

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

ELNET 

GIHF 

German Israeli
Health Forum for
Artificial Intelligence

GIHF-AI Studie 2023

*Vertrauen in die Nutzung von Gesundheitsdaten –
ein Vergleich zwischen Deutschland und Israel*

Autoren:

Dr. Yiska Weisband, Dr. Alexander Schachinger,
Prof. Dr. Sylvia Thun, Prof. Dr. Ran Balicer

1. Hintergrund und methodischer Ansatz

Die Digitalisierung der Medizin ist derzeit global eines der führenden Innovationsthemen. Um die **Bereitschaft zur Spende digitaler Gesundheitsdaten für Forschung und Versorgungsmanagement zu evaluieren, wurden 2052 Bürgerinnen und Bürger in Deutschland und Israel** Mitte 2023 für einen ersten direkten Vergleich **im Rahmen des GIHF-AI (German Israeli Health Forum for Artificial Intelligence) befragt. Prof. Dr. Sylvia Thun**, Direktorin für Digitale Medizin und Interoperabilität am **Berliner Institut für Gesundheit der Charité (BIH)**, und **Prof. Dr. Ran Balicer**, CIO & Deputy-DG bei **Clalit Health Services** und Founding

2.1 Altersstruktur

Die unterschiedliche Altersstruktur spiegelt sich auch im Anteil der Teilnehmenden mit chronischen Erkrankungen wider: **41% der deutschen Teilnehmenden haben eine chronische Erkrankung. In Israel liegt die Zahl bei nur 26%.**

Director am **Clalit Research Institute**, fungierten als **wissenschaftlicher Beirat der Studie**. Zu den weiteren Autorinnen und Autoren gehörten **Dr. Yiska Weisband**, Direktorin des Data Research Centers bei Clalit Innovation, und **Dr. Alexander Schachinger**, CEO von EPatient Analytics.

Das **Clalit Research Institute und EPatient Analytics**, die Agentur für digitale Gesundheitsmarktforschung, **konzipierten ein demoskopisches Befragungsinstrument** und nutzten den Panelansatz von **Kantar Global**, einem international führenden Anbieter von Verbraucherpanels, um eine **kontrollierte Stichprobe von 1219 deutschen und 833 israelischen Bürgerinnen und Bürgern zu befragen**. Der Projektzeitraum der Panelerhebung war **Mai bis Juli 2023**.

Die Hauptinhalte des Fragebogens waren neben dem aktuellen Gesundheitszustand die **soziodemografischen Informationen** der Teilnehmenden, die **Nutzung von digitalen Gesund-**

heitsanwendungen, Wearables oder Trackern, medizinischen Geräten und die **Bereitschaft zur digitalen Datenspende** der eigenen Vitaldaten für verschiedenste Anwendungsszenarien bei unterschiedlichen Akteuren wie Ärztinnen und Ärzten, Kliniken, Behörden, Industrie und anderen.

2. Zentrale Ergebnisse

Die soziodemografische Teilnehmerstruktur entspricht in ihrer Mehrheit der Sozialstruktur der jeweiligen Länder. In einem ersten Vergleich, der in den folgenden Grafiken visualisiert wird, ist der **Altersunterschied zwischen Deutschland und Israel deutlich zu erkennen. Das Durchschnittsalter in Deutschland lag im Jahr 2020 bei 44,7 Jahren, in Israel bei 29,1 Jahren (2022).**

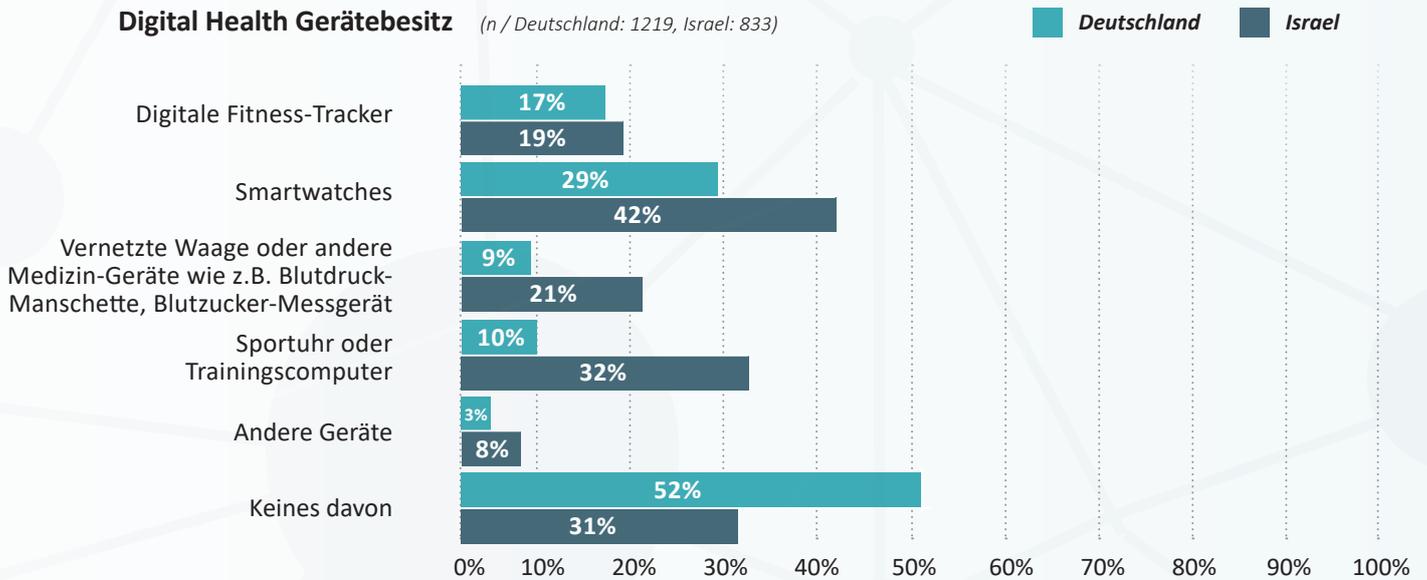
2.2 Digital Health Gerätebesitz

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, besitzen israelische Bürgerinnen und Bürger alle befragten digitalen Gesundheitsgeräte häufiger als die deutsche Bevölkerung. Diese Unterschiede sind aus Sicht einer Technologieverbreitung von großer Bedeutung. Nach Anpassung von Alter und Geschlecht ist die Nutzung digitaler Geräte in Israel ebenso weiter verbreitet als in Deutschland IRR 1,28, 95% CI (1,14, 1,44), $P < 0,001$.

Jedoch gibt es **keinen Unterschied in der Nutzung einiger digitaler Gesundheitsgeräte zwischen chronisch kranken und gesunden Menschen**, nach Anpassung von Alter und Geschlecht.

TABELLE 1

Digital Health Gerätebesitz (n / Deutschland: 1219, Israel: 833)



2.3 Wissen zu datenbasierten Anwendungsszenarien

Teilnehmende aus Israel haben ein höheres Wissen über das digitale Ökosystem hinter persönlichen digitalen Gesundheitsdaten und deren Potenzial. Dies blieb auch nach Anpassung für Alter und Geschlecht IRR 1,17, 95% CI (1,04, 1,32), P=0,01. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse zweier Beispiele.

Außerdem sind israelische Bürgerinnen und Bürger offener für Forschungs- und Versorgungsszenarien, die auf ihren persönlichen digitalen Gesundheitsdaten basieren oder diese nutzen. Dies blieb auch nach Anpassung für Alter und Geschlecht gleich IRR 1,24, 95% CI (1,09, 1,41), P<0,001.

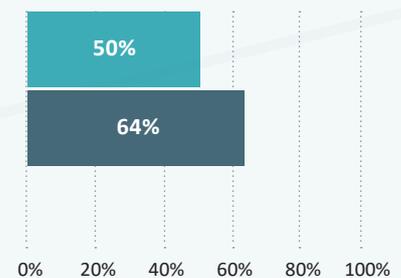
TABELLE 2

Wissen zu datenbasierten Anwendungsszenarien (Positive Antworten in Prozent)

(n / Deutschland: 1219, Israel: 833)

Deutschland Israel

“Mit Apps und Handys kann man Schritte, Puls oder Gesundheitsdaten messen. Die Apps und Geräte sind oft aus dem Ausland und sammeln dort diese Gesundheitsdaten. Wussten Sie das?”



“Die Erforschung neuer Behandlungen von Krankheiten ist schwierig. Unsere Daten von Apps, Handys oder unsere Akten bei unseren Ärzten können dabei der Forschung helfen. Wussten Sie das?”

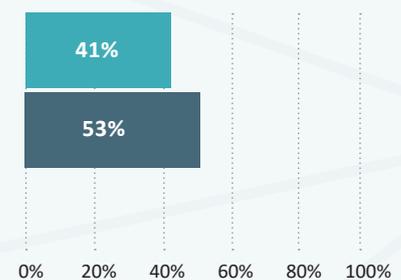


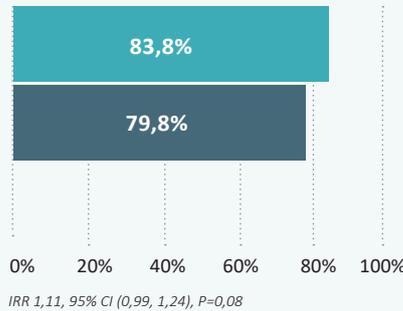
TABELLE 3

Bereitschaft der Verwendung eigener Daten für ärztliche Versorgung (z.B. Ärzte, Kliniken)

(n / Deutschland: 1219, Israel: 833)

■ Deutschland ■ Israel

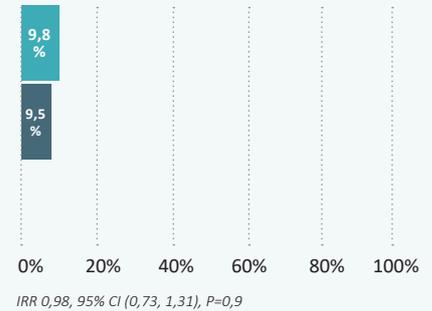
„Stellen Sie sich vor: Ihre Gesundheitsdaten werden digital gespeichert. Dies soll Ihrer Gesundheit und besserer Behandlung dienen. Aber wem würden Sie Ihre Daten anvertrauen? Antwort: Ich unterstütze die Nutzung meiner digitalen Daten für meine Behandlung mindestens einer Organisationsform.*



*Abgefragte Akteure (pro):

- ambulante od. stat. Versorger
- Apotheken
- gesetzl. od. priv. Krankenversicherung
- Forschende Hersteller
- Universität / Forschung

„Ich würde keiner dieser Organisationen die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten erlauben.“*



2.4 Evaluation datenbasierter digitaler Versorgungsszenarios

Die **Bewertung der Anwendungsszenarien, in denen personenbezogene digitale Gesundheitsdaten genutzt werden, unterschied sich in den beiden Ländern nicht so deutlich wie bei den vorigen Fragen.** Dies ist insofern beachtenswert, als dass die Implementierung einer digitalen Gesundheitsdateninfrastruktur in der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Israel im Vergleich zu Deutschland, dessen Gesundheitssystem praktisch noch papierbasiert ist, recht weit fortgeschritten ist. Umgekehrt sind diese Ergebnisse ein Indikator, dass die **Bereitschaft der Deutschen zur digitalen Gesundheitsversorgung weiter fortgeschritten ist, als es die derzeitige Gesundheitspolitik und Regulatorik ermöglicht oder annimmt.**

TABELLE 4

Evaluation datenbasierter digitaler Versorgungsszenarien (positive Antworten in %)

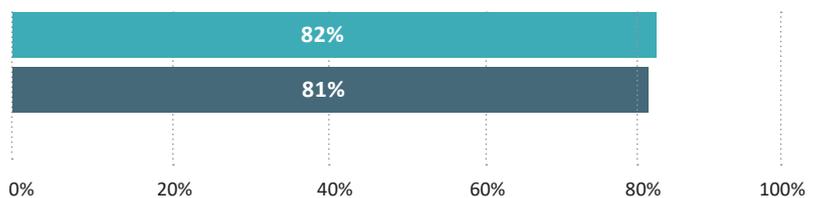
(n / Deutschland: 1219, Israel: 833)

*Die Bewertungen der Szenarien in der Umfrage wurden über 3 Items operationalisiert: 1. Pro, 2. Contra, 3. Weiß nicht.

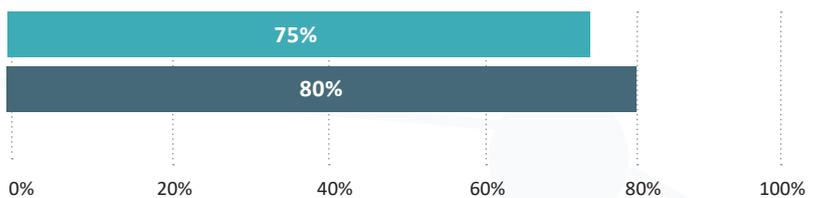
Positiv bewertete Punkte*

■ Deutschland ■ Israel

„In einigen Ländern gibt es schon eine zentrale Datenbank mit anonymisierten Patientendaten. Unter Beachtung des Datenschutzes kann die Medizinforschung die Daten verwenden. Was denken Sie über so eine Forschungsdatenbank für Deutschland/Israel?“



„Das Smartphone kann Daten zu Bewegung, Blutdruck und Puls messen und übertragen, z.B. an den Arzt. So können Patienten besser behandelt werden. Was denken Sie über die Möglichkeiten, bei denen eigene Smartphone-Daten mit der Patientenakte beim Arzt verbunden sind und so für eine bessere Diagnose und Behandlung sorgen?“



„Meine Daten können automatisch anonym zu einem unabhängigen Forschungsinstitut oder Universität fließen.“



3. Schlussfolgerung

Entgegen der verbreiteten Meinung, dass die **großen Unterschiede zwischen Deutschland**

und Israel in Bezug auf den rechtlichen Rahmen und das **Ausmaß der Nutzung von Gesundheitsdaten** für klinische und Forschungszwecke auf die **unterschiedliche Bereitschaft der Bevölkerung zur Weitergabe dieser Daten** zurückzuführen sind, zeigen die Umfrageergebnisse ein ganz anderes Bild.

Tatsächlich ist die Unterstützung für eine solche Nutzung in beiden Ländern fast identisch und moderat hoch, wenn öffentliche klinische Einrichtungen beteiligt sind, während eine kleine beständige Minderheit von etwa 10% der Befragten in beiden Ländern kategorisch gegen eine solche Nutzung ist.

ZENTRALE ERGEBNISSE

**Die beiden Stichprobengruppen weisen in beiden Ländern große Altersunterschiede auf: Die Ergebnisse sind daher altersbereinigt.*

1 Hohe Verbreitung an Bewusstsein (71,8% Deutschland / 72,8% Israel), dass **Daten aus Apps, Handys, und elektronischen Krankenakten zur Unterstützung der Forschung genutzt werden können, sowohl in Deutschland als auch in Israel**, mit keinem signifikanten Unterschied zwischen den Ländern.

2 Generell **hohe Bereitschaft** (82,4% in Deutschland / 81,4% in Israel), **anonymisierte Datensätze** mit Patienteninformationen für die Forschung **zu erstellen**, sowohl in Deutschland als auch in Israel, wobei es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ländern gibt.

2.1 Das geringste Vertrauen hatte in Deutschland die Altersgruppe der 50-59-Jährigen und in Israel die der 18-29-Jährigen.

2.2 Es gibt eine kleine Gruppe, die jegliche Weitergabe und Nutzung von Daten durch eine Einrichtung kategorisch

ablehnt, selbst für klinische Zwecke. Diese Untergruppe ist in beiden Ländern gleich groß (~10%).

2.3 Personen mit chronischen Erkrankungen waren in beiden Ländern eher bereit, ihre Daten für klinische Zwecke weiterzugeben (Israel 83,5% / Deutschland 88,7%).

3 Sowohl in Deutschland als auch in Israel ist die **Mehrheit der Befragten** (53,5% in Deutschland, 58,5% in Israel) **bereit, die eigenen Daten aktiv für die Forschung zu spenden** (IRR 0,97, 95% CI (0,87, 1,07), P=0,5).

4 Die **Unterstützung für die Nutzung von Gesundheitsdaten** zur Verbesserung der klinischen Versorgung **durch öffentliche klinische Einrichtungen** (mindestens eine der folgenden – Ärztinnen und Ärzte, Kliniken oder Krankenkassen) **ist hoch** (79,8% in Israel, 83,8% in Deutschland), wobei es

5 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ländern gibt. **Die Zustimmung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten an die Krankenkasse (Isr.: HMO) ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich** (49,1% in Deutschland / 63,5% in Israel) - fast zwei Drittel in Israel, etwas weniger als die Hälfte in Deutschland. Die Unterschiede sind in der altersbereinigten Analyse signifikant (IRR 1,27, 95% CI 1,12, 1,43, p<0,001).

6 **Geringe Unterstützung anderer (insbesondere privater) Einrichtungen**, die Daten für klinische Zwecke verwenden, wobei es keine großen Unterschiede zwischen den Ländern gibt. Auch Pharmaunternehmen erhalten eine eher geringe Unterstützung für die Nutzung persönlicher Gesundheitsdaten für Forschungszwecke (30,7% Deutschland / 28,3% Israel). Big Tech Akteure schnitten jedoch noch schwächer ab (4,4% Deutschland / 18,1% Israel).

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- ▶ Nachhaltiges Engagement für eine unvoreingenommene Nutzung von Patientendaten für Forschung und medizinische Versorgung unter Wahrung des Datenschutzes.
- ▶ Verwendung anonymisierter Datensätze mit Patienteninformationen für benötigte Forschung im öffentlichen und privaten Sektor.
- ▶ Vertrauensbildende, breitenwirksame Kampagnen in der Gesellschaft mit Fokus auf Datenpotential, Datenschutz und Datensicherheit.
- ▶ Transparente Kommunikation und Information über die Datennutzung und deren Vorteile für medizinische Forschung und Anwendungen.

4. Zusammenfassung und Fazit

Ein zentrales Ergebnis ist die weit fortgeschrittene Bereitschaft der deutschen Bürgerinnen und Bürger, digitale Gesundheitsszenarien auf der Grundlage ihrer eigenen Gesundheitsdaten zu akzeptieren. Diese Bereitschaft ist nur geringfügig weniger ausgeprägt als in Israel, wengleich digitale Versorgungslösungen, die auf individuellen Gesundheitsdaten basieren, dort seit über 15 Jahren existieren. Vor dem Hintergrund einer bisher nichtexistierenden digitalen Versorgungsstruktur in Deutschland lässt sich ableiten, dass die deutsche Bevölke-

rung in ihrer Akzeptanz von Digital Health weiter fortgeschritten ist als Politik, Gesetzgebung und Regulierung des deutschen Gesundheitssystems. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit einer vergleichbaren Vorstudie aus dem Jahr 2022, in der 6000 Deutsche zu diesem Thema befragt wurden (vgl. Self Tracking Report, EPatient Analytics GmbH, 2022). Darüber hinaus ist leicht nachvollziehbar, dass der Besitz und die Nutzung von digitalen Gesundheitsprodukten und -anwendungen in Israel im Vergleich zu Deutschland um viele Jahre weiterentwickelt sind. Wie bereits erwähnt, bieten die Health Maintenance Organizations (HMO) in Israel ihren Versicherten sowie Patientinnen und Patienten diese Anwendungen mit einer durchgängig digital integrierten Datenbasis bereits seit vielen Jahren an. Deutschland sollte dem Beispiel folgen.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Sylvia Thun, Director Core Unit eHealth and Interoperability, Berlin Institute of Health at Charité (BIH)

Prof. Dr. Ran Balicer, CIO & Deputy-DG, Clalit Health Services; Founding Director, Clalit Research Institute

Weitere Autorinnen und Autoren:

Dr. Yiska Weisband, Director of Data Research Centers, Clalit Innovation

Dr. Alexander Schachinger, CEO, EPatient Analytics GmbH

Über

GIHF-AI ist ein mehrjähriges, vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Programm. Es zielt darauf ab, die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens voranzutreiben, mit einem besonderen Fokus auf der Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) und Maschinellem Lernen (ML). Zu diesem Zweck werden Netzwerke aufgebaut und politische Handlungsempfehlungen entwickelt.

Das European Leadership Network (ELNET) engagiert sich als Think Tank und Netzwerkorganisation im Kontext der europäisch-israelischen Beziehungen. ELNET wurde 2007 gegründet, arbeitet unabhängig und parteiübergreifend und hat Büros in Berlin, Brüssel, London, Paris, Tel Aviv, Rom und Warschau. Zu den Schwerpunkten gehören Außen- und Sicherheitspolitik, Antisemitismus und Innovation.

ELNET Deutschland e.V.

Albrechtstraße 22
10117 Berlin
deutschland@elnetwork.eu

GIHF-AI

German Israeli
Health Forum for
Artificial Intelligence



elnet-deutschland.de



[@ElnetD](https://twitter.com/ElnetD)



[@ELNETDeutschland](https://www.facebook.com/ELNETDeutschland)



gihf-ai.eu



[@GIHF AI](https://www.linkedin.com/company/gihf-ai)

KONTAKT

Carsten Ovens
CEO (DACH)

Lea Ledwon
Program Manager GIHF-AI