



Auszug
Australien

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

3.3 Australien

3.3.1 Das nationale Gesundheitssystem

Leistungserbringung

In Australien wird die Gesundheitsversorgung durch einen öffentlichen Gesundheitsdienst (Medicare) sichergestellt, der der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht. Die Verantwortung teilen sich die Bundesregierung und die Bundesstaaten. Der Bund steuert die Gesundheitsversorgung mit einer Rahmenplanung und Vereinbarungen, die er mit den Bundesstaaten trifft.

Private Krankenversicherungen in Australien dienen meistens als Zusatzversicherungen, um Lücken im staatlichen Leistungskatalog oder Lücken zwischen den tatsächlichen Kosten und den von Medicare getragenen Kosten zu schließen. Beitragsunterschiede in einer Region gibt es lediglich in Bezug auf das Alter. Das Medicare-System beruht auf dem Sachleistungsprinzip und gewährt kostenlose Krankenhaus-Behandlung bzw. ambulante fachärztliche Behandlung in öffentlichen Kliniken. In den privaten Kliniken werden nur 75 Prozent der Kosten übernommen. Es gilt das Kostenerstattungsprinzip. Das Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) regelt die Arzneimittelversorgung als Bestandteil des Leistungsumfangs des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es schreibt eine Obergrenze für die jährliche Arzneimittelzuzahlung vor, um Patienten vor finanzieller Überforderung zu schützen.

Finanzierung

Das Gesundheitswesen wird folgendermaßen finanziert: Der Staat trägt 43 Prozent (Medicare Levy⁶³) über steuerliche Mittel und deckt einen Großteil der ambulanten medizinischen Versorgung sowie Teile der privaten Krankenversicherungsbeiträge und Arzneimittelausgaben. Die Bundesstaaten sind hingegen für die Organisation und Finanzierung (ca. 26 Prozent) der Krankenhausversorgung zuständig. Private Krankenversicherungen und die privaten Haushalte finanzieren die restlichen 31 Prozent der jährlichen Gesundheitsausgaben. Die Gesamtausgaben für Gesundheit entsprechen 9,3 Prozent des BIP.

Versorgung

Die Australier haben bei der Wahl ihrer hausärztlichen Versorgung die freie Entscheidung. Die zum größten Teil in eigener Praxis arbeitenden Hausärzte fungieren als Gatekeeper: Die Kosten der ambulanten Versorgung werden von Medicare übernommen, wenn eine Überweisung durch den Hausarzt erfolgt ist. In der stationären Versorgung werden rund ein Drittel aller Krankenhausbetten von öffentlichen Trägern und zwei Drittel von privaten Trägern bereitgestellt. Patienten haben die freie Wahl zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, wobei sich Letztere häufig auf chirurgische und hochtechnische Leistungen spezialisieren. Mit 3,88 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner gibt es in Australien etwas weniger Betten als im Durchschnitt aller OECD-Staaten (4,7 Betten). Außerdem kommen drei Ärzte und 0,53 Zahnärzte auf 1.000 Einwohner.⁶⁴

63 Das Medicare Levy ist eine zweckgebundene Einkommensteuer i. H. v. 1,5 Prozent des Grundeinkommens.

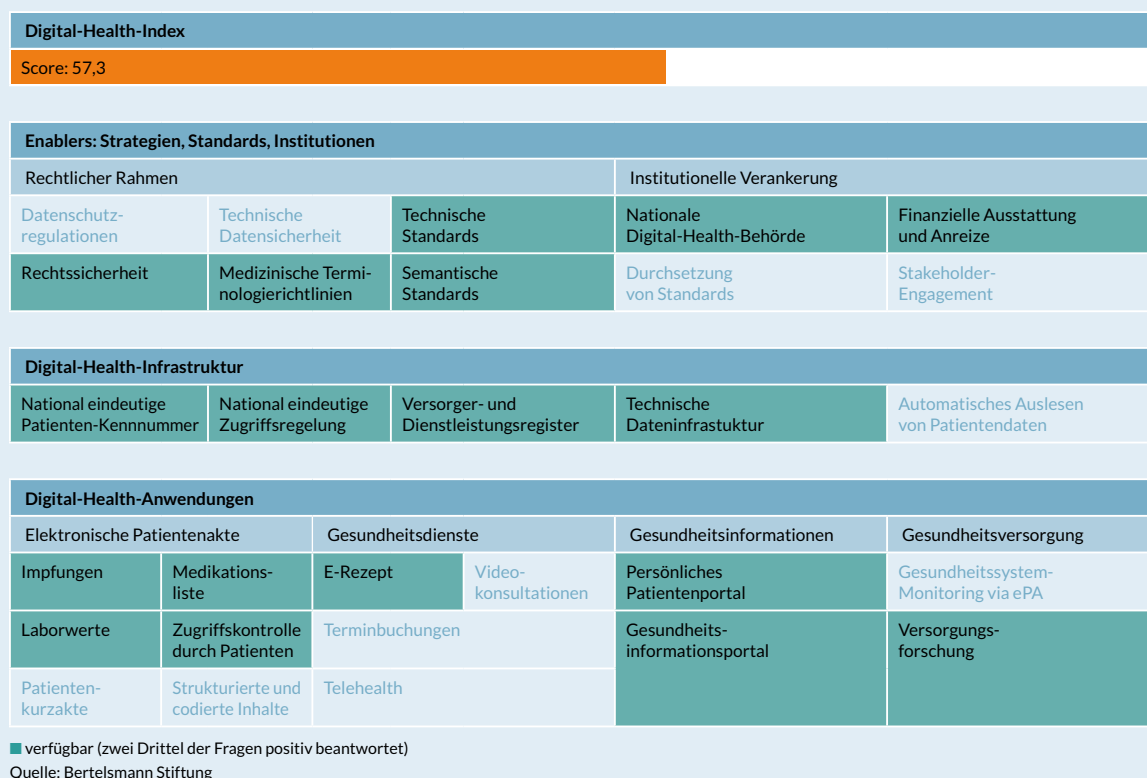
64 Schölkopf, M. und Pressel, H. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*. 2. Aufl., Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

3.3.2 Entwicklung von Digital Health

Im Jahr 1999 wurden mit der Einrichtung des National Health Information Management Advisory Council (NHIMAC) die ersten Schritte in Richtung einer nationalen Digital-Health-Politik gemacht. Gemeinsam mit dem Commonwealth, der Bundes- und den Landesregierungen sowie relevanten Gesundheitsakteuren konzipierte er einen Masterplan für digitale Gesundheit: *Health Online*. Diese Taskforce stellte im Juli 2000 das Projekt HealthConnect vor. Gefördert wurde es mit 128,3 Millionen australischen Dollar, um ein sicheres nationales Gesundheitsinformationsnetzwerk zu entwickeln. Jedoch kam keines der inhaltlichen Konzepte über die theoretische Ausarbeitung und Testphase hinaus. Sowohl die elektronische Medikationsakte als auch die in der Digital-Health-Strategie festgehaltenen E-Rezept-Systeme wurden nach der Pilotierung aufgrund von mangelndem politischem Engagement Anfang der 2000er-Jahre nicht ernsthaft weiterverfolgt.

Die australische Regierung und das Gesundheitsministerium (DoHA) gründeten 2005 die National E-Health Transition Authority Limited und leiteten damit einen formalen Prozess ein, der zur Identifizierung und Entwicklung notwendiger Grundlagen einer nationalen Digital-Health-Infrastruktur führen sollte. Von der Regierung beauftragt, legte die Beratungsfirma Deloitte 2008 einen begleitenden Rahmenplan zu Koordination und Kollaboration im Bereich digitaler Gesundheit vor: Australiens erste ernsthaft verfolgte nationale Digital-Health-Strategie. Auf Basis des Vorschlags der Reformkommission (NHHRC), bis 2012 eine elektronische Patientenakte einzuführen, stellte das Gesundheitsministerium 467 Millionen australische Dollar zur Verfügung. Die Entwicklung der Personally Controlled eHealth Record (PCEHR) folgte. 2012 wurde sie per Gesetz unter dem Namen My Health

ABBILDUNG 10: Übersichtskarte Digital Health in Australien



Record (MHR) implementiert und seitdem mehrmals verändert und erweitert. Die Basis dafür bilden einheitliche Standards wie SNOMED CT-AU und Secure Messaging (SMD). Bis 2013 stellte das DoHA weitere 200 Millionen australische Dollar, u. a. als finanzielle Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der Einführung der MHR in ihren Praxen, zur Verfügung. Seit 2016 übernimmt die Australian Digital-Health Agency die Aufgaben der Transfergesellschaft und des Gesundheitsministeriums.

Abbildung 10 ist eine Zusammenstellung der im Rahmen dieser Studie in Australien identifizierten vorhandenen Digital-Health-Komponenten (grüne Felder).

3.3.3 Policy-Aktivität und Strategie

Digital-Health-Strategien

Eine wirksame Digital-Health-Strategie wurde in Australien für alle Staaten und Territorien verfasst, die wiederum ihre jeweilige Gesundheitspolitik durch den Beirat des australischen Gesundheitsministers koordinieren. Alle strategiebezogenen Aktivitäten finden auf der regionalen Ebene statt und beziehen sich auf die Qualitätsverbesserung der Pflege, den standardisierten Datenaustausch zwischen Versorgern und den Zugang zu digitalen Informationen für Patienten.

Digital Health wird im Allgemeinen durch eine nationale Anstrengung und nicht zuletzt auch von Einzelakteuren und Parteien innerhalb der australischen Regierung seit über 20 Jahren verfolgt und durchgesetzt. Im Gegensatz zu einer technikgetriebenen Entwicklung sind Implementierung und Planung bisher das Ergebnis langer politischer Prozesse und Verhandlungen im föderalen System gewesen.

Durch die Digital-Health-Strategie wurden Implementierungsprogramme für E-Rezepte, mHealth und eine (verbesserte) elektronische Patientenakte neu aufgelegt, aber auch bestehende Bemühungen im Bereich „Gesundheitsinformationsportale“ erweitert. Australien wäre prädestiniert für Telemedizin, besonders für die Bereitstellung der ambulanten Versorgung im australischen Hinterland, dem sogenannten Outback. Aufgrund einer mangelhaften Infrastruktur-Politik (der Ausbau des nationalen Breitbandnetzes verzögerte sich stark und ist unzureichend spezifiziert) sowie einer fee-for-service-getriebenen Versorgung verfügt das Land jedoch nicht über eine solche Telemedizin⁶⁵.

Neben der strategischen Bedeutung und dem Willen, Digital Health in vielen Bereichen des Gesundheitswesens einzuführen, ist jedoch kaum eine Materie rechtlich bindend festgehalten. Verbindliche Implementierungszeitpläne sind daher auch nicht definiert. Im Prozess der Entwicklung und Einführung von digitalen Gesundheitsanwendungen wird die Privatwirtschaft weitestgehend außen vorgelassen. Gespräche finden in vielen Fällen über den Verband der Medizinischen Softwareindustrie und den Australischen Verband der Informationsindustrie statt, um technische und inhaltliche Spezifikationen einzelner Softwares zu gestalten.

65 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

Institutionelle Verankerung, Finanzierung und rechtlicher Rahmen

Im Zeitraum 2016 bis 2017 standen der für die Umsetzung der Inhalte der nationalen Digital-Health-Strategie verantwortlichen Digital-Health-Agentur 153 Millionen australische Dollar zur Verfügung⁶⁶. Sowohl sie als auch die Vorgängeragentur erarbeiten und veröffentlichen Richtlinien und Implementierungsleitfäden für klinische Semantik und technische Standards, um Herstellern zu ermöglichen, ihre Produkte interoperabel und mit der Digital-Health-Infrastruktur vernetzbar zu gestalten. Größere Kommunikationskampagnen, für z. B. die MHR, werden ebenso lanciert wie die Mitarbeit an Gesetzestexten. Für die permanente Evaluierung der Einflüsse von digitalen Gesundheitsdiensten und -anwendungen ist der Nationale Sicherheits- und Qualitätsgesundheitsdienst zuständig.

Mithilfe des *Practice Incentives Program* wird finanzielle Unterstützung für Ärzte bereitgestellt, damit sie z. B. neu entwickelte digitale Gesundheitsanwendungen oder neue Technologien in ihren Praxen einführen können. Diese Finanzierung entstammt einer privaten Organisation. Öffentliche Finanzierungsprogramme oder Implementierungsanreize sind nicht vorhanden. Im Bereich „Innovation und Forschung“ ist der Medical Research Future Fund geschaffen worden, über den jährlich etwa 1 Milliarde australische Dollar als staatliche Direktinvestitionen bereitgestellt werden⁶⁷. Damit erhöhen sich die staatlichen Ausgaben für Innovation und Forschung für den Zeitraum 2016 bis 2021 um das Doppelte.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Austausch von digitalen Patientendaten zwischen verschiedenen Organisationen werden in speziellen Gesetzen geregelt und das allgemeine Datenschutzgesetz wird somit erweitert. Die ärztliche Haftbarkeit in Bezug auf Behandlungsfehler⁶⁸ und den Umgang mit Medizinprodukten und ePAs ist vom Gesetzgeber präzise festgelegt worden. Die Art und Weise der Weiterverarbeitung, der Speicherung oder des Transfers von gesundheitsbezogenen Daten wird jedoch nicht geregelt. Patienten haben auch keinen rechtlichen Anspruch, ihre digital gespeicherten Gesundheitsdaten einzusehen, wenn sie es wünschen.

Im Gegensatz zu Forschungszwecken dürfen diese Daten nicht für statistische Auswertungen von Dritten verwendet werden. Obwohl Digital Health in Australien schon seit über 20 Jahren eine große Rolle spielt, haben nur wenige Bildungseinrichtungen begonnen, sie in ihr Curriculum aufzunehmen oder Weiterbildungsangebote für berufstätiges Fachpersonal einzuführen.

3.3.4 Technische Implementierung und Readiness

Technische Implementierung: Infrastruktur und Administration

Seit 2010 gelten national verpflichtende Gesetze zur korrekten Authentifizierung von Ärzten. Eine entsprechende Anwendung überprüft den Zugang zu digitalen Gesundheitsanwendungen durch medizinisches Fachpersonal und identifiziert Patienten. Die My Health Record ist bereits seit 2012 gesetzlich eingeführt und seit einigen Jahren landesweit aktiv. Zusammenfassungen der MHR sind als Patientenkurzakten dokumentiert. Krankheitsspezifische Patientenkurzakten für Krebs oder Diabetes werden momentan für den nationalen Rollout pilotiert.

66 Australian Digital-Health Agency (2017). *Annual Report 2016–17*. Sydney.

67 Australian Medical Research Advisory Board (2016). *Australian Medical Research and Innovation Strategy 2016–2021*.

68 Diese können sein: Fehldiagnosen, Therapiefehler, Dokumentationsfehler, mangelnde Aufklärung des Patienten und Fehler in Bezug auf die Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Ärzten.

Datensicherheitsbestimmungen sowie De-Identifizierungsregelungen müssen beim Austausch von Daten aus ePAs eingehalten werden. Es existiert allerdings keine Überwachungs- und Kontrollinstanz, die die verschiedenen Anbieter von elektronischen Patientenakten reguliert. Allerdings existieren kommerzielle Angebote, um etwa Praxis- oder Krankenhauspersonal im Umgang mit neuen Digital-Health-Anwendungen zu schulen. Die meisten Digital-Health-Technologien basieren auf einem internationalen Standard der Medizininformatik, aber es gibt weder eine rechtliche Verpflichtung, einen einzigen Standard zu verwenden, noch findet eine einheitliche Codierung im gesamten digitalen Gesundheitsnetzwerk statt⁶⁹.

Digitale Gesundheitsanwendungen und -dienste

Rezepte vom Arzt müssen in Australien nicht mehr in Papierform ausgegeben werden, sondern können direkt vom Arzt als E-Rezept über eine Software übertragen und in jeder beliebigen Apotheke abgerufen und ausgehändigt werden. Auch der Bescheid über eine erfolgreiche Ausgabe des Medikaments an den Patienten wird elektronisch versendet. Telemedizinische Dienste sind bislang nur vereinzelt in lokalen Projekten angegangen worden, und es existiert noch kein Erstattungssystem mit dem Gesundheitsdienst Medicare.

Das Gesundheitsinformationsportal Healthdirect ist ein erster Anlaufpunkt im Internet für krankheitsbezogene Fragen oder um den nächsten Facharzt in einer Stadt zu finden. Während dieses öffentlich finanzierte Portal nicht personalisierte Gesundheitsinformationen anbietet und zu mehr Patient Empowerment beiträgt, gibt es eine Reihe weiterer Portale, die Zugang zu der My Health Record oder dem E-Rezept-Dienst bieten. Die Provinzen Queensland und Victoria unterstützen Healthdirect nicht und bieten eigene Portale an.

Die MHR stellt eine geschützte Dokumentation der Krankheitsgeschichte eines Patienten dar. Dieser entscheidet frei darüber, welche Dokumente und Informationen in das System eingespeist werden und welcher Arzt über sie verfügen kann. Auch kann der Patient selbst Inhalte und Dokumente aus seiner MHR löschen oder definieren, welche Dokumente von seinem Arzt an andere Ärzte weitergegeben werden dürfen. Praxisberichte, Entlassungsscheine, Rezepte und Rechnungen sowie Impfdaten werden in der MHR gespeichert.

Hervorstechend ist in Australien der Versuch, erfolgreich und flächendeckend eine nationale ePA aufzubauen, indem eine starke Opt-out-Regelung der My Health Record eingesetzt wird: Die Regierung Turnbull unter der Führung von Bundesgesundheitsminister Hunt wird nun automatisch für jeden Bürger bis zum Ende des Jahres eine digitale Gesundheitsakte erstellen, wenn die Einwilligung nicht während einer dreimonatigen Opt-out-Periode aktiv zurückgezogen wird⁷⁰. Als Opt-out-System ersetzt sie die von Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern erstellten Patientenakten nicht, sondern konstituiert eine nützliche Zusammenfassung aller relevanten medizinischen Informationen und garantiert deren sicheren Austausch.

Teil der MHR wird die Patientenkurzakte Shared Health Summary. Der nationale Rollout begann im Juli 2018. Der Erfolg der Patientenkurzakte wird maßgeblich an der Akzeptanz der niedergelassenen Ärzte hängen, die das Dokument nach einem Patientenbesuch pflegen müssen. Die Patientenkurzakte wird eine Zusammenfassung des Gesundheitszustandes, der Medikationen, Allergien und Impfungen sowie persönliche Informationen wie Alter

69 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

70 Powles, J. (2018). *There is no social licence for My Health Record. Australians should reject it.* [online] The Guardian. Verfügbar: https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/jul/20/there-is-no-social-license-for-my-health-record-australians-should-reject-it?mc_cid=63ff9e7acc&mc_eid=3602cf366e.

und Geschlecht zu einem bestimmten Zeitpunkt, z. B. beim letzten Arztbesuch, enthalten. Solche Daten werden automatisch über ein Datennetzwerk in die MHR eingespeist. Die aktuellste Patientenkurzakte wird dann meistens das erste Dokument in der MHR sein, das von anderen Gesundheitsfachpersonen eingesehen wird.

In Bezug auf mHealth gibt es keine klar geregelten Aufgabenverteilungen und Aufsichts-kompetenzen zwischen den existierenden Behörden des Gesundheitswesens. Seit Juli 2018 können erste Daten der MHR über mobile Endgeräte abgerufen werden. Zunächst ist diese Funktion auf Röntgenbilder beschränkt und wird in Zukunft graduell erweitert. Die Pflegekoordination von chronischen Patienten ist über die MHR jedoch nicht möglich, da die notwendige Detailtiefe nicht gegeben ist. Hier treten die Ärzte oft noch in bilaterale Gespräche ein oder verwenden andere elektronische Kommunikationswege.

Readiness für Vernetzung und Datenaustausch

Einheitliche Standards werden zwar von der Digital-Health-Agentur entwickelt und publiziert, aber über rechtlich bindende Maßnahmen kann sie nicht bestimmen. Daher existieren formal viele Dokumente und Ressourcen, die ein interoperables, standardisiertes australisches Gesundheitsinformationsnetzwerk ermöglichen würden, deren Umsetzung allerdings nur lückenhaft erfolgt. Weniger als 25 Prozent aller Gesundheitsversorger benutzen dieselben Richtlinien für klinische Terminologien, die auch für die My Health Record gelten, obwohl entsprechende Richtlinien verfügbar sind⁷¹. Aufgrund mangelnder Standardisierung und Interoperabilität können nur wenige Digital-Health-Anwendungen miteinander kommunizieren und Daten austauschen, um etwa (statistisch) über Qualität, Zugang und Effizienz des Gesundheitssystems berichten zu können. Der grenzüberschreitende Datenaustausch in transnationale Datensysteme wird bislang nur in der nationalen Digital-Health-Strategie als Ziel festgehalten und findet bislang nicht statt.

3.3.5 Tatsächliche Nutzung von Daten

Über drei Viertel der Hausärzte in Australien zeichnen klinische und medizinische Daten elektronisch auf und sind mit einem nationalen Gesundheitsinformationsnetzwerk (z. B. einer ePA) vernetzt. Fachärzte sind nur zu ca. 60 Prozent computerisiert und angeschlossen. In Krankenhäusern liegt dieser Wert etwas niedriger bei 50 bis 75 Prozent. In der ambulanten Versorgung sind mehr als 75 Prozent der Versorger an den nationalen E-Rezept-Dienst angeschlossen, und Rezepte werden fast ausschließlich elektronisch verschrieben. Die MHR wird in der stationären Versorgung nur von 25 bis 50 Prozent aller öffentlichen Einrichtungen verwendet⁷². Folgende weitere Informationssysteme sind an die MHR angeschlossen und ermöglichen einen Datenaustausch:

- Labor-Informationssysteme
- Pathologie-Informationssysteme
- Apotheken-Informationssysteme
- Bildarchivierungs- und Kommunikationssysteme (nur Berichte, keine Bilder)
- Automatisches Impfwarnsystem

71 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

72 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

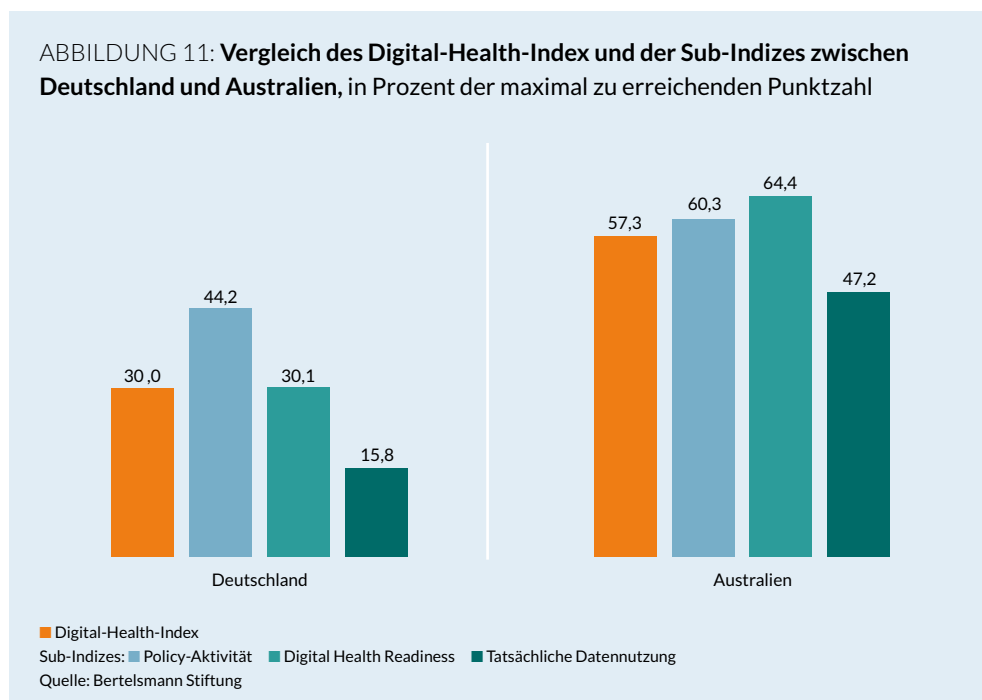
Obwohl ein Großteil der Versorger über einen Zugang zu einem Gesundheitsinformationsnetzwerk verfügt, tauschen nur weniger als 25 Prozent aller Ärzte in Praxen und Krankenhäusern Daten untereinander aus. 40 Prozent aller Fachärzte benutzen immer noch Faxgeräte.

Gespeicherte Informationen aus der Akutversorgung werden nicht für die öffentliche Gesundheitsforschung weiterverwendet. Die Daten aus der MHR werden und dürfen jedoch unter strengen Datenschutzauflagen für öffentlich finanzierte Forschungsvorhaben verwendet werden, sofern der Patient zustimmt. Diese Daten dürfen auch für die allgemeine Gesundheitssystem-Überwachung und für Quality Assessments weiterverwendet werden.

Eine automatische Übertragung von Daten aus der MHR in andere nationale Gesundheitsdatenregister erfolgt nur bei E-Rezepten. Alle anderen Daten müssen erst vom behandelnden Arzt aktiv weitergeleitet oder überhaupt erzeugt werden. Von allen klinischen Dokumenten in der MHR basieren weniger als 25 Prozent auf einheitlichen terminologischen Standards und Klassifikationen, da diese national nicht verbindlich eingehalten werden müssen. Auch die Qualität der Inhalte dieser Dokumente wird nicht stichprobenartig überprüft. Zudem lagen die Nutzer- und Besuchszahlen der Gesundheitsinformationsportale 2017 im Schnitt bei Bürgern und Patienten unter 25 Prozent⁷³.

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

Im Vergleich der internationalen Digital-Health-Entwicklung werden die Ergebnisse der einzelnen Länder, wie im Methodenteil beschrieben, neben die Ergebnisse Deutschlands gestellt. Abbildung 11 gibt die relativen Punkte des Digital-Health-Index und der drei Sub-Indizes farblich hervorgehoben in einem Balkendiagramm wieder.



73 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

TABELLE 9: Digitalisierungsprofil Australien

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

vollständig nahezu vollständig teilweise eher nicht nicht

Quelle: Bertelsmann Stiftung

In Abbildung 11 ist schnell erkennbar, dass Australien nicht nur im Digital-Health-Index, sondern auch in allen drei Sub-Indizes mehr Punkte erreicht als Deutschland. Insbesondere ist auch die deutlich größere Ausgewogenheit der Sub-Indizes hervorzuheben, die erkennbar macht, dass sich Australien bereits in einer anderen Stufe der Entwicklung von Digital Health befindet, in der Digital Health Readiness und Tatsächliche Datennutzung mit der Policy-Aktivität mithalten.

Impressum

© November 2018
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

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

Verantwortlich
Uwe Schwenk

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

Lektorat
Paul Katlfeleiter

Gestaltung
Dietlind Ehlers

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



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

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

Adresse | Kontakt

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

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