



Auszug
Polen

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

3.14 Polen

3.14.1 Das nationale Gesundheitssystem

Leistungserbringung

Die im Oktober 1997 in Kraft getretene Verfassung garantiert allen polnischen Bürgern den gleichen Zugang zu aus öffentlichen Quellen finanzierten Gesundheitsleistungen. Dafür gibt es seit 2003 den Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ), der mittels Verträgen mit öffentlichen und nicht öffentlichen Leistungserbringern für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zuständig ist. Er besteht aus zentralen und regionalen Vertretungen in den 16 Verwaltungsbezirken und ist dem Gesundheitsministerium unterstellt. Dieses entscheidet über die Finanzausstattung und das Leistungsangebot des NFZ. Zusätzlich gibt es noch einige private Versicherungen, die mehr oder weniger Leistungen anbieten, je nachdem wie viel Geld der Versicherte zur Verfügung hat.

Finanzierung

Polen verfügt über eine beitragsfinanzierte Volksversicherung, in der alle erwerbstätigen Staatsbürger pflichtversichert sind. Kinder bis 26 Jahre und nicht erwerbstätige Ehepartner sind beitragsfrei mitversichert; auch Arbeitslose zahlen keine Beiträge. 70 Prozent der Gesundheitsausgaben werden von der öffentlichen Hand getragen. Relativ gesehen zahlt der polnische Staat wenig für sein Gesundheitssystem (2015: 6,3 Prozent). Dies ist auf die drastischen Sparmaßnahmen der Regierung im Zuge der Finanzkrise zurückzuführen. Der vergleichsweise geringe Ressourcenaufwand resultiert in einer hohen Selbstbeteiligung für eigentlich garantierte Leistungen. Es gilt das Sachleistungsprinzip, sofern man sich bei vertraglich an den NFZ angeschlossenen Leistungserbringern behandeln lässt. Circa 40 Prozent der Ausgaben tragen die polnischen Patienten selbst (Arznei- und Hilfsmittel, bestimmte Diagnosemethoden und Kuraufenthalte sowie zahnärztliche Leistungen).

Versorgung

Das polnische Gesundheitssystem basiert auf einem Primärarztsystem. Primär- bzw. Hausärzte übernehmen die Steuerung der Versorgung und fungieren als Gatekeeper zu Fachärzten und stationärer Versorgung im Krankenhaus. Der Patient darf seinen Primärarzt zweimal im Jahr kostenlos wechseln. Die stationäre Versorgung erfolgt über Krankenhäuser und Polikliniken, die vertraglich an den NFZ gebunden sind. Hier kann der Patient mit einer Überweisung frei zwischen den Einrichtungen wählen. Ungefähr 90 Prozent der Krankenhäuser sind in öffentlicher Trägerschaft, die zu Teilen jedoch in einem wesentlich schlechteren Zustand sind als die seit der Wende existierenden neuen Einrichtungen.²⁴¹

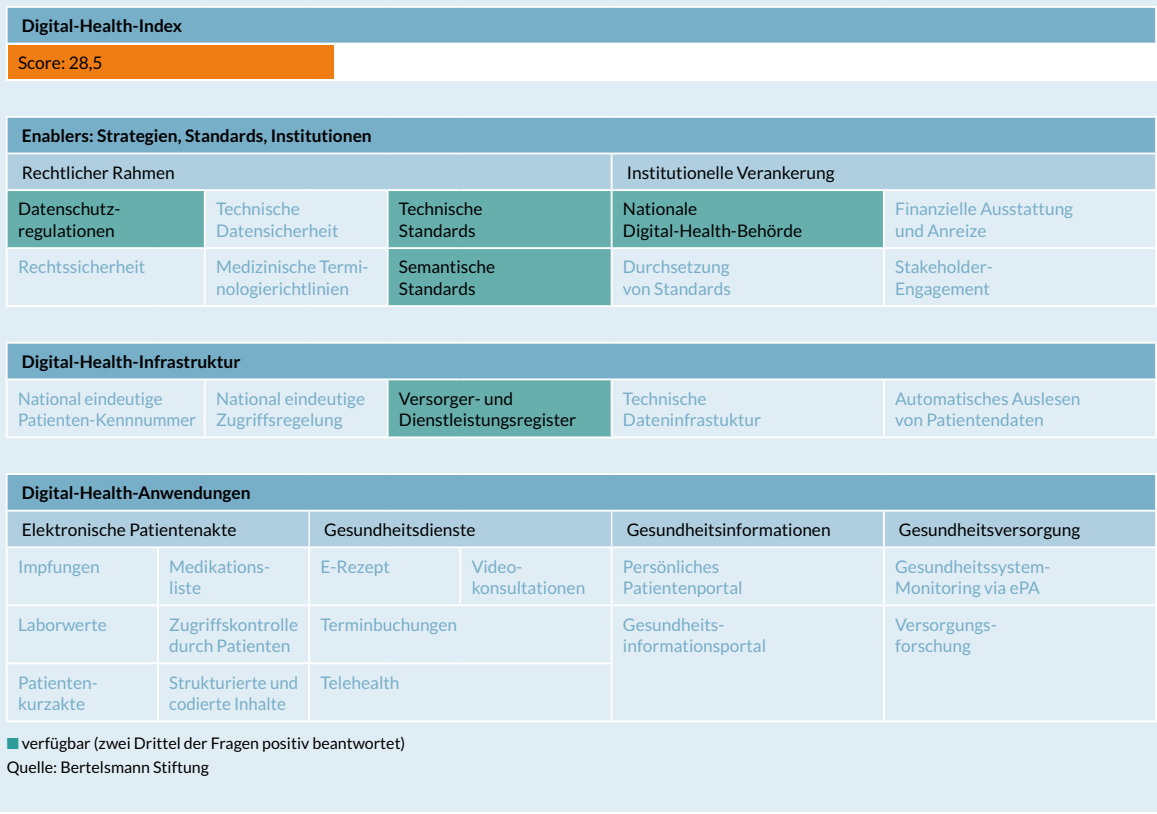
²⁴¹ Schölkopf, M. und Pressel, H. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*. 2. Aufl., Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

3.14.2 Entwicklung von Digital Health

Das polnische Gesundheitsministerium ist zuständig für sämtliche Belange im Bereich „Gesundheit“ – somit auch für die Entwicklung, Überwachung, Einführung und Finanzierung von Strategien und Projekten der digitalen Gesundheit. Das Ministerium für Digitalisierung übt eine wichtige Nebenrolle im Vorantreiben digitaler Dienste für die Gesellschaft aus, u. a. im Bereich digitaler Gesundheit. Zuständig für die technische Infrastruktur und Projektevaluation ist das Nationale Zentrum für Gesundheitsinformationssysteme (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, CSIOZ), das ebenfalls dem Gesundheitsministerium untersteht und Daten zum Thema „Digital Health“ sammelt und aufbereitet. Die polnischen Provinzen führen meist eigene Projekte durch, die oft in Zusammenhang mit nationalen Anstrengungen und national geförderten Projekten stehen.

Obwohl Digital Health in vielen Gesetzen reguliert ist^{242, 243}, als wichtiger Bestandteil zukunftsorientierter Gesundheitsfürsorge interpretiert wird und das Digitalisierungsministerium mit dem Vorantreiben von Digital-Health-Projekten beauftragt wurde, ist die IT-Infrastruktur im Vergleich zu den 16 anderen untersuchten Ländern immer noch relativ unterentwickelt.

ABBILDUNG 32: Übersichtskarte Digital Health in Polen



242 Gesetz über das Informationssystem im Gesundheitswesen 2011.
243 Patientenrechtegesetz 2008.

Polnische Bemühungen um die Einführung von digitaler Gesundheit orientieren sich vornehmlich an den EU-Aktionsplänen und Prioritäten, die sich in der nationalen Gesetzgebung widerspiegeln. So sind eine Reihe von Projekten (P1–4) für Online-Plattformen, Telemedizin, elektronische Patientenakten und Managementsystemen entstanden, die zum größten Teil fremdfinanziert wurden. Zum einen sollten es die Plattformen ermöglichen, medizinischen Dienstleistern Einsicht in den Versicherungsstatus von Patienten zu geben und eine Historie der vergangenen Arztbesuche und Abrechnungen über den nationalen Versicherer zu exportieren. Die allermeisten der Projekte sind jedoch von erheblichen Rückschlägen und Verzögerungen betroffen. Grund hierfür sind die unzureichende Finanzierung durch den Staat (die meisten Gelder stammen aus EU-Fonds, die mittlerweile geschlossen wurden), die schlechte Ausstattung mit IT-Infrastruktur in Krankenhäusern und die lückenhafte Kommunikation zwischen Gesundheitsministerium, NFZ und CSIOZ. Ein Drittel der Krankenhäuser in Polen benutzt sogar gar keine elektronischen Dokumentationssysteme für Patientendaten.

Abbildung 32 ist eine Zusammenstellung der im Rahmen dieser Studie in Polen identifizierten vorhandenen Digital-Health-Komponenten (grüne Felder).

3.14.3 Policy-Aktivität und Strategie

Digital-Health-Strategien

Als Nachfolger der alten Digital-Health-Strategie wurde Ende 2017 der Nachfolgeplan für 2018 bis 2022 vorgestellt. An der Formulierung waren sowohl politische Akteure als auch Vertreter der Versorger, Versicherer und Patientenverbände beteiligt²⁴⁴. Vorangetrieben wird der Digitalisierungsprozess auf verschiedenen Ebenen von Politikern und Gesundheitsversorgern. In der Gesundheitsministerverordnung vom 9. November 2015 über Arten, Umfang und Modelle der medizinischen Dokumentation und Methoden ihrer Verarbeitung wurden bereits mögliche Sicherheits- und Vertraulichkeitsrisiken bei der groß angelegten Aufbewahrung / Referenzierung und beim Datenaustausch personenbezogener Gesundheitsdaten adressiert²⁴⁵.

Nach dem Finanzierungsstopp der EU-Fördermittel 2015 hat die aktuelle Regierung angekündigt, die Pläne zur Entwicklung digitaler Gesundheitsdienste zu überarbeiten und in kleinere Projekte aufzuteilen²⁴⁶. Unter anderem sind die Schaffung eines Internetportals mit Zugang zu Gesundheitsinformationen, eines E-Rezept-Dienstes und einer ePA vorgesehen, werden in aktuellen Dokumenten jedoch nicht näher spezifiziert. Aufgrund von Verspätungen und fehlenden Gesetzen in der Vergangenheit wurden die Implementierungspläne verschiedener Projekte aufgeschoben²⁴⁷. Zwar ist mit der Beteiligung verschiedener Stakeholder an der Ausformulierung der aktuellen Digital-Health-Strategie eine

244 gov.pl (2018). *Prezentacja „Strategii Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2022”*. [online] Ministerstwo Cyfryzacji. Verfügbar: <https://www.gov.pl/cyfryzacja/prezentacja-strategii-rozwoju-e-zdrowia-w-polsce-na-lata-2018-2022>

245 Verordnung des Gesundheitsministers vom 9. November 2015 über Art, Umfang und Modelle der medizinischen Dokumentation und die Art ihrer Verarbeitung.

246 Polityka Insight (2017). *Transforming eHealth into a political and economic advantage*. [pdf] Verfügbar: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjvk7L-t9DcAhUHYKQKHXbrAPYQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fmichalboni.pl%2Fmboni%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2FeHealth-report-06.03.pdf&usg=AOvVaw2jplLrshymyE3YKvhl6TjV>

247 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

Verbesserung zu erkennen, jedoch müssen die Akteure auch darüber hinaus, insbesondere in der Entwicklung und Implementierung von Anwendungen, stärker zusammenarbeiten.

Institutionelle Verankerung, Finanzierung und rechtlicher Rahmen

Insbesondere fehlende einheitliche Standardisierungsvorgaben verhinderten bislang die Interoperabilität von neuen digitalen Anwendungen²⁴⁸. Als Reaktion beabsichtigte man mit der Einführung einer einheitlichen Dokumentationsstruktur (HL7 CDA) zu beginnen. Das Nationale Zentrum für Gesundheitsinformationssysteme ist verantwortlich für sämtliche Standardisierungsaufgaben und die Überwachung der Entwicklung und Einführung von Digital-Health-Anwendungen. Zudem unterstützte es die Regierung in der Vergangenheit bei der Anpassung bestehender Gesetze an DigitalHealth.

Das Gesundheitsministerium übernimmt im Bereich Digital Health eine zentrale Rolle. Es beeinflusst nicht nur die Gesetzgebung, sondern treibt von staatlicher Seite aus auch die Entwicklung neuer digitaler Anwendungen voran, die nach Fertigstellung allen Dienstleistern im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden. Reformen hinsichtlich der Erstattung von regulären (analogen) Gesundheitsdienstleistungen und Medikamenten sind seit 2016 in der Umsetzung²⁴⁹. Es ist noch nicht eindeutig geklärt, inwiefern in Zukunft auch erste elektronische Dienste von den Krankenversicherungen in den Leistungskatalog aufgenommen werden.

Der NFZ stellt sehr detaillierte Anforderungen für Gesundheitsdienste und schließt diese in einer Weise mit den Versorgern ab, die keine Abweichungen zulässt. Die Verträge sind ressourcen- und prozessorientiert, nicht aber ergebnisorientiert. Wenn eine Gesundheitseinrichtung die Qualität und Effektivität der Leistung verbessern möchte, die von dem Inhalt des Vertrags mit dem NFZ abweicht (Verträge werden für alle Leistungen vereinheitlicht), wird diese Gesundheitseinrichtung nicht für die Erbringung einer solchen Leistung bezahlt. Dies ist im Allgemeinen das größte Hindernis für jede Art von Innovation in der Gesundheitsversorgung (einschließlich Digital Health)²⁵⁰ in Polen. Grund dafür ist das Heilberufsgesetz von 1998, in dem festgehalten wurde, dass ein Arzt einen Patienten persönlich zu untersuchen hat. Dies impliziert ein Verbot telemedizinischer Untersuchungen. Zwei Ausnahmen bilden die teilweise regional eingesetzte elektronische Terminbuchung und die elektronische Übermittlung von Röntgenergebnissen, da diese eben nicht vertraglich genau vom NFZ geregelt sind. Sämtliche Dienste außerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens (Privatpatienten) sind nicht von diesen Limitierungen betroffen. Von der Regierung werden regionale Digital-Health-Programme finanziell unterstützt, die gleichzeitig als finanzielle Quelle für Infrastruktur-Ausbauten dienen. Darüber hinaus fließen weiterhin EU-Fördermittel auf regionaler Ebene²⁵¹.

248 Kautsch, M., Licho, M. und Matuszak, N. (2016). Development of Publicly Funded eHealth in Poland: Barriers and Opportunities. *Economics & Sociology*, Vol. 9(3).

249 hspm.org (2018). *Poland: Health Systems in Transition (HiT) profile of Poland*. [online] The Health Systems and Policy Monitor. Verfügbar: <http://www.hspm.org/countries/poland27012013/livinghit.aspx?Section=2.8%20Regulation&Type=Section>.

250 Kautsch, M., Licho, M. und Matuszak, N. (2016). Development of Publicly Funded eHealth in Poland: Barriers and Opportunities. *Economics & Sociology*, 9(3).

251 ec.europa.eu (2018). *ROP 6 Regional Operational Programme for Małopolskie Voivodeship 2014–2020*. [online] European Commission. Verfügbar: http://ec.europa.eu/regional_policy/en/atlas/programmes/2014-2020/poland/2014pl16m20p006.

Der rechtliche Umstrukturierungs- und Anpassungsprozess hält in Polen immer noch an. Neben der Regulierung von 2015 ist als Anpassung 2017 festgehalten worden, das Recht auf Zugang zu persönlichen Gesundheitsdaten via elektronischer Kommunikationsmittel gesetzlich zu verankern. Vor dem Hintergrund der DSGVO werden sämtliche Datenschutzgesetze überarbeitet und angepasst²⁵². Aufsicht über die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen, auch im Gesundheitswesen, hat der Generalinspektor für den Schutz persönlicher Daten. Gesundheitsdaten dürfen sowohl für statistische als auch für forschungsbezogene Zwecke verwendet werden.

Eine Studie aus dem Jahr 2016 hat herausgefunden, dass lediglich 7 Prozent aller polnischen Krankenhäuser mehr als 3 Prozent ihres jährlichen Budgets für IT-Systeme und -Infrastruktur ausgeben. Mehr als zwei Drittel aller Krankenhäuser verwenden sogar nur 1 Prozent auf die IT-Ausstattung. Zum Vergleich: In Deutschland geben 19 Prozent weniger als 1 Prozent ihres Budgets für IT aus, 60 Prozent zwischen 1 und 3 Prozent des Budgets, knapp 12 Prozent sogar 3 bis 5 Prozent und 9 Prozent aller Krankenhäuser setzen mehr als 5 Prozent ihres Budgets für technische Infrastruktur ein²⁵³.

3.14.4 Technische Implementierung und Readiness

Technische Implementierung: Infrastruktur und Administration

Eine einheitliche und eindeutige Identifizierungsmethode oder Ausweiskarte für Patienten befindet sich zurzeit in Planung und wird voraussichtlich erst 2019 entwickelt. Medizinisches Fachpersonal wird hingegen zentral registriert.

In Bezug auf Datenschutz und Privatsphäre sind bisher nur die Zugriffsrechte und Weiterverarbeitungsrechte national geregelt. Technische Sicherheitsbestimmungen (z. B. De-Identifizierung und Verschlüsselung von Daten) wurden (noch) nicht angepasst.

Digitale Gesundheitsanwendungen und -dienste

Nationale digitale Anwendungen befinden sich derzeit immer noch in der Planungsphase. Die einzige Dienstleistung, die seit dem Start der Finanzierung von Digital-Health-Projekten durch die EU fertiggestellt wurde, ist die Plattform für medizinische Aufzeichnungen²⁵⁴. Diese Plattform beinhaltet ein elektronisches Archiv, das die Speicherung und Langzeitarchivierung von Dokumenten in elektronischer Form ermöglicht. Unter anderem sind dort der letzte Arztbesuch, Operationen und die zuletzt gekauften Medikamente samt Kosteninformationen dokumentiert²⁵⁵. Es dient eher als Unterstützung für die administrative Seite des Gesundheitswesens.

Telemedizinische Dienste, wie die Online-Beratung von Patienten, sind zwar gesetzlich erlaubt, werden aber auf nationaler Ebene noch nicht vom NFZ als abrechenbare Leistung anerkannt. Dadurch wird eine landesweite Verbreitung nahezu gänzlich verhindert²⁵⁶.

252 thelawreviews.co.uk (2017). *Poland*. [online] The Law Reviews. Verfügbar: <https://thelawreviews.co.uk/chapter/1151294/poland>.

253 Kwiatkowska, E. (2016). IT Solutions for Healthcare System in Poland: In Search of Benchmarks in Various Economic Perspectives. *Economics & Sociology*, 9(3).

254 National Centre for Healthcare (2016). *Healthcare Informatisation*.

255 csioz.gov.pl (2018). *Rejestr medycze*. [online] Centrum Systemow Informatycznych: Ochrony Zdrowia. Verfügbar: <https://www.csioz.gov.pl/projekty/zrealizowane/rejestr-medyczne/>.

256 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

Drei weitere Digital-Health-Projekte befinden sich derzeit in Planung: ein Gesundheitsinformationsportal für den Zugang zu persönlichen Gesundheitsdaten, ein Internet Patient Account und eine ePA, in der sämtliche Gesundheitsdokumente subsummiert sein sollen. Bisher verhindern aber vor allem Interoperabilitätsprobleme und eine mangelnde technische Infrastruktur und Ausstattung der Krankenhäuser und Arztpraxen die Einführung dieser Projekte.

Readiness für Vernetzung und Datenaustausch

Das Nationale Zentrum für Gesundheitsinformationssysteme arbeitete erfolgreich an der Definition von Standards für zukünftige Dienste wie dem E-Rezept und der E-Überweisung sowie weiterer Dokumente, die in der geplanten ePA enthalten sein sollen. Sowohl Austausch-Standards als auch klinische Dokumentations- und Terminologie-Standards für alle Versorgungsbereiche fallen darunter. Zudem stellt die Behörde Informations- und Schulungsmaterial für medizinisches Personal bereit. Anwendung finden diese Standards jedoch noch nicht, da keine der Anwendungen implementiert ist. Auch die Verbreitung einheitlicher Dokumentationsstandards liegt bei weniger als 25 Prozent.

In Polen besteht kein gesetzlicher Rahmen für transnationalen Datenaustausch, und es finden auch keine entsprechenden Projekte oder Initiativen in diesem Bereich statt.

3.14.5 Tatsächliche Nutzung von Daten

Die elektronische Dokumentation von klinischen Daten in Arztpraxen und Krankenhäusern hat sich im polnischen Gesundheitssystem bis heute noch nicht vollständig etabliert. Nur zwischen 25 und 50 Prozent aller Ärzte in Polen dokumentieren Daten mittels computer-gestützter Systeme – ein deutlicher Indikator für das schwach ausgebaute Infrastruktur-Netz und mangelnde finanzielle Unterstützung.

Auf nationaler Ebene ist der digitale Datenaustausch quasi nicht existent. Regional sind einige Aktivitäten, jedoch in sehr beschränktem Ausmaß, identifizierbar: 6 Prozent der polnischen Bevölkerung buchten 2016 Arzttermine online, und 4 Prozent konnten sich ihre krankenhausbasierten Daten in Gesundheitsakten online ansehen. Von allen Krankenhäusern in Polen tauschen 29 Prozent klinische Daten elektronisch mit anderen Versorgern aus – jedoch nicht über vollständig interoperable Systeme, sondern regulär über die Krankenhausakten.^{257, 258}

Bislang erhebt nur der NFZ epidemiologische und gesundheitsbezogene Daten und wertet diese aus. Zum Teil speisen sich die Datensätze auch noch aus papierbasierten Akten²⁵⁹.

²⁵⁷ Kwiatkowska, E. (2016). IT Solutions for Healthcare System in Poland: In Search of Benchmarks in Various Economic Perspectives. *Economics & Sociology*, 9(3).

²⁵⁸ Es muss berücksichtigt werden, dass diese Studie das Ausmaß der Digitalisierung und den Austausch von Daten in Bezug auf elektronische Patientenakten untersucht. Gesundheitsakten sind grundsätzlich von ePAs zu unterscheiden. Daher fällt auch die Punktevergabe entsprechend gering aus (Siehe Definitionen im Glossar für weitere Informationen.)

²⁵⁹ Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

TABELLE 21: Digitalisierungsprofil Polen

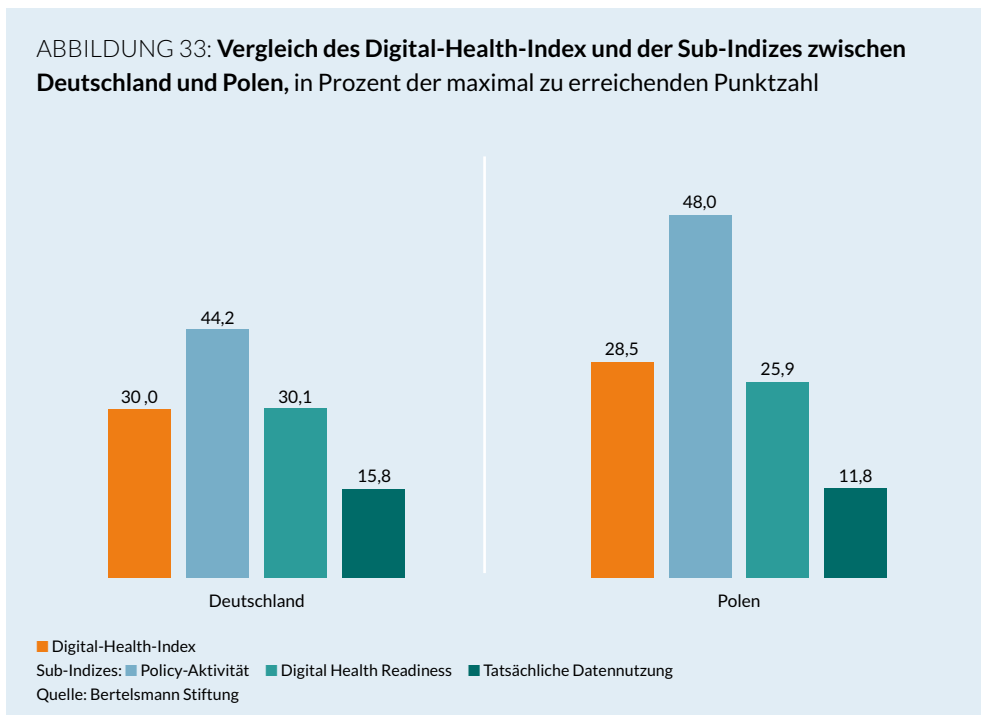
Policy-Aktivität und Strategie					
Digital-Health-Strategien					
				P1	Digital Health ist integraler Bestandteil allgemeiner Gesundheitsstrategien und -politik
				P2	Politischer Wille zur Unterstützung von Datentransfer und -austausch ist ausgeprägt
				P3	Strategien zur Digitalisierung des Gesundheitssystems 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

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

Beim Vergleich der drei Sub-Indizes und des Digital-Health-Index von Polen und Deutschland erkennt man, dass beide Länder deutlich am höchsten im Bereich „Policy-Aktivität“ abschneiden. Insgesamt sind beide Länder vom Bild her sehr ähnlich, da sie auch im Bereich „Tatsächliche Datennutzung“ am niedrigsten von allen Indizes eingestuft sind. Beide Länder liegen auf der Skala in einem ähnlichen Bereich von überall jeweils unter 50 Prozent der möglichen Punkte.



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