



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2019

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Philipp Fischer

Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz der elektronischen Patientenakte
in Deutschland

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019 (Seite 82–103)

doi: 10.30433/GWA2019-82

BARMER

Philipp Fischer

Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz der elektronischen Patientenakte in Deutschland

Dieser empirische Beitrag beschäftigt sich mit dem Thema der digitalen Innovationen im deutschen Gesundheitswesen und untersucht die Verbreitung, Akzeptanz, Benutzerfreundlichkeit und die Nutzenerwartungen der Versicherten bezüglich der elektronischen Patientenakte (ePA). Hierzu werden die Ergebnisse einer aktuellen Onlinebefragung von 1.000 Versicherten aus dem Jahr 2018 vorgestellt. Mit Blick auf die verpflichtende Einführung der ePA ab dem Jahr 2021 liefern diese Analysen sehr aktuelle Daten, die die Perspektive der Versicherten in Deutschland zu diesem Gegenstand deutlich machen.

Ausgangslage: Gesellschaft im Wandel – Herausforderungen und Handlungsnotwendigkeiten im Gesundheitswesen

Experten prognostizieren, dass im Jahr 2060 jeder dritte deutsche Bürger mindestens 65 Jahre alt sein wird (Bundeszentrale für politische Bildung o.J.) und die prognostizierte Lebenserwartung sowie das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung stetig ansteigen werden (vdek o.J.; Proportionen der Weltbevölkerung o.J.). Da mit zunehmendem Alter die Krankheitshäufigkeit zunimmt, folgt daraus, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewinnt und die damit einhergehenden Kosten stetig steigen werden (Matusiewicz et al. 2017). Um dieser Entwicklung und den damit verknüpften Herausforderungen gerecht werden zu können, spielt die Digitalisierung im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Besonders ist hierbei die Implementierung flächendeckender und sektorenübergreifender Lösungen für die Nutzung von elektronischen Gesundheitsdaten hervorzuheben, denn sie besitzen das Potenzial, bestehende Prozesse zu unterstützen, um somit die Kosten zu senken und gleichzeitig auch die Qualität der Versorgung erheblich zu verbessern (Hehner et al. 2018). Die zu erzielende Qualitätssteigerung und größere Effizienz in der Versorgung sind dabei zugleich entscheidende Voraussetzungen für den Zugang der Patienten zu medizinischen Innovationen und zur Wettbewerbsfähigkeit sowie zur Attraktivität der Gesundheitswirtschaft in Deutschland (Zypries 2015).

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde für Krankenkassen daher unter anderem die verpflichtende Einführung der ePA ab dem Jahr 2021 beschlossen. Die ePA verfolgt dabei das Ziel, dass Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte und Impfungen in der ePA gespeichert werden können und die Nutzer mit einem Smartphone oder Tablet mobil auf diese medizinischen Daten zugreifen können sollen (TSVG 2019, BARMER 2019b).

Um die ePA in Deutschland jedoch erfolgreich zu implementieren und eine fundierte Basis für die Akzeptanzbildung bezüglich der ePA in der deutschen Bevölkerung zu schaffen, ist es notwendig zu verstehen, welche Stellschrauben bei der Implementierung der ePA von zentraler Bedeutung sind. Diese empirische Untersuchung geht daher den Fragen nach, welche Einflussfaktoren auf die Akzeptanz der ePA wirken, welche Personengruppen aktuell als Befürworter der ePA angesehen werden können, wer Zugriff auf die Gesundheitsdaten erhalten soll, welche Rolle die Selbstbestimmung der Patienten spielt und welchen Nutzen eine ePA haben sollte, um die Akzeptanz zur Nutzung zu schaffen. Im Fokus der Betrachtung steht dabei die Sicht der Patienten.

Status quo der ePA in Deutschland

Im europäischen Vergleich ist festzustellen, dass Deutschland bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen und insbesondere bei der Implementierung der ePA deutlich hinterherhinkt (Amelung et al. 2017). Wie in Abbildung 1 dargestellt, zeigt die Studie der Stiftung Münch dementsprechend, dass sich Deutschland im internationalen Vergleich aktuell nur im unteren Mittelfeld befindet (13. Platz) und seit dem Jahr 2016 sogar weiter an Anschluss verloren hat.

Abbildung 1: Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern

Land	Platz 2016	Platz 2018	Abweichung
Dänemark	1	1	-
Finnland	3	2	+1
Schweden	1	2	-1
Estland	3	4	-1
Spanien	7	4	+3
Schweiz	9	6	+3
Slowakei	3	7	-4
Vereinigtes Königreich	14	7	+7
Portugal	6	9	-3
Frankreich	16	10	+6
Niederlande	11	11	-
Österreich	8	11	-3
Belgien	10	13	-3
Litauen	11	13	-2
Polen	18	13	+5
Deutschland	11	13	-2
Tschechische Republik	19	17	+2
Italien	15	18	-3
Slowenien	16	18	-2
Irland	20	20	-



Quelle: Stiftung Münch 2018

Die betrachteten Länder sind dabei in drei Gruppen unterteilt und unterscheiden sich im Fortschritt bezüglich der Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie der Implementierung einer ePA. Die grüne Gruppe gilt dabei als weit, die gelbe Gruppe als mäßig und die rote Gruppe als wenig fortgeschritten. Deutschland wird dementsprechend als mäßig fortgeschritten eingestuft. Es droht jedoch die Gefahr, sogar in die Gruppe der wenig fortgeschrittenen Länder abzurutschen (Stiftung Münch 2018). Gründe hierfür sind, dass aktuell eine ausreichende nationale Telematik-Infrastruktur, einheitliche Schnittstellen beziehungsweise Standards für den Datenaustausch und ein verlässlicher Finanzierungsrahmen fehlen. Eine flächendeckende Implementierung einer am Markt etablierten ePA ist in Deutschland somit bis heute nicht erfolgt (Haas 2017).

Damit das deutsche Gesundheitswesen zukünftig jedoch nicht von Pilotprojekten und kleinen Insellösungen geprägt wird, hat es sich die amtierende Bundesregierung zur Aufgabe gemacht, die ePA verpflichtend einzuführen sowie Standards und Rahmenbedingungen für eine einheitliche ePA vorzugeben. Zur Schaffung entsprechender Standards und Rechtsgrundlagen einschließlich notwendiger datenschutzrechtlicher Vorgaben wurde hierfür ein Beratungsgremium, bestehend aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), eingerichtet, mit dem Ziel, eine Empfehlung für die Bundesregierung zu erarbeiten (zm online 2018).

Aufbauend auf diesen Empfehlungen wurden die Krankenkassen mit dem am 14. März 2019 verabschiedeten TSVG gesetzlich dazu verpflichtet, ihren Versicherten ab dem 1. Januar 2021 eine ePA anzubieten (TSVG 2019; BARMER 2019b). Zusätzlich wurden im TSVG finanzielle Sanktionen für die Nichteinhaltung dieser Fristen festgelegt. Dementsprechend werden Krankenkassen bei erstmaliger Fristüberschreitung mit einem Abzug von 2,5 Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben sanktioniert. Ab dem Folgejahr steigen die Sanktionen sogar auf 7,5 Prozent pro Jahr an (Änderungsantrag 27b zum TSVG 2019; BARMER 2019c).

Ergänzend dazu sieht der Referentenentwurf für das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vor, dass Versicherte einen Anspruch auf die Überführung ihrer medizinischen

Daten in die ePA erhalten. Dementsprechend wird die gematik verpflichtet, bis zum 31. März 2021 die technischen Voraussetzungen für den Impfpass, den Mutterpass, das Untersuchungsheft für Kinder sowie für das Zahnbonusheft zu schaffen. Des Weiteren sieht der Referentenentwurf vor, dass Versicherte die Möglichkeit haben sollen, ihre Daten bei einem Krankenkassenwechsel ab dem 1. Januar 2022 standardisiert übertragen zu lassen. Zusätzlich soll eine Bereitstellung der Daten für die medizinische Forschung ab dem 30. Juni 2022 auf Wunsch der Versicherten möglich sein. Die technischen Voraussetzungen sind hierfür durch die gematik sicherzustellen (DVG § 291h; BARMER 2019a).

Festzuhalten ist, dass Länder, die die ePA bereits erfolgreich implementiert haben, auf ein klares Zielbild sowie einheitliche Rahmenbedingungen zurückgreifen konnten und bereits frühzeitig alle Akteure eingebunden haben. Vor allem die skandinavischen Länder verdeutlichen zudem, dass die Akzeptanz aller Akteure von zentraler Bedeutung ist und entsprechende Grundvoraussetzungen für ihre aktive Einbeziehung geschaffen werden müssen. In Deutschland werden das TSVG und das DVG dementsprechend wegweisend sein und die Basis für die Implementierung der ePA bilden. Zusätzlich gilt es jedoch, auch bestehende Lösungen aufzugreifen, datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen und Standards festzulegen und sowohl die Leistungserbringer als auch die Patienten vom Nutzen sowie dem Mehrwert einer ePA zu überzeugen. In dem Diskurs über die Datenhoheit sprechen sich zudem immer mehr Akteure dafür aus, dass die Hoheit der Daten ausschließlich bei den Patienten liegen sollte, klare Strukturen für die Vergabe der Zugriffsberechtigungen geschaffen und mögliche Sanktionen für den Missbrauchsfall festgelegt werden.

Studiendesign und Methodik der empirischen Untersuchung

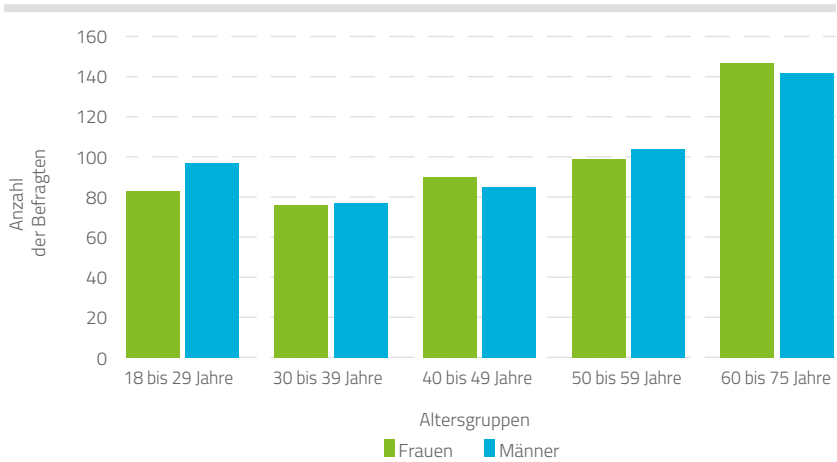
Die nachfolgende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse basieren auf einer empirischen Untersuchung zur Akzeptanz der ePA, die sich auf die Sicht der Patienten in Deutschland fokussiert und auf die Ableitung verallgemeinernder Aussagen zielt. Erhoben wurden die Daten mithilfe einer anonymen Online-Panel-Erhebung, die durch die BARMER in Auftrag gegeben und im Zeitraum vom 20. Juli bis zum 26. Juli 2018 durch die respondi AG durchgeführt wurde. Grundlage der Befragung war ein

standardisierter Fragebogen, der vorwiegend auf bereits veröffentlichten und bewährten Studien basiert (Häder 2015). Ergänzt wurde dieser durch weitere relevante Fragestellungen und eigene Aspekte der Betrachtung (eigene Operationalisierung). Insgesamt besteht der Fragebogen aus 27 vorwiegend geschlossenen Fragen und lässt sich in das Screening (Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen), die Bewertung der Bekanntheit und Nutzungsintensität einer ePA, die Ausprägung der Konstrukte des Strukturmodells sowie in weiterführende und soziodemografische Fragen unterteilen.

Die freiwillige Teilnahme an der Befragung erfolgte über die Online-Marktforschungsplattform Mingle und beschränkte sich auf 18- bis 75-Jährige mit Wohnort in Deutschland. Teilnehmer, die diese Kriterien nicht erfüllten, wurden aufgrund des durchgeführten Screenings darüber informiert, dass eine Teilnahme nicht möglich ist. Insgesamt wurden 1.000 komplett ausgefüllte Datensätze übermittelt, sodass keine eigene Bereinigung der Datensätze erforderlich war ($n = 1.000$). Das Online-Panel hat die Beantwortung aller Fragen vollständig vorausgesetzt. Ein Überspringen einzelner Fragen oder Antworten der Kategorie „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ war nicht möglich. Die Abbruchquote im Feld lag bei acht Prozent. Aufgrund einer durchgeführten Quotierung in Bezug auf Alter, Geschlecht, Wohnort nach Bundesländern und Versicherungsstatus (90 Prozent GKV und 10 Prozent PKV) gilt der gelieferte Datensatz für diese Kriterien als online-repräsentativ. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren alle auf einer selbst durchgeführten Analyse im Rahmen der empirischen Untersuchung.

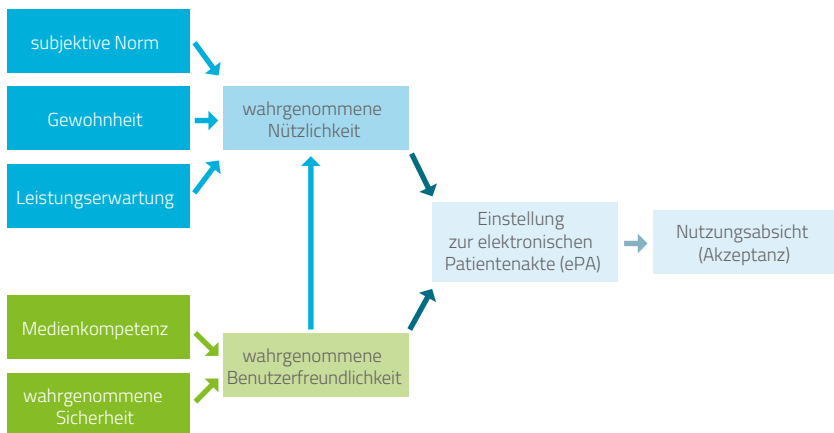
Für die durchgeführte Erhebung entspricht dies einem Verhältnis von 49,5 Prozent Frauen ($n = 495$) und 50,5 Prozent Männern ($n = 505$). Wie in Abbildung 2 dargestellt, befindet sich die größte Gruppe der Befragten im Alter von 60 bis 75 Jahren ($n = 289$), gefolgt von den 50- bis 59-Jährigen ($n = 203$), den 18- bis 29-Jährigen ($n = 180$), 40- bis 49-Jährigen ($n = 175$) und zuletzt den 30- bis 39-Jährigen ($n = 153$). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer liegt bei 47,3 Jahren.

Abbildung 2: Altersverteilung der Befragten nach Geschlecht



Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Abbildung 3: Strukturmodell der empirischen Untersuchung



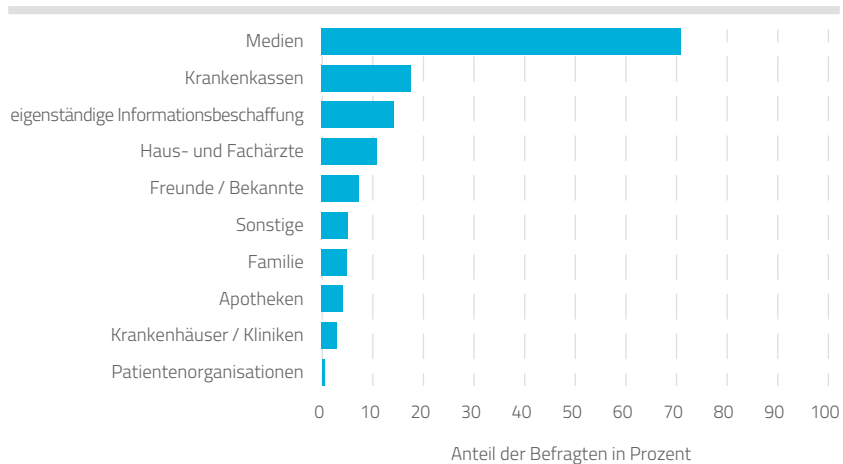
Quelle: eigene Darstellung

Grundlage für die Auswertung der erhobenen Daten bilden hierbei das in Abbildung 3 dargestellte Strukturmodell und die daraus resultierenden Hypothesen.

Das Strukturmodell basiert dabei auf dem in der Wissenschaft bewährten Technology Acceptance Model sowie weiteren davon abgeleiteten Akzeptanzmodellen. Zusammen mit den Hypothesen werden mittels einer Regressionsanalyse so die Einflussfaktoren auf die Akzeptanz der ePA untersucht, wobei die Akzeptanz in Form der Nutzungsabsicht der ePA dargestellt wird.

Darstellung und Diskussion der Ergebnisse – Empirische Untersuchung zur Akzeptanz der ePA in Deutschland

Die Analyse der empirischen Untersuchung zeigt, dass der aktuelle Bekanntheitsgrad der ePA zum Zeitpunkt der Befragung noch sehr gering war und eine Nutzung nur vereinzelt stattgefunden hat. So hatten vor der Befragung nur knapp mehr als die Hälfte der Befragten ($n = 1.000$) von einer ePA gehört (54,2 Prozent) und lediglich fünf Prozent aller Befragten eine ePA genutzt, wobei 40 Prozent von ihnen diese sogar nur getestet haben. Ebenfalls ist festzustellen, dass aus Patientensicht noch ein erheblicher Aufklärungsbedarf besteht. Lediglich 32,3 Prozent der Befragten, die vorher bereits von einer ePA gehört hatten ($n = 542$), fühlten sich dementsprechend ausreichend über die ePA informiert. Mögliche Gründe hierfür könnten unter anderem in den Informationsquellen zur ePA liegen, da der Großteil der Befragten (70,3 Prozent) seine Informationen über die Medien bezogen hat. Nächstgrößte Informationsquellen sind die Krankenkassen mit 17,5 Prozent, die eigene Informationsbeschaffung mit 14,2 Prozent sowie Haus- und Fachärzte mit 10,9 Prozent. Eine detaillierte Aufstellung der Informationsquellen ist der nachfolgenden Abbildung 4 zu entnehmen.

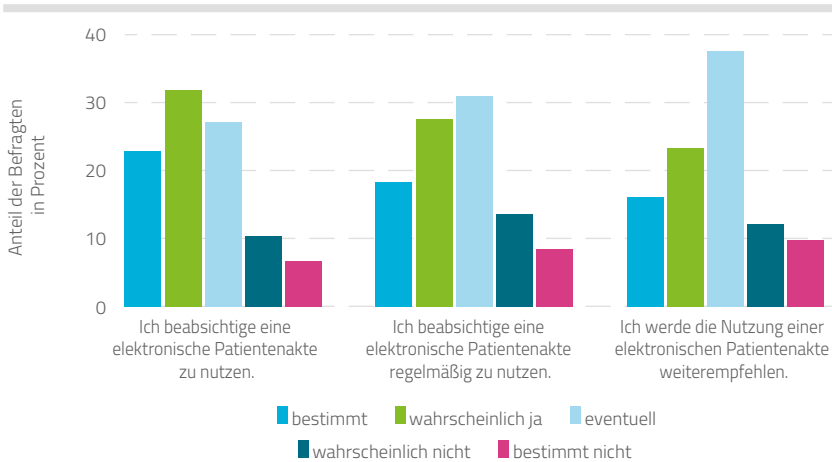
Abbildung 4: Informationsquelle bezüglich der ePA

Quelle: eigene Darstellung, n = 542

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass Informationen bisher scheinbar weniger innerhalb des Gesundheitssystems als vielmehr über mediale Berichterstattungen vermittelt werden. Es ist daher anzunehmen, dass in der Bevölkerung bisher eine eher oberflächliche Auseinandersetzung mit der Thematik der ePA stattgefunden hat und ein möglicher Nutzen und die Handhabung nur schwer abzuschätzen sind.

Darüber hinaus ist jedoch festzustellen, dass 55,3 Prozent der Befragten bestimmt oder wahrscheinlich beabsichtigen, eine ePA zu nutzen, und weitere 27,4 Prozent noch unentschlossen sind. Die regelmäßige Nutzung fällt laut Befragung minimal niedriger aus (46,4 Prozent). Die Weiterempfehlung der Nutzung einer ePA wird hingegen nur von 39,8 Prozent der Befragten befürwortet (38 Prozent Unentschlossene). Demnach wird deutlich, dass die deutsche Bevölkerung trotz der noch recht geringen Bekanntheit und der stark eingeschränkten Nutzbarkeit der ePA bereits eine vergleichsweise hohe Akzeptanz für deren Nutzung zeigt. Die Bewertungen der Nutzungsabsicht sind in der nachfolgenden Abbildung 5 dargestellt.

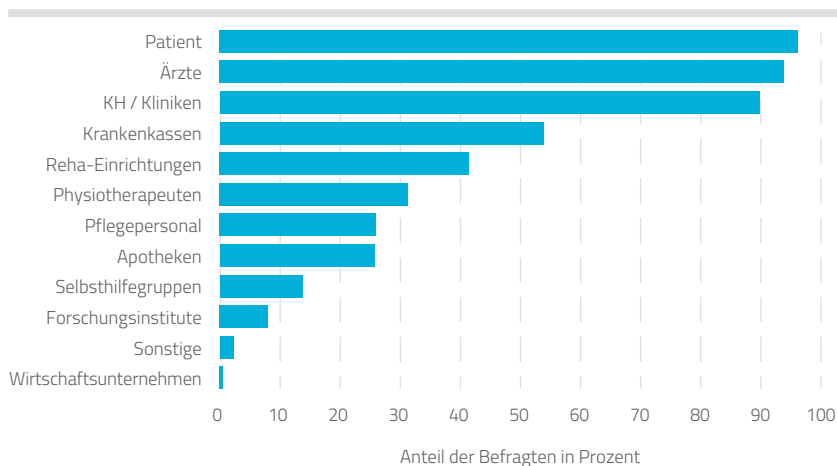
Abbildung 5: Bewertung der Nutzungsabsicht



Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Generell ist somit von einem grundsätzlichen Vertrauen gegenüber der ePA sowie einer positiven Bereitschaft zur Nutzung auszugehen. Gleichzeitig ist auch festzustellen, dass die mobile Nutzung per Smartphone oder Tablet 56,5 Prozent der Befragten befürworten und 29,1 Prozent noch unentschlossen sind.

Weitere zentrale Aspekte der empirischen Untersuchung sind die Zugriffsberechtigungen sowie die Gründe für die Bereitstellung der Gesundheitsdaten. Aus Sicht der Befragten sollten demnach vor allem die Patienten selbst (95,5 Prozent), Ärzte (93,2 Prozent) sowie Krankenhäuser und Kliniken (89,2 Prozent) auf die Gesundheitsdaten zugreifen können. Den Zugriff von Krankenkassen auf die Gesundheitsdaten befürwortet hingegen nur knapp mehr als die Hälfte der Befragten (53,5 Prozent). Alle weiteren Akteure des Gesundheitssystems erhalten vergleichsweise deutlich weniger Zuspruch. Besonders auffällig ist zudem, dass die Befragten vor allem Forschungsinstituten gegenüber sehr skeptisch sind (acht Prozent) und diesen einen Zugriff überwiegend nicht gewähren würden. Eine detaillierte Übersicht ist der nachfolgenden Abbildung 6 zu entnehmen.

Abbildung 6: Zugriffsberechtigungen auf die Gesundheitsdaten

Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass neben dem eigenen Einblick in die Gesundheitsdaten dieser vor allem Ärzten gewährt werden soll und somit der Nutzen der Versorgung klar in den Fokus gerückt wird. Bestärkt wird diese Erkenntnis durch die Ergebnisse zu den Gründen für die Bereitstellung von Gesundheitsdaten. Für die Befragten besonders relevant sind demnach die bessere Abstimmung von Therapien und Behandlungen (81,4 Prozent), eine effizientere Notfallversorgung (75,3 Prozent), die Vermeidung von Übermedikation (69,8 Prozent), eine bessere Versorgung (65,7 Prozent) und die Nutzung von Zweitmeinungen sowie Expertenwissen (60,2 Prozent). Rund 42 Prozent der Befragten können sich zudem vorstellen, dass Diagnosen aufgrund der von ihnen selbst gesammelten und zur Verfügung gestellten Daten ein weiterer Grund für die Bereitstellung von Gesundheitsdaten wären. Wie auch bereits bei den Zugriffsberechtigungen festzustellen, gilt die Forschung hingegen eher selten als Grund, um die Daten bereitzustellen. So sehen in der medizinischen Forschung für gemeinnützige Zwecke lediglich rund 20 Prozent der Befragten einen Grund. Die detaillierte Übersicht über die Gründe der Bereitstellung von Gesundheitsdaten ist der nachfolgenden Abbildung 7 zu entnehmen.

Abbildung 7: Gründe für die Bereitstellung von Gesundheitsdaten

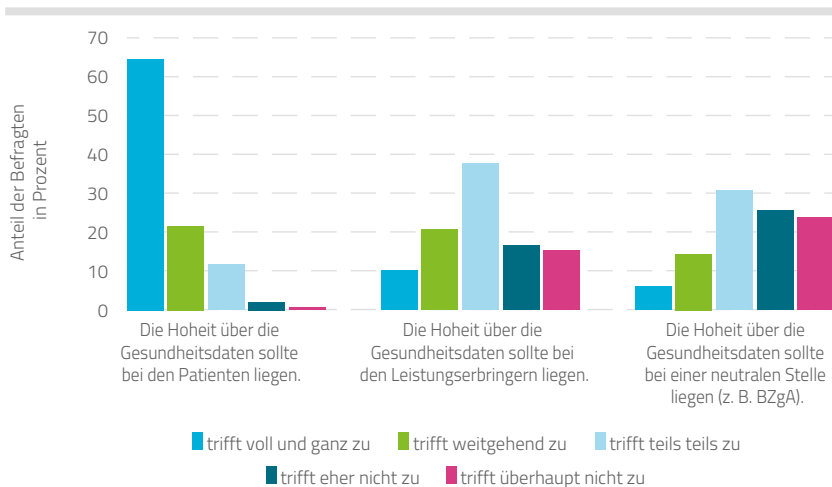
Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Sowohl bei den Zugriffsberechtigungen als auch bei den Bereitstellungsgründen ist davon auszugehen, dass ebenfalls die geringe Bekanntheit, mangelndes Hintergrundwissen sowie fehlende praktische Erfahrungen dazu führen, dass weitere mögliche Vorteile von der Bevölkerung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht als relevant erachtet werden. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Forschungsinstitute, die für die Entwicklung zukünftiger Therapie- und Behandlungsoptionen auf die Datennutzung zu Forschungszwecken angewiesen sind (sowohl in der klinischen Forschung als auch in der Versorgungsforschung), der Nutzen in der Bevölkerung jedoch anscheinend noch nicht ausreichend wahrgenommen wird. Vielmehr sehen die Befragten die Vorteile in einem schnelleren Datenaustausch bezüglich ihrer Gesundheitsdaten (82,3 Prozent), einer besseren Koordination und Abstimmung der Leistungserbringer untereinander

(78,4 Prozent), mehr Transparenz bezüglich ihrer Befunde, Behandlungen und Therapien (74,4 Prozent) sowie in einer besseren ärztlichen Versorgung (63,3 Prozent). Besonders im Hinblick auf die Chancen, die Big Data, Cloud Computing und die fortgeschrittene Analytik für die zukünftige Versorgung mit sich bringen, besteht bei der Akzeptanzsteigerung bezüglich der Datenspende somit noch erheblicher Handlungs- und Aufklärungsbedarf.

Des Weiteren hat die Untersuchung gezeigt, dass die Befragten ebenfalls eine klare Vorstellung haben, wer Herr der Gesundheitsdaten sein soll. So sehen 85,6 Prozent die Datenhoheit bei den Patienten richtig verortet, wohingegen nur 30,8 Prozent die Leistungserbringer und 20,3 Prozent eine neutrale Stelle als Herr der Daten als sinnvoll erachten. Die exakte Bewertung ist in der nachfolgenden Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Datenhoheit über die Gesundheitsdaten



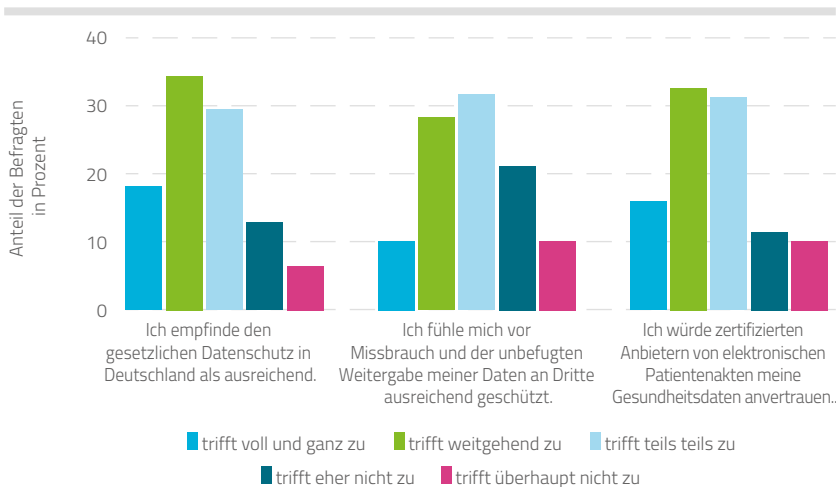
Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Ergänzend dazu gaben 78 Prozent der Befragten an, dass Leistungserbringer verpflichtet werden sollten, die Einwilligung der Patienten zur Datennutzung einzuholen. Des Weiteren sehen 76,8 Prozent eine gesetzliche Regelung für den Zweck und die Erlaubnis

der Datennutzung als erforderlich an. Eine unerlaubte Einsichtnahme beziehungsweise Datennutzung sollte laut 88,7 Prozent zudem sichtbar gemacht und bestraft werden.

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der Datenschutz sowie die Datensicherheit. Festzustellen ist, dass 51,8 Prozent der Befragten den bestehenden Datenschutz mit dem Ziel der Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und dem Schutz der Privatsphäre in Deutschland als ausreichend empfinden, sich 37,9 Prozent vor Datenmissbrauch sowie der unbefugten Datenweitergabe an Dritte ausreichend geschützt fühlen und 47,9 Prozent ihre Gesundheitsdaten zertifizierten Anbietern einer ePA anvertrauen würden. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, dass jeweils etwa ein Drittel der Befragten noch zweigespalten ist. Eine detaillierte Bewertung der Befragten ist in der nachfolgenden Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Datenschutz und Datensicherheit



Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Die Ergebnisse zeigen, dass der Datenschutz und die Datensicherheit in der Bevölkerung eine hohe Relevanz besitzen und zum Teil skeptisch gesehen werden. In Bezug auf die ePA existiert vor allem die Angst vor Missbrauch und Weitergabe der hochsensiblen

Gesundheitsdaten. Trotz der geringen Bekanntheit, Aufklärung und mangelnder Erfahrungswerte ist jedoch gleichzeitig auch ein vorhandenes Grundvertrauen zu erkennen.

Neben den bisher dargestellten Ergebnissen hat die Untersuchung zudem die Einflussfaktoren auf die Akzeptanz der ePA untersucht. Die Überprüfung des anfangs dargestellten Strukturmodells zeigt dabei, dass die externen Einflussfaktoren subjektive Norm (Beeinflussung der eigenen Meinung durch Leistungserbringer, Freunde, Familie oder Medien) und Leistungserwartung über die wahrgenommene Nützlichkeit sowie die wahrgenommene Sicherheit und Medienkompetenz über die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit indirekt Einfluss auf die Akzeptanz der ePA nehmen. Lediglich dem Einflussfaktor Gewohnheit im Umgang mit Gesundheitsthemen im Internet konnte kein signifikanter Einfluss nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass für das Empfinden von Nutzen sowohl das soziale Umfeld (Freunde, Familie und medizinische Angestellte) als auch die eigene Erwartung an die Leistung der ePA sowie die Benutzerfreundlichkeit von zentraler Bedeutung sind und somit in folgedessen auch zu einer höheren Akzeptanz führen. Die Benutzerfreundlichkeit ist wiederum mit einer hohen Bedienfreundlichkeit gleichzusetzen und wird durch die Technikaffinität und Innovationsbereitschaft der Nutzer sowie durch das Vertrauen in den Datenschutz und die Datensicherheit beeinflusst.

Des Weiteren zeigt die Untersuchung, dass für die Einstellung und somit indirekt auch für die Akzeptanzbildung eine hohe Benutzerfreundlichkeit relevanter ist als die Nützlichkeit. So ist davon auszugehen, dass eine einfache und flexible Bedienung sowie ein sicherer Umgang mit den Gesundheitsdaten als Treiber für die Erhöhung der Akzeptanz gelten. Die wahrgenommene Nützlichkeit zeigt zwar ebenfalls einen Einfluss auf die Akzeptanzbildung, im Vergleich zur Benutzerfreundlichkeit spielt sie zum jetzigen Zeitpunkt jedoch eine eher untergeordnete Rolle.

Die Gründe für diese untergeordnete Rolle der Nützlichkeit sind ebenfalls in der aktuell noch geringen Bekanntheit, der spärlichen Nutzung sowie dem damit einhergehenden Informationsmangel bezüglich einer ePA zu finden. Deutlich wird dies unter anderem darin, dass die subjektive Norm im Vergleich zu den weiteren Einflussfaktoren aktuell

noch eine eher untergeordnete Rolle spielt. Hinzu kommt, dass fehlende Standards, fehlende politische Regelungen und der Mangel an flächendeckenden Lösungen mögliche Mehrwerte noch nicht umfassend erkennen lassen, auch wenn die Gründe für die Bereitstellung von Gesundheitsdaten zeigen, dass der ePA generell ein zusätzlicher Nutzen zugetraut wird.

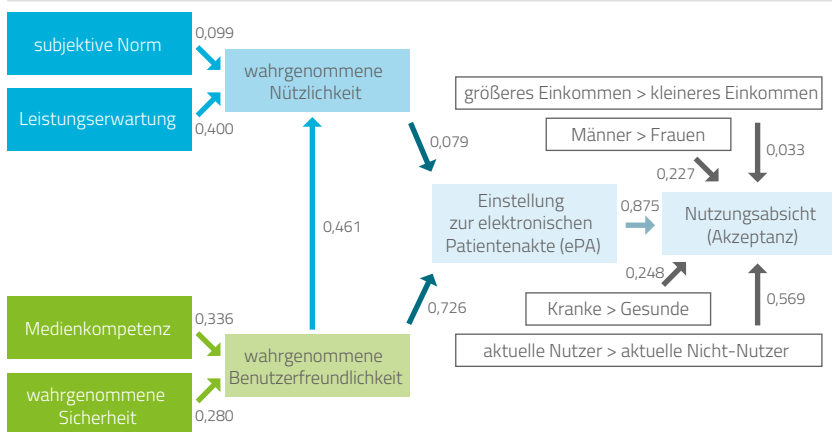
Die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit nimmt in der Bevölkerung hingegen eine besondere Bedeutung ein. Wesentlich sind dabei die Erwartungen, neue Technologien unter hohen Sicherheitsstandards nutzen zu können. So führen der stetige Anstieg von Smartphone-Nutzern, die bessere Netzabdeckung bei der mobilen Internetnutzung und die wachsende Innovationsbereitschaft zu einer steigenden Nutzung von Gesundheits- und Fitness-Apps, ohne dabei den Datenschutz sowie die Datensicherheit aus den Augen zu verlieren. Weiterhin ist anzunehmen, dass eine zeit- und ortsunabhängige sowie mobile Nutzung einer ePA den heutigen Anforderungen der Bürger und ihrem Bedürfnis nach einer einfachen, bequemen und flexiblen Nutzung entspricht.

Ergänzend zur Analyse der Einflussfaktoren geht die Untersuchung zusätzlich der Frage nach, ob bestimmte soziodemografische Merkmale darauf schließen lassen, welche gesellschaftlichen Gruppen als Befürworter und somit als Treiber der ePA gesehen werden können. Festzustellen ist dabei, dass sowohl das Geschlecht, der Gesundheitszustand, die bereits aktive Nutzung einer ePA sowie das Nettoeinkommen einen signifikanten Einfluss auf die Akzeptanzbildung haben. Dementsprechend können Männer, regelmäßige Arztbesucher, bereits aktive ePA-Nutzer und Besserverdiener als Befürworter der ePA angesehen werden (die entsprechenden Gewichtungen sind der nachfolgenden Abbildung 10 zu entnehmen). Als mögliche Gründe für die unterschiedliche Befürwortung der ePA spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. So verfügen die Männer laut den Ergebnissen unter anderem über eine höhere Innovationsbereitschaft und besitzen gleichzeitig ein höheres Vertrauen in den Datenschutz. Patienten, die sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden, sehen hingegen eine größere Notwendigkeit und einen stärkeren Nutzen und weisen bereits ein erhöhtes Vertrauen auf. Dies gilt ebenfalls für die bereits aktiven Nutzer, die zudem ein hohes Involvement in Bezug auf ihre eigene Gesundheit in Kombination mit digitalen Technologien zeigen. Bei den Besserverdienern ist zudem festzustellen, dass sie neuen Trends und Produkten

gegenüber offener eingestellt sind und eine bessere Aufklärung als Basis aufweisen. Für die soziodemografischen Merkmale Alter, Einwohneranzahl des Wohnortes, Bildungsabschluss und Berufstätigkeit lassen sich hingegen keine allgemeingültigen Erkenntnisse ableiten.

Zusammenfassend lässt sich somit konstatieren, dass die genannten Einflussfaktoren einen entscheidenden Anteil an der Akzeptanzbildung haben. Die Untersuchung hat jedoch auch gezeigt, dass weitere Einflussfaktoren von Bedeutung sind, die es in zukünftigen Untersuchungen zu ermitteln gilt. Neben der Untersuchung bezüglich der Einflussfaktoren ist zudem aber auch festzustellen, welche zentrale Bedeutung die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit einnimmt. Ziel sollte es dementsprechend sein, die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit im Sinne der Nutzer zu gestalten und in den Fokus der Entwicklung zu rücken. Es ist jedoch davon auszugehen, dass bei einem besseren Informationsstand zukünftig auch die wahrgenommene Nützlichkeit an Bedeutung gewinnen wird. Zu berücksichtigen sind zusätzlich die Erkenntnisse über die Gruppen der Befürworter einer ePA. Die exakten Gewichtungen der Einflüsse sowie die Befürworter der ePA lassen sich der nachfolgenden Abbildung 10 entnehmen. Umso stärker sich die abgebildeten Werte 1 annähern, desto stärker ist der Einfluss.

Abbildung 10: Wirkung der Einflussfaktoren und soziodemografischen Merkmale



Quelle: eigene Darstellung, n = 1.000

Fazit und Ausblick

Aktuell gibt es in Deutschland noch kein flächendeckendes Angebot einer ePA, was zur Folge hat, dass eine aktive Nutzung zurzeit nur in Einzelfällen erfolgt und die ePA auch nur bei knapp über der Hälfte der Bevölkerung bekannt ist. Dies führt wiederum dazu, dass zum jetzigen Zeitpunkt wichtige Erfahrungswerte sowie valide Einschätzungen bezüglich des Nutzens fehlen und somit auch keine Nutzungsempfehlungen ausgesprochen werden, die wiederum für eine stärkere Verbreitung und höhere Akzeptanz wichtig wären. Nichtsdestotrotz zeigt die Untersuchung, dass 82,7 Prozent der Befragten sich eine zukünftige Nutzung der ePA vorstellen können. Um diese potenziellen Nutzer jedoch auch zu aktiven Nutzern zu machen, muss es das Ziel sein, die Akzeptanz der ePA weiter zu stärken und auszubauen, denn es wird auch deutlich, dass die Akzeptanz bei der Implementierung der ePA eine Schlüsselfunktion bei der Nutzung der ePA einnimmt. Neben diesen zentralen Erkenntnissen geben die Untersuchungsergebnisse auch Aufschluss darüber, welche Faktoren die Akzeptanzbildung maßgeblich beeinflussen und somit eine erfolgreiche Implementierung fördern.

So zeigen sie deutlich, dass die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit im Vergleich zur wahrgenommenen Nützlichkeit einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Akzeptanzbildung aufweist. Die Gründe liegen hierfür unter anderem in dem bisher niedrigen Informationsstand bezüglich der ePA, dem stark ausgeprägten Wunsch nach Sicherheit bezüglich der eigenen Gesundheitsdaten und den Bedenken im Hinblick auf den Umgang mit neuen und ungewohnten Technologien. Das bedeutet, dass eine einfache, intuitive und sichere Nutzung zum jetzigen Zeitpunkt wichtiger ist als der eigentliche Nutzen beziehungsweise Mehrwert der ePA und somit der Fokus bei der Entwicklung und Kommunikation auf die Benutzerfreundlichkeit gelegt werden sollte. Für eine erfolgreiche Implementierung ist zudem die Integration spezifischer und praxisrelevanter Mehrwerte (digitaler Zusatznutzen wie etwa digitale Bonusprogramme oder Impfbücher) sowie die Kommunikation indikationsspezifischer Nutzen und Mehrwerte zu empfehlen.

Zusätzlich kommt den Akteuren des Gesundheitswesens bei der Vermittlung von Grundinformationen eine zentrale Rolle zu, da sie bei der Steigerung der Bekanntheit, Förderung des Verständnisses und dem Aufbau von Vertrauen sowie Akzeptanz ein

wichtiger Erfolgsgarant sind. Dementsprechend gilt es, Leistungserbringer frühzeitig zu schulen und zu informieren, sodass diese als Multiplikatoren gewonnen werden und proaktiv agieren können.

Um tatsächlich Vorreiter bei digitalen Innovationen im Gesundheitswesen zu werden, benötigt das Gesundheitswesen als Basis jedoch zusätzlich einen kulturellen Wandel, der alle Akteure und die Gesellschaft in den Entwicklungs- und Innovationsprozess einbezieht und sich durch Partizipation, Kooperation und Abstimmung untereinander auszeichnet (Mix aus Top-down- und Bottom-up-Strategie). Zentrale Bausteine sind hierbei die Erhöhung der Bekanntheit, eine umfassende Aufklärung aller Akteure (Bevölkerung, Leistungserbringer, Krankenkassen, Wirtschaft und Forschung) sowie die Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen. Dies hätte zur Folge, dass die daraus resultierende Akzeptanz es ermöglicht, potenzielle Nutzer bei der Implementierung in aktive Nutzer umzuwandeln, als Multiplikatoren zu gewinnen und sie zu Mitgestaltern bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu machen und somit die Implementierung erfolgreich zu gestalten. Die politische Aufgabe endet daher nicht allein mit einer gesetzlichen Regelung der Rahmenbedingungen, sondern erfordert begleitend zur Implementierung die Förderung einer konzertierten Aktion zur Akzeptanzwerbung. Von den Krankenkassen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) und der KBV als mögliche Mitgestalter unterstützt, müssen Implementierungs- und notwendige Veränderungsprozesse dementsprechend politisch angestoßen, begleitet, forciert und koordiniert werden. Nur so können gesetzliche Vorgaben mit Leben gefüllt und die Akzeptanz bei den maßgeblichen Akteuren geschaffen werden.

Gleichzeitig dient die Implementierung der ePA wiederum auch als Basis und Wegbereiter für zukünftige Entwicklungen, um Potenziale der Digitalisierung im Gesundheitsbereich zu nutzen. Der Erfolg oder Misserfolg der ePA wird folglich über die Akzeptanz und das Vertrauen in weitere innovative und digitale Technologien entscheiden sowie zukünftige Prozesse maßgeblich beeinflussen. Denn das Ziel muss es sein, das Gesundheitswesen durch eine effiziente und zukunftsorientierte Gestaltung zu modernisieren und für zukünftige Herausforderungen aufzustellen. Die ePA ist demnach nur der erste

Schritt in ein neues digitales Zeitalter im Gesundheitswesen und von zentraler Bedeutung, um auch die Telemedizin, digitale Versorgungslösungen und künstliche Intelligenz zu implementieren und zu etablieren.

So kann die Telemedizin die Grundlagen für eine qualitativ hochwertige und abgestimmte Versorgung schaffen. Ferndiagnosen, Telemonitoring, Fernbetreuung und Telekonsultation können die versorgungsschwachen Regionen erschließen und den Herausforderungen der demografischen Entwicklung begegnen. Künstliche Intelligenz kann wiederum zukünftig anfallende Kosten senken und unter anderem die Diagnostik mithilfe von Machine Learning auf ein neues Qualitätslevel heben.

Als Basis für die Modernisierung des Gesundheitswesens gilt es daher, ein gemeinsames Zielbild mit einer entsprechenden Strategie zur Zielerreichung zu entwickeln, um anschließend grundsätzliche Entscheidungen über politische und gesetzliche Rahmenbedingungen und Standards zu treffen sowie das Vertrauen und die Akzeptanz aller Akteure zu gewinnen. Vor allem im Hinblick auf die verpflichtende Bereitstellung einer ePA zum 1. Januar 2021 ist jedoch zu beachten, dass schnelle Entscheidungen und Regelungen notwendig sind, da die Bereitstellung der ePA komplexe und zeitaufwendige Prozesse mit sich bringt. So sind Krankenkassen dazu verpflichtet, die Auftragsvergabe an einen IT-Dienstleister europaweit auszuschreiben, die ePA durch eben diesen programmieren und auszugestalten sowie die ePA durch die gematik genehmigen zu lassen. Zudem können Komplikationen und Verzögerungen die anspruchsvolle zeitliche Vorgabe zur Implementierung durchaus gefährden. Mögliche Gründe könnten hierbei unter anderem unterschiedliche Standards, unzureichende technische Ausstattungen der einzelnen Akteure sowie datenschutz- und berufsrechtliche Fragen sein, wie beispielsweise Haftung oder ein Streit über die Datenhoheit und Zugriffsrechte. Neben den zeitlichen Vorgaben muss die Qualität der ePA jedoch auch den hohen Ansprüchen der Nutzer gerecht werden, denn die flächendeckende Implementierung der ePA ist zugleich eine Voraussetzung für die Akzeptanzbildung der Patienten, die auf eine verlässliche Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung vertrauen wollen. Die frühzeitige Einbindung aller Akteure ist daher zwingend erforderlich und wahrscheinlich sogar der Schlüssel zum Erfolg.

Literatur

- Änderungsantrag 27b der Fraktion CDU/CSU und SPD (fachfremd) zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 13. Februar 2019, Ausschussdrucksache 19 (14) 51.5.
- Amelung, V. E., Binder, S., Bertram, N., Chase, D. P., Urbanski, D. und Stiftung Münch (Hrsg.) (2017): Die elektronische Patientenakte – Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung. Heidelberg.
- BARMER (2019a): Berlin kompakt Nr. 7 – BMG legt Entwurf für Digitale Versorgungsgesetz vor, online unter: <https://www.barmer.de/blob/186722/c8353e5d530b425-285bf73dab72d61ee/data/dl--bk-ausgabe-nr--7-2019.pdf> (Download am 18. Juni 2019).
- BARMER (2019b): Berlin kompakt Nr. 4 – Bundestag beschließt TSVG, online unter: <https://www.barmer.de/blob/182118/07597113268c7faa6c56820d3083cb1e/data/dl-bk-ausgabe-4-2019.pdf> (Download am 18. Juni 2019).
- BARMER (2019c): Berlin kompakt Nr. 2 – Änderungsanträge zum TSVG, online unter: <https://www.barmer.de/blob/179960/bb3d9680b898b881ef23feb7b5b9a591f/data/dl-bk-ausgabe-2-2019.pdf> (Download am 18. Juni 2019).
- Bundeszentrale für politische Bildung (o.J.): Demografischer Wandel, online unter: www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/ (Download am 20. Oktober 2018).
- Digitale Versorgungsgesetz (DVG) in der Fassung des Referentenentwurfes vom 15. Mai 2019.
- Haas, P. (2017): Elektronische Patientenakten – Einrichtungsübergreifende Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen. Gütersloh.
- Häder, M. (2015): Empirische Sozialforschung: Eine Einführung, 3. Auflage, Wiesbaden.
- Hehner, S., Biesdorf, S. und Möller, M. (2018): Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chance für Deutschland. Ohne Ort.
- Matusiewicz, D., Pittelkau, C. und Elmer, A. (Hrsg.) (2017): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Berlin.
- Proportionen der Weltbevölkerung (o.J.): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050, online unter: http://pdwb.de/kurz_deu.htm (Download am 20. Oktober 2018).

Stiftung Münch (2018): Projektbericht – European Scorecard zum Stand der Implementierung der elektronischen Patientenakte auf nationaler Ebene, online unter: www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2018/09/Scorecard-final.pdf (Download am 20. Oktober 2018).

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG 2019) in der Fassung des Gesetzesentwurfes vom 7. Dezember 2018, Drucksache 19/6337.

vdek (o.J.): Daten zum Gesundheitswesen: Bevölkerung, online unter: www.vdek.com/presse/daten/a_bevoelkerung.html (Download am 20. Oktober 2018).

zm online (2018): Gesundheitsministerium, KBV und Krankenkassen wollen drei Bereiche, online unter: www.zm-online.de/news/nachrichten/gesundheitsministerium-kbv-und-krankenkassen-wollen-drei-bereiche/ (Download am 30. November 2018).

Zypries, B. (2015): eHealth, mHealth und Telemedizin – ein Wirtschaftsfaktor? In: GVG (Hrsg.), Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin. Köln. S. 29–33.