



Bundesministerium  
für Wirtschaft  
und Energie



MITTELSTAND  
**GLOBAL**  
MÄRKTERSCHLIESSUNGS-  
PROGRAMM FÜR KMU

---

# Digital Health in Polen

---

Zielmarktanalyse 2021

Durchführer



**AHK**

Deutsch-Polnische  
Industrie- und Handelskammer  
Polsko-Niemiecka Izba  
Przemysłowo-Handlowa

## Impressum

### Herausgeber

Deutsch-Polnische Industrie- und Handelskammer  
(AHK Polen)  
ul. Miodowa 14  
PL-00-246 Warszawa  
[www.ahk.pl](http://www.ahk.pl)

### Text und Redaktion

AHK Polen  
Anna Kowalczyk

### Gestaltung und Produktion

AHK Polen  
Anna Kowalczyk

### Stand

November 2021

### Bildnachweis

Canva

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nicht zulässig ist die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben von Informationen oder Werbemitteln.



Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ist mit dem audit berufundfamilie® für seine familienfreundliche Personalpolitik ausgezeichnet worden. Das Zertifikat wird von der berufundfamilie gGmbH, einer Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, verliehen.

## INHALTVERZEICHNIS

<b>EINLEITUNG</b> .....	2
<b>1. LÄNDERPROFIL</b> .....	4
<b>1.1. Politische Lage 2021</b> .....	5
<b>1.2. Aktuelle Wirtschaftslage</b> .....	5
<b>1.2.1. Bruttoinlandsprodukt</b> .....	5
1.2.2. Inflation und Wechselkurs.....	6
1.2.3. Arbeitslosigkeit .....	8
<b>2. EINBLICK IN DIE ZIELBRANCHE – GESUNDHEITSSEKTOR IN POLEN</b> .....	9
<b>2.1. Stationäre medizinische Versorgung</b> .....	10
<b>2.2. Ambulante ärztliche Versorgung</b> .....	14
<b>2.3. Erkrankungen</b> .....	16
<b>2.4. Medizinisches Personal</b> .....	19
<b>2.5. Finanzierung des Gesundheitswesens</b> .....	23
<b>2.6. Zusätzliche (private) Krankenversicherung</b> .....	26
<b>2.7. Das polnische Gesundheitswesen im europäischen Vergleich</b> .....	27
<b>2.8. Pharmagroßhandel und Apothekenmarkt in Polen</b> .....	30
<b>2.9. Herausforderungen und Problemfelder des Gesundheitswesens in Polen</b> .....	32
<b>3. POLITISCHE, RECHTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DES GESUNDHEITSWESENS IN POLEN</b> .....	35
<b>3.1. Digitalisierung des Gesundheitswesens in Polen</b> .....	35
<b>3.2. Einfluss der Corona-Pandemie auf den Gesundheitssektor</b> .....	37
<b>3.3. Krajowy Plan Odbudowy (dt. Nationaler Wiederaufbauplan)</b> .....	43
<b>3.4. Polski Ład und Zdrowa Przyszłość</b> .....	46
<b>3.4. Gesundheitsschutz in Programmen der Europäischen Union</b> .....	50
<b>3.5. Öffentliche Beschaffung von Medizinprodukten</b> .....	51
<b>4. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND CHANCEN FÜR DEUTSCHE UNTERNEHMEN</b> .....	54
<b>4.1. Hinweise zur Geschäftspraxis des polnischen Marktes</b> .....	54
<b>4.2. SWOT-Analyse</b> .....	56
<b>5. VERZEICHNISSE</b> .....	57
<b>Abbildungen</b> .....	57
<b>Tabellen</b> .....	57
<b>QUELLEN:</b> .....	58

## **EINLEITUNG**

Die zuständige Behörde für das Gesundheitswesen in Polen ist das Gesundheitsministerium. In Polen gilt die allgemeine Versicherungspflicht. Die Mittel aus der staatlichen Krankenversicherung werden ab 2004 durch den Nationalen Gesundheitsfond (NFZ) zentral verwaltet und an die regionalen Abteilungen verteilt. Der Beitrag für die Krankenversicherung beträgt 9% des Einkommens des Arbeitnehmers.

Das polnische Gesundheitssystem gilt seit Jahren als unterfinanziert. In diversen internationalen Zusammenstellungen schneidet das polnische Gesundheitswesen schlecht ab. Im europäischen Vergleich bildet das Land das Schlusslicht (drittletzter Platz unter OECD-Staaten in Europa), wenn es um den Anteil der Ausgaben für Gesundheit am BIP geht (2018 = 6,33% des BIP, davon 4,34% öffentliche Ausgaben). Im Euro Health Consumer Index (EHCI) für das Jahr 2018 belegte Polen den 32. Platz und wurde von solchen Ländern wie Litauen oder Serbien überholt. Ein schlechteres Ergebnis erreichten nur solche Länder wie Ungarn, Rumänien oder Albanien. Das gesamte Gesundheitssystem hat mit einer Reihe von Schwierigkeiten zu kämpfen wie lange Warteschlangen, Verschuldung der Krankenhäuser, Personaldefizit, mangelhafte Ausstattung, fehlende Gesundheitsprophylaxe, etc. Infolgedessen entwickelt sich seit Jahren dynamisch der Sektor privater medizinischer Dienstleistungen als Ausweichung von dem schwachen öffentlichen System. Das bedeutet – es besteht sehr viel Verbesserungspotenzial.

Die Digitalisierung ist eines der Prioritätsfelder der Gesundheitspolitik und wird mit Mitteln aus dem Staatshaushalt sowie im Rahmen von EU-Programmen gefördert. 4 Mrd. EUR sieht der Nationale Wiederaufbauplan (Krajowy Plan Odbudowy KPO) bis 2025 für die Qualitätssteigerung des Gesundheitswesens in Polen vor, davon allein 1 Mrd. EUR für die Beschleunigung der Digitalisierung. In Polen werden seit Jahren Maßnahmen unternommen, um den Zugang zu den medizinischen Leistungen zu verbessern, vor allem durch Steigerung der Ausgaben. Trotz der Versuche bleiben die Effekte aus oder sind nur zum geringen Maße zu beobachten, da die Mittel für die Finanzierung des Gesundheitswesens weiterhin auf vergleichsweise niedrigem Niveau bleiben. Ein weiterer Faktor ist der starke Mangel an medizinischem Personal bedingt zum einen durch Migration zum anderen durch Unterbezahlung, wodurch die Popularität der medizinischen Berufe stark sinkt. Dies führt zur Ineffektivität des gesamten Systems. Benötigt wird somit eine grundsätzliche Optimierung und die gemeinsame Lösung der Herausforderungen ist die Digitalisierung auf vielen Ebenen. Ab 2018 werden etappenweise Digitalisierungsprozesse eingeführt, zum Alltag gehören hierzulande mittlerweile elektronische Krankschreibungen, Online-Patientenkonto, elektronische Rezepte, elektronische Überweisungen.

Polen ist mit ca. 38 Mio. Einwohnern der fünftgrößte Markt der Europäischen Union. Bereits diese Tatsache lässt schließen, dass das Land viel Potenzial und Absatzmöglichkeiten bietet. Da es sich bei den Aufträgen um öffentliche Ausschreibungsverfahren und eine stark regulierte Branche handelt, sind die Marktbedingungen spezifischer und hürdenreicher als in anderen Sektoren. Umso mehr zählen Networking und die Auswahl entsprechender Partner.

Wenngleich in Polen immer mehr innovative Unternehmen bzw. Startups entstehen, bleiben die Ausgaben für Forschung und Entwicklung hierzulande auf niedrigem Niveau (1,32% des BIP 2019) und die Branche der MedTech-Produkte

zeichnet eine starke Importabhängigkeit aus. Innovative Produkte und Dienstleistungen sind gefragt. Die Marke „Made in Germany“ wird traditionell mit Qualität und Zuverlässigkeit verbunden. Deutsche Unternehmen spielen eine wichtige Rolle in der Medizintechnikbranche in Polen, die nach wie vor viel Potenzial mit einem jährlichen prognostiziertem Wachstum von 4,9% aufweist. Das Volumen des heimischen Marktes für Medizintechnik wird auf 2,9 Mrd EUR geschätzt, davon decken nur 15% die polnischen Hersteller ab. In der Branche sind in Polen ca. 300 Unternehmen tätig. Das negative Bild des Gesundheitssystems in Polen spiegelt sich ebenfalls in den Befragungen der Patienten wider. In Umfragen des Forschungsinstitutes CBOS gaben 2020 mehr als die Hälfte der Polen (58%) an, mit der öffentlichen medizinischen Versorgung in Polen nicht zufrieden zu sein, davon gaben 25% an, sehr unzufrieden zu sein. Viele erhoffen sich durch digitale Dienstleistungen einen besseren Zugang zu Ärzten und Behandlungen. Die Erwartungen seitens der Gesellschaft sind hoch. Den Ergebnissen der Umfrage „Barometr Bayer 2020“ zufolge möchten 70% der Polen Arztbesuche online vereinbaren, 51% mobile Patientenüberwachungssysteme nutzen um den Gesundheitszustand zu analysieren und mehr als 40% möchten Kontakt mit dem Arzt über Telemedizin-Lösungen haben. Das digitale Bewusstsein in der Gesellschaft ist vorhanden, Polen nutzen digitale Dienstleistungen gerne, wofür ein Beispiel das polnische Bankensystem ist, eines der am stärksten digitalisierten in Europa.

Experten sind sich einig. Die einzige Lösung um die Krise im Gesundheitswesen zu bewältigen heißt Digitalisierung. Durch gezielten Einsatz von Zukunftstechnologien kann es zur effizienten Verteilung der Finanzmittel, Verwaltung der Leistungen und Entlastung des Personals kommen und somit zur „Genesung“ des seit Jahren geschwächten Systems. Allein die Steigerung der Ausgaben wird keine Effekte vollbringen, sobald die Mittel nicht für technologische Optimierungen ausgegeben werden. Betrachtet man diesen Gesamtkontext, ist die Digitalisierung und ihre Beschleunigung eine Notwendigkeit. Es scheint das einzige Mittel zur Steigerung der Standards im Gesundheitswesen zu sein.

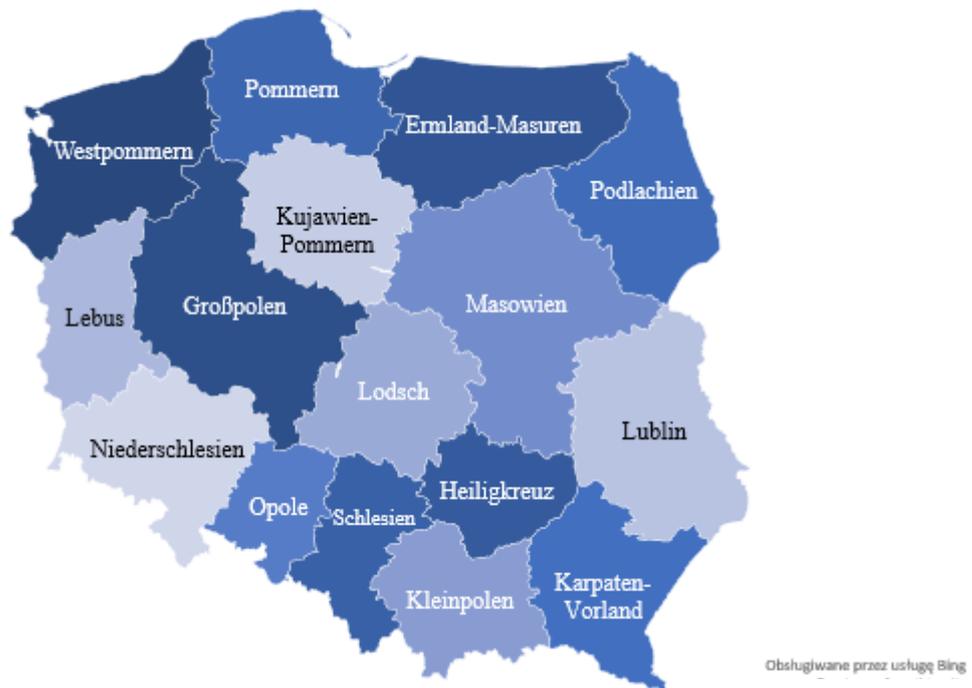
Die vorliegende Analyse präsentiert das Gesundheitswesen in Polen mit seinen Eigenarten und Herausforderungen. Ein besonderer Fokus wird auf den aktuellen Digitalisierungsstand im Gesundheitssektor sowie die Rahmenbedingungen wie EU-Förderprogramme und Aspekte der polnischen Gesundheitspolitik gelegt.

# 1. LÄNDERPROFIL

Polen ist mit über 38 Mio. Einwohnern das fünftgrößte Land der Europäischen Union. Auch wenn die Fläche des Landes, 312.685 km<sup>2</sup>, mit der von Deutschland verglichen werden kann, ist Polen mit 123 Einwohnern/km<sup>2</sup> wesentlich dünner besiedelt als sein westlicher Nachbar (232 Einwohner/km<sup>2</sup>).

Seit dem 01.01.1999 hat Polen eine dreistufige Verwaltungsstruktur. An der Spitze der regionalen Selbstverwaltung stehen die 16 Woiwodschaften. Sie können grob mit den Bundesländern in Deutschland verglichen werden (Abbildung 1). Die Woiwodschaften teilen sich wiederum in Landkreise (powiaty) und Gemeinden (gminy) auf. Im Unterschied zu den deutschen Bundesländern haben die Woiwodschaften eine bedeutend geringere politische Eigenständigkeit. Viele wesentliche Entscheidungen trifft die Regierung in der Hauptstadt Warschau, weshalb Polen typischerweise als Zentralstaat beschrieben wird.

Abbildung 1: Die Woiwodschaften Polens



Quelle: Eigene Darstellung

Jede Woiwodschaft verfügt über ein direkt gewähltes Regionalparlament. Die Leitung einer Woiwodschaft übernimmt der Woiwode. Er wird jedoch nicht von den Regionalparlamenten gewählt, sondern von der Zentralregierung in Warschau ernannt. Gemeinden werden von einem direkt gewählten Bürgermeister oder einem Stadtpräsidenten geleitet. Für die Verwaltung der Landkreise sind die Landräte zuständig.

Das politische System Polens (offiziell: *Rzeczpospolita Polska* – Republik Polen) ist eine parlamentarisch-präsidentielle Demokratie. Verglichen werden kann es mit dem politischen System Frankreichs. Die Legislative besteht aus zwei Kammern, dem Sejm und dem Senat. Jedes neue Gesetz muss beiden Häusern vorgelegt werden, der Sejm hat jedoch deutlich mehr Rechte als der Senat. Die Sejm-Abgeordneten und Senatoren werden alle vier Jahre vom Volk gewählt. Den Staatspräsidenten wählt das Volk auf fünf Jahre. Eine Wiederwahl des Präsidenten ist nur einmal möglich. Im Gesetzgebungsverfahren hat der Präsident, anders als in Deutschland, ein Veto-Recht.

## 1.1. Politische Lage 2021

Mitte Oktober 2019 gewann die nationalkonservative Partei Recht und Gerechtigkeit PiS zum zweiten Mal in Folge die Wahlen zum Sejm mit absoluter Mehrheit. Polens größte Oppositionspartei, die marktliberale Bürgerplattform PO konnte sich überraschend im Senat durchsetzen. Der aktuelle Staatspräsident Andrzej Duda stammt aus den Reihen der PiS, und wurde am 12. Juli 2020 wiedergewählt. Weitere Parteien im Sejm sind die christlich-konservative Bauernpartei PSL, die linke Partei SLD und die Rechtsaußen-Partei Konföderation. Die meisten Gemeinden, Landkreise und kreisfreien Städte befinden sich in der Hand der Opposition oder oppositionsnaher, parteiloser Kandidaten.

Politisch gilt Polen als tief gespaltenes Land mit regelmäßigen Anfeindungen zwischen den eher linken und eher rechten Lagern. Dies führt unter anderem bei der Zusammenarbeit von PiS-Zentralregierung und oppositionsgeführten Kommunen zu Konflikten. Die unterschiedlichen Kräfteverhältnisse in Sejm und Senat haben zu einer neuen Situation geführt, in der die Betroffenen theoretisch auf mehr Dialog setzen müssten.

Polen ist Mitglied vieler internationaler Organisationen und Allianzen, z. B.:

- Vereinte Nationen: Gründungsmitglied,
- Europarat: seit November 1991,
- WTO: seit Januar 1995,
- OECD: seit November 1996,
- NATO: seit März 1999,
- EU: seit Mai 2004.

## 1.2. Aktuelle Wirtschaftslage

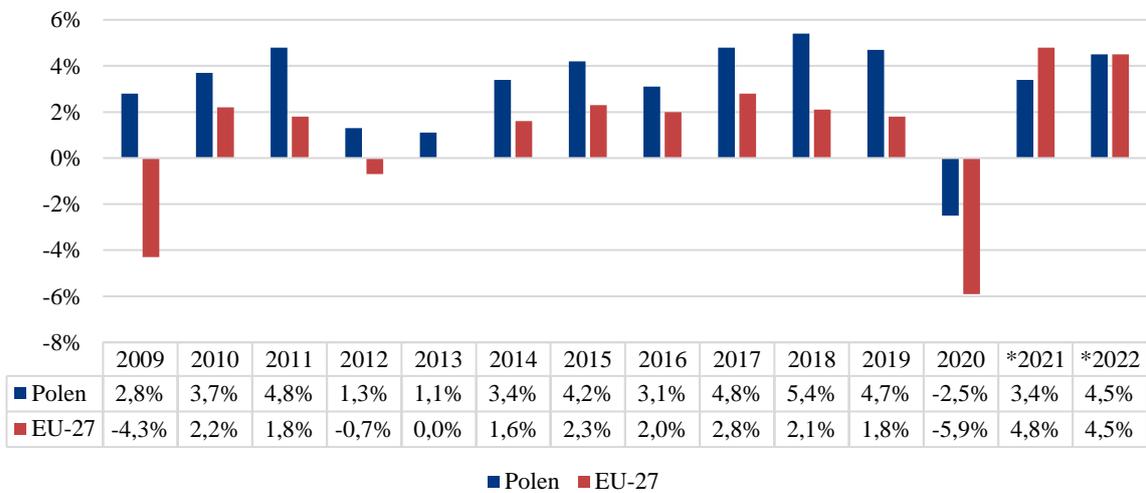
### 1.2.1. Bruttoinlandsprodukt

Polen ist die fünfgrößte Volkswirtschaft in der Europäischen Union (EU) und hat mit Abstand die stärkste Wirtschaftskraft unter den neuen Beitrittsländern. Das Land entwickelt sich seit Jahren stabil und weist ein kontinuierliches Wirtschaftswachstum auf. Wie Zahlen belegen, konnte Polen auch im Zuge der globalen Finanzkrise ein positives Wirtschaftswachstum verzeichnen.<sup>1</sup> Der ungewisse Verlauf der COVID-19 Pandemie führte zu unterschiedlichen Prognosen hinsichtlich der Wirtschaftslage. Der Rückgang des BIP Polens 2020 zählt mit -2,5 % zu einem der niedrigsten in der ganzen EU. Im Durchschnitt wurde eine Minderung des BIP von -5,9 % für die Europäische Gemeinschaft verzeichnet. Polens Wirtschaft erholt sich zügig von den Folgen der Pandemie. Diese erreichte Polen in Zeiten der Hochkonjunktur, weshalb weiterhin mit positivem Trend für die kommenden Jahre gerechnet wird.

---

<sup>1</sup> „Podstawowe dane”, GUS, 2018

**Abbildung 2: Bruttoinlandsprodukt, reale Veränderung gegenüber Vorjahr in %, Polen und EU-27-Durchschnitt**



\*Prognose

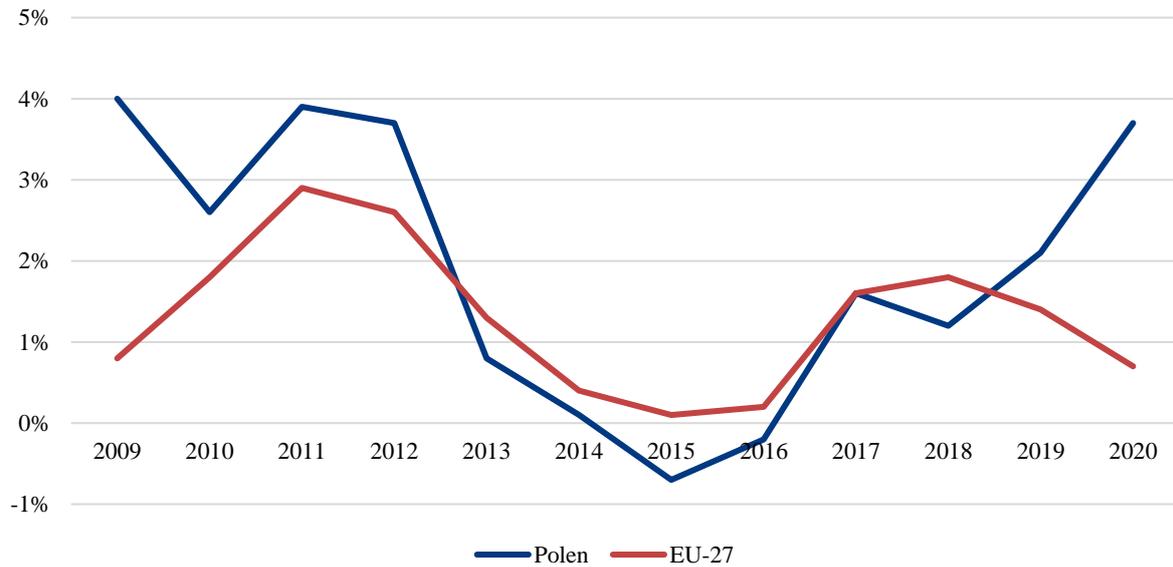
Quelle: Eigenbearbeitung auf Basis der Daten von Eurostat

Das Wachstum wurde vor allem durch konkurrenzfähige Lohnkosten, durch EU-Investitionsprogramme, Steuererleichterungen in Sonderwirtschaftszonen und große Reserven an verfügbaren Arbeitskräften vorangetrieben. Mittlerweile steht die polnische Wirtschaft jedoch vor einem Umbruch. Die Löhne steigen jährlich um 7-8% (2020 aufgrund der Pandemie = 4,7%), der Durchschnitts-Bruttolohn lag 2020 bei: 5.411 PLN, es herrscht nahezu Vollbeschäftigung und der Fachkräftemangel kann auch nicht durch den Zuzug von Immigranten aus der Ukraine und aus Asien ausgeglichen werden. Polen wird darum mittel- bis langfristig seine staatlichen Ausgaben für Forschung & Entwicklung (derzeit 1,32% des BIP, EU-Durchschnitt über 2%) erhöhen und die Automatisierung, sowie die Systematisierung und Strukturierung seiner Industrien vorantreiben müssen.

### 1.2.2. Inflation und Wechselkurs

Die Inflationsrate befand sich in Polen seit Jahren auf relativ niedrigem Niveau. Die Preislage war stabil und unterlag nur geringen Schwankungen. In den Jahren 2002-2019 hat die Inflationsrate das Niveau von 5% nicht überschritten. 2015 hatte das Land mit Deflation zu tun. 2019 hat die Teuerungsrate wieder etwas angezogen, was vor allem mit gestiegenen Energie- und Lebensmittelpreisen zusammenhängt. 2020 erreichte sie in Folge der Corona-Krise den höchsten Wert in den letzten Jahren. Rekordwerte werden 2021 notiert. Im September informierte das Statistische Hauptamt Polens (GUS) über eine Inflation in Höhe von 5,9%, was der höchste Wert in den letzten 20 Jahren ist. Experte zufolge soll zum Jahreswechsel 2021/2022 bereits 6% erreicht werden.

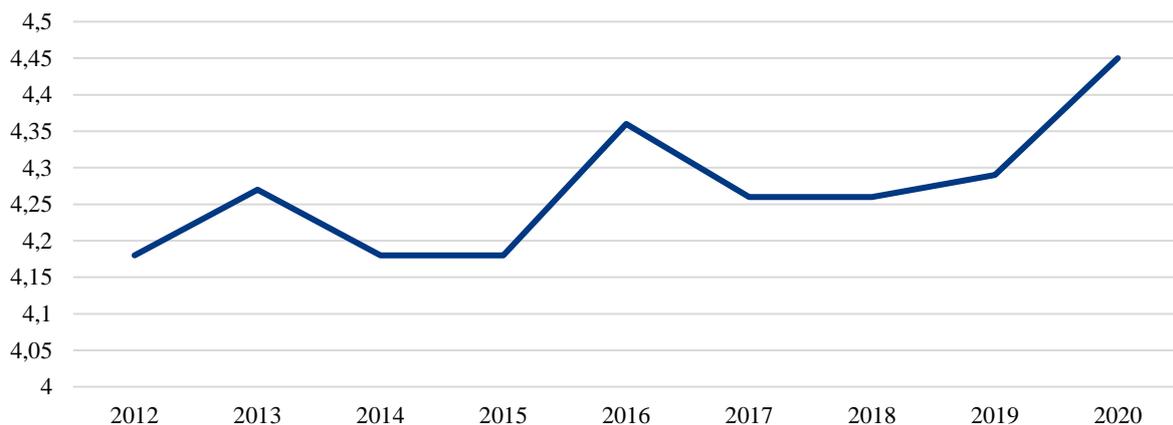
**Abbildung 3: Inflationsraten 2010-2020 in Polen und EU-27**



Quelle: Eigenbearbeitung auf Basis der Daten von Eurostat

Die polnische Landeswährung ist der Zloty (PLN). Ein Zloty sind 100 Groschen. Der Kurs EUR/PLN (EUR 1 = PLN 4,6165, Stand 27.10.2021) und USD/PLN (USD 1 = PLN 3,9815, Stand 27.10.2021) schwankte in den vergangenen Jahren im Bereich von 8-10%. Ein Beitritt zum EUR-Raum ist zumindest mittelfristig nicht geplant. Aktuell unterlagen aufgrund der Coronakrise die Wechselkurse starken Schwankungen und der Wechselkurs stieg seit Beginn der Pandemie um ca. 0,3 PLN. Ein schwacher Zloty begünstigt polnische Exporte und macht Importe, beispielsweise aus Deutschland, merklich teurer. Ausländische Lieferanten sind von dieser Entwicklung folglich negativ betroffen.

**Abbildung 4: Änderungen des Wechselkurses EUR/PLN 2012-2020 in PLN**

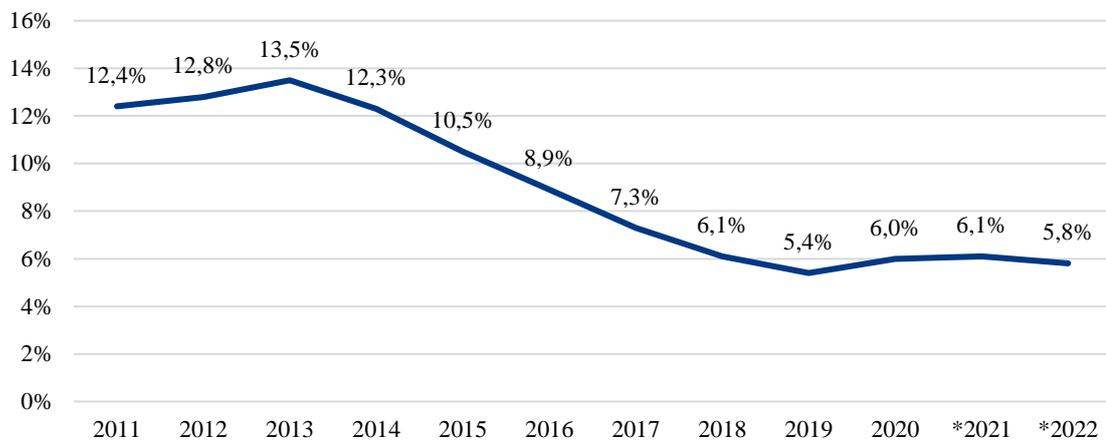


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten der Polnischen Nationalbank NBP

### 1.2.3. Arbeitslosigkeit

Die Beschäftigungssituation in Polen hat sich seit dem EU-Beitritt 2004 radikal verbessert. Statt massiver Arbeitslosigkeit, wie noch vor einigen Jahren, kämpft das Land heute mit Fachkräftemangel. Es wurde versucht, diese Lücke an Arbeitskräften mit ukrainischen Migranten zu schließen. Man schätzt, dass mittlerweile weit über 1 Mio. Ukrainer in Polen leben. Ob der Fachkräftemangel allein mit Zuzug bewältigt werden kann, ist fraglich. Mittlerweile finden auch Verhandlungen mit einigen asiatischen Staaten, darunter Nepal und Indien, über spezielle Anwerbeabkommen statt. Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in den vergangenen Jahren zeigt Abbildung 5. Dieser sinkende Trend wurde durch die Corona-Krise unterbrochen, die wegen Produktionsstopps und Firmenschließungen zur steigenden Zahl der Arbeitslosen geführt hat und führend wird.

**Abbildung 5: Arbeitslosenquote in Polen in den Jahren 2013-2019 in %**



\*Prognose

Quelle: Eigenbearbeitung auf Basis von Daten des Statistischen Hauptamtes Polens (GUS) und des Polski Instytut Ekonomiczny

## **2. EINBLICK IN DIE ZIELBRANCHE – GESUNDHEITSSSEKTOR IN POLEN**

Die Rahmenbedingungen bzw. Grundlagen für das Gesundheitssystem in Polen bilden das Gesetz über öffentlich finanzierte Gesundheitsfürsorgeleistungen vom 27. September 2004 (pl. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych), das Gesetz über das Gesundheitsgewerbe vom 15. April 2011 (pl. Ustawa o działalności leczniczej), sowie die Regelungen, die aus EU-Richtlinien hervorgehen. Darüber hinaus haben gemäß Art 68. der Verfassung der Republik Polen alle Bürger das gleiche Recht zur medizinischen Versorgung, unabhängig von deren finanzieller Lage. Am 1. Januar 1999 ist das Gesetz über die Pflichtkrankenversicherung in Kraft getreten.

Die Verwaltung, Finanzierung, Aufsicht und Kontrolle über dem Gesundheitswesen in Polen sind verteilt zwischen das Gesundheitsministerium, den Nationalen Gesundheitsfond NFZ und die Selbstverwaltung. Der Nationale Gesundheitsfond ist für die Finanzierung des Gesundheitssystems zuständig und für die Vertragsschließung mit öffentlichen und privaten Anbietern von medizinischer Fürsorge. Das Gesundheitsministerium hat eine entscheidende Rolle bei der Strategiestellung der Gesundheitspolitik und verfügt über regulierende Kompetenzen. Es ist für die Aufsicht der Finanzpolitik des NFZ zuständig, die Gesundheitspolitik in Polen, die Implementierung von Gesundheitsprogrammen, Investitionen und Forschung sowie die Ausbildung des medizinischen Personals. Das Ministerium entscheidet über die institutionelle und funktionelle Gestaltung des Gesundheitssystems in Polen. Die Rolle der Selbstverwaltungen in diesem Kontext ist die Identifizierung von den gesundheitlichen Bedürfnissen der Einwohner der jeweiligen Region und Planung des Angebotes der medizinischen Dienstleistungen.

Gemäß dem Gesetz über das Gesundheitsgewerbe vom 15. April 2011 werden Gesundheitsleistungen sowohl durch öffentliche als auch nicht öffentliche Einrichtungen angeboten wie auch Ärztehäuser und Praxen. In der ambulanten Grundversorgung und Fachversorgung dominieren nicht öffentliche Leistungsträger und individuelle Praxen, die einen Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsfond abgeschlossen haben und medizinische Dienstleistungen im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung anbieten. Die öffentlichen Einrichtungen werden von der Verwaltung auf kommunaler, regionaler oder zentraler Ebene sowie von medizinischen Universitäten errichtet. Diese können die Form eines Selbstständigen Öffentlichen Gesundheitszentrums (pl. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - SPZOZ), Forschungsinstitutionen oder andere annehmen. Ebenfalls die große Mehrheit der Krankenhäuser ist staatlich. Es gibt keine gemeinnützigen medizinischen Einrichtungen, die beispielsweise von Glaubensgemeinschaften verwaltet werden, z.B. katholische Krankenhäuser. Es wird unterschieden zwischen staatlichen und privaten Einrichtungen. Von den privaten Einrichtungen verfügt ein Teil über einen Vertrag mit dem NFZ und die anderen bieten medizinische Dienstleistungen entgeltlich an. Eine Kombination, dass eine private Einrichtung einen Vertrag mit NFZ hat und gleichzeitig einige medizinische Dienstleistungen kostenpflichtig anbietet, ist auch möglich.

Eine detaillierte statistische Erfassung des Zustandes der Krankenversorgung und Gesunderhaltung in Polen ist in dem Bericht des Statistischen Hauptamtes „Zdrowie i Ochrona Zdrowia“ (dt. Gesundheit und Gesundheitsschutz) zu finden. Zur Zeit der Verfassung dieser Analyse liegt die Ausgabe für das Jahr 2019 vor. Die Ergebnisse dieser Studie bilden Angaben, die regelmäßig im Rahmen der öffentlichen Statistik gesammelt werden. Die Zahlen beziehen sich auf die gesamte Republik Polen, die einzelnen Bereiche präsentieren auch Daten für die jeweiligen Woiwodschaften. Der Bericht berücksichtigt nur Einrichtungen und Dienstleistungen, die von öffentlichen Mitteln finanziert werden, die zur Datenmeldung verpflichtet sind. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse des Statistischen Hauptamtes zusammengestellt.

## 2.1. Stationäre medizinische Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung umfasst die Stellen, wo medizinische Leistungen 24-Stunden am Tag geleistet werden. Ende 2019 gab es in Polen 890 Allgemeinkrankenhäuser (6,2% weniger als im Vorjahr) und 225 Tageskliniken (13,6% mehr als 2018). Diese verfügten gemeinsam über 167,3 Tsd. Krankbetten (Stand zum 31.12.), das ist ein Rückgang um 8,0% (14,5 Tsd.) im Vergleich zum selben Zeitpunkt im Jahre 2018. Die Anzahl der Krankenhäuser pro 100 Tsd. Einwohner (unter Berücksichtigung der Tageskliniken) betrug für ganz Polen 2,9 und regional wurden die höchsten Werte in Schlesien (4,0), Niederschlesien (3,8), Ermland-Masuren (3,7) und Oppeln (3,4) festgestellt, die niedrigste Dichte wurde hingegen in Großpolen (1,9), Pommern (2,2) und Karpatenvorland (2,4) beobachtet. Derselbe Wert für Allgemeinkrankenhäuser betrug 2,3. Die Anzahl der Betten pro 10 Tsd. Einwohner umfasste 43,5 Betten (4 Betten weniger als im Vorjahr). Dementsprechend fielen auf 230 Einwohner ein Krankbett (19 Personen mehr als 2018).

**Tabelle 1: Anzahl der Krankenhäuser, Krankbetten und Patienten 2018 und 2019 nach Woiwodschaften**

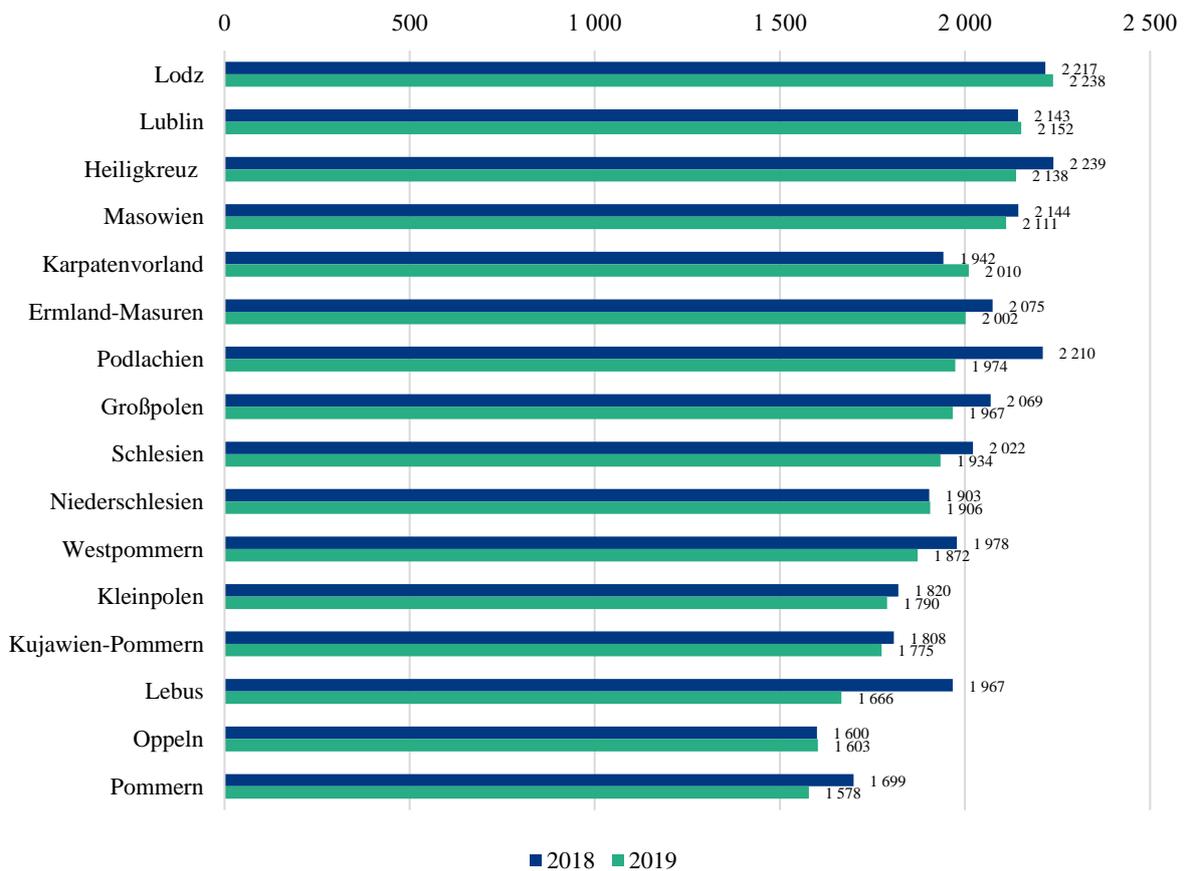
Woiwodschaft	Kranken- häuser	Krankbetten <sup>b)</sup>			Patienten <sup>c)</sup>		
		allgemein	darunter für Kinder bis 18 Jahren	pro 10. Tsd. Einwohner	allgemein	darunter Kinder bis 18 Jahre	pro 10. Tsd. Einwohner
		Stand zum 31.12.					
<b>POLEN ..... 2018</b>	949	181732	29751	47,3	7685002	1332634	2001
<b>POLEN ..... 2019</b>	<b>890</b>	<b>166828</b>	<b>26268</b>	<b>43,5</b>	<b>7464415</b>	<b>1287019</b>	<b>1945</b>
Niederschlesien .....	84	13152	1918	45,3	552664	91815	1906
Kujawien-Pommern .....	40	8867	1626	42,8	368262	71998	1775
Lublin .....	46	9984	1236	47,4	454578	63480	2152
Lebus.....	24	3978	566	39,3	168785	24731	1666
Lodz .....	63	11516	1792	46,9	550578	91058	2238
Kleinpolen .....	73	13750	2217	40,3	609340	116354	1790
Masowien.....	112	24028	3943	44,3	1142551	232703	2111
Oppeln .....	29	3839	470	39,1	157805	18217	1603
Karpatenvorland .....	41	9349	1333	44,0	427620	67197	2010
Podlachien .....	32	5086	842	43,2	232761	46255	1974
Pommern.....	44	8433	1469	36,0	368982	75370	1578
Schlesien .....	136	23287	3718	51,5	875006	140107	1934
Heiligkreuz .....	24	5348	740	43,3	264492	22249	2138
Ermland-Masuren .....	39	6241	1173	43,9	285526	55020	2002
Großpolen.....	59	13094	2281	37,4	687478	116538	1967

Westpommern.....	44	6876	944	40,5	317987	53927	1872
------------------	----	------	-----	------	--------	-------	------

a) Die Daten umfassen keine Tageskliniken  
b) Zusammen mit Betten und Inkubatoren für Neugeborene  
c) Anzahl der Patienten registriert im Aufnahmebuch ohne interstationäre Wechsel  
Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistische Hauptamt Polens (GUS)

Ca. 28% aller Krankbetten in Allgemeinkrankenhäusern befanden sich in den zwei Woiwodschaften mit den größten Einwohnerzahlen, Masowien (24,0 Tsd. Krankbetten) und Schlesien (23,3 Tsd. Betten). Die zwei kleinsten Woiwodschaften in Bezug auf die Einwohnerzahl machten insgesamt 4,7% Krankbetten Polens aus (Lebus 4 Tsd. Krankbetten und Oppeln 3,8 Tsd. Krankbetten). 2019 wurden 7464,4 Tsd. Patienten ins Krankenhaus eingewiesen (2,9% weniger als 2018), demnach waren es pro 10 Tsd. Einwohner 1945 Krankenseinweisungen. Ähnlich wie in den letzten Jahren fanden die meisten Krankenseinweisungen in Masowien (15,3%), Schlesien (11,7%) und Großpolen (9,2%) statt. Wenn man jedoch die Krankenseinweisungen pro 10 Tsd. Einwohner betrachtet waren 2019 die Vorreiter in dieser Hinsicht die Woiwodschaften Lodz, Lublin und Heiligkreuz.

**Abbildung 6: Anzahl der Krankenseinweisungen in Allgemeinkrankenhäuser pro 10 Tsd. Einwohner im Jahre 2018 und 2019**

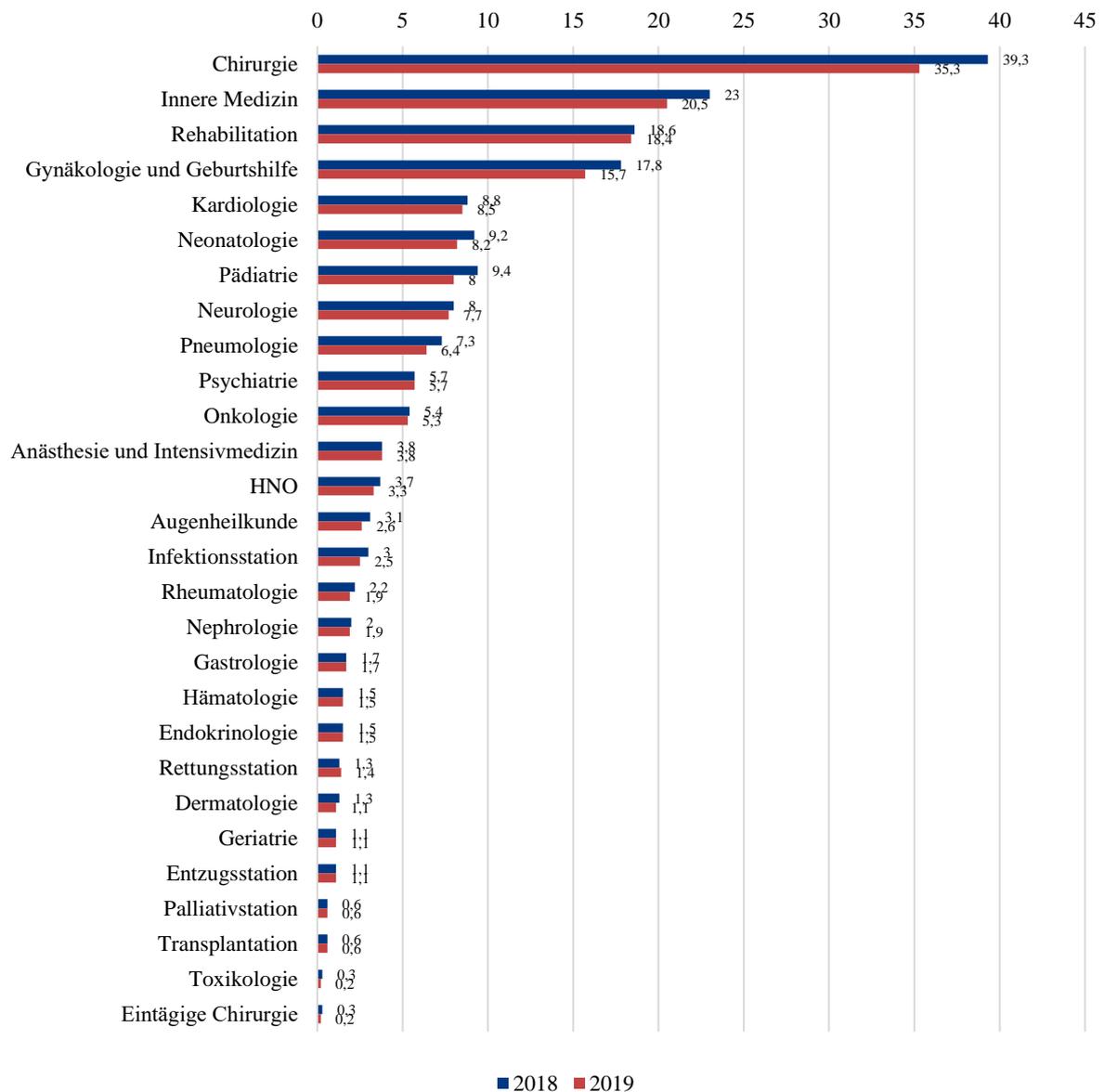


Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistische Hauptamt Polens (GUS)

Im Rahmen der sog. „Tagespflege“, also der krankenhäuslichen Behandlung ohne Krankenseinweisung, wurden 2019 insgesamt 3867,2 Tsd. Patienten behandelt, 13,1% mehr als im Jahre 2018, wobei 95,1% in Krankenhäusern und nur 4,9% in Tageskliniken stattgefunden haben.

Betrachtet man die Krankenbetten der jeweiligen Stationen befinden sich die meisten in der Chirurgie – 35,3 Tsd. Betten (21,1 % der Betten in Allgemeinkrankenhäusern), dem folgen die Station für Innere Medizin (12,3%), Gynäkologie und Geburtshilfe (9,4%), Rehabilitation (11,1%), Kardiologie (5,1%), Neonatologie (4,9%), Pädiatrie (4,8%), Neurologie (4,6%), Pneumologie (3,8%).

**Abbildung 7: Anzahl der Betten in ausgewählten Stationen in Allgemeinkrankenhäusern im Jahre 2018 und 2019 (Stand zum 31.12.) in Tsd.**

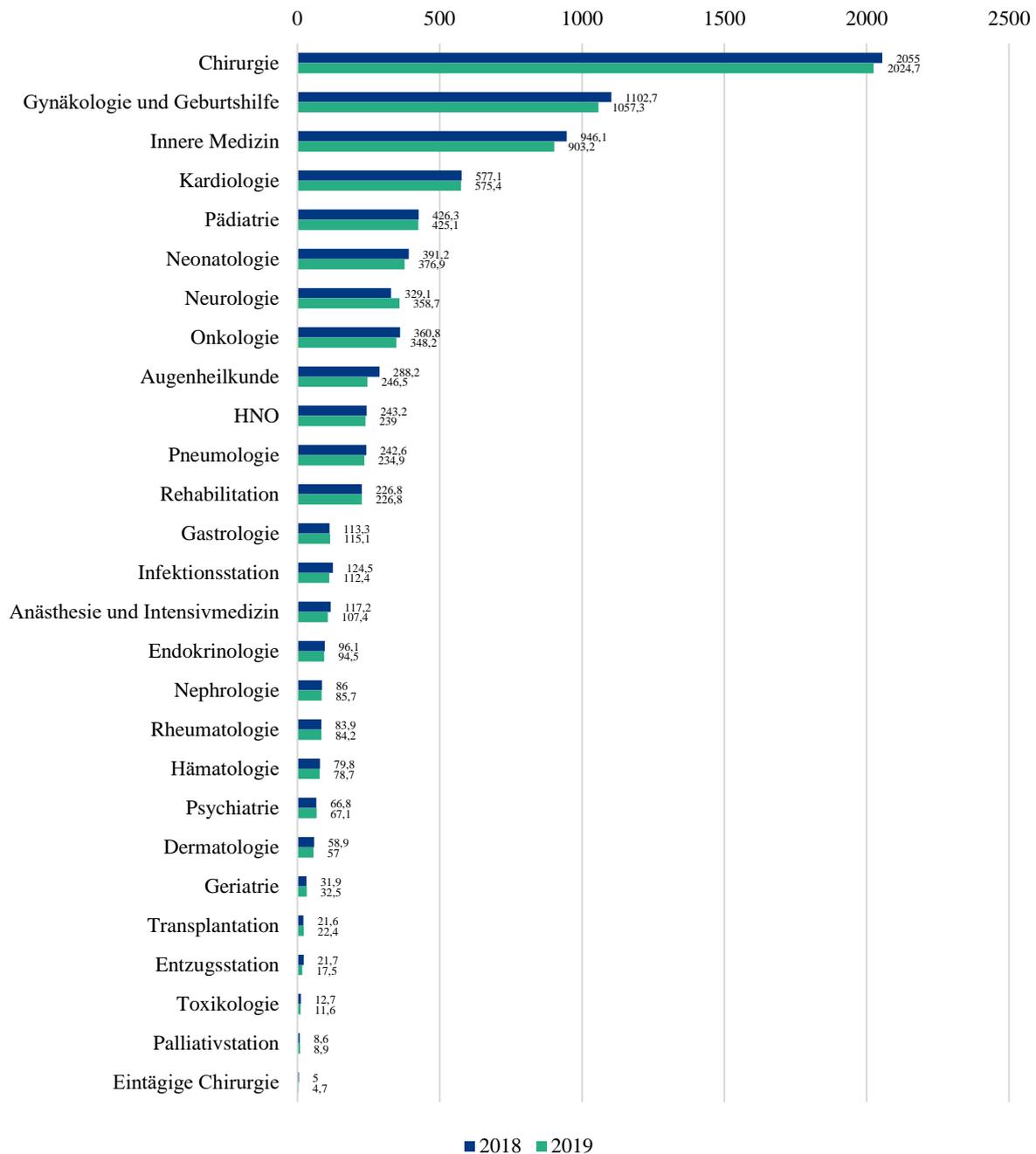


Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistische Hauptamt Polens (GUS)

2019 betrug der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt 5,3 Tage und hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert. Im Vergleich zum Jahr 2010 ist die Dauer um 0,4 Tage kürzer. Die durchschnittlich durch die Patienten verbrachte Zeit auf Stationen variierte abhängig von der Station zwischen 28,5 Tage auf der Station für Psychiatrie bis zu 1,5 Tagen auf Stationen für Augenheilkunde.

Auf den Stationen der polnischen Krankenhäuser wurden insgesamt 8078,9 Tsd. Patienten behandelt (gerechnet mit einem interstationären Wechsel, Gesamtzahl der Patienten, die durch alle Stationen notiert wurde), um 3,5% weniger als im Vorjahr. Ein Viertel davon bildeten Patienten der Chirurgie.

**Abbildung 8: Anzahl der stationär behandelten Patienten auf Stationen der Allgemeinkrankenhäuser in den Jahren 2018 und 2019 in Tsd.**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistische Hauptamt Polens (GUS)

Ein weiterer Indikator in der Krankenhausstatistik ist die durchschnittliche Nutzung der Betten im Laufe des Jahres. Der Wert für Allgemeinkrankenhäuser lag 2019 bei 69,2% und war um 3 Prozentpunkte höher als ein Jahr zuvor.

In Zusammenhang mit der fortschreitenden der Alterung der Gesellschaft spielt Langzeitpflege eine bedeutende Rolle. 2019 gab es in Polen 559 Heil- und Pflegeheime (1,5% mehr als im Vorjahr) sowie 192 Hospizen. Diese Anstalten verfügten zusammen über 38,3 Tsd. Betten. Der Anteil der Personen im Alter über 65 Jahren in diesen Pflegestellen betrug 79,1%. Die größte Gruppe bildeten Personen im Alter von über 80 Jahren (16,6 Tsd. Personen).

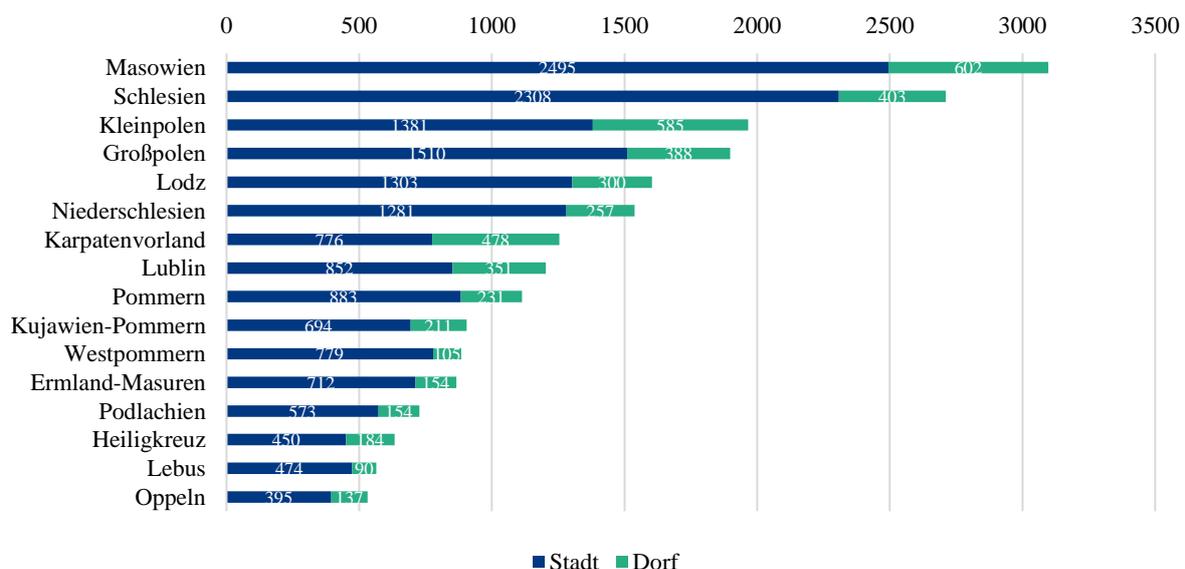
Der Wert der zu verhinderten Hospitalisierungen im Falle von chronischen Erkrankungen, die in der ambulanten Versorgung behandelt werden könnten, ist höher als in Europa und spiegelt die Probleme des Zugangs zur medizinischen Grundversorgung und ihrer Qualität wider. Aufgrund dessen ist die Erbringung von medizinischen Leistungen sehr krankenhaushängig, d.h.wegen erschwertem Zugang zu Fachärzten finden die meisten Behandlungen auf Krankenhausniveau statt, anstatt in Arztpraxen und die Einbindung der Hauskrankenpflege ist noch nahezu nicht vorhanden.

## 2.2. Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung umfasst die medizinische Grundversorgung und die fachärztliche Versorgung. Die neuesten Daten in Bezug auf diesen Bereich beziehen sich auf das Jahr 2020, jedoch ist hier zu berücksichtigen, dass sich die Daten aufgrund der Pandemieumstände von den Ergebnissen in coronafreien Zeiten wesentlich unterscheiden können. Die Daten veröffentlicht das Statistische Hauptamt Polens (GUS). 2020 haben 21,5 Tsd. Ärztehäuser und 4,0 Tsd. Arzt- und Zahnarztpraxen medizinische Dienstleistungen im Rahmen der staatlichen Krankenversicherung angeboten. Jährlich hatten 256,6 Mio. medizinische Beratungen und 26,5 Mio. Zahnarztberatungen stattgefunden. Mehr als ein Drittel (36%) der Arztbesuche wurde per Telefon oder Online durchgeführt. Bedingt durch die Pandemie ist die Anzahl der Facharztbesuche im Vergleich zum Vorjahr um 14,6% gesunken.

Insgesamt umfasste die Anzahl der medizinischen Einrichtungen 2020 eine Anzahl von 25,5 Tsd., davon waren 21,5 Ärztehäuser, 0,7 Tsd. Arztpraxen, 3,3 Zahnarztpraxen. Die große Mehrheit ist in Städten lokalisiert (19,8 Tsd.), wohingegen es in dörflichen Gebieten nur 5,7 Tsd. waren. Die regionale Verteilung steht im engen Zusammenhang mit der Menshendichte, die mit Abstand größte Anzahl der Stellen der ambulanten Versorgung wird in der Hauptstadtregion Masowien sowie in Schlesien notiert.

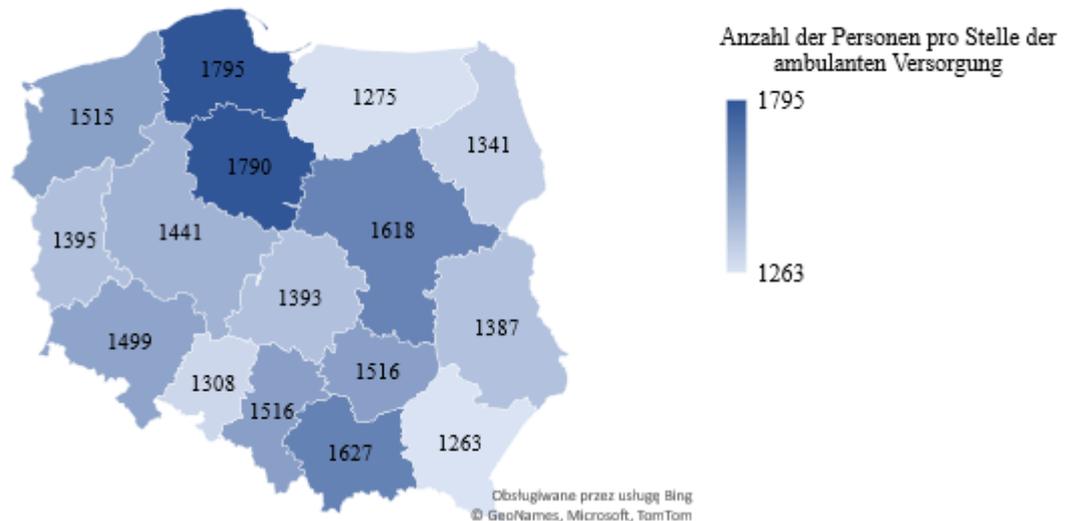
**Abbildung 9: Anzahl der Ärztehäuser nach Woiwodschaft und Land/Gemeindetyp 2020**



Quelle: Ambulatoryjna opieka zdrowotna 2020, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Auf eine Stelle der ambulanten Versorgung fielen durchschnittlich 1 498 Personen zu (37 Personen mehr als im Vorjahr). Die meisten Personen pro Ärzteshaus und Arztpraxis wurden in der Woiwodschaft Pommern (1 795) und die niedrigste in der Woiwodschaft Karpatenvorland (1 263) festgestellt.

**Abbildung 10: Anzahl der Personen pro Stelle der ambulanten Versorgung nach Woiwodschaften in dem Jahr 2020**

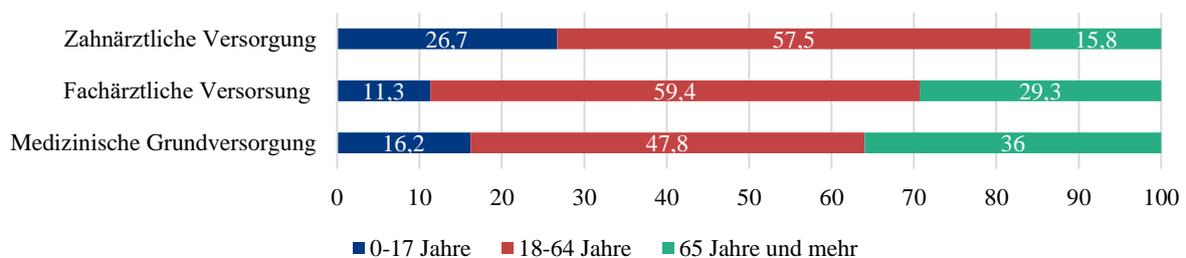


Quelle: Ambulatoryjna opieka zdrowotna 2020, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

2020 haben in Stellen der ambulanten Versorgung, d.h. in Ärzteshäusern und Arzt- und Zahnarztpraxen gesamt 283,1 Mio. medizinische Beratungen stattgefunden – davon 256,6 Mio. ärztliche Beratungen (12% weniger als im Vorjahr) und 26,5 Mio. zahnärztliche Beratungen (22,9% weniger als im Vorjahr). Von den Arztbesuchen waren 156,2 Mio. im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (10,1% weniger als im Vorjahr) und 100,5 Mio. fachärztliche Besuche (14,6% weniger als im Vorjahr).

Im Rahmen der medizinischen Grundversorgung wurden 25,4 Mio. Beratungen Kindern und Jugendlichen bis zum 18 Lebensjahr erteilt und 56,2 Mio. Beratungen an Personen ab dem 65 Lebensjahr. In der fachärztlichen Versorgung waren in Bezug auf diese Altersgruppen jeweils 11,4 Mio. Beratungen und 29,4 Mio. Beratungen.

**Abbildung 11: Anzahl der ambulanten Beratungen nach Art der Beratung und Alter der Patienten im Jahre 2020 in %**



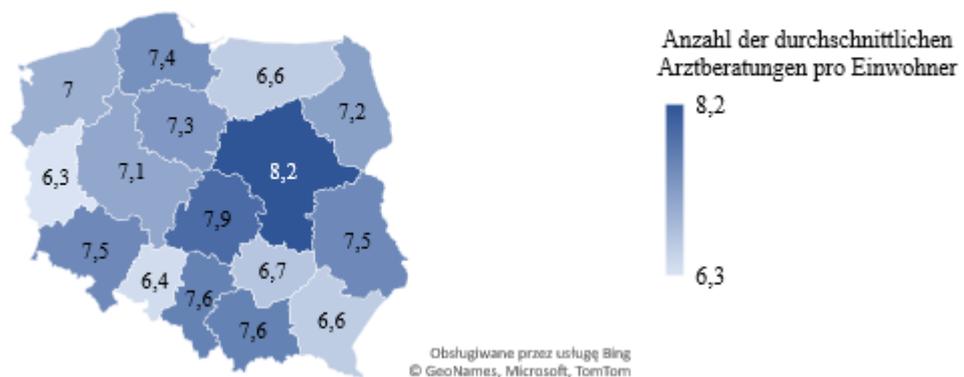
Quelle: Ambulatoryjna opieka zdrowotna 2020, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Aufgrund der Lage rund um die Corona-Pandemie wurden verstärkt digitale bzw. telefonische Beratungen eingesetzt. Solche nicht stationären Arztbesuche machten 36,4% der Beratungen der medizinischen Grundversorgung und 16,2% der Facharztberatungen aus.

Die meisten fachärztlichen Beratungen bezogen sich auf die Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie auf die Augenheilkunde.

Im Durchschnitt hat jeder Einwohner Polens im Jahre 2020 7,4 medizinische Beratungen in Anspruch genommen. Ebenfalls in dieser Hinsicht sind starke regionale Schwankungen zu beobachten. Die meisten Arztbesuche haben Einwohner Zentralpolens, d.h. der Woiwodschaften Masowien und Lodz wahrgenommen, am seltensten zum Doktor gehen Einwohner solcher Regionen wie Lebus, Oppeln, Karpatenvorland oder Ermland-Masuren.

**Abbildung 12: Ambulante Beratungen pro Einwohner in den jeweiligen Woiwodschaften im Jahre 2020**



Quelle: Ambulatoryjna opieka zdrowotna 2020, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

### 2.3. Erkrankungen

Die polnische Bevölkerung hat eine der niedrigsten Lebenserwartungen in Europa. In den Jahren 2000-2017 stieg diese von 73,8 auf 77,8, jedoch bleibt diese trotzdem um 3 Jahre kürzer als der EU-Durchschnitt. Die Unterschiede in der Lebenserwartung unter Berücksichtigung des Geschlechts und Alters sind diametral, Frauen leben in Polen statistisch gesehen 8 Jahre länger als Männer, d.h. 81,8 Jahre vs. 73,9 Jahre. Dieser Unterschied ist einer der höchsten in Europa. Männer mit niedrigster Bildung sterben um 12 Jahre früher als Männer mit höchster Bildung. Zwei Drittel der älteren Personen leiden mindestens an einer chronischen Krankheit und fast die Hälfte hat Depressionssymptome<sup>2</sup>.

Einen komplexen Überblick über den gesundheitlichen Zustand der Polen liefert der Bericht des Statistischen Hauptamtes Polens (GUS) „Stan zdrowia ludności Polski w roku 2019“. Die große Mehrheit der polnischen Bevölkerung bezeichnet ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (67%) gegenüber 9% der Befragten, die ihren Zustand als schlecht oder sehr schlecht beschrieben. Mit dem Alter sinkt die Bewertung des gesundheitlichen Wohlbefindens, positive Bewertungen gab es bei 92% der Personen unter 20 Jahren, 49% unter 50-jährigen und 16% unter 80-jährigen. Bei fast der Hälfte der Polen wurde langzeitige, chronische Krankheiten (mit einer Mindestdauer von 6 Monaten) diagnostiziert. Das Vorkommen chronischer Krankheiten steigt mit dem Alter, bei Personen unter dem 30. Lebensjahr

<sup>2</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_poland\\_polish.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf)

sind diese nur bei 20% der Befragten festgestellt, unter 50-jährigen Personen bereits zu 70%. Frauen meldeten öfter gesundheitliche Probleme als Männer (53% gegenüber 45%).

**Tabelle 2: Die häufigsten chronischen Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden nach Altersgruppen im Jahre 2019 in %**

Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden	15-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80+ Jahre
Bluthochdruck	1,7	5,9	14,9	35,5	49,8	66,5	68,9
Schmerzen im unteren Rücken	6,1	13,6	24	35,6	38,5	45,2	51,3
Halsschmerzen	3,3	7	13,8	23,3	25,8	29,7	31,4
Schmerzen im mittleren Rücken	3,5	7,9	11,9	22,5	23,4	29,7	35,8
Arthrose	-	1,1	7	18,9	29,3	44	52
Schilddrüsenerkrankungen	4,4	6,7	8,4	11,5	13,6	15,8	13
Hoher Cholesterinspiegel	-	1,8	4,5	12,9	19,9	23,9	20,7
Allergien	9,1	8,3	7,5	8,5	8	10,5	7,6
Diabetes	-	1,5	2,7	8,5	16,1	26,5	22,8
Migräne	4,2	6,3	8,1	10	9,8	9,8	12,8
Koronare Herzkrankheit	-	-	1,3	5,1	13,6	26,6	38,3
Inkontinenz	-	-	1,4	2,9	6,3	15,9	29,8
Nierenprobleme	1,6	1,7	2,5	4,1	5,9	9,9	14,1
Depression	1,4	2,8	3,5	5	6	8,2	7,6
Asthma	3,3	2	2,8	4	5,7	7,5	9,1
Magengeschwüre	-	0,8	2,3	4,6	5	6,6	6,8
Chronische Bronchitis / Chronisch obstruktive Lungenerkrankung / Lungenemphysem	-	0,8	1,5	2,9	4,7	7,4	6,7
Herzinfarkt / chronische Folgen	-	-	-	2,2	4,7	8,2	11,1
Schlaganfall / chronische Folgen	-	-	-	1,5	3,1	6,1	8,1
Prostataerkrankungen	-	-	-	2,8	13,5	30,5	41,3

Quelle: „Stan zdrowia ludności Polski w roku 2019“, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Ein wichtiger Aspekt des gesunden Lebens und der Prophylaxe ist das Gewicht. Übergewicht, eine wichtige Zivilisationskrankheit, betrifft auch immer mehr Polen, obwohl hier der Durchschnitt unter den EU-Niveau liegt. Nichtsdestotrotz betrifft das Problem bereits 38% der Polen und 19% leiden unter Fettleibigkeit, was insgesamt einen Anteil von 57% der Gesellschaft mit Gewichtsproblemen ergibt. Dieser Wert ist um 3 Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2014 gestiegen. Wie die Ergebnisse zeigen, sinkt die Anzahl der Raucher, 20% der befragten Personen griffen 2019 zur Zigarette (6 Prozentpunkte weniger als 2014). Gestiegen ist dahingegen der Alkoholkonsum, 74% trinken Alkohol (2 Prozentpunkte mehr als 2014).

Einer Analyse wurde ebenfalls die mentale Gesundheit unterzogen. Demnach haben 16% der Bevölkerung Symptome von Depression (unabhängig von deren Schweregrad). Es wurden dabei jedoch keine deutlichen Unterschiede zum Jahr 2014 erkannt. Mit dem Alter steigt der Anteil der Personen mit depressiven Symptomen. Bei der Altersgruppe über 60 Jahren leidet darunter jede fünfte Person, bei den über 80-jährigen ist es schon jeder zweite. Dieses Problem betrifft häufiger Frauen als Männer (19% vs. 12%), ist jedoch in allen Altersgruppen vertreten.

Zu den meisten in Polen vorkommenden Infektionskrankheiten gehören Grippe, Scharlach, Salmonellose, Tuberkulose und Hepatitis C und B.

**Tabelle 3: Die meisten Infektionskrankheiten pro 100 Tsd. Einwohner in Polen in den Jahren 2018 und 2019 und Vergleich Jahr zu Jahr**

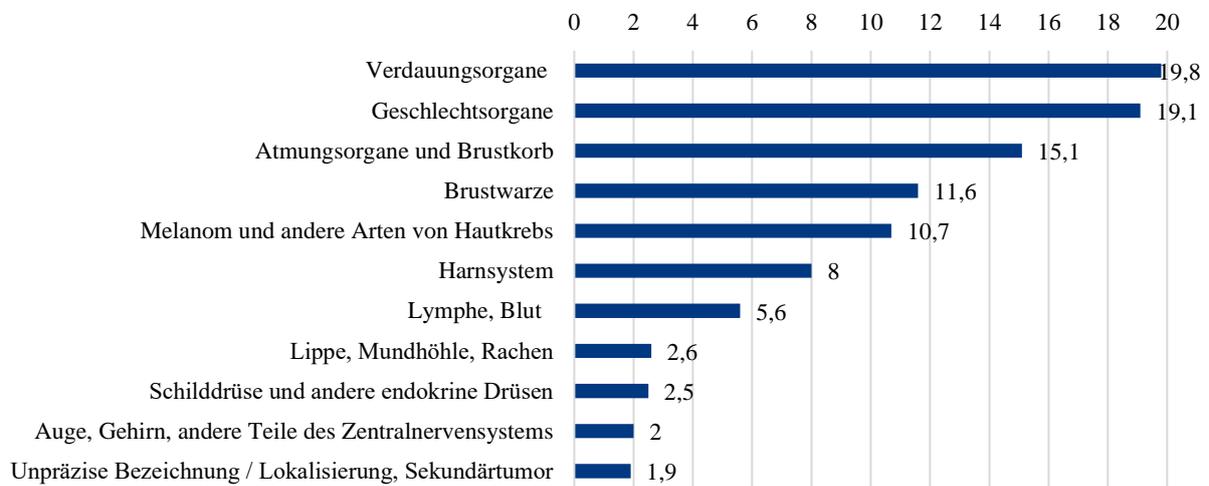
Infektionskrankheit	2018	2019	Vergleich 2019 zu 2018
Scharlach	54,3	48,9	5,4
Geschlechtskrankheiten	7,1	5,3	1,8
Hepatitis C	8,7	9,0	-0,3

Tuberkulose	13,9	14,3	-0,4
Hepatitis B	7,4	8,3	-0,9
Salmonellose	24,1	26,0	-1,9
Grippe	12 478,4	13 639,3	-1 160,9

Quelle: „Stan zdrowia ludności Polski w roku 2019“, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Krebserkrankungen stellen ein wichtiges und zunehmendes gesundheitliches Problem der Polen dar. 2017 wurden 161 Tsd. Krebserkrankungen diagnostiziert. Der Wert der Krankenfälle pro 100 Tsd. Einwohner betrug demnach 420, ein Jahr zuvor waren es 419 und am Anfang des Jahrzehnts 299. Die meisten Erkrankungen beziehen sich auf Verdauungsorgane (31 993 Personen), Geschlechtsorgane (30 767 Personen) und den Brustkorb (24 346 Personen). Diese drei Gruppen von Organen machten insgesamt 54% aller Krebserkrankungen im Jahre 2017 aus. Zunehmende Erkrankungen im Vergleich zum Vorjahr sind im Falle von Haut-, Lymph- und Blut- sowie Harntraktkrebs beobachtet worden.

**Abbildung 13: Häufigste Arten von Krebserkrankungen in Polen im Jahre 2017 in %**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistische Hauptamt Polens (GUS)

Das Krebsrisiko steigt besonders nach dem 50 Lebensjahr. Die meisten in Polen notierten Fälle (ein Drittel) sind Personen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren. Die Erkrankungen bei Personen aus dieser Gruppe betreffen meistens Verdauungsorgane und Atmungsorgane.

In der ambulanten Versorgung wurden 2018 in Beratungsstellen 1,6 Mio. (ca. 4% der Bevölkerung) Polen mit psychischen Störungen und Abhängigkeit von Alkohol und anderen Substanzen behandelt. Im Vergleich zum Vorjahr gab es 26,5 weniger Meldungen von Patienten als ein Jahr zuvor. 86% beziehen sich auf psychische Störungen, 10,4% sind mit Alkoholsucht verbunden und weitere 2,7% auf die Nutzung anderer psychoaktiver Substanzen. Der Wert der psychischen Erkrankungen liegt bei 3 611 pro 100 Tsd. Einwohner, 437 bei Alkoholsucht und 113 in Bezug auf andere Suchten. Die Anzahl der psychisch kranken Personen ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (um 22 Tsd. Personen), die Anzahl der süchtigen nach Alkohol und anderen Substanzen ist hingegen gestiegen.

Verhaltensbasierte Risikofaktoren (Lebensstil) sind der Grund ca. der Hälfte der Todesfälle in Polen. Zwar sinkt die Anzahl der Raucher und somit auch der Tode aufgrund von Lungenkrebs, aber die Zahlen bleiben trotzdem auf einem höheren Niveau als in der EU. Innerhalb der letzten Jahre wird ebenfalls eine steigende Anzahl übergewichtiger Personen

beobachtet, unter Erwachsenen und insbesondere unter Kindern, hier liegen die Werte jedoch unter dem EU-Durchschnitt.

Die Anzahl der Tode, die mithilfe von medizinischen Behandlungen hätten verhindert werden können, ist in Polen höher und die Heilung der Krebspatienten seltener als durchschnittlich in Europa, was zeigt, dass viel Nachholbedarf in Bezug auf die Prophylaxe, frühe Diagnostik und effiziente Therapie besteht.

## 2.4. Medizinisches Personal

Eines der wichtigsten Elemente des Gesundheitswesens ist das medizinische Personal, das dessen Basis bildet und für das wirksame Funktionieren des gesamten Systems einen wesentlichen Beitrag leistet. Für die Effizienz des Gesundheitssystems sorgt das Zusammenspiel der Quantität und Qualität des Personals. Die Gewährleistung der entsprechenden Zahl des medizinischen Personals und deren Ausbildung ist eine der größten Herausforderungen vor der das Gesundheitswesen derzeit steht. Vor allem angesichts des demografischen Wandels der Gesellschaft und der Migration des qualifizierten medizinischen Personals nach Westeuropa, gewinnt das Problem immer mehr an Bedeutung.

Die neuesten Daten in Bezug auf das medizinische Personal stammen aus Registern der Ärztekammer. Demnach gab es 2019 in Polen 150 Tsd. Ärzte, 42 Tsd. Zahnärzte, 299 Tsd. Krankenpfleger, 39 Tsd. Hebammen, 36 Tsd. Apotheker und 16 Tsd. Labordiagnostiker. In allen der besprochenen Berufe wurde Zuwächse in der Anzahl der qualifizierten Personen in diesen Berufen im Vergleich zum letzten Jahr notiert.

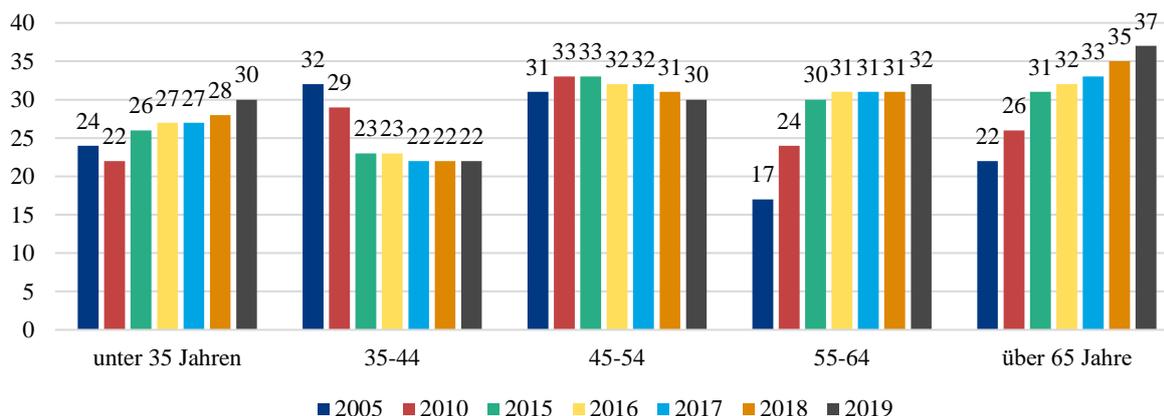
**Tabelle 4: Anzahl der Personen mit Qualifikation zur Ausübung von medizinischen Berufen in den Jahren 2010, 2015, 2016, 2018 und 2019**

Beruf	2010	2015	2016	2018	2019
Arzt	134 292	142 962	144 982	149 134	150 914
Zahnarzt	37 104	40 455	41 194	42 282	42 761
Apotheker	28 330	33 111	33 914	35 553	36 117
Krankenpfleger	282 420	285 431	288 446	295 464	299 629
Hebamme	34 302	36 103	36 839	38 312	39 029
Labordiagnostiker	12 966	15 109	15 563	16 340	16 697

Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

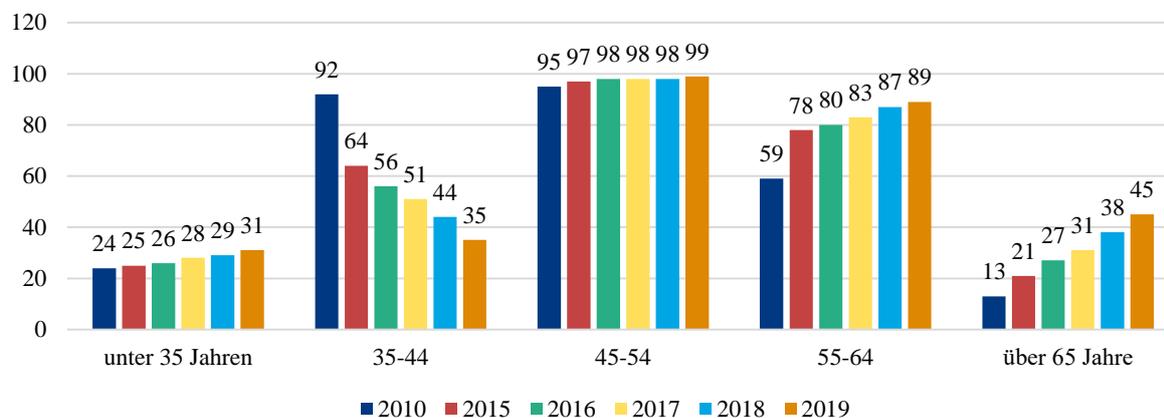
Einfluss auf diese Dynamik hat zum einen die Anzahl der Personen, die eine Ausbildung in diesen Bereichen aufnehmen sowie die Anzahl der Personen älterer Jahrgänge, die in Rente gehen. Die Analyse der Altersgruppen in den jeweiligen medizinischen Berufen weist starke Differenzen auf. Die beunruhigende Tendenz des steigenden Anteils der Ärzte im Alter über 65 Jahre war auch 2019 zu beobachten, der Anteil umfasste unter 24,5% unter Ärzten und 22,7% unter Zahnärzten. Änderungen in den Altersstrukturen sind auch unter Krankenpflegern zu beobachten. 2019 waren die am besten qualifizierten Krankenpfleger im Alter zwischen 45-54 Jahren – insgesamt 99 Tsd. Die kleinste Gruppe bildeten Personen unter 35 Jahren. 2019 waren es 31 Tsd. was 10,4% der gesamten Anzahl der qualifizierten Krankenpfleger ausmachte. Diese Zahlen zeigen eindeutig, dass dieser Beruf in Polen aufgrund der geringen Entlohnung unbeliebt ist, andererseits wird dadurch verbildlicht, dass dem Gesundheitssystem zeitnah ein Kollaps droht bzw. ein sehr großes Defizit an Krankenpflegern zu verzeichnen sein wird.

**Abbildung 14: Anzahl der qualifizierten Ärzte nach Altersgruppen in den Jahren 2005, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 in Tsd.**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

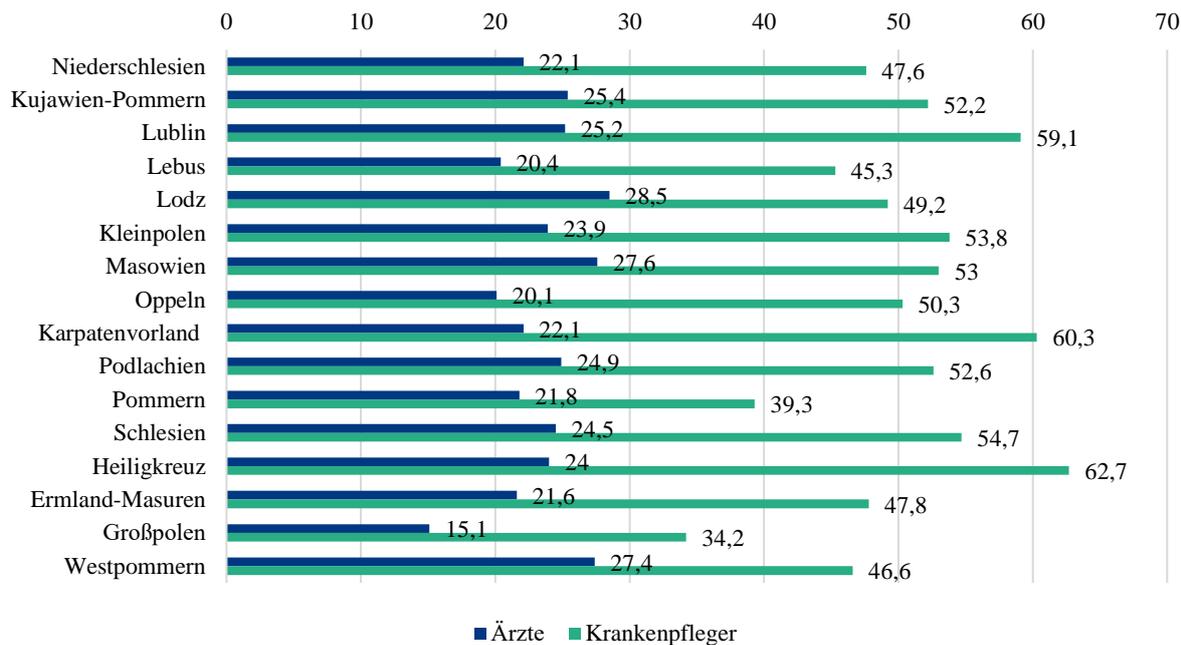
**Abbildung 15: Anzahl der qualifizierten Krankenpfleger nach Altersgruppen in den Jahren 2005, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Einer der Schlüsselfaktoren für das Effiziente Funktionieren des Gesundheitssystems ist die entsprechende Verteilung und Verfügbarkeit der Ärzte aus den jeweiligen Fachgebieten in den Regionen. Der Zugang zum medizinischen Personal ist von der regionalen Verteilung stark abhängig und weist starke regionale Unterschiede auf. Die Anzahl der Ärzte pro 10 Tsd. Einwohner schwankte zwischen 15,1 in der Woiwodschaft Großpolen und 28,5 in der Woiwodschaft Lodz. Die meisten Krankenpfleger pro 10 Tsd. Einwohner gibt es in den Woiwodschaften Heiligkreuz (62,7), Karpatenvorland (60,3) und Lublin (59,1).

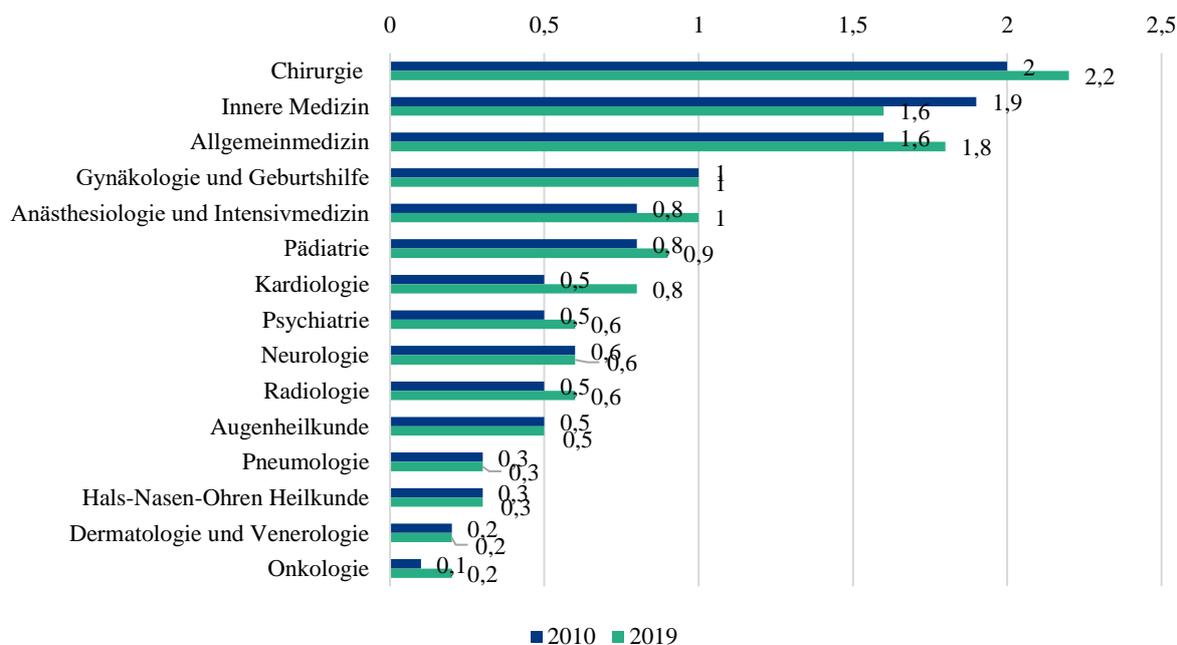
**Abbildung 16: Anzahl der Ärzte und Krankenpfleger pro 10 Tsd. Einwohner im Jahre 2019**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

2019 betrug die Anzahl der Fachärzte 60 Tsd.. Die meisten Fachärzte sind aus der Fachrichtung Chirurgie und Innere Medizin. In einigen Bereichen werden Defizite notiert oder es besteht die Gefahr, dass diese in naher Zukunft vorkommen können. Deswegen wird durch nationale Gesundheitsexperten jährlich eine Prioritätenliste der Medizinbereiche, in denen besonders Fachärzte fehlen, veröffentlicht. Dazu gehören heutzutage insbesondere die Fachrichtungen Onkologie sowie Dermatologie und Venerologie.

**Abbildung 17: Anzahl der Fachärzte 2010 und 2019 pro 10 Tsd. Einwohner im Jahre 2010 und 2019**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Der größte Frauenanteil in den medizinischen Berufen ist bei Krankenpflegern, Hebammen und Labordiagnostikern zu verzeichnen. Ein etwas niedrigerer Anteil der Frauen ist unter Ärzten zu beobachten, jedoch ist auch hier ihre Rolle dominierend. Innerhalb der letzten 25 machten Frauen mehr als 50% der Ärzte aus, auch der Anteil der Frauen unter Zahnärzten ist hoch und umfasste ca. 75%.

**Tabelle 5: Anzahl des medizinischen Personals des polnischen Gesundheitswesens Stand zum 31.12. in den Jahren 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019**

Beruf	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Arzt	83 201	88 437	91 730	90 284	89 532	90 884
<i>darunter Frauen</i>	47 131	50 343	52 422	51 318	51 291	51 932
Zahnarzt	12 549	12 603	13 308	13 331	12 927	13 509
<i>darunter Frauen</i>	9 717	9 544	9 930	9 918	9 664	10 133
Apotheker	25 203	28 121	29 268	29 330	28 873	28 195
<i>darunter Frauen</i>	21 237	23 441	24 178	24 364	23 920	23 384
Krankenpfleger	200 769	197 381	195 838	193 700	192 964	19 3132
Hebamme	22 616	22 464	22 885	22 742	22 880	22 892
Physiotherapeut	21 470	25 145	26 003	26 495	27 787	29 361
Labordiagnostiker	k.A.	11 477	10 602	11 599	11 657	12 176

Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

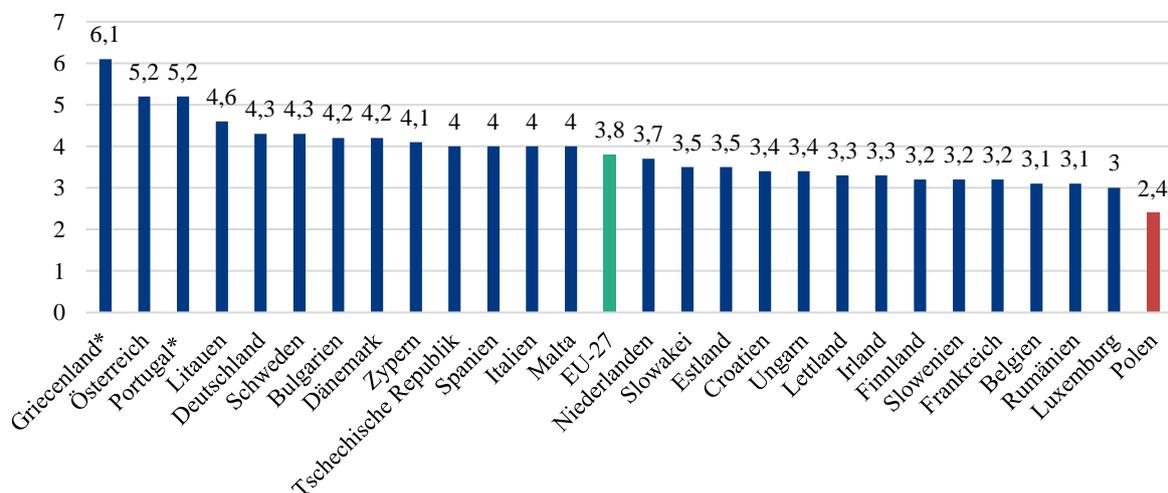
**Tabelle 6: Anzahl des medizinischen Personals des polnischen Gesundheitswesens pro 10 Tsd. Einwohner Stand zum 31.12. in den Jahren 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019**

Beruf	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Arzt	21,6	23,0	23,9	23,5	23,3	23,7
Zahnarzt	3,3	3,3	3,5	3,5	3,4	3,5
Apotheker	6,5	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3
Krankenpfleger	52,1	51,4	51,0	50,4	50,2	50,3
Hebamme	11,4	11,3	11,5	11,5	11,5	11,5
Physiotherapeut	5,6	6,5	6,8	6,9	7,2	7,6
Labordiagnostiker	k.A.	3,0	2,7	3,0	3,0	3,2

Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

Die Lage bzw. der Zustand des polnischen Gesundheitswesens werden jedoch erst deutlich, wenn diese Zahlen im europäischen Kontext zusammengestellt werden. Eine solche Analyse ist in dem Bereich der OECD „Health at a Glance: Europe 2020“ zu finden. Demnach belegt Polen den letzten Platz, wenn es um die Anzahl der Ärzte pro 1 000 Einwohner geht. Den Angaben zufolge haben solche Länder wie Griechenland (6,1), Österreich (5,2) und Portugal (5,2) die größte Ärztedichte. Der EU-Durchschnitt liege bei 3,8 und Polen bildet mit 2,4 Ärzten pro 1 000 mit Abstand das Schlusslicht der Zusammenstellung.

**Abbildung 18: Anzahl der Ärzte pro 1 000 Einwohner in Europa im Jahre 2018**



\*Daten beziehen sich auf alle Ärzte, die berufliche Qualifikationen haben, nicht nur diejenigen, die beruflich aktiv sind, wodurch die Ergebnisse überhöht sind  
Quelle: „Health at a Glance: Europe 2020“, OECD

Eine der größten Herausforderungen der Politik wird es sein, Rahmenbedingungen zur Bildung einer entsprechenden erforderlichen Anzahl des medizinischen Personals sowie finanzielle Verhältnisse zu schaffen, um diese Spezialisten hierzulande zu halten. Die Migration von ausgebildeten medizinischen Mitarbeitern, insbesondere nach Westeuropa, bildet schon heute ein enormes Problem und führt zur Schwächung des gesamten Gesundheitssystems in Polen. Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung sich vertiefen wird, zumal die Anerkennung des polnischen Medizinstudiums im Ausland kein Problem darstellt und eine neue Generationen von Medizinern mit Fremdsprachenkenntnissen ausgebildet wird, für die es nahezu keine Barrieren, wie z.B. Sprachbarrieren mehr geben wird um den Beruf im Ausland auszuüben. Demensprechend müssen entsprechende Anreize, insbesondere finanzielle, geschaffen werden, um die notwendige Anzahl der Ärzte zu gewährleisten.

## 2.5. Finanzierung des Gesundheitswesens

Für die Verteilung der finanziellen Mittel aus den Krankenversicherungsbeiträgen ist der Nationale Gesundheitsfond (NFZ) zuständig. Dieser wurde im Jahre 2003 ins Leben gerufen im Zuge der Reformen des Gesundheitssystems, die die damalige Regierung (SLD) durchgeführt hat. Die Abschaffung der Krankenkassen und Gründung des Nationalen Gesundheitsfonds sei eine der wichtigsten Reformen nach der Transformation. Die rechtliche Grundlage bildet das Gesetz über öffentlich finanzierte Gesundheitsfürsorgeleistungen vom 27. September 2004. Gemäß des Art. 98 dieses Gesetzes ist der Nationale Gesundheitsfond eine staatliche Organisationseinheit und verfügt über eine Rechtspersönlichkeit. Zu den Schlüsselaufgaben des Fonds gehört die Verwaltung der eingeflossenen Krankenversicherungsbeiträge sowie die Finanzierung der medizinischen Leistungen im Rahmen der allgemeinen Krankenversorgung. Ein weiterer Tätigkeitsbereich ist die Gesundheitsförderung, Schaffung und Realisierung von Gesundheitsprogrammen. Die finanziellen Mittel, die der NFZ verwaltet, stammen aus unterschiedlichen Quellen, überwiegend jedoch sind es die Beiträge, die im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung gezahlt werden.. Der Hauptsitz des NFZ befindet sich in Warschau, darüber hinaus sind regional die 16 Woiwodschaftsabteilungen verteilt.

Schätzungen zufolge haben die Ausgaben für Gesundheit in Polen im Jahre 2018 den Wert von 134,2 Mrd. PLN erreicht, was um ca. 3,7 Mrd. mehr ist als ein Jahr zuvor. Dies entspricht 6,3% des polnischen BIP (2017 = 6,56%). Eine Steigerung wurde bei den öffentlichen Geldern festgestellt, ein Rückgang hingegen bei den privaten Ausgaben. Aus dem öffentlichen Sektor flossen somit ins Gesundheitswesen 96 Mrd. PLN (4,53% des BIP) und aus dem privaten Sektor 38,3 Mrd. PLN (1,8% des BIP, 2017 waren es 2% des BIP). In Bezug auf die Struktur der Ausgaben machten öffentliche Ausgaben 71,5% der Ausgaben für Gesundheit aus (10% vom Staatshaushalt und der territorialen Selbstverwaltung und 61,5% von den Krankenversicherungen). Die Ausgaben aus dem privaten Sektor bildeten 28,5% aller Ausgaben für Gesundheit, davon 20,4% direkt aus den privaten Haushaltskassen.

**Tabelle 7: Ausgaben für Gesundheit in den Jahren 2017, 2018 und 2019**

Ausgaben	2017		2018		2019	
	Mio. PLN	% BIP	Mio. PLN	% BIP	Mio. PLN	% BIP
BIP	1 861 148	100	1 989 351	100	2 120 480	100
<b>Ausgaben für Gesundheit allgemein</b>	<b>122 165,22</b>	<b>6,56</b>	<b>130 535,81</b>	<b>6,56</b>	<b>134 244,40</b>	<b>6,33</b>
<b>Öffentliche Ausgaben</b>	<b>84 410,89</b>	<b>4,54</b>	<b>90 445,50</b>	<b>4,55</b>	<b>95 977,1</b>	<b>4,53</b>
<i>darunter:</i>						
Staatshaushalt und territoriale	11 824,16	0,64	13 515,14	0,68	3 381,76	0,63

Selbstverwaltung (gemeinsam)						
Staatshaushalt	7 017,22	0,38	8 351,08	0,42	7 891,05	0,37
Territoriale Selbstverwaltung	4806,94	0,26	5 164,06	0,26	5 490,71	0,26
Gesetzliche Krankenversicherung	72 586,73	3,9	76 930,36	3,87	82 595,30	3,9
<b>Private Ausgaben</b>	<b>37 754,33</b>	<b>2,03</b>	<b>40 090,31</b>	<b>2,02</b>	<b>38 267,34</b>	<b>1,8</b>
Direkte Ausgaben privater Haushalte	27 787,19	1,49	29679,190	1,49	27 413,15	1,29
Andere private Ausgaben	9 967,14	0,54	10 411,12	0,52	10 854,20	0,51

Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

2019 beliefen sich die Kosten der medizinischen Leistungen, die für Versicherte durch den Nationalen Gesundheitsfond getragen wurden 89 765 Mio. PLN (10,7% mehr als im Vorjahr) und umfassten zur Mehrheit die stationäre Versorgung in Krankenhäusern (52,8%), sowie die medizinische Grundversorgung (13,9%) und die Erstattung von Arzneimitteln (9,7%). Die Ausgaben des NFZ bildeten 85% der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in Polen, weitere 10% stammen vom Staatshaushalt und 4% von der territorialen Selbstverwaltung. Von den Ausgaben der territorialen Selbstverwaltungen (4% der Kosten) waren 34% aus dem Budget der Woiwodschaften, 16% der Gemeinden, 24% der Landkreise und 26% der kreisfreien Städte. Die Staatshaushaltsausgaben erreichten einen Wert von 10 896,5 Mio. PLN (2,6% der Ausgaben des Staatshaushaltes) und die der territorialen Selbstverwaltung 4 507,1 Mio. PLN (1,6% deren Ausgaben allgemein). Die territorialen Selbstverwaltungen haben im Durchschnitt 117,41 PLN pro Einwohner ausgegeben. Die höchsten Ausgaben waren in den Woiwodschaften Masowien (170,60 PLN) und Podlachien (157,0 PLN) notiert. Es ist zu erkennen, dass in allen Bereichen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sind.

**Tabelle 8: Ausgaben für Gesundheit aus dem Staatshaushalt und von territorialen Selbstverwaltungen 2017, 2018 und 2019**

Ausgaben	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2018=100
	in Mio. PLN			in %			
Staatshaushalt							
STAATSHAUSHALT ALLGEMEIN	374471,8	385 336,9	414 134,7	100	100	100	107,5
<i>darunter für Gesundheit</i>	9 598,4	10 479,1	10 896,5	2,6	2,7	2,6	104,0
Territoriale Selbstverwaltung							
Woiwodschaften allgemein	14 317,4	16 582,3	18 376,0	100	100	100	110,8
<i>darunter für Gesundheit</i>	863,8	990,3	1 542,0	6,0	6,0	8,4	8,4
Kreisfreie Städte allgemein	78 504,1	87 014,6	96 885,5	100	100	100	111,3
<i>darunter für Gesundheit</i>	1 066,0	1 149,2	1 168,5	1,4	1,3	1,2	101,7
Landkreise allgemein	25 360,4	28 656,6	29 630,7	100	100	100	103,4
<i>darunter für Gesundheit</i>	930,6	1 033,1	1 069,2	3,7	3,6	3,6	103,5
Gemeinden allgemein	111 984,4	127 132,8	135 316,9	100	100	100	106,4
<i>darunter für Gesundheit</i>	618,1	668,2	727,3	0,6	0,5	0,5	108,9

Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

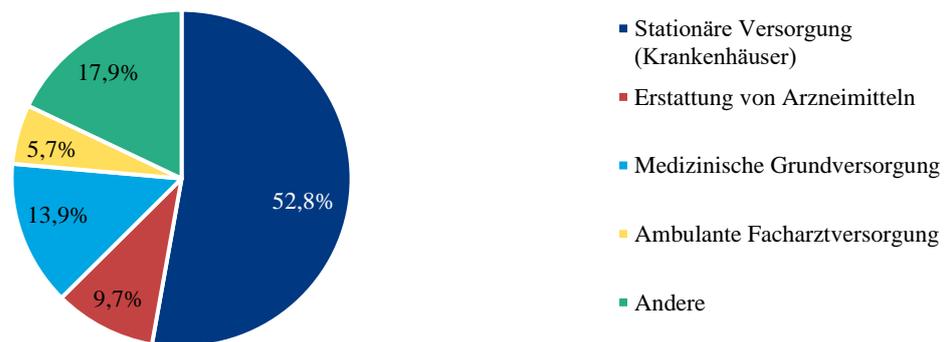
Ca. zwei Drittel der Mittel für das Gesundheitswesen (allgemein, 85% der öffentlichen Mittel) kommen von den Krankenversicherungsbeiträgen, die im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung eingesammelt werden. Die gezahlten Beiträge betragen 9% des Einkommens der Arbeitnehmer. Beiträge für Bauern und Selbstständige werden auf eine andere Weise berechnet. Die Beiträge haben die Form einer Steuer. Der Staat übernimmt die Beitragszahlung für manche Gesellschaftsgruppen wie Arbeitslose, die keine Arbeitslosenhilfe beziehen oder Sozialhilfeempfänger. Die Krankenversicherungsbeiträge werden an die Sozialversicherungsanstalt (ZUS) abgegeben, die die Mittel an die Zentrale des Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) übermittelt. Diese verteilt die Mittel an die 16 regionalen Abteilungen in den Woiwodschaften. Die Höhe der an die jeweilige Region zugeteilten Mittel wird mithilfe eines Algorithmus berechnet, der solche Faktoren berücksichtigt wie die Zahl, das Alter, das Geschlecht der Versicherten in der jeweiligen Woiwodschaft.

Jede der 16 Abteilungen des NFZ in den Woiwodschaften ist zuständig für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die dort ansässigen Einwohner im Rahmen der zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel. Alle Anstalten, die die epidemiologischen und sanitären Standards erfüllen können an Ausschreibungen teilnehmen und sich somit zum Vertragsschluss mit dem NFZ bewerben.

Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung sind die erste Kontaktstelle des Patienten mit dem Gesundheitssystem und ermöglichen den Zugang zu weiteren Stufen der medizinischen Versorgung. Auf allen dieser Stufen können die Patienten unter verschiedenen Einrichtungen, die über einen Vertrag mit dem NFZ verfügen, wählen. Um eine Untersuchung von einem Facharzt in Anspruch zu nehmen ist in den meisten Fällen eine Arztüberweisung erforderlich. Nicht betroffen von dieser Regelung sind Besuche bei Gynäkologen, Onkologen, Psychiatern, Zahnärzten und Venerologen. Hier ist eine Überweisung nicht notwendig.

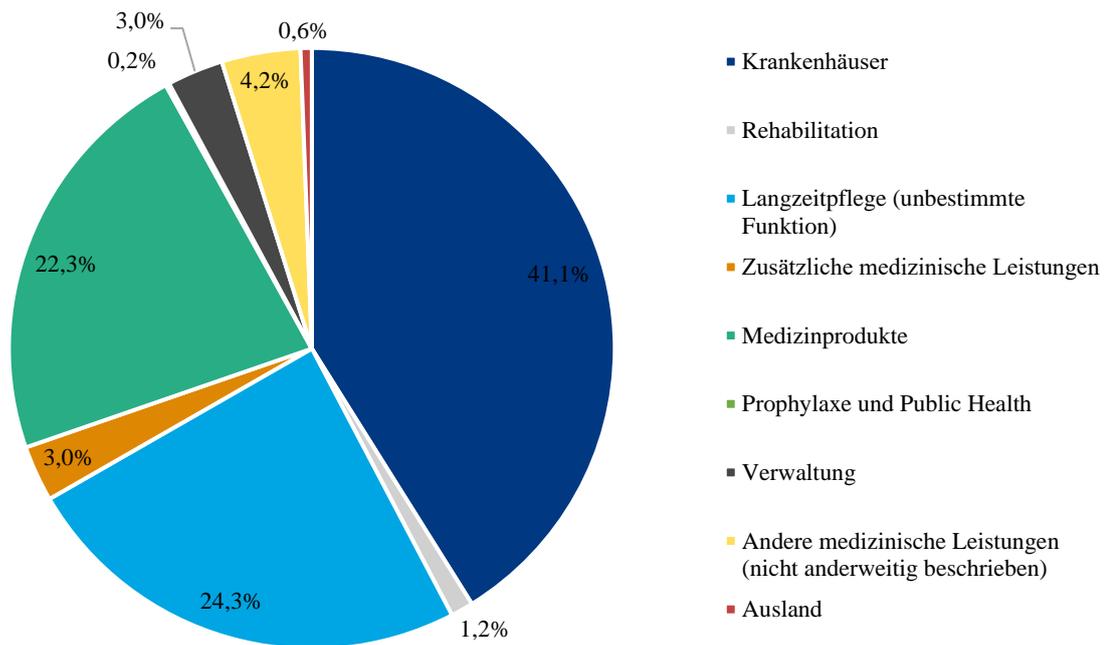
Der Nationale Gesundheitsfond (NFZ) wird als ineffizienter Vermittler der medizinischen Leistungen und als finanzielle Last für den gesamten Gesundheitssektor gesehen. Aufgrund dessen gab es seitens der Regierung Pläne für dessen Abschaffung, diese wurden jedoch zunächst aufgeschoben bzw. eingestellt, obwohl dies ein Wahlversprechen der regierenden Partei war. Gemäß dieser Projekte sollte für die Finanzierung und Verteilung der Mittel des Gesundheitswesens das Gesundheitsministerium zuständig sein.

**Abbildung 19: Struktur der Ausgaben des Nationalen Gesundheitsfonds für medizinische Leistungen 2019**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

**Abbildung 20: Ausgaben für Gesundheit 2018 nach Dienstleistern**



Quelle: Zdrowie i ochrona zdrowia 2019, Statistisches Hauptamt Polens (GUS)

## 2.6. Zusätzliche (private) Krankenversicherung

Die freiwilligen Krankenversicherungen, also die polnischen Privatversicherungen sind eine Art Parallelversicherung zur staatlichen Pflichtversicherung und bieten eine Ergänzung. Laut Angaben der Polnischen Versicherungskammer nehmen bereits 3,3 Mio. Polen zusätzliche private Krankenversicherungen in Anspruch. Der Markt für diese Art der Krankenversorgung boomt und diese Tendenz soll weiterhin anhalten. Zum einen tragen zu dieser Entwicklung die niedrigen staatlichen Ausgaben für fachärztliche Dienstleistungen zum anderen der immer schlechtere Ruf der staatlichen medizinischen Versorgung in den Augen der Polen bei. Weitere Faktoren, die diese Entwicklung unterstützen sind die steigende Kaufkraft und das größere verfügbare Einkommen, wie auch steigende Löhne und eine Arbeitslosenquote auf niedrigem Niveau. Ebenfalls die Corona-Pandemie hat zur Popularität dieser Form der Gesundheitsversorgung beigetragen, denn es stieg die Bedeutung des schnellen Zugangs zu medizinischen Leistungen und Fachärzten. Deswegen versuchen immer mehr Menschen auf eigene Faust für die ihre Gesundheit zu sorgen, denn immer mehr können sich diese Dienstleistungen leisten. Laut Angaben der Polnischen Versicherungskammer geben Polen für die private Krankenversicherung mittlerweile über 40 Mrd. PLN aus, nach manchen Schätzungen sogar 46 Mrd. PLN aus. Das Consultingunternehmen PMR schätzt, dass der Markt in den nächsten 6 Jahren um ca. 7% pro Jahr wachsen wird. Die privaten Anbieter von medizinischen Dienstleistungen locken mit unterschiedlichen Paketen an. Von den Basistarifen für weniger als 100 PLN monatlich, die den Besuch beim Hausarzt und Grunduntersuchungen umfassen, bis hin zu Premiumtarifen, die einen Preis von 1000 PLN pro Monat erreichen können und auch Krankenhausaufenthalte umfassen. Die zusätzliche Krankenversicherung wird am häufigsten den Mitarbeitern von dem Arbeitgeber angeboten als ein zusätzliches Benefit, dessen größter Vorteil der schnelle Zugang zu Fachärzten und Untersuchungen ist, nämlich ohne lange Warteschlangen wie es bei Behandlungen im Rahmen des NFZ üblich ist und wo eine Wartezeit für eine Untersuchung mehrere Monate betragen kann. Diese können entweder die Form eines Abonnements für private medizinische Dienstleistungen haben oder eine Gesundheitsversicherungspolice. Ein Teil des Versicherungsbetrages

wird durch den Arbeitnehmer und ein Teil durch den Arbeitgeber gezahlt. Zu den größten privaten Anbietern gehören solche Unternehmen wie Grupa Luxmed und Grupa Medicover. Die weiteren wichtigen Marktteilnehmer sind EMC Instytut Medyczny, Enel-Med, Grupa Scanmed, Falck, Miedziowe Centrum Zdrowia. Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass die Marktführer in diesem Segment eigene Krankenhäuser und Ärztehäuser bauen und Einrichtungen von anderen privaten medizinischen Dienstleistern übernehmen. Die meisten privaten Krankenversicherungen umfassen Besuche beim Facharzt, Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen und bilden somit eine wesentliche Entlastung der ambulanten ärztlichen Versorgung dar.

Einer Umfrage zufolge, die durch den Privatanbieter Centrum Medyczne Damiana durchgeführt wurde, entscheiden sich viele Patienten für die private medizinische Vorsorge nicht wegen der besseren Qualität der Leistungen, sondern wegen des schnellen Zugangs zum Facharzt ohne lange Warteschlangen. Viele sehen es als einzige Möglichkeit für einen Termin beim Facharzt (48% der Befragten). Den Ergebnissen zufolge fühlen sich die befragten Personen sowohl bei öffentlichen als auch privaten Dienstleistern nicht seriös behandelt. In beiden Fällen sind die Empfindungen der Arztbesuche vergleichbar. Ca. 40% der Patienten behaupten, die Ärzte widmen den Patienten nicht ausreichend Aufmerksamkeit und 35% antworteten, eine solche Situation findet manchmal oder oft statt<sup>3</sup>.

## **2.7. Das polnische Gesundheitswesen im europäischen Vergleich**

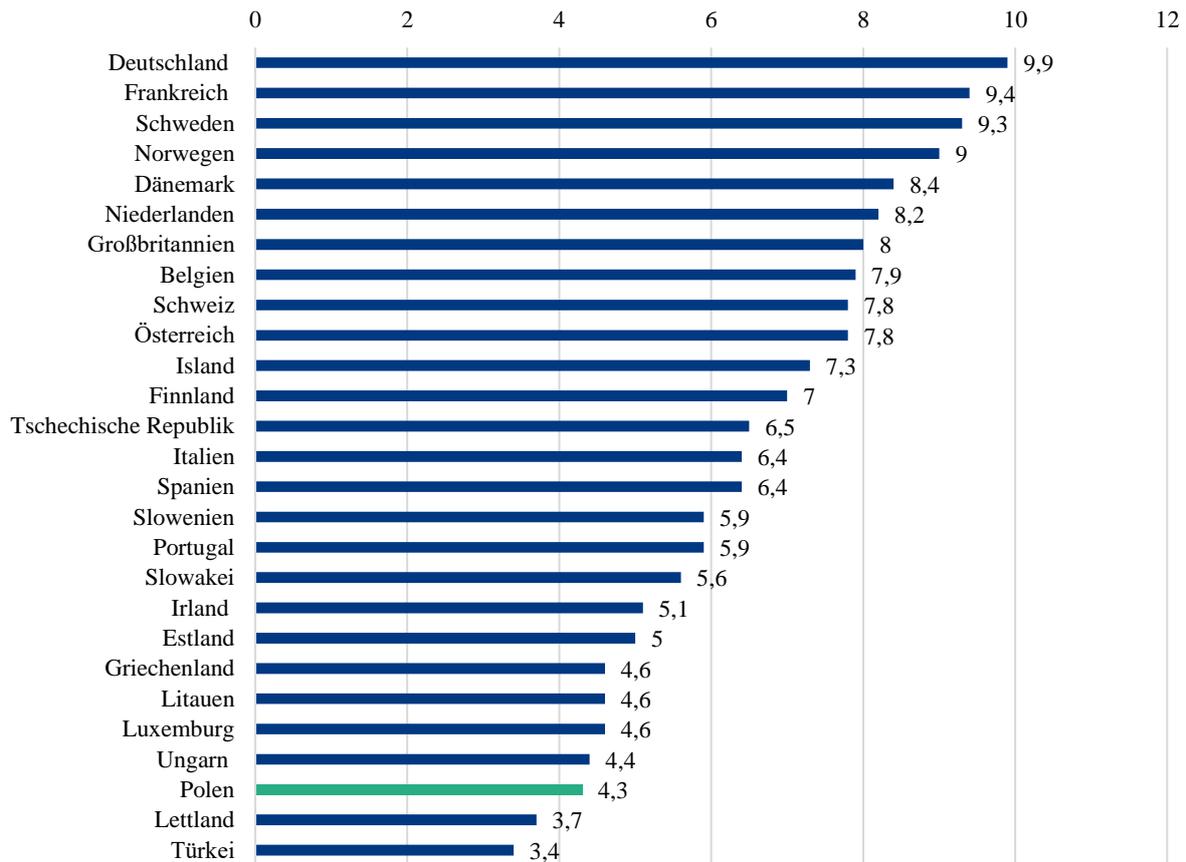
Laut Angaben der OECD ist das Hauptproblem des polnischen Gesundheitssystems, dass von den rund 7% des BIP (öffentliche und private Gelder), die für das Gesundheitswesen anfallen, 1,5% nicht wirtschaftlich bzw. effizient genutzt wird. Die Gründe dafür sind zu finden u.a. in dem Übermaß an der Hospitalisierung oder der fehlenden Digitalisierung. Ein Problem, das seit der Transformation das Gesundheitssystem betrifft, ist die Unterfinanzierung, was das Defizit an medizinischem Personal, lange Wartezeiten für Arztbesuche und dem schlechten Zugang zu innovativen Behandlungsmethoden, die in vielen Nachbarstaaten Polens bereits auf der Tagesordnung sind, verursacht. Problematisch sei nach OECD ebenfalls der relativ hohe Anteil der Privatfinanzierung des Gesundheitswesens in Polen. Zudem gibt es in Polen eine der niedrigsten Ärztezahlen pro Einwohner in Europa. Ebenfalls die Frühdiagnostik und Vorbeugung von Krankheiten ist im Vergleich zu anderen europäischen Staaten auf einem sehr niedrigen Niveau. Nachstehend werden die Ausgaben der OECD-Mitgliedsstaaten zusammengestellt. Die polnischen Ausgaben fallen in diesem internationalen Vergleich sehr mager aus.

Einen Überblick über die Positionierung des polnischen Gesundheitssektors im internationalen Vergleich zeigen die Daten die durch die OECD veröffentlicht werden. Die aktuellsten Daten, die zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Analyse vorliegen, beziehen sich auf das Jahr 2019. Polen bildet seit Jahren Europas Schlusslicht in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitswesens (drittletzter Platz). Die staatlichen Ausgaben Polens für Gesundheit betragen im Jahre 2019 4,3% des BIP. Das ist einer der niedrigsten Werte. Der Durchschnitt bei der analysierten Ländergruppe liegt bei 6,53% des BIP. Polen priorisiert die Gesundheit am niedrigsten unter Ländern dieser Region. Auch unter allen Nachbarländern Polens, die Mitgliedsstaaten der OECD sind, präsentiert Polen den niedrigsten Anteil.

---

<sup>3</sup> <https://forsal.pl/artykuly/1413176,polacy-sa-tak-samo-niezadowoleni-z-prywatnej-sluzby-zdrowia-jak-z-publicznej.html>

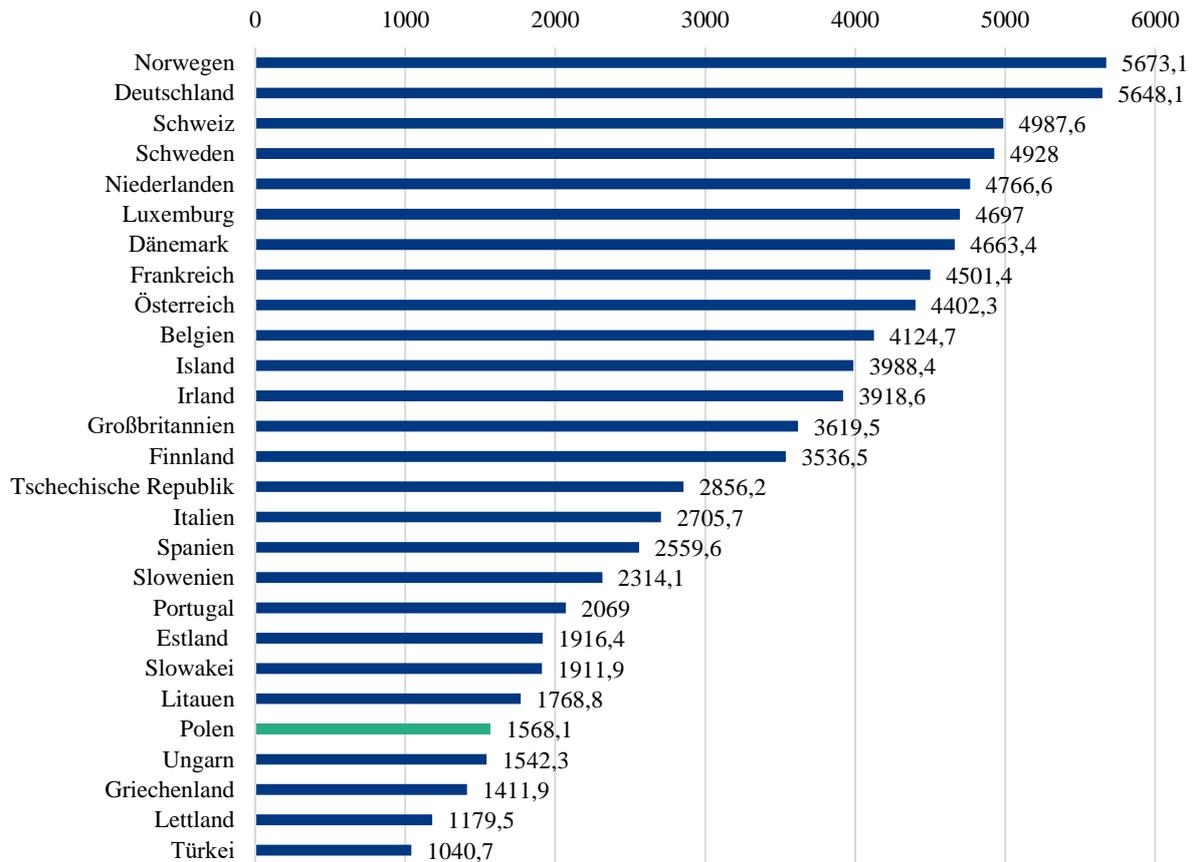
**Abbildung 21: Anteil der Ausgaben für Gesundheit in % der BIP im Jahre 2019**



Quelle: Daten von OECD, auf Basis von <https://zpp.pl/storage/files/2021-01/2378e507c871df3ca0f4f1e03fa61152534.pdf>

Die Analyse der Ausgaben pro Kopf unter Berücksichtigung der Kaufkraft weicht ebenfalls stark von den durchschnittlichen Ergebnissen der anderen Länder ab. Dieser Indikator wurde in USD angegeben und liegt in Polen bei 1 568 USD, der Durchschnitt der analysierten OECD-Staaten bei 3 270,4 USD. Polen belegt hier den 23. Platz und schon auf den ersten Blick ist die Kluft im Vergleich zu führenden Ländern in dieser Zusammenstellung zu erkennen. Eine wichtige Bemerkung, die aus dem Bericht hervorgeht ist, dass der Abstand zwischen Polen und hochentwickelten Staaten sich nicht verkleinert, sondern wächst. Zwischen 2010 und 2019 sind die pro Kopf Ausgaben mit Berücksichtigung der Kaufkraft in Polen von 1019,8 USD auf 1568,1 USD gestiegen.

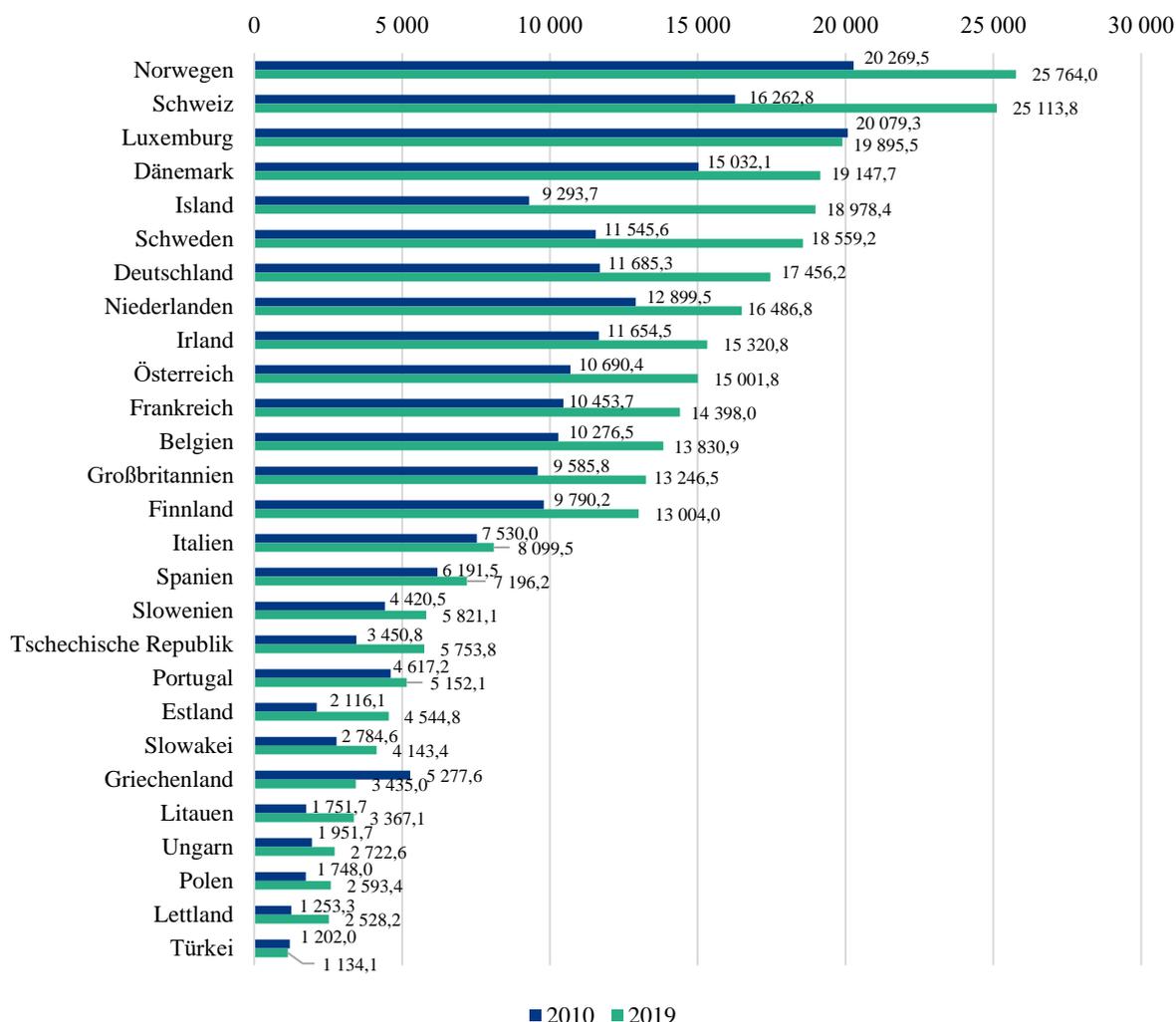
**Abbildung 22: Ausgaben pro Kopf unter Berücksichtigung der Kaufkraft 2019 in USD**



Quelle: Daten von OECD, auf Basis von <https://zpp.pl/storage/files/2021-01/2378e507c871df3ca0f4f1e03fa61152534.pdf>

Noch schlechter fällt das Ergebnis in nominaler Betrachtung aus, dieser Indikator wird in PLN präsentiert. Demnach liegen die polnischen nominalen Ausgaben per Einwohner bei 2 593,4 PLN, der durchschnittliche Wert der analysierten Zielgruppe liegt bei 11 210,9 PLN.

Abbildung 23: Ausgaben für Gesundheit pro Kopf nominal im Jahre 2010 und 2019 in PLN



Quelle: Daten von OECD, auf Basis von <https://zpp.pl/storage/files/2021-01/2378e507c871df3ca0f4f1e03fa61152534.pdf>

## 2.8. Pharmagroßhandel und Apothekenmarkt in Polen

Laut Prognosen des Marktforschers PMR soll der Markt der Pharmadistribution in den Jahren 2019-2024 durchschnittlich um ca. 4,5% im Vergleich zum Vorjahr wachsen. Diese Dynamik liegt unter dem Niveau von 2007-2018, die im Durchschnitt bei 6% lag. Einen detaillierten Einblick in den Pharmagroßhandel in Polen, d.h. in die Distribution und Logistik, gibt der Bericht des Verbandes Polnischer Arbeitgeber des Pharmagroßhandels (pl. Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych), der letztes Jahr veröffentlicht wurde. Dieser behandelt die Bedeutung dieser Branche für die polnische Wirtschaft und deren Sicherheit. Der Pharmagroßhandel beschäftigt in Polen ca. 20 Tsd. Mitarbeiter und ihre Flotte umfasst ca. 2,1 Tsd. Fahrzeuge, die jährlich eine Strecke von 150 Mio. km fahren und 30 Mio. l Kraftstoff verbrennen. Ein gut vernetztes und organisiertes System garantiert die tägliche Verfügbarkeit von Medikamenten für 1,5 Mio. Patienten in Apotheken und ca. 120 Tsd. Patienten in Krankenhäusern. 2018 wurden 1,61 Mrd. Verpackungen von Medikamenten über Apotheken und 65 Mio. Verpackungen von Medikamenten an

Krankenhäuser verkauft. Die Realisierung der Lieferungen von 1,7 Mrd. Medikamenten jährlich ist eine logistische und organisatorische Herausforderung, die einer guten Lagerverwaltung und Infrastruktur bedarf. Der Pharmagroßhandel ist in Polen gesetzlich reguliert und bedarf einer Genehmigung und der Aufsicht der Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte (pl. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna). Den Markt zeichnet eine starke Konzentration aus, d.h. 10 Unternehmen sind für ca. 90% der Umsätze der Pharmadistribution zuständig. Die sinkenden Einnahmen aus der Grundtätigkeit, also dem Vertrieb von Medikamenten, hat die Unternehmen zur Suche nach weiteren Geschäftsfeldern bewegt, was darin resultiert, dass es sich bei den größten Marktteilnehmern mittlerweile um Unternehmensgruppen handelt, bei denen der Pharmagroßhandel mittlerweile nur einen Teil der Umsätze bildet. Das Angebot und der Leistungsumfang werden diversifiziert. Diese Unternehmen, wie Neuca, Pelion, Farmacol, werden im weiteren Teil genauer beschrieben. Die restlichen 10% der Großhandelsunternehmen sind kleinere Vertriebsfirmen oder Großhandel des jeweiligen Herstellers, der nur Produkte dieses Herstellers im Angebot hat. Betrachtet man ebenfalls solche Unternehmen, wurden 2019 etwa 433 Unternehmen mit dem Tätigkeitsprofil Pharmagroßhandel notiert, was jedoch ein deutlicher Rückgang ist, wenn man die Zahlen von 2007 analysiert – damals waren es 669. Die Zulassung für die Großhandelstätigkeit erhält die jeweilige Firma pro Standort, deswegen verfügen die 5 größten Marktteilnehmer über 42 Zulassungen:

- **Neuca S.A.:** 15 Zulassungen - Rzeszów, Przecław, Koszalin, Olsztyn, Lublin, Nowy Sącz, Kielce, Katowice, Gdańsk, Ołtarzew, Gądkki, Zielona Góra, Wrocław, Pabianice, Toruń;
- **Polska Grupa Farmaceutyczna S.A.:** 11 Zulassungen - Poznań, Lublin, Dywity, Bydgoszcz, Kraków, Szczecin, Gdańsk, Warszawa, Łódź, Katowice, Łomża und im Rahmen der Gruppe Pelion 2 zusätzliche Zulassungen für Urtica (Großhandel für Krankenhäuser) und PharmaLink (Logistik)
- **Famacol-Logistyka sp. z o.o.:** 8 Zulassungen - Wrocław, Głogów Małopolski, Gdańsk, Białystok, Mory, Szczecin, Żerniki, Katowice;
- **Hurtap S.A.:** 4 Zulassungen – Łęczycza, Tychy, Gdańsk und Głogów
- **Salus International Sp. z o.o.:** 2 Zulassungen – Katowice und Sosnowiec.

Aufgrund Ihrer Umsätze platzieren sich die führenden Marktteilnehmer in der Top 100 der umsatzstärksten Unternehmen Polens: Pelion (28. Platz), Neuca (Platz 42.), Farmacol (Platz 60.).

Laut Angaben des Forschungsunternehmens PEX PharmaSequence gab es im Februar 2020 etwa 339 Apothekenketten in Polen, was um 39 weniger sind als zur selben Jahreszeit ein Jahr zuvor. Hauptsächlich sind das kleine und mittlere Familienunternehmen. 214 davon sind Ketten, die zwischen 5 und 9 Apotheken besitzen, weitere 93 sind Ketten von 10-19 Apotheken, danach folgen 32 Ketten mit 20-49 Filialen und 11 Apothekenketten verfügen über 50-99 Apotheken. Nur 9 Handelsketten haben polenweit mehr als 100 Apotheken. Dementsprechend sind die Marktanteile relativ stark verstreut zwischen einzelnen kleineren Marktteilnehmer. In Polen gibt es laut dem Bericht „Apotheken in Polen“ des Polnischen Verbandes der Arbeitgeber in Apotheken 14 420 Apotheken, die täglich ca. 2 Mio. Patienten bedienen. Diese beschäftigen ca. 27 Tsd. Apotheker. Es ist gesetzlich geregelt, dass während der Öffnungszeiten mindestens ein Apotheker, d.h. eine Person mit entsprechendem Hochschulabschluss in einer Apotheke vor Ort sein muss. 2018 haben die Apotheken 1,86 Mrd. Arzneimittel, davon 431 950 242 staatlich bezuschusste Medikamente verkauft. In dem analysierten Jahr wurden 524 Mio. Rezepte ausgegeben. Der Wert des Apothekenmarktes wurde 2018 durch das Forschungsunternehmen PEX PharmaSequence auf 34,5 Mrd. PLN geschätzt und die durchschnittlichen Umsätze von

Apotheken beliefen sich auf 199 Tsd. PLN. Seit einigen Jahren sinkt die Anzahl der Apotheken leicht, was laut Experten eine gute Entwicklung ist, denn es gäbe nach Schätzungen eine zu große Anzahl von Apotheken in Polen. Der Markt teilt sich in individuelle und kommerzielle Apotheken. Die erste Gruppe sind Apotheken, die bis zu 4 Filialen verfügen, die kommerziellen sind alle Apothekenketten mit über 4 Standorten. Die Anzahl der individuellen Apotheken in Polen beläuft sich auf 8,2 Tsd. (57%) und diese haben 2018 Umsätze in Höhe von 14,2 Mrd. PLN generiert (41,1% des Marktwertes), das bedeutet, dass deren monatliche Umsätze auf dem Niveau von ca. 144 000 PLN waren. Von den kommerziellen Apotheken gab es 2018 etwa 6,2 Tsd. (43%). Der Umsatz dieser Gruppe von Unternehmen umfasste insgesamt 20,3 Mrd. PLN (58,9% des Marktwertes). Die Umsätze, die 2018 mit dem Verkauf der staatlich bezuschussten Medikamente erreicht wurden, betragen 19,7 Mrd. PLN. Das Segment der OTC-Arzneimittel (rezeptfreie Medikamente) erreichte 2018 16,6 Mrd. PLN und war um 5,8% höher als im Vorjahr. Die Rentabilität der polnischen Apotheken ist eine der niedrigsten in Europa (hinter Griechenland und Lettland). Die Umsätze der durchschnittlichen Apotheke sind 2 Mal kleiner als in der Tschechischen Republik und 3 Mal niedriger als in Ungarn. Die durchschnittliche Apotheke in Slowenien, Deutschland, Finnland, Luxemburg, Schweden, Niederlanden, Österreich und Dänemark hat vierfach höhere Umsätze als die Apotheke in Polen. Dies ist die Folge der zu großen Konzentration an Apotheken, die den Markt in Polen bedienen. Die Umsätze werden auf eine Vielzahl von Unternehmen verteilt. Laut Angaben des Statistischen Hauptamtes (GUS) fällt auf eine Apotheke in Polen 2 628 Personen zu, der EU-Durchschnitt hingegen ist deutlich höher und liegt bei 4 350 Personen pro Apotheke. In vielen Ländern sind diese Zahlen jedoch noch höher: Dänemark (15 174), Niederlande (8 476), Schweden (7 069), Finnland (6 624), Norwegen (6 491). Die Margen der Apotheken in Europa schwanken zwischen 14% (Frankreich, Luxemburg) und 43% (Italien, Zypern). In Polen beträgt die Apothekenmarge 25% und unterscheidet sich je nach Kategorie der Medikamente: verschriebene staatlich bezuschusste Medikamente 18,5%, verschriebene nicht staatlich bezuschusste Medikamente 24,5%, Medikamente ohne Rezept 29,5%. Dabei ist der Arzneimittelverbrauch in Polen einer der höchsten in Europa und in Bezug auf Schmerzmittel belegt Polen den ersten Platz, denn schon bei ersten Symptomen wird zur Tablette gegriffen. Polen verbrauchen 2 Mrd. Schmerzmittel-Tabletten jährlich. Die Experten schätzen, dass die Anzahl der Apotheken in den kommenden Jahren weiterhin sinken wird, um das für die Marktverhältnisse optimale Niveau von 10.000-11.000 Apotheken zu erreichen, was zur Optimierung der Effizienz des Pharmavertriebssystems und der Kosten führen wird<sup>4</sup>.

## **2.9. Herausforderungen und Problemfelder des Gesundheitswesens in Polen**

Die in Polen geltende Pflichtkrankenversicherung bietet den Versicherten grundsätzlich ein breites Spektrum von medizinischen Leistungen an. Das Gesundheitssystem ist stark abhängig von der stationären medizinischen Versorgung (krankenhauslastig) und hat mit starkem Mangel an medizinischem Personal zu kämpfen, insbesondere in der medizinischen Grundversorgung. Zu den Prioritäten der geplanten Maßnahmen gehören: Verbesserung der Koordinierung der Patientenpflege, Rationalisierung der Krankenhausbehandlungen sowie Schaffung eines effizienten Modells der ambulanten Versorgung.

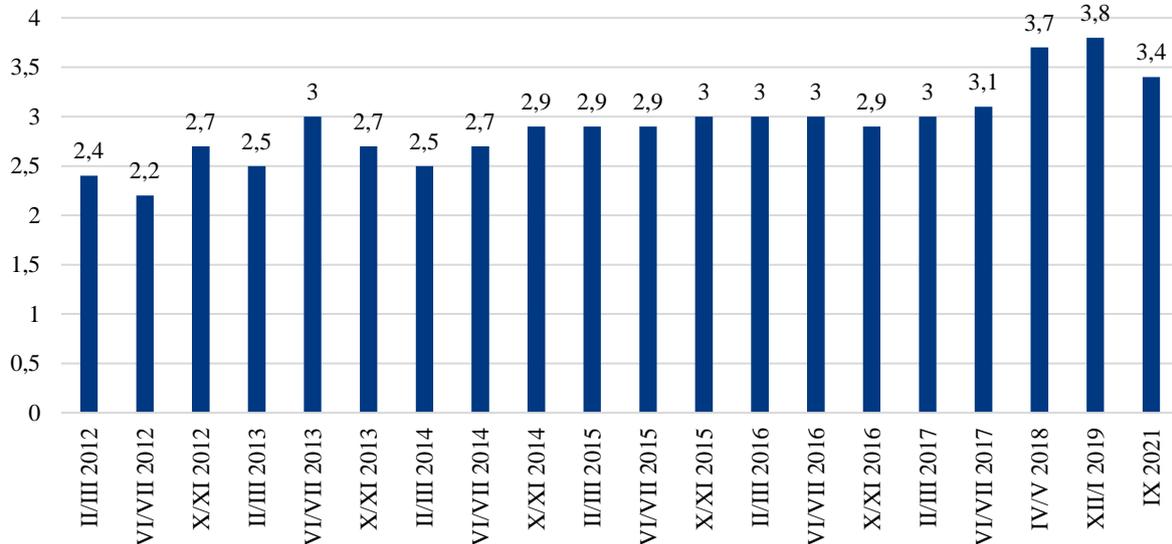
Eines der größten Probleme des Gesundheitswesens in Polen sind die langen Warteschlangen zum Facharzt die mehrere Monate dauern können. Schuld daran ist zum einen die niedrige Anzahl von Fachärzten aber auch das Fehlen eines zentralen digitalen Verwaltungssystems, das effizient die Terminvergabe koordinieren würde. Deswegen entscheiden sich viele Polen für private kostenpflichtige Besuche beim Facharzt, die meistens innerhalb weniger Tage vereinbart werden können, anstatt sich auf die staatlichen Leistungen zu verlassen. Das Problem wird durch die Stiftung Watch Health Care überwacht und jährlich in Berichten beschrieben. Den neuesten Angaben für das Jahr 2021 zufolge hat sich

---

<sup>4</sup> „Apteki w Polsce – Raport”, Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek

die durchschnittliche Wartezeit für medizinische Leistungen um 0,4 Monate verkürzt und dauert aktuell 3,4 Monate. Auf einen Besuch beim Facharzt muss man im Durchschnitt 2,9 Monate warten. Im Vergleich zu den Daten vom Dezember 2019 ist dies eine Verbesserung um 1,1 Monate. Es ist jedoch zu erkennen, dass sich das Problem innerhalb der letzten Jahre vertieft.

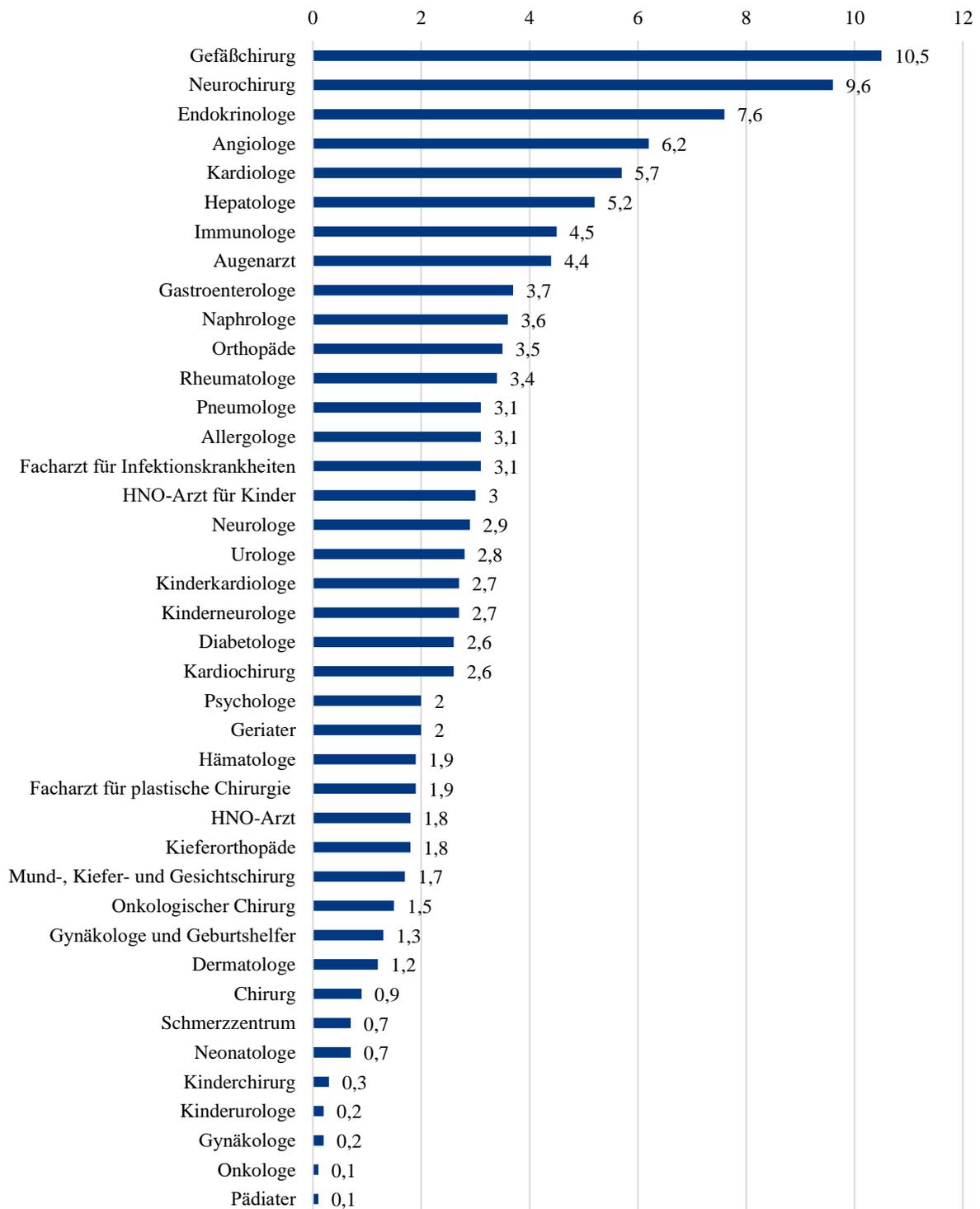
**Abbildung 24: Durchschnittliche Wartezeit für medizinische Leistungen (Ärztebesuche, Behandlungen, etc.) in den Jahren 2012-2021**



Quelle: Barometr WHC

Experte zufolge ist dies jedoch auf die Lage verbunden mit der Corona-Pandemie zurückzuführen. An der Spitze mit der längsten Wartezeit ist die Orthopädie und Unfallchirurgie mit 10,5 Monaten. Etwas besser ist ein im Falle der plastischen Chirurgie (8,1 Monaten) oder der Neurochirurgie (7,5 Monate). Am schnellsten bestehen Möglichkeiten eines Besuches beim Neonatologen oder beim onkologischen Kinderurologen. Um einen Termin einer diagnostischen Untersuchung wahrzunehmen muss man im Durchschnitt 1,9 Monate warten. Unter den diagnostischen Untersuchungen gibt es die längste Wartezeit für Echokardiografie (5,2 Monate), Uroflowmetrie (4,9 Monate), Augenultraschall (4,4 Monate). Weitere Untersuchungen mit einer Wartezeit von mehr als 3 Monaten sind: Ultraschall-Elastografie (3,7 Monate), Schilddrüsenultraschall (3,6 Monate), Langzeit-EKG (3,9 Monate), Kopf-MRT (3,1 Monate) oder Wirbelsäulen-MRT (3,1 Monate).

Abbildung 25: Durchschnittliche Wartezeit für Facharztbesuche 2021



Quelle: Barometr WHC

Wie auch die Autoren des Berichtes betonen, sind allein die langen Wartezeiten nicht das einzige Problem, sondern die vielen Prozesse und Stufen der Diagnostik. Bürokratische Verfahren führen dazu, dass relativ einfache Behandlungen wie die Entfernung von Krampfadern von dem ersten Arztbesuch bis zur OP 3 Jahre dauern kann. Eine Verbesserung dieser Lage wird in der Digitalisierung gesehen – zum einen in intelligenten Verwaltungs- und Kommunikationssystemen, zum anderen in der Telemedizin.

### 3. POLITISCHE, RECHTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DES GESUNDHEITSWESENS IN POLEN

#### 3.1. Digitalisierung des Gesundheitswesens in Polen

Im europäischen Vergleich ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen in Polen etwas verspätet gestartet, jedoch ist es gelungen innerhalb der letzten Jahre einiges in diesem Bereich nachzuholen. Darüber hinaus hat die Corona-Pandemie die Einführung vieler Digitalisierungsprozesse beschleunigt und es hat sich bestätigt, wie unschätzbar ihre Bedeutung ist.

Die Digitalisierung ist eines der Prioritäten der Entwicklung des Gesundheitswesens in Polen und unterliegt den Kompetenzen des Gesundheitsministeriums. Das Schlüsselprojekt ist die Plattform P1. Es handelt sich um eine zentrale Plattform zur Sammlung, Analyse und Austausch von medizinischen Ereignissen und Daten. Diese Maßnahme ist 2017 gestartet und wird koordiniert durch das Centrum e-Zdrowia, das für die Verwaltung der Digitalisierungsprozesse im polnischen Gesundheitswesen zuständig ist. Die Plattform soll im Rahmen unterschiedlicher Funktionen ermöglichen Kosten und Zeit zu sparen, die Qualität der medizinischen Leistungen und Planung der Behandlungen zu verbessern, sowie Interoperabilität mit europäischen Plattformen zu gewährleisten. Die P1 Plattform verwaltet die Digitalisierungsprozesse, die bereits etappenweise eingeführt wurden:

- elektronische Krankschreibungen ab 1. Dezember 2018
- Online-Patientenkonto (Internetowe Konto Pacjenta) ab 2019
- elektronische Rezepte ab 8. Januar 2020
- elektronische Überweisungen ab 8. Januar 2021

Alle diese Dienstleistungen sind für Patienten über das Online-Patientenkonto abrufbar. Die Patienten/Nutzer haben Zugang zum Online-Patientenkonto über eine kostenfreie App (mObywatel) oder über die Internetseite <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>. Der Zugang zum Konto ist für jeden Bürger gewährleistet, das Einloggen erfolgt über die eID, das elektronische Bankkonto oder das sog. „vertrauenswürdige Profil“ (Trust-Profile). Mittlerweile nutzen bereits 10 Mio. Polen diese Funktion. Im Dezember 2019 hatte das Patientenkonto 907 Tsd. User, ein Jahr später waren es bereits 4,6 Mio. Der größte Zuwachs fand im ersten Halbjahr 2021 statt als 5 Mio. neue Konten aktiviert wurden. Dies ist damit verbunden, dass das Konto Zugang zum Covid-Zertifikat ermöglicht. Weitere Funktionen, die über das Konto für Nutzer bereits abrufbar sind, sind: die elektronischen Rezepte, Geschichte der eingenommenen Medikamente, Impfungen und Arztüberweisungen sowie Krankenhausaufenthalte. Weitere Module, die eingeführt werden sollen, sind die Datenbank von Dienstleistern, die im Rahmen des NFZ medizinische Dienstleistungen anbieten, E-Mail-Box für den Kontakt mit dem Arzt, Verwaltung von Arztterminen, Terminkalender. Ein weitere wichtige Funktion wird die Möglichkeit der Überprüfung der durchschnittlichen Wartezeit für Facharztbesuche sein. Der Patient wird auch Benachrichtigungen via SMS oder E-Mail erhalten. Ein Drittel der Nutzer sind Personen zwischen dem 35. und dem 50. Lebensjahr. Die wenigsten Konten wurden durch Personen im Alter von 75+ aktiviert, jedoch ist auch ein großer Zuwachs neuer Konten in diese Gruppe zu beobachten. Das Konto wird nahezu im gleichen Maße durch Frauen wie durch Männer benutzt (47% zu 53%)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Internetowe-Konto-Pacjenta-posiada-juz-ponad-10-mln-osob-8150520.html>

Die größte Herausforderung im Digitalisierungsprozess des polnischen Gesundheitswesens, d.h. die Einführung der elektronischen Patientenakte (Elektoniczna Dokumentacja Medyczna (EDM)), ist dieses Jahr am 01.07.2021 gestartet. Diese ermöglicht den Zugang aller medizinischen Einrichtungen zu medizinischen Daten aller Patienten, d.h. zu Diagnosen, gesundheitlichen Beschwerden, Untersuchungen, Verweigerungen der Aufnahme im Krankenhaus, Arztbriefen, Laboruntersuchungen, etc. Es handelt sich dabei um eine standardisierte elektronische Patientenakte, die jedoch nicht mit den elektronischen Dokumentationen der Arztpraxen verwechselt werden sollte. Um als EDM zu gelten, müssen die Dokumente dem fest vorgeschriebenen Standard HL 7 CDA entsprechen, der identisch für jede medizinische Einrichtung sein muss. Nach Angaben zahlreicher Experten u.a. der Polnischen Ärztekammer war das gesamte System für die Einführung der Patientenakte im Juli nicht vorbereitet. Eine Verschiebung der Frist wurde durch das Ministerium jedoch nicht angekündigt. Diese Lösung war bereits seit langer Zeit seitens der Patienten und Ärzte erwartet und bietet Zugriff auf die gesamte Behandlungsgeschichte. Dies wird zu gezielteren und sichereren Behandlungen führen, denn Ärzte werden auf einen Klick den Zugang zu allen relevanten Daten und einen Überblick über den gesundheitlichen Zustand der Patienten haben. Zwar führen bereits viele medizinischen Einrichtungen elektronische Patientenakten, jedoch waren diese bisher nicht verknüpft, so dass der Patient diese in ausgedruckter Form aufbewahren musste und bei jedem Arztbesuch vorlegen musste. Dieses System wird den Zugang zu allen medizinischen Daten an einer Stelle ermöglichen. Ein medizinisches Ereignis muss innerhalb von 2 Tagen an die P1 Plattform gemeldet werden nach Abschluss der medizinischen Dienstleistung (ambulante Versorgung) und innerhalb von 2 Tagen ab dem Beginn eines Krankenhausaufenthaltes. Der Austausch der Daten soll vorerst zwischen den medizinischen Einrichtungen erfolgen, d.h. die Stelle die die Daten aufbewahrt sendet Daten an die Stelle, die die Daten abrufen<sup>6</sup>. Eine wichtige Hürde bei der Umsetzung der elektronischen Patientenakte ist das Fehlen einer zentralen Datenbank bzw. eines zentralen Speichers der medizinischen Daten. Derzeit verfügen die einzelnen Einrichtungen über einen Datenspeicher in Form von Cloud-Lösungen, andere verfügen aber nicht über solche Funktionen und können damit einen Datenaustausch nicht gewährleisten. Die Pläne über die Errichtung eines zentralen Speichers (*Repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej*) sind im Nationalen Wiederaufbauplan (*Krajowy Plan Odbudowy*) verankert, jedoch erst ab 2026. Nach Angaben der Vice-Gesundheitsministerin, Frau Anna Goławska soll die Patientenakte dessen ungeachtet implementiert werden, geplant sind in erster Linie zentrale regionale Datenspeicher in jeder Woiwodschaft, die den Austausch und Abruf von Daten ermöglichen sollen. Experten zufolge ist dies jedoch provisorische Lösung, denn diese 16 Datensammler werden nicht miteinander kompatibel sein.

Weitere Funktionen, die bis Ende des Jahres 2021 im Online-Patientenkonto den Nutzern zur Verfügung stehen sollen, ist die Buchung von Arztterminen und die Bestellung von Rezepten für dauerhaft verordnete Arzneimittel. Die Terminvereinbarung soll im ersten Schritt Kardiologen, Endokrinologen, Orthopäden und Neurologen umfassen und soll der erste Schritt zur Effizienzsteigerung und besseren Verwaltung und Zugang zu Ärzten und Behandlungen verschaffen<sup>7</sup>.

Die detaillierten Vorschriften und Rahmenbedingungen wurden für die Digitalisierung im Gesundheitswesen wurden in einer Reihe von Rechtsakten festgelegt. Dazu gehören u.a.:

- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
- Ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

---

<sup>6</sup> <https://podyplomie.pl/aktualnosci/07596,cyfrizacja-ochrony-zdrowia-jakie-zmiany/>

<sup>7</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/ikp-jakie-nowe-funcjonalnosci,508975.html>

- Ustawa z dnia 20 lipca 2017 o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2013 r. w sprawie wzoru wniosku o przekazanie raportu z udostępnienia danych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2013 r. w sprawie minimalnych wymagań dla niektórych systemów teleinformatycznych funkcjonujących w ramach systemu informacji w ochronie zdrowia
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2013 r. w sprawie sposobu identyfikacji usługobiorców, pracowników medycznych i usługodawców oraz sposobu i trybu przekazywania przez usługodawców informacji o pracownikach medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania,
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne

### **3.2. Einfluss der Corona-Pandemie auf den Gesundheitssektor**

Die Covid-19-Pandemie stellte das polnische Gesundheitssystem vor die Herausforderung, eine angemessene Effizienz, Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsdienste sicherzustellen. Änderungen sind auf praktisch allen Versorgungsebenen erforderlich, daher ist eine Reihe von Reformen und Neuordnungen des Gesundheitssystems erforderlich, die eine Stärkung des Systems ermöglichen<sup>8</sup>.

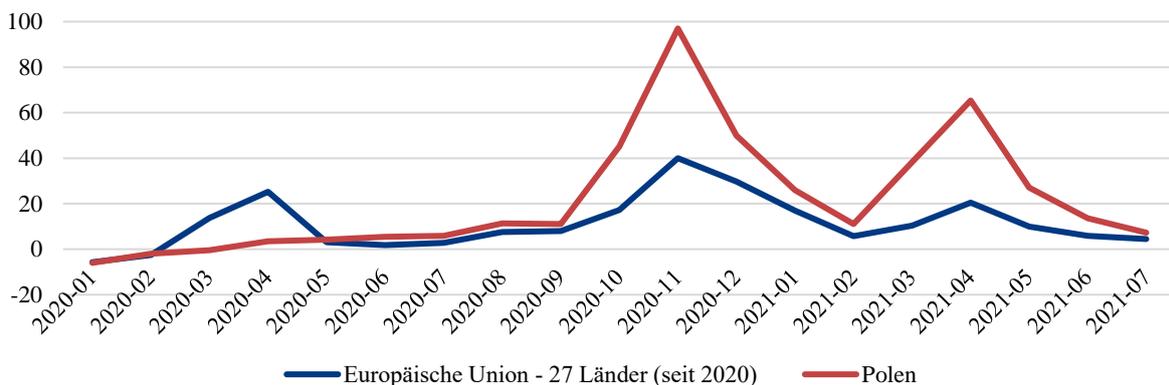
---

<sup>8</sup> „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności”, s. 249.

Seit Einführung des ersten Lockdowns wurden in Polen über 2,9 Millionen Fälle von Coronavirus-Infektionen, über 2,6 Millionen Genesungsfälle und circa 76 Tsd. Todesfälle registriert. In den letzten Wochen ist die Zahl der Coronavirus-Infektionen in Polen erneut gestiegen, vor allem in den östlichen Regionen des Landes, wo es auch die niedrigsten Impfraten gibt<sup>9</sup>. Laut den aktuellen Angaben des polnischen Gesundheitsministeriums erreicht die tägliche Zahl der Infizierten das Niveau von über 9.000, die tägliche Zahl der Genesenen liegt bei 5.419, und die Todesfälle betrafen 102 Menschen, wobei 12 Todesfälle nur aufgrund von Covid-19 aufgetreten wurden und bei den restlichen 90 Fällen wurde neben dem Auftreten des SARS-CoV-2-Virus auch eine Begleiterkrankung gemeldet<sup>10</sup>. Gleichzeitig muss man beachten, dass die Statistiken zu Covid-19 nur indikativ sind, weil die Daten nur bestätigte Fälle umfassen. Aufgrund von Unterschieden zwischen den Ländern in Bezug auf Strategien, Testintensität sowie Unterschiede in der Virusübertragung, kann die tatsächliche Zahl der mit SARS-CoV-2 infizierten Personen nicht eindeutig bestätigt werden<sup>11</sup>.

Dennoch zeigen die Statistiken, dass das Jahr 2020 in allen Ländern durch eine deutlich höhere Zahl von Todesfällen gekennzeichnet war als in den Vorjahren. Medienberichten zufolge wurde am 15. Februar 2020 der erste Todesfall im Zusammenhang mit dem SARS-CoV-2-Virus offiziell in Europa gemeldet<sup>12</sup>, während in Polen der erste Fall einer Corona-Infektion erst zwei Wochen später, am 4. März 2020, bei einem aus Deutschland zurückgekehrten Patienten auftrat<sup>13</sup>.

**Abbildung 26: Übermäßige Todesfälle in Polen und EU-Ländern im Zeitraum vom Januar 2020 bis Juli 2021 in %**



Quelle: Eurostat

Laut den Angaben von Eurostat wurde der saisonale Höchststand der Todesfälle in Polen im Herbst letzten Jahres sowie zwischen April und Mai 2021 aufgetreten, als der Prozentanteil der übermäßigen Todesfälle 97 % bzw. 65 % überstieg. Im Gesamtzeitraum von 15 Monaten verzeichnete Polen durchschnittlich ca. 20 % mehr Todesfälle, während in der EU-27 dieser Index auf einem Niveau von ca. 12 % liegt. Gleichzeitig weisen Experten darauf hin, dass ein erheblicher Anteil dieser Todesfälle nicht auf die Coronavirus-Infektion in der Bevölkerung selbst zurückzuführen ist, sondern auf die durch die Covid-19-Krise verursachten Störungen bei dem rechtzeitigen Anbieten von medizinischer Versorgung, unter anderem für chronisch kranke Patienten<sup>14</sup>.

<sup>9</sup> <https://www.gov.pl/web/szczepienia-gmin#/rankingpolska>

<sup>10</sup> Stand am 29. Oktober 2021, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>.

<sup>11</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 136.

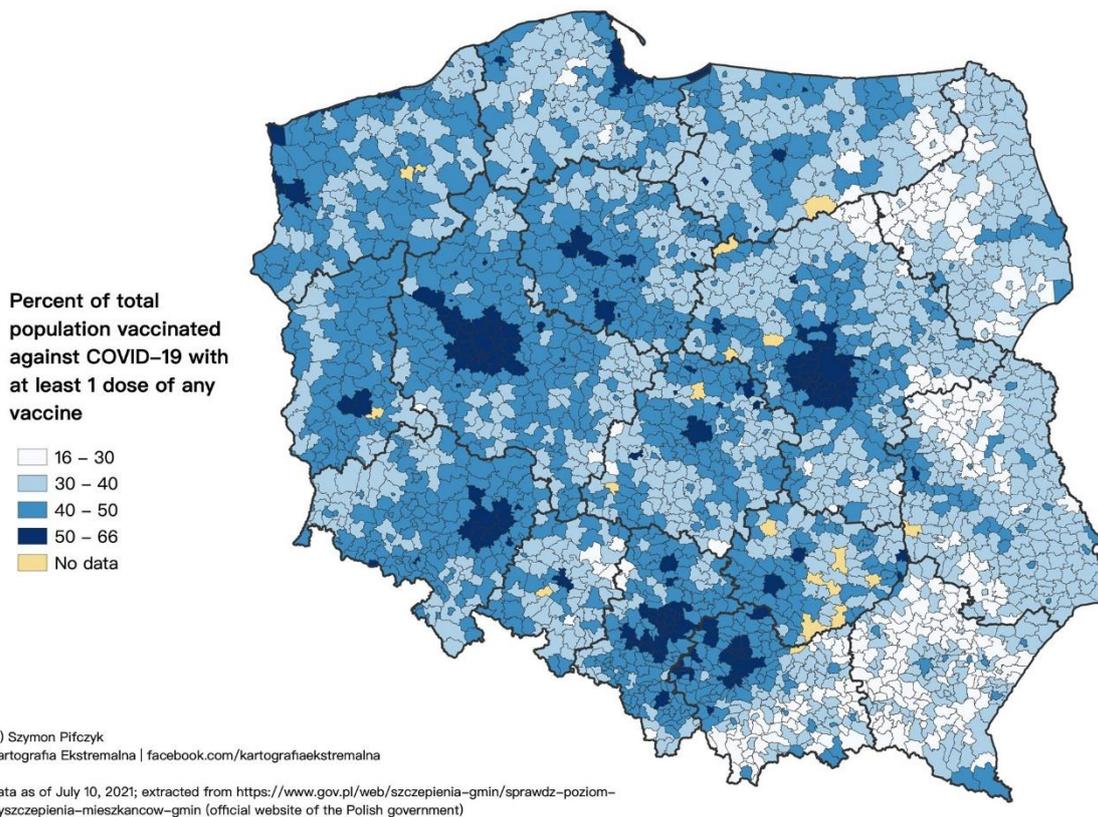
<sup>12</sup> <http://www.bbc.com/news/world-europe-51514837>

<sup>13</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce>

<sup>14</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 136-138.

Die EU hat beschlossen, dass die wirksamste Strategie zur Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie die Entwicklung und Vermarktung eines sicheren Impfstoffs gegen das SARS-COV-2-Virus ist. Jeder der Mitgliedstaaten hat seine eigene Impfstrategie entwickelt, wobei alle Länder sich darauf geeinigt haben, dass die Impfung freiwillig und kostenlos sein sollte. In Polen wurde ein nationales Impfprogramm gegen Covid-19 am 27. Dezember 2020 gestartet. Zuerst wurde das medizinische Fachpersonal geimpft, gefolgt von Krebspatienten, die nach dem 31. Dezember 2019 eine Chemo- oder Strahlentherapie erhielten. Die beide Gruppen wurden als eine Prioritätsgruppe (die sogenannte Gruppe „0“) behandelt<sup>15</sup>.

**Abbildung 27: Anzahl der in Polen gegen Covid-19 geimpften Personen nach Regionen (in %)**



Quelle: Pifczyk (2021), Kartografia Ekstremalna (Stand am 10. Juli 2021)

Es wird allgemein betrachtet, dass die in Polen durch soziale Medien und Regierungsw Webseiten umgesetzte Informationspolitik über die Corona-Pandemie positive Auswirkungen auf die Zahl der Personen hatte, die sich für eine Impfung gegen Covid-19 entschieden. Aktuell beträgt der Prozentsatz der in Polen geimpften Personen circa 52,82%, davon 51,98% vollständig geimpft ist. Die Impfrate in Polen liegt über dem Weltdurchschnitt (47,97 %), wobei nur 35,56% der Weltbevölkerung vollständig geimpft ist. Die polnische Impfrate liegt jedoch immer noch unter der durchschnittlichen Zahl der Geimpften in anderen Ländern, darunter auch in Deutschland, wo der Gesamtanteil der zumindest teilweise geimpften Personen bei 68,02% liegt.

<sup>15</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 138-140.

**Tabelle 9: Anzahl der gegen Covid-19 geimpften Personen in Polen, Deutschland und der EU (% der Bevölkerung)**

	Teilgeimpfte Personen	Vollständig geimpfte Personen
Polen	52,82%	51,98%
Deutschland	68,02%	64,83%
Welt	47,97%	35,56%

Quelle: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (Stand am 12. Oktober 2021)

Es besteht kein Zweifel, dass die Covid-19-Pandemie die Notwendigkeit zahlreicher organisatorischer Veränderungen im Gesundheitswesen ausgelöst hat. In Polen betrafen die eingeführten Änderungen vor allem die Stärkung der Humanressourcen sowie die Sicherung der notwendigen medizinischen Infrastruktur, einschließlich der Ausstattung des Gesundheitswesens und die Möglichkeit, das Potenzial der Krankenhäuser im Falle einer Notwendigkeit der Erhöhung der Bettenzahl für Patienten, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert sind, auszubauen. Um einem Mangel an medizinischem Personal vorzubeugen, wurde in Polen die Möglichkeit eingeführt, Ärzte auf Infektionsabteilungen der Krankenhäuser oder andere Einrichtungen, in denen Hilfe benötigt wird, zu delegieren. Dies gilt sowohl für Ärzte, die nicht im Bereich Infektionskrankheiten oder Anästhesiologie spezialisiert sind, als auch für Ärzte, die noch in Facharztausbildung sind. Auch Studenten der Abschlussklassen der Studiengänge Medizin, Pharmazie, Medizinische Analytik, Krankenpflege und Rettungsdienst erhielten die Möglichkeit, eine Hilfsfunktion für Mediziner zu übernehmen. Darüber hinaus wurde zur Stärkung des medizinischen Personals ein vereinfachtes Verfahren eingeführt, das Krankenschwestern und Hebammen ohne Berufspraxis (d.h. mit einer Berufspause von mehr als 5 Jahren) ermöglicht ins Berufsleben zurückzukehren. Eine weitere Gruppe, die im Kampf gegen die Covid-19-Pandemie in Polen eingesetzt wurde, waren die Soldaten der territorialen Verteidigungskräfte (pl. *Wojsko Obrony Terytorialnej*), die unter anderem befugt waren, Corona-Tests in Teststellen durchzuführen. Zudem wurden in der Zeit der Corona-Pandemie die Leistungen der medizinischen Grundversorgung (pol. *POZ*) überwiegend fern angeboten, in Form einer Teleberatung<sup>16</sup>.

Gleichzeitig wurde in Polen im Kampf gegen die Pandemie eine Reihe von Maßnahmen eingeführt, um die medizinische Infrastruktur zu stärken. Am 19. Oktober 2020 hat das polnische Gesundheitsministerium mitgeteilt, dass einige Kreis- sowie Provinzkrankenhäuser in Covid-Krankenhäuser verwandelt werden, um die Zahl der Krankenhausbetten für Patienten mit Covid-19 zu erhöhen. Insgesamt wurden landesweit circa 15.000 zusätzliche Krankenhausbetten geschaffen. Sowohl die Regierung als auch einige Gemeinden haben Mittel für medizinische und diagnostische Geräte sowie persönliche Schutzausrüstung bereitgestellt. Bis Ende 2020 wurden über 900 Millionen Złoty aus Mitteln des Gesundheitsministeriums ausgegeben, um die medizinische Infrastruktur im Zusammenhang mit Covid-19 bereitzustellen<sup>17</sup>. Im Oktober 2020 wurde zudem eine Entscheidung über dem Bau temporärer Krankenhäuser getroffen. In Warschau wurde das Nationalstadion in ein Covid-Krankenhaus umgewandelt, während in anderen Städten Einrichtungen wie Sport- und Markthallen, Krankenhäuser und Sanatorien zur Verfügung gestellt wurden, um überzählige Covid-Patienten aus Krankenhäusern aufzunehmen. Inzwischen wurden die meisten der Krankenhäuser in Impfstellen umgewandelt<sup>18</sup>. Derzeit gibt es in Polen 8197 davon<sup>19</sup>.

Alle Maßnahmen zur Stärkung des infrastrukturellen und personellen Potenzials, die durch zentralen, regionalen Behörden sowie die Krankenkassen oder Gesundheitsfonds untergenommen wurden, wären ohne zusätzliche Mittel nicht möglich. In Polen wurde im Rahmen von Anti-Krisen-Maßnahmen ein spezieller Fond gegen Covid-19 (pl.

<sup>16</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 141-143.

<sup>17</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/covid---ewidencja-zakupow>

<sup>18</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 146.

<sup>19</sup> <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/mapa-punktow-szczepien#/>

*Fundusz Przeciwdziałania Covid-19*) eingerichtet. Die Mittel aus dem Fonds, die dem Gesundheitsministerium im Jahr 2020 zur Verfügung standen, beliefen sich auf ca. 8 Mrd. PLN, während für Jahr 2021 ca. 17,7 Mrd. PLN geplant wurden, davon 3,2 Mrd. PLN für Prävention und Bekämpfung der Corona-Pandemie<sup>20</sup>. Um Leistungen im Zusammenhang mit Covid-19 bezahlen zu können, hat der Nationale Gesundheitsfond (pl. *Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ*) einen Katalog der zu finanzierenden Leistungen und deren Preise erstellt (Ordnung Nr. 32/2020/DSOZ 08.03.2020<sup>21</sup>; Ordnung Nr. 19/2021/DSOZ 27.01.2021<sup>22</sup>). Der NFZ bezahlt ab Juli 2020 allen vertraglich vereinbarten Leistungserbringern zusätzlich 3% zur Deckung der Kosten der erhöhten Hygienevorschriften. Diese Mittel stammen aus dem Staatshaushalt. Zudem erhielten im September 2020 nach der Aufhebung der Beschränkung der Beschäftigungsmöglichkeit an mehreren Orten alle medizinischen Mitarbeiter, die an der Versorgung von Covid-19-Patienten beteiligt sind, eine Geldleistung von 50 % des Lohns (Limit 10.000 Złoty). Auf Beschluss des polnischen Gesundheitsministers wurde diese Leistung ab dem 1. November 2020 auf 100% der Vergütung erhöht (Limit 15.000 PLN). Gleichzeitig wurde der Kreis der Begünstigten, die solche zusätzliche Geldleistung erhalten können, um medizinisches Fachpersonal erweitert, das im Bereich Transporte und in Laboratorien arbeitet. Dafür wurden insgesamt 3,2 Mrd. PLN bereitgestellt<sup>23</sup>.

**Tabelle 10: Maßnahmen Polens zur Bekämpfung von Covid-19**

<i>Maßnahmen im Bereich Human Resources</i>
Beteiligung von Medizinstudenten
Unterstützung der Soldaten bei den Aktivitäten einiger Gesundheitseinrichtungen
Psychologische Unterstützung für medizinisches Fachpersonal
Aussetzung geplanter Verfahren
Telemedizin in der Grundversorgung
<i>Maßnahmen im Bereich medizinische Infrastruktur</i>
Herstellung von Desinfektionsmitteln, Handschuhen und Gesichtsmasken in Polen
Einkauf von Schutzmaßnahmen in Drittstaaten (z.B. China)
Anschaffung zusätzlicher medizinischer Ausrüstung (z.B. Beatmungsgeräte)
Beteiligung der Zentralregierung an der Bereitstellung von medizinischer Versorgung und Ausrüstung
Temporäre Krankenhäuser
<i>Maßnahmen im Bereich der Leistungsfinanzierung</i>
Zusätzliche Finanzierung von Leistungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie
Mittel zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie stammen von den öffentlichen Zahlern
Mittel zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie stammen aus dem Landshaushalt oder der Kommunalverwaltung
Zusatzgehälter für medizinisches Fachpersonal

Quelle: Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 142-147.

Um die Wahrnehmung des polnischen Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit zu untersuchen und Möglichkeiten zur Bekämpfung seiner Unterfinanzierung zu identifizieren, hat INNOWO (Institut für Innovationen und nachhaltige Entwicklung) im Juni 2020 in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeberverband Innovativer Pharmaunternehmen INFARMA (pl. *Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych*) eine Umfrage durchgeführt.<sup>24</sup> Die Antworten der an der Umfrage beteiligten 1.066 Befragten zeigen, dass die Covid-19-Pandemie die öffentliche Meinung über die Bedeutung des Gesundheitssystems in Polen erheblich verbessert hat. In den Augen der Befragten scheint die Regierung das System bereits als vorrangigen Bereich zu behandeln. Nichtsdestotrotz sieht die überwiegende Mehrheit,

<sup>20</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 149.

<sup>21</sup> <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-322020dsoz,7144.html>

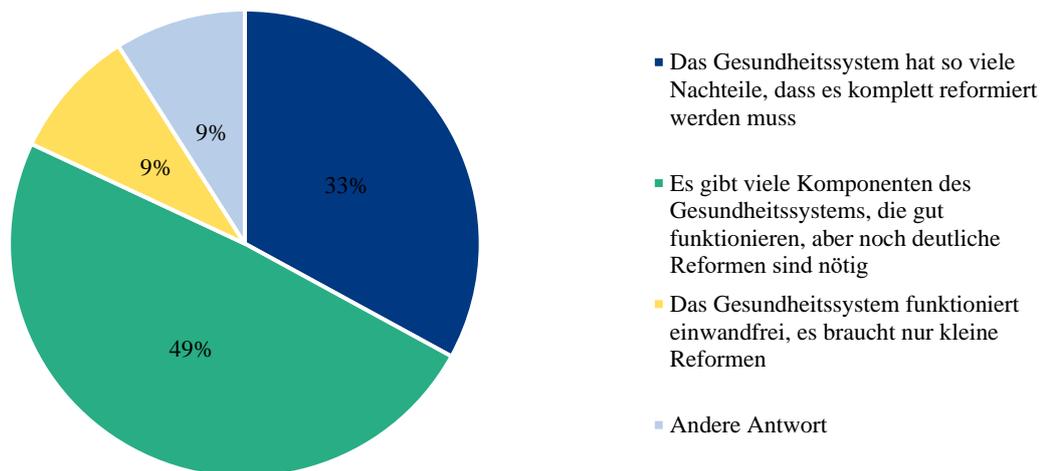
<sup>22</sup> <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-192021dsoz,7306.html>

<sup>23</sup> Niżnik, J. (2021) „Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce”, s. 149.

<sup>24</sup> Bukowski, H., Czech, M., Kozłowski, Ł., Nojszewska, E., Starczewska-Krzysztożek, M. (2020) „Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia”, s. 5.

repräsentiert durch ca. 82% der Befragten, ein Bedarf an noch erheblicheren Reformen, insbesondere um finanzielle Hindernisse abzubauen und den Zugang zu medizinischen Innovationen zu verbessern. Die polnische Gesellschaft unterstützt diese vorrangige Behandlung und ist sich der Notwendigkeit bewusst, die für die Gesundheitsversorgung bereitgestellten Mittel aufzustocken. Gleichzeitig ist die Bereitschaft, den Gesundheitsbeitrag zu erhöhen, gering. Sogar eine messbare Effizienzsteigerung würde nach den Antworten der Befragten nicht ausreichen, um dieser Option zuzustimmen.

**Abbildung 28: Ergebnisse der Bürgerumfrage: Wie bewerten Sie das polnische Gesundheitssystem?**



Quelle: Bukowski, H., Czech, M., Kozłowski, Ł., Nojszewska, E., Starczewska-Krzyszczak, M. (2020) „Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia”, s. 46.

Es besteht kein Zweifel, dass sich die aktuelle Wirtschaftskrise sowie die unmittelbaren Folgen von unternommenen Maßnahmen zur Infektionsreduktion von Covid-19 auf die Ausgaben des öffentlichen Gesundheitswesens auswirken werden. Die Covid-19-Pandemie hat das polnische Gesundheitssystem erheblich belastet, Reformen verlangsamt, und eine riesige Krise verursacht. Der Einfluss der Pandemie ist insbesondere in diesen Bereichen sichtbar, die im Kampf gegen Covid-19 an vorderster Front stehen, nämlich: Infektionskrankheiten, Anästhesiologie und Intensivmedizin, sowie in Bereichen wie Psychiatrie, Onkologie, Atemwegserkrankungen und Kardiologie. Der Ausbruch der Corona-Pandemie hat auch die wichtigsten Herausforderungen für das gesamte polnische Gesundheitssystem enthüllt. Diese beinhalten<sup>25</sup>:

- Weiterentwicklung öffentlicher digitaler Dienste und Fernversorgungsformen im Gesundheitswesen – eine Schlüsselmaßnahme gegen die Bedrohung der Covid-19-Pandemie sowie eine der Grundannahmen der Ausstiegsstrategie aus der aktuellen Krise;
- Gewährleistung einer angemessenen Effizienz, Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsdienste auf allen Ebenen – von der primären Gesundheitsversorgung bis hin zur Krankenhaus- und Kurbehandlung;
- weitere Veränderungen in der primären Gesundheitsversorgung sowie ambulanten fachärztlichen Versorgung und Verringerung der Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsdiensten;
- Sicherstellung eines ständigen Zuflusses von Humanressourcen in das Gesundheitssystem und deren gleichmäßige Verteilung;
- Gewährleistung der Herstellung von Arzneimitteln, die den Gesundheitsbedürfnissen der Gesellschaft in Polen und der gesamten EU entsprechen;

<sup>25</sup> „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności”, s. 253-255.

- Steigerung der Effizienz und Qualität des Gesundheitssystems durch Förderung des polnischen Forschungs- und Entwicklungspotenzials im Bereich der Medizin- und Gesundheitswissenschaften.

### 3.3. Krajowy Plan Odbudowy (dt. Nationaler Wiederaufbauplan)

Als Antwort auf die Herausforderungen verbunden mit der Corona-Krise hat die EU das größte in ihrer Geschichte Konjunkturpaket erlassen, den Europäischen Aufbauplan. In den Jahren 2021-2027 erhalten die Mitgliedsstaaten 2 Bio. EUR für die Erholung der Wirtschaft nach der Pandemie. Davon stammen 1,2 Bio. EUR von dem Mehrjährigen Finanzrahmen und 800 Mrd. aus dem Aufbau-Instrument „NextGenerationEU“. Eine weitere bedeutende Finanzierungsquelle ist das Programm EU4Health, das 5,1 Mrd. PLN für die Digitalisierung der Gesundheit in Polen vorsieht<sup>26</sup>.

**Tabelle 11: Mehrjähriger Finanzrahmen 2021-2027 und NextGenerationEU**

	MFR	NextGenerationEU
1. Binnenmarkt, Innovation und Digitales	149,5 Mrd. EUR	11,5 Mrd. EUR
2. Zusammenhalt, Resilienz und Werte	426,7 Mrd. EUR	776,5 Mrd. EUR
3. Natürliche Ressourcen und Umwelt	401 Mrd. EUR	18,9 Mrd. EUR
4. Migration und Grenzmanagement	25,7 Mrd. EUR	
5. Sicherheit und Verteidigung	14,9 Mrd. EUR	
6. Nachbarschaft und übrige Welt	110,6 Mrd. EUR	
7. Europäische öffentliche Verwaltung	82,5 Mrd. EUR	
<b>MFR INSGESAMT</b>	<b>1,2109 Bio. EUR</b>	<b>806,9 Mrd. EUR</b>

Quelle: [https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe\\_de](https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_de)

**Tabelle 12: NextGenerationEU — Aufschlüsselung**

Aufbau- und Resilienzfähigkeit	723,8 Mrd. EUR
<i>davon Kredite</i>	385,8 Mrd. EUR
<i>davon Zuschüsse</i>	338,0 Mrd. EUR
ReactEU	50,6 Mrd. EUR
Horizont Europa	5,4 Mrd. EUR
InvestEU	6,1 Mrd. EUR
Entwicklung des ländlichen Raums	8,1 Mrd. EUR
Fonds für einen gerechten Übergang	10,9 Mrd. EUR
RescEU	2 Mrd. EUR
<b>GESAMT</b>	<b>806,9 Mrd. EUR</b>

Quelle: [https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe\\_de](https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_de)

Im Rahmen des Aufbau- und Resilienzfähigkeitplans erhält Polen 58,1 Mrd. EUR, davon 23,9 Mrd. EUR Zuschüsse und 34,2 Mrd. EUR Kredite. Dadurch ist Polen einer der größten Benefizianten dieses Aufbau-Programms in Europa. Diese Mittel werden den treibenden Motor für Investitionen in die Digitalisierung des Gesundheitswesens in Polen bilden.

#### Verteilung der Mittel des Aufbau- und Resilienzfähigkeitplans in Europa (Zuschüsse) in Mrd. EUR

Belgien	5,9	Lettland	2,2
Bulgarien	6,3	Luxemburg	0,1
Tschechien	7,1	Ungarn	7,2
Dänemark	1,6	Malta	0,3
Deutschland	25,6	Niederlanden	6,0
Estland	1,0	Österreich	3,5
Irland	1,0	<b>Polen</b>	<b>23,9</b>
Griechenland	17,8	Portugal	13,9

<sup>26</sup> [https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie\\_Raport-300RESEARCH\\_Maj-2021\\_wersja-internet..pdf](https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie_Raport-300RESEARCH_Maj-2021_wersja-internet..pdf)

Spanien	69,5	Rumänien	14,2
Frankreich	39,4	Slowenien	1,8
Kroatien	6,3	Slowakei	6,3
Italien	68,9	Finnland	2,1
Zypern	1,0	Schweden	3,3
Litauen	2,0	<b>EU-27</b>	<b>338,0</b>

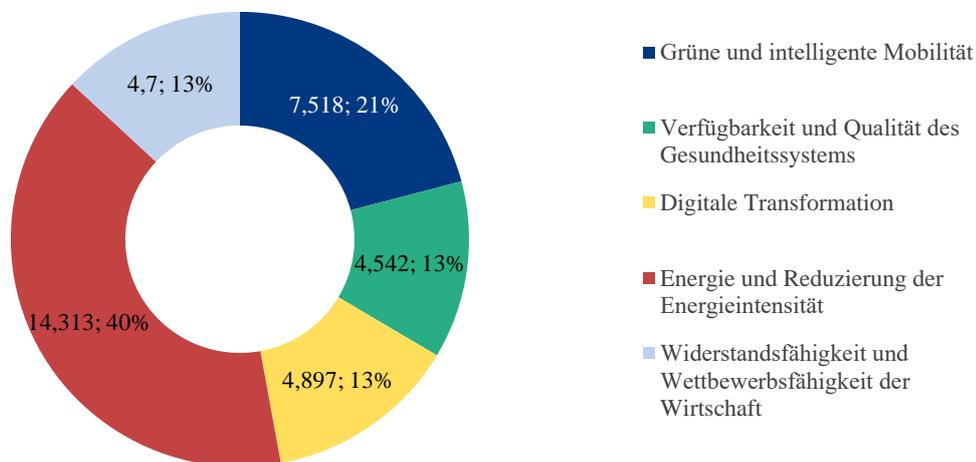
Quelle: [https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie\\_Raport-300RESEARCH\\_Maj-2021\\_wersja-internet..pdf](https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie_Raport-300RESEARCH_Maj-2021_wersja-internet..pdf)

Um diese Mittel zu erhalten, muss jedes Land seinen Nationalen Wiederaufbauplan (pol. „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności” (KPO)) erstellen. In Polen wird dieser Prozess vom Ministerium für Fonds und Regionalpolitik (pol. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (MFIPR)) verwaltet. Die KPO wird diese Mittel in konkrete Reformen, Programme und Investitionen in Polen umwandeln. In der Praxis bedeutet dies eine Unterstützung für folgende Kernbereiche:

- Digitale Transformation
- Widerstandsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft
- Energie und Reduzierung der Energieintensität
- Verfügbarkeit und Qualität des Gesundheitssystems
- Grüne und intelligente Mobilität

sowie für Infrastrukturinvestitionen, wie Eisenbahnen und Straßen.

**Abbildung 29: Aufteilung der Mittel im Rahmen der KPO auf einzelne Bereiche in Mrd. EUR**



Quelle: „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności”, s. 30.

Im Hinblick auf den Kernbereich „Verfügbarkeit und Qualität des Gesundheitssystems“ sollen die Mittel, laut dem KPO, für die Modernisierung der Infrastruktur von Gesundheitseinrichtungen in Polen sowie den breiteren Einsatz digitaler Lösungen verwendet werden. Diese Maßnahmen sollen dabei helfen, die Erhöhung der Verfügbarkeit, Effizienz und Qualität der Gesundheitsleistungen, unabhängig vom Wohnort, sicherzustellen. Unter Berücksichtigung der oben

genannten Herausforderungen für das Gesundheitssystem in Polen, die durch die Covid-19-Pandemie zusätzlich verschärft wurden, wurden zudem in KPO folgende Ziele formuliert:<sup>27</sup>

- Verbesserung der Funktionsweise des Gesundheitssystems, insbesondere in Schlüsselbereichen aufgrund epidemiologischer Bedrohungen, Zivilisationskrankheiten und der demografischen Situation;
- Stärkung von Humanressourcen des Gesundheitssystems sowie Stärkung des Potenzials von medizinischen Universitäten und Einrichtungen, die an der Ausbildung von medizinischem Personal beteiligen;
- Entwicklung der Forschung und des pharmazeutischen Sektors in Polen als Reaktion auf die Stärkung der Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Für die Umsetzung dieser Ziele in Polen sollen insgesamt über 4,5 Milliarden Euro bereitgestellt werden, davon 4,1 Milliarden Euro als Subventionen und 450 Millionen Euro als Darlehen. Insgesamt entspricht diese Summe ca. 13% aller in Rahmen von KPO für Polen zur Verfügung stehenden Mittel<sup>28</sup>.

Das Ziel des KPO ist die Wiederherstellung des Potenzials der Wirtschaft in Polen ist. Der Plan soll bessere Qualität und verbesserten Zugang zu Gesundheitsdiensten ermöglichen und die Stärkung einer schnelleren Reaktion des Gesundheitssystems auf epidemiologische Lagen oder anderen Bedrohungen. Die Regierung setzt sich zum Ziel, das Funktionieren des Gesundheitssystems effizienter zu gestalten sowie Verbesserung, Verfügbarkeit sowie Qualität der Gesundheitsdienste zu gewährleisten. Dabei sollen Entwicklung und Modernisierung der Infrastruktur von Pflegezentren und weiteren Einrichtungen als auch Beschleunigung digitaler Transformationsprozesse im Gesundheitswesen, indem digitale Dienste weiterentwickelt werden sollen. Die Mittel für IT-Lösungen im Gesundheitssektor sollten folgende Bereiche umfassen:

- Stärkung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen durch die Einführung des Integrierten Verwaltungssystems (pl. Zintegrowany System Zarządzania), Ausbau von Sicherheitssystemen und Bau des Zentrums für Sicherheitsoperationen am Zentrum für eGesundheit (Centrum E-Zdrowia)
- Digitalisierung der Patientenakten und die weitere Entwicklung der Austauschprozesse: Ziel 60% innerhalb 5 Jahre ab Umsetzung des KPO
- Optimierung des Patientenwegs
- Digitalisierung der Pandemieschutzprozesse
- Entwicklung von Telemedizinlösungen und deren Integration mit bestehenden eHealth-Lösungen auf regionaler Ebene
- Stärkung der Digitalisierungsreife der medizinischen Einrichtungen
- Entwicklung der IT-Kompetenzen des medizinischen Personals
- Digitalisierung von Back-Office-Prozessen der zentralen Verwaltung
- Entwicklung und Ausbau der IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen

Digital Health in Polen verfolgt derzeit das Ziel der Entwicklung in drei strategischen Bereichen:

- Lösungen zur Analyse des Gesundheitszustandes der Patienten – Sammlung von Daten aus unterschiedlichen Quellen, deren Analyse, Visualisierung und Interpretation
- Lösungen zur Unterstützung der Entscheidungsprozesse bei Ärzten auf Basis von künstlicher Intelligenz – intelligente Bearbeitung von Untersuchungsergebnissen

---

<sup>27</sup> „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności”, s. 248.

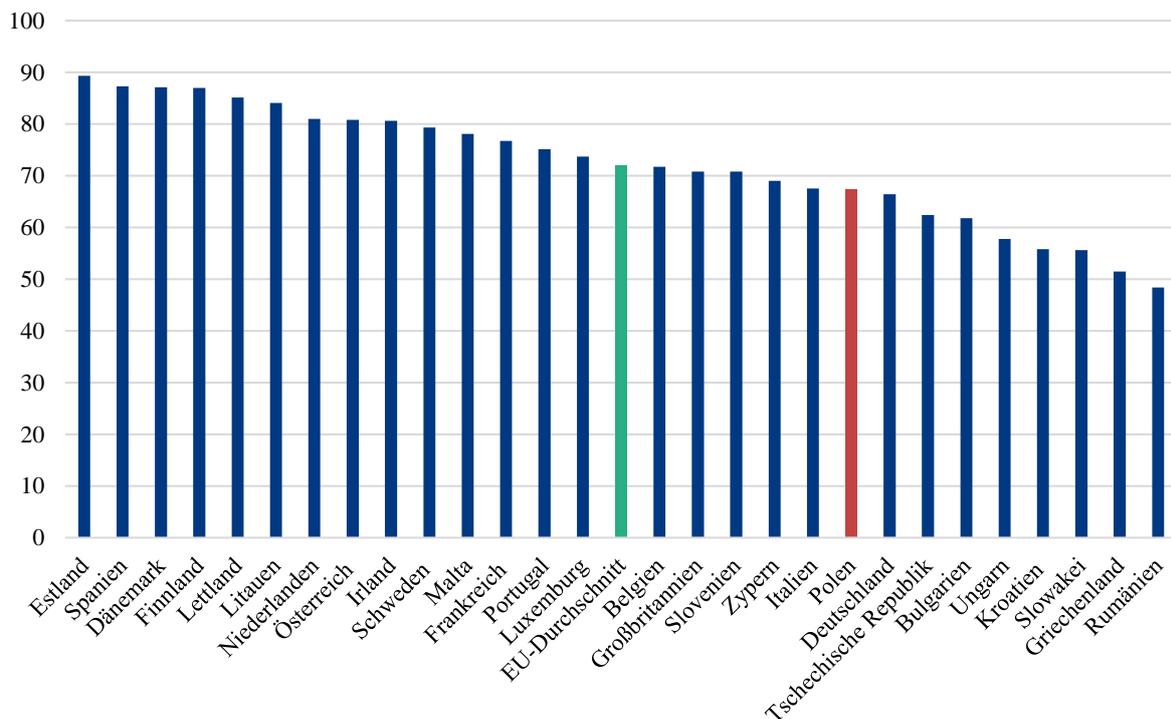
<sup>28</sup> „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności”, s. 29.

- Bau eines zentralen Datenspeichers für die medizinische Patientenakte<sup>29</sup>

Gemäß Zeitplan sollen die Projekte bis Ende 2025 für Ärzte und Patienten zur Verfügung stehen. Die zuständigen Behörden für die Realisierung der Projekte sind das Gesundheitsministerium Polens, Centrum e-Zdrowia, Marschallämter, der Nationale Gesundheitsfond, medizinische Einrichtungen, Forschungsinstitute und Hochschulen mit medizinischen Studiengängen. Experten bewerten die Annahmen des KPO grundsätzlich als gut, insbesondere die Berücksichtigung des Aufbaus digitaler Kompetenzen unter dem medizinischen Personal, der entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen ist. Der Kritik wird jedoch das Fehlen detaillierter Informationen und messbarer Parameter für die Überprüfung der Realisierung der Ziele sowie die Experten zufolge zu niedrigen, nicht ausreichenden finanziellen Auflagen unterzogen<sup>30</sup>.

Wenn jedoch berücksichtigt wird, dass Polen in Europa den 20. Platz im durch die Europäische Kommission veröffentlichten Digital Economy and Society Index in der Kategorie e-Government belegt, wird sichtbar, dass noch viel Nachholbedarf in Potenzial in diesem Bereich steckt und wie notwendig Reformen und Projekte in diesem Bereich sind.

**Abbildung 30: Digital Economy and Society Index (DESI), e-Government 2020**



Quelle: Europäische Kommission, DESI

### 3.4. Polski Ład und Zdrowa Przyszłość

Wesentliche Veränderungen für das Gesundheitssystem in Polen soll neben KPO auch das sogenannte „Polski Ład“ (dt. „Die polnische neue Ordnung“), ein umfassendes Programm der Strategie der wirtschaftlichen Erholung nach den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, bringen. Das im Jahr 2021 durch die Regierungspartei „Prawo i Sprawiedliwość

<sup>29</sup> [https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie\\_Raport-300RESEARCH\\_Maj-2021\\_wersja-internet..pdf](https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie_Raport-300RESEARCH_Maj-2021_wersja-internet..pdf)

<sup>30</sup> Ebenda

(PIS)“ (dt. „Recht und Gerechtigkeit“) angekündigte Programm enthält einen Vorschlag für Änderungen in 10 strategischen Handlungsfeldern. Diese Felder werden definiert als<sup>31</sup>:

- „Plan na zdrowie“ (dt. „Gesundheitsplan“),
- „Uczciwa praca godna płaca“ (dt. „Faire Arbeit - menschenwürdige Bezahlung“),
- „Dekada rozwoju“ (dt. „Ein Jahrzehnt der Entwicklung“),
- „Rodzina i dom w centrum życia“ (dt. „Familie und Zuhause im Zentrum des Lebens“),
- „Polska – nasza ziemia“ (dt. „Polen - unser Land“),
- „Przyjazna szkoła i kultura na nowy wiek“ (dt. „Freundliche Schule und Kultur für das neue Jahrhundert“),
- „Dobry klimat dla firm“ (dt. „Gutes Klima für Unternehmen“),
- „Czysta energia, czyste powietrze“ (dt. „Saubere Energie, saubere Luft“),
- „CyberPolen 2025“ und
- „Złota jesień życia“ (dt. „Goldener Herbst des Lebens“).

Darunter soll jedoch das Handlungsfeld „Gesundheitsplan“ eine überragende Rolle spielen - in den Jahren 2021-2030 sollen hierfür die größten finanziellen Mittel in Höhe von durchschnittlich 13 Mrd. PLN pro Jahr ausgegeben werden, was insgesamt von 10 Jahre eine Summe von über 122 Mrd. PLN entspricht<sup>32</sup>.

In Rahmen des „Gesundheitsplans“ kündigt das „Polski Ład“ Programm zahlreiche Änderungen an.<sup>33</sup> Eine der wichtigsten Programmankündigungen ist die Erhöhung des Ausgaben für das Gesundheitssystem auf 7% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Dieses Ziel soll über 6 Jahre erreicht werden und die neuen Mittel sollen für Investitionen, Digitalisierung des Gesundheitswesens, Personal sowie moderne Therapien ausgegeben werden. Unter anderem kündigt „Polski Ład“ die Einführung von „Prophylaxe 40+“ an, d.h. ein aus öffentlichen Mitteln finanzierten Programm von Vorsorgeuntersuchungen für alle Menschen, die über 40 Jahre alt sind. Damit möglichst viele Polen daran teilnehmen können, ist eine Kombination dieser Vorsorgeuntersuchungen mit regelmäßigen arbeitsmedizinischen Kontrolluntersuchungen geplant. Ein weiteres Programmziel ist die Aufhebung von Facharztgrenzen bezüglich der Finanzierung der Leistungen durch NFZ sowie der Ausbau der ambulanten Versorgung, was zu kürzeren Wartezeiten für die Patienten führen sollte. Geplant ist auch die Schaffung des Nationalen Kardiologischen Netzwerks (pol. Krajowa Sieć Kardiologiczna), das den uneingeschränkten Zugang von Patienten zu Diagnostik und Therapie sowie die Koordination der Behandlung und die Durchführung von Präventionsprogrammen ermöglichen sollte. Damit soll die Sterblichkeit aufgrund Herz-Kreislauf-Erkrankungen begrenzt werden, die immer noch die Haupttodesursachen in Polen sind. Auch das Nationale Onkologische Netzwerk (pol. Krajowa Sieć Onkologiczna) soll ausgebaut werden, dessen bestehendes Pilotprogramm positive Ergebnisse hinsichtlich des beschleunigten Zugangs zu Fachärzten gebracht hat. Darüber hinaus sieht das „Polski Ład“ Programm die Verbesserung der ärztlichen Nacht- und Ferienbetreuung vor. Laut der Programmankündigungen sollen die Krankenhäuser nach einem Prinzip des dreistufigen Kontakts mit dem Patienten arbeiten: Die erste Stufe wäre die Erstdiagnose und die elektronische Registrierung des Patienten; die zweite Stufe - das Netzwerk von „rund um die Uhr“ Bezirksambulanzen, und die dritte Stufe umfasst schon die Intervention eines Krankenwagens und der Transport des Patienten in die Notaufnahme des Krankenhauses.

---

<sup>31</sup> Konrad Adenauer Stiftung (2021) „Polens Regierung plant Post-Covid-Ära“, s. 2.

<sup>32</sup> „Polski Ład“, s. 28.

<sup>33</sup> „Polski Ład“, s. 36-37.

„Polski Ład“ kündigt auch eine Erhöhung der Mindestvergütung für medizinisches Personal sowie Programme zur Erhöhung der Zahl des medizinischen Personals in Polen an. Geplant sind unter anderem solche Programme, wie die Einführung eines schnelleren Einstiegs in den Beruf für berufsqualifizierte, aber nicht berufstätige, Pflegekräfte; attraktive Kreditkonditionen für Mediziner, die entweder aus Ausland zurückkommen oder über eine Facharztprüfung verfügen; sowie Sonderdarlehen und Stipendien für Medizinstudien und Spezialisierungen für junge Ärzte. Zur Modernisierung der Infrastruktur sollen zudem der Krankenhausmodernisierungsfonds (pol. Fundusz Modernizacji Szpitali) und der Medizinfonds (pol. Fundusz Medyczny) eingerichtet werden. Grundlage ihrer Tätigkeit soll der Transfer von Geldmitteln an die Kommunen werden, die dann für die Durchführung von Investitionen im Gebiet sowie Finanzierung von Therapien, Onkologie und Forschungen zu neuen Therapien, verwendet werden sollen. Darüber hinaus soll zur Verbesserung des Gesundheitswesens eine Agentur für Entwicklung der Krankenhäuser (pol. Agencja Rozwoju Szpitali) gegründet werden, die als ein Sondereinheit für die Entwicklung, Überwachung und Bewertung der Auswirkungen der umgesetzten Optimierungs- und Modernisierungsprogramme zuständig sein wird. Kernpunkt der Reform des polnischen Gesundheitssystems soll hierbei die Fortsetzung der Krankenhausreform sein, mit der Einführung einer verpflichtenden Überwachung sowohl der Qualität der klinischen Patientenversorgung als auch der Effektivität des Managements. Dazu soll auch ein Vergleichssystem zwischen den Krankenhäusern dienen. Darüber hinaus ist die Einführung eines Qualitätsgesetzes geplant, das die Umsetzung von Akkreditierungs- und Qualitätsüberwachungsmechanismen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems, sowie den Aufbau von nationales System zur Überwachung unerwünschter Ereignisse, ermöglichen wird.

Letztes, aber ebenso wichtiges Ziel des Programms, ist die Entwicklung moderner Technologien im Gesundheitswesen. „Polski Ład“ kündigt die Schaffung eines Patienten-Service-Centers (pacjent.gov.pl) an, das ein umfassendes Service- und Kommunikations-Tool sein wird. Solche Lösung soll zur einer verbesserten Qualität und einem verbesserten Zugang zu den Dienstleistungen für Patienten beitragen. Darüber hinaus soll das Medizinische Informationssystem (SIM) ermöglichen, dem Arzt – mit Zustimmung des Patienten – Informationen über medizinische Behandlung des Patienten sowie seine elektronische Gesundheitsdokumentation zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus soll das System die Möglichkeit bieten, Arzttermine per Telefon und Internet zu buchen, was die Anmeldung bei Fachärzten vereinfachen sowie das Versenden von Besuchserinnerungen per SMS ermöglichen soll. Angesichts der aktuellen, durch Corona-Pandemie verursachten Herausforderungen sieht „Polski Ład“ auch vor, weitere Mittel für die Entwicklung des Forschungsprogramms zu Covid-19 bereitzustellen. Die Forschungsteams der besten polnischen Universitäten und Krankenhäuser sollen finanzielle Unterstützung für die Arbeit an Medikamenten und Impfstoffen zum Schutz vor weiteren Mutationen des Virus erhalten, während für Patienten, die nach der Covid-Erkrankung weitere Hilfe benötigen, ein Rehabilitationsprogramm durchgeführt werden soll.

In der Praxis sollen die oben genannten Ziele durch erhebliche steuerliche Änderungen erreicht werden. Unter anderem sieht „Polski Ład“ die Abschaffung der Möglichkeit des Abzugs vom Krankenversicherungsbeitrag von der Steuer vor.<sup>34</sup> Dieser Beitrag soll weiterhin 9% der Bemessungsgrundlage betragen (die Bemessungsgrundlage ist das Bruttoeinkommen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitnehmers). Der Unterschied ist aber, dass derzeit der überwiegende Teil des Beitragsbetrags (d.h. der Beitragsbetrag in Höhe von 7,75 % seiner Bemessungsgrundlage) steuerlich abzugsfähig ist, was zu einer effektiven direkten Minderung der Steuerschuld führt (von 32 % auf ca. 24% und von 17% auf ca. 10%). Die Abschaffung der Möglichkeit des Abzugs vom Krankenversicherungsbeitrag von der Steuer wird wiederum, laut der Berechnungen von Deloitte, zu einer realen

---

<sup>34</sup> Deloitte (2021), „Polski Ład – na jakie zmiany powinni przygotować się pracodawcy i podmioty zatrudniające?“.

Erhöhung des Steuerwertes um 7,75% führen. Als Resultat könnte diese Reform, trotz gleichzeitiger Erhöhung des Steuerfreibetrags, dazu führen, dass einige Steuerpflichtige ein niedrigeres Nettoentgelt erhalten werden.

Dies gilt nicht nur für Arbeitnehmer, sondern für alle Krankenversicherungsbeitragszahler. Um die negativen Auswirkungen der Änderungen für Arbeitnehmer mit einem Bruttojahreseinkommen zwischen 68.412 Złoty und 133.692 Złoty zu verringern, sieht „Polski Ład“ die Einführung einer zusätzlichen Entlastung für Arbeitnehmer vor. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass diese Entlastung nicht für Einnahmen von Auftragnehmern, Personen, die in Rahmen eines Vorstandsvertrags vergütet werden, sowie die Mitglieder des Vorstands, gilt. Auch für Selbständige werden sich die Regeln zur Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags ändern. Derzeit haben die Selbständige eine Möglichkeit, die Krankenversicherungsbeiträge auf Basis von 75% des durchschnittlichen Monatsgehalts im Unternehmenssektor zu berechnen, unabhängig von ihrem tatsächlichen Einkommen. Laut der neuen Vorschriften soll die Grundlage für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags wiederum von den Einkünften aus nichtlandwirtschaftlicher Tätigkeit abhängig werden, was zu einer deutlichen Erhöhung der Beitragsbelastung der Betriebsinhaber führt. Eine Ausnahme hier wird der Fall sein, wann das Einkommen eines Steuerpflichtigen, der in einem bestimmten Monat eine gewerbliche Tätigkeit ausübt, niedriger als der Mindestlohn ist (oder ein Verlust entsteht) - dann wird der Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 9% berechnet auf Grundlage des für ein bestimmtes Steuerjahr angekündigten Mindestlohns.

Zu den im „Polski Ład“ Programm angekündigten Änderungen hat sich unter anderem die Oberste Ärztekammer in Polen (pol. *Naczelna Izba Lekarska, NIL*) geäußert<sup>35</sup>. Während die Einbeziehung der Reform des Gesundheitssystem als Schlüsselbereich in das Programm von den Ärzten positiv bewertet wird, melden sie einige Bedenken zu den Programmankündigungen. NIL betont, dass es sich bei den in dem Programm vorgestellten Vorhaben meist um Schlagworte handelt, die meist an Details mangeln, was es wiederum unmöglich macht, die Auswirkungen von „Polski Ład“ auf das Gesundheitssystem abzuschätzen. Laut NIL ist der angekündigte Anstieg der Gesundheitsausgaben auf 7% des BIPs erst im Jahr 2027 zu spät, die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich moderner Technologien und der Digitalisierung des Gesundheitssystems sind zu begrenzt, und die Abschaffung der Möglichkeit, Krankenversicherungsbeiträge von der PIT abzuziehen, wird die steuerliche Belastung der Betriebsärzte erhöhen. Darüber hinaus kritisiert die medizinische Selbstverwaltung die Einrichtung von solchen Strukturen wie der Medizinfonds oder die Agentur für Entwicklung der Krankenhäuser als weitere, nicht benötigte Einrichtungen, die sich mit der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen befassen. Deren Organisation und Betrieb werden laut NIL einen zusätzlichen finanziellen Aufwand erfordern, der innerhalb der bereits bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen eingesetzt werden könnte. Positiv bewertet wird wiederum die Ankündigung einer Unterstützung des medizinischen Personals durch die Einführung u.a. von Krediten oder Stipendien, die „abgearbeitet“ sein würden, sowie die Einführung des Programms „Prophylaxe 40+“. NIL weist jedoch erneut darauf hin, dass es im Programm ein Mangel an detaillierten Informationen zur Durchführung und Finanzierung solcher Maßnahmen gibt. Die Bewertung der im „Polski Ład“ Programm angekündigten Reformen soll erst möglich sein, wenn ihre detaillierten Annahmen und Umsetzungsmethoden mitgeteilt werden. Darüber hinaus wird laut NIL die Erfüllung der im Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027“ (dt. „Gesunde Zukunft. Strategische Rahmen für die Entwicklung des Gesundheitswesens in Jahren 2021-2027“) angesprochenen Ziele eine Grundlage für die Bewertung der Reform des polnischen Gesundheitssystems sein.

---

<sup>35</sup> „Stanowisko Nr 60/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 maja 2021 r. w sprawie dokumentu „Polski Ład““.

Im Juni 2021 wurden die Strategischen Rahmenbedingungen der Entwicklung des Gesundheitswesens in den Jahren 2021-2027 vorgestellt unter dem Namen „Zdrowa Przyszłość“ (dt. Gesunde Zukunft) vorgestellt. Es ist eine Fortsetzung des „Policy Papers für das Gesundheitswesen in den Jahren 2014-2020“, das u.a. durch die Europäische Kommission zur Nutzung von EU-Fördermitteln zu erbringen ist. Das Dokument beschreibt die Schlüsselbereiche des Gesundheitswesens, die in den kommenden Jahren insbesondere gefördert werden.

Die Annahmen des Programms sind einstimmig mit der Konzeption des Polski Ład und umfassen vier Hauptbereiche: Patient, Prozesse, Entwicklung und Finanzen. Das Ziel ist die Gewährleistung eines einfachen Zugangs zu qualitativen medizinischen Dienstleistungen durch ein patientenfreundliches, modernes und effizientes Gesundheitssystem. Im Endeffekt soll das Programm zur Steigerung der Lebenserwartung und Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung beitragen. Eingeführt werden u.a. Systeme zur Überwachung der Patientenzufriedenheit, Prophylaxeprogramme, Erweiterung der Impfprogramme, etc. Zusätzlich sollen im Rahmen dieser Maßnahmen die Altenpflege und psychiatrischen Versorgung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden in Bezug auf die Bildung von Personal in diesen Bereichen sowie Ausbau der Infrastruktur<sup>36</sup>. Kritikern zufolge beschreibt das Dokument jedoch den aktuellen Sachstand und Herausforderungen, es fehle jedoch eine klare Vision der Entwicklung und Verbesserung des Gesundheitswesens. Das Dokument beschreibt die Rahmenbedingungen für notwendige Maßnahmen, die Ergänzung auf operationellem Niveau werden nationale und regionale Pläne und Programme beinhalten<sup>37</sup>.

### **3.4. Gesundheitsschutz in Programmen der Europäischen Union**

Die Gesundheitspolitik sowie die damit verbundenen Fragen und Angelegenheiten jedes Mitgliedsstaates der Europäischen Union obliegen den Nationalstaaten. Somit übernehmen die einzelnen Mitgliedsstaaten die Organisation des nationalen Gesundheitswesens sowie die der medizinischen Versorgung. Die Europäische Union nimmt dabei eine besondere Rolle ein und ergänzt die nationale Gesundheitspolitik. Die Aufgaben zur Prävention und Bekämpfung von Krankheiten übernehmen zugleich zwei spezielle Agenturen: das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA). Die Rolle der EU in der Gesundheitspolitik ist demnach das Angebot der Unterstützung ihrer Mitgliedsstaaten. Dies ist vor dem Hintergrund von Bedeutung für die jeweiligen Länder, dass die EU-Rechtsvorschriften und Normen hinsichtlich der Produkte und Dienste im Bereich Gesundheitswesen erlässt, deren Geltungsbereich ganz EU ist. Darüber hinaus werden Gelder und Mittel zur Finanzierung von Projekten<sup>38</sup> gestellt, die sich vorwiegend dem Schutz und Verbesserung der Gesundheit aller EU-Bürger widmen sowie die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten vereinfachen sollen. Laut dem Artikel 168 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union<sup>39</sup> erhebt sich die Europäische Union den Anspruch, das Gesundheitsschutzniveau aller Länder der Europäischen Union sicherzustellen, indem Handlungen und Taten zur „Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit“ ergänzend zu nationalen Maßnahmen vorgenommen werden. Die EU kann Vorschläge und Empfehlungen aussprechen, jedoch verbleiben die Verwaltung des Gesundheitswesens und medizinische Versorgung sowie die Umsetzung und Einsatz der Mittel als nationale Kompetenz der jeweiligen Mitgliedsstaaten. Dabei bleiben Zusatzprogramme neben Rahmenprogrammen vorbehalten.

---

<sup>36</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

<sup>37</sup> <https://www.politykazdrowotna.com/71200,zdrowa-przyszlosc-czyli-propozycje-mz-na-lata-2021-2027>

<sup>38</sup> Hier befinden sich alle durch die EU dotierten und realisierten Projekte hinsichtlich Gesundheitsschutz in Polen, vgl.: [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/health/projects/countries/poland](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/countries/poland).

<sup>39</sup> Vgl.: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:de:PDF>.

Der Landesbericht der Europäischen Kommission hinsichtlich der Leitlinien von Investitionen für den Zeitraum 2021-2027 im Rahmen der Kohäsionspolitik<sup>40</sup> betont, neben weiteren Zielsetzungen, die Notwendigkeit wirksamen Einsatzes und Umsetzung von EU Mitteln, wo gerade Digitalisierung und Ausweitung von e-Diensten vorrangig behandelt werden sollen, auch in Hinblick auf das Gesundheitswesen. Dabei bemängelt die EU das polnische Gesundheitssystem, welches zu sehr auf Krankenhäuser ausgerichtet ist und wo es an einer wirksamen Koordination fehlt<sup>41</sup>. Den Zugang zum Kohäsionsfonds der Europäischen Union erhalten weniger entwickelte Regionen der EU, der Fonds und die damit verbundenen Investitionen sollen generell die regionale Entwicklung sowie die Wettbewerbsfähigkeit stärken. Diesbezüglich werden mehrere Bereiche genannt, die es zu stärken gilt. Hierbei soll die Infrastruktur und nachhaltige Systeme im Gesundheitswesen sowie weitere Programme zur Gesundheitsförderung und Ausbau von digitalen Lösungen ausgebaut werden. Dabei nahm der Bereich Gesundheit einen wichtigen Platz unter den 11 Prioritäten der Kohäsionspolitik für den Zeitraum 2014-2020 ein. In Zahlen ausgedrückt bekam die Republik Polen zwischen 2014 und 2020 knapp 49 Mrd. EUR aus dem Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) und etwas mehr 27 Mrd. EUR aus dem Kohäsionsfonds (KF), die zum Europäischen Struktur- und Investitionsfonds (ESIF) gehören. Die Aufteilung der Mittel erfolgte nach Maßgabe, also Bedarfsermittlung und Kosteneffizienz.

Darüber hinaus können Mittel aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) für Investitionen aus dem Bereich Gesundheitsschutz investiert werden. Die Mittel für den Zeitraum 2014-2020 beliefen sich im Falle Polens auf etwa 15,22 Mrd. EUR. Hierbei soll das Finanzierungsinstrument vor allem sozialer Ungerechtigkeit entgegenwirken und gesellschaftliche Unterschiede bekämpfen, was ebenfalls den Bereich Gesundheit und Gesundheitsschutz aufgreift. Dabei sollen vor allem gesundes Altern, Gesundheitsversorgung und die allgemeine Gesundheit verbessert werden.

Dementsprechend werden Mittel und Finanzierungsmöglichkeiten hinsichtlich des Gesundheitsschutzes aus mehreren externen Quellen aufgewendet.

### **3.5. Öffentliche Beschaffung von Medizinprodukten**

Der Hauptabnehmer von Medizinprodukten sind Krankenhäuser, von denen die große Mehrheit in Polen öffentliche Einrichtungen sind. Krankenhausausschreibungen unterliegen dem Vergabegesetz sowie konkreten Anforderungen, die durch interne Verfahren der jeweiligen medizinischen Einrichtungen definiert sind. Abhängig von ihren eigenen Betriebsabläufen geben die Einrichtungen selbst ihren aktuellen Bedarf an Medizinprodukten an. Zwar können die Krankenhäuser frei über die Erwartungen und Kriterien an einen potenziellen Auftragnehmer entscheiden, das Ausschreibungsverfahren wird, aber durch das Gesetz über das öffentliche Auftragswesen geregelt. So ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Ausschreibung offiziell bekannt gegeben und den Auftragnehmern so zur Verfügung gestellt wird. Die Transparenz dieses Prozesses wurde durch das neue Gesetz über das öffentliche Auftragswesen verbessert. Die letztes vorgenommenen Änderungen sind signifikant. Nach den bisherigen Plänen des Beschaffungsamtes sollten ab dem 1. Januar 2021 alle Ausschreibungen elektronisch durchgeführt werden. Derzeit gilt diese Anforderung nur für Verträge, die die sogenannten EU-Schwellenwerte überschreiten. Das gesamte Ausschreibungsverfahren wird auf der Plattform E-Vergabe (pl. *E-Zamówienia*) unter dem Link <https://ezamowienia.gov.pl/pl/> bekannt gegeben. Allerdings verzögerte sich die Umsetzung, weshalb es erst ab Ende März 2021 möglich war, das vollständige öffentliche Vergabeverfahren über dieses Tool durchzuführen<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> Vgl.: .: Europäische Kommission Landesbericht Polen 2019, SWD(2019) 1020, Brüssel, 27.02.2019, s. [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/de/policy/themes/health/](https://ec.europa.eu/regional_policy/de/policy/themes/health/).

<sup>41</sup> Vgl.: Europäische Kommission Landesbericht Polen 2019, SWD(2019) 1020, Brüssel, 27.02.2019, S. 56 – 59.

<sup>42</sup> Elektronizacja zamówień publicznych krajowych od 2021 roku, in Portalzp

Das übergeordnete Ziel des öffentlichen Beschaffungswesens in Krankenhäusern ist es, die Gesundheit, die Sicherheit sowie den Komfort für Patienten und Personal der Einrichtung zu gewährleisten. Zu diesem Zweck wird eine Leistungsbeschreibung (pl. *Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia, SIWZ*) erstellt. Der Auftraggeber sollte dies nicht nur eindeutig und gründlich tun, sondern auch jedes Mal abwägen, wo die Grenze zwischen wesentlichen und unwesentlichen Eigenschaften, Parametern und Funktionalitäten der gekauften Ware verläuft, um sicherzustellen, dass seine Bedürfnisse – unter Gewährleistung eines fairen Wettbewerbs – erfüllt werden. Außerdem sichert eine korrekt geschriebene Leistungsbeschreibung den Einkauf von qualitativ hochwertigen Materialien, eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Anbieter und vermeidet etwaige Probleme bei Inspektionen<sup>43</sup>.

Es lässt sich beobachten, dass medizinische Einrichtungen erhebliche Probleme haben, die Anforderungen an den Ausschreibungsgegenstand in ihrer Leistungsbeschreibung zuverlässig umzuschreiben. In der Regel fehlt es an Spezialisten vor Ort, die die Parameter der Ausschreibung genau definieren können. Daraus ergibt sich ein gewisser Interpretationsspielraum der Leistungsbeschreibung durch potentielle Auftragnehmer. Infolgedessen entscheiden sich medizinische Einrichtungen für das Angebot mit dem niedrigeren Preis.

Es gibt Situationen, in denen Mitarbeiter der Einkaufsabteilung von medizinischen Einrichtungen Zweifel haben, ob die genau spezifizierten Anforderungen nicht zu hoch sind. Dies hängt mit der Befürchtung zusammen, dass bei der Inspektion der Vorwurf der unsachgemäßen Verfügung der Mittel der Einrichtung erhoben werden könnte. Wie bereits betont, sollte auf jeden Fall bedacht werden, dass der Hauptzweck der Ausschreibung darin besteht, angemessene Bedingungen für Krankenhausmitarbeiter und Patienten zu schaffen, und dafür sind qualitativ hochwertige medizinische Geräte erforderlich.

Vor diesem Hintergrund ist zu betonen, dass der öffentliche Auftraggeber nicht verpflichtet ist, allen Anbietern, die in einem bestimmten Segment des medizinischen Marktes tätig sind, den Zugang zum öffentlichen Ausschreibungsverfahren zu gewähren. Dennoch muss das Ausscheiden einiger Anbieter bereits in der Phase der Beschreibung des Ausschreibungsgegenstandes durch ihre Bedürfnisse objektiv gerechtfertigt sein. Öffentliche Ausschreibungen für Krankenhäuser werden in Polen zumeist in offenem Vergabeverfahren ausgeführt.

Eine Frage, die aus Sicht des Anbieters in erster Linie geklärt werden muss, sind die vom Gesundheitswesen verwandten Kriterien für die Angebotsbewertung. Im Weiteren ist es wichtig zu wissen, ob Aufträge - und wenn ja, in welchen Situationen - nach dem Preis als alleinigem Kriterium vergeben werden dürfen. Zu diesem Zweck ist es zunächst erforderlich, die Beschaffungsstelle ordnungsgemäß in eine bestimmte Kategorie von öffentlichen Auftraggebern einzuordnen. Dies ist wichtig unter dem Gesichtspunkt der Einschränkungen bei der Anwendung des Preiskriteriums, wie es in Art. 91 Abs. 2a des Gesetzes über das öffentliche Auftragswesen festgelegt ist<sup>44</sup>. Selbstständige Öffentliche Krankenanstalten (pl. *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, SPZOZ*) (ein Auftraggeber, der nach Art. 3 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen zu den Einrichtungen der öffentlichen Sektors gehört) dürfen den Preis als einziges Kriterium für die Bewertung der Angebote oder mit einer Gewichtung von mehr als 60%, z.B. bei einem Vertrag über die Lieferung von Arzneimitteln, nur dann anwenden, wenn er die Anforderungen des Art. 91 Abs. 2a des Gesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen erfüllt. Dieser Artikel besagt, dass die folgenden zwei

---

<sup>43</sup> *Specyfika udzielania zamówień w służbie zdrowia – opis przedmiotu zamówienia, cz. I*, in [Portalzp](#)

<sup>44</sup> *Prawo zamówień publicznych*, in [Lexlege](#)

Bedingungen durch die oben erwähnten medizinischen Einrichtungen erfüllt sein müssen, wenn der Preis als einziges Kriterium für die Bewertung der Angebote oder mit einer Gewichtung von mehr als 60% angewendet wird:

- Zunächst ist es erforderlich, in der Beschreibung des Vertragsgegenstandes Qualitätsstandards anzugeben, die sich auf alle wesentlichen Merkmale des Vertragsgegenstandes beziehen.
- Zweitens ist es notwendig, in einer Anlage zum Protokoll darzustellen, wie die Kosten des Lebenszyklus in die Beschreibung des Vertragsgegenstandes aufgenommen wurden<sup>45</sup>.

Für eine medizinische Einrichtung, die in der gleichen Branche tätig ist, aber eine Gesellschaft des Handelsrechts ist (ein Auftraggeber, den Art. 3 Abs. 1 Nr. 3 des Vergabegesetzes als sog. öffentlich-rechtliche Einrichtung qualifiziert), gelten diese Einschränkungen hingegen nicht mehr.<sup>46</sup>

Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass Selbstständige Öffentliche Krankenanstalten gewissermaßen dazu gezwungen sind, nicht-preisliche Kriterien für die Bewertung von Angeboten anzuwenden. Im Lichte der Bestimmungen des Gesetzes über die öffentliche Auftragsvergabe ist der Auftraggeber verpflichtet, andere nichtpreisliche Kriterien auszuwählen, wobei er berücksichtigen muss, ob sie sich auf den Auftragsgegenstand beziehen und in einem angemessenen Verhältnis zu diesem stehen, sowie ob ihre Festlegung nicht zu einer objektiv ungerechtfertigten Verletzung des lautereren Wettbewerbs auf einem bestimmten Branchenmarkt führt<sup>47</sup>.

Das bedeutet in der Regel, dass der Auftraggeber nachweisen muss, dass die Einführung des nicht-preislichen Kriteriums durch eine Bewertung der Qualität des Leistungsgegenstandes gerechtfertigt ist, wobei diese Qualität nicht losgelöst von objektiv begründeten Bedürfnissen des Auftraggebers (z. B. diagnostische und klinische Indikationen, Lösungen mit geringerem Personaleinsatz, Arbeitserleichterung für Diagnostiker) erkannt werden kann. Der Auftraggeber soll nicht einfach die technisch fortgeschrittenste Lösung wählen, sondern das Produkt das seine spezifischen Bedürfnisse am besten erfüllt. Dies schließt hochmoderne Lösungen nicht aus.

Es ist noch einmal die große Rolle der Leistungsbeschreibung zu betonen, die bestimmte Mindestanforderungen an die Eigenschaften des bestellten Produktes stellt. Neben den so genannten nicht-preislichen Standardkriterien für die Bewertung von Angeboten (z.B. Garantiezeit, Liefertermin) können öffentliche Auftraggeber z.B. auch eine weit gefasste Qualität (d.h. bewertet in Unterkategorien wie z.B. Zuverlässigkeit, Haltbarkeit) wählen. Das Qualitätskriterium soll es den Auftragnehmern, die ein teureres Produkt anbieten, das den geforderten Leistungsumfang übersteigt oder eine bessere Qualität bietet, ermöglichen, mit Unternehmen zu konkurrieren, die ein billigeres Produkt anbieten. Dies ist für viele Aufträge im Gesundheitswesen wichtig, von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln über Einwegprodukte bis hin zu Behandlungsgeräten und medizinischen Spezialgeräten. Bedenken gegen die Verwendung solcher Kriterien beziehen sich leider oft auf ihren Bewertungscharakter und damit auf mögliche Streitigkeiten über die Verlässlichkeit der Bewertung und der für das Angebot vergebenen Punktzahlen.

---

<sup>45</sup> *Specyfika udzielania zamówień w służbie zdrowia – jak formułować kryteria oceny ofert, cz. II, in [Portalzp](#)*

<sup>46</sup> *Specyfika udzielania zamówień w służbie zdrowia – jak formułować kryteria oceny ofert, cz. II, in [Portalzp](#)*

<sup>47</sup> *Specyfika udzielania zamówień w służbie zdrowia – jak formułować kryteria oceny ofert, cz. II, in [Portalzp](#)*

## 4. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND CHANCEN FÜR DEUTSCHE UNTERNEHMEN

### 4.1. Hinweise zur Geschäftspraxis des polnischen Marktes

Wie die Analyse gezeigt hat, ist das polnische Gesundheitswesen ein komplexer Bereich, der vor zahlreichen Herausforderungen steht. Die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens platziert das Land am Ende der europäischen Rankings in Hinsicht auf den Anteil des BIP, der in das Gesundheitswesen fließt. Ein weiteres Problem, mit dem Polen zu kämpfen hat, ist das Defizit an medizinischem Personal, das mit dem Einsturz des gesamten Gesundheitssystems droht. Darüber hinaus wird die voranschreitende Alterung der Gesellschaft eine enorme Auslastung für das Gesundheitswesen sein.

In Anbetracht der Tatsache, dass das Gesundheitswesen sich derzeit im Laufe eines Digitalisierungsprozesses befindet und Bedarf für die Einführung weiterer innovativer Lösungen und Technologien bestehen wird, bietet der Bereich Chancen für potenzielle Anbieter. Experten und Strategiepapieren zufolge, liegen die weiteren Entwicklungsschwerpunkte aktuell insbesondere in den Bereichen Telemedizin, Datenanalyse basierend auf künstlicher Intelligenz und personalisierte Patienten- und Monitoringsysteme<sup>48</sup>.

Jede medizinische Einrichtung veröffentlicht Informationen über Ausschreibungsverfahren. Dies ermöglicht allen Interessenten die Teilnahme an der Ausschreibung. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich die Ausschreibungsverfahren in Polen mit einem relativ hohen Kompliziertheitsgrad und großen Aufwand auszeichnen. Einen Überblick in den Ausschreibungsunterlagen zu bekommen, erfordert viel Geduld und Erfahrung.

Empfehlenswert für die Teilnahme an den Ausschreibungen und das Verständnis des Ausschreibungssystems und der rechtlichen Grundlagen wäre die Unterstützung eines Juristen bzw. die Einstellung eines Mitarbeiters, der auf eine Erfahrung in diesem Bereich zurückgreifen kann. Da es sich hierbei um ein streng gesetzlich geregeltes Thema handelt, ist eine Kenntnis der Gesetze und Verordnungen und der Ausschreibungsverfahren von höchster Priorität. Zusätzlich sollte der Experte über Polnischkenntnisse verfügen, da alle Ausschreibungen auf Polnisch stattfinden. Der Experte, bzw. eingestellte Mitarbeiter sollte somit den Markt kennen und über Kontakte verfügen, die Spezifik der Ausschreibungen verstehen und der polnischen Sprache mächtig sein.

Eine alternative, die weniger Aufwand erfordern würde, ist die Suche nach einem Vertriebspartner. Solche Firmen sind auf Dienstleistungen für medizinische Einrichtungen spezialisiert, verstehen die Spezifik dieses Bereiches und verfügen über Kontakte im Gesundheitswesen, was unschätzbar in diesem Bereich sein kann. Diese IT-Dienstleister entwickeln keine Software, sondern implementieren Systeme anderer Hersteller und bieten Service an.

Von Bedeutung erscheint ebenfalls die Kontaktaufnahme mit den Branchenvereinigungen als Netzwerkplattformen. Die Verbände von IT-Herstellern verfügen möglicherweise über Kontakte und Zugriff zu medizinischen Einrichtungen. Eine Liste der wichtigen Branchenkontakte in Polen wurde im Anhang zu dieser Analyse berücksichtigt.

Polen verfügt über zahlreiche gut ausgebildete Informatiker. Der IT-Sektor ist ein sich stark entwickelnder Bereich. Polnische Unternehmen bieten Outsourcing Dienstleistungen für Firmen aus unterschiedlichen Ländern an. Die starke Vertretung polnischer Unternehmen auf dem Markt kann eine Herausforderung für den erfolgreichen Markteintritt darstellen. Die Konkurrenz in dieser Branche ist stark und zum Großteil durch heimische Dienstleister geprägt.

---

<sup>48</sup> <https://cyfrowa.rp.pl/opinie-i-komentarze/art18066911-ochrona-zdrowia-coraz-bardziej-online>

Außer den staatlichen medizinischen Einrichtungen spielen private Einrichtungen eine immer wichtigere Rolle. Am stärksten ist deren Bedeutung in den Großstädten zu beobachten, wo zahlreiche Patienten abgeschreckt von den langen Wartezeiten zu Fachärzten oder Untersuchungen im Rahmen der staatlichen Krankenversicherung durch ein Abonnement oder entgeltlich Dienstleistungen von privaten medizinischen Einrichtungen in Anspruch nehmen. Dies ist ein sich stark entwickelnder Bereich in der medizinischen Versorgung in Polen, der viele Möglichkeiten für IT-Dienstleister bieten kann. Diese Einrichtungen verfügen zum einen über eine bessere finanzielle Lage, als die verschuldeten staatlichen Einrichtungen, zum anderen sind die Entscheidungsprozesse und Auswahlverfahren vorstellbar mit einer geringeren Kompliziertheit verbunden als in dem staatlichen Bereich.

Für einen erfolgreichen Markteinstieg bzw. eine Marktexpansion stehen grundsätzlich zwei Optionen zur Verfügung. Die erste besteht darin, passende Vertriebspartner zu finden, wodurch es nicht zu einem direkten Markteinstieg durch die Firma selbst kommt. Die zweite Option wäre die Gründung einer Tochtergesellschaft, welche jegliche Vertriebsaufgaben übernehmen würde.

Entscheidet man sich für die erste Option, wäre dieser Weg von Vorteil, da der Vertriebspartner die lokale Marktsituation und Kundenwünsche kennt. Außerdem hat er Erfahrung, spezifisches Know-How und einen vorhandenen Kundenstamm. Es werden keine großen Summen investiert, um auf dem polnischen Markt aktiv zu sein. Die Kosten bleiben niedrig, da ohne eigenen Firmensitz die Personal- und Mietkosten entfallen. Das Risiko wird minimiert und kalkulierbar. Es gibt aber auch Nachteile. So ist der Kundenkreis durch die Branche, das Netzwerk und die Kapazitäten der Vertriebspartner eingeschränkt. Außerdem schmälert die Provision, die das Partner-Unternehmen verlangt, die eigene Gewinnmarge. Auch entsteht eine Abhängigkeit vom Vertriebspartner und ein gewisser Kontrollverlust, da Vertriebsprozesse extern gesteuert werden. Eventuelle Lerneffekte bleiben aus. Ferner baut man keine eigenen Kompetenzen in Polen auf. Selbst wenn die Produkte in das Portfolio eines polnischen Distributors aufgenommen werden, so hat man nur begrenzten Einfluss darüber, ob der Vertriebspartner die Produkte des deutschen Unternehmens auch entsprechend bewirbt. Optimalerweise sollte ein solcher Distributor überregional tätig sein und das ganze Gebiet Polens abdecken. Andernfalls müsste die Zusammenarbeit mit einem Netz von Vertriebspartnern erwägt werden, sog. autorisierten Partnern.

Was einen guten Distributor auszeichnet, ist die aktive Vermarktung der Produkte sowie der Zugang zu Endverbrauchern. Es kommt jedoch auf die entsprechende Marketingstrategie und Marktpräsenz an, was anhand der identifizierten Branchenportale und der Internetseiten und Aktivitäten der Distributoren zu beobachten ist. Die Vermarktungsaktivitäten des Distributors sollten dazu führen, dass die Produkte sichtbar für das breite Publikum sind, d.h. es ist ein entsprechender Vermarktungsplan notwendig.

Entscheidet man sich für die zweite Option, ist die Gründung einer „Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością“ (Sp. z o.o.), dem polnischen Gegenstück einer GmbH, zu empfehlen. Diese benötigt mit 5.000 PLN, also rund 1.175 EUR, ein vergleichsweise geringes Startkapital, haftet aber trotzdem lediglich mit dem Gesellschaftsvermögen. Option 2, also die Gründung einer Gesellschaft ist eher eine unternehmerisch-strategische Entscheidung, die langfristige Auswirkungen haben kann. Die Gründung einer GmbH ist erwägenswert, wenn ein Kundenstamm oder bereits eine Positionierung auf dem Markt vorhanden sind. Vorteil einer Tochtergesellschaft wäre die größere Nähe zum Markt. Dies würde den Ausbau eines Netzwerks erleichtern und potentiellen Kunden signalisieren, dass das Unternehmen aktiver Marktteilnehmer werden will und Vertrauen in den polnischen Markt hat. Nachteile sind höhere Kosten als bei einem reinen Vertrieb durch Geschäftspartner oder Mitarbeiter sowie anfangs mangelndes Know-how bezüglich des polnischen Marktes.

## 4.2. SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse ist eine Zusammenfassung der Stärken und Schwächen des polnischen Marktes aus der Perspektive deutscher Unternehmen sowie das Aufzeigen von Chancen und Risiken bei Umsetzung von Vorgehensweisen beim Eintritt in den polnischen Markt:

**Tabelle 13: SWOT Analyse**

STÄRKEN	SCHWÄCHEN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• breite Infrastruktur medizinischer Einrichtungen</li> <li>• gut ausgebildetes medizinisches Personal</li> <li>• Steigende Ausgaben für Gesundheit</li> <li>• Gesundheitssektor in als Schlüsselsektor der Entwicklungsstrategien</li> <li>• voranschreitende Digitalisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel am medizinischem Personal</li> <li>• Unterfinanzierung des Gesundheitssektor</li> <li>• Auslastung des Gesundheitssystems durch u.a. demografische Entwicklungen, insbesondere alternde Gesellschaft</li> <li>• Modernisierungsbedarf der medizinischen Einrichtungen</li> <li>• lange Warteschlangen</li> <li>• langsame digitale Transformation</li> <li>• vergleichsweise niedrige Lebenserwartung</li> <li>• schlechter Zugang zu innovativen Therapien</li> <li>• fehlende Prophylaxeprogramme</li> <li>• schwache ambulante Versorgung – System sehr krankenhauslastig</li> <li>• Verschuldung der Krankenhäuser</li> <li>• Notwendigkeit der Steigerung der Effizienz durch Digitalisierung</li> <li>• Fehlen einer klaren Strategie</li> </ul>
CHANCEN	RISIKEN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Bevölkerung / Größe des Absatzmarktes</li> <li>• Effizienzsteigerung durch Digitalisierungsprozesse – Strategien für Digitalisierung des Gesundheitswesens</li> <li>• Geplante Investitionen aus dem EU-Aufbauprogramm</li> <li>• Wachsendes Bewusstsein im Hinblick auf die Nutzung neuer technologischen Lösungen</li> <li>• rasche Erholung des polnischen Marktes nach der Corona-Pandemie</li> <li>• Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und gesunden Lebensstils</li> <li>• Zunehmende Bedeutung der privaten Krankenversicherung</li> <li>• Starkes Digitalisierungsbewusstsein der Gesellschaft</li> <li>• Starkes Wirtschaftswachstum der letzten Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unstabile rechtliche und politische Situation – starke Abhängigkeit des Sektors</li> <li>• Komplizierte Ausschreibungsverfahren</li> <li>• Weitere vertiefte Schwächung des Gesundheitswesens durch die Corona-Pandemie</li> <li>• Unklar definierte Ziele der Digitalisierung</li> <li>• Starke Konkurrenz seitens heimischer Anbieter</li> </ul>

## 5. VERZEICHNISSE

### Abbildungen

Abbildung 1: Die Woiwodschaften Polens .....	4
Abbildung 2: Bruttoinlandsprodukt, reale Veränderung gegenüber Vorjahr in %, Polen und EU-27-Durchschnitt .....	6
Abbildung 3: Inflationsraten 2010-2020 in Polen und EU-27 .....	7
Abbildung 4: Änderungen des Wechselkurses EUR/PLN 2012-2020 in PLN .....	7
Abbildung 5: Arbeitslosenquote in Polen in den Jahren 2013-2019 in % .....	8
Abbildung 6: Anzahl der Krankenhauseinweisungen in Allgemeinkrankenhäuser pro 10 Tsd. Einwohner im Jahre 2018 und 2019 .....	11
Abbildung 7: Anzahl der Betten in ausgewählten Stationen in Allgemeinkrankenhäusern im Jahre 2018 und 2019 (Stand zum 31.12.) in Tsd. ....	12
Abbildung 8: Anzahl der stationär behandelten Patienten auf Stationen der Allgemeinkrankenhäuser in den Jahren 2018 und 2019 in Tsd. ....	13
Abbildung 9: Anzahl der Ärztehäuser nach Woiwodschaft und Land/Gemeindetyp 2020 .....	14
Abbildung 10: Anzahl der Personen pro Stelle der ambulanten Versorgung nach Woiwodschaften in dem Jahr 2020 ..	15
Abbildung 11: Anzahl der ambulanten Beratungen nach Art der Beratung und Alter der Patienten im Jahre 2020 in % .....	15
Abbildung 12: Ambulante Beratungen pro Einwohner in den jeweiligen Woiwodschaften im Jahre 2020 .....	16
Abbildung 13: Häufigste Arten von Krebserkrankungen in Polen im Jahre 2017 in % .....	18
Abbildung 14: Anzahl der qualifizierten Ärzte nach Altersgruppen in den Jahren 2005, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 in Tsd. ....	20
Abbildung 15: Anzahl der qualifizierten Krankenpfleger nach Altersgruppen in den Jahren 2005, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 .....	20
Abbildung 16: Anzahl der Ärzte und Krankenpfleger pro 10 Tsd. Einwohner im Jahre 2019 .....	21
Abbildung 17: Anzahl der Fachärzte 2010 und 2019 pro 10 Tsd. Einwohner im Jahre 2010 und 2019 .....	21
Abbildung 18: Anzahl der Ärzte pro 1 000 Einwohner in Europa im Jahre 2018 .....	22
Abbildung 19: Struktur der Ausgaben des Nationalen Gesundheitsfonds für medizinische Leistungen 2019 .....	25
Abbildung 20: Ausgaben für Gesundheit 2018 nach Dienstleistern .....	26
Abbildung 21: Anteil der Ausgaben für Gesundheit in % der BIP im Jahre 2019 .....	28
Abbildung 22: Ausgaben pro Kopf unter Berücksichtigung der Kaufkraft 2019 in USD .....	29
Abbildung 23: Ausgaben für Gesundheit pro Kopf nominal im Jahre 2010 und 2019 in PLN .....	30
Abbildung 24: Durchschnittliche Wartezeit für medizinische Leistungen (Ärztebesuche, Behandlungen, etc.) in den Jahren 2012-2021 .....	33
Abbildung 25: Durchschnittliche Wartezeit für Facharztbesuche 2021 .....	34
Abbildung 26: Übermäßige Todesfälle in Polen und EU-Ländern im Zeitraum vom Januar 2020 bis Juli 2021 in % ..	38
Abbildung 27: Anzahl der in Polen gegen Covid-19 geimpften Personen nach Regionen (in %) .....	39
Abbildung 28: Ergebnisse der Bürgerumfrage: Wie bewerten Sie das polnische Gesundheitssystem? .....	42
Abbildung 29: Aufteilung der Mittel im Rahmen der KPO auf einzelne Bereiche in Mrd. EUR .....	44
Abbildung 30: Digital Economy and Society Index (DESI), e-Government 2020 .....	46

### Tabellen

Tabelle 1: Anzahl der Krankenhäuser, Krankenbetten und Patienten 2018 und 2019 nach Woiwodschaften .....	10
Tabelle 2: Die häufigsten chronischen Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden nach Altersgruppen im Jahre 2019 in % .....	17
Tabelle 3: Die meisten Infektionskrankheiten pro 100 Tsd. Einwohner in Polen in den Jahren 2018 und 2019 und Vergleich Jahr zu Jahr .....	17
Tabelle 4: Anzahl der Personen mit Qualifikation zur Ausübung von medizinischen Berufen in den Jahren 2010, 2015, 2016, 2018 und 2019 .....	19
Tabelle 5: Anzahl des medizinischen Personals des polnischen Gesundheitswesens Stand zum 31.12. in den Jahren 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 .....	22
Tabelle 6: Anzahl des medizinischen Personals des polnischen Gesundheitswesens pro 10 Tsd. Einwohner Stand zum 31.12. in den Jahren 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 .....	22
Tabelle 7: Ausgaben für Gesundheit in den Jahren 2017, 2018 und 20219 .....	23

Tabelle 8: Ausgaben für Gesundheit aus dem Staatshaushalt und von territorialen Selbstverwaltungen 2017, 2018 und 2019 .....	24
Tabelle 9: Maßnahmen Polens zur Bekämpfung von Covid-19 .....	41
Tabelle 10: Mehrjähriger Finanzrahmen 2021-2027 und NextGenerationEU .....	43
Tabelle 11: NextGenerationEU — Aufschlüsselung .....	43
Tabelle 12: SWOT Analyse.....	56

## QUELLEN:

### Berichte:

300 Research: Cyfrowe Zdrowie. Jak poprawić efektywność usług medycznych, [https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie\\_Raport-300RESEARCH\\_Maj-2021\\_wersja-internet..pdf](https://static.300gospodarka.pl/media/2021/05/Cyfrowe-Zdrowie_Raport-300RESEARCH_Maj-2021_wersja-internet..pdf)

Bukowski, H., Czech, M., Kozłowski, Ł., Nojszewska, E., Starczewska-Krzyszczoszek, M.: Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia”, <https://innowo.org/userfiles/Raport%20Covid-19%20PL.pdf>

Europäische Kommission: State of Health in the EU, Polska – profil systemu ochrony zdrowia, [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_poland\\_polish.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf)

Fundacja Watch Health Care: Barometr WHC IX 2021, <https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2021/10/BAROMETR-WHC-IX-2021.pdf>

J. Niżnik: Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce, <https://horyzonty.ignatianum.edu.pl/HP/article/view/2132/2073>

Konrad Adenauer Stiftung, <https://www.kas.de/pl/laenderberichte/detail/-/content/polens-regierung-plant-post-covid-aera>

Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej: Krajowy Plan Odbudowy, <https://www.gov.pl/web/planodbudowy/czym-jest-kpo2>

OECD: Health at a Glance: Europe, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en)

Polski Instytut Ekonomiczny: Przegląd gospodarczy PIE: lato 2021, [https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2021/06/Przegląd\\_gospodarczy\\_1-2021.pdf](https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2021/06/Przegląd_gospodarczy_1-2021.pdf)

Polski Ład, <https://www.gov.pl/web/polski-lad>

Statistisches Hauptamt Polens (GUS): Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna 2020, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2019-roku,13,4.html>

Statistisches Hauptamt Polens (GUS): Podstawowe Dane, <https://stat.gov.pl/podstawowe-dane/>

Statistisches Hauptamt Polens (GUS): Stan zdrowia ludności Polski w roku 2019, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>

Statistisches Hauptamt Polens (GUS): Zdrowie i Ochrona Zdrowia 2019, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html>

Związek Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek: Apteki w Polsce – Raport, <https://aptekarze.org.pl/raport/>

Związek Powiatów Polskich: Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD, <https://zpp.pl/storage/files/2021-01/2378e507c871df3ca0f4f1e03fa61152534.pdf>

Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych: Rola hurtowej dystrybucji farmaceutycznej w zapewnieniu bezpieczeństwa lekowego Polski, [http://zphf.pl/wp-content/uploads/2020/11/PEX\\_ZPHF\\_Raport\\_hurtownie\\_20201008\\_02\\_TKI.pdf](http://zphf.pl/wp-content/uploads/2020/11/PEX_ZPHF_Raport_hurtownie_20201008_02_TKI.pdf)

#### **Links:**

Bankier: Internetowe Konto Pacjenta posiada już ponad 10 mln osób, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Internetowe-Konto-Pacjenta-posiada-juz-ponad-10-mln-osob-8150520.html>

BBC: Coronavirus: First death confirmed in Europe, <https://www.bbc.com/news/world-europe-51514837>

Europäische Kommission: CHAFEA Health Programmes Database, [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/health/projects/countries/poland](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/countries/poland)

Europäische Kommission: Europäischer Aufbauplan, [https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe\\_de](https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_de)

Europäische Kommission: Gesundheit, [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/de/policy/themes/health/](https://ec.europa.eu/regional_policy/de/policy/themes/health/)

Eurostat: HICP - inflation rate, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00118/default/table?lang=en>

Eurostat: Real GDP growth rate - volume, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tec00115&lang=en>

Forsal: Polacy są tak samo niezadowoleni z prywatnej służby zdrowia jak z publicznej, <https://forsal.pl/artykuly/1413176.polacy-sa-tak-samo-niezadowoleni-z-prywatnej-sluzby-zdrowia-jak-z-publicznej.html>

Gov.pl: „Zdrowa przyszłość” – strategia rozwoju ochrony zdrowia na kolejne dziewięć lat, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

Gov.pl: COVID - ewidencja zakupów, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/covid---ewidencja-zakupow>

Gov.pl: Koronawirus informacje i zalecenia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

Gov.pl: Mapa punktów szczepień, [https://www.gov.pl/web/szczepimysie/mapa-punktow-szczepien#](https://www.gov.pl/web/szczepimysie/mapa-punktow-szczepien#/)

Gov.pl: Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce>

Gov.pl: Szczepienia w gminach, <https://www.gov.pl/web/szczepienia-gmin#/rankingpolska>

NFZ: Zarządzenia Prezesa NFZ Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-322020dsoz,7144.html>

Podypłomie: Cyfryzacja ochrony zdrowia – jakie zmiany?, <https://podypłomie.pl/aktualnosci/07596.cyfryzacja-ochrony-zdrowia-jakie-zmiany/>

Polityka Zdrowotna: Zdrowa przyszłość, czyli propozycje MZ na lata 2021-2027, <https://www.politykazdrowotna.com/71200.zdrowa-przyszlosc-czyli-propozycje-mz-na-lata-2021-2027>

Prawo.pl: Internetowe Konto Pacjenta zmieni się w e-rejestrację, <https://www.prawo.pl/zdrowie/ikp-jakie-nowe-funkcjonalnosci,508975.html>

Rzeczpospolita Cyfrowa: Ochrona zdrowia coraz bardziej online, <https://cyfrowa.rp.pl/opinie-i-komentarze/art18066911-ochrona-zdrowia-coraz-bardziej-online>

Specyfika udzielania zamówień w służbie zdrowia – jak formułować kryteria oceny ofert, [https://www.uzp.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0026/45719/Kryteria-oceny-ofert.pdf](https://www.uzp.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0026/45719/Kryteria-oceny-ofert.pdf)

Stanowisko Nr 60/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 maja 2021 r. w sprawie dokumentu „Polski Ład”, [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/documents/doc\\_1621847744\\_ps060-21-viii.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1621847744_ps060-21-viii.pdf)

Statistisches Hauptamt Polens (GUS): Wyrównania sezonowe - Bezrobotni zarejestrowani i stopa bezrobocia w latach 2011-2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/wyrownania-sezonowe-bezrobotni-zarejestrowani-i-stop-a-bezrobocia-w-latach-2011-2021,5,1.html>

Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:de:PDF>

