine Vision, wie ein digital unterstütztes österreichisches Gesundheitswesen im Jahr 2030 aussehen sollte, waren darin nicht enthalten.

Im Dezember 2022 beauftragte die Bundes–Zielsteuerungskommission eine Arbeitsgruppe, eine solche Vision und daran ausgerichtete Ziele in Form einer „österreichischen eHealth–Strategie“ zu erstellen. Eine von der Bundes–Zielsteuerungskommission im Oktober 2023 beschlossene Diskussionsgrundlage entwarf ein allgemeines Zukunftsszenario mit strategischen Zielen für das Jahr 2030¹² und legte nachgeordnete operative Ziele mit Maßnahmen fest, die kurz– (bis 2026), mittel– (bis 2028) oder langfristig (ab 2029) umzusetzen waren. Ein Beschluss der insbesondere mit relevanten Stakeholdern abgestimmten Strategie war zum Jahresende 2023 noch offen.

Die in einem Verordnungsentwurf der Europäischen Kommission vom Mai 2022 zum europäischen Raum für Gesundheitsdaten ([TZ 3](#)) enthaltenen Impulse für die Weiterentwicklung von ELGA, etwa die zukünftige Nutzung von ELGA für eine Patientenkurzakte (in der Folge: **Patient Summary**), berücksichtigte die Diskussionsgrundlage zur „österreichischen eHealth–Strategie“ nicht.

Im Rahmen des Finanzausgleichs 2024 bis 2028¹³ plante der Bund, zusätzlich jährlich über 2 Mrd. EUR für Gesundheit und Pflege bereitzustellen. Davon waren 51 Mio. EUR jährlich für den Ausbau digitaler Angebote im Gesundheitswesen vorgesehen, u.a. um ELGA zu erweitern. Laut Digital Austria Act – dem Digitalisierungsprogramm der Bundesregierung aus 2023 – sollte diese Erweiterung insbesondere die Anbindung von Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie die Ergänzung von Labor– und Bilddaten, Patientenverfügungen, digitalen Versorgungspfaden (z.B. für Diabetes) und von schulärztlichen Untersuchungsergebnissen umfassen.

¹² Demnach werden z.B. Patientinnen und Patienten 2030 „auf dem Weg zu passenden Gesundheitsversorgungsangeboten digital unterstützt, etwa durch digitale Terminvereinbarung, telefonische Beratung, telemedizinische Angebote und strukturiert zur Verfügung stehende Gesundheitsdaten“.

¹³ Die auf den Verhandlungsergebnissen des Finanzausgleichs basierende umfangreiche Sammelnovelle (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024) wurde am 31. Dezember 2023 im BGBl. I 191/2023 kundgemacht. Die damit in Zusammenhang stehenden Art. 15a B–VG Vereinbarungen, in denen die Eckpunkte und Inhalte der Zusammenarbeit zwischen dem Bund und den Ländern festgelegt sowie die Umsetzung der für den Gesundheitsbereich relevanten Teile des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 abgebildet werden, beschloss der Bundesrat am 21. Dezember 2023; sie waren aber zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch nicht kundgemacht.



(4) Der Datenschutz verhinderte eine Speicherung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich nicht. So gestalteten etwa die EU-Mitgliedstaaten Finnland und Estland, die auf diesem Gebiet Vorreiter waren, ihre Systeme konform mit der europäischen Datenschutz-Grundverordnung¹⁴, der zentralen rechtlichen Grundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Die Datenschutz-Grundverordnung erlaubte es etwa, Daten in pseudonymisierter Form, also verschlüsselt, zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung abzurufen. In Finnland war dies bereits möglich; wenn die Behörde ein Forschungsprojekt genehmigte, konnten Einzelpersonen bei dieser Behörde ein „opt out“ für eine solche Sekundärnutzung ihrer Daten hinterlegen. Auch der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wies in seinem Gutachten 2021 „Digitalisierung für Gesundheit“ darauf hin, dass „es gilt, Datenschutz im Gesundheitswesen als Teil von Lebens- und Gesundheitsschutz auszustalten, nicht als deren Gegenteil. Datenschutz muss vor allem die sichere Nutzung von Gesundheitsdaten für bessere Versorgung und Forschung ermöglichen, damit dem einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin zielgenauer geholfen werden kann.“

- 2.2 Die Vorteile von „Gesundheitstelematik“ und „eHealth“ für die Qualität und Dokumentation der Gesundheitsversorgung sowie das damit verbundene ökonomische Potenzial waren unter Bund, Ländern und Sozialversicherung unumstritten. Der RH hielt fest, dass beides für die Bürgerinnen und Bürger wesentlich war: als Patientin bzw. Patient zur Verbesserung der Versorgungsqualität und als Steuerzahlerin bzw. Steuerzahler zur effizienten und effektiven Mittelverwendung.

Nach Ansicht des RH oblag es insbesondere dem Bund – aufgrund seiner Kompetenz für das öffentliche Gesundheitswesen –, festzulegen, wo und unter welchen Bedingungen das Gesundheitswesen in Zukunft digital unterstützt werden soll. Hierfür erachtete der RH die Vorgabe von konkreten Zielen als erforderlich. Er hielt daher kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium nach dem Aufbau der technischen ELGA-Infrastruktur im Jahr 2015 keine weiteren Initiativen mit diesem Schwerpunkt setzte. Das Ergebnis des 2021 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen „Zielbilds eHealth 2030“, die Komplexität der bereits bestehenden Systeme zu reduzieren und Konvergenz zwischen ihnen herzustellen, war hierfür aus Sicht des RH nicht ausreichend.

Den Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission an eine Arbeitsgruppe, eine Vision und daran ausgerichtete Ziele in Form einer „österreichischen eHealth-Strategie“ zu erstellen, beurteilte der RH grundsätzlich positiv. Er hielt kritisch fest, dass die Diskussionsgrundlage für eine eHealth-Strategie aktuelle Entwicklungen auf EU-Ebene unberücksichtigt ließ und bis Jahresende 2023 noch nicht in endgültiger Form beschlossen war. Dies, obwohl der Bund auf Basis des Finanzausgleichs ab 2024

¹⁴ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten



jährlich zusätzlich 51 Mio. EUR für den Ausbau digitaler Angebote im Gesundheitswesen vorsah und eine aktuelle eHealth–Strategie nach Ansicht des RH unabdingbar war, um diese Mittel zielgerichtet einzusetzen.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, im Rahmen der Bundes–Zielsteuerungskommission auf einen zeitnahen Beschluss einer eHealth–Strategie unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf EU–Ebene hinzuwirken.

- 2.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Bundes–Zielsteuerungskommission den ersten Teil der eHealth–Strategie wie geplant im Dezember 2023 beschlossen habe. Nach Abschluss der Involvierung sämtlicher Stakeholder werde die fertiggestellte eHealth–Strategie der Bundes–Zielsteuerungskommission Ende Juni 2024 zur Beschlussfassung vorgelegt.

Rechtlicher Rahmen

Europäische Union

- 3.1 (1) Die EU betonte die Wichtigkeit der Interoperabilität¹⁵ der nationalen elektronischen Gesundheitsdienste. So sah die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung die Einrichtung eines Netzwerks für elektronische Gesundheitsdienste mit freiwilliger Teilnahme vor; die Empfehlung (EU) 2019/243 der Europäischen Kommission über ein europäisches Austauschformat für elektronische Patientenakten¹⁶ stammte aus dem Jahr 2019.¹⁷

Der seit Mai 2022 vorliegende Entwurf der Europäischen Kommission für eine Verordnung über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten¹⁸ befand sich zur Zeit der Geburungsüberprüfung im Gesetzgebungsverfahren der EU.¹⁹ Die Verordnung würde den rechtlichen Rahmen für die EU–weite Nutzung elektronischer Gesundheitsdaten zur Gesundheitsversorgung (Primärnutzung) und für den Zugang zu diesen Daten für Forschung, Innovation und gesundheitspolitische Entscheidungen (Sekundärnutzung) deutlich verändern. Der Verordnungsentwurf sah u.a. vor, dass die Mitgliedstaaten den Zugang zu und den Austausch von Patient Summaries,

¹⁵ Fähigkeit unterschiedlicher Systeme, möglichst nahtlos zusammenzuarbeiten

¹⁶ Die Dokumente der EU verwendeten den Begriff „elektronische Patientenakte“, während in Österreich in der Regel der Begriff „elektronische Gesundheitsakte“ bzw. ELGA verwendet wurde.

¹⁷ Der Europäische Rechnungshof veröffentlichte im Jahr 2019 den Sonderbericht Nr. 07/2019: „EU–Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung war ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich“.

¹⁸ European Health Data Space (EHDS)

¹⁹ COM(2022) 197 final; im März 2024 erzielten das Europäische Parlament und der Rat der EU eine vorläufige politische Einigung dazu. Im April 2024 billigte das Europäische Parlament diese Einigung.



elektronischen Verschreibungen und Abgaben (in der Folge: **ePrescription**), medizinischen Bildern und Bildbefunden, Laborergebnissen und Entlassungsberichten ermöglichen (MyHealth@EU–Dienste).

(2) Die grenzüberschreitende IT–Infrastruktur zum sicheren Austausch von personenbezogenen Gesundheitsdaten (MyHealth@EU) wurde ab 2019 unter freiwilliger Teilnahme der EU–Mitgliedstaaten mit den Diensten ePrescription und/oder Patient Summary in Betrieb genommen. Die Europäische Kommission hielt im Mai 2022 fest, dass MyHealth@EU erst in zehn EU–Mitgliedstaaten eingeführt sei und bis 2025 die Einführung in den meisten EU–Mitgliedstaaten erwartet werde.²⁰ Für Ende 2024 war geplant, dass Österreich ePrescription als ersten MyHealth@EU–Dienst in Betrieb nimmt²¹ (**TZ 13**).

3.2 Der RH hielt fest, dass der Verordnungsentwurf der Europäischen Kommission zum europäischen Raum für Gesundheitsdaten auch Impulse für die Weiterentwicklung von ELGA enthielt, z.B. für ein in ELGA bisher nicht umgesetztes Patient Summary und die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern die Entwicklungen auf EU–Ebene zur möglichen Weiterentwicklung von ELGA zu nutzen (z.B. für die zeitnahe Verfügbarkeit eines Patient Summary). Dabei wären unter Beachtung der Entwicklungen zum europäischen Raum für Gesundheitsdaten rechtzeitig die notwendigen technischen und rechtlichen Anpassungen abzustimmen und durchzuführen.

3.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass Abstimmungen und Vorbereitungen hierzu bereits im Gange seien. Dabei sei insbesondere auch die Involvierung der Sozialversicherung notwendig, da davon ausgegangen werden könne, dass eine breite Vidierung von Patient Summaries durch Gesundheitsdiensteanbieter nur dann realistisch sei, wenn dafür eine abrechenbare Leistung verfügbar sei. Als opportune Lösung erscheine die Generierung von Patient Summaries im Zuge von Vorsorgeuntersuchungen. Das Gesundheitsministerium habe hierfür bereits die Strukturen für die Involvierung aller Systempartner eingerichtet. Erste Informationsveranstaltungen hätten bereits stattgefunden (Fachgruppe eHealth). Es sei weiters geplant, das bestehende Projekt im Rahmen von ELGA weiter auszubauen.

²⁰ Nach dem zweiten Quartal 2023 war MyHealth@EU in elf Mitgliedstaaten eingeführt.

²¹ Dazu führt das Gesundheitsministerium gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH und der ELGA GmbH sowie in Kooperation mit dem Dachverband von November 2022 bis Ende Oktober 2025 das durch die EU kofinanzierte Projekt „Connecting Austria to the European eHealth Digital Service Infrastructure“ durch. Geplant war sowohl die Einlösung von in Österreich erstellten Rezepten durch österreichische Bürgerinnen und Bürger in Apotheken in der EU und im EWR als auch die Einlösung von in der EU und im EWR erstellten Rezepten durch EU– und EWR–Bürgerinnen und –Bürger in österreichischen Apotheken.



(2) Der Dachverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Vorarbeiten für das Patient Summary im ELGA und eHealth Jahresarbeitsprogramm 2024 (Teil 2) enthalten seien, das die Bundes–Zielsteuerungskommission am 7. Juni 2024 beschlossen habe. Zusätzlich zu diesen Vorarbeiten habe die Sozialversicherung angeboten, eine Anwendung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bereitzustellen, sodass diese zukünftig auch Befunde der Vorsorgeuntersuchung standardisiert erfassen und in ELGA speichern könnten.

Gesundheitstelematikgesetz 2012

4.1 (1) Die rechtlichen Grundlagen für ELGA waren vor allem das Gesundheitstelematikgesetz 2012 sowie die darauf basierende ELGA–Verordnung 2015²². Für die Anwendung elmpfpass wurde im Jahr 2020 das Gesundheitstelematikgesetz 2012 novelliert und eine weitere Verordnung (eHealth–Verordnung²³) erlassen.

Die Anwendung elmpfpass war in dasselbe Zugangsportal wie ELGA integriert und nutzte die für ELGA geschaffene Infrastruktur, z.B. das Berechtigungs– und das Protokollierungssystem. Von ELGA unterschied sich elmpfpass vor allem durch die verpflichtende Teilnahme und den weiteren Kreis der zugriffsberechtigten Gesundheitsdiensteanbieter (z.B. auch Amtsärztinnen und Amtsärzte). Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 bezeichnete die Anwendung elmpfpass – in Abgrenzung zu ELGA – als eine „eHealth–Anwendung“.

(2) Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 enthielt technische Themen, die einer ständigen Weiterentwicklung unterlagen, sowie datenschutzrechtlich relevante Bereiche. Es wurde im Dezember 2012 erlassen, somit, bevor ELGA im Dezember 2015 in Betrieb ging und das Datenschutzrecht durch Inkrafttreten der Datenschutz–Grundverordnung im Jahr 2016 grundlegend geändert wurde.

Der Bund novellierte das Gesundheitstelematikgesetz 2012 bisher in Einzelbereichen (zuletzt im Dezember 2023). Die Systempartner diskutierten umfassende inhaltliche Änderungen bzw. eine Neufassung des Gesetzes; das Gesundheitsministerium erarbeitete in der Folge keinen Gesetzesvorschlag. Es gab an, mehrfache umfangreiche Überarbeitungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 vermeiden und die durch den europäischen Raum für Gesundheitsdaten notwendigen Überarbeitungen abwarten zu wollen.

²² Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit zur Implementierung und Weiterentwicklung von ELGA (ELGA–Verordnung 2015), BGBl. II 106/2015 i.d.g.F.

²³ Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der nähere Regelungen zur eHealth–Anwendung Elektronischer Impfpass getroffen werden (eHealth–Verordnung), BGBl. II 449/2020 i.d.g.F.



Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 war zur Zeit der Geburungsüberprüfung in seinen Inhalten teilweise nicht konsistent. Es enthielt auch zahlreiche Verweise, inhaltliche Redundanzen und technische Details.

(3) Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 sah Rechte zur Einschränkung der Teilnahme an ELGA vor. Diese wirkten sich unterschiedlich auf die Administration und die Vollständigkeit von ELGA aus:

- Natürliche Personen konnten der Teilnahme an ELGA entweder generell (betrifft alle ELGA-Gesundheitsdaten) oder partiell (betrifft die in einzelnen Anwendungen, z.B. eMedikation, gespeicherten Daten) widersprechen. Dieses Opt-out wurde in ELGA dokumentiert und führte zur unwiderruflichen Löschung der in ELGA gespeicherten Gesundheitsdaten der jeweiligen Person.
- ELGA-Teilnehmende waren berechtigt, ihre ELGA-Gesundheitsdaten (z.B. ärztliche Entlassungsbriebe) zu löschen oder temporär auszublenden oder den Zugriffszeitraum für ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter zu verkürzen.
- ELGA-Teilnehmende konnten gegenüber dem Gesundheitsdiensteanbieter der Speicherung einzelner Gesundheitsdaten, z.B. eines Befunds oder einer Verschreibung, widersprechen. Dieses „situative Opt-out“ (auch: „Widerspruch im Anlassfall“) führte dazu, dass der Gesundheitsdiensteanbieter das betreffende Dokument bzw. die betreffenden Medikationsdaten nicht in ELGA speichern durfte. Der Widerspruch selbst war lediglich beim jeweiligen Gesundheitsdiensteanbieter zu vermerken, sodass allenfalls betroffene Dritte, etwa ein befunderstellendes Labor, davon keine Kenntnis hatten.

Zu den sich aus dem situativen Opt-out ergebenden Schwierigkeiten²⁴ hielten die Sozialversicherung und die Länder im Oktober 2018 in einem u.a. mit der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Apothekerkammer abgestimmten Positionspapier fest, dass es anstatt des situativen Opt-outs zukünftig möglich sein sollte, einzelne Gesundheitsdiensteanbieter vom Zugriff auf die in ELGA gespeicherten, persönlichen Gesundheitsdaten auszuschließen. Auch die ELGA GmbH regte die Änderung des situativen Opt-outs gegenüber dem Gesundheitsministerium an.²⁵ Eine Änderung dieser gesetzlichen Regelung war bis Ende 2023 offen.

²⁴ z.B. Unterbleiben der Speicherung von Befunden, weil das Labor ein situatives Opt-out nicht ausschließen konnte, oder Speicherung eines Befunds, obwohl ein situatives Opt-out vorlag, über welches das Labor nicht informiert war

²⁵ im Zuge des Begutachtungsverfahrens für eine Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes im Mai 2023



(4) Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 und die ELGA–Verordnung 2015 eröffneten insbesondere aus folgenden Gründen Interpretationsspielraum bei den Speicherpflichtungen der Gesundheitsdiensteanbieter in ELGA:

- Die Bestimmungen bezogen sich teils auf Gesundheitsdiensteanbieter–Gruppen (z.B. Krankenanstalten) und teils auf ELGA–Daten (z.B. Medikationsdaten),
- das Gesetz enthielt in zumindest drei Paragraphen²⁶ widersprüchliche Regelungen und
- die ELGA–Verordnung, auf die das Gesetz für den (spätesten) Beginn der Speicherpflichtung verwies, enthielt Regelungen nur für Teile der Gesundheitsdiensteanbieter–Gruppen bzw. ELGA–Daten.

In den vergangenen Jahren gab es unter den Systempartnern unterschiedliche Standpunkte zu Speicherpflichtungen einzelner Gesundheitsdiensteanbieter–Gruppen, z.B. von Fachärztinnen und Fachärzten für medizinisch–chemische Labor–diagnostik oder von Zahnärztinnen und Zahnärzten. Zur Zeit der Gebarungs–überprüfung lag keine vollständige Übersicht über die Speicherpflichtungen der Gesundheitsdiensteanbieter gegliedert nach Gesundheitsdiensteanbieter–Gruppen und ELGA–Anwendungen vor.

Die am 31. Dezember 2023 kundgemachte Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012²⁷ sah mit Geltungsbeginn Jänner 2026 Verwaltungsstrafbestimmungen für den Fall vor, dass Gesundheitsdiensteanbieter Gesundheitsdaten in ELGA oder Impfungen in elmpfpass nicht speicherten, obwohl sie dazu verpflichtet waren. Weiters beseitigte die Novelle mit Geltungsbeginn Juli 2025 Ausnahmen für Wahlärztinnen und Wahlärzte von der Speicherpflichtung für Medikationsdaten und fachärztliche Befunde.

- 4.2 Der RH wies darauf hin, dass das Gesundheitstelematikgesetz 2012, die maßgebliche Rechtsgrundlage für ELGA, seit dem Inkrafttreten im Jahr 2012 in einzelnen Bestimmungen novelliert wurde. Er bemängelte, dass das Gesundheitsministerium nicht auf eine umfassendere Änderung bzw. eine Neugestaltung hinwirkte. Eine solche hatten die Systempartner bereits diskutiert sowie die Länder und Sozialversicherung, zum Teil auch in Abstimmung mit Interessenvertretungen, angeregt. Aufgrund der mangelhaften Konsistenz des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 betonte der RH die Bedeutung eines klar verständlichen und auf die technische Weiterentwicklung abgestimmten rechtlichen Rahmens für Betrieb und Weiterentwicklung von ELGA.

²⁶ § 13 Abs. 3, § 27 und § 28 Abs. 2

²⁷ BGBI. I 191/2023



Er empfahl dem Gesundheitsministerium, die Arbeiten für einen geeigneten rechtlichen Rahmen für den Betrieb und die Weiterentwicklung von ELGA zu priorisieren und Vorschläge für eine Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 sowie die darauf basierenden Verordnungen zu erarbeiten. Diese sollten klar verständlich und an die technische Weiterentwicklung des Regelungsinhalts angepasst sein. Dabei wären auch die Entwicklungen auf EU-Ebene zu berücksichtigen.

Der RH kritisierte im Konkreten, dass die Regelungen im Gesundheitstelematikgesetz 2012 und in der ELGA-Verordnung 2015 zur Speicherverpflichtung für ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter wegen Widersprüchlichkeit zu unterschiedlichen Interpretationen führten.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, sich für eine Klarstellung der Regelungen zu den Speicherverpflichtungen für Gesundheitsdiensteanbieter in ELGA einzusetzen und die ELGA-Verordnung 2015 damit abzustimmen.

Der RH hielt fest, dass die am 31. Dezember 2023 kundgemachte Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 für das pflichtwidrige Unterlassen des Speicherns von Daten in ELGA und elmpfpass eine Verwaltungsstrafe vorsah. Er sah positiv, dass die Novelle Ausnahmen von der Speicherverpflichtung in ELGA für Wahlärztinnen und Wahlärzte beseitigte und damit Maßnahmen setzte, um die Vollständigkeit der Gesundheitsdaten in ELGA zu erreichen.

Der RH wies allerdings darauf hin, dass das Gesundheitstelematikgesetz 2012 weiterhin verschiedene Rechte zur Einschränkung der Teilnahme an ELGA vorsah, die zum Unterbleiben der Speicherung von Gesundheitsdaten in ELGA bzw. zur unwiderruflichen Löschung von Gesundheitsdaten aus ELGA führten. Dies war der Vollständigkeit von ELGA abträglich.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, sich im Interesse der Vollständigkeit der in ELGA gespeicherten Gesundheitsdaten und unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Erfordernisse für eine Änderung der Rechte zur Einschränkung der Teilnahme an ELGA einzusetzen und dabei insbesondere Alternativen zu erwägen, die das Unterbleiben einer Speicherung von Gesundheitsdaten bzw. ihre Löschung aus ELGA vermeiden.

- 4.3 Zur Priorisierung der Arbeiten für einen geeigneten rechtlichen Rahmen für den Betrieb und die Weiterentwicklung von ELGA wies das Gesundheitsministerium in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es daran stetig arbeite und auch EU-Vorgaben berücksichtige. Eine Neuerlassung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 werde derzeit jedoch hintangehalten, da es ein kaum argumentierbarer Ressourcenverbrauch wäre, dieses Gesetz mehrfach umfangreich zu novellieren und schließlich aufgrund von EU-Vorgaben grundlegend überarbeiten zu müssen.



Der Prozess zu einem ab Dezember 2020 – nach Hinweis der Datenschutzbehörde – erarbeiteten Gesetzesentwurf habe mehrfach inhaltliche Änderungen und Ergänzungen erfordert, der Entwurf sei schließlich erst im April 2024 dem parlamentarischen Verfahren zugeführt worden. Da die Erarbeitung eines Gesetzesentwurfs für die Neuerlassung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 einen erheblichen Aufwand darstelle, sei beabsichtigt, mit der Erstellung eines Gesetzesentwurfs noch im Jahr 2024 zu beginnen.

Die Ausführungen des RH zu den unklaren und teils widersprüchlichen Regelungen der Speicherverpflichtungen für Gesundheitsdiensteanbieter in ELGA teile das Gesundheitsministerium. Laut Änderungen im Gesundheitstelematikgesetz 2012²⁸ würden die Speicherverpflichtungen grundsätzlich spätestens ab 1. Jänner 2026 gelten. Das Gesundheitsministerium beabsichtige, im Sommer 2024 eine umfangreiche Novelle der ELGA–Verordnung 2015 zu erlassen und darin die Speicherverpflichtungen klarer auszustalten.

Zur empfohlenen Änderung der Rechte zur Einschränkung der Teilnahme an ELGA teilte das Gesundheitsministerium mit, dass nur ein kleiner Teilnehmerkreis das Widerspruchsrecht im Anlassfall (situatives Opt–out) tatsächlich ausübe. Das Gesundheitsministerium habe die Datenschutzbehörde bereits im Zuge einer früheren Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zum Entfall des situativen Opt–outs kontaktiert. Ohne eine vertiefte Prüfung vorgenommen zu haben, sei die Datenschutzbehörde diesem Vorhaben eher kritisch gegenübergestanden. Ihre Anmerkungen seien zu berücksichtigen und es werde dazu noch weitere Gespräche geben müssen. Die ELGA–Teilnehmerrechte seien ein wesentlicher Eckpfeiler von ELGA; insbesondere die Möglichkeit, der Teilnahme an ELGA zu widersprechen, trage zur hohen Akzeptanz von ELGA bei. Dennoch teile das Gesundheitsministerium die Ansicht, dass diese Regelung zu überarbeiten sei. Zur Zeit der Stellungnahme gebe es Gespräche, um diese technisch und gesetzlich anzupassen.

4.4 Der RH hielt gegenüber dem Gesundheitsministerium fest, dass sich das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union im Frühjahr 2024 über den Verordnungsentwurf zum europäischen Raum für Gesundheitsdaten politisch geeinigt hatten. Er begrüßte den Beginn der Arbeiten zur Neuerlassung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 noch im Jahr 2024 und unterstrich nochmals die Bedeutung eines klar verständlichen und auf die technische Weiterentwicklung abgestimmten rechtlichen Rahmens für Betrieb und Weiterentwicklung von ELGA.

Er betonte, dass die empfohlene Änderung der Rechte zur Einschränkung der Teilnahme an ELGA nicht nur das situative Opt–out betraf. Ein hoher „Füllstand“ von ELGA würde dazu beitragen, ELGA zu einem wirkungsvollen eHealth–Instrument für

²⁸ Diese wurden nach der Übermittlung der Stellungnahme des Gesundheitsministeriums am 4. Juli 2024 vom Nationalrat beschlossen.



Gesundheitsdiensteanbieter sowie Patientinnen und Patienten auszubauen. Daher sollten gespeicherte Gesundheitsdaten auch für den Fall eines (späteren) Opt-outs erhalten bleiben. Dazu wäre zu erwägen, ob – anstatt die Daten zu löschen – der Zugriff bzw. die Einsichtsmöglichkeit für Gesundheitsdiensteanbieter nur eingeschränkt werden könnte. Auf diese Weise blieben die Gesundheitsdaten der ELGA-Teilnehmenden verfügbar und könnten hinkünftig auch pseudonymisiert ausgewertet werden.

Aufgaben der ELGA GmbH

5.1

(1) Der Gesellschaftsvertrag vom November 2009 legte als Unternehmensgegenstand der ELGA GmbH „die nicht auf Gewinn gerichtete Erbringung von im Allgemeininteresse liegenden Serviceleistungen auf dem Gebiet der Daseinsvorsorge im Bereich von eHealth zur Einführung und Implementierung der ELGA“ fest. Davon waren vor allem die Koordination und Integration aller operativen Maßnahmen zur Einführung von ELGA, die Errichtung von Systemkomponenten sowie das Qualitäts- und Akzeptanzmanagement für ELGA umfasst. Als Organe der ELGA GmbH richtete der Gesellschaftsvertrag die Geschäftsführung und die Generalversammlung ein; über einen – gesellschaftsrechtlich nicht erforderlichen – Aufsichtsrat verfügte die ELGA GmbH nicht.

Im Juni 2010 schlossen die Gesellschafter der ELGA GmbH ergänzend zum Gesellschaftsvertrag einen Syndikatsvertrag²⁹, u.a. um zu konkretisieren, mit welchen Aufgaben sie die GmbH im Rahmen von Generalversammlungsbeschlüssen betrauen wollten.³⁰ Demnach sollten der ELGA GmbH u.a. die Zuständigkeit für die Einhaltung der Zeitpläne bei der Einführung von ELGA, für die Sicherung der Interoperabilität sowie für die Entwicklung des Berechtigungs- und Protokollierungsregelwerks für Zugriffe auf ELGA sowie das Berichtswesen zukommen. Darüber hinaus konnten die Gesellschafter die ELGA GmbH laut Syndikatsvertrag auch mit der Durchführung bzw. Umsetzung zusätzlicher Vorhaben beauftragen. Die Gesellschafter verpflichteten sich im Syndikatsvertrag auch zur Einrichtung von zwei Gremien: einem „ELGA-Koordinierungsausschuss“ zur Vorberatung und politischen Abstimmung anstehender Beschlüsse der Gesellschafter in der Generalversammlung und einem „ELGA-Nutzerbeirat“, einem Beratungsgremium, das u.a. zu den von der Geschäftsführung vorgestellten Maßnahmen Empfehlungen für die Gesellschafter abgeben sollte.

²⁹ Syndikatsverträge sind Vereinbarungen von Gesellschaftern über ihr künftiges Agieren und Abstimmungsverhalten in der Generalversammlung. Sie sind zulässig und insofern durchsetzbar, als sie schuldrechtliche Wirkung haben. Sie binden aber nur die Gesellschafter untereinander. Gegenüber der GmbH entfaltet ein Syndikatsvertrag – anders als der Gesellschaftsvertrag – keine Rechtswirkung. Siehe Nowotny in Kalss/Nowotny/Schauer, Österreichisches Gesellschaftsrecht² (2017) Rz 4/130 ff.

³⁰ Des Weiteren präzisierten die Gesellschafter darin die Finanzierungsmodalitäten und regelten die Ausübung der Stimmrechte aus den syndizierten Geschäftsanteilen.



(2) Die solcherart festgelegten Aufgaben konzentrierten sich auf die Koordination und Sicherstellung der für die Errichtung, den Rollout und die spätere Nutzung von ELGA erforderlichen technischen Infrastruktur, die IT-Dienstleister von Bund und Sozialversicherung³¹ im Jahr 2015 fertigstellten. Nach Abwicklung dieser ursprünglichen Hauptaufgabe gab es Überlegungen, die ELGA GmbH neu auszurichten. In der Folge bekannten sich Bund und Länder in der im überprüften Zeitraum gültigen Reformvereinbarung 2017³² dazu, „die ELGA GmbH zu einer wirkungsvollen und effizienten gemeinsamen Einrichtung für die Planung und Koordination der Weiterentwicklung der ELGA auszustalten und erforderlichenfalls deren gesellschaftsrechtliche Grundlagen anzupassen“. Entsprechende Maßnahmen setzten die Gesellschafter im überprüften Zeitraum 2018 bis 2022 nicht. Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit richteten sie 2017 mit der Fachgruppe eHealth eine Parallelstruktur zum ELGA–Koordinierungsausschuss (TZ 6) ein. Auch enthielt weder das „Zielbild eHealth 2030“ noch die Diskussionsgrundlage für eine „österreichische eHealth–Strategie“ – die Arbeitsgrundlagen der Bundes–Zielsteuerungskommission – Ausführungen über die Rolle der ELGA GmbH bei der Verfolgung der Ziele und der Umsetzung von Maßnahmen.

Insbesondere seit der Fertigstellung der ELGA–Infrastruktur ergaben sich die Aufgaben der ELGA GmbH aus den von den Gesellschaftern auf Basis des Syndikatsvertrags in der Generalversammlung zu beschließenden zusätzlichen Vorhaben. In der Praxis beschlossen Bund, Länder und Sozialversicherung Jahresarbeitsprogramme für die ELGA GmbH (TZ 7). Eine darüber hinausgehende mehrjährige Planung der Aufgaben gab es nicht.

5.2 Der RH hielt fest, dass die Gesellschafter die Aufgaben der ELGA GmbH insbesondere auf den Aufbau der ELGA–Infrastruktur ausgerichtet hatten. Dieser war im Wesentlichen seit 2015 abgeschlossen (TZ 10). Der RH bemängelte, dass im überprüften Zeitraum 2018 bis 2022 keine Maßnahmen zur Neuaustrichtung der ELGA GmbH gesetzt wurden, obwohl sich Bund und Länder im Jahr 2017 in der Reformvereinbarung 2017 zur Notwendigkeit einer Weiterentwicklung von ELGA bekannt hatten.

Mangels Neuaustrichtung ergaben sich die Aufgaben der ELGA GmbH vor allem aus den von Bund, Ländern und Sozialversicherung finanzierten und in der Generalversammlung beschlossenen Jahresarbeitsprogrammen. Der RH kritisierte, dass eine über die jährlichen Arbeitsprogramme hinausgehende Planung der Aufgaben unter-

³¹ die im Alleineigentum der Republik Österreich stehende Bundesrechenzentrum Gesellschaft mit beschränkter Haftung (**BRZ GmbH**), die im Alleineigentum des Dachverbands und von drei Sozialversicherungsträgern stehende IT-Services der Sozialversicherung GmbH (**ITSV GmbH**) und die im Alleineigentum des Dachverbands stehende Sozialversicherungs–Chipkarten Betriebs– und Errichtungsgesellschaft m.b.H. (**SVC GmbH**)

³² BGBl. I 98/2017



blieb. Nach Ansicht des RH erforderte die Digitalisierung im Gesundheitswesen eine mittel- bis langfristige Planung.

Der RH hielt auch kritisch fest, dass weder das „Zielbild eHealth 2030“ noch die Diskussionsgrundlage für eine „österreichische eHealth–Strategie“ Aussagen enthielt, welche Aufgaben die ELGA GmbH in Zukunft übernehmen und welche Rolle ihr bei der Verfolgung der Ziele und der Umsetzung von Maßnahmen zukommen sollte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern zu klären, welche Rolle der ELGA GmbH künftig zukommen soll, ihre Aufgaben auf dieser Basis neu zu definieren, Gesellschafts- und Syndikatsvertrag anzupassen und die ELGA GmbH mit den dafür erforderlichen Ressourcen auszustatten.

- 5.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es im Rahmen der Zielsteuerungsvertragsverhandlungen gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung die entsprechenden Änderungsentwürfe erarbeitet habe. Die Beschlussfassung durch die Bundes–Zielsteuerungskommission bzw. die Generalversammlung der ELGA GmbH sei im Juni 2024 geplant.
- (2) Laut Stellungnahme des Dachverbands seien der Gesellschaftsvertrag und der Syndikatsvertrag dahin gehend geändert und am 7. Juni 2024 in der Bundes–Zielsteuerungskommission abgenommen worden; die Verträge sollten Ende Juni 2024 in der Generalversammlung der ELGA GmbH beschlossen und unterfertigt werden.

Die Rolle der ELGA GmbH sei aus Sicht der Sozialversicherung durch Art. 7 der Reformvereinbarung eindeutig festgelegt. Die ELGA GmbH sei eine gemeinsame Einheit zur Planung und Koordination der Weiterentwicklung von ELGA und eHealth. Die zentrale Aufgabe der weiterentwickelten ELGA GmbH sei „Planung und Koordination“, womit das gemeinschaftliche Zusammenwirken der Systempartner und die breite Nutzung der Infrastruktur noch mehr als bisher im Fokus stünden. Die Umsetzungsverantwortung bleibe bei den Systempartnern, die auch die politische Verantwortung für ELGA und eHealth tragen würden.



Steuerung

Entscheidungsstrukturen

6.1 (1) Die Entscheidungen zu ELGA und den damit verbundenen eHealth–Angelegenheiten basierten auf unterschiedlichen Prozessen, in die neben den Organen der ELGA GmbH (Generalversammlung, Geschäftsführung) eine Vielzahl von Gremien eingebunden war:

- die im Syndikatsvertrag vorgesehenen Gremien ELGA–Koordinierungsausschuss und ELGA–Nutzerbeirat,
- die im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit seit 2017 für eHealth zuständige Fachgruppe eHealth sowie die ihr übergeordneten Entscheidungsgremien Bundes–Zielsteuerungskommission und Ständiger Koordinierungsausschuss,
- weitere von den Systempartnern eingerichtete Gremien, insbesondere der ELGA–Budgetausschuss, sowie
- mehrere temporär bestehende Projektlenkungsausschüsse und sonstige operative Arbeitsgruppen, in der Regel eingerichtet von der Fachgruppe eHealth oder dem ELGA–Koordinierungsausschuss.

In den Gremien waren regelmäßig Bund, Länder und Sozialversicherung – teilweise mit mehreren Personen – vertreten. Einzelne Personen gehörten bis zu zwölf Gremien an.

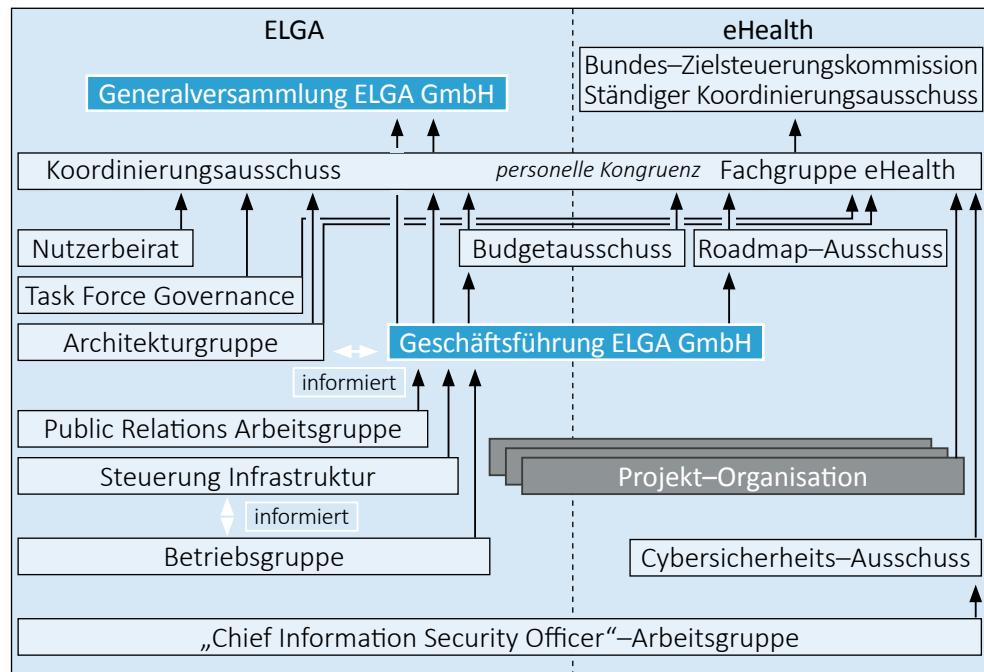
Die Bundes–Zielsteuerungskommission und die Generalversammlung der ELGA GmbH waren in der Regel mit denselben Personen besetzt, ebenso die Fachgruppe eHealth und der ELGA–Koordinierungsausschuss, die bis Ende 2022 in gemeinsamen Sitzungen tagten.

Für die organisatorische Betreuung der Gremien war – abgesehen von den Entscheidungsgremien der Zielsteuerung–Gesundheit – die ELGA GmbH zuständig; im Jahr 2023 betreute sie 20 Gremien mit insgesamt 181 Sitzungsterminen. Die ELGA GmbH nahm – zumeist ohne Stimmrecht – an den Sitzungen teil.

Die folgende Abbildung zeigt die Entscheidungsstrukturen, die die Fachgruppe eHealth im Jahr 2019 mit dem Regelwerk „ELGA Governance 2019“ beschloss; diese lagen im Wesentlichen auch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vor:

Abbildung 2: Entscheidungsstrukturen laut „ELGA Governance 2019“

■ dauerhafte Struktur
 ■ temporäre Struktur
 → Berichtslinie



Quelle: ELGA GmbH; Darstellung: RH

(2) Die „ELGA Governance 2019“ unterteilte die Entscheidungsstrukturen in die Themenbereiche ELGA und eHealth, wobei mehrere Gremien sowohl an den ELGA-Koordinierungsausschuss, der dem Bereich ELGA zugeordnet war, als auch an die dem Bereich eHealth zugeordnete Fachgruppe eHealth zu berichten hatten. Aus inhaltlichen Überschneidungen zwischen ELGA und eHealth resultierten Parallelstrukturen und mitunter unklare Entscheidungskompetenzen. So beschloss z.B. die Fachgruppe eHealth im Jahr 2022, die Anforderungen an eine Monitoring-Datenbank (TZ 9) zu erheben, während das Jahresarbeitsprogramm der ELGA GmbH für 2023 zum selben Thema auf einen Beschluss des ELGA-Koordinierungsausschusses verwies, den dieser formell nicht gefasst hatte.



(3) Entgegen dem Auftrag der Fachgruppe eHealth, die „ELGA Governance 2019“ kontinuierlich zu verbessern, blieb das Regelwerk unverändert, bis es die Fachgruppe eHealth im Mai 2023 sowie die Generalversammlung im Juni 2023 durch die „eHealth Governance 2023“ ersetzen. Diese nannte die vorgesehenen Gremien nicht einzeln und enthielt daher – im Unterschied zur ELGA Governance 2019 – weder ein Organigramm noch konkrete Angaben zu jedem Gremium (wie Kompetenzen, Teilnehmende, Beschlussquorum, Berichtslinien). Sie legte Grundsätze für die Neugründung eines Gremiums fest, etwa den verpflichtenden Beschluss einer auf einer Mustergeschäftsordnung basierenden Geschäftsordnung. Für rund die Hälfte der bestehenden Gremien – darunter den ELGA-Koordinierungsausschuss und den ELGA-Budgetausschuss – lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine Geschäftsordnungen vor.

(4) Die Gesellschafter der ELGA GmbH erwogen in der Generalversammlung im Juli 2022, in der GmbH freiwillig einen Aufsichtsrat einzurichten, um über eine bei Kapitalgesellschaften übliche und bewährte Organstruktur zu verfügen. Eine Arbeitsgruppe sollte die Erwägungen konkretisieren. Die Entscheidung über die Einrichtung eines Aufsichtsrats war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch offen.

6.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Entscheidungsstrukturen, die ELGA und damit verbundene eHealth-Angelegenheiten betrafen, mit über 20 regelmäßig tagenden Gremien und über 180 Sitzungsterminen im Jahr 2023 unübersichtlich waren und beträchtliche personelle Ressourcen der Systempartner und der ELGA GmbH banden. Der RH beurteilte die aktuelle Gremienstruktur als hinderlich für die Weiterentwicklung von ELGA; die Vielzahl der Gremien erschwerte aus seiner Sicht die Abstimmung, Kommunikation und Umsetzung der getroffenen Entscheidungen.

Vor allem stellte der RH infrage, ob die Parallelstruktur aus Fachgruppe eHealth und ELGA-Koordinierungsausschuss zweckmäßig war. Er erachtete zumindest eine Klarstellung ihres Zusammenwirkens bzw. eine Abgrenzung ihrer Aufgaben und Kompetenzen für dringend geboten. Dies, weil die beiden Gremien seit Ende 2022 nicht mehr in gemeinsamen Sitzungen tagten und die Gesellschafter der ELGA GmbH den Gesellschaftsvertrag der ELGA GmbH und den Syndikatsvertrag trotz Einführung der Zielsteuerung-Gesundheit nicht angepasst hatten, um z.B. das Zusammenwirken dieser beiden Gremien klarzustellen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern die Entscheidungsstrukturen, die ELGA und eHealth betreffen, zu vereinfachen. Das Erfordernis der Aufgabenverteilung auf über 20 Gremien wäre zu prüfen und deren Anzahl gegebenenfalls zu reduzieren. Dabei wäre auch die Parallelstruktur aus ELGA-Koordinierungsausschuss und Fachgruppe eHealth zu hinterfragen.



(2) Der RH kritisierte, dass Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Gremien zum Teil nicht schriftlich festgelegt waren. Einige Gremien, wie der ELGA-Koordinierungsausschuss und der ELGA-Budgetausschuss, agierten ohne nachvollziehbare Grundlage, weil die „eHealth Governance 2023“ wesentliche Teile des Regelwerks „ELGA Governance 2019“ nicht mehr enthielt und rund die Hälfte der Gremien über keine Geschäftsordnung verfügte. Der RH vertrat die Ansicht, dass es bei gremienübergreifenden Themen, z.B. Budgetierung ([TZ 16](#)) und Darstellung der Ist-Kosten ([TZ 17](#)), besonderer Sorgfalt bei der Klarstellung der Verantwortung bedarf, und sah in diesem Zusammenhang die Erwägungen über einen Aufsichtsrat positiv.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern zeitnah die Aufgaben und Kompetenzen der mit ELGA und eHealth befassten Gremien inklusive Abhängigkeiten und Berichtslinien – in Fortführung der Beschlüsse zur „eHealth Governance 2023“ – klarzustellen und abzugrenzen; die noch fehlenden Geschäftsordnungen wären bei Weiterbestehen der Gremien ehebaldig zu beschließen. Eine Entscheidung über die Einrichtung eines Aufsichtsrats wäre herbeizuführen.

6.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es im Rahmen mehrerer Sitzungen der Arbeitsgruppe Governance gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung die Gremien wesentlich reduziert habe; die Beschlüsse über weitere Anpassungen seien in der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Generalversammlung der ELGA GmbH geplant.

Zur Klarstellung und Abgrenzung der Aufgaben und Kompetenzen der Gremien, zum Beschluss der Geschäftsordnungen und zur Entscheidung über einen Aufsichtsrat seien die Projektleitungen bzw. die ELGA GmbH beauftragt worden, die Geschäftsordnungen zu vereinheitlichen bzw. zu vervollständigen. Des Weiteren verwies das Gesundheitsministerium auf geplante Beschlüsse in der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Generalversammlung der ELGA GmbH.

(2) Der Dachverband wiederholte in seiner Stellungnahme, dass die zentrale Aufgabe der ELGA GmbH „Planung und Koordination“ sei. Bei ELGA und eHealth sei es aufgrund der vielen Kooperationspartner, vor allem im IT-Bereich, unumgänglich, sich auf operativer und strategischer Ebene breit abzustimmen. Die Vielzahl der Gremien sei daher zweckentsprechend anzupassen. In der ELGA GmbH werde ein Portfoliomanagement eingerichtet, um den Überblick und die Querabstimmung der Projekte sicherzustellen. Mit Abschluss des neuen Gesellschafts- und Syndikatsvertrags werde der ELGA-Koordinierungsausschuss aufgelöst und würden die Aufgaben im Wesentlichen der Fachgruppe eHealth, dem Ständigen Koordinierungsausschuss bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission übertragen.



Der Dachverband begrüße die empfohlene Klarstellung und Abgrenzung der Aufgaben und Kompetenzen der Gremien; er werde sich dafür einsetzen. Mit dem neuen Gesellschaftsvertrag werde ein Aufsichtsrat eingerichtet.

Planung

- 7.1 (1) Die ELGA GmbH plante die Erbringung ihrer Dienstleistungen in Jahresarbeitsprogrammen. Die Geschäftsführung war für die Erarbeitung und Vorlage der Jahresarbeitsprogramme an die Generalversammlung verantwortlich, welche sie regelmäßig zu Jahresende für das folgende Kalenderjahr beschloss.³³ Eine Mehrjahresplanung nahm die ELGA GmbH nicht vor.
- (2) Die Jahresarbeitsprogramme gingen von „strategischen Vorgaben der Eigentümer“ aus und verwiesen wiederholt auf übergeordnete Planungsdokumente wie Strategien, Roadmaps, Entwicklungspfade oder Masterpläne. Es blieb jedoch unklar, worauf sich diese Verweise bezogen, weil weder das Gesundheitsministerium noch die ELGA GmbH dem RH – mit Ausnahme des „Zielbilds eHealth 2030“ ([TZ 2](#)) – Planungsdokumente vorlegen konnte, aus denen die Inhalte der Jahresarbeitsprogramme abzuleiten waren.³⁴
- (3) Die Jahresarbeitsprogramme gewichteten die darin – mit teilweise überlappenden Inhalten – aufgelisteten Vorhaben und Projekte nicht. Nach Angaben der Geschäftsführung erschloss sich die Priorisierung durch die Gesellschafter aus den – nicht dokumentierten – Ergebnissen der in den zahlreichen, paritätisch besetzten Gremien geführten Diskussionen.

³³ Gemäß dem Gesellschaftsvertrag der ELGA GmbH war die Generalversammlung u.a. verantwortlich für die „Feststellung des jährlich vor Beginn eines jeden Geschäftsjahres von der Geschäftsführung vorzulegenden Wirtschaftspläne, bestehend insbesondere aus dem Finanzplan, dem Investitionsplan und dem Personalplan sowie die Zustimmung zu Änderungen von festgestellten Plänen.“

Gemäß dem Syndikatsvertrag gehörte es zu den Aufgaben der Gesellschaft, „die Programm- und Finanzplanung für die Umsetzung der gesamten ELGA zu erstellen und laufend zu aktualisieren, insbesondere die Roadmap zu warten, die Umsetzung der ELGA-Komponenten und ELGA-Anwendungen und der entsprechenden Pilotprojekte voranzutreiben, die Einhaltung definierter Zeitpläne zu überwachen und das Berichtswesen gemäß Punkt 8 dieses Vertrages wahrzunehmen.“

Gemäß der Geschäftsordnung für die Geschäftsführung der ELGA GmbH zählte die Erstellung der Jahresarbeitsprogramme zu den gemeinsam durch die beiden Geschäftsführer wahrzunehmenden Aufgaben.

³⁴ Folgende Planungsdokumente hatten für den überprüften Zeitraum keine Relevanz mehr:

- Der Planungshorizont des 2013 beschlossenen „Masterplans“ reichte bis Jänner 2017, eine darüber hinausreichende Wartung oder Aktualisierung des Masterplans unterblieb.
- Mitte 2019 beauftragte der Ständige Koordinierungsausschuss die Fachgruppe eHealth bzw. einen durch die Fachgruppe eingesetzten Roadmap-Ausschuss damit, eine „Roadmap“ zu erarbeiten; wenige Monate später (COVID-19-Pandemie) wurde die Erarbeitung der Roadmap zurückgestellt und nicht mehr weiterverfolgt. Die Erarbeitung einer neuen Roadmap startete ab Herbst 2022 und befand sich zur Zeit der Geburungsüberprüfung im Stadium der Ideensammlung bzw. Einholung von inhaltlichen Vorschlägen („Inputs“) der Systempartner.
- Ein Entwurf für eine eHealth-Strategie aus 2005 wurde nicht in Kraft gesetzt.



Aus den Jahresarbeitsprogrammen ging nicht immer klar hervor, dass für die Umsetzung der geplanten Vorhaben auch Vorleistungen der Systempartner zur Schaffung der notwendigen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich waren.

(4) Die ELGA GmbH entwickelte ihre Jahresarbeitsprogramme im überprüften Zeitraum weiter: Die Jahresarbeitsprogramme für die Jahre 2018 und 2019 skizzierten die geplanten Vorhaben als Fließtext, ohne die Termine für die Umsetzung einzelner (Teil-)Aufgaben für alle Vorhaben auszuweisen. Die Jahresarbeitsprogramme ab 2020 führten zusätzlich Projekte einschließlich geplanter Umsetzungstermine für ausgewählte „Lieferobjekte“ oder „Meilensteine“ an, jedoch wurden weiterhin nicht alle geplanten Vorhaben zeitlich konkretisiert.

7.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Jahresarbeitsprogramme das zentrale Planungsinstrument der ELGA GmbH waren. Als zweckmäßig erachtete er, dass die ELGA GmbH ihre Jahresarbeitsprogramme im überprüften Zeitraum zunehmend projektbezogen ausrichtete und ihre Planung durch die Festlegung von Meilensteinen und Terminen konkretisierte. Der RH verwies jedoch kritisch darauf, dass die Konkretisierung nicht alle geplanten Vorhaben betraf. Eine hinreichende Operationalisierung der Ziele und die zeitliche Festlegung von Vorhabensschritten lagen nach Ansicht des RH im Interesse eines wirksamen Monitorings, indem sie die Bestimmung des Zielerreichungsgrads, die planmäßige Umsetzung, Abweichungsanalysen sowie die Konzeption steuernder Maßnahmen erlaubten.

Der RH empfahl der ELGA GmbH, künftig alle im Jahresarbeitsprogramm geplanten Vorhaben hinreichend zu konkretisieren. Dies betraf insbesondere eindeutige und messbare Kriterien (Inhalt, Ausmaß, Zeitrahmen) für die Steuerung der Umsetzung und Prüfung der Zielerreichung.

(2) Der RH hielt fest, dass die ELGA GmbH keine Mehrjahresplanung vornahm. Er kritisierte, dass übergeordnete Planungsdokumente fehlten. Die ELGA GmbH plante daher Projekte mit mehrjähriger Laufzeit stets unter Unsicherheit, weil eine über das Jahresbudget hinausgehende Finanzierungszusage fehlte.

Kritisch sah der RH, dass die Jahresarbeitsprogramme der ELGA GmbH nicht mit allfälligen strategischen Vorgaben der Gesellschafter verknüpft waren. Sie enthielten keine Hinweise darauf, aus welchen Beweggründen, etwa im Fall budgetärer Restriktionen, einzelne Projekte priorisiert oder zurückgestellt wurden und welche grundlegenden bzw. längerfristigen Erwägungen die Systempartner diesen Entscheidungen zugrunde legten. Zudem fehlte mitunter die Klarstellung, ob ein geplantes Vorhaben auch Leistungen erforderte oder voraussetzte, die außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der ELGA GmbH lagen.



Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ELGA GmbH, gemeinsam mit den Ländern die Jahresarbeitsprogramme um einen strategischen Bezug zu ergänzen, etwa durch eine nachvollziehbare Begründung der enthaltenen Vorhaben bzw. Projekte. Im Interesse einer klaren Zuordnung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten wäre in den Jahresarbeitsprogrammen zudem anzuführen, welche erfolgskritischen (Vor-)Leistungen der Systempartner zur Zielerreichung erforderlich wären.

- 7.3 (1) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlungen des RH. Er gehe davon aus, dass die Geschäftsführung der ELGA GmbH die Dokumentation der erfolgskritischen (Vor-)Leistungen zur Zielerreichung in den Jahresarbeitsprogrammen im Risikomanagement adressiert habe und entsprechende Abhängigkeiten in den Projektplänen darstellen werde.
- (2) Laut Stellungnahme der ELGA GmbH sei im Jahr 2023 in einer Arbeitsgruppe ein neuerlicher Anlauf zur Erstellung einer Roadmap gestartet worden. Dies sei nur zum Teil gelungen, so seien eine Roadmap für das Patient Summary sowie eine Roadmap der Gesundheitsberatung 1450 erstellt worden. Die sich aus umfangreichen Gesetzesnovellen des Jahreswechsels 2023/24 ergebenden Weichenstellungen würden eine Neuerstellung einer Roadmap für die aktuelle Finanzausgleichsperiode erfordern. Einen ersten Schritt dazu habe die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2024 mittels der „Schwerpunktliste gemäß FAG“ gesetzt.

Monitoring und Berichtswesen

- 8.1 (1) Die für ELGA maßgeblichen Rechtsgrundlagen enthielten verschiedene Ansätze, die eine systematische Überwachung ihrer Umsetzung sicherstellen und den Systempartnern ermöglichen sollten, bei Planabweichungen auf der Grundlage von Abweichungsanalysen steuernd einzugreifen.
- (2) Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 ermächtigte die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister, ein bundesweites Berichtswesen zur Evaluierung der Nutzung und der Auswirkungen von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen einzurichten. Im überprüften Zeitraum machten sie davon keinen Gebrauch.

Laut der Reformvereinbarung 2017 hatte die Bundesgesundheitsagentur die bei der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung von ELGA erzielten Fortschritte zu evaluieren und hatten die Systempartner zumindest jährlich über den Status ihrer diesbezüglichen Vorhaben der Bundesgesundheitsagentur zu berichten. Das für die Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur zuständige Gesundheitsministe-



rium konnte diese Berichte nicht und verwies auf die Monitoringberichte zur Zielsteuerung–Gesundheit.

(3) Laut der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit³⁵ (in der Folge: **Zielsteuerungs–Vereinbarung**) hatten die Systempartner ein nach Sektoren und Regionen differenziertes, österreichweites Monitoring der Zielsteuerung–Gesundheit durchzuführen und dafür die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele so zu definieren, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte ermöglicht wurde. Die jährlichen Monitoringberichte³⁶ hatten auch eine Einschätzung zur Maßnahmenumsetzung zu enthalten.

Der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene enthielt das operative Ziel, die Verwendung von ELGA durch die Gesundheitsdiensteanbieter zu fördern.³⁷ Als einzige Messgröße diente der „Umsetzungsgrad ELGA“, den die Systempartner ohne nähere Erläuterung als Anzahl bzw. Anteil jener Gesundheitsdiensteanbieter definierten, die „ELGA implementiert“ bzw. „in Verwendung“ hatten. Den innerhalb der Vertragslaufzeit angestrebten Umsetzungsgrad quantifizierten die Systempartner nicht.

Die Monitoringberichte enthielten keine über die Entwicklung des Umsetzungsgrades³⁸ hinausgehende Information, etwa über den Status und Fortschritt der allenfalls getroffenen Maßnahmen. Die Landes–Zielsteuerungskommissionen hatten zu den Monitoringberichten vor deren Abnahme durch die Bundes–Zielsteuerungskommission schriftlich Stellung zu nehmen; mit Ausnahme eines Landes gingen sie darin auf ELGA nicht ein.³⁹

(4) Die ELGA GmbH hatte ihre Gesellschafter im Rahmen eines Berichtswesens zeitnah über Entwicklungen der Gesellschaft und relevante Vorgänge zu informieren. Insbesondere waren ihnen nach Befassung des ELGA–Koordinierungsausschusses

³⁵ BGBI. I 97/2017 i.d.g.F.

³⁶ Die Monitoringberichte zur Zielsteuerung–Gesundheit erstellte die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Gesundheitsministeriums. Es handelte sich dabei um das Monitoring der sogenannten Steuerungsbereiche (im Unterschied zum vierteljährlichen Finanzzielmonitoring, siehe dazu u.a. RH–Bericht „System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen“, u.a. Reihe Bund 2019/47).

³⁷ siehe Tabelle A im Anhang A dieses Berichts mit einer detaillierten Darstellung des operativen Ziels

³⁸ Der Umsetzungsgrad war von 2017 bis 2022 von 285 (davon 15 Apotheken und 90 Ärztinnen und Ärzte) auf 9.094 (davon 1.414 Apotheken und 7.177 Ärztinnen und Ärzte) gestiegen. Wert 2017: revidierter Ist–Wert für Ende 2017 gemäß Monitoringbericht für das Berichtsjahr 2018; Wert 2022: Ist–Wert für Ende 2022 gemäß Monitoringbericht für das Berichtsjahr 2022.

³⁹ Die Landes–Zielsteuerungskommission Tirol wies in ihren Stellungnahmen jährlich auf die Arbeiten zur Anbindung von Telegesundheitsdiensten an ELGA sowie ab dem Berichtsjahr 2020 darauf hin, dass der Implementierungsstand der ELGA–Anwendungen eBefund und eMedikation aufgrund der vorrangig zur Bekämpfung der COVID–19–Pandemie eingesetzten Ressourcen nicht maßgebend ausgeweitet werden konnte.



Quartalsberichte vorzulegen, für das gesamte Geschäftsjahr war der jeweils vierte Quartalsbericht maßgeblich.⁴⁰

Die ELGA GmbH entwickelte ihr Berichtswesen kontinuierlich weiter und ergänzte es z.B. um eine Statusdarstellung der im Jahresarbeitsprogramm geplanten Projekte. Die Geschäftsführung arbeitete zur Zeit der Geburungsüberprüfung daran, das Berichtswesen neu zu konzipieren und es gesamthafter und übersichtlicher zu gestalten, um den Anforderungen an eine wirksame Steuerungsgrundlage gerecht zu werden.

Die Wirksamkeit der Quartalsberichte als Monitoring-Instrument blieb mitunter unklar, wie der RH am Beispiel der Nutzung der ELGA-Kernanwendung elektronischer Befund (in der Folge: **eBefund**) durch niedergelassene Labore und Radiologie-Institute er hob: Obwohl die Jahresarbeitsprogramme und Quartalsberichte seit 2018 auf Umsetzungshemmnisse außerhalb des Einflussbereichs der ELGA GmbH hinwiesen – insbesondere eine fehlende Finanzierungsvereinbarung sowie eine fehlende Lösung für den Umgang der Labore mit dem situativen Opt-out –, waren die Umsetzungshemmnisse noch nicht beseitigt.

- 8.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister kein bundesweites Berichtswesen zur Evaluierung der Nutzung von ELGA eingerichtet hatten. Ebenso sah die Bundesgesundheitsagentur von einer Evaluierung der Nutzung von ELGA ab und erhielt keine Berichte der Systempartner darüber, obwohl die Reformvereinbarung dies vorsah.

Das Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit war nach Ansicht des RH für die Steuerung von ELGA nur eingeschränkt geeignet, weil die Systempartner den als Steuerungsgröße herangezogenen „Umsetzungsgrad ELGA“ weder hinreichend präzisierten noch mit einem konkreten Ziel verknüpften und damit keine Prüfung der Zielerreichung ermöglichten. Die geringe praktische Bedeutung der Monitoringberichte zur Zielsteuerung-Gesundheit für ELGA zeigte sich auch daran, dass acht Landes-Zielsteuerungskommissionen ELGA in ihren Stellungnahmen nicht thematisierten.

Der RH hielt fest, dass die ELGA GmbH ihre Gesellschafter in Form von Quartalsberichten über den Status der zur Weiterentwicklung von ELGA aufgesetzten Projekte informierte, und erachtete die zunehmende Berichterstattung über die in den Jahresarbeitsprogrammen geplanten Projekte grundsätzlich als zweckmäßig. Er

⁴⁰ Die Quartalsberichte hatten insbesondere einen nach dem Unternehmensgegenstand gemäß Gesellschaftsvertrag gegliederten Arbeitsfortschrittsbericht zu enthalten. Demgemäß war über Fortschritte im Programm- und Integrationsmanagement, bei der Errichtung von Systemkomponenten und der Begleitung von Pilotierungen sowie in Bezug auf das Qualitäts- und Akzeptanzmanagement zu berichten.



vertrat jedoch die Ansicht, dass das Berichtswesen der ELGA GmbH weitere Verbeserungspotenziale aufwies.

Der RH empfahl der ELGA GmbH, ihr Berichtswesen übersichtlicher zu gestalten und insbesondere um einen gesamthaften strukturierten Überblick über den Umsetzungsstatus von ELGA sowie um Vorschläge für vorrangig zu bearbeitende Handlungsfelder und Problemstellungen zu ergänzen. Die Feststellung des Zielerreichungsgrades sowie die Abweichungsanalyse sollten zudem künftig auf die in den Jahresarbeitsprogrammen festgelegten Messgrößen und Zielwerte fokussieren.

(2) Der RH hob hervor, dass die ELGA GmbH in ihren Quartalsberichten seit 2018 auf die noch nicht erreichte Nutzung der ELGA-Kernanwendung eBefund durch niedergelassene Labore und Radiologie-Institute sowie darauf hinwies, dass sie diese durch Maßnahmen im eigenen Kompetenzbereich nicht verbessern könne. Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium und den Dachverband in TZ 12, gemeinsam mit den Ländern bei eBefund die schreibende Anbindung des niedergelassenen Bereichs an ELGA voranzutreiben und insbesondere eine Lösung für die Übermittlung von Bilddaten aus der Radiologie sowie die Anbindung der niedergelassenen Labore zu finden, um die Vollständigkeit von ELGA zu erhöhen.

8.3 (1) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH.

(2) Die ELGA GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie ihr Berichtswesen bereits um eine Abweichungsanalyse zwischen den Inhalten der Jahresarbeitsprogramme und den tatsächlich umgesetzten Arbeiten ergänzt habe. Diese würde schrittweise weiterentwickelt, insbesondere durch die Einführung eines normgerechten Risikomanagements.



Kennzahlen

9.1 (1) Die Verwendung von Kennzahlen aus ELGA sollte insbesondere zwei Zwecken dienen:

- dem technischen Monitoring: Feststellung, Lokalisierung und Behebung von Fehlern durch Überwachung von Transaktions- und Ausfallszeiten mit dem Ziel, einen stabilen Betrieb bzw. die Leistungsfähigkeit des aus zentralen und dezentralen Komponenten bestehenden ELGA-Gesamtsystems sicherzustellen;
- dem fachlichen Monitoring: Steuerung und Lenkung des Gesamtsystems ELGA unter Berücksichtigung der vom Gesundheitsministerium, vom Dachverband und von der ELGA GmbH übereinstimmend als zentral erkannten Erfolgsfaktoren; dazu gehörten die Vollständigkeit („Füllstand“) von ELGA, die Strukturqualität der gespeicherten Dokumente⁴¹ sowie, davon abhängig, das Ausmaß der tatsächlichen Nutzung von ELGA durch Gesundheitsdiensteanbieter und Teilnehmende.

(2) Wegen der komplexen Struktur des ELGA-Gesamtsystems (TZ 11) waren sowohl das technische als auch das fachliche Monitoring in den ersten Jahren des ELGA-Betriebs eingeschränkt: Zum einen waren die rasche Erkennung und Behebung technischer Fehler dadurch beeinträchtigt, dass die für die Fehleranalyse benötigten Protokolldaten bzw. Logfiles aus dezentralen Komponenten von den jeweiligen Betreibern mitunter erst kopiert und übermittelt werden mussten, weil die ELGA GmbH über kein Instrument zur übergreifenden Auswertung verfügte. Zum anderen war es nicht möglich, fachliche Kennzahlen zentral bereitzustellen, sodass die ELGA GmbH Auswertungen aus unterschiedlichen Systemen bzw. von unterschiedlichen Organisationen manuell aggregierte und für die Entscheidungsträgerinnen und –träger aufbereitete.

(3) Ein im Jahr 2020 gestartetes Projekt⁴² hatte das Ziel, die Daten aus ELGA besser für Monitoringzwecke zu nutzen. Das im Jahr 2020 von der Projektleitung erarbei-

⁴¹ Als Strukturqualität wird das Ausmaß der Standardisierung und Vereinheitlichung der in ELGA gespeicherten Gesundheitsdaten bezeichnet. Die ELGA-Verordnung unterschied vier sogenannte ELGA-Interoperabilitätsstufen (EIS), die von geringer Strukturqualität („EIS Basic“; entspricht etwa einem pdf-Dokument) bis zu hoher Strukturqualität („EIS Full Support“; Dokument mit standardisiertem Kopf- und Hauptteil und vollständig codierten Informationen) reichten.

Eine hohe Strukturqualität erhöht den Nutzen der gespeicherten Dokumente für die Gesundheitsdiensteanbieter und damit die Akzeptanz von ELGA, weil die benötigten Informationen rascher auffindbar sind und Vergleichbarkeit von Dokumenten verschiedener Gesundheitsdiensteanbieter gegeben ist.

⁴² Das Projekt war in dem durch die Generalversammlung im November 2019 genehmigten Jahresarbeitsprogramm für 2020 enthalten. Die ELGA GmbH leitete das Projekt, beteiligt waren die IT-Dienstleister BRZ GmbH, ICSV GmbH und SVC GmbH.



tete Lastenheft wies – entsprechend den unterschiedlichen Anforderungen an ein technisches und an ein fachliches Monitoring – zwei Teilprojekte aus:

- ein übergreifendes Logfile–Aggregationswerkzeug einschließlich einer zentralen Zugriffsmöglichkeit auf Logfiles („Logging und Monitoring“) sowie
- eine zentral verfügbare Betriebskennzahlen–Datenbank.

Im Jahr 2021 beauftragte die Generalversammlung die BRZ GmbH, die als Auftragsverarbeiter für den Gesundheitsminister agierte, mit der Errichtung und dem Betrieb einer Datenbank zur zentralen Bereitstellung fachlicher Kennzahlen. Das Teilprojekt „Logging und Monitoring“ wurde vom Projektlenkungsausschuss aufgrund der nicht gesicherten Finanzierung gestoppt.

Ab 2022 errichtete die BRZ GmbH die Kennzahlendatenbank sowie einen Zugang über Portal Austria, definierte zwei Nutzergruppen⁴³ mit unterschiedlichen Berechtigungen und erstellte auf Grundlage der ersten von den IT–Dienstleistern bzw. von ersten ELGA–Bereichen angelieferten Anwendungsdaten erste Dashboards und Standardauswertungen.

Zur Zeit der Geburgsüberprüfung war u.a. geplant, die Datengrundlage der Kennzahlendatenbank zu vervollständigen, neue Nutzergruppen zu definieren, weitere Standardauswertungen zu konzipieren sowie Know–how und Ressourcen für die Erstellung individueller Auswertungen aufzubauen.

(4) Die ELGA GmbH verarbeitete die Daten aus ELGA nicht auf der Ebene des einzelnen Gesundheitsdiensteanbieters, weil ihr dafür die gesetzliche Grundlage oder ein Auftragsverarbeitungsvertrag mit dem Gesundheitsministerium fehlte. Aus den aggregierten Daten erstellte sie für ihre Organe insbesondere Standardauswertungen, z.B. zur Nutzung der ELGA–Anwendungen durch die Gesundheitsdiensteanbieter, zur Nutzung des ELGA–Portals sowie zur Anzahl und Strukturqualität der in ELGA gespeicherten Dokumente.

Die verwendeten Kennzahlen waren mitunter nur eingeschränkt aussagekräftig: So sagte etwa die Menge der von den Gesundheitsdiensteanbietern getätigten ELGA–Transaktionen wenig darüber aus, wie intensiv diese ELGA tatsächlich nutzten, solange sie nicht auf die Anzahl der behandelten Personen bzw. die Patientenfrequenz bezogen wurde. Auch die Ableitung zielgerichteter Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturqualität der gespeicherten Dokumente war aus den aggregierten Daten nur eingeschränkt möglich.

⁴³ Für die Management– und Gremien–Ebene sollten jederzeit aktuelle, aggregierte Kennzahlen oder Dashboards mit vordefinierten Standardauswertungen abrufbar sein, während für die Betriebsebene Rohdaten zur Verfügung gestellt wurden.



(5) Die Umsetzung des im Jahr 2021 zurückgestellten, zentralen technischen Monitorings war zur Zeit der Geburungsüberprüfung neuerlich geplant; im Jahr 2023 wurden diesbezügliche Anforderungen von den Betreibern zentraler und dezentraler Komponenten gesammelt, priorisiert und für eine Grobkostenschätzung dokumentiert.

9.2 (1) Der RH stimmte mit dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ELGA GmbH überein,

- dass die Hebung des Potenzials von ELGA – sowohl im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität als auch in ökonomischer Hinsicht (TZ 2) – vom Ausmaß der tatsächlichen Nutzung von ELGA durch die Gesundheitsdiensteanbieter und Teilnehmenden abhing und
- dass Einflussfaktoren bestanden, die diese Nutzung förderten, etwa die Vollständigkeit von ELGA und die Strukturqualität der gespeicherten medizinischen Dokumente.

Aus Sicht des RH waren für die zielgerichtete Steuerung Kennzahlen erforderlich, die diese Parameter bestmöglich abbildeten („Key Performance Indikatoren“).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ELGA GmbH, gemeinsam mit den Ländern Leistungskennzahlen zu definieren, die eine Messung der Fortschritte von ELGA im Hinblick auf ihre Vollständigkeit, die Strukturqualität der gespeicherten Dokumente und insbesondere die tatsächliche Nutzung von ELGA erlauben.

Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung in TZ 7, für alle in den Jahresarbeitsprogrammen geplanten Projekte eindeutige und messbare Kriterien für die Prüfung der Zielerreichung festzulegen.

Der RH hielt kritisch fest, dass die häufig zur Analyse verwendeten absoluten Zahlen (wie die Anzahl der getätigten Transaktionen) eingeschränkte Aussagekraft hatten. Er verkannte dabei nicht, dass die Ermittlung aussagekräftigerer Verhältniszahlen mitunter Daten erforderte, die in ELGA selbst nicht verfügbar waren (wie die Patientenfrequenz).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern Lösungen zu entwickeln, damit auch Daten der Länder und der Sozialversicherung aus dem niedergelassenen Bereich und von Krankenanstalten für die Ermittlung von Leistungskennzahlen für ELGA genutzt werden können.



(2) Der RH verwies kritisch auf die Einschränkungen des in den ersten Jahren des ELGA–Betriebs durchgeführten Monitorings, die vor allem darauf zurückzuführen waren, dass zur Gesamtsteuerung Daten aus unterschiedlichen (Sub–)Systemen verschiedener Betreiber benötigt wurden, aber keine zentrale Auswertung möglich war. Der RH erachtete daher die Absicht der ELGA GmbH als zweckmäßig, eine zentrale Zugriffsmöglichkeit auf die Logfiles des ELGA–Gesamtsystems zu schaffen.

Er empfahl der ELGA GmbH, das Teilprojekt „Logging und Monitoring“ mit dem Ziel der Etablierung (weitgehend automatisierter) rascherer Prozesse zur Erkennung und Behebung von Fehlern voranzutreiben und damit die Grundlage für ein wirksames technisches Monitoring zu schaffen.

Der RH anerkannte die von der ELGA GmbH gemeinsam mit den Betreibern gesetzten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der ab dem Jahr 2022 eingerichteten Datenbank zur zentralen Bereitstellung fachlicher Kennzahlen. Er hielt jedoch kritisch fest, dass die ELGA GmbH ihre Steuerungsverantwortung sowie ihre Informationsverpflichtung gegenüber den Gesellschaftern nur eingeschränkt wahrnehmen konnte, weil sie die aus ELGA generierten Daten mangels einer geeigneten rechtlichen Grundlage nicht auf Ebene des einzelnen Gesundheitsdiensteanbieters verarbeiten durfte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine geeignete rechtliche Grundlage hinzuwirken, die es der ELGA GmbH unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben ermöglicht, die für ihre Steuerungs– und Koordinationsaufgaben erforderlichen Daten auf der Ebene des einzelnen Gesundheitsdiensteanbieters zu verarbeiten.

- 9.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies zur empfohlenen Nutzung von Daten der Länder und der Sozialversicherung für die Ermittlung von Leistungskennzahlen für ELGA auf die Novelle des Gesundheitszielsteuerungs–Gesetzes im Rahmen des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024. Bund, Länder und Landesgesundheitsfonds sowie der Dachverband und die Sozialversicherungsträger seien darin verpflichtet worden, eine Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich einzurichten und zu betreiben, um insbesondere Datenverknüpfungen bzw. –verschneidungen zwischen den Systempartnern zu erleichtern. Langfristig könne auch die ELGA GmbH an dieser Datenauswerteplattform teilnehmen und somit unterschiedliche Datenquellen zur Ermittlung von Leistungskennzahlen nutzen.

Das Gesundheitsministerium wolle noch im Laufe der Gesetzgebungsperiode 2020–2024 auf eine rechtliche Grundlage hinwirken, die es der ELGA GmbH ermögliche, Daten auf der Ebene des einzelnen Gesundheitsdiensteanbieters zu verarbeiten.



(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands seien Leistungskennzahlen im Rahmen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags entwickelt und als Ziele zwischen den Systempartnern vereinbart worden. Statistische Kennzahlen zur Patientenfrequenz seien verfügbar und könnten bereits – auf der Basis der bestehenden datenschutzrechtlichen Grundlagen – mit ELGA–Daten verschnitten werden.

9.4 Der RH entgegnete dem Dachverband, dass er die im Rahmen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags entwickelten Kennzahlen nicht für geeignet hielt, die Fortschritte von ELGA im Hinblick auf einen vollständigen Überblick über den Umsetzungsstand von ELGA, die Strukturqualität der gespeicherten Dokumente und insbesondere die tatsächliche Nutzung von ELGA zu messen. Er verwies auf seine Ausführungen in TZ 8 und verblieb bei seiner Empfehlung, gemeinsam mit den Ländern Lösungen zu entwickeln, damit auch Daten der Länder und der Sozialversicherung aus dem niedergelassenen Bereich und von Krankenanstalten für die Ermittlung von Leistungskennzahlen für ELGA genutzt werden können.

Umsetzung von ELGA

Allgemeines

10 Die ARGE ELGA erarbeitete im Jahr 2007 einen „Ausblick“ auf ELGA, in dem sie einen Plan für eine technische Infrastruktur mit ersten Umsetzungsschritten konzipierte. ELGA sollte als strukturiertes Gesamtsystem die effiziente und ökonomische Abwicklung der eHealth–Prozesse ermöglichen. Der Plan sah u.a. eine Struktur zur Vernetzung der Gesundheitsdiensteanbieter, ein Rollen– und Berechtigungskonzept sowie ein Dokumentenregister vor. Ein ELGA–Portal sollte den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu qualitätsgesicherter medizinischer, gesundheitspolitischer, organisatorischer und wissenschaftlicher Information bieten. Das Portal war seit 2012 in Betrieb und wurde laufend erweitert. Als Kernanwendungen der ersten Umsetzungsphase sah die ARGE ELGA

- eArztbrief/Patientenbrief,
- eBefund Labor (Laborbefund, Primärdaten und allfällige Vorbefunde),
- eBefund Radiologie (Befund und Radiologiebilder) sowie
- eMedikation (Verordnung bis Ausgabe der Arzneimittel zur Vermeidung von Wechselwirkungen und Mehrfachverschreibungen)

vor. Auf diese Anwendungen sowie elmpfpass geht der RH in den folgenden TZ näher ein.



Als weitere Anwendungen sollten in ELGA künftig eine elektronische Patientenverfügung sowie das Disease Management bei Erkrankungen wie Diabetes implementiert werden. Die Gesundheitsberatung 1450 sollte mit einer App und Standards zu Videokonsultationen in ELGA integriert werden. Diese Anwendungen befanden sich zur Zeit der Geburtsüberprüfung erst im Planungsstadium, weshalb der RH in diesem Bericht nicht näher darauf eingehet.

Technische Infrastruktur

11.1 (1) Übersicht

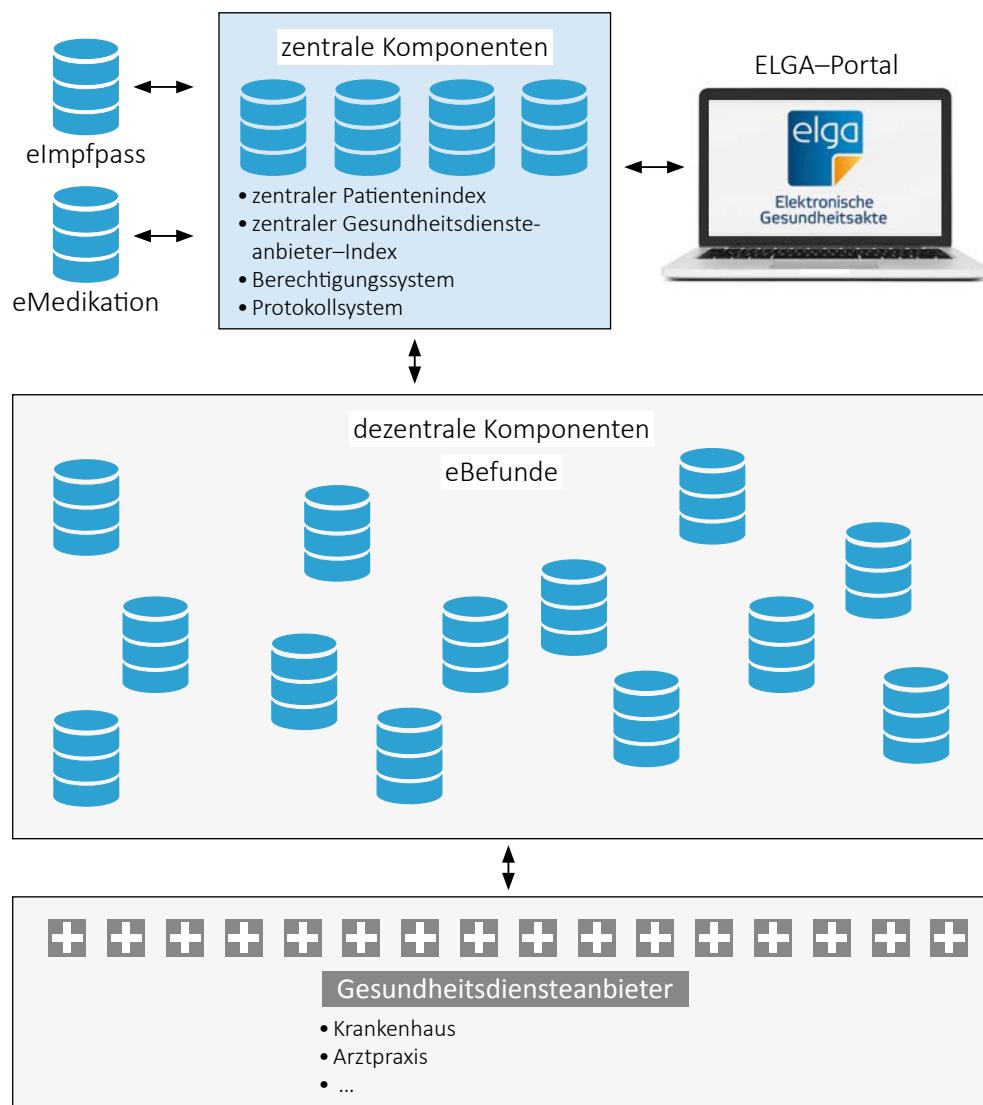
Für die Nutzung von ELGA war eine komplexe technische Infrastruktur erforderlich, deren Aufbau die ELGA GmbH ab ihrer Gründung im Jahr 2009 koordinierte. Ende 2015 war die technische Infrastruktur so weit verfügbar, dass es möglich war, Gesundheitsdaten in ELGA zu speichern und auszulesen.

Das Institut für Technikfolgenabschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften kam in einer Studie aus 2021 zum Ergebnis, dass die Infrastruktur von ELGA im europäischen Vergleich, insbesondere mit Ländern wie Großbritannien und Deutschland, effizient implementiert sei.



Zur Zeit der Geburtsüberprüfung im Jahr 2023 stellte sich die ELGA-Infrastruktur schematisch wie folgt dar:

Abbildung 3: Technische Infrastruktur von ELGA



Quelle: ELGA GmbH; Darstellung: RH

Die technische Infrastruktur bestand aus zentralen und dezentralen Komponenten, Schnittstellen zu den IT-Systemen der Gesundheitsdiensteanbieter sowie Netzwerken zur Verbindung aller Komponenten.

Die Daten für eMedikation und elmpfpass wurden zentral vorgehalten, jene für eBefund unabhängig davon dezentral in 13 sogenannten Bereichen. Der Zugriff auf diese Daten war für Patientinnen und Patienten zentral über das ELGA-Portal möglich; der Zugriff für Gesundheitsdiensteanbieter war dagegen integriert in deren



eigener Software (wie Krankenhausinformationssysteme oder Praxis-Software im niedergelassenen Bereich) vorgesehen.

(2) Zentrale Komponenten

Zentrale Komponenten waren vor allem:

- Zentraler Patientenindex: Ein Verzeichnis aller Patientinnen und Patienten war erforderlich, um Gesundheitsdaten eindeutig einer Person zuzuordnen und dieser den Zugriff auf die eigenen Daten zu ermöglichen.
- Zentraler Gesundheitsdiensteanbieter-Index: ein Verzeichnis aller Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die grundsätzlich gesetzlich berechtigt waren, in Gesundheitsdaten ihrer Patientinnen und Patienten Einsicht zu nehmen; das Verzeichnis war erforderlich, um diese eindeutig zu identifizieren.
- Berechtigungssystem: ein System, das nur berechtigte Zugriffe auf Gesundheitsdaten zuließ.
- Protokollsystem: Es diente der transparenten und nachvollziehbaren Dokumentation aller Zugriffe.

Betreiber der zentralen Komponenten waren vor allem die IT-Dienstleister der Systempartner: die BRZ GmbH, die ITSV GmbH und die SVC GmbH.⁴⁴ Es gab Unstimmigkeiten zwischen den Systempartnern, wie und wer die zentralen Komponenten, wie das Berechtigungssystem, am zweckmäßigsten betreiben könnte. Dadurch verzögerten sich die Projekte zur laufenden Erneuerung der technischen Infrastruktur.

(3) Dezentrale Komponenten – ELGA-Bereiche

Dezentral lagen die Daten in 13 Speichern, sogenannten ELGA-Bereichen. Die Länder betrieben acht Bereiche (Burgenland hatte sich an die Steiermark angegeschlossen), die Sozialversicherung betrieb einen Bereich für ihre Einrichtungen, die Orden sowie drei private Anbieter ebenfalls je einen Bereich.

Ende 2023 schrieben vor allem die Krankenanstalten der Länder, der Sozialversicherung und der Orden Befunde in ihre jeweiligen ELGA-Bereiche, also z.B. ein Landeskrankenhaus in den Bereich seines Landes, ein Unfallkrankenhaus in den Bereich der Sozialversicherung oder ein Ordensspital in den Bereich der Orden.

Für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte war hingegen kein eigener ELGA-Bereich eingerichtet. Es war noch ungeklärt, wann sie ELGA in größerem Umfang mit Befunden beschicken und welchen Bereich sie dafür wählen würden. Grundsätzlich

⁴⁴ Den sogenannten Terminologie-Server betrieb die ELGA GmbH.



standen vor allem die drei privaten Bereiche österreichweit allen Gesundheitsdiensteanbietern offen, zwei Länder ermöglichen den Zugang allen Gesundheitsdiensteanbietern ihres Landes. Einen kostenfreien Grundversorgungsbereich für alle Gesundheitsdiensteanbieter, die keinen eigenen ELGA-Bereich errichten konnten oder wollten, diskutierten die Systempartner zwar in der Konzeptionsphase von ELGA, setzten ihn aber nicht um. Über das eCard-System war österreichweit das Lesen von Befunden möglich, nicht aber das Schreiben⁴⁵. Die Sozialversicherung plante, dem niedergelassenen Bereich das Schreiben von Befunden zu ermöglichen; im Jahr 2024 sollten Möglichkeiten analysiert werden, Daten aus der Vorsorgeuntersuchung in ELGA zu speichern.

Die Existenz von 13 Bereichen verursachte erhöhten Aufwand durch die mehrfache Vorhaltung von Infrastruktur. Es erhöhte sich auch die technische Komplexität, weil u.a. lokale Verweisregister und verteilte Berechtigungssysteme erforderlich waren, um die Befunde einer Patientin oder eines Patienten in allen Bereichen suchen und die Berechtigung jeder Suche überprüfen zu können. Ein Grund für die dezentrale Speicherung von Befunden lag darin, dass beim Aufbau von ELGA der Ansatz verfolgt wurde, bestehende Datenspeicher zu integrieren statt neue aufzubauen. Es gab während der Konzeption von ELGA auch datenschutzrechtliche Bedenken gegen eine Konzentration aller Daten.

(4) Weiterentwicklung

Die Infrastruktur wurde laufend weiterentwickelt, u.a. mit Konzepten, die unter „ELGA 2.0“ zusammengefasst wurden. Ziel dieser geplanten erweiterten Architektur war es u.a., die Verfügbarkeit, Performance und Qualität von ELGA- und eHealth-Anwendungen deutlich zu steigern und gleichzeitig Betriebs- und Entwicklungskosten bei mindestens gleichbleibender Sicherheit und gleichbleibendem Datenschutz zu reduzieren. Auch die organisatorische, technische und betriebliche Komplexität der verteilten Komponenten sollte u.a. durch zentrale Verzeichnisse und Datenspeicher reduziert werden.

- 11.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass es Unstimmigkeiten zwischen den Systempartnern gab, wie und wer die zentralen Komponenten am zweckmäßigsten betreiben könnte, und dass sich dadurch die laufende Erneuerung der technischen Infrastruktur verzögerte. Er erinnerte an die Zielsteuerungs–Vereinbarung, wonach die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden sollen.

⁴⁵ Rechtlich betrachtet handelte es sich um Speicherverpflichtungen in ELGA. Aus sprachlichen Gründen wird im Folgenden auch der Begriff „Schreiben“ dem des „Lesens“ gegenübergestellt.



Er empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, den Betrieb und die Erneuerung der zentralen Komponenten der ELGA–Infrastruktur in partnerschaftlicher Zusammenarbeit sicherzustellen.

(2) Zu den dezentralen Komponenten der Infrastruktur merkte der RH an, dass 13 Bereiche die Komplexität erhöhten und Mehraufwand verursachten. Er hielt positiv fest, dass eine gemeinsame Nutzung von ELGA–Bereichen in zwei Ländern möglich war. Zur Zeit der Geburungsüberprüfung war noch ungeklärt, wann die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ELGA in größerem Umfang mit Befunden beschicken und welchen Bereich sie dafür wählen würden. Dies ließ nach Ansicht des RH Gestaltungsspielraum in der Organisation der Bereiche zu, der auch genutzt werden sollte. Dabei war zu berücksichtigen, dass ELGA eine wesentliche Gesundheitsinfrastruktur ist, deren sicherer und effizienter Betrieb im öffentlichen Interesse liegt und für die Zukunft sichergestellt werden sollte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern die 13 ELGA–Bereiche auf ihre Zweckmäßigkeit zu analysieren und gegebenenfalls Schritte zur Vereinfachung der dezentralen technischen Infrastruktur von ELGA einzuleiten; dies unter Berücksichtigung der Nutzung der ELGA–Bereiche durch den niedergelassenen Bereich.

(3) Der RH hielt fest, dass die technische Infrastruktur von ELGA im europäischen Vergleich laut der Österreichischen Akademie der Wissenschaften effizient implementiert wurde, dass sie ab Dezember 2015 zur Verfügung stand und seitdem laufend erweitert und erneuert wurde. Seiner Ansicht nach bot dies auch die Möglichkeit, den genannten Herausforderungen beim Betrieb der zentralen und dezentralen Komponenten zu begegnen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ELGA GmbH, die technische Weiterentwicklung der ELGA–Infrastruktur gemeinsam mit den Ländern fortzusetzen und sie auch zur Lösung anstehender Herausforderungen beim Betrieb der zentralen und dezentralen Komponenten zu nutzen.

11.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass nach Beschluss der eHealth–Strategie der Auftrag an die ELGA GmbH erteilt werde, die daraus folgende Roadmap für die Umsetzung der eHealth–Ziele auszuarbeiten. Somit sei sichergestellt, dass die umzusetzenden Maßnahmen und Projekte koordiniert, abgestimmt und partnerschaftlich abgewickelt sowie dem Stand der Technik entsprechend angepasst würden.



(2) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlungen des RH, den Betrieb und die Erneuerung der zentralen Komponenten der ELGA-Infrastruktur in partnerschaftlicher Zusammenarbeit sicherzustellen sowie die technische Weiterentwicklung der ELGA-Infrastruktur gemeinsam mit den Ländern fortzusetzen.

Im Rahmen des ELGA-Koordinierungsausschusses vom 1. Juni 2023 seien Änderungen in der Architektur der ELGA-Bereiche mit dem Ziel, Komplexität und Kosten zu verringern, vorgeschlagen und angenommen worden.

eBefund

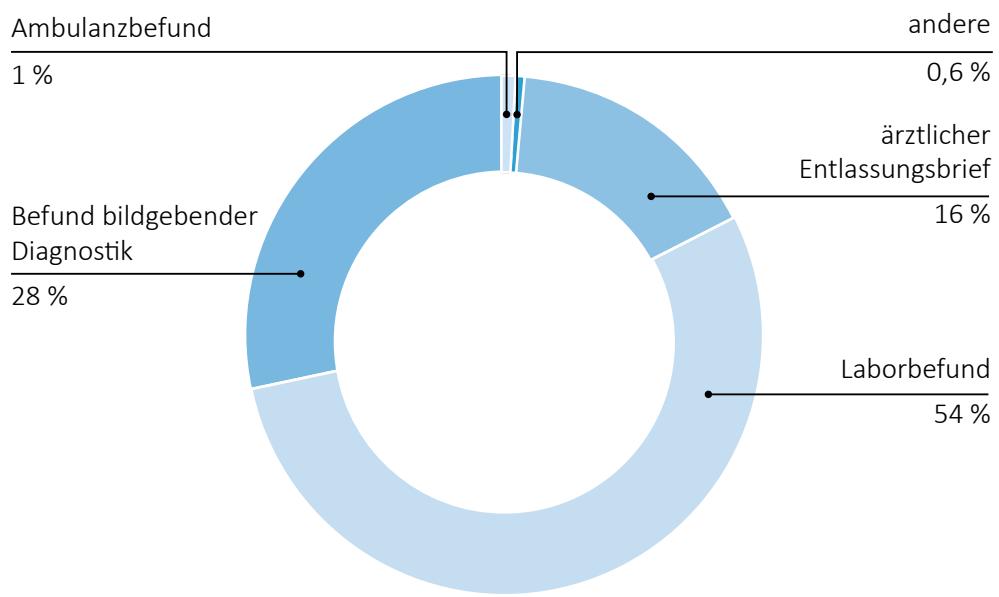
12.1 (1) Als Kernanwendung nannten der Entwurf für eine eHealth-Strategie sowie der Ausblick auf ELGA aus 2007 den eArztbrief/Patientenbrief, also eBefund. Eine von der Bundesgesundheitsagentur beauftragte Machbarkeitsstudie zur Einführung von ELGA aus 2006 definierte als Teilnehmerkreis Krankenanstalten, Ambulatorien, den niedergelassenen Bereich, Soziale Dienste, Rehabilitationszentren sowie Pflege- und Hospizeinrichtungen.

(2) Der Rollout startete in den Krankenanstalten in der Steiermark und in Wien im Dezember 2015. Im Februar 2017 waren alle 13 ELGA-Bereiche verfügbar, damit war der Rollout in allen Krankenanstalten möglich. Ende September 2023 waren alle öffentlich finanzierten Krankenanstalten an ELGA angeschlossen, jedoch nur ein Teil der privaten Krankenanstalten sowie der Rehabilitationszentren und der Zentren für chronisch kranke Personen⁴⁶. Rund 80 Mio. eBefunde waren in ELGA abrufbar.

⁴⁶ Laut „Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten“ versorgen diese Personen, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen, sie leisten also nicht-akute Spezialversorgung. Das sind z.B. Herz-Kreislauf-Zentren oder Suchtzentren, aber keine Pflegeheime.

Eine genauere Analyse von verfügbaren Daten aus vier Ländern zeigte folgende Verteilung:

Abbildung 4: eBefunde aus vier Ländern (drittes Quartal 2023)



Rundungsdifferenzen möglich

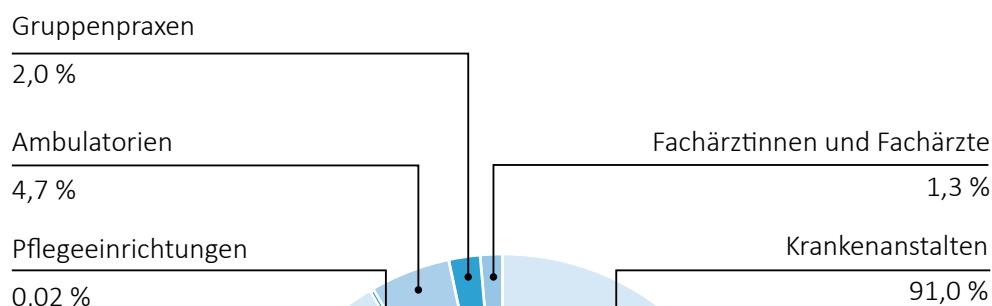
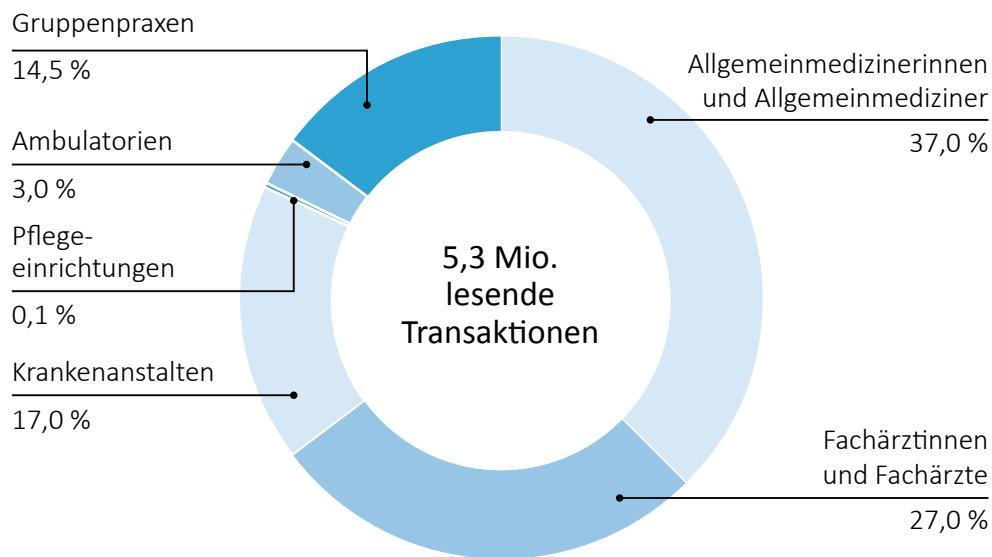
Quelle: ELGA GmbH; Darstellung: RH

54 % der gespeicherten Dokumente waren Laborbefunde, 28 % Radiologiebefunde (jedoch ohne Bilddaten) und 16 % ärztliche Entlassungsbriebe vor allem von öffentlichen sowie einigen privaten Krankenanstalten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte konnten die Befunde zwar lesen, schrieben aber bis Ende 2023 nur vereinzelt Befunde in ELGA. Dies vor allem deshalb, weil strukturierte Dokumente, in die Ärztinnen und Ärzte in eine Vorlage Diagnose, durchgeführte Behandlung, Medikation etc. eintragen konnten, nur für den stationären Bereich, nicht jedoch für den niedergelassenen Bereich verfügbar waren. In einem Evaluierungsbericht von eBefund, den die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Systempartner im Jänner 2019 erstellte, hatte sie empfohlen, den niedergelassenen Bereich schreibend an ELGA anzubinden, um die Vollständigkeit von ELGA zu erhöhen.

Die folgende Abbildung zeigt die lesende und schreibende Verwendung von eBefund:

Abbildung 5: Verwendung eBefund (drittes Quartal 2023)

9,3 Mio. eBefund–Transaktionen gesamt
(exklusive eBefund suchen: 12,5 Mio.)



Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ELGA GmbH; Darstellung: RH



91 % der schreibenden Transaktionen betrafen eBefunde aus dem stationären Bereich. Vor allem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verwendeten die eBefunde lesend. 78,5 % der lesenden Zugriffe betrafen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Gruppenpraxen.

(3) Labore

Ende 2023 waren Laborbefunde aus Krankenanstalten in ELGA enthalten. Die niedergelassenen Labore nahmen laut Aussage der Systempartner an ELGA nicht teil, weil sie die Speicherkosten für die Befunde in privaten ELGA-Bereichen selbst finanzieren müssten. Weiters befürchteten sie Datenschutzverletzungen, da die Patientinnen und Patienten während der Zeit, die Labore für Analysen benötigten, das situative Opt-out (TZ 4) beanspruchen konnten. Eine Speichererpflichtung für Labore war nach der am 31. Dezember 2023 kundgemachten Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 ab 1. Juli 2025 vorgesehen.

Der ELGA-Koordinierungsausschuss stellte im Jahr 2021 fest, dass bei der Konzeption von eBefund die Verfügbarkeit von Funktionen in den Softwareprodukten der Gesundheitsdiensteanbieter angenommen worden sei, wie eine übersichtliche Liste aller für die Patientin bzw. den Patienten vorhandenen Laborwerte, einfache Suchfunktionen, die schnelle Anzeige aller pathologischen Laborwerte und die Erstellung von Zeitreihen einzelner Laborparameter; diese Annahme bestätigte sich nicht. Im ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 war die Konzeption einer Labordatenbank mit diesen Funktionen vorgesehen sowie die Erarbeitung von Lösungsszenarien für das situative Opt-out für Labore.

(4) Radiologie

Ende 2023 waren auch Radiologiebefunde aus Krankenanstalten in ELGA enthalten. Allerdings fehlten die Bilddaten ebenso wie die Befunde und Bilddaten der niedergelassenen Radiologie-Institute. Die ELGA GmbH hatte unter Mitwirkung der Systempartner und von Expertinnen und Experten ein Gesamtkonzept zur organisationsübergreifenden Nutzung von Bild- und Multimediataten erarbeitet. Dieses Konzept aus 2022 empfahl u.a., gesetzliche Vorgaben zur Bereitstellung und Verwendung von Bild- und Multimediataten sowie „Maßnahmen zur Förderung der Motivation der Radiologinnen und Radiologen sowie Institute zur Teilnahme am elektronischen Bilddatenaustausch“ zu entwickeln.

Das Konzept hielt weiters fest, dass aufgrund der IT-Landschaft in den Krankenanstalten umfangreiche Vorbereitungsarbeiten für den organisationsübergreifenden Bilddatenaustausch erforderlich waren. Im niedergelassenen Bereich waren die Prozesse größtenteils gänzlich digitalisiert, es fehlten jedoch die nötigen Schnittstel-



len für den standardisierten Bilddatenaustausch und Lösungen zur Langzeitarchivierung der Daten.

Im Jahr 2023 fanden Pilotprojekte zum Austausch von Bilddaten zwischen Radiologie-Instituten und Krankenanstalten statt und die Infrastruktur für den Bilddatenaustausch wurde vorbereitet. Das ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 sah einen Rollout für alle Gesundheitsdiensteanbieter mit ausreichender Netzwerkanbindung für 2024 vor. Eine Speicherpflichtung für Radiologinnen und Radiologen war nach der am 31. Dezember 2023 kundgemachten Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 ab 1. Juli 2025 vorgesehen.

(5) Laut Evaluierung der Anwendung eBefund vom Jänner 2019 waren die für die Benutzerfreundlichkeit notwendigen Sortier- und Filterfunktionen in den Softwareprodukten nur vereinzelt im Einsatz. 62 % der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass eine Suchfunktion für bestimmte Wörter innerhalb der eBefunde ihre tägliche Arbeit erleichtern würde. Der ELGA-Koordinierungsausschuss stellte im Jahr 2021 erneut fest, dass für den Erfolg von eBefund die Ärztinnen und Ärzte die von ihnen benötigten Informationen in verdichteter Form mit wenig Suchaufwand erhalten müssten.

Das Patient Summary würde diese Funktion ermöglichen; es sollte eine standardisierte Zusammenfassung von grundlegenden medizinischen Informationen zu jeder Patientin und jedem Patienten enthalten und so den Gesundheitsdiensteanbietern einen raschen Überblick über den Gesundheitszustand verschaffen. Das ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 hielt fest, dass die „wesentliche Frage, die bisher eine breite Anwendung zurückhält, die nach dem Erstellungs- und Updateprozess und die damit einhergehende Verantwortung für die Inhalte“ sei. Es sah für 2024 die Erarbeitung eines Implementierungskonzepts für Österreich mit Bedachtnahme auf MyHealth@EU vor. Die Europäische Kommission erwartete die Anbindung der meisten Mitgliedstaaten an MyHealth@EU bis 2025.

- 12.2 Der RH kritisierte, dass acht Jahre nach Beginn der Ausrollung im Dezember 2015 im Wesentlichen nur die Krankenanstalten eBefund schreibend nutzten. Er bemängelte, dass Ende 2023 weiterhin keine strukturierten Dokumente für Facharztbefunde verfügbar waren. Dies insbesondere, weil eBefund eine Kernanwendung von ELGA war und eine vollständige Erfassung der Befunde von Krankenanstalten, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, Radiologie-Instituten inklusive Bilddaten und Laboren erforderlich war, damit eBefund für die Gesundheitsdiensteanbieter von Nutzen war. Er hielt fest, dass seit 2022 ein Konzept zur organisationsübergreifenden Nutzung von Bild- und Multimediadaten bestand und mit niedergelassenen Radiologie-Instituten im Jahr 2023 Pilotprojekte zur Übertragung von Bilddaten stattgefunden hatten. Weiters hielt er fest, dass im ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 Schritte zur Anbindung der niedergelassenen Labore an ELGA



vorgesehen waren und dass nach der am 31. Dezember 2023 kundgemachten Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 eine Speicherverpflichtung für beide Berufsgruppen ab 1. Juli 2025 geplant war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern bei der Anwendung eBefund die schreibende Anbindung des niedergelassenen Bereichs an ELGA voranzutreiben und insbesondere eine Lösung für die Übermittlung von Bilddaten aus der Radiologie sowie die Anbindung der niedergelassenen Labore zu finden, um die Vollständigkeit von ELGA zu erreichen.

Der RH bemängelte, dass das Patient Summary Ende 2023 nicht umgesetzt war und im ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 als Ziel erst die Erstellung eines Implementierungskonzepts vorgesehen war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern eine Lösung für das Patient Summary im Sinne der EU-Vorgaben zu erarbeiten, um den Gesundheitsdiensteanbietern die effektive Verwendung von eBefund mit zunehmender Datenmenge zu erleichtern.

12.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 11, wonach nach Beschluss der eHealth–Strategie der Auftrag an die ELGA GmbH erteilt werde, die daraus folgende Roadmap für die Umsetzung der eHealth–Ziele auszuarbeiten. Somit sei sichergestellt, dass die umzusetzenden Maßnahmen und Projekte koordiniert, abgestimmt und partnerschaftlich abgewickelt und dem Stand der Technik entsprechend angepasst würden.

Weiters verwies es auf seine Stellungnahme zu TZ 3, wonach Abstimmungen und Vorbereitungen zum Patient Summary bereits im Gange seien. Dabei sei insbesondere auch die Involvierung der Sozialversicherung notwendig, da davon ausgegangen werden könne, dass eine breite Vidierung von Patient Summaries durch Gesundheitsdiensteanbieter nur dann realistisch sei, wenn dafür eine abrechenbare Leistung verfügbar sei. Als opportune Lösung erscheine die Generierung von Patient Summaries im Zuge von Vorsorgeuntersuchungen. Das Gesundheitsministerium habe hierfür bereits die Strukturen für die Involvierung aller Systempartner eingerichtet. Erste Informationsveranstaltungen hätten bereits stattgefunden (Fachgruppe eHealth). Es sei weiters geplant, das bestehende Projekt im Rahmen von ELGA weiter auszubauen.

(2) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Vollständigkeit von ELGA. Die Klärung der technischen Anbindung sei Aufgabe der ELGA GmbH; die ELGA–Gesundheitsdiensteanbieter seien mit 1. Juli 2025 gesetzlich verpflichtet, ELGA–Gesundheitsdaten im Sinne des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 zu verarbeiten.



Der Dachverband habe in seinem Jahresvoranschlag 2024 ein Projekt beschlossen, um die Voraussetzungen im eCard-System zur schreibenden Anbindung des niedergelassenen Bereichs an ELGA analog zur lesenden Anbindung herzustellen; Letztere sei bereits seit 2016 über das eCard-System gegeben.

Das Patient Summary sei bereits im ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 berücksichtigt, das in der Generalversammlung der ELGA GmbH am 7. Juni 2024 beschlossen werden solle. Ziele für 2024 seien, einen Prozess zur initialen Erstellung des Patient Summary bei den Vorsorgeuntersuchungen zu entwickeln, ein Implementierungskonzept im nationalen Kontext sowie im Kontext MyHealth@EU und ELGA zu erstellen sowie nationale Implementierungsleitfäden anzupassen.

eMedikation und eRezept

13.1 (1) In der Reformvereinbarung 2005 bekannten sich die Vertragsparteien „prioritär zur Konzeption und Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sowie der elektronischen Arzneimittelverschreibung und –verrechnung (eRezept)“. Der Ausblick auf die erste Umsetzungsphase von ELGA aus 2007 sah eMedikation als eine der Kernanwendungen vor. eMedikation sollte Wechselwirkungen von verordneten Arzneimitteln, auch solche mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Heilmitteln, sowie Mehrfachverschreibungen durch Einbeziehung der Medikationsdaten in eine zentrale Datenbank vermeiden.

(2) eMedikation

Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 und die ELGA-Verordnung 2015 legten fest, dass die Gesundheitsdiensteanbieter die ELGA-Gesundheitsdaten in einem Informationssystem über verordnete sowie abgegebene Arzneimittel speichern sollten, sofern die Patientin bzw. der Patient nicht aus ELGA optiert hatte. Mögliche Wechselwirkungen waren von den Gesundheitsdiensteanbietern eigenverantwortlich zu prüfen. Weiters sollten in den Datensätzen die Identität der Patientin bzw. des Patienten, des verordnenden bzw. abgebenden Gesundheitsdiensteanbieters sowie der Handelsname bzw. Wirkstoff des Produkts gespeichert und auf gesundheit.gv.at eine Liste der wechselwirkungsrelevanten rezeptfreien Arzneimittel veröffentlicht werden.

Der Rollout von eMedikation begann mit der ELGA-Verordnungsnovelle 2017⁴⁷ im niedergelassenen Bereich, bei selbstständigen Ambulatorien und Apotheken im Bezirk Deutschlandsberg im März 2018 und war nach Bezirken gegliedert schrittweise bis November 2019 abgeschlossen. Krankenanstalten waren laut Gesund-

⁴⁷ BGBI. II 380/2017



heitstelematikgesetz 2012 nicht verpflichtet, Arzneimittel in eMedikation einzutragen.

Die Umsetzung von eMedikation sah vor, dass ärztlich verordnete Arzneimittel, die eine Apotheke ausfolgte, für 18 Monate in der eMedikationsliste gespeichert wurden. Diese Liste sollte alle verordneten und an die Patientin bzw. den Patienten abgegebenen verschreibungspflichtigen und wechselwirkungsrelevanten rezeptfreien Arzneimittel beinhalten und konnte von Ärztinnen und Ärzten sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Krankenanstalten nur nach Stecken der eCard einer Patientin bzw. eines Patienten abgerufen werden.

Im Zuge der Informationsveranstaltungen zur Ausrollung von eMedikation wies die Sozialversicherung u.a. darauf hin, dass die eMedikationsliste keine Garantie auf Vollständigkeit hatte. Dies deshalb, weil nicht an ELGA teilnehmende Gesundheitsdiensteanbieter Arzneimittel verschreiben und abgeben konnten und eMedikation dem situativen Opt-out unterlag. Außerdem war in der eMedikationsliste keine verschriebene Dosierung verpflichtend anzugeben und die Wechselwirkungsprüfung erfolgte nicht zentral; die Gesundheitsdiensteanbieter konnten dies jedoch individuell tun. Die Sozialversicherung wies wiederholt darauf hin, dass die Apotheken die Möglichkeit, wechselwirkungsrelevante rezeptfreie Arzneimittel in der Medikationsliste zu speichern, kaum nutzten und Apotheken die Abgabe von Arzneimitteln nicht ordnungsgemäß erfassten.

(3) eRezept

Im Jahr 2013 begannen im Dachverband unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer und Österreichischen Apothekerkammer die Vorarbeiten für eine Anwendung eRezept, die das papiergebundene Kassenrezept ablösen sollte. Ziel war eine elektronische Abwicklung der Rezepte von der Verschreibung durch die Ärztin bzw. den Arzt bis zur Ausgabe an die Patientinnen und Patienten in der Apotheke und die Verrechnung mit der Sozialversicherung. eRezept war eine rein administrative Anwendung, mit der Daten, die für die Verrechnung mit der Sozialversicherung notwendig waren, wie Versicherungsstatus oder Rezeptgebührenbefreiung, automatisch verfügbar waren. eRezept galt für alle in Österreich Versicherten, ein Opt-out war nicht möglich.⁴⁸

Ein Pilotprojekt zu eRezept fand von Juli bis September 2021 in den zwei Kärntner Bezirken Völkermarkt und Wolfsberg statt; die bundesweite Ausrollung begann im Dezember 2021. Ab Ende Juni 2022 musste eRezept von allen Ärztinnen und Ärzten sowie Gruppenpraxen, die einen Vertrag mit der Sozialversicherung hatten, sowie

⁴⁸ Die Grundlage für eRezept war nicht das Gesundheitstelematikgesetz 2012, sondern § 31a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (BGBl. 189/1955 i.d.g.F.), der die flächendeckende Einführung eines elektronischen Verwaltungssystems durch den Dachverband regelte.



Wahlärztinnen und Wahlärzten mit Kassen-Rezepturrecht und eCard-Ausstattung verwendet werden.

(4) eMedikation und eRezept wurden als unabhängige Services umgesetzt; der Teilnehmerkreis an beiden Anwendungen war unterschiedlich:

- Bei eMedikation bestand im Unterschied zu eRezept die Möglichkeit zum Opt-out.
- Wahlärztinnen und Wahlärzte mit Kassen-Rezepturrecht waren verpflichtet, eRezept zu verwenden, nicht jedoch eMedikation.
- Zahnärztinnen und Zahnärzte waren verpflichtet, eRezept zu verwenden, kamen ihrer Speicherverpflichtung in eMedikation jedoch nicht nach.

Ab 2020 äußerten die Teilnehmenden der Fachgruppe eHealth wiederholt Bedenken gegen die unterschiedliche Umsetzung von eMedikation und eRezept. Als Reaktion setzten die Systempartner im Frühjahr 2023 eine Arbeitsgruppe ein, deren Lösungsvorschläge Ende 2023 vorlagen. Diese sahen u.a. gleiche Nutzungsverpflichtungen für alle Gesundheitsdiensteanbieter inklusive Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie eine Streichung des situativen Opt-outs bei eMedikation vor. Als Lösung für die limitierte Anwendbarkeit der eMedikationsliste empfahlen sie eine Umsetzung der verpflichtenden Angabe der verschriebenen Dosis und Klärung der Verantwortlichkeit.

(5) ePrescription

Der Entwurf der Europäischen Kommission für eine Verordnung über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten ([TZ 3](#)) sah vor, Arzneimittel grenzüberschreitend innerhalb der EU elektronisch zu verschreiben und abzugeben sowie dafür interoperable Systeme zu etablieren (ePrescription). Die abgegebenen Arzneimittel sollten in der Medikationsliste der Patientin bzw. des Patienten im Herkunftsland gespeichert werden. Um sicherzustellen, dass die verschriebenen und abgegebenen Arzneimittel in den verschiedenen Ländern korrekt ausgegeben werden, sollte ein internationales Codesystem basierend auf Wirkstoffen eingesetzt werden. ePrescription sollte möglichst in bestehende Systeme – wie in Österreich in eRezept – eingebunden werden. In Österreich sollte ePrescription Ende 2024 mit der ID Austria als Identifikationsmöglichkeit in Betrieb gehen.

- 13.2 Der RH hielt fest, dass eMedikation seit November 2019 und eRezept seit der Ausrolung ab Dezember 2021 für die Nutzung durch die Gesundheitsdiensteanbieter zur Verfügung standen. Er bemängelte jedoch, dass für die beiden Anwendungen unterschiedliche Nutzungsverpflichtungen für die Gesundheitsdiensteanbieter sowie Opt-out-Möglichkeiten für die Patientinnen und Patienten bestanden und in eMedikation nur der niedergelassene Bereich, selbstständige Ambulatoen sowie Apotheken eintragen mussten. Krankenanstalten waren demgegenüber – auch wenn sie



Rezepturrecht hatten – nicht zur Speicherung verpflichtet. Weiters bemängelte er, dass die je Patientin bzw. Patient abrufbare Medikationsliste nicht zwingend vollständig war, weil die ordnungsgemäße Erfassung der abgegebenen Arzneimittel nicht sichergestellt war und in der Medikationsliste nicht verpflichtend eine verschriebene Dosierung anzugeben war.

Der RH hielt fest, dass sich die Fachgruppe eHealth mit dem Thema der unterschiedlichen Umsetzung von eMedikation und eRezept befasste, eine Arbeitsgruppe zur Optimierung einsetzte und diese bis Ende 2023 Lösungsvorschläge erarbeitete.

[Er empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zu eMedikation und eRezept auch im Sinne der EU-Vorgaben für ePrescription umzusetzen, um gleiche Nutzungsverpflichtungen für alle Gesundheitsdiensteanbieter zu schaffen und eine Lösung für das situative Opt-out zu finden.](#)

Weiters empfahl er dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, Maßnahmen zu treffen, um die Vollständigkeit der Medikationsliste inklusive der verschriebenen Dosierung sicherzustellen und damit die eMedikation zu einer wirkungsvollen Anwendung für Gesundheitsdiensteanbieter sowie Patientinnen und Patienten auszubauen.

13.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Erkenntnisse der Arbeitsgruppe im Rahmen des ELGA-Jahresarbeitsprogramms 2024 umgesetzt würden. Die in der Arbeitsgruppe definierten Maßnahmen seien priorisiert worden und sollten im Projekt „Medikationsprozesse“ umgesetzt werden. Eine gemeinsame Initiative, um Konvergenz zwischen eRezept und eMedikation zu erreichen, sei bereits im Gange.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands seien mit Ende Mai 2024 über 9.000 Gesundheitsdiensteanbieter als Aussteller von eRezepten verzeichnet gewesen. Der Dachverband habe bereits einige Schritte zur weiteren Verbesserung der Vollständigkeit gesetzt. Seit Juli 2023 könnten Suchtgiftrezepte zur Schmerztherapie über eRezept erfasst werden, seit Dezember 2023 auch Privatrezepte (Rezepte, die nicht auf Kassenkosten abgegeben werden).

Unterschiede zwischen eRezept und eMedikation ließen sich nicht zur Gänze vermeiden, da diese auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen beruhten und unterschiedliche Zwecke verfolgten:

- eMedikation sei eine medizinische Dokumentation von ELGA-Teilnehmenden, die den ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern im Behandlungsfall Informationen über verordnete und abgegebene Arzneien zur Verfügung stelle. Ziel sei die Qualitätsstei-



gerung bei der Verschreibung durch eine umfassende Information über die Medikation, die alle behandelnden ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter einer bzw. einem ELGA-Teilnehmenden verordnet bzw. abgegeben hätten. Unabhängig von einem situativen Opt-out – das mengenmäßig die geringere Rolle spielt – hätten Betroffene die Möglichkeit, der Teilnahme an ELGA zur Gänze oder hinsichtlich einzelner Anwendungen zu widersprechen. Mit dem Widerspruch würden Personen – anders als beim situativen Opt-out – nicht mehr als ELGA-Teilnehmende gelten.

- eRezept sei die Ablöse des Kassenrezepts (Verordnung und Abgabe) durch ein elektronisches Rezept, das auch als Grundlage für die Verrechnung diene. eRezept umfasse daher nicht nur (wie eMedikation) Arzneien, sondern folge dem Heilmittelbegriff des § 136 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz („Arzneien und sonstige Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen“). Verordnende bzw. abgebende Stellen sähen jeweils nur die von diesen selbst getätigten Verordnungen bzw. Abgaben, ein Zugriff auf Daten von anderen Verordnenden bzw. abgebenden Stellen sei ausgeschlossen.

Es werde daher bereits aufgrund des unterschiedlichen Speichergegenstands auch bei größtmöglicher Annäherung zwischen den beiden Systemen ein Unterschied in den Inhalten bleiben.

Der Dachverband begrüßte und unterstützte die Empfehlung zu Maßnahmen, um die Vollständigkeit der Medikationsliste inklusive der verschriebenen Dosierung sicherzustellen. Besonders die Apotheken seien auf ihre Verpflichtung zur Erfassung der abgegebenen Medikamente immer wieder hinzuweisen.

- 13.4 Der RH verkannte gegenüber dem Dachverband nicht, dass eMedikation und eRezept auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen beruhten. Er wies aber darauf hin, dass die Teilnehmenden der Fachgruppe eHealth wiederholt Bedenken gegen die unterschiedliche Umsetzung der Anwendungen geäußert hatten. Gerade die einheitliche Umsetzung von eMedikation und eRezept könnte große Vorteile für Gesundheitsdiensteanbieter sowie Patientinnen und Patienten bieten. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zu eMedikation und eRezept auch im Sinne der EU-Vorgaben für ePrescription umzusetzen, um gleiche Nutzungsverpflichtungen für alle Gesundheitsdiensteanbieter zu schaffen und eine Lösung für das situative Opt-out zu finden.



elmpfpass

14.1

(1) Erste Konzepte für die Umsetzung eines elmpfpasses stammten aus 2010 und 2012. Sie hielten bereits fest, dass dieser einen vollständigen, zeit- und ortsunabhängigen Überblick über die durchgeführten Impfungen einer Person sowie einen Mehrwert durch Erinnerungssysteme für Auffrischungsimpfungen bieten und zu einer Erhöhung der Durchimpfungsrationen beitragen könnte. Hohe Durchimpfungsrationen sind geeignet, schwere Krankheiten, die nur von Mensch zu Mensch übertragen werden können, wie Masern oder Poliomyelitis (Kinderlähmung), zu vermeiden.

(2) Nach wiederholten Forderungen der Länder zur Einführung eines elmpfpasses bekannte sich die Bundes–Zielsteuerungskommission im Juni 2017 einstimmig zur raschen Umsetzung des Projekts elmpfpass mit dem Ziel, noch im Jahr 2018 mit der Pilotierung zu beginnen. Daraufhin erarbeitete das Gesundheitsministerium eine Machbarkeitsstudie mit mehreren Umsetzungsvarianten. Im März 2018 ersuchte der Nationalrat in einer Entschließung die damalige Gesundheitsministerin⁴⁹, elmpfpass so rasch wie möglich in ELGA umzusetzen. Im Juni desselben Jahres beschloss die Bundes–Zielsteuerungskommission erneut, die ELGA GmbH mit der Umsetzung eines Pilotprojekts „elmpfpass“ zu beauftragen.

Die Fachgruppe eHealth beschloss, das Pilotprojekt in Niederösterreich, der Steiermark und Wien bei der Zielgruppe der 0– bis 6-Jährigen bis Ende 2020 durchzuführen. elmpfpass sollte auf Basis der ELGA–Infrastruktur mit einem zentralen Impfregister umgesetzt werden. Vor Überführung in den Vollbetrieb sollte das Pilotprojekt unabhängig evaluiert werden.

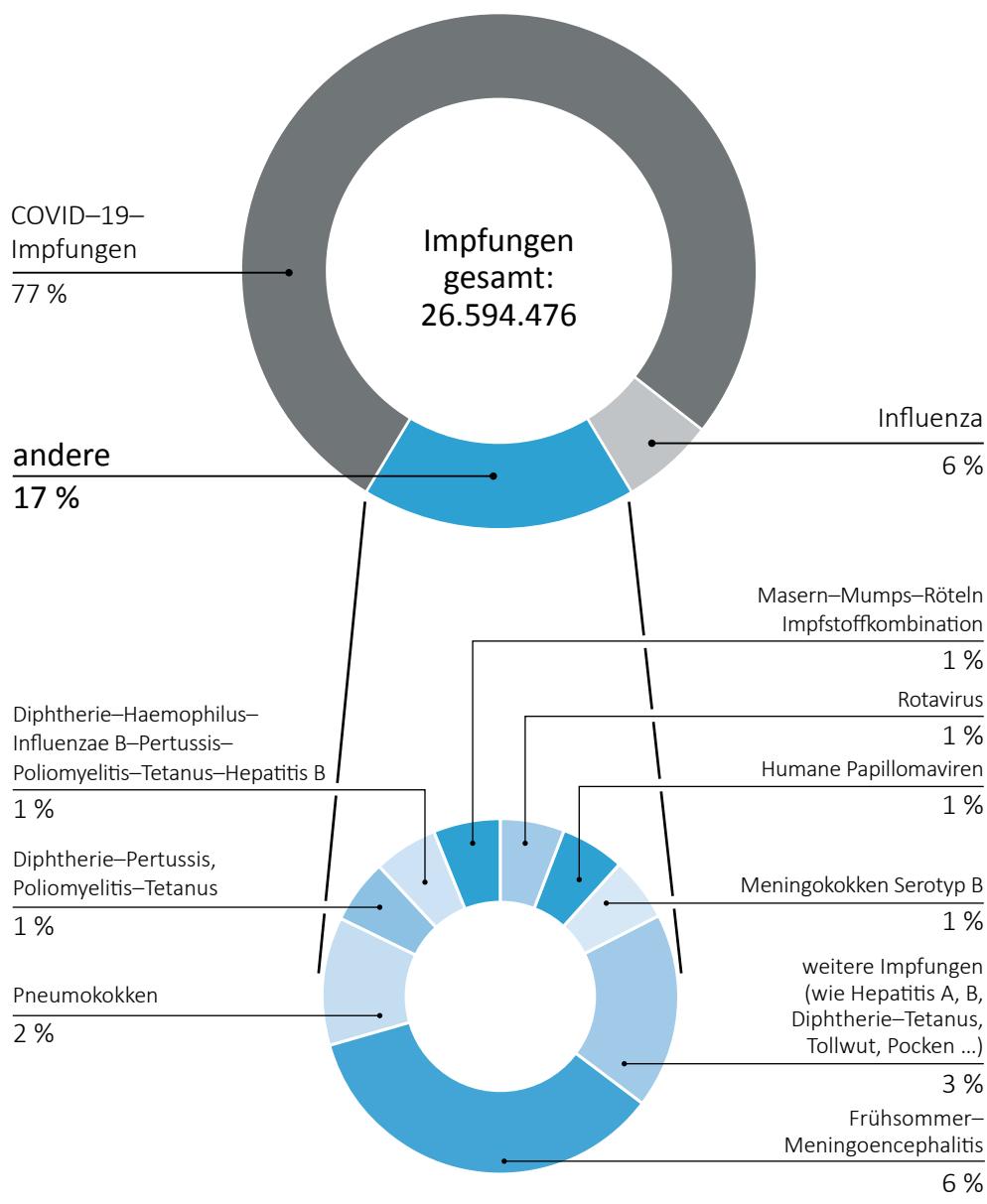
Aufgrund der COVID–19–Pandemie beschloss die Bundes–Zielsteuerungskommission in ihrer Sitzung im April 2020 die Neuausrichtung des Pilotprojekts elmpfpass. Sie hob die Altersbeschränkungen auf undweitete das Pilotprojekt auf ganz Österreich aus. Als Eckpunkte des Pilotprojekts beschloss die Fachgruppe eHealth, zur Vorbereitung auf die im Jahr 2021 gegen COVID–19 verfügbaren Impfungen die Influenza–Impfungen ab Oktober 2020 in elmpfpass zu dokumentieren. Mit der Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 wurde im Oktober 2020 die gesetzliche Grundlage zur Umsetzung von elmpfpass geschaffen und es begann die Pilotphase.

(3) Aufbauend auf den bestehenden Konzepten und den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt entstand Ende 2021 ein elmpfpass–Gesamtkonzept. Damit sollten elmpfpass auf alle Impfungen ausgerollt, bestehende Impfungen nachgetragen und eine Erinnerungsfunktion für anstehende Impfungen entwickelt werden.

⁴⁹ Beate Hartinger–Klein

(4) Folgende Impfungen waren im September 2023 im elmpfregister gespeichert:

Abbildung 6: In ELGA erfasste Impfungen (drittes Quartal 2023)



Verpflichtend einzutragen waren Ende 2023 nur die Impfungen gegen COVID-19, Influenza, Mpox (Affenpocken) und Humane Papillomaviren. Der Vollbetrieb von elmpfpass sollte bis Ende 2024 starten. Das ELGA-Jahresarbeitsprogramm 2024 sah ein Erinnerungs- bzw. Benachrichtigungsmodul für anstehende Impfungen sowie die Aufnahme von Antikörperbestimmungen in elmpfpass vor. Unklar war weiterhin die Speicherung der Impfungen. Die Ende 2023 geltende Fassung des Gesundheits-



telematikgesetzes 2012 legte nicht fest, ab wann die durchgeführten Impfungen verpflichtend zu speichern waren. Sie sah nur vor, dass Gesundheitsdiensteanbieter, die Impfungen speichern konnten, auch bestehende Impfungen nachtragen durften.

14.2 Der RH hielt kritisch fest, dass erste Konzepte für den elmpfpass bereits aus 2010 stammten, die Umsetzung jedoch erst im Zuge der COVID-19-Pandemie begann und bis Ende 2023 nur vier Impfungen verpflichtend einzutragen waren. Damit war der elmpfpass weiterhin unvollständig, obwohl ein Überblick über Impfungen und anstehende Auffrischungen vor allem für die einzelnen Personen von Bedeutung war. Der RH wies darauf hin, dass österreichweite Impfdaten genauere Rückschlüsse auf Durchimpfungsquoten zuließen. In seinem Bericht „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Reihe Bund 2023/1, TZ 24) hatte er festgestellt, dass ein öffentliches Interesse an hohen Durchimpfungsquoten bestand, weil durch Impfungen sowohl schwer verlaufende als auch übertragbare Krankheiten vermeidbar sind und die Belastung für die erkrankte Person und bei großflächiger Verbreitung in der Bevölkerung auch für das öffentliche Gesundheitswesen verringert werden kann.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern und der ELGA GmbH den Vollausbau des elmpfpasses voranzutreiben, sodass alle bestehenden Impfungen eingetragen sind und die Benachrichtigungsfunktion über anstehende Impfauffrischungen aktiv ist.

14.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es beabsichtige, auf Basis des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 im Sommer 2024 eine elmpfpass-Verordnung mit umfangreichen Regelungen zum elmpfpass zu erlassen, die die geltende eHealth-Verordnung ersetzen solle. Laut der neuen Verordnung werde am 1. Jänner 2026 der Vollbetrieb des elmpfpasses aufgenommen und habe die ELGA GmbH bis zum 31. Dezember 2025 sicherzustellen, dass alle in § 24d Abs. 2 Gesundheitstelematikgesetz 2012 genannten Funktionalitäten – so auch die vom RH angesprochene Erinnerungsfunktion – umgesetzt werden.

(2) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung. Er hofft auf den Beschluss von Änderungen im Gesundheitstelematikgesetz 2012⁵⁰ mit folgenden Bestimmungen:

- Bürgerinnen und Bürger sowie deren gesetzliche oder bevollmächtigte Vertreterinnen und Vertreter sollten berechtigt sein, Impfungen in das zentrale Impfregister selbst einzutragen und diese Angaben bis zur Validierung selbst zu berichtigen oder zu löschen.

⁵⁰ Diese waren zur Zeit der Stellungnahme noch im Gesetzgebungsverfahren und wurden vom Nationalrat am 4. Juli 2024 beschlossen.



- Gesundheitsdiensteanbieter sollten selbst eingetragene Impfungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Berufsrechte vidieren dürfen.

Diese Bestimmungen würden zur Vollständigkeit des elmpfpasses beitragen.

Finanzierung

Allgemeines

15.1 (1) Die Finanzierung von ELGA fußte auf folgenden Säulen:

- (a) Gemeinschaftliche Finanzierung durch die Systempartner auf der Grundlage der Reformvereinbarung

Die Reformvereinbarung 2017 sah für die Jahre 2017 bis 2023 insgesamt 71,75 Mio. EUR für den Betrieb, die Wartung und die Weiterentwicklung von ELGA vor, das waren durchschnittlich 10,25 Mio. EUR pro Jahr. Bund, Länder und Sozialversicherung trugen diesen Aufwand zu gleichen Teilen. Umfasst waren neben den rücklagenfinanzierten Aufwendungen der ELGA GmbH ([TZ 18](#)) auch die Aufwendungen der IT-Dienstleister der Systempartner BRZ GmbH, ITSV GmbH und SVC GmbH, die durch ein sogenanntes Anrechnungssystem abgerechnet wurden.

Für die Jahre 2024 bis 2028 wurde das bestehende Finanzierungsmodell für ELGA neuerlich verlängert. Bund, Länder und Sozialversicherung sollten maximal 51,25 Mio. EUR (jährlich 10,25 Mio. EUR) zu gleichen Anteilen zur Verfügung stellen.⁵¹

- (b) Gemeinschaftliche Finanzierung durch die Systempartner außerhalb der Reformvereinbarung

In bestimmten Fällen trugen die Systempartner die Aufwendungen nach einem zuvor vereinbarten Aufteilungsschlüssel. Die Aufwendungen für PR-Aktivitäten trugen sie z.B. zu je einem Drittel; elmpfpass finanzierten zu zwei Dritteln der Bund und zu je einem Sechstel die Länder und die Sozialversicherung.

⁵¹ Darüber hinaus waren auf Grundlage derselben Vereinbarung zur Umsetzung dringend erforderlicher Strukturmaßnahmen zusätzliche Mittel in Höhe von 51 Mio. EUR jährlich (über die Laufzeit der Vereinbarung in Summe 255 Mio. EUR) durch Bund, Länder und die Sozialversicherung vorgesehen. Davon sollten auch Mittel für den Bereich Digitalisierung/eHealth vorgesehen werden, insbesondere für den Auf- und Ausbau telemedizinischer Angebote, die Weiterentwicklung der Gesundheitsberatung 1450 sowie die Schaffung eines eHealth-Angebots in der Regelversorgung und auch die Weiterentwicklung von ELGA.



(c) Finanzierung durch einzelne Systempartner

Die Systempartner trugen neben den gemeinschaftlichen Finanzierungen auch Kosten alleine, insbesondere die Länder und die Sozialversicherung für ihre ELGA-Bereiche (TZ 11).

(d) Sonstige Finanzierung

Neben den Systempartnern stellten auch weitere Institutionen Mittel für ELGA zur Verfügung, etwa die EU für das Projekt MyHealth@EU und die Österreichische Gesundheitskasse für das Projekt Integrierte Versorgung.

(2) Die folgende Tabelle veranschaulicht beispielhaft, dass die Kostentragung – gemeinschaftlich zu gleichen Teilen bzw. nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel oder durch einen einzelnen Systempartner – auch davon abhing, ob es sich um Kosten der Implementierung, des Betriebs bzw. der Wartung oder der Weiterentwicklung handelte:

Tabelle 1: Finanzierung für ausgewählte ELGA-Komponenten und –anwendungen

Komponente bzw. Anwendung	Implementierung	Betrieb / Wartung	Weiterentwicklung
zentraler Patientenindex	Reformvereinbarung ¹	Sozialversicherung	Reformvereinbarung ¹
zentraler Gesundheitsdiensteanbieter-Index		Bund	
ELGA-Portal		Reformvereinbarung ¹	
Berechtigungssystem		Reformvereinbarung ¹	
Protokollsystem		Sozialversicherung	
eMedikation		2/3 Bund, 1/6 Sozialversicherung, 1/6 Länder	
elmpfpass		Länder (als Betreiber der Krankenanstalten), Sozialversicherung (als Betreiber eigener Gesundheitseinrichtungen), private Gesundheitsdiensteanbieter (Orden, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte)	
ELGA-Bereiche			

¹ Finanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherung zu je einem Drittel

Quelle: ELGA GmbH; Zusammenstellung: RH

- 15.2 Der RH hielt kritisch fest, dass ELGA auf Basis der Reformvereinbarung, mittels Projektfinanzierung, Anrechnungsmechanismen und der Vereinbarung von Verteilungsschlüsseln zwischen den Systempartnern finanziert wurde, woraus ein äußerst komplexes Finanzierungssystem resultierte. Er verwies darauf, dass derart aufwändige Systeme zu Schwierigkeiten bei der Übersicht über die Finanzierungsströme und bei deren Abwicklung führen.



Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ELGA GmbH, angesichts der Komplexität des Finanzierungssystems von ELGA gemeinsam mit den Ländern Überlegungen zu seiner Vereinfachung anzustellen.

- 15.3 Der Dachverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass das System der Leistungserbringung in einem verteilten System komplex sei. Die Komplexität und Intransparenz würden durch Zuschussfinanzierung und die damit verbundene Führung von Kapitalkonten zusätzlich erhöht. Klare Verantwortlichkeiten und eine inhaltliche Abgrenzung der Leistungserbringung sowie die Einhaltung der beschlossenen Aufgabenmatrix seien die Voraussetzung für eine nachvollziehbare Finanzierung. Der Dachverband sagte zu, auch in diese Richtung mit den Systempartnern weiterzuarbeiten.

Budgetierung von ELGA

- 16.1 (1) Die Budgetierung von ELGA basierte auf den Reformvereinbarungen und berücksichtigte die Jahresarbeitsprogramme der ELGA GmbH sowie die darin enthaltenen Leistungen der IT-Dienstleister BRZ GmbH, ITSV GmbH und SVC GmbH. Die budgetierten Mittel setzten sich aus jenen Beträgen zusammen,
- die aufgrund der Reformvereinbarung finanziert wurden, z.B. Mittel für das Berechnungs- oder das Protokollsystem, und
 - die außerhalb der Reformvereinbarung finanziert wurden, z.B. Mittel für die Anwendung elmpfpass.

Eine Mittel- und Langfristplanung nahm die ELGA GmbH nicht vor.

(2) Die Budgets enthielten die gemeinschaftlich finanzierten Kosten und die sonstige Finanzierung von ELGA (auf Grundlage der Reformvereinbarung und außerhalb dieser), berücksichtigten aber nicht die Finanzierung durch einzelne Systempartner, insbesondere für die ELGA-Bereiche.



Die folgende Tabelle stellt die Budgets für die Jahre 2018 bis 2023 im Überblick dar:

Tabelle 2: Budget von ELGA für 2018 bis 2023 (gemeinschaftlich finanziert)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Summe 2018 bis 2023
in Mio. EUR ¹							
gemeinschaftliche Finanzierung aufgrund der Reformvereinbarung	11,77	10,91	11,04	10,41	10,56	11,43	66,12
gemeinschaftliche Finanzierung außerhalb der Reformvereinbarung ²	0,75	2,90	3,01	6,20	7,92	12,15	32,92
Summe	12,52	13,80	14,06	16,60	18,48	23,58	99,04

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ELGA GmbH

¹ ohne die Bereiche einzelner Systempartner

² inklusive sonstiger Finanzierung

Die budgetierten Kosten betragen von 2018 bis inklusive 2023 insgesamt 99,04 Mio. EUR. Der steigende Finanzierungsbedarf insbesondere ab 2021 war im Budget außerhalb der Reformvereinbarung begründet; zusätzliche Projekte und vor allem der elmpfpass trugen zur Steigerung der budgetierten Kosten bei.

Die Zuordnung der Kosten zu den beiden Finanzierungsarten war mitunter schwierig: Bis inklusive 2022 wurden die gesamten Infrastrukturkosten von ELGA und eHealth dem Budget aus den Mitteln der Reformvereinbarung zugerechnet. Im Jahr 2021 erkannte der ELGA–Budgetausschuss, dass mit der zunehmenden Nutzung der Infrastruktur durch Anwendungen außerhalb der Reformvereinbarung keine Kostenwahrheit gegeben war. Um diese herzustellen, wurde ein Modell zur Umlage der Infrastrukturkosten auf die Anwendungen entwickelt.

(3) Die jährlichen Budgets enthielten nicht immer sämtliche erwartbaren Kosten. Dies betraf z.B. elmpfpass, für den im Jahr 2018 Maßnahmen zur Anpassung der ELGA–Infrastruktur außerhalb des Budgets finanziert wurden. Die Kosten für elmpfpass waren erst in den Budgets ab 2019 berücksichtigt. Zum Teil waren Kosten für Projekte budgetiert, deren Finanzierung zum Zeitpunkt der Budgeterstellung noch verhandelt wurde, wie im Budget für 2022 die Integrierte Versorgung.

16.2 Der RH merkte kritisch an, dass die komplexe Finanzierungsstruktur von ELGA sich auch in der Budgetierung niederschlug: Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Finanzierungsarten war schwierig.



Er kritisierte zusammenfassend zur Budgetierung der Kosten von ELGA, dass

- der Planungshorizont für die Budgetierung auf das kommende Jahr ausgerichtet war und eine Mittel- und Langfristplanung fehlten,
- bei der Planung nicht sämtliche erwartbaren Kosten budgetiert wurden und
- Kosten budgetiert wurden, deren Finanzierung zum Zeitpunkt der Budgeterstellung noch verhandelt wurde und deren Höhe und Eintrittswahrscheinlichkeit somit noch unklar waren.

Der RH empfahl der ELGA GmbH, zusätzlich zu den Jahresbudgets auch mittel- und langfristige Budgets zu erstellen und sämtliche erwartbaren Kosten zu budgetieren. [Die Finanzierung von Projekten wäre vor der Budgetierung zu klären.](#)

Der RH erachtete es als nicht zweckmäßig, dass die Budgets für die Jahre 2018 bis 2023 in Höhe von insgesamt 99,04 Mio. EUR lediglich die gemeinschaftlich finanzierten Kosten auf der Grundlage und außerhalb der Reformvereinbarung sowie die sonstige Finanzierung abbildeten. Im Interesse eines gesamthaften Überblicks über die Kosten von ELGA wäre auch die Finanzierung durch einzelne Systempartner, insbesondere für die ELGA-Bereiche, zu berücksichtigen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ELGA GmbH, für einen gesamthaften Überblick und im Sinne der Kostentransparenz gemeinsam mit den Ländern möglichst alle den Systempartnern durch ELGA entstehenden Kosten, vor allem jene der ELGA-Bereiche, in einer Budgetübersicht für ELGA darzustellen.

16.3 Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlungen des RH. Zur Budgetierung und vorherigen Klärung der Projektfinanzierung sah er auch die Systempartner gefordert, für die von ihnen betriebenen Kernkomponenten und zentralen Anwendungen mehrjährige Budgets zu liefern.

Die Kostendarstellung solle weniger nach Systempartnern, sondern nach Komponenten aufgegliedert werden. Übergreifende Supportaufwände seien verursachergerecht aufzuteilen.

Der Dachverband merkte an, dass Tabelle 2 eine willkürliche Zusammenstellung von Budgets umfasse und „in der Zeile 2“ keine gemeinschaftliche Finanzierung vorliege.

16.4 Der RH entgegnete dem Dachverband, dass die Darstellung des Budgets von ELGA in Tabelle 2 auf den Jahresprogrammen der ELGA GmbH basierte und der dort festgelegten Logik folgte. Als „gemeinschaftliche Finanzierung durch die Systempartner außerhalb der Reformvereinbarung“ fasste der RH jene Aufwendungen zusammen, die die Systempartner nach einem zuvor vereinbarten Aufteilungsschlüssel trugen



(TZ 15). Die Aufwendungen für PR-Aktivitäten trugen sie z.B. zu je einem Drittel; elmpfpass finanzierten zu zwei Dritteln der Bund und zu je einem Sechstel die Länder und die Sozialversicherung. Insofern konnte der RH das Vorbringen des Dachverbandes, dass die Zusammenstellung von Budgets willkürlich sei, nicht nachvollziehen.

Ist-Kosten von ELGA

17.1 (1) Eine Übersicht über die gesamten den Systempartnern durch ELGA entstehenden Kosten fehlte. Die ELGA GmbH konnte dem RH auf Anfrage keinen Soll-Ist-Vergleich in Form einer Gegenüberstellung der Budgets für 2018 bis 2022 mit den tatsächlich in diesen Jahren angefallenen Kosten vorlegen und verwies diesbezüglich auf die Quartals- und Anrechnungsberichte.

(a) Quartalsberichte

Die Quartalsberichte der ELGA GmbH stellten bis 2021 deren Kosten für Basisaufwendungen sowie Investitionen und Projekte dar⁵², nicht jedoch – im Unterschied zu den Budgets – die Kosten, die dafür bei der BRZ GmbH, der ICSV GmbH und der SVC GmbH angefallen waren. Sie konnten daher nicht mit den Budgets verglichen werden.

Ab 2022 begann die ELGA GmbH mit einer Neukonzipierung der Quartalsberichte und bezog die drei IT-Dienstleister in die Berichterstattung ein.

(b) Anrechnungsberichte

Die bei den IT-Dienstleistern der Systempartner angefallenen Kosten stellte die ELGA GmbH jährlich in sogenannten Anrechnungsberichten dar. Diese wurden – mit einer Ausnahme – stets von der Generalversammlung beschlossen. Für das Jahr 2022 kam aufgrund von Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnungen der BRZ GmbH kein Generalversammlungsbeschluss über die Anrechnung der Kosten der BRZ GmbH zustande. Bis auf diesen Einzelfall wurden im überprüften Zeitraum alle beantragten Kosten angerechnet.

Laut Syndikatsvertrag hatte die ELGA GmbH den Aufwand dem Grunde und der Höhe nach zu plausibilisieren und die Plausibilisierung transparent zu machen. Die ELGA GmbH bestätigte für die Jahre 2018 bis 2021 in den Anrechnungsberichten die Plausibilisierung der vorgelegten Leistungen und Kosten und bezog sich dabei zum Teil auf Vergleiche mit Vorjahren. Im Anrechnungsbericht für das Jahr 2022 bestä-

⁵² gegliedert nach Kosten, die auf der Grundlage der Reformvereinbarung sowie außerhalb dieser angefallen waren



tigte sie die Einhaltung der budgetierten Kosten und die Erfüllung der Leistungen, nahm jedoch keine detaillierte Prüfung der verrechneten Preise vor.

(2) Art. 33 der Reformvereinbarung 2017 sah für das bestehende Finanzierungsmodell von ELGA die Implementierung eines Kosten- und Risikocontrollings vor. Während die Quartals- und Anrechnungsberichte Bestandteile eines Kostencontrollings abdeckten, fehlte ein Risikocontrolling gänzlich.

- 17.2 Der RH hielt kritisch fest, dass eine Übersicht über die gesamten den Systempartnern durch ELGA entstehenden Kosten inklusive einer Gegenüberstellung mit den budgetierten Kosten nicht vorlag.

Er kritisierte, dass die Quartalsberichte der Jahre 2018 bis 2021 lediglich die ELGA GmbH behandelten, aber keine Informationen zu den IT-Dienstleistern der Systempartner (BRZ GmbH, ITSV GmbH und SVC GmbH) beinhalteten. Er hielt fest, dass die ELGA GmbH ab dem Jahr 2022 erste Schritte zu einer Neukonzipierung der Quartalsberichte setzte.

Hinsichtlich der Anrechnungsberichte kritisierte der RH, dass die ELGA GmbH im Jahr 2022 die verrechneten Preise der BRZ GmbH, der ITSV GmbH und der SVC GmbH nicht detailliert prüfte, und verwies auf die Meinungsverschiedenheiten, die sich in diesem Jahr zur Kostenabrechnung ergaben. Das Fehlen eines Risikocontrollings wertete der RH als wesentlichen Mangel.

[Der RH empfahl der ELGA GmbH, die Neukonzipierung der Quartalsberichte fortzusetzen und ein für Steuerungszwecke aussagekräftiges Berichtswesen inklusive eines Risikocontrollings aufzubauen, um eine gesamthafte Betrachtung der Kosten von ELGA zu ermöglichen.](#)

Weiters empfahl der RH der ELGA GmbH, für die Anrechnungsberichte neben der Einhaltung von Budgets auch die verrechneten Preise zu prüfen.

- 17.3 (1) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zu den Quartalsberichten. Die Quartalsberichte würden die Sicht des Dachverbands zum Aufgabenumfang der ELGA GmbH – Aufbau eines für Steuerungszwecke der Systempartner aussagekräftigen Berichtswesens inklusive Risikocontrolling – unterstützen. In den Jahren 2018 bis 2022 habe die damalige Geschäftsführung der ELGA GmbH umfassende, quartalsweise Controllingübersichten erstellt. Diese hätten auch eine Mehrjahresplanung umfasst, sodass auch Mehrjahresprojekte nachvollziehbar abgebildet gewesen seien.

Die Empfehlung des RH zu den Anrechnungsberichten teile der Dachverband. Allerdings sei der Beschluss zur Anrechnung für die Leistungen der BRZ GmbH nicht



infolge von Meinungsverschiedenheiten unterblieben, sondern weil der leistende Systempartner Bund mehr verrechnet habe, als zwischen den Systempartnern beschlossen worden sei. Weder der Bund noch die ELGA GmbH seien der unterjährigen Warn- und Hinweispflicht nachgekommen, dass eine Budgeterweiterung notwendig sei.

(2) Die ELGA GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Systempartner abweichend von der Formulierung im Syndikatsvertrag im Budgetausschuss die von ihnen genannten Aufwände plausibilisiert hätten (diskutiert, hinterfragt, analysiert). Das Ergebnis sei in der Generalversammlung beschlossen und von der ELGA GmbH nach Abrechnung der jeweiligen Aufwände gegen das Budget geprüft worden. Die ELGA GmbH habe zudem den Systempartnern Ende 2023 Prüfvarianten zu den Anrechnungsberichten vorgelegt, ein Beschluss darüber sei noch offen.

- 17.4 (1) Der RH entgegnete dem Dachverband, dass ihm die in der Stellungnahme angeführten Controllingübersichten aus den Jahren 2018 bis 2022 nicht vorlagen. Zur Anrechnung der Leistungen der BRZ GmbH erwiderte der RH, dass er solche unterschiedlichen Positionen unter „Meinungsverschiedenheiten“ subsumierte. Er verwies dazu auf seine Empfehlung in TZ 11, den Betrieb und die Erneuerung der zentralen Komponenten der ELGA-Infrastruktur in partnerschaftlicher Zusammenarbeit sicherzustellen.
- (2) Gegenüber der ELGA GmbH befürwortete der RH eine Fortsetzung ihrer Arbeiten zu einer vertragskonformen Prüfung der Anrechnungsberichte.

Finanzierung der ELGA GmbH

- 18.1 (1) Die ELGA GmbH war eine kleine Kapitalgesellschaft im Sinne des § 221 Unternehmensgesetzbuch⁵³. Sie unterzog sich jährlich einer freiwilligen Jahresabschlussprüfung.

⁵³ deutsches Reichsgesetzblatt S. 219/1897 i.d.g.F.



Den Aufwendungen für die Erbringung ihrer Leistungen zur Einführung und Implementierung von ELGA standen im Wesentlichen keine Erträge gegenüber:

Tabelle 3: Kenndaten ELGA GmbH

	2018	2019	2020	2021	2022
Personal	in Vollzeitäquivalenten zum 31. Dezember ¹				
Beschäftigte	24,8	28,2	27,6	30,3	35,6
Entwicklung des Eigenkapitals	in EUR				
Stammkapital	35.100	35.100	35.100	35.100	35.100
Kapitalrücklagen	26.774.589	33.282.776	9.314.646	20.856.410	27.073.802
Bilanzverlust	-23.528.441	-29.969.244	-6.326.118	-17.995.123	-25.976.816
<i>davon</i>					
Verlustvortrag	-17.924.362	-23.528.441	-29.969.244	-6.326.118	-17.995.123
Eigenkapital	3.281.248	3.348.632	3.023.628	2.896.387	1.132.086
Gewinn- und Verlustrechnung	in EUR				
Erträge	70.371	331.864	14.129	81.639	112.015
Aufwendungen	5.674.684	6.772.979	6.340.588	11.750.819	8.092.563
<i>davon</i>					
<i>Aufwand für Material und sonstige bezogene Herstellungsleistungen</i>	1.271.767	1.931.416	2.154.068	2.525.967	2.367.876
<i>Personalaufwand</i>	2.224.606	2.389.442	2.717.856	3.168.363	3.450.958
<i>Abschreibungen</i>	855.197	979.554	632.963	197.917	186.086
<i>sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	1.323.113	1.472.568	835.701	5.858.572	2.087.643
Betriebsergebnis	-5.604.313	-6.441.115	-6.326.459	-11.669.181	-7.980.548
Finanzergebnis	234	312	341	175	-1.144
Ergebnis vor Steuern	-5.604.079	-6.440.803	-6.326.118	-11.669.005	-7.981.693
Jahresfehlbetrag	-5.604.079	-6.440.803	-6.326.118	-11.669.005	-7.981.693
Auflösung von Kapitalrücklagen	-	-	29.969.244	-	-
Verlustvortrag aus dem Vorjahr	-17.924.362	-23.528.441	-29.969.244	-6.326.118	-17.995.123
Bilanzverlust	-23.528.441	-29.969.244	-6.326.118	-17.995.123	-25.976.816

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ELGA GmbH

¹ In den Vollzeitäquivalenten waren sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem aufrechten Dienstverhältnis enthalten.

Die Jahresfehlbeträge resultierten hauptsächlich aus bezogenen Fremdleistungen, Aufwendungen für Personal und betrieblichen Aufwendungen; sie betrugen von 2018 bis 2022 durchschnittlich 7,60 Mio. EUR. Im Jahr 2021 stieg der sonstige betriebliche Aufwand im Zusammenhang mit der Anwendung elmpfpass während der COVID-19-Pandemie stark an.



Die Gesellschafter deckten die Verluste jährlich durch widmungsgemäße Zuführungen zur Gänze ab. Im Jahr 2019 stieg der Bilanzverlust auf 29,97 Mio. EUR an, sodass im darauffolgenden Jahr Kapitalrücklagen aufgelöst wurden.

Für Kapitalzuführungen der Gesellschafter waren Generalversammlungsbeschlüsse erforderlich. Im Jahr 2021 lagen für rd. 5 Mio. EUR der Zuschüsse des Bundes (davon 2,1 Mio. EUR für die Miete von Tablets und 2,9 Mio. EUR für Versandkosten von Impfzertifikaten) keine Generalversammlungsbeschlüsse vor. Die Genehmigung erfolgte nachträglich konkludent.

Trotz mehrfacher Nachfrage durch den RH legte die ELGA GmbH keinen Rücklagen- spiegel über die Kapitalrücklagen vor, der die Zuführungen und Entnahmen zeigte. Lediglich die Zusammensetzung der Kapitalrücklagen war in den Jahresabschlüssen zum 31. Dezember vorhanden.

(2) Die ELGA GmbH beschäftigte von 2018 bis 2022 durchschnittlich 29,3 Vollzeit- äquivalente. Die Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestanden u.a. in der Konzeption der IT-Architektur, der Harmonisierung der Standards für den Datenaustausch sowie der Koordination der Umsetzungsmaßnahmen für ELGA.

(3) Die Gesellschafter hatten sich im Syndikatsvertrag auf Vorgaben für das von der Geschäftsführung einzurichtende Berichtswesen geeinigt. Demnach sollte die ELGA GmbH den Gesellschaftern bis spätestens zwei Monate vor Ablauf eines jeden Geschäftsjahres Plan-Bilanzen, Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen und einen Personalplan vorlegen. Diese wurden dem RH für die Jahre 2018 bis 2022 nicht vorgelegt.

Innerhalb von fünf Monaten nach Beendigung des Geschäftsjahres hatte die Geschäftsführung den Jahresabschluss, bestehend aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung, aufzustellen und den Gesellschaftern vorzulegen. Die Generalversammlung der ELGA GmbH genehmigte jährlich die erstellten Jahresabschlüsse unter Wahrung der gesetzlichen Fristen, entlastete die Geschäftsführung und nahm die Wirtschaftsprüferberichte zur Kenntnis.

18.2 Der RH hielt kritisch fest, dass Gesellschafterzuschüsse zur ELGA GmbH teilweise ohne Generalversammlungsbeschlüsse geleistet wurden.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, Zuschüsse nur aufgrund aufrechter Beschlusslage in der Generalversammlung zu leisten.



Der RH bemängelte, dass ihm weder Plan–Bilanzen noch Plan–Gewinn– und Verlustrechnungen noch Personalpläne für die Jahre 2018 bis 2022 vorgelegt wurden. Außerdem kritisierte er, dass die ELGA GmbH keinen Rücklagenspiegel führte.

Der RH empfahl der ELGA GmbH, aus Transparenzgründen einen Rücklagenspiegel zu führen.

18.3 (1) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlungen des RH. Er habe 2018 den Anstoß gesetzt, Kapitalkonten zu erstellen, und habe sowohl die frühere als auch insbesondere die aktuelle Geschäftsführung der ELGA GmbH mit Know–how intensiv unterstützt, diesen Rücklagenspiegel (Kapitalkonten) zu erstellen und zu warten.

(2) Die ELGA GmbH teilte in ihrer Stellungnahme zu den fehlenden Gesellschafterbeschlüssen mit, dass für den eImpfpass in der COVID–19–Pandemie mehrere Eingabemöglichkeiten für verabreichte Impfungen eingerichtet worden seien; insbesondere gehärtete Tablets mit der Software „e–Impfdoc“ für den mobilen Einsatz und den Einsatz in Impfstraßen, mobile ecard–Systeme insbesondere für den Einsatz in Impfstraßen, Software–Module in den ELGA–Bereichen für Krankenanstalten, Software–Schnittstellen für den Einsatz für Arzt–Softwareprodukte sowie eine portalverbundfähige Software für Amtsärztinnen und Amtsärzte. Für die Bereitstellung der Tablets seien verschiedene Vereinbarungen abgeschlossen worden.

Diese Aktivitäten seien ausführlich erläutert, in einer Beilage Kostenschätzung budgetmäßig bewertet und der Bundes–Zielsteuerungskommission in den Unterlagen zu ihrer Sitzung am 18. Dezember 2020 vorgelegt worden. Diese habe den entsprechenden Tagesordnungspunkt beschlossen. Der Generalversammlung der ELGA GmbH sei der Bericht aus der Bundes–Zielsteuerungskommission zu diesem Tagesordnungspunkt in der Sitzung vom 18. Dezember 2020 vorgelegt worden.

Der empfohlene Rücklagenspiegel liege auf Projektebene vor.

18.4 Der RH hielt gegenüber der ELGA GmbH nochmals fest, dass die Generalversammlung der ELGA GmbH die Gesellschafterzuschüsse zu den Tablets nicht beschloss und Beschlüsse der Bundes–Zielsteuerungskommission jene der Generalversammlung nicht ersetzen konnten. Ebenso wenig konnte ein Rücklagenspiegel auf Projekt-ebene einen gesamthaften Rücklagenspiegel, der Aufschluss über sämtliche Zuführungen zu und Entnahmen aus Kapitalrücklagen gibt, ersetzen. Der RH verblieb daher bei seinen Empfehlungen.



Schlussempfehlungen

- 19 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (1) Im Rahmen der Bundes–Zielsteuerungskommission wäre auf einen zeitnahen Beschluss einer eHealth–Strategie unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf EU–Ebene hinzuwirken. ([TZ 2](#))
- (2) Die Arbeiten für einen geeigneten rechtlichen Rahmen für den Betrieb und die Weiterentwicklung von ELGA wären zu priorisieren, Vorschläge für eine Novelle des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 sowie die darauf basierenden Verordnungen wären zu erarbeiten. Diese sollten klar verständlich und an die technische Weiterentwicklung des Regelungsinhalts angepasst sein. Dabei wären auch die Entwicklungen auf EU–Ebene zu berücksichtigen. ([TZ 4](#))
- (3) Das Ministerium sollte sich für eine Klarstellung der Regelungen zu den Speichererfordernissen für Gesundheitsdiensteanbieter in ELGA einsetzen und die ELGA–Verordnung 2015 damit abstimmen. ([TZ 4](#))
- (4) Das Ministerium sollte sich im Interesse der Vollständigkeit der in ELGA gespeicherten Gesundheitsdaten und unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Erfordernisse für eine Änderung der Rechte zur Einschränkung der Teilnahme an ELGA einsetzen; dabei wären insbesondere Alternativen zu erwägen, die das Unterbleiben einer Speicherung von Gesundheitsdaten bzw. ihre Löschung aus ELGA vermeiden. ([TZ 4](#))
- (5) Auf eine geeignete rechtliche Grundlage wäre hinzuwirken, die es der ELGA GmbH unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben ermöglicht, die für ihre Steuerungs– und Koordinationsaufgaben erforderlichen Daten auf der Ebene des einzelnen Gesundheitsdiensteanbieters zu verarbeiten. ([TZ 9](#))



Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz;
Dachverband der Sozialversicherungsträger

- (6) Gemeinsam mit den Ländern wären die Entwicklungen auf EU–Ebene zur möglichen Weiterentwicklung von ELGA zu nutzen (z.B. für die zeitnahe Verfügbarkeit eines Patient Summary). Dabei wären unter Beachtung der Entwicklungen zum europäischen Raum für Gesundheitsdaten rechtzeitig die notwendigen technischen und rechtlichen Anpassungen abzustimmen und durchzuführen. (TZ 3)
- (7) Gemeinsam mit den Ländern wäre zu klären, welche Rolle der ELGA GmbH künftig zukommen soll; ihre Aufgaben wären auf dieser Basis neu zu definieren, Gesellschafts– und Syndikatsvertrag wären anzupassen und die ELGA GmbH wäre mit den dafür erforderlichen Ressourcen auszustatten. (TZ 5)
- (8) Gemeinsam mit den Ländern wären die Entscheidungsstrukturen, die ELGA und eHealth betreffen, zu vereinfachen. Das Erfordernis der Aufgabenverteilung auf über 20 Gremien wäre zu prüfen und deren Anzahl gegebenenfalls zu reduzieren. Dabei wäre auch die Parallelstruktur aus ELGA–Koordinierungsausschuss und Fachgruppe eHealth zu hinterfragen. (TZ 6)
- (9) Gemeinsam mit den Ländern wären zeitnah die Aufgaben und Kompetenzen der mit ELGA und eHealth befassten Gremien inklusive Abhängigkeiten und Berichtslinien – in Fortführung der Beschlüsse zur „eHealth Governance 2023“ – klarzustellen und abzugrenzen; die noch fehlenden Geschäftsordnungen wären bei Weiterbestehen der Gremien ehebaldig zu beschließen. Eine Entscheidung über die Einrichtung eines Aufsichtsrats wäre herbeizuführen. (TZ 6)
- (10) Gemeinsam mit den Ländern wären Lösungen zu entwickeln, damit auch Daten der Länder und der Sozialversicherung aus dem niedergelassenen Bereich und von Krankenanstalten für die Ermittlung von Leistungskennzahlen für ELGA genutzt werden können. (TZ 9)
- (11) Der Betrieb und die Erneuerung der zentralen Komponenten der ELGA–Infrastruktur wären in partnerschaftlicher Zusammenarbeit sicherzustellen. (TZ 11)



-
- (12) Die 13 ELGA-Bereiche sollten gemeinsam mit den Ländern auf ihre Zweckmäßigkeit analysiert werden; gegebenenfalls wären Schritte zur Vereinfachung der dezentralen technischen Infrastruktur von ELGA einzuleiten; dies unter Berücksichtigung der Nutzung der ELGA-Bereiche durch den niedergelassenen Bereich. ([TZ 11](#))
 - (13) Gemeinsam mit den Ländern wäre bei der Anwendung eBefund die schreibende Anbindung des niedergelassenen Bereichs an ELGA voranzutreiben; insbesondere wäre eine Lösung für die Übermittlung von Bilddaten aus der Radiologie sowie für die Anbindung der niedergelassenen Labore zu finden, um die Vollständigkeit von ELGA zu erreichen. ([TZ 12](#))
 - (14) Gemeinsam mit den Ländern wäre eine Lösung für das Patient Summary im Sinne der EU-Vorgaben zu erarbeiten, um den Gesundheitsdiensteanbietern die effektive Verwendung von eBefund mit zunehmender Datenmenge zu erleichtern. ([TZ 12](#))
 - (15) Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zu eMedikation und eRezept wären auch im Sinne der EU-Vorgaben für ePrescription umzusetzen, um gleiche Nutzungsverpflichtungen für alle Gesundheitsdiensteanbieter zu schaffen und eine Lösung für das situative Opt-out zu finden. ([TZ 13](#))
 - (16) Es wären Maßnahmen zu treffen, um die Vollständigkeit der Medikationsliste inklusive der verschriebenen Dosierung sicherzustellen und damit die eMedikation zu einer wirkungsvollen Anwendung für Gesundheitsdiensteanbieter sowie Patientinnen und Patienten auszubauen. ([TZ 13](#))
 - (17) Gemeinsam mit den Ländern und der ELGA GmbH wäre der Vollausbau des elmpfpasses voranzutreiben, sodass alle bestehenden Impfungen eingetragen sind und die Benachrichtigungsfunktion über anstehende Impfauffrischungen aktiv ist. ([TZ 14](#))
 - (18) Zuschüsse zur ELGA GmbH wären nur aufgrund aufrechter Beschlusslage in der Generalversammlung zu leisten. ([TZ 18](#))



Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Dachverband der Sozialversicherungsträger;
ELGA GmbH

- (19) Gemeinsam mit den Ländern wären die Jahresarbeitsprogramme um einen strategischen Bezug, etwa durch eine nachvollziehbare Begründung der enthaltenen Vorhaben bzw. Projekte, zu ergänzen. Im Interesse einer klaren Zuordnung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten wäre in den Jahresarbeitsprogrammen zudem anzuführen, welche erfolgskritischen (Vor-) Leistungen der Systempartner (Bund, Länder und Sozialversicherung) zur Zielerreichung erforderlich wären. (TZ 7)
- (20) Gemeinsam mit den Ländern wären Leistungskennzahlen zu definieren, die eine Messung der Fortschritte von ELGA im Hinblick auf ihre Vollständigkeit, die Strukturqualität der gespeicherten Dokumente und insbesondere die tatsächliche Nutzung von ELGA erlauben. (TZ 9)
- (21) Die technische Weiterentwicklung der ELGA-Infrastruktur sollte gemeinsam mit den Ländern fortgesetzt und auch zur Lösung anstehender Herausforderungen beim Betrieb der zentralen und dezentralen Komponenten genutzt werden. (TZ 11)
- (22) Angesichts der Komplexität des Finanzierungssystems von ELGA wären gemeinsam mit den Ländern Überlegungen zu seiner Vereinfachung anzustellen. (TZ 15)
- (23) Für einen gesamthaften Überblick und im Sinne der Kostentransparenz wären gemeinsam mit den Ländern möglichst alle den Systempartnern (Bund, Länder und Sozialversicherung) durch ELGA entstehenden Kosten, vor allem jene der ELGA-Bereiche, in einer Budgetübersicht für ELGA darzustellen. (TZ 16)

ELGA GmbH

- (24) Künftig sollten alle im Jahresarbeitsprogramm geplanten Vorhaben hinreichend konkretisiert werden. Dies betraf insbesondere eindeutige und messbare Kriterien (Inhalt, Ausmaß, Zeitrahmen) für die Steuerung der Umsetzung und Prüfung der Zielerreichung. (TZ 7)



-
- (25) Das Berichtswesen sollte übersichtlicher gestaltet und insbesondere um einen gesamthaften strukturierten Überblick über den Umsetzungsstatus von ELGA sowie um Vorschläge für vorrangig zu bearbeitende Handlungsfelder und Problemstellungen ergänzt werden. Die Feststellung des Zielerreichungsgrades sowie die Abweichungsanalyse sollten zudem künftig auf die in den Jahresarbeitsprogrammen festgelegten Messgrößen und Zielwerte fokussieren. (TZ 8)
 - (26) Das Teilprojekt „Logging und Monitoring“ mit dem Ziel der Etablierung (weitgehend automatisierter) rascherer Prozesse zur Erkennung und Behebung von Fehlern wäre voranzutreiben; damit wäre die Grundlage für ein wirksames technisches Monitoring zu schaffen. (TZ 9)
 - (27) Zusätzlich zu den Jahresbudgets wären auch mittel- und langfristige Budgets zu erstellen und wären sämtliche erwartbaren Kosten zu budgetieren. Die Finanzierung von Projekten wäre vor der Budgetierung zu klären. (TZ 16)
 - (28) Die Neukonzipierung der Quartalsberichte wäre fortzusetzen und ein für Steuerungszwecke aussagekräftiges Berichtswesen inklusive eines Risiko-controllings aufzubauen, um eine gesamthafte Betrachtung der Kosten von ELGA zu ermöglichen. (TZ 17)
 - (29) Für die Anrechnungsberichte wären neben der Einhaltung von Budgets auch die verrechneten Preise zu prüfen. (TZ 17)
 - (30) Aus Transparenzgründen sollte ein Rücklagen Spiegel geführt werden. (TZ 18)



Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH



Wien, im Oktober 2024

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker



Anhang A

Tabelle A: Ziel zur Umsetzung von ELGA im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

	Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (Laufzeit)	
	2017–2021	2022–2023
strategische Dimension		bessere Qualität
strategisches Ziel	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	
operative Dimension		besser koordinierte Versorgung
operatives Ziel	gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation	
Messgröße		Umsetzungsgrad ELGA
Definition	Anzahl bzw. Anteil der Gesundheitsdiensteanbieter, die ELGA implementiert haben	
Berechnung		Gesundheitsdiensteanbieter mit ELGA in Verwendung
Zielwert		Erhöhung bzw. Steigerung (nicht quantifiziert)
Maßnahme	Koordination, Konzeption und Umsetzung von eHealth–Anwendungen inklusive der Anwendung im eCard–System, um Parallelstrukturen und –entwicklungen zu vermeiden, gemäß Art. 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	–
Zeitplan	laufend	–
Maßnahme	Weiterentwicklung der ELGA–Infrastruktur für eHealth–Anwendungen	Weiterentwicklung der ELGA–Infrastruktur, insbesondere Modernisierung und Neuregelung des Betriebs der zentralen Komponenten und Schaffung der Strukturen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
Zeitplan	laufend	Dezember 2023
Maßnahme	Rollout von ELGA inklusive eBefund und eMedikation fristgerecht entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen sicherstellen	Weiterführung des Rollouts von ELGA und Erweiterung um neue eBefunde, Umsetzung des Gesamtkonzepts elmpfpass und von grenzüberschreitenden Gesundheitsservices
Zeitplan	Dezember 2021	Dezember 2023

Quellen: Bundes–Zielsteuerungsverträge



Tabelle B: Ressortbezeichnung und –verantwortliche im Gesundheitswesen im überprüften Zeitraum

Zeitraum	Bundesministerien- gesetz–Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
bis 7. Jänner 2018	BGBI. I 49/2016	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	18. Dezember 2017 bis 8. Jänner 2018: Mag. ^a Beate Hartinger–Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBI. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag. ^a Beate Hartinger–Klein
			22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner
			3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Brigitte Zarfl
			7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschober
seit 29. Jänner 2020	BGBI. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschober
			19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein
			seit 8. März 2022: Johannes Rauch

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH



Anhang B

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

ELGA GmbH

Geschäftsführung

DI Dr. Günter Rauchegger, MBA	(1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2022)
DI (FH) Dr. Franz Leisch	(1. Jänner 2018 bis 31. Dezember 2022)
Mag. Dr. Stefan Sabutsch	(seit 1. Jänner 2023)
Dr.ⁱⁿ Edith Bulant-Wodak, MBA	(seit 1. Jänner 2023)

R
—
H

