Bertelsmann Stiftung stellt einen Digitalisierungsindex für EU- und OECD-Länder auf

# SmartHealthSystems: „Wollen reicht nicht“

Die Experten der Bertelsmann Stiftung sind sich sicher: Die Digitalisierung des Gesundheitssektors könnte zu einer verbesserten Versorgungsqualität führen. Ohne die Vernetzung und Digitalisierung des Gesundheitswesens komme das neue medizinische Wissen in der Versorgung nicht schnell genug an. In der Studie „#SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich“ zeigen die Autoren anhand eines detaillierten Index, dass Deutschland in der Digitalisierung des Gesundheitssystems mal wieder schlecht dasteht, sehr schlecht. Im Gegensatz zu den Vorreitern Estland, Kanada und Dänemark.

>> Deutschland hatte einmal einen Traum: eine moderne IT-Infrastruktur für das Gesundheitssystem, das das Land international zum Vorreiter in Sachen E-Health macht. „Heute muss man nüchtern feststellen: Das ist nicht gelungen. Zumindest vorerst nicht“, stellen Dr. Brigitte Mohn (Mitglied des Vorstandes) und Uwe Schwenk (Direktor „Versorgung verbessern – Patienten informieren“) von der Bertelsmann Stiftung im Vorwort der Studie fest. Während in anderen Ländern die wichtigsten Patientendaten seit mehreren Jahren in elektronischen Akten gespeichert und Rezepte digital übermittelt würden, arbeite Deutschland noch immer an den Grundlagen der digitalen Vernetzung und tausche Informationen überwiegend auf Papier aus.

Doch die Vorwort-Schreiber machen auch Mut: Nirgends verlaufe die digitale Transformation geradlinig. Die umfangreiche, immerhin 400 Seiten lange Analyse der Bertelsmann Stiftung trägt den Titel „#SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich“. Im ersten Teil der Studie mit dem Titel „Internationales Benchmarking und Digital-Health-Index“ ist der Status quo der Digitalisierung im deutschen und in den Gesundheitssystemen anderer Länder (insgesamt 17 EU- und OECD-Länder) abgebildet. Grundlage dafür bilden „34 Indikatoren zu Strategie, technischer Readiness oder digitalem Reifegrad und tatsächlichem vernetzten Gesundheitsdatenaustausch“. Außerdem enthält der erste Teil ein Benchmarking, das einen Ländervergleich im Hinblick auf die Digitalisierung erlaubt (s. Abb. 1).

Für den „Digital-Health“-Index und das Benchmarking hat die Bertelsmann-Stiftung in den entsprechenden Ländern Daten zu drei Themenblöcken erhoben:

- Policy-Aktivität und politische Strategie,
- Technische Implementierung und Readiness,
- Tatsächliche Nutzung von Daten.

**Länderrangfolge nach dem „Digital Health“-Index**

| Rangplatz | | Digital-Health-Index | |
|---|---|---|---|
| 1 | Estland | 81,9 | Gruppe 1 > 70 |
| 2 | Kanada | 74,7 | |
| 3 | Dänemark | 72,5 | |
| 4 | Israel | 72,4 | |
| 5 | Spanien | 71,4 | |
| 6 | NHS England | 70,0 | Gruppe 2 ≤ 70 |
| 7 | Schweden | 68,3 | |
| 8 | Portugal | 67,2 | |
| 9 | Niederlande | 66,1 | |
| 10 | Österreich | 59,8 | Gruppe 3 < 60 |
| 11 | Australien | 57,3 | |
| 12 | Italien | 55,8 | |
| 13 | Belgien | 54,7 | |
| 14 | Schweiz | 40,6 | Gruppe 4 < 50 |
| 15 | Frankreich | 31,6 | |
| 16 | Deutschland | 30,0 | |
| 17 | Polen | 28,5 | |
| | Mittelwert | 59,0 | |
| | Standardabweichung | 16,9 | |

Leseanleitung: Tabelle 26 zeigt den Digital-Health-Index sortiert nach der Rangplatzierung der Länder. Der Digital-Health-Index kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei ein höherer Wert eine höhere Entwicklungsstufe im Bereich „Digital Health“ darstellt. Die Einzelheiten zur Berechnung finden sich in Kapitel 2.
Quelle: Bertelsmann Stiftung

***Abb. 1:*** Länderrangfolge nach dem „Digital Health“-Index.

Deutschland befindet sich im Gesamt-Ranking der Länder (s. Abb. 1) mit 30 Punkten auf dem vorletzten Platz. Mit dieser Punktezahl gehört das Land zu der Schlusslichter-Gruppe Schweiz, Frankreich, Deutschland und Polen.

Die seit mehreren Jahren andauernden Versuche, Digital Health auf politischer Ebene voranzutreiben, zeigten nur mäßigen Erfolg, schlussfolgern die Studienautoren und verweisen auf den Sub-Index „Policy-Aktivität“, in dem sich Deutschland mit 44,2 Punkten ebenfalls auf dem vorletzten Platz befindet (s. Abb. 2). Neben für Deutschland typischen strengen Datenschutzbestimmungen mangele es an einer übergeordneten strategischen Orientierung und finanziellen Anreizen, die von der Industrie gefertigten und von der gematik zertifizierten Lösungen flächendeckend einzuführen, so die Kritik der Bertelsmann-Experten. Es finde keine zentrale politische Koordination durch eine entsprechende Agentur statt. Die Readiness in Deutschland sei die zweitniedrigste im gesamten Ranking (mit 30,1 Punkten auf Platz 16). Nationale digitale Anwendungen seien noch nicht in Betrieb. Problematisch sei auch die Tatsache, dass die gematik laufend neue Standards und Interoperabilitätsvorschriften veröffentlicht, die erfüllt sein müssen, damit digitale Lösungen an die Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen werden dürfen. Gleichzeitig sei aber weder die TI verpflichtend, noch müssen die Versorger in Deutschland sich nach der gematik richten – sie können eigene Lösungen entwickeln.

Dieser Sachverhalt spiegelt sich in der „tatsächlichen Datennutzung“ wider – hier liegt Deutschland mit 15,8 Punkten auf Platz 15. Generell werden Gesundheitsdaten zumeist elektronisch dokumentiert, und Versicherer verwenden Abrechnungsdaten der Ärzte zur gesundheitlichen Berichterstattung, so das Ergebnis der Studie.

Die Rahmengesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen führe in Ver-

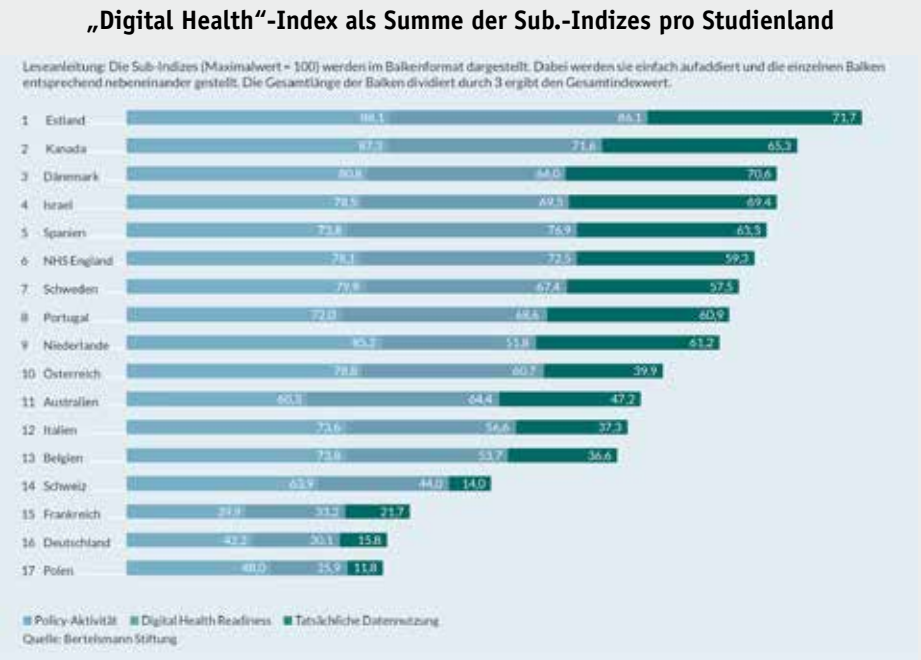



***Abb. 2:*** „Digital Health"-Index als Summe der Sub.-Indizes pro Studienland.

bindung mit dem Selbstverwaltungsprinzip zu einer Vielzahl von „teils inkongruenten" politischen Aktivitäten und Statements zum Thema „Digitale Gesundheit" in Deutschland. Eine Gesamtstrategie und ein gemeinsames Zielbild, die etwa auch Forschungsaspekte und die Frage der mobilen Gesundheitsanwendungen (mHealth) kohärent umfassen, seien noch nicht in Sicht.

Seit Inkrafttreten des E-Health-Gesetzes 2016 existiere in Deutschland auf Bundesebene formal ein Fahrplan für die Etablierung von Digital Health, stellen die Studienautoren fest. Auch sei generell innerhalb der Selbstverwaltung, der Parteien und Verbände ein Bewusstsein für die Schlüsselrolle von digitalen Gesundheitsdiensten und -anwendungen für die Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems vorhanden.

## Der Wille da, aber keine Gesamtstrategie

Trotz einzelner sinnvoller Maßnahmen (etwa laufender Einführung der Telematik-Infrastruktur, der Viodeosprechstunde oder der Etablierung von Patientenakten zum bundesweiten Austausch von Patientendaten, aber auch dem geplanten Aufbau eines Gesundheitsinformationsportals) mangele es jedoch an konkreter Strategie zur Unterstützung von technischer und semantischer Interoperabilität. „Als ein Schritt in diese Richtung kann die Aktivierung des Interoperabilitätsverzeichnisses vesta der gematik gesehen werden", so die Bewertung der Autoren. Den Ansatz und das (Gesellschafter-)Konstrukt der gematik als Entwickler- und Betreibergesellschaft für die Telematik-Infrastruktur sehen sie aber kritisch. Diese Struktur scheine „rechtlich und politisch nicht befähigt, ein nationales zentrales System mit allen relevanten Stakeholdern zu koordinieren und zu steuern".

Größere strategische „Leerstellen" existieren zudem laut Analyse in den Kontexten „Telemedizin" und „mHealth". In Deutschland gebe es zwar seit vielen Jahren zahlreiche erfolgreiche Telemedizin-Projekte, jedoch werden die allermeisten nur regional oder im Rahmen von Selektivverträgen angeboten, sodass Patienten flächendeckend nicht davon profitieren können.

Es stelle sich die Frage nach Mitteln und Wegen zur Skalierung von nutzenstiftenden Ansätzen. Im Bereich „mHealth" bestehe der größte Klärungsbedarf mit Blick auf adäquate Mechanismen für den Transfer von Anwendungen in die Regelversorgung.

Weitere Kritik der Studienautoren bezieht sich auf das Zeitmanagement: „Es gibt keine umfassenden verbindlichen Zielformulierungen, Richtlinien oder Fristen für ein digitales Gesundheitssystem als Ganzes." Lediglich einzelne Anwendungen wie etwa der Anspruch der Versicherten auf eine elektronische Patientenakte (ePA) ab dem 1.1.2021 seien im E-Health-Gesetz geregelt.

Einen weiteren Kritikpunkt stellt die Finanzierung dar. Derzeit werde die Digitalisierung des Gesundheitssystems in Deutschland nicht durch ein spezielles Digital-Health-Budget gesichert oder durch eine eigens geschaffene Digitalisierungsbehörde unterstützt, bemängeln die Autoren. Sie sehen jedoch erste Reformansätze in dieser Richtung, da der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) nun eine Abteilung für Digitalisierung gegründet hat, die Schnittstellenprobleme beseitigen und die nötigen politischen Grundlagen ( etwa für telemedizinische Leistungen) erarbeiten soll.

Die Übersicht „Digital Health in Deutschland" (Abb. 3) offenbart vor allem Nachholbedarf in der Digital-Health-Infrastruktur und bei den entsprechenden Anwendungen. Eine genauere Aufschlüsselung (s. Abb. 4) dieser Sparten zeigt, dass elektronische Gesundheitsdienste (wie etwa E-Rezept oder auch Informationsportale)

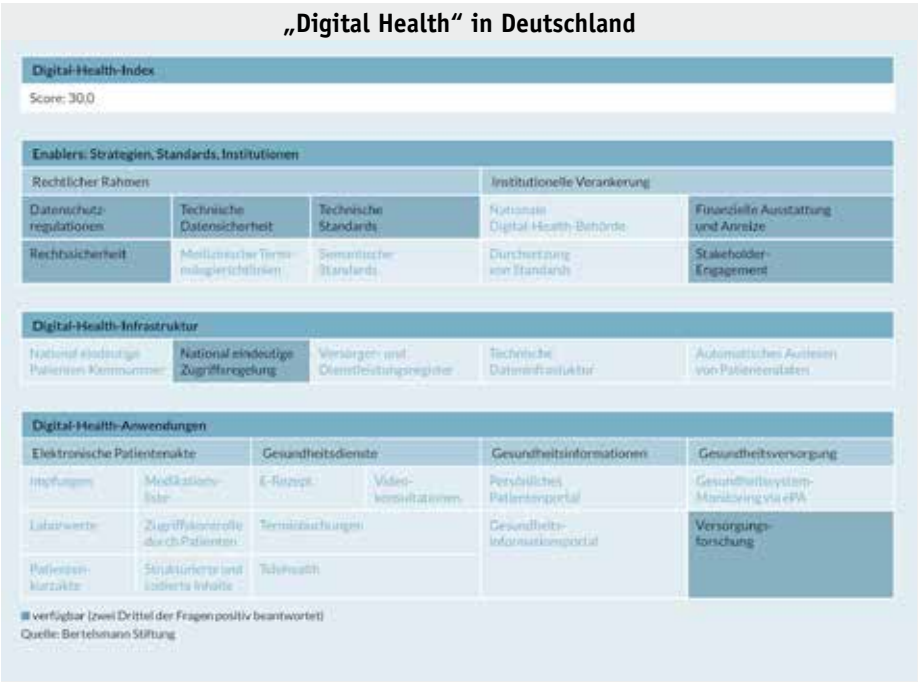



***Abb. 3:*** Übersichtskarte „Digital Health" in Deutschland.

zu wenig gefördert und genutzt werden. Einen großen kritischen Block bildet die Nutzung der Daten. Die größten Mängel attestiert die Analyse in den Punkten Interoperabilität, Verknüpfung und Austausch der Datensätze sowie Strukturierung und Codierung (s. Abb. 4).

Darüber hinaus fällt im „Digitalisierungsprofil Deutschland" (Abb. 4) auf, dass lediglich eine Maßnahme als „vollständig umgesetzt" bewertet ist – der Datenschutz. Die Privatsphäre von Patienten wird also offenbar bereits durch hinreichende Sicherheitsmaßnahmen geschützt. Die zweite und letzte gute Nachricht dieser Übersicht ist, dass der politische Wille zur Unterstützung von Datentransfer und -austausch „nahezu vollständig" ausgeprägt ist. Im Großen und Ganzen ergibt sich aber ein negatives Bild: Lediglich ein kleiner Teil der Maßnahmen gilt als „teilweise", der Großteil aber als „eher nicht" oder „nicht" umgesetzt (s. Abb. 4).

## Empfehlungen: digitale Kurzakte und E-Health-Institut

Das Fazit der Studienautoren zum Status quo: „Gegenwärtig wird der Diskurs über Digital Health in Deutschland stark von haftungs- und datenschutzrechtlichen Fragestellungen dominiert." Die eigentlichen Chancen für die medizinische Versorgung durch die Digitalisierung würden dabei eher in den Hintergrund gedrängt. Sie plädieren dafür, über neue Ansätze zur Erneuerung von Governance-Strukturen und der Rolle der gematik in Deutschland zu debattieren.

Im zweiten Teil der Analyse stehen unter dem Titel „Erfolgskriterien und Nutzungsgrade digitaler Anwendungen" fünf Länder im Mittelpunkt: Dänemark, Frankreich, Israel, die Niederlande und die Schweiz. Dabei beleuchten die Studienexperten die politischen Handlungen und Strukturen sowie die Rahmenbedingungen, die sich als Erfolgsfaktoren, oder aber auch Barrieren in der Digitalisierung der Gesundheitssysteme erwiesen haben.

Anhand dieser Beispiele leiten sie Empfehlungen für das deutsche Gesundheitssystem ab:

- Fokussierung auf zwei zentrale, relativ schnell umsetzbare Nutzungsfälle: eine **elektronische Kurzakte** besonders relevanter allgemeiner Patientendaten (elektronisches Patient Summary) und damit verzahnt – neben dem geplanten E-Medikationsplan – die Einführung eines **E-Rezeptes**. Sogenannte elektronische Patientenkurzakten gehörten mittlerweile in den meisten Ländern zum laufenden Betrieb, Patientendaten würden so relativ leicht flächendeckend und sektorenübergreifend ausgetauscht. Deutschland verfüge in dieser Hinsicht beispielsweise mit dem Notfalldatensatz und dem Notfalldaten-Management (NFDM) über einen Ansatz, der bei genauerer Sichtung die internationale Definition einer Patientenkurzakte erfüllt. Dementsprechend könnte der Notfalldatensatz Grundlage weiterer Nutzungsfälle unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte werden. Um die starke Rolle der Selbstverwaltungsakteure zu berücksichtigten, könnten einzelne Kurzakten-Systeme auf Kassenebene entwickelt werden. Auf nationaler Ebene könnte unter Einbindung aller relevanten Stakeholder dann ein Stammdatensatz in Form einer Patientenkurzakte definiert werden, damit Kerndaten bei Notfällen auch kassenübergreifend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf die sich abzeichnenden „Insellösungen" der jeweiligen Krankenkassen wäre ein solcher Ansatz realistisch und die entsprechenden Rahmenbedingungen sollten entwickelt werden, damit die bis 2021 geforderte ePA realisiert werden kann, so die Studienatoren.
- Adäquate **Versorgung im ländlichen Raum**: Nutzung der entstehenden Infrastruktur durch problemadäquate telemedizinische Werkzeuge.
- **Zweitverwendung erhobener Daten** durch andere Nutzer (z. B. andere Versorger oder Versorgungsforscher). Dies erfordere einen ethischen Rahmen und stringente Gesetze bzw. Richtlinien für den Datenschutz oder die IT-Sicherheit, insbesondere auch für die Weiterleitung von Gesundheitsdaten, den Zugriff darauf und die Analyse und Nutzung in Zweitverwertungskontexten. Dies sollte nicht nur auf der allgemeinen Ebene erfolgen, sondern auch die jeweils zugrunde liegenden Nutzungsszenarien und involvierten Nutzer berücksichtigen, betonen die Autoren. Tendenziell sollten ihrer Ansicht nach allgemeine Grundsätze eher in Gesetzen, Details dagegen eher in schneller an neue Gegebenheiten anpassbaren Rechtsverordnungen geregelt werden.
- Der **finanzielle Rahmen** sollte zuverlässig, angemessen und nachhaltig verfügbar sein. Die andauernde Förderung von neuen Pilotprojekten („Pilotitis") führe hingegen zur Vergeudung von öffentlichen Geldern. Darüber hinaus böten sich finanzielle Anreize zur Förderung der schnelleren Einführung bzw. Nutzung der zentralen oder regionalen Datenaustauschplattformen sowie versorgerübergreifender Datenzugriffs- oder Austauschdienste an.
- Etablierung einer neuen Institution zur Umsetzung der Digital-Health-Agenda: eines mit umfassenden Befugnissen ausgestatteten **E-Health-Instituts**. Darunter verstehen die Bertelsmann-Experten eine Organisationseinheit, die übergreifend für den Aufbau, das Management und die Pflege der digitalen Gesundheitsplattform und ihrer Infrastruktur-Dienste zuständig ist. Diese müsse vertrauensvoll mit spezialisierten Organisationen zusammenarbeiten, etwa aus dem E-Government in Bezug auf Cyber-Security oder etwa mit nationalen oder regionalen Organisationen zur Verwaltung elektronischer Identitäten für Bürger, Ärzte und andere Gesundheitsberufe.
- Die wichtigste Aufgabe des E-Health-Instituts sehen die Studienautoren darin, einen **Konsens und eine Kooperation** bei der Umsetzung der Digital-Health-Agenda zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems mit teils gegensätzlichen Interessen aufzubauen. Empfohlen wird, ein allgemeines – oder pro Anwendung ein getrenntes – Gremium zu etablieren und dies mit einem entsprechenden Governance-Rahmen, Durchsetzungsbefugnissen (u. a. für die verbindliche Entscheidungsfindung in einem angemessenen Zeitrahmen) sowie den erforderlichen Ressourcen auszustatten.
- Für die beschleunigte Umsetzung einer neu konzipierten E-Health-Politik und eine breitere Nutzung von E-Health-Lösungen in Deutschland seien die digitalen Kompetenzen der Versorger und der Bürger auszubauen. Dies werde auch die Planung entsprechender Kapazitäten in dem vorgeschlagenen deutschen Digital-Health-Institut einbeziehen müssen. Dort sei ein umfassendes Digital-Health-bezogenes Umsetzungs- und **Changemanagement** – einschließlich der Förderung von digitaler Kompetenz und Personalentwicklung – zu etablieren.
- **Zugriff auf oder Austausch von Daten** des Gesundheitssystems sowie deren Weiterverwendung, Weiterverarbeitung und Analyse. Um unnötige Fehlplanungen und Kosten eines reinen Technology Push im Digital-Health-Bereich zu vermeiden, sei es unabdingbar, sich zu vergegenwärtigen, dass der Datenzugriff bzw. -austausch kein Selbstzweck ist, sondern sich immer am Nutzen für den Datenempfänger – ob Arzt, Patient oder Zweitauswerter – orientieren sollte. Und wenn sich für den Anbieter kein wie auch immer gearteter Nutzen erzielen lasse, werde es notwendig werden, ihm die bei der Bereitstellung und Übertragung entstehenden Kosten zu kompensieren. Falls der Nutzen letztendlich nicht bei einzelnen Akteuren zu verorten ist, sondern eher dem „Gesamtsystem" zugutekommt, müsse dieses auch die damit verbundenen Kosten tragen.
- Wenn Daten und Informationen zwischen Akteuren ausgetauscht werden, die unterschiedliche IT-Systeme nutzen, werde **Interoperabilität** von entscheidender Bedeutung für

Zitationshinweis

Gilbers, O.: „Wollen reicht nicht", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/19), 12-15.; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2115

die Funktionalität des Gesamtsystems. Dabei genüge es nicht, Daten nur zwischen technischen Systemen auszutauschen. Vielmehr müssten die beteiligten Gesundheitsorganisationen und Personen die Daten verstehen und jeweils auch sinnvoll für die von ihnen vorgesehene Nutzung verarbeiten können. Die Lösung der damit verbundenen Interoperabilitätsfragen bilde das Herzstück einer jeden erfolgreichen nationalen oder regionalen Digital-Health-Infrastruktur und darauf fußender Anwendungen. Zu Ende gedacht impliziere dies, dass Interoperabilitätsfragen nicht durch allgemeine Standards, Wörterbücher oder abstrakte Regulierungen gelöst werden können, sondern nur durch nutzungsbezogene Analysen konkreter Szenarien (Use Cases oder Nutzungsfälle) und darauf aufbauende Lösungen und Spezifikationen aller relevanten Parameter. Es müssten jeweils konkrete Nutzungskontexte identifiziert werden, für die dann eine Vielzahl von Fragen und Details zu diskutieren und einer von allen Involvierten getragenen konsensualen Lösung zuzuführen sei.

- Auf technischer Ebene geben die Studienautoren folgende Strategie-Empfehlungen:
  1. Zunächst müssen die prioritären Nutzungsfälle (z. B. Kurz- oder Vollakte, Rezepte, Laborergebnisse, Entlassbriefe) festgelegt und in all ihren Facetten standardisiert beschrieben werden, da es im Gesundheitswesen aus den erörterten Gründen keine allgemeine Lösung von Interoperabilitätsfragen geben kann.
  2. Für jeden generischen Nutzungsfall sind die erforderlichen Informationen und Daten detailliert und präzise festzulegen.
  3. Es muss bestimmt werden, ob diese in Form eines einfachen Textes oder Dokumentes, als stringent strukturierte Dokumente oder aber in Teilen oder als Ganzes als voll standardisierte und codierte Daten ausgetauscht werden sollen. Je nach der Weiternutzung der Daten und den involvierten Kosten sind recht unterschiedliche Lösungen von Interoperabilitätsfragen denkbar und sinnvoll.
- Es sollte festgelegt werden, ob die Daten zentral, dezentral oder über Links jederzeit oder nur auf individuelle Anforderung zur Verfügung stehen. Denkbar seien auch rein **regional orientierte Plattform-Lösungen** (vor dem Hintergrund, dass Gesundheitsversorgung vor allem eine regional – und nicht national – orientierte Dienstleistung ist), die bei Anwendung der gleichen, möglichst auf offenen Anforderungen und Datenmodellen beruhenden Informationsaufbereitung leicht miteinander verbunden werden können.

**Digitalisierungsprofil Deutschlands**




***Abb. 4:*** Das Digitalisierungsprofil von Deutschland.

- Abgeleitet aus der Analyse der erfolgreich digitalisierten Länder, brauche es in Deutschland künftig konsequentes politisches Handeln und politische Führung – beruhend auf einem klaren, von den Akteuren geteilten Zielbild und einer eindeutigen **Umsetzungsstrategie**. Maßnahmen und notwendige Standards sollten dabei nicht „von oben" verordnet, sondern unter Einbeziehung von Experten und – vor allem – Endnutzern entwickelt werden. Unter anderem würde sich die Etablierung einer „kraftvollen" Organisationseinheit für einen solchen Einbeziehungsprozess in Form eines Digital-Health-Institutes eignen.

„Erfolgreiche Länder zeichnen sich durch einen Dreiklang aus effektiver Strategie, politischer Führung und koordinierenden nationalen Institutionen, also ‚Agenturen für digitale Gesundheit' mit steuernder Funktion", resümieren Mohn und Schwenk. Die deutsche Gesundheitspolitik soll ihrer Ansicht nach konsequent den Weg weitergehen, sie soll entschlossener handeln und ihre Führungsrolle bei der Gestaltung der Digitalisierung ausbauen. „Und nicht zuletzt müssen wir mehr Geschwindigkeit aufnehmen." <<

**Link:**
https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems/

Autorin:
Olga Gilbers