



Auszug
Schweden

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

3.16 Schweden

3.16.1 Das nationale Gesundheitssystem

Leistungserbringung

Das Gesundheitssystem in Schweden verfügt über einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der der gesamten Bevölkerung zugutekommt und kommunal organisiert und finanziert ist. Zwar gewinnt der Zentralstaat mehr Einfluss in Form von statistischen Erhebungen und Datensammlungskompetenzen, jedoch ist seine wichtigste Rolle nach wie vor die gesundheitspolitische Rahmengestaltung, während den 21 Landkreisen und Gemeinden die Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung obliegt. Weiterhin existiert ein als Volksversicherung konzipiertes Sozialversicherungssystem. Private Krankenversicherungen werden zunehmend wichtiger, vor allem aufgrund langer Wartelisten bei ambulanter Behandlung und Operationen. Dennoch sind lediglich 5 Prozent der Schweden privat versichert.

Finanzierung

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP betrug 2015 11,1 Prozent. Somit liegt Schweden damit signifikant über dem OECD-Schnitt. Ebenfalls überdurchschnittlich sind die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem i. H. v. 82 Prozent. Diese werden zum größten Teil über Steuern der Landkreise und Sozialversicherungsbeiträge erbracht; ein kleiner Teil kommt aus Zuweisungen vom Staat, die einerseits die Finanzkraft der Kommunen ausgleichen sollen und andererseits gesundheitspolitische Aufgaben unterstützen. Die Landkreise wenden rund 90 Prozent und die Gemeinden rund ein Drittel aller Ausgaben für die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen auf.

Versorgung

Die meisten Ärzte in den schwedischen Landkreisen sind in einem Angestelltenverhältnis und operieren in öffentlichen Gesundheitszentren. Niedergelassene Ärzte werden unter Vertrag genommen, um bestimmte Leistungen zu erbringen. Eine Gatekeeper-Funktion kommt den Ärzten nur in manchen Landkreisen zu. Die fachärztliche ambulante Versorgung findet meistens in den Krankenhäusern statt. Grundsätzlich hat der Patient die freie Wahl zwischen allen Leistungserbringern in seinem Landkreis. Kann ein solcher die Behandlung nicht binnen 90 Tagen gewährleisten, muss der Landkreis die Behandlung in einem zweiten Landkreis organisieren, in dem der Patient jedoch keinen Anspruch auf Behandlung hat und – im schlimmsten Fall – wieder auf eine Warteliste gesetzt wird. Das Gros der Krankenhäuser ist in öffentlicher Trägerschaft der Landkreise und nur zu einem kleinen Teil privatwirtschaftlich organisiert. Die Zahl der Krankenhausbetten lag 2011 mit 2,7 Betten signifikant unter dem OECD-Schnitt mit 4,7 Betten pro 1.000 Einwohner.²⁸²

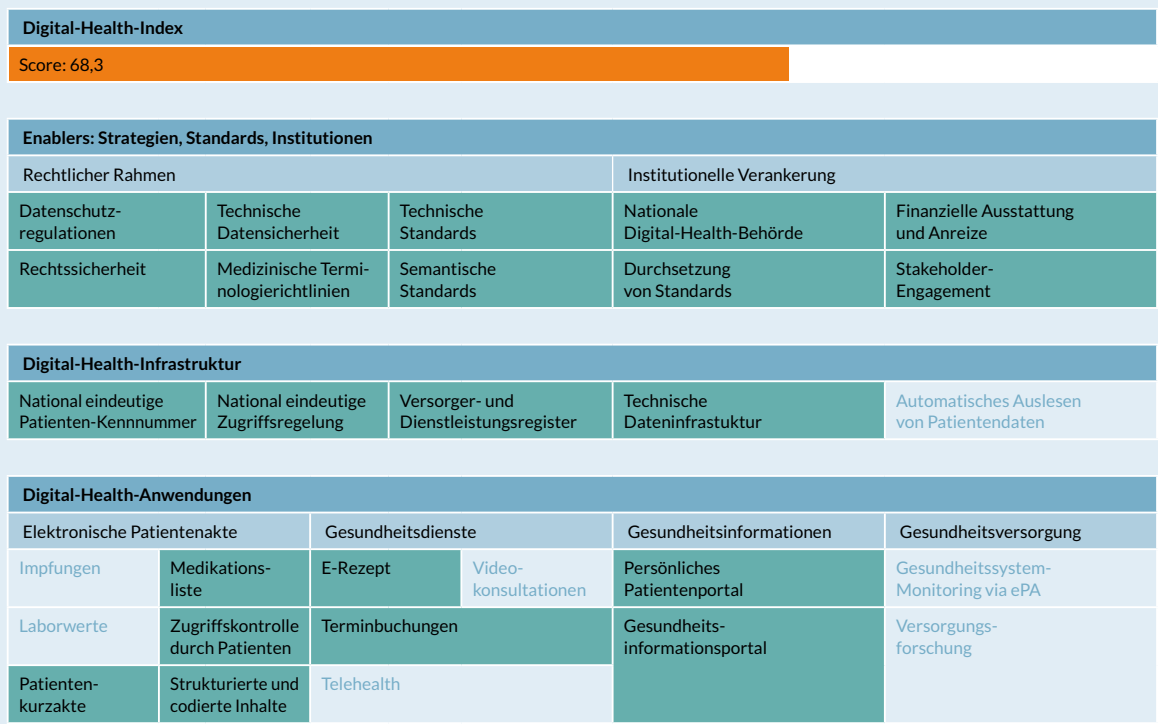
²⁸² Schölkopf, M. und Pressel, H. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*. 2. Aufl., Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

3.16.2 Entwicklung von Digital Health

In Schweden haben digitale Gesundheitsanwendungen eine lange Vergangenheit. Jedoch sind solche Projekte zu Anfang regional bzw. lokal entstanden (1997: der *Prescription Act* ermöglichte eine E-Medikationsakte, die sich erst später wirklich durchsetzte), und lange Zeit gab es keine eigene Behörde, die sich mit dem Thema „Digital Health“ beschäftigte. Erst Anfang 2014 wurde eine neue Behörde gegründet – die schwedische eHealth Agency (eHälsomyndigheten). Ihre Aufgabe: die Entwicklung der nationalen IT-Infrastruktur sowohl im Hinblick auf E-Rezepte als auch auf den Zugang von Patienten zu ihren Gesundheitsdaten durch die Einrichtung einer ePA (HälsaFörMig service) zu fördern²⁸³.

Die erste konkrete Strategie im Bereich „Digitale Gesundheit“ wurde 2006 zum ersten Mal veröffentlicht und 2010 aktualisiert. Sie zielt darauf ab, Gesetze und Regulierungen an aktuelle Trends in der Datenverarbeitung und -nutzung anzupassen, nationale Standards verbindlich einzuführen, eine nationale IT-Infrastruktur zum Austausch von Gesundheitsdaten zwischen allen Regionen zu errichten und dem Patienten gesundheitsrelevante Informationen zur Verfügung zu stellen²⁸⁴. Alle relevanten Gesetze wurden aktualisiert, u. a. das

ABBILDUNG 36: Übersichtskarte Digital Health in Schweden



■ verfügbar (zwei Drittel der Fragen positiv beantwortet)
Quelle: Bertelsmann Stiftung

283 Kirchberger, C. (2014). *Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States – National Report for Sweden*. [pdf] Brüssel: Milieu Ltd. und Time.lex. Verfügbar: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/laws_sweden_en.pdf.

284 Ministry of Health and Social Affairs (2010). *National eHealth – the strategy for accessible and secure information in health and social care*. [pdf] Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs. Verfügbar: <https://www.regeringen.se/contentassets/632b4d05795549bc98a45cc5321db1c8/national-ehealth---the-strategy-for-accessible-and-secure-information-in-health-and-social-care-s2011.023>.

Patientendatengesetz (*Patientdatalag* [2008:355]), welches als spezieller Zusatz zum persönlichen Datenschutzgesetz die Behandlung von Gesundheitsdaten regelt, und das Patientenschutzgesetz (*Patientssäkerhetslag* [2010:659]), welches die ärztliche Schweigepflicht und Voraussetzungen für Gesundheitsdienstleister sowie deren Überwachung betrifft²⁸⁵.

Abbildung 36 ist eine Zusammenstellung der im Rahmen dieser Studie in Schweden identifizierten vorhandenen Digital-Health-Komponenten (grüne Felder).

3.16.3 Policy-Aktivität und Strategie

Digital-Health-Strategien

Die aktuelle Digital-Health-Strategie heißt *Vision for eHealth 2025*²⁸⁶. Während vergangene Strategien auf den Ausbau und die Förderung verschiedenster digitalen Anwendungen und Dienste fokussiert waren, legt die Vision für 2025 das Hauptaugenmerk auf die Interoperabilität und Systemintegration der bestehenden Anwendungen. Verschiedene private, öffentliche, regionale und nationale Systeme sollen vereinheitlicht werden: ein Patient – eine Akte. Angesichts der Vielzahl einzelner Anwendungen eine umfangreiche Aufgabe.

Auf politischer Ebene ist der Wille zur Zusammenarbeit und zum Vorantreiben von Digital Health sehr ausgeprägt. Einerseits ist man bemüht, mit privaten Anbietern, z. B. von ePAs, an einem Tisch über die Herbeiführung von technischer Interoperabilität zu diskutieren, andererseits arbeiten Kommunen und Landkreise in der Bereitstellung von digitalen Diensten eng zusammen. Inera AB ist ein privatwirtschaftlich organisiertes Unternehmen im Besitz der Landkreise und Kommunen. Sowohl Inera als auch die Vereinigung Schwedischer Apotheken werden als Akteure aus der Wirtschaft in den Digitalisierungsprozess mit einbezogen.

Institutionelle Verankerung, Finanzierung und rechtlicher Rahmen

Neben der Digital-Health-Agentur sind in Schweden mehrere andere Behörden an digitaler Gesundheit beteiligt. Der Nationalrat für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen) hat mehrere Verordnungen und Richtlinien zur semantischen und technischen Interoperabilität und zum Datenschutz erlassen. 2013 übernahm die Inspektion für Gesundheit und Soziales (Inspektionen för vård och omsorg) die Aufsichtstätigkeiten des Gesundheitsministeriums im Bereich „Digital Health“. Die Verantwortung für die Überwachung der digitalen Gesundheitsstrategie, der Investitionen und der Durchführung der nationalen Komponenten der digitalen Gesundheitsprogramme liegt bei der schwedischen eHealth Agency (eHälsomyndigheten) und dem schwedischen Verband der Kommunen und Regionen. Das Zentrum für E-Health in Schweden (CeHis), Teil von Inera, arbeitet an vielen Projekten mit und veröffentlicht Evaluationsberichte. Die schwedische Datenschutzbehörde (Datainspektionen) ist die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz im Allgemeinen und für Patientendaten im Besonderen.

Die letzte Digital-Health-Strategie von 2010 legte einen dreigliedrigen Interoperabilitätsrahmen fest: die nationale Informationsstruktur (NI), nationale interdisziplinäre Termino-

²⁸⁵ Kirchberger, C. (2014). *Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States – National Report for Sweden*. [pdf] Brüssel: Milieu Ltd. und Time.lex. Verfügbar: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/laws_sweden_en.pdf.

²⁸⁶ Ministry of Health and Social Affairs (2016). *Vision for eHealth 2025 – common starting points for digitisation of social services and health care*. Stockholm.

logien (NF) und den nationalen Architektur- und Rahmenplan (NA). Die NI legt auf allgemeiner Ebene fest, welche Art von Informationen in der Gesundheits- und Sozialdokumentation benötigt werden. Darüber hinaus wird beschrieben, wie die Informationen strukturiert sein sollten, um sie in verschiedenen Kontexten und für verschiedene Zwecke im Gesundheits- und Sozialpflegeprozess und zur Überwachung und Steuerung von Aktivitäten verwenden zu können²⁸⁷. Die NF umfassen national vereinbarte Konzepte und Begriffe sowie internationale Klassifikationen. Der NA für Gesundheits- und Sozialdienste befasst sich mit einer Beschreibung der benötigten Anwendungen und wie sie ausgebaut werden sollten, um den Informationsaustausch zu ermöglichen. Dies erfordert die Einhaltung mehrerer internationaler Normen. Die Architektur wird in Form von Referenzarchitekturen und Best Practices geliefert, die die Entwicklung gemeinsamer Anwendungen regeln.

Der Staat finanziert die eHealth Agency über ein separates Budget, und im Allgemeinen werden digitale Dienstleistungen von den Versicherern gleichermaßen erstattet wie herkömmliche Dienste. In der Region Stockholm können Ärzte nun für eine Telekonsultation über Videochat denselben Betrag abrechnen wie für einen Praxisbesuch. Auch die Patienten zahlen für beide Varianten dieselbe Praxisgebühr, umgerechnet etwa 20 Euro. Es sind Richtlinien in Planung, die bestimmen sollen, wann eine Online-Konsultation sinnvoll ist und wann sie vermieden werden sollte. Generell findet in über der Hälfte der Landkreise in Schweden eine technische Sanierung statt, sodass neue IT-Systeme beschafft werden und diese in den kommenden Jahren modular ausbaufähig sein sollen²⁸⁸.

Daten können für andere Zwecke als die Gesundheitsversorgung geteilt bzw. weiterverarbeitet werden, solange der ursprüngliche Zweck der Datenerfassung dem Zweck der weiteren Nutzung nicht in seinem Wesen widerspricht. Das heißt, Daten die erhoben wurden, um Behandlungsprozesse zu optimieren, dürfen auch außerhalb der Institution verwendet werden, in der sie erhoben wurden, sofern die weitere Nutzung in diesem Sinne gewährleistet ist²⁸⁹. Transfer, Sicherheit und Zugriff von Daten, aber auch medizinische Haftbarkeitsfragen sind im Patientendatengesetz geregelt²⁹⁰. Dieses und weitere wurden Mitte der 2000er-Jahre angepasst oder erweitert, um einen eindeutigen rechtlichen Rahmen in Bezug auf Digital Health zu schaffen.

3.16.4 Technische Implementierung und Readiness

Technische Implementierung: Infrastruktur und Administration

Für Patienten im schwedischen Gesundheitssystem ist die persönliche Identifikationsnummer in Verbindung mit dem Ausweis ein eindeutiger Identifikator, und auch medizinisches Fachpersonal wird über ein Datenregister, das HSA (Hälsa- och Sjukvårdens Adressregister), identifiziert und authentifiziert. Das technische Sicherheitssystem dahinter heißt SITHS. Mithilfe der SITHS-ID-Karten können sich Anbieter unabhängig von organisatorischen und geografischen Grenzen identifizieren und ihre Berechtigung, z. B. beim Zugriff auf Patientendaten, bestätigen. Auf diese Weise werden die Identität und die rechtliche Verantwort-

287 Ministry of Health and Social Affairs (2010). *National eHealth – the strategy for accessible and secure information in health and social care*. Stockholm.

288 himssinsights.eu (2018). *Moving towards a holistic healthcare ecosystem*. [online] HIMSS Europe: Insights. Verfügbar: <http://www.himssinsights.eu/moving-towards-holistic-healthcare-ecosystem>.

289 Kirchberger, C. (2014). *Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States – National Report for Sweden*. [pdf] Brüssel: Milieu Ltd. und Time.lex. Verfügbar: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/laws_sweden_en.pdf.

290 Patient Data Act, Patientdatalag 2008.

tung des Leistungserbringers bei der Übermittlung von Patientendaten zu jedem Zeitpunkt gewährleistet. SITHS wurde 2010 in allen Landkreisen erfolgreich eingeführt²⁹¹.

Während die allgemeine Datensicherheit in Schweden hohe Standards aufweist, sind die Bemühungen im Bereich „Interoperabilität und einheitliche technische Standardisierung“ weniger weit fortgeschritten. Eine Arbeitsgruppe der eHealth Agency beschäftigt sich im Rahmen der aktuellen Digital-Health-Strategie mit diesem Bereich.

Die Abdeckung von ePAs in Schweden betrug schon 2014 96 Prozent. Bis heute teilen sich fünf Unternehmen den ePA-Markt und konzipieren die digitalen Aktensysteme so, dass ein überregionaler Austausch erst mal nicht möglich ist. Jeder Landkreis verfügt über eine eigene ePA; dabei sind selbst bei einem Anbieter keine zwei Systeme identisch, sondern sie entsprechen den unterschiedlichen Anforderungen der Landkreise. Als nationales System für den Gesundheitsdatenaustausch dient das Sjunet, ein Breitbandnetzwerk, über das sämtliche medizinischen Informationen übertragen werden und das unabhängig von der regulären Internetleitung agiert²⁹². Das Netzwerk wird für telemedizinische Videokonferenzen, Teleradiologie, Fernzugriff auf Anwendungen, Datenbankzugriff und sichere E-Mails genutzt. Es kann auch für E-Learning in der medizinischen Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal eingesetzt werden²⁹³. Diese Infrastruktur ist in allen 21 Landkreisen installiert, wird von Inera betrieben und ermöglicht u. a., die schwedische Patientenkurzakte NPÖ (Nationell Patientöversikt) sektorenübergreifend zugänglich zu machen. Diese Akte wird nicht direkt ausgetauscht, sondern von Ärzten über einen separaten Server abgerufen.

Digitale Gesundheitsanwendungen und -dienste

Auch der E-Rezept-Dienst ist an das Sjunet angeschlossen. Sowohl die Versendung als auch die Dispensation des Medikaments und deren Bestätigung finden elektronisch statt. In der ambulanten Versorgung hat nur der verschreibende Arzt und das Apothekenpersonal Zugriff auf den Dienst. Andere Ärzte können jedoch eine Liste der vergangenen Medikationen des Patienten einsehen, wenn dieser Schritt die Behandlung, z. B. bei einem Facharzt, verbessert. Die Medikamente kann sich der Patient in jeder Apotheke in Schweden beliebig aushändigen lassen²⁹⁴.

Zwar dürfen Ärzte eine Behandlung in manchen Landkreisen allein auf telemedizinischen Diensten aufbauen, einen national einheitlichen Rahmen gibt es hierfür jedoch nicht. In der Region Stockholm werden erste Videosprechstunden implementiert, ansonsten findet Telemedizin zumeist zwischen Ärzten statt, die Diagnosen oder Röntgenbilder miteinander austauschen²⁹⁵.

Das Gesundheitsportal 1177.se ist ein durch Inera gesteuertes Gemeinschaftsprojekt aller schwedischen Landkreise und Regionen²⁹⁶. Auf der Website werden von medizinischem Fachpersonal Informationen über Arzneimittel, verschiedene Krankheitsbilder und

291 Eftimovska, E. (2014). *The Swedish e-Health Landscape Surrounding the SRQ Registry*. Karolinska Institute, Stockholm.

292 Canadian Trade Commissioner Service (2014). *E-Health and Telehealth Sector Profile – Stockholm, Sweden*. [pdf] Verfügbar: <http://www.bioalberta.com/uploads/files/Documents/Other%20Reports/E-Health%20and%20Telehealth%20Sector%20Profile.pdf>.

293 PriceWaterhouseCoopers (PWC) (2010). *eHealth Service Platform Study*. Luxembourg Ministry of Health.

294 Kierkegaard, P. (2013). E-Prescription across Europe. *Health Technology*, 3(3), S. 205–219.

295 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

296 1177.se (2018). *Om 1177 Vårdguiden*. [online] Verfügbar: <https://www.1177.se/Om-1177/Om-1177/>.

Möglichkeiten der Behandlung bereitgestellt. In der Telefon-Hotline von 1177, die 24 Stunden am Tag geöffnet ist, steht medizinisches Personal bereit, um Ratschläge zu geben, wo und auf welcher Ebene man sich bei Bedarf behandeln lassen kann.

Eine Zwillingsplattform, *Meine Gesundheitskontakte (Mina Vårdkontakter)*, ist die Zweigstelle für alle personalisierten digitalen Dienstleistungen, über welche die gesamte Bevölkerung seit 2016 Zugang zu E-Rezepten, Testergebnissen, Online-Erneuerungen von Verschreibungen, Terminbuchungen und Telekonsultationen sowie mindestens die Einsicht in die eigene elektronische Patientenakte hat²⁹⁷. Sie ist über 1177.se abrufbar und wird *Journalen* genannt. Ihre Funktionen sind nicht in allen Landkreisen identisch²⁹⁸.

Der Inhalt der ePAs ist von Landkreis zu Landkreis unterschiedlich. Einheitlich sind jedoch die Rechte der Patienten auf Einsicht und Korrekturmaßnahmen: Falsche Informationen können vom Patienten gemeldet werden, sie können aber nicht eigenständig Informationen verändern. Ferner können die Patienten entscheiden, welche Ärzte Zugriff auf welche Informationen innerhalb der ePA bekommen²⁹⁹.

Die schwedische Agentur für Medizinprodukte ist verantwortlich für die Zertifizierung und Kontrolle aller Apps und Geräte, die als Medizinprodukte klassifiziert sind. Nur in wenigen Landkreisen können Patienten ein mobiles Endgerät benutzen, um auf ihre Gesundheitsdaten zuzugreifen³⁰⁰.

Readiness für Vernetzung und Datenaustausch

Der Nationalrat für Gesundheit und Wohlfahrt beschäftigt sich mit der Erarbeitung und der Implementierung von technischen und semantischen Standards und lehnt sich dabei an den Interoperabilitätsrahmen von 2010 an. Circa zwischen 50 und 75 Prozent aller Ärzte in Schweden sind angehalten, sich bei der Dokumentation von Gesundheitsdaten nach einem bestimmten klinischen Terminologie-Standard zu richten.

Die regionalen ePAs weisen nur eine geringe Interoperabilität auf: Zwischen 25 und 50 Prozent aller Systeme sind momentan in der Lage, untereinander Daten auszutauschen. Die gesamte schwedische Bevölkerung wird von verschiedenen Gesundheitssystemen erfasst, aber schätzungsweise werden nur weniger als 25 Prozent aller Systeme in Schweden für die Qualitätsüberwachung und Performanz-Evaluation eingesetzt³⁰¹.

Schweden ist in Europa eines der führenden Länder, wenn es um transnationalen Austausch von Patientendaten geht³⁰². Ab 2019 wird erwartet, E-Rezepte mit Finnland, Portugal, Estland und Kroatien austauschen zu können³⁰³.

297 Jakobsson, L. und Sobin, J. (2014). *eHealth development in Sweden: A study of prominent aspects and benefits from a multi-user perspective*. MD. KTH, School of Industrial Engineering and Management.

298 Joint Action to Support the eHealth network (JASEHN) (2017). *EU State of play on patient access on eHealth data. Interim report*. Wien.

299 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

300 Barkman, C. und Weinehall, L. (2017). Policymakers and mHealth: roles and expectations, with observations from Ethiopia, Ghana and Sweden. *Global Health Action*, 10(3).

301 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

302 himssinsights.eu (2018). *Prescriptions without Boundaries*. [online] HIMSS Europe: Insights. Verfügbar: <https://www.himssinsights.eu/prescriptions-without-boundaries>.

303 ec.europa.eu (2017). *Digital Single Market: Cross-border digital prescription and patient data exchange are taking off*. [online] European Commission. Verfügbar: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/cross-border-digital-prescription-and-patient-data-exchange-are-taking>.

3.16.5 Tatsächliche Nutzung von Daten

In Schweden ist die gesamte Dokumentation von Gesundheitsdaten in allen Versorgungsektoren digital, und sämtliche Einrichtungen in allen 21 Landkreisen sind an die nationale digitale Infrastruktur Sjunet und die E-Service-Plattform³⁰⁴ angeschlossen. Die ambulante Versorgung verfügt zu 100 Prozent über Zugang zum E-Rezept-Dienst; lediglich die Krankenhäuser sind nur zu 75 Prozent angeschlossen. Rezepte werden heute in Schweden ausschließlich digital ausgestellt und versendet.

Die verschiedenen regionalen ePAs sind an die E-Service-Plattform angeschlossen; nur so können Patienten in allen Regionen über ein zentrales Portal an ihre Daten gelangen. Die Patientenkurzakte NPÖ ist zudem mit dem schwedischen Medikationsregister verbunden. Im Durchschnitt sind in den Landkreisen zwischen 50 und 75 Prozent aller Einrichtungen über eine regionale ePA oder die NPÖ vernetzt. Nur 25 bis 50 Prozent der Krankenhausärzte greifen auf die NPÖ zu. Bei niedergelassenen Ärzten und Fachärzten liegt diese Rate zwischen 50 und 75 Prozent.

Gesundheitsdaten aus der NPÖ oder den regionalen ePAs werden nicht automatisch für Forschungszwecke bereitgestellt und dürfen nur im Sinne der Behandlungsoptimierung verwendet werden. Für letzteres werden auch die vielen Qualitätsregister eingesetzt, die es in Schweden seit über 15 Jahren gibt und die allein zu Forschungszwecken verwendet werden und zur Gesundheitssystem-Überwachung de-identifizierte gesundheitsrelevante Daten speichern. Der SKL (Sveriges Kommune och Landsting – Schwedischer Verband der Gemeinden und Regionen) vergibt die Zugangsberechtigungen an Forschungsinstitute und eigene Behörden, um etwa Evaluationsberichte zu verfassen. Es existieren mehr als 50 solcher Register und jedes einzelne ist für einen bestimmten Typ von Krankheit (smuster) zuständig. Eine Integration in das NPÖ-System wird schon lange gefordert, aber nur teilweise umgesetzt. Das Schwedische Rheumatologie-Qualitätsregister (SRQ) zählt zu den fortschrittlichsten in Bezug auf die Integration mit der ePA des Anbieters CompuGroup Medical und mit den digitalen Gesundheitsdiensten. Über das Portal „Meine Gesundheitskontakte“ können Rheumapatienten diese Daten in bestimmten Landkreisen in ihrer ePA einsehen³⁰⁵.

Unter Berücksichtigung regionaler Differenzen bezüglich der ePA-Systeme sind bis zu vier einzelne Datenbanken an schwedische ePAs angeschlossen: Neben den 1.) Daten der ambulanten Versorgung werden automatisch auch Informationen 2.) aus zahnärztlicher Behandlung und 3.) Diabetesregistern sowie 4.) Schwangerschaftsdaten hinzugefügt³⁰⁶.

Zwar werden keine regelmäßigen Qualitätskontrollen der ePA-Systeme oder der NPÖ vorgenommen, man schätzt den Anteil an strukturierten und festgelegten Standards folgenden Dateneinträgen allerdings auf über 75 Prozent³⁰⁷.

In Schweden nutzten 2017 etwa 25 bis 50 Prozent der Patienten Gesundheitsportale, um Behandlungsinformationen oder Ratschläge über die Hotline zu erhalten³⁰⁸.

304 inera.se (2018). *Nationella tjänsteplattformen och tjänstekontrakt*. [online] Verfügbar: <https://www.inera.se/digitalisering/infrastruktur/nationella-tjansteplattformen-och-tjanstekontrakt/>.

305 Eftimovska, E. (2014). *The Swedish e-Health Landscape Surrounding the SRQ Registry*. Karolinska Institute, Stockholm.

306 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

307 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

308 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

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

Beim Vergleich des Digital-Health-Index und der drei Sub-Indizes zwischen Schweden und Deutschland kann festgestellt werden, dass Schweden in allen Bereichen deutlich höhere Werte aufweist. Das Verhältnis der Sub-Indizes zueinander ist in beiden Ländern gleich.

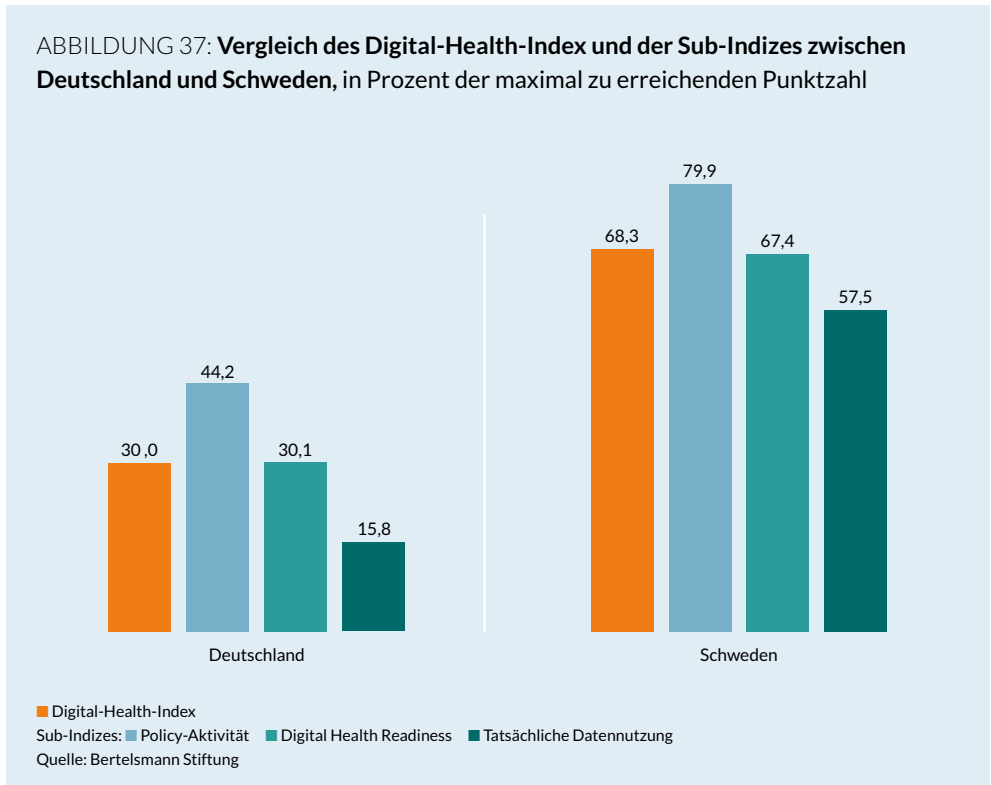







TABELLE 23: Digitalisierungsprofil Schweden

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

 vollständig  nahezu vollständig  teilweise  eher nicht  nicht

Quelle: Bertelsmann Stiftung

Impressum

© November 2018
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

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

Verantwortlich
Uwe Schwenk

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

Lektorat
Paul Katlfeleiter

Gestaltung
Dietlind Ehlers

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



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

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

Adresse | Kontakt

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

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