



Auszug
Belgien

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

3.4 Belgien

3.4.1 Das nationale Gesundheitssystem

Leistungserbringung

Belgiens Sozialstaat beruht auf dem Sozialversicherungsprinzip, weshalb bei der Gesundheitsversorgung eine beitragsfinanzierte soziale Krankenversicherung dominiert. Dabei greift eine faktisch nahezu die gesamte Bevölkerung umfassende Versicherungspflicht. Da der Leistungskatalog und der Beitragssatz der verschiedenen Kassen vom Zentralstaat festgelegt werden, entsteht ein Wettbewerb nur im Bereich der Zusatzversicherungen. Obwohl Belgien durch einen Föderalismus geprägt ist, fallen die notwendigen Kompetenzen dem Zentralstaat zu. Ausführendes Organ ist das dem Gesundheitsministerium nachgeordnete Nationale Versicherungsinstitut für Krankheit und Invalidität (RIZIV/INAMI), das für die Organisation und das Finanzmanagement der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich ist. Privater Versicherungsschutz wird zwar auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten, jedoch gibt es hier zusätzlich eine Reihe von privaten Krankenversicherungen, die im Wesentlichen auf die Rolle der Zusatz- und Ergänzungsversicherungen beschränkt sind.

Finanzierung

Ähnlich wie in Deutschland wird die Finanzierung durch den Staat, die Versicherten und die Arbeitgeber über einen Globalbeitrag getragen. Der Staat deckt mit diversen steuerlichen Zuschüssen meist das Defizit zwischen Beitragseinnahmen und Ausgaben. Am BIP gemessen finanziert der Staat das Gesundheitssystem mit 10,4 Prozent (2015). Allerdings wird ein beträchtlicher Teil durch Selbstbeteiligung finanziert.

Versorgung

Der Hausarzt fungiert nicht als Gatekeeper, und der Patient kann auch direkt einen Facharzt besuchen oder in ambulante fachärztliche Versorgung gehen, die meist in Krankenhäusern angesiedelt ist. Rund 70 Prozent der belgischen Krankenhäuser befinden sich in privater, nicht gewinnorientierter Trägerschaft. Pro 1.000 Einwohner gab es 2011 6,2 Betten – mehr als der OECD-Durchschnitt von 4,7.⁷⁴

3.4.2 Entwicklung von Digital Health

Die Natur des föderalen Systems in Belgien hatte in der Vergangenheit zur Folge, dass regelmäßig kleinere Projekte im Bereich „Digitale Gesundheit“ anliefen und umgesetzt wurden. Nationale Projekte kamen dabei erst Anfang der 2000er-Jahre mit der Einführung von KMEHR, einem belgischen, auf HL7 basierenden Implementierungsstandard, mit dem strukturierte klinische Informationen ausgetauscht werden können, auf.

2004 folgte dann die Einführung eines elektronischen Ausweises (eID). Der eID entstammt der allgemeinen elektronischen Verwaltung und kann von Patienten und Ärzten zur Authentifizierung im Netz genutzt werden. Da der Trend, Daten elektronisch zu speichern,

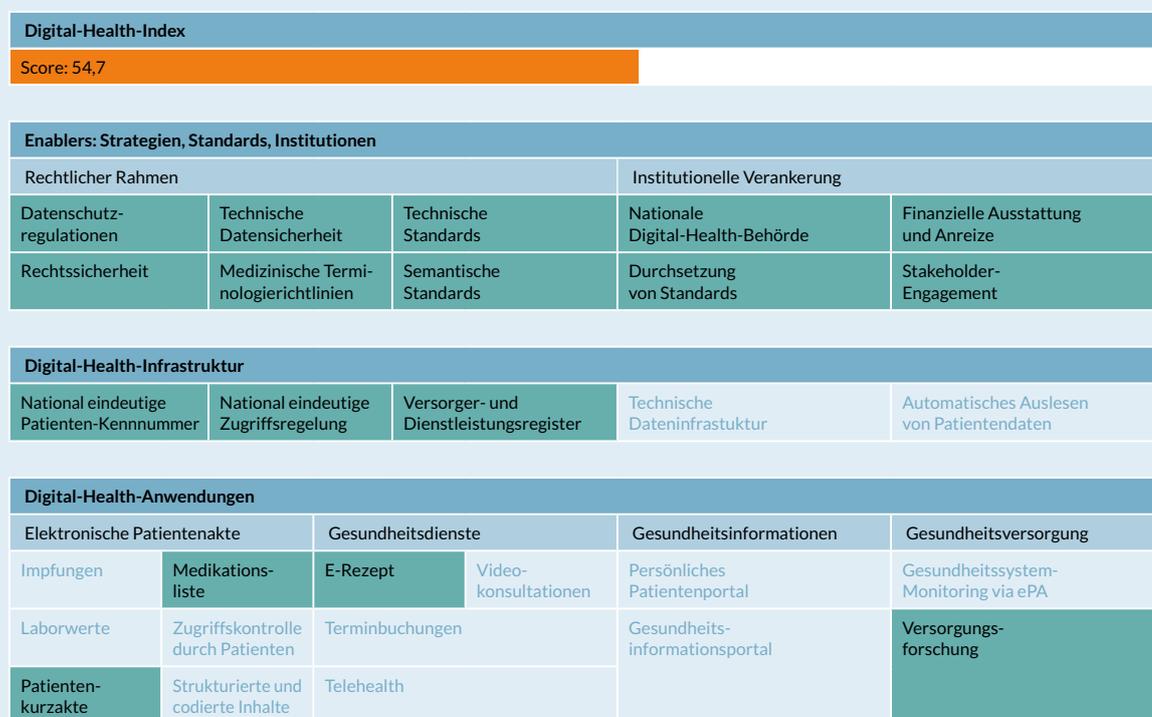
⁷⁴ Schölkopf, M. und Pressel, H. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*. 2. Aufl., Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

schon seit Beginn der 2000er-Jahre in Belgien Einzug hielt, war es eine Herausforderung, die verschiedenen Systeme im Nachhinein miteinander zu verbinden, um Daten auch überregional zur Verfügung zu stellen. 2004 wurde die Entwicklung der belgischen Organisation Be-Health platform beschlossen, die eine Digital-Health-Vision, nötige Standards, Infrastrukturen und Strategien identifizieren, entwickeln und einführen sollte. Das Ziel war es, einen überregionalen Datenaustausch über eine Austauschplattform zu ermöglichen.

2008 übernahm die Organisation eHealth-platform diese Aufgabe. Der zentralistische Ansatz wurde jedoch bald aufgegeben, um Datenschutz- und Integrationsprobleme der einzelnen Systeme zu umgehen. Der föderalen Struktur nach entstanden mit der Zeit sogenannte regionale Datenhubs, die zwar personalisierte Patientendaten speichern, die Ortung und der Bezug dieser Daten geschieht jedoch über eine technische Anfrage über einen Metahub. Über fünf dieser mit dem Metahub verbundenen Datenhubs sind die ambulante und stationäre Versorgung in das System integriert. Damit diese Informationen jedoch abrufbar sind, müssen wichtige Anforderungen erfüllt sein, um Datenmissbrauch zu verhindern. Die Eingliederung weiterer Dienstleister wie Zahnärzte, Rehabilitationskliniken und Pflegeheime ist in Planung.

Zertifizierte elektronische Patientenakten existieren in Belgien seit 2002, doch erst mit der Einführung der SumEHR (Summarised Electronic Healthcare Record) entstand ein national einheitlicher Standard. Seitdem müssen sämtliche individuellen Systeme in der Lage sein, ein Grundgerüst von Patientendaten an die SumEHR zu übermitteln⁷⁵. Die nötigen

ABBILDUNG 12: Übersichtskarte Digital Health in Belgien



75 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

Standards wurden von eHealth-platform definiert und alle Daten zentralisiert an einem Ort zusammengeführt. Die SumEHR ersetzt in keinem Fall die vom Arzt geführten Patientenakten, sondern bildet eine für Patienten und Ärzte einsehbare Zusammenfassung der medizinischen Vita, um anderen Ärzten, Pflegern und sonstigen Dienstleistern die optimale Behandlung im Falle eines Notfalls zu ermöglichen. Die SumEHR enthält allgemeine und Kontaktinformationen, Risikofaktoren des Patienten, die medizinische Historie, aktuelle Behandlungen und Verschreibungen sowie Impfdaten.

Abbildung 12 ist eine Zusammenstellung der im Rahmen dieser Studie in Belgien identifizierten vorhandenen Digital-Health-Komponenten (grüne Felder).

3.4.3 Policy-Aktivität und Strategie

Digital-Health-Strategien

Belgiens aktuelle Digital-Health-Strategie *Actieplan eGezondheid 2015–2018* wurde ursprünglich bereits 2013 veröffentlicht und musste 2015 aktualisiert werden. Mit 20 konkreten Arbeitspaketen bestückt, von denen Teile bereits 2019 abgeschlossen sein sollen, zielt sie hauptsächlich auf mehr Entscheidungskompetenz und Empowerment für die Patienten mithilfe einer Vielzahl integrierter digitaler Dienste ab (siehe Kapitel 3.4.4). So soll auch der Zugang zu Dienstleistungen und die Qualität der Versorgung allgemein verbessert werden.

Auf Ministeriumsebene hat man nach der ersten Veröffentlichung 2013 angesichts rasanter Entwicklungen im Bereich „mHealth“ bereits erste Lücken in der Strategie erkannt und eine Aktualisierung in Zusammenarbeit mit den acht regionalen Gesundheitsministerien eingeleitet. Konzeptionell ist die Strategie stärker am Verbraucher als an technischen Fragestellungen orientiert – frei nach dem Motto: „Viele Dienste, ein System“. Während Big Data und Telemedizin keine Erwähnung finden, sind eine elektronische Patientenakte, ein E-Rezept-Dienst, mHealth-Anwendungen und ein Gesundheitsinformationsportal geplant und rechtlich bindende Implementierungspläne festgelegt. Der Aktionsplan ist eine umfangreiche Allround-Strategie inkl. technischer und semantischer Standardisierungsbestimmungen für die neuen Anwendungen.

Im Rahmen der Entwicklung und Gestaltung der neuen Digital-Health-Anwendungen sind alle Akteursgruppen beteiligt: die Ärzteschaft, die Öffentlichkeit und private Unternehmen. Eine direkte Festlegung von möglichen Leistungsverbesserungen, die durch die 20 Arbeitspakete erreicht werden könnten, wurde nicht angestrebt.

Institutionelle Verankerung, Finanzierung und rechtlicher Rahmen

Die Umsetzung der Strategie wird durch ein entsprechendes Budget ermöglicht und entsprechende Institutionen für die Bestimmung, Überwachung und Durchsetzung sowohl von Interoperabilitätsstandards als auch von mHealth-Anwendungen eingerichtet. Die Agentur eHealth-platform und die Belgische Kommission für Gesundheitstelematik sind sowohl für die Umsetzung und Evaluierung als auch für die Entwicklung aller nötigen technischen und semantischen Voraussetzungen für die in der Strategie festgehaltenen Digital-Health-Anwendungen verantwortlich.

Das Versicherungsinstitut RIZIV/INAMI ist zusammen mit eHealth-platform an der Umsetzung des Aktionsplans beteiligt und hat entsprechende Finanzpläne entwickelt,

mit denen Digital-Health-Dienste von den Versicherungen regulär abgerechnet und erstattet werden können. Da das Institut dem Gesundheitsministerium untersteht, fließen hier öffentliche Gelder, die für die Erstattung dieser Dienstleistungen verwendet werden.

Die letztendliche Implementierung der Anwendungen aus den verschiedenen Arbeitspaketen wird mit öffentlichen Geldern unterstützt. Bei Nichteinhaltung der zeitlichen Rahmen können den Versorgern finanzielle Strafen drohen. Diese können zudem staatlich unterstützte Weiterbildungsprogramme in Anspruch nehmen.

Einen gesetzlichen Rahmen für die Speicherung und den Austausch von Gesundheitsdaten über organisatorische Grenzen hinaus und für die ärztliche Haftbarkeit bei Behandlungsfehlern⁷⁶ im Kontext von Medizinprodukten und ePAs gibt es nicht. Allerdings wurden explizite Gesetze für den Umgang mit Daten in der SumEHR, für standardisierte Austauschverfahren und für eine Zugangserlaubnis zu den eigenen Gesundheitsdaten für Patienten eingeführt⁷⁷. Dritte dürfen, unter Wahrung allgemeiner Datenschutzbestimmungen zu Sicherheit, Format, Archivierung, Transfer und Zugang, digital gespeicherte Gesundheitsdaten für statistische und Forschungszwecke weiterverwenden. Im Allgemeinen bieten nur wenige Bildungseinrichtungen Kurse zur Aus- oder Weiterbildung im Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen an.

3.4.4 Technische Implementierung und Readiness

Technische Implementierung: Infrastruktur und Administration

Eine elektronische Identifikationskarte (eID) steht der gesamten Bevölkerung zur Verfügung. Sie dient nicht nur während des Arztbesuches als Identifikationsmittel, sondern auch bei allen staatlichen Behörden und gewährt den Zugang zu öffentlichen Online-Diensten. Das Pendant für Ärzte stellt sicher, dass auch nur der behandelnde Arzt eines Patienten auf digital gespeicherte Daten Zugriff hat.

Landesweit müssen Gesundheitsdaten, sobald sie in irgendeiner Form auf digitalem Weg weitergeleitet werden, de-identifiziert werden und können erst durch den aktiven Prozess des Datenzugriffs durch eine bestimmte Person wieder identifiziert werden. Dies geschieht automatisch über die fünf regionalen Datenhubs.

Einerseits basiert das belgische Gesundheitsdatennetzwerk auf internationalen Standards, die in Belgien verbindlich sind, andererseits hat man eigens für den codierten Austausch von klinischen Informationen aus der SumEHR einen eigenen Standard entwickelt, die Kind Messages for the Electronic Healthcare Record (KMEHR)⁷⁸. Außerdem werden auf der vom belgischen Staat betriebenen eHealth Plattform alle empfohlenen und vorgeschriebenen Standards aufgelistet und zum Herunterladen bereitgestellt.

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

77 Siehe auch: Rijksarchief in België (2016). *Digital Act: België zet een belangrijke stap vooruit op vlak van elektronische archivering*. [online] Verfügbar: <http://arch.arch.be/index.php?l=nl&m=nieuws&r=alle-nieuwsberichten&a=2016-10-27-digital-act-belgie-zet-een-belangrijke-stap-vooruit-op-vlak-van-elektronische-archivering>.

78 eHealth Belgium (2018). *eHealth Platform Standards*. [online] Verfügbar: <https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/en>.

Die SumEHR ist keine elektronische Patientenakte im eigentlichen Sinne, sondern eine konzise Zusammenfassung mit relevanten notfallmedizinischen Daten. Eine umfassende elektronische Patientenakte ist national nicht verfügbar und allgemein auch nur bei wenigen ambulant tätigen Ärzten verbreitet⁷⁹.

Das MyCareNet ist eine Online-Plattform, die die Kommunikation zwischen Gesundheitsversorgern und Krankenkassen vereinfacht. Der Austausch z. B. von Rezepten ist automatisiert und erleichtert bürokratische Arbeitsschritte um ein Vielfaches. Das Portal ist eine gemeinsame Initiative des Nationaal Intermutualistisch College (NIC), des Gesundheitsinformationsportals eHealth Platform und des RIZIV⁸⁰.

Digitale Gesundheitsanwendungen und -dienste

Der nationale E-Rezept-Dienst ermöglicht seit 2013 die elektronische Übertragung von Rezepten an Apotheken und die Ausgabe des Medikaments an den Patienten. Telemedizinische Dienstleistungen werden nur vereinzelt von wenigen Krankenhäusern zur Fernüberwachung von kritischen Patienten eingesetzt, ansonsten kommen sie jedoch nicht in der Routineversorgung zum Einsatz.

Per Gesetz darf ein Arzt seine Behandlung nicht allein auf Ferndiagnosen aufbauen. Gesundheitsinformationsportale verfügen selten über patientenorientierte Dienste (z. B. Zugang zu einer ePA, Medikationspläne) und werden nur regional von privaten Organisationen angeboten. Obwohl es Patienten erlaubt ist, die in elektronischen Akten gespeicherten Daten einzusehen, haben nur sehr wenige in der Realität auch die Möglichkeit dazu.

Solche ePAs werden von privaten Firmen angeboten oder, sofern der eigene Hausarzt dies anbietet, vom nationalen Versicherungsinstitut: das Globaal Medisch Dossier (GMD). Es ist eine auf einen Arzt begrenzte elektronische Patientenakte, die bei Bedarf an einen neuen Hausarzt oder Facharzt weitergeleitet werden kann. Neue Daten müssen von anderen Ärzten aber stets an den für das GMD zuständigen Arzt – in den meisten Fällen ist dies der Hausarzt – weitergeleitet werden, der sie dann manuell in das GMD einfügen muss. Der Verbreitungsgrad dieser ePA ist bisher beschränkt, obwohl den Patienten finanzielle Vergünstigungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gewährt wird, wenn sie ein GMD für sich eröffnen lassen.

Seit dem 6.2.2018 können niedergelassene Ärzte Bescheinigungen und Atteste zur Unterstützung der Krankenkasse des Patienten elektronisch übermitteln. Dies ist über den eAttest-Service der MyCareNet-Plattform möglich. Somit werden Atteste und Zertifikate in Papierform langfristig abgeschafft⁸¹.

Patienten haben keine Möglichkeit, selbst Informationen im GMD zu verändern, können aber entscheiden, welcher Arzt Zugriff auf diese Akte bekommen darf. mHealth ist einer der neuen Aktionspunkte der belgischen Digital-Health-Strategie, dennoch gibt es bisher keine Aufsichtsbehörde für die vielen neuen Pilotprojekte auf diesem Gebiet. Klare Vorga-

79 Van de Voorde, C., Van den Heede, K., Obyn, C., Quentin, W., Geissler, A., Wittenbecher, F., Busse, R., Magnussen, J., Camaly, O., Devriese, S., Gerkens, S., Misplon, S., Neyt, M. und Mertens, R. (2014). *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. KCE Reports* [online] 229, S. 92.

80 riziv.fgov.be (2017). *MyCareNet: een centraal dienstenplatform op het web.* [online] Verfügbar: <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/e-gezondheid/Paginas/MyCareNet.aspx#.WthYrX8uCyp>.

81 RIZIV (2018). *Elektronisch attesteren met eAttest.* [online] Verfügbar: <http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/beroep/Paginas/elektronisch-attesteren-eattest.aspx#.Wthaf38uCyp>.

ben für mHealth-Start-ups gibt es nicht, und nur wenige der neuen Apps bieten die Möglichkeit, sich mit einer elektronischen Akte zu vernetzen.

Readiness für Vernetzung und Datenaustausch

Mit der verbindlichen Einführung des KMEHR durch die Belgische Kommission für Gesundheitstelematik 2002 können Daten über die einzelnen regionalen Hubs hinweg ausgetauscht werden. So können Daten aus verschiedenen lokalen Systemen in die Datenhubs eingespeist werden. Klinische Terminologien werden dennoch uneinheitlich von den verschiedenen Versorgern verwendet. Einer der empfohlenen Standards ist LOINC, der die Verknüpfung von Testergebnissen mit Codes definiert. Durch diese einzigartigen Codes können Daten in einer gemeinsamen Sprache ausgetauscht werden⁸². Weniger als 25 Prozent der belgischen Ärzte halten sich allerdings an eine der empfohlenen Klassifikationen. Für die Mehrzahl der Gesundheitsdatensätze gilt das Gegenteil: Zwischen 50 und 75 Prozent der Datensätze, die regional oder national gehalten werden, sind so konzipiert, dass sie denselben Richtlinien folgen. Dennoch sind nur weniger als 25 Prozent auch technisch in der Lage, miteinander zu kommunizieren⁸³.

Das Fehlen von interoperablen Datensätzen und -registern verhindert die Nutzung dieser für die allgemeine Gesundheitssystem-Überwachung. Schätzungen zufolge ist auch nur ein Bruchteil der belgischen Bevölkerung in solchen Datensätzen und -registern erfasst. Zurzeit ist Belgien Teil von verschiedenen länderübergreifenden Datenaustauschprojekten im Bereich „Gesundheit“. Die automatische Übertragung von Gesundheitsdaten in transnationale Datennetzwerke oder ein solcher Strategieplan sind allerdings nicht geplant.

3.4.5 Tatsächliche Nutzung von Daten

Allgemein ist die Rate der Ärzte mit elektronischen Praxissystemen in der ambulanten Versorgung mit über 75 Prozent recht hoch. In der stationären Versorgung dokumentieren nur 50 bis 75 Prozent aller Ärzte Daten elektronisch. In Belgien sind über 75 Prozent der Ärzte aus allen Versorgungssektoren und der Apotheken an ein Gesundheitsdatennetzwerk angeschlossen, aber weniger als 25 Prozent der Ärzte sind technisch in der Lage, Daten mit Apotheken auszutauschen. Etwa 50 bis 75 Prozent aller Rezepte, die ausgestellt werden, sind E-Rezepte⁸⁴.

Ein nationales ePA-System ist nicht eingeführt. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass die SumEHR – im Gegensatz zu den verschiedenen privat angebotenen ePA-Systemen – von allen belgischen Krankenhäusern genutzt werden kann und sehr häufig zwischen Ärzten und Fachärzten zum Einsatz kommt. Mehr als 75 Prozent aller niedergelassenen Ärzte tauschen patientenbezogene Gesundheitsinformationen untereinander und mit Fachärzten aus. Ebenso hoch ist die Zahl der Ärzte, die Informationen mit Krankenhäusern austauschen.

Informationen sowohl aus der SumEHR als auch aus dem GMD dürfen nicht für statistische und Forschungszwecke verwendet werden. Krankheitsspezifisch werden einzelne Datenregister (z. B. für Krebs oder Diabetes) vom Gesundheitsministerium verwendet, um Auf-

82 health.belgium.be (2016). *ReTaM: LOINC*. [online] Verfügbar: <https://www.health.belgium.be/fr/terminologie-et-systemes-de-codes-loinc>.

83 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

84 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

schlüsse über Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung in einzelnen Bereichen zu erhalten. Die SumEHR wird von folgenden Einzeldatensätzen automatisch vervollständigt:

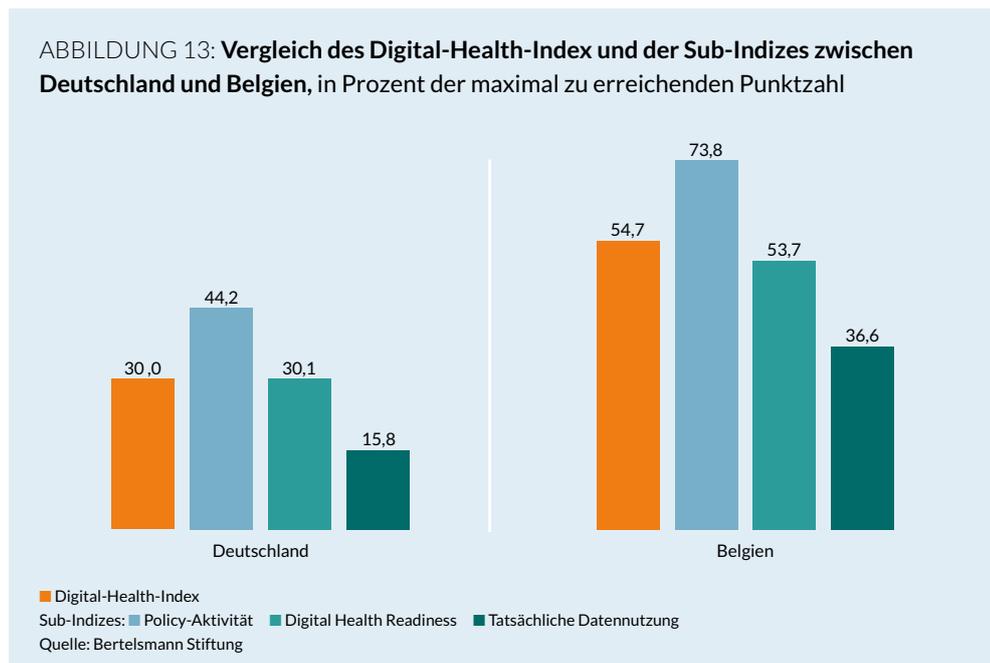
- Informationen aus der ambulanten Versorgung
- Medikament- und Rezeptinformationen
- Krebsregisterdaten
- Diabetesregisterdaten

Von Ärzten in digitalen Akten erzeugte Daten basieren nur in weniger als 25 Prozent auf einheitlichen Standards, die auch nicht von einer zentralen Behörde qualitätsgeprüft werden. Weiterbildungsprogramme für eine einheitliche terminologische Sprache im Gesundheitswesen sind nicht vorhanden.

Circa 25 bis 50 Prozent der Patienten in Belgien informierten sich 2017 zu verschiedenen Themen auf Gesundheitsinformationsportalen und ebenso viele haben darüber potenziell Zugang zu einem Teil ihrer eigenen Gesundheitsinformationen (meistens private Anbieter, noch nicht von staatlichen Stellen). Generell informierten sich über solche Portale jedoch mehr Personen, die in stationärer Behandlung waren (50–75 Prozent), als solche, die nur geringe Beschwerden hatten (> 25 Prozent)⁸⁵.

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

Der Vergleich zwischen Belgien und Deutschland zeigt das höhere Abschneiden Belgiens, nicht nur im Digital-Health-Index, sondern auch in allen drei Sub-Indizes. Es lässt sich auch festhalten, dass die Bewertungen der Sub-Indizes insgesamt ein ähnliches Verhältnis zueinander aufweisen wie in Deutschland, diese aber in Belgien überall höher bewertet werden.



85 Nationaler Korrespondent und Ergebnisse des Fragebogens.

TABELLE 10: Digitalisierungsprofil Belgien

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-Performance
				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