

Beiträge und Analysen

# Gesundheitswesen

## aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

**Béregère Codjo, Klaus Focke, Marek Rydzewski**

Die ePA darf keine „Illusion“ sein – Warum die elektronische Patientenakte in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle einnehmen soll und was dafür geschehen muss  
Seite 100–112

doi: 10.30433/GWA2023-100

Bérengère Codjo, Klaus Focke, Marek Rydzewski

## **Die ePA darf keine „Illusion“ sein – Warum die elektronische Patientenakte in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle einnehmen soll und was dafür geschehen muss**

Mit der am 9. März 2023 vorgelegten „Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2023) wurde eine Zeitenwende eingeleitet: Ziel ist die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zur Optimierung der Versorgungsprozesse sowie die Nutzung von klinischen Gesundheitsdaten für die Forschung. Dieser Weg ist richtig und wichtig. Dies zeigen internationale Vergleiche bezogen auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und die ePA im Speziellen (Akbik und Vettters 2020) sowie die viel zitierten Erfahrungen bezogen auf die mangelnde Datenlage in Deutschland während der Corona-Pandemie. Der Beitrag analysiert wichtige Hindernisse auf diesem Weg und zeigt mögliche Lösungen auf.

### **Einleitung**

Es war zu Zeiten von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, als mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Vorläufer der ePA auf den Weg gebracht wurde. Fast zwei Jahrzehnte und geschätzt mindestens zwei Milliarden Euro später (Ärztezeitung 2023) ist die weiterentwickelte ePA seit Anfang 2021 nun endlich Realität, stellt nach Ansicht des aktuellen Gesundheitsministers Karl Lauterbach aber nicht mehr als eine „Illusion“ dar (Europe 2023). Und in der Tat sind die Nutzerzahlen noch sehr gering: Bis zum 17. April 2023 haben 663.297 Personen eine ePA angelegt, das sind weniger als ein Prozent der gesetzlich Versicherten hierzulande. Auch die Nutzung durch die niedergelassenen Ärzt:innen und die Krankenhäuser ist mit sieben beziehungsweise sechs Prozent sehr gering (Gematik 2023a und b). Um die Nutzerzahlen zu steigern, müssen also bestehende Hindernisse überwunden werden, erst dann kann die ePA ihr Potenzial entfalten.

## Die ePA wird befürwortet, aber nicht genutzt

Grundsätzlich steht die Bevölkerung der ePA offen gegenüber: Eine große Mehrheit möchte sie nutzen und wartet darauf, das tun zu können. Erst im August/September des Jahres 2022 ergab eine von der Bertelsmann Stiftung und der Stiftung Münch in Auftrag gegebene Bevölkerungsumfrage, dass 74 Prozent der Deutschen die ePA nutzen möchten (Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch 2023). Aber warum haben sich dann nicht mehr Versicherte dazu entschieden? Insbesondere folgende Aspekte könnten sich bei der Implementierung der ePA als besonders hinderlich darstellen:

- ein fehlender niedrigschwelliger Zugang,
- eine unzureichende Nutzerorientierung,
- die schleppende technische Ausstattung in Arztpraxen und Krankenhäusern,
- eine zum Teil fehlende digitale Gesundheitskompetenz und
- ein Datenschutz, der die Lebenswirklichkeit der Menschen nicht trifft.

## Anlage niedrigschwellig ausgestalten

Offensichtlich stellt zunächst der bislang noch gültige Registrierungsprozess nach dem Opt-in-Prinzip ein erstes großes Hindernis dar. Denn die Versicherten müssen von sich aus die ePA beantragen und eine Identifizierung vornehmen. Der Prozess hierzu ist aufgrund der hohen Sicherheitsstandards sehr komplex. Hier kann die Einführung des Opt-out-Prinzips zu einem Durchbruch bei den Nutzerzahlen verhelfen. Denn beim Opt-out-Prinzip erhalten alle gesetzlich Versicherten die ePA automatisch. Die Nutzung bleibt dennoch freiwillig, weil sie ihr widersprechen können. In ihrer Digitalstrategie vom August des Jahres 2022 hat die Bundesregierung ein konkretes Ziel formuliert: Bis zum Jahr 2025 sollen mindestens 80 Prozent der gesetzlich Versicherten über eine ePA verfügen (Bundesregierung 2022: 18). Dabei wird die Einführung des Opt-out-Prinzips der entscheidende Hebel sein. Andere Länder wie Frankreich und Österreich, die ebenfalls vom Opt-in- zum Opt-out-Prinzip wechselten, konnten so die Nutzungsquote signifikant erhöhen. Zum Beispiel sind es in Österreich 97 Prozent. Die meisten Deutschen, nämlich 65 Prozent, befürworten einen solchen Wechsel (Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch 2023). Wie das Opt-out-Prinzip konkret ausgestaltet sein wird, hängt von den gesetzten Zielen und den auf dieser Basis verabschiedeten gesetzlichen

Regelungen ab. Klar ist bisher vor allem: Nach der Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit soll das Opt-out-Prinzip im Jahr 2024 in Kraft treten (Interop Council for digital health in Germany 2023: 19). Entscheidend wird jedoch sein, dass die ePA von den Leistungserbringenden und von den Versicherten auch tatsächlich befüllt und genutzt wird.

## Die Nutzerorientierung muss bei der Gestaltung der ePA eine stärkere Rolle spielen

Die ePA lebt davon, dass die Versicherten und ihre Ärzt:innen sie benutzen und befüllen. Ob sie das wiederum tun, hängt davon ab, was ihnen die ePA bietet – denn Menschen nutzen das, was ihnen den Alltag erleichtert und einen Mehrwert stiftet. Deswegen ist es nötig, dass die Nutzerorientierung bei der Gestaltung der ePA eine größere Rolle spielt. Die ePA muss für Versicherte und ihre Ärzt:innen einen klaren Service-Charakter haben.

Ein unmittelbar nachvollziehbarer Vorteil ist zunächst der erstmalige, ortsunabhängige, digitale Zugang zu allen relevanten Gesundheitsdaten für Leistungserbringende und Versicherte. So gehen keine Entlassbriefe, Laborergebnisse oder Befunde wie EKG und Blutbilder mehr verloren. Diagnosen und Therapien sind an einem Ort dokumentiert und nicht mehr bei zahlreichen unterschiedlichen Leistungserbringenden verteilt. Dies erleichtert nicht nur die Arbeit der Ärzt:innen, sondern macht sie auch sicherer. Und dies sogar sektorenübergreifend.

Die ePA soll Anwendern helfen, Probleme zu lösen, Abläufe zu optimieren oder Zeit zu sparen. Dazu braucht es Anpassungen: Momentan würde zum Beispiel die Pflege eines Impfpasses oder eines Mutterpasses in der ePA die Ärzt:innen mehr Zeit als dieselbe Aufgabe auf Papier kosten. Bislang sind viele Anwendungen nicht mehr als eine Eins-zu-eins-Übersetzung des Papierdokumentes in eine Digital-Variante. Für die Ärzteschaft und das Praxispersonal sollten sie jedoch eine Verbesserung der Arbeitsabläufe mit sich bringen, beispielsweise durch automatisierte Datenübertragungen vom Primärsystem in die ePA.

Ein weiteres Beispiel im Zusammenhang mit der Abbildung von Behandlungspfaden: Ist eine Knie-OP geplant, kann das Krankenhaus ein paar Tage vor dem Termin aus der ePA notwendige Informationen (beispielsweise über die aktuell eingenommenen Medikamente) entnehmen und so die Patientenaufnahme besser vorbereiten. Wiederum kann es auch im Vorfeld notwendige Informationen beispielsweise über Narkose und die Durchführung der OP in der ePA bereitstellen. So haben die Patient:innen Zeit, die gesamten Unterlagen in Ruhe durchzulesen. Nach der OP wird der OP-Bericht hochgeladen, damit die Pflegekraft, die die häusliche Krankenpflege übernimmt, diesen zur Kenntnis nehmen kann. Ein weiterer wichtiger Beitrag im Rahmen des Entlassmanagements ist die Information über Medikamente, die während des Krankenhausaufenthalts verabreicht wurden. Bei der ambulanten Weiterbehandlung liegt diese für die Hausarztpraxis wichtige Information in der ePA vor.

Der gleiche Servicegedanke gilt für Versicherte. Die Krankenkassen haben hier zunächst stark auf die Entwicklung der Pflichtfunktionen und des Berechtigungsmanagements fokussiert. In Zukunft müssen sie die Bedürfnisse der Versicherten noch stärker als heute berücksichtigen. Patient:innen, die einen Einblick in ihre Daten haben, fühlen sich meist souveräner und sind engagierter. Über die digitale Ablage von Daten und Dokumenten hinaus benötigen sie Funktionen, die sie in ihrem Therapie- und Gesundheitsmanagement unterstützen. Ein Medikationsplan in Form einer PDF-Datei ist zwar schon gut – hat man das Blatt verloren, kann man ihn schnell wiederfinden. Noch besser ist es aber, wenn die App die Therapieadhärenz fördert. Aus diesem Grund hat die BARMER in die eCare, ihre ePA-App, eine Einnahmeerinnerung integriert. Diese erinnert Nutzer:innen daran, die Medikamente einzunehmen, und führt Protokoll. Verfügt eine Person über keinen ärztlichen Medikationsplan und nimmt rezeptfreie oder nicht-apothekepflichtige Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein, so kann sie gleichwohl eine Medikamentenliste führen.

Die Arzneimitteltherapiesicherheit ist gewiss ein zentrales Thema der Versorgung und die elektronische Unterstützung der Arzneimitteltherapie für die Zukunft unabdingbar. Denn die Arzneimitteltherapie ist in Deutschland so komplex wie niemals zuvor. Dem BARMER-Arzneimittelreport 2022 zufolge erhalten BARMER-Versicherte ab dem Alter

von 40 Jahren innerhalb von zehn Jahren im Schnitt 37 Diagnosen und 76 Rezepte. Sie besuchen in diesem Zeitraum 21 verschiedene Arztpraxen und bekommen etwa 20 Wirkstoffe verordnet, bei Menschen ab 80 Jahren steigert sich dies um 150 Prozent (Grandt et al. 2023: 10). Hier ist ein automatischer digitaler Vorgang notwendig, der alle Versorgungsinformationen speichert, damit sie Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken zur Verfügung stehen. Genau hier kommt die ePA ins Spiel. Könnten Daten aus elektronischen Verordnungen mit Dispensierdaten und Informationen über vorhandene Diagnosen und Unverträglichkeiten in der ePA zusammengeführt und verknüpft werden, so würde die Patientensicherheit enorm davon profitieren (Biesdorf und Redlich 2023: 9). Gewiss werden solche Entwicklungen Zeit benötigen. Die BARMER hat schon erste Schritte in diese Richtung gemacht. Seit März des Jahres 2023 stellt sie in ihrer elektronischen Patientenakte eCare auf Wunsch eine Behandlungshistorie zur Verfügung. Sie stellt anhand der Abrechnungsdaten eine strukturierte Übersicht bereit, in der Verordnungen von Medikamenten beziehungsweise Heil- und Hilfsmitteln sowie von niedergelassenen Ärzt:innen gestellte Diagnosen und Krankenhausaufenthalte thematisch-chronologisch dargestellt werden. Stellen die Versicherten das Dokument zur Verfügung, so haben Ärzt:innen eine gesicherte Informationsquelle zur Hand, die die Anamnese und Behandlung unterstützt.

Außerdem räumt die Behandlungshistorie in der BARMER eCare eine Hürde aus dem Weg: Sie ermöglicht eine einfache Befüllung der ePA. Versicherte sind oft überrascht oder gar enttäuscht, dass ihre ePA nach der Registrierung zunächst leer ist. Ärzt:innen und Praxispersonal kostet es einiges an Zeit, die ePA zu befüllen. Weil die ePA leer bleibt oder nur jene Infos enthält, die die Versicherten selbst hochgeladen haben, erschließt sich für viele Nutzer:innen deshalb der Mehrwert nicht. Stimmen die Versicherten der Erstellung der Behandlungshistorie zu, steht in der ePA ein vollständiger Überblick über den Gesundheits- und Therapiezustand zur Verfügung.

Darüber hinaus spielen sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringenden das Design und die Nutzerfreundlichkeit eine zentrale Rolle. Nur wenn die ePA und ihre Funktionen nutzerfreundlich gestaltet sind, entsteht der angesprochene Mehrwert. User-Experience gilt nicht nur für Google, Spotify und Netflix. Leistungserbringende

und Versicherte nutzen täglich optimierte digitale Anwendungen und haben zurecht hohe Ansprüche. Sie wissen aus Erfahrung, was möglich ist. Die Klickstrecken sollten kurzgehalten werden, die Icons sofort verständlich sein, die Hauptfunktionen und die wichtigsten Informationen in den Primärsystemen sowie in der ePA auf den ersten Blick erkennbar sein.

Krankenkassen sind also dafür verantwortlich, eine App zu schaffen, die leicht und intuitiv zu bedienen ist. Denn dies ist für die Akzeptanz der ePA entscheidend. Gleichmaßen ist es die Aufgabe der Hersteller der Primärsysteme, für die Vereinfachung der Arbeitsabläufe bei Leistungserbringenden mit Blick auf die ePA zu sorgen. Die technischen Vorgaben der Gematik stellen also nur Basis-Anforderungen dar, die in den ePA-Anwendungen umgesetzt werden müssen. Insofern ist es für die Qualität der Anwendungen wichtig, dass die Krankenkassen und die Hersteller von Primärsystemen genug Freiraum in der Gestaltung der Funktionen haben, solange die Vorgaben zur Interoperabilität eingehalten werden.

## Die technische Ausstattung von Arztpraxen und Krankenhäusern muss sichergestellt werden und in Zukunft schneller gehen

Damit Arztpraxen und Krankenhäuser mit der ePA arbeiten können, müssen sie über die dafür nötige technische Ausstattung verfügen. Zuerst müssen sie an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein. Zum Ende des Jahres 2022 war das nach dem TI-Atlas der Gematik schon für 96 Prozent der Arztpraxen, 99 Prozent der Apotheken und 98 Prozent der Krankenhäuser der Fall (Gematik 2023b).

Besteht der TI-Anschluss, müssen die Leistungserbringenden zunächst ein Update auf ihren TI-Konnektor aufspielen (TI-Konnektoren sind gesicherte Router, mit denen Arztpraxen an die TI andocken können). Da der Zugang zur TI streng kontrolliert wird, müssen sie außerdem einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) sowie einen elektronischen Praxisausweis (SMC-B-Karte) beantragen. Schließlich müssen sie ihr Primärsystem auf die aktuellsten ePA-Funktionen anpassen. Laut dem oben genannten TI-Atlas haben aber lediglich 48 Prozent der Arztpraxen und 33 Prozent der Krankenhäuser das entsprechende ePA-Modul installiert. Die Zahlen könnten verwundern, da

alle Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen per Gesetz zum 1. Juli 2021 dazu verpflichtet waren, die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der ePA zu erfüllen. Für Krankenhäuser galt der 1. Januar 2022.

Die niedrigen Quoten haben ihren Grund zum Teil darin, dass bisher kein gesetzlich festgelegter Termin eingehalten wurde. Die Termine für die Updates der TI-Konnektoren sind bis heute nicht mit den gesetzlichen Veröffentlichungsterminen der ePA-Funktionen abgestimmt. Fehlt den TI-Konnektoren die Zulassung, können die Hersteller von Primärsystemen nicht rechtzeitig beginnen, die ePA-Funktionen zu entwickeln und umzusetzen. Noch im Februar 2023 waren TI-Konnektoren in der Prüfung, für die die Zulassung im Januar 2022 beantragt wurde.

Demzufolge fehlt in den Primärsystemen der Kern der ePA: die so genannten Medizinischen Informationsobjekte (MIO), deren technische Spezifikationen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) festlegt. Beispiele für MIO sind etwa der Impfpass oder der Mutterpass. Im Gegensatz zu importierten Dokumenten wie einem gescannten Therapiebericht oder Laborbefunden beinhalten MIO standardisierte und interoperable Datenfelder. Sie haben den Vorteil, den Austausch und die Verarbeitung der Daten, etwa zwischen einer Hausarztpraxis und einem Krankenhaus, zu ermöglichen und zu vereinfachen.

Die Krankenkassen haben bereits acht solcher MIO für die ePA umgesetzt: Notfalldatensatz, eArztbrief, Medikationsplan, Impfpass, Mutterpass, Untersuchungsheft für Kinder, Zahnbonusheft sowie die Dokumentationen für Disease-Management-Programme. Aber nur wenige Hersteller von Primärsystemen haben sie in ihre Systeme integriert. Solange dies nicht der Fall ist, können weder Praxen noch Krankenhäuser MIO befüllen und die von den Krankenkassen bereits implementierten Anwendungen bleiben „leere Hüllen“.

Dass die Funktionen durch fehlende Zulassungen und Entwicklungen hinter den Möglichkeiten zurückbleiben, erklärt auch, warum die ePA kaum genutzt wird. Lediglich sieben Prozent der Arztpraxen und sechs Prozent der Krankenhäuser geben laut

TI-Atlas 2022 an, die ePA auch im Alltag in ihrer Praxis einzusetzen (Gematik 2023b). Auch die Nutzungsstatistik der BARMER eCare zeigt, dass seit dem ePA-Start im Durchschnitt weniger als ein Prozent der Dokumentenzugriffe von Leistungserbringenden getätigt werden.

Vor diesem Hintergrund ist ein gesetzlich vorzugebender Prozess für die Zertifizierung und Zulassung der TI-Schnittstellen der Primärsysteme erforderlich. Einerseits muss die Gematik gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Schnittstellen der Patientenverwaltungssysteme (PVS) zur TI zu prüfen und zuzulassen. Andererseits erhält die KBV die gesetzliche Auflage, ein PVS nur dann für die Abrechnung zu zertifizieren, wenn eine TI-Zulassung vorgewiesen werden kann. Da die Abrechnung eine Grundfunktion jedes PVS ist, würde eine solche Maßnahme die Umsetzung der ePA-Funktionalität in den unmittelbaren Fokus der Geschäftsinteressen von PVS-Anbietern rücken und somit eine prioritäre Umsetzung garantieren. In Analogie zu diesem Mechanismus müssen gesetzliche Regelungen für sämtliche Primärsysteme bei allen Leistungserbringenden geschaffen werden, die Informationen für die ePA bereitstellen oder nutzen. Ansonsten droht die Kluft zwischen den Möglichkeiten, die die Krankenkassen ihren Versicherten versprechen, und dem, was die Leistungserbringenden tatsächlich machen können, viel größer zu werden – und wird nur zu Frustration und Enttäuschung führen.

## Die digitale Gesundheitskompetenz muss ausgebaut werden

Patientendaten waren bisher nur „on demand“ verfügbar und nicht selten haben sich Versicherte nicht getraut, danach zu fragen, oder wussten nicht, dass sie danach fragen durften. Das ändert sich mit der ePA. Denn durch sie werden Patient:innen zunehmend in die Lage versetzt, ihre Gesundheit stärker mitzugestalten. Dies wiederum erfordert eine gewisse digitale Gesundheitskompetenz, das bedeutet: die Fähigkeit, digitale Gesundheitsangebote für sich zu erschließen und nutzen zu können. Der Anteil der Bürger:innen mit inadäquater digitaler Gesundheitskompetenz in Deutschland liegt bei 66,4 Prozent. 9,4 Prozent der Bevölkerung weisen zusätzlich eine problematische digitale Gesundheitskompetenz auf, womit der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz mit 75,8 Prozent im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz bedeutend höher ist, denn diese liegt bei 58,8 Prozent (Schaeffer et al. 2021: 21, 68).

Das hierfür erforderliche Wissen zu vermitteln – darüber, was die ePA ist, wie man sie benutzt und welche Vorteile sie bringt –, ist zweifellos Aufgabe der Krankenkassen. Anwender:innen müssen dabei unterstützt werden, ihre Verbrauchersouveränität und Autonomie ausüben zu können. Die vielfältigen Einstellungs- und Steuerungsmöglichkeiten, die den Nutzer:innen in der ePA zur Verfügung gestellt werden, machen die Anwendung schnell komplex. Dokumente für eine bestimmte medizinische Einrichtung zugänglich zu machen oder nicht, kann unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Behandlung haben. Dabei wird es im Übrigen auch Aufgabe der Krankenkassen sein, eine digitale Ethik zu entwickeln, die über den Datenschutz und die Datensicherheit hinaus auch Werte wie Transparenz, Patientenzentrierung und -souveränität, Solidarität, Verlässlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Nutzenorientierung beachtet (BARMER 2022 sowie [www.barmer.de/digitale-ethik](http://www.barmer.de/digitale-ethik)). Über spezifische Produkterläuterungen durch die Krankenkassen hinaus ist die allgemeine Aufklärung im Zusammenhang mit der Bedeutung der ePA und der gemeinwohlorientierten Nutzung der Daten zu Forschungszwecken jedoch auch eine gesellschaftliche Aufgabe.

Darüber hinaus ist die Kompetenz, mit digitalen Neuerungen umgehen zu können, keine Fertigkeit, die nur für die Versicherten wichtig ist. Auch die Leistungserbringenden müssen sich mit der Digitalisierung auseinandersetzen. Sie müssen wissen, welche Möglichkeiten es gibt und wie sie zu handhaben sind. Sie müssen TI-Anwendungen nutzen können. Die dafür benötigten Skills müssen künftig fester Bestandteil der Curricula und der Weiterbildung ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufsgruppen werden, wie es bereits im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz gefordert wurde (Schaeffer et al. 2018: 42).

### Beim Datenschutz soll auch die Lebenswirklichkeit ein Maßstab sein

Gesundheitsdaten sind höchst schutzbedürftig. Für die ePA haben das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesdatenschutzbeauftragte (BfDI) daher sehr hohe datenschutzrechtliche Anforderungen formuliert, um den Zugang zu den ePA-Daten zu schützen.

Für die Nutzung der ePA ist es jedoch notwendig, nicht nur ein hohes Schutzniveau zu gewährleisten, sondern auch eine Funktionalität, die der Lebenswirklichkeit der Nutzer:innen entspricht. Deutlich wird das etwa bei der Frage des Logins in die ePA. Nutzer:innen sind es gewohnt, dass sie den Zugang zu ihrer Banking-App sowie sensible Aktionen wie Überweisungen sicher durch ihren Fingerabdruck oder mit Face-ID schützen. Diese Mechanismen erreichen aber nicht das vom BfDI und BSI geforderte Schutzniveau. Nach deren Vorstellung muss jede Aktion in der ePA mit dem Anlegen der elektronischen Gesundheitskarte oder des Personalausweises und der Eingabe der jeweiligen PIN bestätigt werden – und das, obwohl die Versicherten sich schon bei der Registrierung ausgewiesen haben. Nutzer:innen, die dieses Schutzniveau wünschen, sollten es auch nutzen können. Für diejenigen aber, die ihre Gesundheitsdaten auf dem gleichen Niveau schützen möchten wie ihre Bankdaten, muss die Option mit Fingerabdruck oder Face-ID ebenfalls möglich sein. Wenn man diese mit dem Datenschutzrecht konform ausgestaltete Wahlmöglichkeit nicht eröffnet, steht die Nutzung der ePA durch die Masse der Versicherten in Frage.

Auch der bislang obligatorische Hinweis, dass abgerufene Dokumente außerhalb der ePA gelesen werden, sollte auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten lediglich einmalig bestätigt werden müssen. Insofern ist es zu begrüßen, dass die Regelungen der Gematik dies künftig ermöglichen. Es ist sicher unverzichtbar, dass Versicherte im Rahmen eines feingranularen Berechtigungsmanagements im aktuell geltenden Opt-in-Verfahren die Möglichkeit haben, auf allen Ebenen des Dokumentenportfolios zu entscheiden, wer Zugriff auf die jeweiligen Dokumente hat. Ihnen hätte aber auch die Möglichkeit gegeben werden sollen, eine bewusste und informierte Entscheidung zu Gunsten einer allgemeinen Dokumentenfreigabe für behandelnde Ärzt:innen zu treffen. Insofern ist es auch zu begrüßen, dass durch das vom BMG geplante Opt-out-Verfahren nicht nur die Anlage der ePA, sondern auch das Berechtigungsmanagement nachschwellig gestaltet werden soll. Versicherte, die Zugriffsrechte differenziert verwalten möchten, sollen dies weiterhin über ihre eigene App tun können. Es soll aber zudem die Möglichkeit bestehen, dass auf Wunsch der Versicherten und ohne ihr weiteres Zutun alle sie behandelnden Ärzt:innen ihre medizinischen Daten lesen und ergänzen können. Selbstverständlich soll diese allgemeine Datenfreigabe für alle oder einzelne Leistungs-

erbringende jederzeit widerrufbar sein. Die Schaffung von Wahlmöglichkeiten entspräche auch dem von der Bundesregierung intendierten „ermöglichenden Datenschutz“ (BMG 2023: 24). Der Erfolg der ePA hängt davon ab, dass weite Teile der Bevölkerung sie einfach bedienen können und die Nutzung ihrer Lebenswirklichkeit entspricht. Ansonsten werden Menschen, die der ePA aufgeschlossen gegenüberstehen, ihr Interesse verlieren. Dann besteht die Gefahr, dass sich diese anderen Anbieter:innen mit weit geringerem Datenschutzniveau zuwenden.

## Fazit: Die Stärke der ePA ist keine Illusion

Der Erfolg der ePA ist langfristiger Natur. Anlaufschwierigkeiten sind unvermeidbar und müssen behoben werden. Dafür bestehen sehr klare Handlungsfelder:

- Die ePA muss einen umfangreichen Service mit hohem Mehrwert für die Nutzer:innen gewährleisten. Dann werden die Versicherten das Angebot auch mit größerer Selbstverständlichkeit in ihren Alltag integrieren. Zum einen sind hierzu besonders deutlich die Krankenkassen gefragt. Die Leistungserbringenden dürfen nicht vergessen werden. Sie erwarten zurecht, mit wenigen Klicks eine größtmögliche Unterstützung ihrer komplexen Arbeitsabläufe. Hier sind die Hersteller von Primärsystemen gefragt.
- Die Hersteller von Primärsystemen müssen einem obligatorischen Zertifizierungsprozess unterliegen, sodass Leistungserbringende gleichzeitig mit den Versicherten über die ePA-Funktionen verfügen können. Ansonsten wird das Ziel der Bundesregierung, bis zum Jahr 2025 80 Prozent der gesetzlich Versicherten mit einer ePA auszustatten, zwar erreicht, aber diese ePAs würden „leere Hüllen“ bleiben.
- Die digitale Gesundheitskompetenz der Versicherten und der Leistungserbringenden muss gefördert werden. Nur so können die Bürger:innen bewusste Entscheidungen für oder gegen die Nutzung einer Anwendung treffen.
- Datenschutz und Datensicherheit müssen als stabiles Fundament verstanden werden, auf dem die digitalen Anwendungen der Zukunft serviceorientiert gestaltet werden können. Datenschutz sollte Wahlmöglichkeiten schaffen und Entwicklungen möglich machen (ermöglichender Datenschutz).

Damit das Gesundheitswesen in Zukunft das Potenzial der Digitalisierung ausschöpfen und eine optimale Versorgung gewährleisten kann, müssen jetzt alle Akteure des Gesundheitswesens die Kompetenz aufbauen, exzellente digitale Produkte zu entwickeln, zu implementieren und zu nutzen. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird nur dann eine Erfolgsgeschichte. Alle relevanten Akteure – Krankenkassen, Gematik, Ärzteschaft, Bundesministerium für Gesundheit, PVS- und KIS-Hersteller sowie Datenschützer– sollten deshalb gemeinsam dazu beitragen, Lösungen für die offenkundig gewordenen Schwachstellen zu finden.

## Literatur

Akbik, A. und R. Vettters (2020). Die Entwicklung der elektronischen Patientenakte im internationalen Kontext. doi: 10.30433/GWA2020-160.

Ärztezeitung (2023). Lauterbachs Plan: Ein digitaleres Verhältnis von Ärzten mit Patienten. Ärztezeitung online vom 21.03.2023. Online unter [www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Lauterbachs-Plan-Ein-digitaleres-Verhaeltnis-von-Aerzten-mit-Patienten-437587.html](http://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Lauterbachs-Plan-Ein-digitaleres-Verhaeltnis-von-Aerzten-mit-Patienten-437587.html) (Download am 20. April 2023).

BARMER CDR-Bericht 2021 (2022). Veröffentlicht im Rahmen der CDR-Initiative (Corporate Digital Responsibility), gefördert durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz. Online unter [www.barmer.de/cdr-bericht](http://www.barmer.de/cdr-bericht) (Download am 20. April 2023).

Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch (2023). Elektronische Patientenakte – Haltungen zum Opt-out, Ergebnisse einer Haushaltsbefragung, Befragungszeitraum: August/September 2022, Befragungsinstitut: Kantar. Online unter [www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2023/februar/elektronische-patientenakte-geplante-widerspruchsloesung-trifft-auf-breite-zustimmung](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2023/februar/elektronische-patientenakte-geplante-widerspruchsloesung-trifft-auf-breite-zustimmung) (Download am 20. April 2023).

Biesdorf, S. und M. Redlich (2023). E-Rezept und ePA – die Schlüssel zur Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens? Report der Unternehmensberatung McKinsey. Online unter [www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2023-02-01%20e-rezept%20und%20epa/mckinsey\\_e-rezept\\_und\\_epa\\_2023.pdf](http://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2023-02-01%20e-rezept%20und%20epa/mckinsey_e-rezept_und_epa_2023.pdf) (Download am 20. April 2023).

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege. Digitalisierungsstrategie – Gesundheitswesen und Pflege.
- Bundesregierung (2022). Digitalstrategie – Gemeinsam digitale Werte schöpfen. Online unter [www.digitalstrategie-deutschland.de/static/67803f22e4a62d19e9cf-193c06999bcf/220830\\_Digitalstrategie\\_fin-barrierefrei.pdf](http://www.digitalstrategie-deutschland.de/static/67803f22e4a62d19e9cf-193c06999bcf/220830_Digitalstrategie_fin-barrierefrei.pdf) (Download am 20. April 2023).
- Europe (2023). Transfer, Produktion, Versorgung – wie europäisch ist das Gesundheitswesen der Zukunft? Veranstaltung „Europe 2023“ vom 7. und 8. Februar 2023. Online unter [www.verlag.zeit.de/content/uploads/2023/01/230207\\_europe\\_2023.pdf](http://www.verlag.zeit.de/content/uploads/2023/01/230207_europe_2023.pdf) (Download am 20. April 2023).
- Gematik (2023a). TI-Dashboard – Digitalisierung in der Übersicht. Online unter [www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard](http://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard) (Download am 20. April 2023).
- Gematik (2023b). TI-Atlas 2022 – Zahlen. Daten. Fakten. Online unter [www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-atlas](http://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-atlas) (Download am 20. April 2023).
- Grandt, D., Lappe, V. und I. Schubert (2022). BARMER Arzneimittelreport 2022 – Arzneimitteltherapie 2025. Sicher. Digital. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 36. Online unter [www.bifg.de/publikationen/reporte/anzneimittelreport-2022](http://www.bifg.de/publikationen/reporte/anzneimittelreport-2022) (Download am 20. April 2023).
- Interop Council for digital health in Germany (2023). Öffentliche Sitzung vom 4. April 2024, Dokumentation. Online unter [www.ina.gematik.de/fileadmin/Expertengremium\\_Ergebnisprotokolle/05042023\\_Praesentation\\_Interop\\_Council\\_1.\\_oeffentliche\\_Sitzung\\_2023.pdf](http://www.ina.gematik.de/fileadmin/Expertengremium_Ergebnisprotokolle/05042023_Praesentation_Interop_Council_1._oeffentliche_Sitzung_2023.pdf) (Download am 20. April 2023).
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D. und K. Hurrelmann (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. doi: 10.4119/unibi/2950305.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und K. Kolpatzik (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Online unter [www.nap-gesundheitskompetenz.de/](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/) (Download am 20. April 2023).