



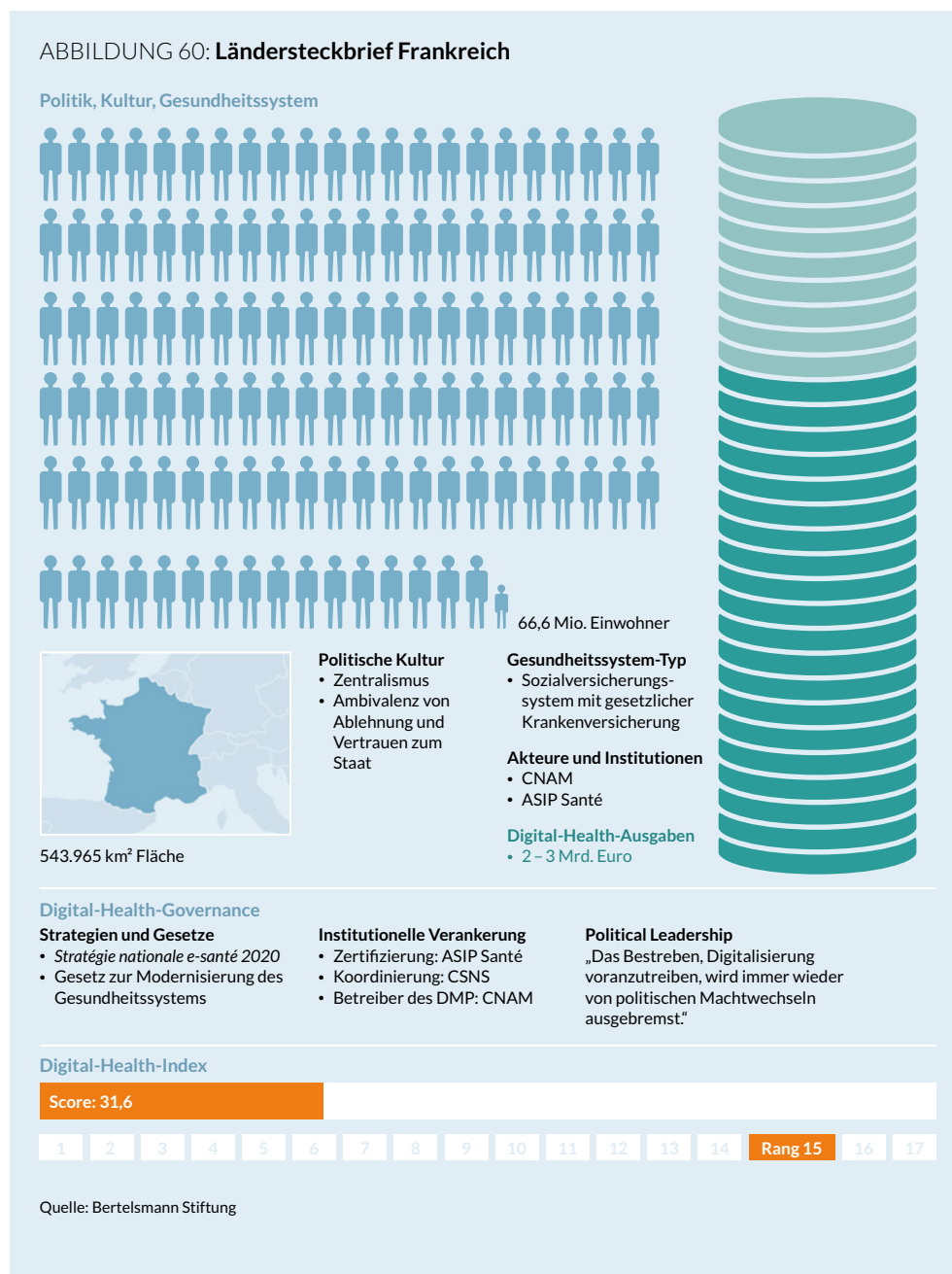
Auszug
Frankreich

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

6.5 Frankreich

6.5.1 Digitalisierungsstand

Frankreichs Digitalisierungsbemühungen und damit einhergehend der Digitalisierungsstand stagnierten in den vergangenen Jahren. Im europäischen Vergleich sind die Möglichkeiten zur Vereinbarung von Arztterminen auf Onlineportalen sehr beschränkt und der Austausch von Patientendaten sowie die Nutzung von E-Rezepten sind mittelmäßig⁵⁰⁰. In Bezug auf die Nutzung von Big Data zur Entwicklung individuell angepasster Behandlungen



500 European Commission (2016). *Digital Agenda key indicators*. [online] Verfügbar: https://digital-agenda-data.eu/datasets/digital_agenda_scoreboard_key_indicators/visualizations.

(personalisierte Medizin) besteht Entwicklungsbedarf. Viele Strategien und Reformen sind erst kürzlich verabschiedet worden, weshalb noch keine Aussagen über die Auswirkungen dieser jüngsten Entwicklungen getroffen werden können.⁵⁰¹

Der aktuelle Digitalisierungsstand lässt sich wie folgt beschreiben: Die französische Form der ePA, das Dossier Médical Partagé (DMP; vor 2016: Dossier Médical Personnel), wurde durch das Krankenversicherungsreformgesetz im August 2004 als Pilotprojekt eingeführt. Es sollte dazu dienen, relevante Patientendaten auf einem Online-Portal zu dokumentieren. Von dieser ePA sollten primär Gesundheitsversorger profitieren, indem ihnen ein besserer Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten verschafft werden sollte. Nach einer langen Phase des Pilotierens wurde das DMP erstmals 2011 landesweit in Betrieb genommen. Die Hauptträgerschaft wurde der im Jahre 2009 gegründeten nationalen Digital-Health-Agentur ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) anvertraut. Die gesamten Implementierungskosten des DMP beliefen sich auf 210 Millionen Euro. Nach rund anderthalb Jahren stellte die Regierung anhand einer Umfrage fest, dass nur ungefähr 160.000 Patientenakten erstellt worden waren, wobei rund 90.000 keine Informationen enthielten. Unter diesen Umständen stellten die Behörden die Verwaltung des DMP im Herbst 2012 ein und befreiten die ASIP Santé von der Funktion, das System weiterzuführen.

Auf die Einstellung des DMP folgte eine vierjährige Stagnationsphase, während der sich die reinen Unterhaltskosten des Systems auf 35 Millionen Euro beliefen, da das System trotz Nichtinbetriebnahme gewartet werden musste. In Folge des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems vom 26.1.2016 wurde der Betrieb des DMP wieder aufgenommen. In diesem Rahmen wurde die Hauptträgerschaft der nationalen Krankenkasse CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie, vormalig Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS]) anvertraut. Neben der Namensänderung von Dossier Médical Personnel zu Dossier Médical Partagé gab es weitere grundlegende Änderungen. z. B. eine allgemeine Verbesserung der Nutzung für die Anwender durch, eine einfachere und intuitivere Gestaltung.

Bisher war der Mehrwert des DMP durch die große Anzahl an inhaltsleeren Akten nicht gegeben. Diese entstanden dadurch, dass sich Patienten zwar ein eigenes Dossier anlegten, ihnen die Nutzung jedoch zu kompliziert war und gleichzeitig nur wenige Ärzte in der Lage waren, das DMP sinngemäß zu nutzen und mit Daten zu füllen. Durch die Neuregelung besteht für Gesundheitsversorger nun die Pflicht, ein DMP für jeden Patienten zu erstellen und regelmäßig zu aktualisieren.

Durch den Wechsel der Hauptträgerschaft zur CNAM wird eine verstärkte Nutzung des DMP durch eine stark angestiegene Zahl an weiteren nutzbaren Daten erzielt. Unter anderem wird die gesamte Historie der Erstattungen der Krankenkasse automatisch in eine neue gemeinsame Patientenakte übernommen. Das führt auch dazu, dass keine leeren Akten mehr angelegt werden können, es sei denn, der Patient widerspricht einem Digital Signal Processor (DSP). Entsprechend sinkt für die Ärzte die Gefahr, Zeit zu verlieren, wenn sie während einer Konsultation in ein DSP schauen. Dies führt insgesamt zu einer höheren Akzeptanz unter den Ärzten.

Laut dem Präsidenten der Ärztegewerkschaft Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) lag die mangelnde Anzahl an Nutzern in der fehlenden Nutzerfreundlichkeit begründet. Es war den Anwendern zu kompliziert, Informationen und Dokumente in das

501 Christ, C. und Frankenberger, R. (2016). *Auf dem Weg zu Wohlfahrt 4.0 – Digitalisierung in Frankreich. Politik für Europa – 2017 plus*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

DMP hochzuladen. Die Schuld hierfür sieht die Ärztegewerkschaft bei den Entwicklern: „Es wurde von einem Informatiker entworfen, der nicht viel darüber wusste, wie Arztpraxen funktionieren.“⁵⁰²

Derzeit befindet sich das DMP in einer erneuten Pilotphase. Laut dem Generaldirektor der CNAM soll die Inbetriebnahme des DMP bis Oktober 2018 auf landesweiter Ebene erfolgen.⁵⁰³ Statistiken zufolge hat die Erneuerung des DMP schon erste Erfolge zu verzeichnen. So wurden z. B. im April 2017 etwa 10.000 neue DMPs pro Woche erstellt.⁵⁰⁴ Der derzeitige Stand des Pilotprojektes für den Neustart des DMP verrät, dass zwischen Anfang 2017 und Oktober 2017 etwa 260.000 Akten erstellt wurden. Ziel des neuen DMP sei, das System „so einfach wie möglich zu machen“ und „den Versicherten die Hauptverantwortung über deren Akte zu übergeben“. Zudem sollen während der Pilotphase weitere Ziele verfasst werden, um ein wiederholtes Scheitern wie im Jahr 2012 zu vermeiden. Dabei sollen insbesondere Sicherheit und Nutzerfreundlichkeit an erster Stelle stehen. Zum Beispiel soll der Zugriff auf das DMP auch per Smartphone möglich sein. Ein weiteres Ziel ist die Einführung von E-Rezepten. Auf der Agenda steht dabei die Einführung von QR-Codes auf Verschreibungen, die dann vom Apotheker gescannt und gelesen werden.⁵⁰⁵

Für die Carte Vitale, die Gesundheitskarte, soll die Einführung einer digitalen Version geplant werden. Zur Arztkonsultation soll die eCarte d'assurance maladie für ein Jahr getestet werden. Die CNAM erklärt, dass sie mit der eCarte Vitale, einer neuen sicheren Identifizierung, Authentifizierung und Unterzeichnung von Versicherungsnehmern auf Smartphones experimentieren möchte. Sie soll mittelfristig eine ergänzende Lösung zur physischen *Carte Vitale* darstellen.

Die Implementierung der Website *santé.fr* durch das Gesundheitsministerium ist Bestandteil des Gesetzes zu Modernisierung des Gesundheitssystems, das im Januar 2016 eingeführt wurde (s. o.). *Santé.fr* soll als staatliches Gesundheitsinformationsportal dienen, welches allgemeine Informationen zu Krankheiten und Gesundheit bietet, aber auch Zugang zu Daten über Einrichtungen und Fachleute im Gesundheitssystem zur Verfügung stellt. Bis September 2017 war die Funktion zum Suchen und Finden von Einrichtungen und Fachleuten als Pilotprojekt in der Pariser Region in Betrieb und wird derzeit ausgebaut. Ab dem ersten Halbjahr 2019 soll das Gesundheitsportal auf ganz Frankreich ausgerollt werden.

Im Gegensatz zu *santé.fr* ist das Portal *ameli.fr* mit etwa 25 Millionen Nutzerkonten zwar das am meisten konsultierte Gesundheitsportal in Frankreich, finanziert und betrieben wird *ameli.fr* jedoch von der CNAM. Dabei geht es primär um Fragen der Kostenerstattung und Abrechnungen. Außerhalb des Kontos können Versicherte auch Datenbanken von Gesundheitsversorgern aufrufen. Dadurch können sie sich über die Fachgebiete und Anschriften von Versorgern sowie über die durchschnittlichen Beratungskosten und die Höhe der Kostenerstattung durch die Krankenkassen informieren.

502 Godeluck, S. (2017). *Le dossier médical partagé va enfin prendre son envol*. [online] LesEchos.fr. Verfügbar: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/0301297278476-le-dossier-medical-partage-va-enfin-prendre-son-envol-2153701.php>.

503 ticsante.com (2018). *Nicolas Revel annonce la généralisation du DMP pour octobre 2018*. [online] Verfügbar: https://www.ticsante.com/Nicolas-Revel-annonce-la-generalisation-du-DMP-pour-octobre-2018-NS_3918.html.

504 Cour des comptes (2018). *Les services publics numériques en santé: des avancées à amplifier, une cohérence à organiser. Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes*, S. 215–239.

505 ticsante.com (2017). *Près de 260.000 DMP créés depuis le début de l'année 2017*. [online] Verfügbar: https://www.ticsante.com/print_story.php?story=3735.

6.5.2 Strukturen/Merkmale

Landesmerkmale

In Frankreich leben 66,6 Millionen Einwohner auf 543.965 km² Fläche. Das politische System Frankreichs wird durch die Verfassung der Fünften Republik bestimmt. Diese sieht eine demokratische Republik, eine starke doppelköpfige Exekutive und ein semipräsidentielles Regierungssystem mit Zweikammerparlament vor. Der Staatspräsident bestimmt die Richtlinien der Politik, während der Premierminister – ernannt vom Präsidenten – als Bindeglied zur parlamentarischen Mehrheit fungiert. Grundsätzlich ist das politische System darauf ausgelegt, dass Staatspräsident und Regierungschef sowie die parlamentarische Mehrheit dem gleichen politischen Lager entstammen, obwohl es sich bei Präsidentschafts- und Parlamentswahlen um getrennte Wahlen handelt.⁵⁰⁶ Wenn die Parlamentsmehrheit in Opposition zum Präsidenten steht, spricht man von *Cohabitation*. In Zeiten dieser *Cohabitation* wird der Präsident in seinen Kompetenzen stark eingeschränkt, und er ist auf eine enge Zusammenarbeit mit der Regierung und der sie tragenden Parlamentsmehrheit angewiesen. Es existiert eine größere Anzahl an politisch relevanten, aber stark fragmentierten Parteien.⁵⁰⁷

Frankreichs Verwaltung entspricht der eines dezentralen Einheitsstaates. Historisch gesehen gilt der Zentralismus als Herrschafts- und Modernisierungselement in Frankreich, jedoch wurden inzwischen durch einen Prozess der Dezentralisierung vier Verwaltungsebenen eingeführt, d. h., es wurden Regelungskompetenzen und mehr autonome Entscheidungsbefugnisse übertragen. Die Verwaltung ist in die Ebenen „Zentralstaat“, „Regionen“, „Departements“ und „Gemeinden“ eingeteilt. Dabei sind zwar theoretische Zuständigkeiten festgelegt, jedoch werden diese in der Praxis durch Überlappungen und Querfinanzierungen beeinträchtigt.⁵⁰⁸ Unter anderem sind die Regionen für die Planung und Implementierung regionaler/lokaler öffentlicher Gesundheitspolitik zuständig, gleichzeitig befinden sich rund zwei Drittel aller Krankenhausbetten in kommunaler Trägerschaft.⁵⁰⁹

TABELLE 45: Networked Readiness Index 2016

	Rang 2015		Rang 2016
Niederlande	4	↓	6
Schweiz	6	↓	7
Dänemark	15	↑	11
Deutschland	13	↓	15
Israel	21	→	21
Frankreich	26	↑	24

Quelle: Bertelsmann Stiftung

506 Vogel, W. (2005). *Frankreich. Charakteristika des politischen Systems*. [online] Bundeszentrale für politische Bildung. Informationen zur politischen Bildung (Heft 285). Verfügbar: <http://www.bpb.de/izpb/9130/charakteristika-des-politischen-systems?p=all>.

507 Vogel, W. (2005). *Frankreich. Charakteristika des politischen Systems*. [online] Bundeszentrale für politische Bildung. Informationen zur politischen Bildung (Heft 285). Verfügbar: <http://www.bpb.de/izpb/9130/charakteristika-des-politischen-systems?p=all>.

508 Gey, P. und Schreiber, B. (2014). *Frankreich: Wird der Staat jetzt umgebaut? Gebietskörperschaften auf dem Prüfstand*. [pdf] Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. Verfügbar: <http://library.fes.de/pdf-files/id/10525.pdf>.

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

Beim Networked Readiness Index (NRI) steht Frankreich auf Platz 24, dem letzten Platz unter den untersuchten Ländern. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die politischen und technischen Voraussetzungen, um aufstrebende Informations- und Kommunikationstechnologien zu nutzen und die Möglichkeiten der digitalen Transformation zu kapitalisieren, nicht so ausgeprägt sind wie in den anderen untersuchten Ländern. In Bezug zu Digital Health unterstützt das Ergebnis des NRI die gemachten Erfahrungen.

Politische Kultur

Die politische Kultur Frankreichs wird geprägt durch starke oppositionelle Abgrenzungen zwischen links und rechts, ein stark fraktioniertes Parteiensystem, eine kulturelle, religiöse und politische Meinungsvielfalt in der Bevölkerung und eine hohe Konfliktbereitschaft. Verbände, Gewerkschaften und andere Interessengruppen gelten als eher schwach ausgeprägt, gleichzeitig definiert sich das Verhältnis zwischen Staat und Bürger in einer ambivalenten Mischung zwischen Ablehnungsbedürfnis und Vertrauen zum Staat. Die Republik und Nation gelten als Band, das dieser Vielfalt Einheit und Identität verschaffen soll.⁵¹⁰

Insbesondere das hohe Konfliktpotenzial beeinflusst die Effektivität der Politik: Während Parteien aufgrund des Wahlsystems der absoluten Mehrheitswahl häufig gezwungen sind, Wahlbündnisse miteinander einzugehen, stärkt dies die Bildung zweier politischer Blöcke. So wird die traditionell starke Links-Rechts-Opposition gefestigt.⁵¹¹ Das hat zur Folge, dass neu gewählte Regierungen in vielen Fällen Reformen der Vorgängerregierung rückgängig machen oder selbst neue, teils konträre Reformen durchführen. Hier leidet der Digitalisierungsfortschritt, wenn immer wieder neue Regelungen getroffen oder bestehende Regelungen von der nächsten Regierung wieder rückgängig gemacht werden.

Datenschutzbedenken spielen bei der Digitalisierung des französischen Gesundheitssystems eine eher untergeordnete Rolle. So wird das DMP zurzeit von der CNAM mit den Abrechnungsdaten aller Versicherten gespeist, um die persönliche ePA zu füllen. Ein ähnliches Vorgehen ist in Deutschland bei den ePA-Projekten der TK und AOK zu beobachten. Eine nationale Spiegelung aller Daten der deutschen GKV-Versicherten in eine zentrale ePA würde jedoch wahrscheinlich zu öffentlichen Debatten führen, die in Frankreich nicht

TABELLE 46: Vertrauen in medizinische Einrichtungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens – Frankreich

	Gesamt „Vertraue“	Gesamt „Vertraue nicht“
EU 28	74%	24%
Dänemark	89%	10%
Deutschland	77%	21%
Frankreich	79%	17%
Niederlande	81%	18%

Quelle: TNS Opinion & Social, DG JUST und DG COMM (2015). Special Eurobarometer 431 – Data Protection. European Commission, Brüssel.

510 Vogel, W. (2005). *Frankreich. Charakteristika des politischen Systems*. [online] Bundeszentrale für politische Bildung. Informationen zur politischen Bildung (Heft 285). Verfügbar: <http://www.bpb.de/izpb/9130/charakteristika-des-politischen-systems?p=all>.

511 Vogel, W. (2005). *Frankreich. Charakteristika des politischen Systems*. [online] Bundeszentrale für politische Bildung. Informationen zur politischen Bildung (Heft 285). Verfügbar: <http://www.bpb.de/izpb/9130/charakteristika-des-politischen-systems?p=all>.

beobachtbar waren. Das Vertrauen in den Datenschutz bei medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen des Gesundheitssystems liegt auf einem vergleichbaren Niveau mit dem der Niederlande und noch über Deutschland. Es konnten hier weder fördernde noch hemmende Einflüsse festgestellt werden.

Gesundheitssystem-Typ

Das französische Gesundheitssystem basiert strukturell auf einem Sozialversicherungsansatz (Bismarck) mit Zielen der Universalität und Solidarität, die zu einem immer stärkeren nationalen Ansatz (Beveridge) geführt haben. Seit dem Jahr 2000 gilt die gesetzliche Krankenversicherung obligatorisch für die gesamte Bevölkerung. Als vorrangiges Versicherungskriterium gilt die Erwerbstätigkeit, nicht erwerbstätige Familienangehörige sind mitversichert. Die GKV finanziert sich dabei aus unterschiedlichen Quellen: Sozialversicherungsbeiträge, eine steuerähnliche Abgabe (*Contribution sociale généralisée/maladie*) und diverse andere zweckgebundene Steuern (z. B. 15 Prozent auf Kfz-Versicherungsprämien, Anteile an Alkohol- und Tabaksteuer). Da in der Regel 30 Prozent der Kosten für ärztliche Behandlungen selbst zu tragen sind, kommt den privaten Versicherungen eine große Bedeutung als komplementärer Schutz zu⁵¹². 2017 finanzierte der Staat das Gesundheitssystem mit 11,5 Prozent des BIP.⁵¹³

Das Sozialversicherungssystem gliedert sich in örtliche, regionale und nationale Organe der verschiedenen Versicherungsbereiche, die paritätisch verwaltet werden. Die Assurance maladie, welche sich innerhalb der Dachorganisation UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance-maladie) befindet, kann ihre Kompetenzen jedoch nur in Kooperation mit staatlichen Akteuren und unter Aufsicht des Staates erfüllen. Seit der Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2000 umfasst die französische GKV mittlerweile obligatorisch die gesamte Bevölkerung. Durch das Reformgesetz *Hôpital, Patient, santé et territoires (Loi HPST)* vom 22.7.2009 wurden für die jeweiligen französischen Regionen individuelle Gesundheitsagenturen, sogenannte ARSs (Agences régionale de santé) eingerichtet. Deren Aufgabe besteht darin, Versorgungsbedarfe und strategische Gesundheitspläne auf regionaler Ebene zu planen und erstellen. Zudem sind die ARSs verpflichtet, die nationalen gesundheitspolitischen Beschlüsse des Gesundheitsministeriums wahrzunehmen und an ihre Regionen anzupassen. Betrachtet man das gesamte französische Gesundheitssystem, haben die regionalen Akteure jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Die genauen Prinzipien der Regulierung sind in der Verfassung der Fünften Republik niedergeschrieben⁵¹⁴.

In Frankreich stehen die Haus- und Fachärzte im Mittelpunkt. International verglichen hat Frankreich eine überdurchschnittlich große Anzahl an niedergelassenen Ärzten. Trotzdem sind in ländlichen Regionen Arzt-Engpässe zu verzeichnen, während in anderen Regionen, wie z. B. in Südfrankreich und in Paris, ein Überangebot an Ärzten herrscht. Seit dem Krankenversicherungsreformgesetz vom 13.8.2004 ist für alle Versicherten die Wahl eines behandelnden Hausarztes (*Médecin traitant*) obligatorisch. Die Gatekeeper-Funktion der Hausärzte wird insofern gesetzlich gewahrt, als das die Praxisgebühr eines Facharztes von 5 Euro auf 1 Euro reduziert wird, wenn die Konsultation das Ergebnis einer Überweisung durch den Hausarzt ist.⁵¹⁵

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

513 OECD: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

514 Reiter, R. (2014). Regulierung des Gesundheitswesens. *Gesundheitspolitik Frankreich*. [online] Verfügbar: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177384/regulierung>.

515 Reiter, R. (2014). Regulierung des Gesundheitswesens. *Gesundheitspolitik Frankreich*. [online] Verfügbar: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177384/regulierung>.

Versorgung, Finanzierung und Organisation des Gesundheitssystems werden in Frankreich zentral durch den Staat und die gesetzliche Krankenversicherung reguliert. Seit den 1990er-Jahren wird die gesetzliche Krankenversicherung verstärkt in die Regulierungstätigkeit mit einbezogen⁵¹⁶.

Digital-Health-Ausgaben

Die Ausgaben für den IT-Bereich im französischen Gesundheitssystem belaufen sich auf etwa 2 bis 3 Milliarden Euro, was ca. 1 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben des Landes ausmacht. An Digital-Health-Ausgaben entfallen etwa 80 bis 140 Millionen Euro auf die Weiterentwicklung der Telemedizin. Der größte Posten – etwa 210 Millionen Euro – entfällt auf die Entwicklung des DMP; weitere 35 Millionen Euro kommen hinzu, da das DMP gewartet werden musste, obwohl es lange außer Betrieb war. Zuletzt kostet die Implementierung des *Le programme Territoire de Soins Numérique* insgesamt 80 Millionen Euro.⁵¹⁷

Akteure und Institutionen

Das französische Gesundheitssystem ist sehr komplex, und eine Vielzahl an Akteuren spielt eine Rolle in den verschiedensten Bereichen. Die wichtigsten Stakeholder im Bereich „Digital Health“ werden im Folgenden eingeführt:

Das Gesundheitsministerium (Ministère des Solidarités et de la Santé) repräsentiert die zentrale Verwaltung der nationalen Gesundheit und ist gleichzeitig der wichtigste Akteur im französischen Gesundheitssystem. Es ist verantwortlich für die Rahmengesetzgebung auf den Gebieten der allgemeinen Sozialversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Versorgung mit ambulanten und stationären Leistungen und Diensten sowie auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit.

Die CNAM ist der zentrale nationale Krankenversicherer und gleichzeitig eine national öffentliche Verwaltungseinrichtung mit Rechtspersönlichkeit und finanzieller Autonomie. Sie unterliegt dem Ministerium für soziale Sicherheit und dem Ministerium für Wirtschaft und Finanzen. Die CNAM ist zusammen mit dem Ministerium für Gesundheit für die Regulierung der Gesundheitspolitik zuständig. Zudem ist sie die Trägerin des Gesundheitsportals *ameli.fr* und besitzt seit dem Modernisierungsgesetz von 2016 die Trägerschaft der elektronischen Patientenakte DMP.

Als Dachorganisation der gesetzlichen Krankenkassen definiert sich die UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance-maladie). Sie setzt sich zusammen aus der CNAM, der MSA (Mutualité sociale agricole), die Arbeitnehmer im landwirtschaftlichen Sektor versichert, und dem RSI (Régime sociale des indépendant). Die UNCAM ist im Zuge des Krankenversicherungsreformgesetzes 2004 entstanden. Ihre Aufgabe ist die Mitwirkung an der politischen Steuerung des Gesundheitswesens bei der Festlegung von Leistungen und Erstattungssätzen. Der Generaldirektor der UNCAM ist gleichzeitig der Generaldirektor der CNAM.⁵¹⁸

516 Reiter, R. (2014). Regulierung des Gesundheitswesens. *Gesundheitspolitik Frankreich*. [online] Verfügbar: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177384/regulierung>.

517 Cirre, P. (2015). *e-Health: strategy and ongoing programs*. [online] Verfügbar: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20151123_co06_en.pdf.

518 Reiter, R. (2014). Regulierung des Gesundheitswesens. *Gesundheitspolitik Frankreich*. [online] Verfügbar: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177384/regulierung>.

Die regionalen Gesundheitsagenturen ARS (Agence régionale de santé) führen in den einzelnen Regionen die unterschiedlichen Gesundheitsbehörden mit weiteren Akteuren aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens zusammen. Die Implementierung der ARS wurde durch das *Loi HPST* im Jahr 2009 realisiert. Ihre Aufgabe besteht in der Planung der Versorgungsbedarfe und der regional angepassten Implementierung nationaler gesundheitspolitischer Beschlüsse und Vorgaben.

Die ASIP Santé ist die nationale Agentur für digitale Gesundheit. Sie ist zuständig für die Entwicklung von Digital Health und die Durchführung von nationalen Digitalisierungsprojekten. Die Gründung im Jahr 2009 geht zurück auf das Bestreben des Gesundheitsministeriums, die Entwicklung eines digitalen Gesundheitsinformationssystems entscheidend voranzutreiben. Anhand mehrerer Berichte aus den Jahren 2007 und 2008 wurde festgestellt, dass die Entwicklung auf eine fehlende strategische Steuerung zurückzuführen ist. Durch die Gründung der ASIP Santé sollte dem entgegengewirkt werden, indem sie bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Entwicklung von Interoperabilität, übernehmen sollte. Im Jahr 2011 wurde der ASIP Santé die Hauptverantwortung für die Realisierung der elektronischen Patientenakte DMP übertragen. Mangels positiver Ergebnisse wurde die ASIP Santé im Herbst 2012 von dieser Verantwortung befreit. Das DMP wurde anschließend vier Jahre stillgelegt, ehe es 2016 von der CNAM übernommen wurde.⁵¹⁹

Die eHealth France Alliance ist eine private Organisation von vier Berufsverbänden, welche Unternehmen vertreten, die E-Health-Lösungen anbieten. Sie wurde im Oktober 2015 mit dem Ziel gegründet, das öffentliche Bewusstsein über den Digital-Health-Sektor zu stärken, um somit mehr Arbeitsplätze zu schaffen. Damit soll die allgemeine Modernisierung des Gesundheitssystems weitergeführt werden.⁵²⁰

6.5.3 Digital Health Governance

Strategien und Gesetze

Frankreichs erste und aktuelle nationale Strategie für die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die *Stratégie nationale e-santé 2020*, wurde erst 2016 erlassen. Im Mittelpunkt stehen Big Data und telemedizinische Dienste, um die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems und die Entscheidungsfindung von Ärzten zu verbessern. Die auf vier Säulen aufgebaute Strategie setzt Big Data als Unterstützung in der Behandlung und Pflege, die engere Kollaboration zwischen den Akteuren und Innovationsanreize, den Abbau bürokratischer Hürden und die Entwicklung von Telemedizin für den einfacheren Zugang zu medizinischer Versorgung sowie Informationssicherheit auf die nationale Agenda. Dadurch soll die Steigerung der Gesundheitskompetenz der französischen Bevölkerung das primäre Ziel darstellen. Die Bürger sollen Diagnosen hinterfragen und sich online auf diversen Gesundheitsportalen (z. B. sante.fr) informieren. Für eine erfolgreiche Implementierung von Digital-Health-Lösungen sieht die Strategie die Entwicklung eines standardisierten Terminologie-Systems vor. Diese Digital-Health-Strategie, die vom französischen Gesundheitsministerium erstellt wurde, repräsentiert eine Niederschrift von Zielen, die bis 2020 erfüllt werden müssen.

Die in diesem Zusammenhang erlassenen Gesetze schaffen den nötigen Rahmen für die Regionen, selbst darüber zu entscheiden, welche Art von Diensten und Anwendungen regio-

⁵¹⁹ Interview, Studienreise Frankreich.

⁵²⁰ ehealthfrance.com (o.J.). *eHealth France Alliance*. Offizielle Website. [online] Verfügbar: <http://ehealthfrance.com/>.

nal implementiert werden. Digital Health wird nicht nur als Zusatz, sondern als fester Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung angesehen.

Daneben existiert ein nationaler Plan, der jahrelang von der ASIP Santé vorangetrieben wurde und die Einführung einer ePA und des E-Rezeptes vorsieht. Diese Programme wurden unter der Regierung des ehemaligen Präsidenten Hollande jahrelang pausiert, im Jahr 2016 jedoch wiederbelebt und an die CNAM übergeben. Die aktuellen Pläne sehen auch Patientenportale und telemedizinische Anwendungen vor, nicht jedoch mHealth oder die Nutzung von Big Data im Gesundheitsbereich⁵²¹.

Das schrittweise Pilotieren und die Projektevaluierungen übernehmen die Regionen. Bei der erneuten Einführung des DMP im Jahr 2016, für die Einführung regionaler E-Rezept- und Telemedizinische Dienste sowie für den Ausbau des französischen Gesundheitsinformationsportals *santé.fr* sind Implementierungspläne mit entsprechenden Zeitrahmen definiert worden. Rechtlich verpflichtende Fristen existieren jedoch nicht.⁵²²

Das Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (2016) sieht vor, das Gesundheitssystem durch Innovationen effizienter und gerechter zu machen. Dabei will es insbesondere drei grundlegende Problematiken, der alternden Population, dem Anstieg der chronischen Krankheiten und der Ungerechtigkeit im französischen Versicherungssystem entgegenwirken. Das Gesetz ist auf folgende vier Säulen aufgebaut:

- Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung
- Erleichterung der *patient pathways*
- Innovation für ein nachhaltiges Gesundheitssystem
- Stärkung der öffentlichen Verwaltung

Das Gesetz ist für die Digitalisierung des Gesundheitssystems relevant, da es u. a. die Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsinformationsdienstes unter der Leistung des

TABELLE 47: Digital-Health-Historie Frankreich

Jahr	Strategie/ Gesetzesentwurf
2004	Krankenversicherungsreformgesetz <i>La réforme de l'Assurance Maladie</i>
2004	Errichtung des DMP
2005	<i>Plan Hôpital 2007</i>
2009	Reformgesetz <i>Hôpital, Patient, santé et territoires (Loi HPST)</i>
2009	Gründung ASIP Santé
2012	Einstellung des DMP
2013	<i>Le programme Territoire de Soins Numérique TSN</i>
2014	<i>Réforme territoriale</i> : Verringerung Regionen von 22 auf 13 (Inkrafttreten 2016)
2016	<i>Stratégie nationale e-santé 2020</i> (Nationale Digital-Health-Strategie)
2016	Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems
2016	Neustart DMP
2018	<i>Loi de financement de la sécurité sociale 2018</i>

Quelle: Bertelsmann Stiftung

521 Interview, Studienreise Frankreich.

522 Interview, Studienreise Frankreich.

Gesundheitsministers vorsieht. Dieser Gesundheitsinformationsdienst ist auch zuständig für die Entwicklung des Gesundheitsportals *santé.fr*. Zudem erfolgte durch dieses Gesetz die Übertragung des DMP auf die CNAM. Die Gesundheitsversorger sind durch diese Gesetzgebung auch verpflichtet, Gesundheitsinformationen der Patienten auf das DMP hochzuladen. In Bezug auf Interoperabilität will das Gesetz Sicherheits- und Interoperabilitätsstandards einführen und etablieren.

Telemedizin ist fester Bestandteil des neuen Sozialversicherungsgesetzes 2018, und es wird erhofft, dass die Behörden von einem Diskussionsprozess zur Umsetzung übergehen. Insbesondere der Rahmen der Finanzierung und die Organisation der Pflege müssen akkurat bestimmt werden. Es ist nun die Aufgabe aller Akteure des Gesundheitswesens, bereits jetzt die nötigen Initiativen zu ergreifen, um das Ziel zu erreichen.

Institutionelle Verankerung

Zwar gibt Frankreich vergleichsweise viel Geld für Digital Health aus, jedoch existiert in der aktuellen Strategie kein konkret zugewiesenes Budget für die Erfüllung von Zielen. Auch eine Regulierung und Einführung von Fördermaßnahmen für innovative mobile Applikationen fehlt. Mit der ASIP Santé existiert eine Digital-Health-Agentur, deren Aufgaben in der Schaffung von Voraussetzungen für Digital Health liegen. Hierzu zählen die Setzung von Sicherheits- und Interoperabilitätsreferenzen sowie die Entwicklung von Standards für die Integration in das kommerziell vorhandene digitale Angebot.

Letztlich besitzt die ASIP Santé verhältnismäßig wenige Kompetenzen zur Durchsetzung. Der von der ASIP Santé entwickelte Interoperabilitätsrahmen bzw. die darin enthaltenen Richtlinien, u. a. auch zu semantischen Standards, sind für Versorger und Dienstleister erst verpflichtend, wenn eine Durchsetzungsverordnung des Ministeriums dies vorschreibt. Auf Anregung der ASIP Santé kann dies für einzelne Richtlinien und Standards erfolgen, aber niemals für mehrere auf einmal. Die Daten im DMP können für Zwecke der Gesundheitsforschung verwendet werden. Bislang bieten nur wenige Organisationen und Bildungseinrichtungen Aus- und Weiterbildungsprogramme für den Umgang mit und zum Nutzen von digitalen Gesundheitsprogrammen an.

Die von der ASIP Santé in Form von Zertifikaten validierten Standards zur Interoperabilität bilden einen nationalen Interoperabilitätsrahmen, der gemeinsam mit Akteuren des Gesundheitswesens und der Industrie entwickelt und verwaltet wird.

Das strategische Komitee für Digitale Gesundheit (*Le comité stratégique du numérique en santé, CSNS*) wurde 2017 gegründet. Seine Aufgabe ist es, als koordinierendes Organ Akteure der Industrie, Vertreter der Gesundheitsberufe und Gesundheitseinrichtungen sowie Patientenverbände und Ministerien an einen Tisch zu bringen und die Umsetzung der nationalen Digital-Health-Strategie in vier Projektgruppen zu gewährleisten und in Einklang zu bringen.

Nationale Förderprogramme wie das *Programme Territoire de Soins Numérique (TSN)* fördern die Umsetzung von innovativen Technologien im Bereich der Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern in den Regionen. Die CNAM verwendet auch Teile ihres Budgets für die Weiterentwicklung, Erstattung und Einführung ihrer digitalen Gesundheitsdienstleistungen. Für die Einführung z. B. des neuen DMP und der damit verbundenen Digitalisierung von Patientenakten sind zwar Leistungsziele definiert worden, deren Nichterfüllung allerdings keine Geldstrafen durch öffentliche Behörden nach sich zieht.

Auf gesetzlicher Ebene wurden in den letzten Jahren das Patientendatenschutzgesetz erweitert und zwischen Organisationen neue Regulierungen für den Austausch und die Archivierung von Patientendaten über das DMP getroffen. Entsprechende Gesetze legen fest, welche Rechte Patienten in Bezug auf ihre Patientenakte haben und welche Pflichten die Ärzte erfüllen müssen. Die ärztliche Haftbarkeit bei Behandlungsfehlern im Kontext von Medizinprodukten und ePAs ist gesetzlich nicht genauer spezifiziert.

Political Leadership

Die starke Links-Rechts-Opposition sowie die fragmentierte Parteienlandschaft Frankreichs sorgen von Regierung zu Regierung für ausgeprägte politische Richtungswechsel. Dies wirkt sich auch auf den Bereich „Digital Health“ aus. Die politische Führung im französischen Gesundheitssystem ist sehr stark von dem jeweils zuständigen Minister abhängig. So gibt es zwar immer wieder Bestrebungen, die Digitalisierung voranzutreiben, allerdings wird aufgrund des zentralistisch organisierten Landes und der starken Auswirkungen von Politikwechseln Innovation verlangsamt, da sich die politischen Prioritäten durch entsprechende Machtwechsel relativ deutlich ändern können. Während das DMP noch 2011 landesweit in Betrieb genommen wurde, wurde es unter der neuen Regierung 2012 aus Kostengründen wieder eingestellt. Zwei Jahre später wurde beschlossen, das DMP zur CNAM zu transferieren, was wiederum erst zwei Jahre später umgesetzt wurde. Seit dem erneuten Regierungswechsel 2017 wird die Digitalisierung in vielen Bereichen wieder verstärkt vorangetrieben, was sich auch im Digital-Health-Bereich bemerkt macht. Insgesamt war das Thema „Digitale Gesundheit“ jedoch nicht wahlkampfrelevant, und es hat keine treibende Kraft in der aktuellen Regierung⁵²³.

Fragen zum Gesundheitssystem waren vor der Präsidentschaftswahl 2017 politisch durchaus relevant, dabei jedoch vielmehr grundlegender Natur: Es ging u. a. um Kosteneinsparungen, Kürzungen der Versicherungsleistungen oder eine Rückkehr vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip.⁵²⁴ Mit Präsident Macron hat sich dennoch der Kandidat durchgesetzt, der sich in seinem Wahlprogramm am stärksten auch für eine Modernisierung und Digitalisierung im Gesundheitswesen ausgesprochen hatte. Er setzte dabei besonders auf eine Förderung der Telemedizin, ohne jedoch das bestehende System umfassend ändern zu wollen.⁵²⁵

Auch im Gesundheitsministerium wurde erkannt, dass Frankreich bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems im internationalen Vergleich schlecht abschneidet. Die aktuelle Gesundheitsministerin Agnès Buzyn äußerte sich 2018, dass eine „Notwendigkeit“ bestünde, „schnell eine Strategie zur Stärkung der digitalen Revolution in Gesundheitssystem“ zu etablieren⁵²⁶. Neben dem Präsidenten und der Gesundheitsministerin hat sich auch der Regierungsbeauftragte für Digitales bereits positiv über die Entwicklung im Gesundheitsbereich geäußert. So möchte er in den kommenden Jahren insbesondere Start-up-Unternehmen finanziell unterstützen, die sich für mehr Digitalisierung u. a. auch im Gesundheitsbereich engagieren wollen.⁵²⁷

523 Interview, Studienreise Frankreich.

524 De Bousingen, D. (2017). *Der schwierige Start für Hoffnungsträger Macron*. [online] ÄrzteZeitung. Verfügbar: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/935708/machtwechsel-elysee-schwieriger-start-macron.html.

525 De Bousingen, D. (2017). *Gesundheitssystem vor radikalen Änderungen?* [online] ÄrzteZeitung. Verfügbar: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/934072/wahlen-frankreich-gesundheitssystem-radikalen-aenderungen.html.

526 Weinberg, M. (2018). *How e-health enters into the life of French people*. [online] Verlingue. Verfügbar: <https://www.verlingue.com/how-e-health-enters-into-the-lives-of-french-people/>.

527 Dillet, R. (2018). *France's Digital Minister Mounir Mahjoubi on upcoming digital policies*. [online] TechCrunch. Verfügbar: <https://techcrunch.com/2018/01/30/frances-digital-minister-mounir-mahjoubi-on-upcoming-digital-policies/?guccounter=1>.


6.5.4 Wirkungsanalyse


Nachfolgend wird der beobachtete Einfluss verschiedener Variablen auf den Digitalisierungsprozess in Frankreich erläutert.

Bei den einzelnen Variablen wurden folgende Beobachtungen gemacht:

Größe des Landes und Einwohnerzahl: Als größtes Land mit dem schlechtesten Abschneiden unter den untersuchten Ländern kann hier ein negativer Effekt beobachtet werden.


Beobachteter Effekt: 


Staats- und Regierungsform: Die Staats- und Regierungsform an sich erzielt keinen beobachtbaren Effekt, wobei die starke Exekutive Frankreichs eine negative Rolle spielen kann (siehe *Commitment and Involvement*). Beobachteter Effekt: 


Politische Ordnung: Zentralismus vs. Föderalismus und Subsidiarität: Da Frankreich als zentralistischer Staat zu betrachten ist, konnten keine Beobachtungen über den Effekt des Föderalismus gemacht werden. Beobachteter Effekt: 

Korporatismus (Grad der Selbstverwaltung): Aufgrund der großen Anzahl an Selbstverwaltungsakteuren in Frankreich ist es fast unmöglich, koordinierten Fortschritt zu erzielen.

Beobachteter Effekt:  

Kompromiss und Konsens: Starke ideologische Unterschiede machen Kompromisse in Frankreich extrem schwierig. *Cohabitation* kann zu politischem Matt führen. Es kann daher kein positiver Effekt für Kompromisse beobachtet werden. Beobachteter Effekt: 

Rolle und kulturelle Verankerung Datenschutz: Es konnten keine konkreten Effekte in Bezug auf Bedenken beim Datenschutz festgestellt werden. Beobachteter Effekt: 

Finanzierungssystem: Sozialversicherungssystem (Bismarck) vs. Staatlicher Gesundheitsdienst (Beveridge) vs. Hybridsysteme: Aufgrund der finanziellen Interessen der Versicherer wird eher kurzfristig auf Gewinne geachtet und weniger auf langfristige neue und teils kostspielige Entwicklung, die die Digitalisierung vorantreiben könnte. Der Effekt des Finanzierungstyps an sich kann nicht beobachtet werden. Beobachteter Effekt: 

Regionale / kommunale vs. nationale Organisation: Die Regionen sind in ihrer Digitalisierung unterschiedlich weit fortgeschritten, jedoch wird hieraus kein weiterer Nutzen gezogen. Es konnte weder ein positiver noch ein negativer Effekt der regionalen Organisation festgestellt werden.


Beobachteter Effekt: 

Öffentliche Ausgaben für Digital Health: Im Vergleich zu den extrem hohen Kosten, die Frankreich für E-Health bereits aufgewendet hat, ist extrem wenig von der Digitalisierung im Land angekommen. Hohe Ausgaben sind nicht gleichzusetzen mit erfolgreicher Digitalisierung.

Beobachteter Effekt: 


Akteurskonstellationen und Advocacy-Koalitionen: Aufgrund der Vielzahl an Veto-Akteuren wirkt sich diese Variable entsprechend der Annahme deutlich negativ auf die Digitalisierung aus. Es gibt schlicht zu viele unterschiedliche Interessen, als das eine gemeinsame Linie verfolgt werden könnte.


Beobachteter Effekt:  

Anzahl an Strategien und Gesetzen: Trotz der hohen Anzahl an Gesetzen hat sich wenig getan. Dabei ist zu beachten, dass kein reines E-Health-Gesetz dabei ist, sondern das Thema immer „nur“ angehängt wird. Eine Strategie ist bisher nicht zu erkennen gewesen. Beobachteter Effekt: 

„Qualität des Gesetzes“: Viele komplizierte und übermäßig konkrete Gesetze sind hinderlich für die Digitalisierung. Da keine qualitativ guten Gesetze erlassen wurden, ist der Effekt gleich null.

Beobachteter Effekt: 

Verbindliche Anwendung von Standards und Interoperabilitätslösungen: Die von der ASIP Santé entwickelten Standards sind verbindlich. Sie werden allerdings nur selten umgesetzt, weshalb nur ein leicht positiver Effekt zu sehen ist. Beobachteter Effekt: 

Rolle von Digital-Health-Strategien: Aufgrund des Mangels an konkreten Strategien und aufgrund von zu vielen Wechsels in der politischen Führung fehlt es an einer klaren gemeinsamen Richtung, wodurch die Digitalisierung negativ beeinflusst wird. Fehlende Strategien gleich keine Bewertung. Beobachteter Effekt: 


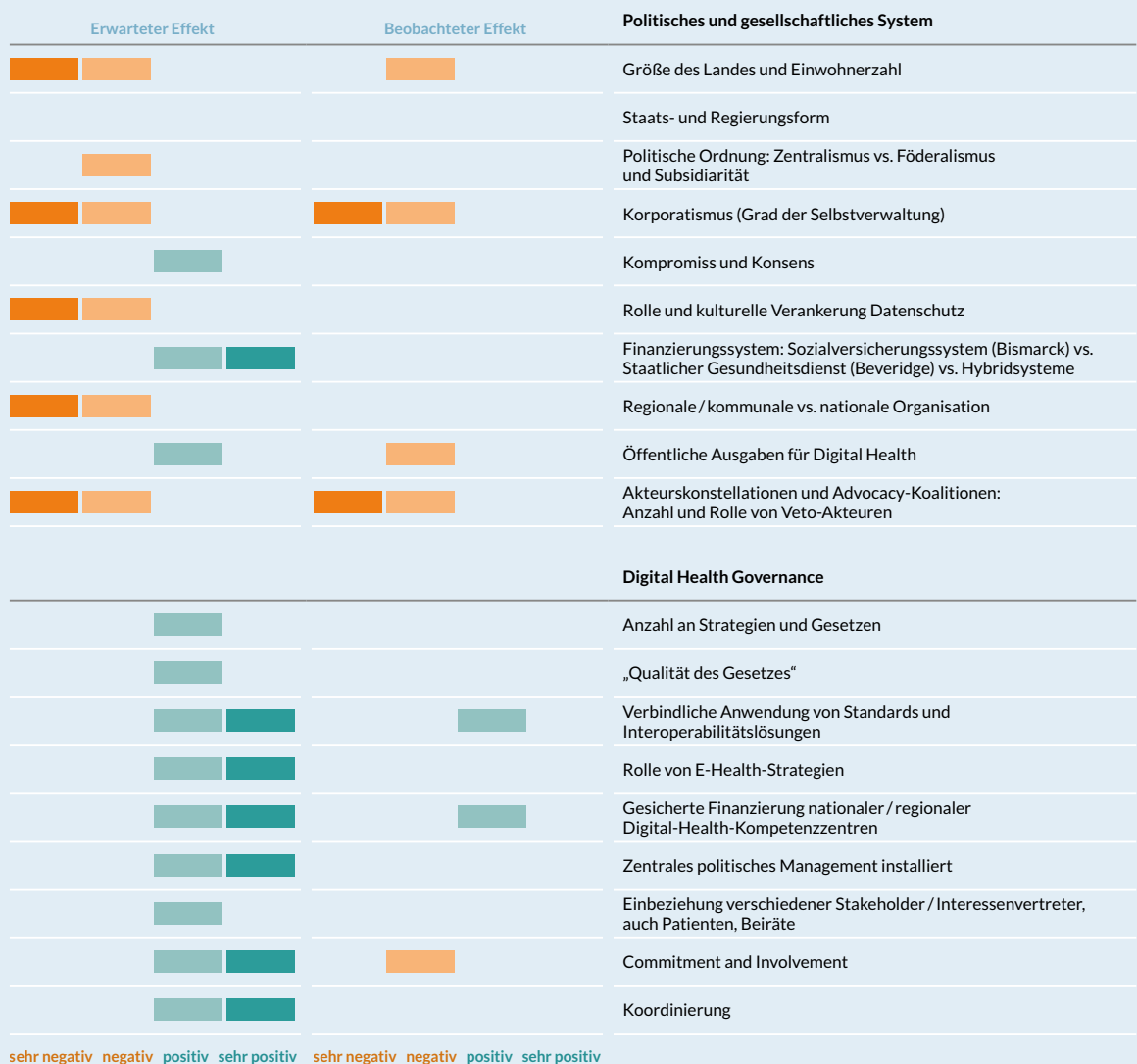
Gesicherte Finanzierung nationaler / regionaler Digital-Health-Kompetenzzentren: Die ASIP Santé ist ausreichend finanziert, weshalb sie konsequent an Standards arbeiten kann. Beobachteter Effekt: 

ABBILDUNG 61: Erwarteter vs. beobachteter Effekt von Einflussvariablen auf den Digitalisierungsstand – Frankreich



Quelle: Bertelsmann Stiftung

Zentrales politisches Management installiert: Ein zentrales politisches Management ist trotz der zentralistischen Ausrichtung bisher nicht etabliert worden. Stattdessen hat nun die Krankenversicherung die Rolle des Verantwortlichen zugespielt bekommen. Beobachteter Effekt: ①

Einbeziehung verschiedener Stakeholder: Durch das zentrale Entwickeln von Standards ohne den Einbezug von Ärzten und anderen Anwendern ist der bisherige Prozess der Digitalisierung ins Stocken geraten. Beobachteter Effekt: ①

Commitment and Involvement: Aufgrund wechselnder Regierungen und ihrer jeweiligen Eigeninteressen werden viele Projekte aus politischen Gründen beendet und erst spät wieder fortgesetzt oder sogar neu aufgelegt – was sich mit der nächsten Regierung wieder ändern kann. Die Variable wirkt sich in Frankreich also eher hinderlich aus. Beobachteter Effekt: ☹️

Koordinierung: Es sind kaum koordinierende politische Maßnahmen mit positiver Wirkung festgestellt worden. Beobachteter Effekt: ①

Die gemachten Angaben werden in Abbildung 61 noch einmal grafisch veranschaulicht (siehe Seite 329). Es zeigt die hier gemachten Beobachtungen in Form von sehr negativen (dunkelrot) bis sehr positiven Balken (dunkelgrün). In gleicher Weise zeigt es die weiter oben beschriebenen erwarteten Effekte der einzelnen Indikatoren auf den Digitalisierungsstand. Danach werden dann einzelne Variablen und ihre Wirkungsweise für die Digitalisierung hervorgehoben und näher ausgeführt.

Zu viele Akteure, zu wenig Koordinierung und Kooperation

Während das Gesundheitssystem Frankreichs eine Vielzahl an Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen umfasst, findet gerade für Digital Health wenig Koordinierung und Kooperation zwischen diesen statt. Grundsätzlich wird vieles in Frankreich zentral geregelt, aber ein nationaler Rollout einer digitalen Infrastruktur erscheint bisher nicht möglich. Der Grund dafür liegt nicht nur in der vielfältigen Akteurslandschaft, sondern eben in der mangelnden Koordination und Kooperation. Erst seit 2017 existiert das CSNS, das die verschiedenen Stakeholder an einen Tisch bringen soll. Gleichzeitig wurde versucht, die zentral entwickelte nationale Infrastruktur in regionalen Pilotprojekten auszurollen, was jedoch längst nicht mit allen Regionen kompatibel war.

Fehlende Einbindung der Anwender

Die mangelnde Absprache mit den Regionen deutet auf ein weiteres Problem des französischen Digital-Health-Ansatzes hin: die mangelnde oder fehlende Beteiligung der Anwender. In ersten Pilotprojekten waren Daten innerhalb des Systems nur unzureichend vorhanden, weshalb der gesamte Nutzen von vielen Medizinerinnen schnell angezweifelt und das Interesse an einem Datenaustausch eingestellt wurde. Die fehlende Beteiligung der Ärzte resultierte letztlich in einer ablehnenden Haltung verschiedener Stakeholder, da in dem bisherigen Ansatz schlicht kein sinnvoller Nutzen erkannt wurde. Durch die Übertragung des DMP an die CNAM erhoffen sich die beteiligten Unterstützer nun von Beginn an mehr Daten. Allerdings bleibt zweifelhaft, ob ein Mehr an Daten über die Schwächen einer Anwendung, die nicht mit den Endnutzern zusammen entworfen und abgestimmt wurde, hinwegtäuschen kann.

Gesetze ersetzen keine sinnvolle Strategie

In Frankreich ist zu beobachten, dass sich das Fehlen klarer Strategien und Rahmenzielsetzungen negativ auf den Fortschritt auswirkt. Im Gegensatz zu Ländern wie der Schweiz oder Dänemark existiert zwar eine Strategie, aber ohne inhaltliche Visionen und Ziele sowie ohne Budget-Zuweisungen für ihre Umsetzung. Im Vergleich zu Israel, wo es auch lange keine Strategie gab, findet hingegen eine starke Regulierung per Gesetz statt, anstatt verschiedene Akteure zunächst gewähren zu lassen und somit auch aktiver in den Gestaltungsprozess einzubinden. Hier zeigt sich letztlich, dass eine Vielzahl an Gesetzen nicht automatisch Fortschritt bedeuten muss. Eine einheitliche Strategie, die alle wichtigen und notwendigen Stakeholder umfasst sowie Ziele für die Digitalisierung und einen zeitlichen Rahmen vorgibt, erscheint sinnvoller, als regelmäßig Gesetze zu erlassen, die entweder zu raschen Kurswechseln führen oder bereits gemachte Digitalisierungsfortschritte entwerten können.

Regierungswechsel als Innovationsstopp

In Frankreich sind das politische System und die herrschende politische Kultur zwei wichtige Variablen bezüglich der Digitalisierung des Gesundheitssystems. Hier lässt sich beobachten, wie sich eine starke Oppositionshaltung in Verbindung mit politischen Machtwechseln negativ auf Innovationen auswirken kann. Mit Regierungswechseln geht in der Regel ein Stopp existierender Programme einher, wie es im Fall der Entwicklung des DMP passiert ist. Bis andere, ähnliche oder sogar das gleiche Programm (wieder-)aufgenommen werden, vergehen oft Jahre, was einem Innovationsstopp gleichkommt und die Digitalisierungsbemühungen stark erschwert oder zurückwirft.

Fortschritt durch Privatisierung und Abgabe der ePA an die Versicherer

Parallel zum DMP existiert in Frankreich auch das DP, das Dossier Pharmaceutique, eine reine Medikationsakte, die vom französischen Apothekerorden privatwirtschaftlich organisiert und 2008 per Gesetz zur flächendeckenden Einführung freigegeben wurde. Dieses DP ist in seiner Verbreitung und seiner Nutzung wesentlich weiter als das DMP. Bis 2016 haben sich ca. 30.000 verschiedene Apotheken und Gesundheitseinrichtungen in dem System registriert. Es ist mit 32 Millionen aktiven DP-Akten weitaus erfolgreicher als das DMP. Die weniger komplizierte technische Infrastruktur kann eine Rolle spielen, jedoch handelt es sich letztlich um ein privatwirtschaftlich organisiertes Projekt mit wenigen Beteiligten, dessen Umsetzung und Nutzung wesentlich schneller erfolgte als beim DMP. Zudem zeigt das DP, dass Digitalisierung auf verschiedenen Ebenen stattfinden kann.

Einen Fortschritt für das DMP erhofft man sich nun durch die Abgabe an die CNAM. Durch ihre auch auf regionaler und lokaler Ebene vorhandene Verwaltungsstruktur soll sie in der Lage sein, das DMP schneller mit Daten zu füllen, da das DMP zum einen schneller bei den örtlichen Versorgern verbreitet werden kann und zum anderen die Abrechnungsdaten aller Patienten in das System gespeist werden, wodurch ein Mehrnutzen entsteht. Es bleibt allerdings offen, ob und wie sich eine bislang wenig anerkannte Lösung langfristig durchsetzen wird.

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 Katldefleiter

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
Seite 232, 236, 239, 241: Bar-
docz Peter - shutterstock

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