



Impulse für ein
Kommunikationskonzept zum
ePA-Opt-out-Verfahren

Impulse für ein Kommunikationskonzept zum ePA-Opt-out-Verfahren

Autor
hc:spirit GmbH Berlin

Januar 2023

Inhalt

1	Hintergrund und Ziele des ePA-Opt-out-Impulspapiers	6
1.1	Ausgangssituation	6
1.2	Wissenschaftliche Grundlagen	7
1.3	Ziele	8
2	Situationsanalyse zum ePA-Opt-out-Verfahren	10
2.1	Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung	10
2.2	Stakeholderanalyse	20
2.2.1	Patienten und Versicherte	21
2.2.2	Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte	23
2.2.3	Krankenkassen	26
2.3	SWOT-Analyse	29
2.3.1	Interne Perspektive	29
2.3.2	Externe Perspektive	30
2.4	Schlussfolgerungen aus der SWOT-Analyse	31
3	Impulse für die ePA-Opt-out-Kommunikation	33
3.1	Kommunikationsziele	33
3.2	Kommunikationsmaßnahmen	35
3.2.1	Absender und Empfänger	35
3.2.2	Kommunikationsinhalte und Botschaften	40
3.2.3	Kommunikationsinstrumente und Kanäle	46
3.2.4	Tonalität und Medienformate	50
4	Fazit	54
	Quellen	56
	Autorinnen	59
	Impressum	59

1 Hintergrund und Ziele des ePA-Opt-out-Impulspapiers

1.1 Ausgangssituation

Seit Januar 2021 sind gesetzliche Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen. Bislang beruht die Registrierung, Einrichtung, Befüllung und Nutzung der ePA auf Freiwilligkeit seitens der Patienten/Versicherten und erfordert eine aktive Zustimmung (Opt-in-Regelung). Aktuell besitzen lediglich ca. 0,7 Prozent der deutschen Bevölkerung eine ePA (Augurzky und Etgeton 2022; gematik 2022c).

Um den ihr zgedachten Kernfunktionen für eine moderne, digitale Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, ist die Nutzungsquote der ePA viel zu gering (Klößner 2022). Laut dem Vorstand der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, legt „das jetzige Opt-in-Verfahren den Nutzern durch das mehrstufige Zustimmungsverfahren unnötig Steine in den Weg“ (Ärztezeitung 2021). Um die Nutzungszahlen zu erhöhen, eine größere Verbreitung der ePA und dadurch eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu erzielen, wurde im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung eine Umstellung der ePA von der Opt-in-Regelung auf ein Opt-out-Modell vereinbart (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP 2021: 83). Aufgrund dieser Regelung sollen alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland automatisch (ohne Zustimmung) eine ePA erhalten und können aktiv widersprechen, wenn sie dies nicht möchten. Des Weiteren sollen alle Ärzte und Ärztinnen Zugriff auf die ePA und die darin gespeicherten Gesundheitsdaten der Patienten* erhalten, außer der Patient schränkt die Zugriffsrechte ein.

Denn der Vergleich mit dem europäischen Ausland zeigt: Länder, die das Opt-out-Modell für die ePA bereits praktizieren, erreichen eine fast flächendeckende ePA-Nutzungsquote. In unserem Nachbarland Österreich wird die ePA von 97 Prozent der Bevölkerung genutzt (Augurzky und Etgeton 2022). Schon 2021 hatte die Stiftung Münch in einem europäischen Rechtsvergleich (Krönke und Aichstill 2021) darlegen lassen, dass Opt-out-Modelle im Rahmen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) durchaus möglich sind. Inwiefern die Umsetzung eines Opt-out-Modells im Rahmen des europäischen und vor allem deutschen Datenschutzrechts möglich ist und welche Gestaltungsoptionen hierbei bestehen, prüfte ein weiteres rechtswissenschaftliches Gutachten, das von der

* Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit verwendet diese Publikation vorwiegend die männliche Sprachform. Es sind jedoch jeweils alle Geschlechter gemeint.

Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch gemeinsam beauftragt wurde. Das Gutachten von Univ.-Prof. Dr. Christoph Krönke kommt zu dem Schluss, dass sowohl das Anlegen und Befüllen als auch die Nutzung der ePA im Opt-out-Modus bereits zum heutigen Zeitpunkt datenschutzrechtlich unbedenklich sind (Krönke 2022).

Die Bundesregierung strebt das Ziel an, das Opt-out-Verfahren bis 2024 umzusetzen. Geplant sind hierfür vier Entscheidungsdimensionen, wobei die Patienten/Versicherten an jeder Stufe einzeln widersprechen können (Klößner 2022):

- » Erstellung: Für jeden Versicherten wird eine ePA angelegt und bereitgestellt.
- » Erfassung: Der behandelnde Arzt befüllt die ePA mit Gesundheitsdaten in möglichst strukturierter Form.
- » Lesezugriff: Behandelnde Ärzte können die Daten zu Behandlungszwecken einsehen.
- » Forschung: Gesundheitsdaten können in anonymer Form zu Forschungszwecken gespendet werden.

Ein detailliertes Konzept für die Umsetzung des Opt-out-Verfahrens befindet sich aktuell bei der gematik in Arbeit. Idealerweise soll durch die Umstellung der ePA von Opt-in auf Opt-out bis zum Ende der Legislaturperiode der Bundesregierung erreicht werden, dass 80 Prozent der Bevölkerung bis 2025 eine ePA haben und auch nutzen. Die beteiligten Akteure erwarten, dass durch die Umstellung auf ein Opt-out-Modell neuer Schwung in die ePA kommt, damit sie das Stadium einer sicher gestalteten Dropbox verlässt und sich zu einem mit strukturierten Daten arbeitenden persönlichen Gesundheitsassistenten für die Patienten/Versicherten entwickeln kann.

1.2 Wissenschaftliche Grundlagen

Als Grundlagen für die Situationsanalyse sowie für die Erarbeitung des vorliegenden Impulspapiers werden wissenschaftlich fundierte Quellen herangezogen, aus denen belastbare Schlüsse zu den kommunikativen Bedürfnissen der beteiligten Stakeholdergruppen sowie konkrete Kommunikationsaufgaben abgeleitet werden können:

- » Bevölkerungsrepräsentative Befragung zum ePA-Opt-out-Verfahren August/September 2022: Statistische Analyse (Bertelsmann und Münch 2022: Kapitel 2.1).
- » Rechtsgutachten zur Einführung des Opt-out-Verfahrens bei der ePA: Prof. Dr. Christoph Krönke, Universität Wien (Krönke 2022).
- » Psychologische Marktforschungsstudien von hc:spirit: „Nachhaltigkeit von Digital Health im Alltag der Versicherten“ mit tiefenpsychologischem Home Use Test elektronischer Patientenakten verschiedener Krankenkassen (hc:spirit 2021) und „Gesundheitskommunikation – Wie die Versicherten in Zukunft Gesundheitswissen kommunizieren möchten“ (hc:spirit 2022).
- » Ärztepanel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Thema ePA-Opt-out vom 26.10.2022. Aktive Sessionsteilnehmer: 20 Ärzte verschiedener Fachrichtungen.

- » Experteninterviews mit ePA-Verantwortlichen der mitgliederstärksten gesetzlichen Krankenkassen, die insgesamt 72 Prozent des GKV-Marktes repräsentieren. November 2022:
 - › AOK: Dr. Julian Hollender (Programmleiter ePA „Mein Leben“ für das gesamte AOK-System und Bereichsleiter für Digitale Versorgung der AOK Bayern), Eva Maria Reuter (Teamleiterin eSolutions/Stabsbereich Telematik – eSolutions AOK Rheinland/Hamburg)
 - › BARMER: Marek Rydzewski (Chief Digital Officer), Bérengère Codjo (Projektmanagerin ePA), Daniela Laux (Expertin Kommunikation, Marketing und Digitalisierung, Digitale ID, digitales Ökosystem, digitale Kommunikation), Maria Hinz (Digital Coordinator)
 - › DAK-Gesundheit: Helmut Gerhards (Chief Digital Officer und Mitglied der Geschäftsleitung), Dr. Stephan Rohde (Digitale Transformation und Politik/Digitale Fabrik), Michael Martinet (Bereichsleiter Digitales Providermanagement), Konstantinos Stavrakis (Executive Assistant to the CDO)
 - › TK: Sandra Hoyer (Teamleiterin Versorgungsmanagement Projekte, verantwortlich für TK Safe, eGA und ePA der Techniker Krankenkasse)
- » Experteninterview mit der BITMARCK-Holding: Barbara Prescher (Chief Customer Officer), Andreas Pschera (Pressesprecher), Lena Nies (Referentin Chief Customer Officer), Christin Mieberg (Kampagnenmanagerin). Dezember 2022.
- » Experteninterview mit Wort & Bild Verlag: Andreas Arntzen (Vorsitzender der Geschäftsführung Wort & Bild Verlag), Dr. med. Dennis Ballwieser (Geschäftsführer Wort & Bild Verlag, Chefredakteur Apotheken Umschau), Dr. Andrea Frost und Nicole Lauser (Geschäftsführerinnen Vita Health Media). November und Dezember 2022.
- » Sekundärquellen: Auswertung wissenschaftlicher Paper und externer Studien (z. B. Bitkom 2022b und McKinsey 2022), von Beiträgen zu Fachkonferenzen sowie aktueller, öffentlicher Medienberichterstattungen zum Thema ePA-Opt-out-Verfahren.

1.3 Ziele

Das Ziel des vorliegenden Konzeptpapiers besteht darin, fachlich fundierte, praxistaugliche Impulse für die Kommunikation des geplanten ePA-Opt-out-Verfahrens zu entwickeln, die auf einer wissenschaftlichen Situationsanalyse beruhen. Die Adressaten des Impulspapiers sind die an den ePA-Prozessen beteiligten Systemakteure, insbesondere des BMG, der Krankenkassen, der Ärzteschaft inkl. deren Interessenorganisationen und Berufsverbänden, der gematik und der Technologiedienstleister.

Inhaltliche Abgrenzungen zum Untersuchungsgegenstand „Kommunikation des ePA-Opt-out-Verfahrens“ werden wie folgt vorgenommen:

- » Da sich das geplante ePA-Opt-out-Verfahren noch in der Konzeptionsphase befindet und somit zahlreiche Unwägbarkeiten enthält, ist die Erstellung eines konkreten, praxistauglichen Kommunikationskonzeptes insbesondere für Patienten/Versicherte zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch verfrüht und daher nicht fachlich fundiert leistbar. Aus diesem Grund konzentriert sich das vorliegende Impulspapier auf die strukturierte Herleitung eines Anforderungskatalogs an eine künftige ePA-Opt-out-Kommunikation sowie auf sich aus der Analyse abzeichnende Ansätze für eine Opt-out-Kommunikationsstrategie.

- » Erkenntnisse aus der Digital-Health-Marktforschungsstudie (hc:spirit 2021) sowie die Analyse der Bevölkerungsbefragung und des Ärztepannels weisen auf gravierende Verständnis- und Akzeptanzprobleme der elektronischen Patientenakte an sich sowie des derzeitig praktizierten Opt-in-Verfahrens hin. Das legt den Schluss nahe, dass einer ePA-Opt-out-Kommunikation zunächst zwingend eine Kommunikationskampagne vorgeschaltet werden muss, die die ePA selbst bekannt macht, erklärt, von ihrem Nutzen überzeugt, Hürden und Hemmnisse ausräumt. Hierfür zeigt das vorliegende Impulspapier praktikable, direkt umsetzbare Handlungsempfehlungen auf.
- » Des Weiteren offenbart die wissenschaftliche Analyse Defizite der ePA selbst (inhalts- und funktionsschwach) sowie ihrer technischen / technologischen Umgebung. Ein zufriedenstellender Reifegrad der ePA-Ausführung sowie der Telematik- und IT-Infrastruktur wird im Rahmen dieses Impulspapiers als Voraussetzung für die dargelegten Kommunikationsempfehlungen betrachtet.
- » Die vom BMG angekündigte ePA-Opt-out-Entscheidungsdimension zur Forschungsdatenfreigabe durch die Versicherten wird im Rahmen dieses Impulspapiers nicht betrachtet, da es sich um einen separaten Forschungsgegenstand handelt.

Das vorliegende Impulspapier dient der Bestandsaufnahme und Analyse des Status quo sowie der Ableitung praxistauglicher Handlungsempfehlungen und Vorschläge für die Kommunikation des ePA-Opt-out-Verfahrens. Es ist als Diskussionsgrundlage zu verstehen, um die beteiligten Stakeholder aus ablehnenden oder abwartenden Positionen zu aktivem Handeln zu motivieren. Im Kern aller folgenden Überlegungen steht die bestmögliche Gesundheitsversorgung für mündige Versicherte und Patienten.

2 Situationsanalyse zum ePA-Opt-out-Verfahren

Der Ausgangspunkt dieses Impulspapiers ist eine Situationsanalyse, aus der die Einstellungen und Erwartungen sowie die psychologischen Hemmnisse, Ambivalenzen und Barrieren der Patienten/Versicherten zur Einrichtung, Datenverwaltung und Steuerung der ePA abgeleitet werden. Hierzu werden die Detailergebnisse der ePA-Bevölkerungsbefragung einer statistischen Analyse unterzogen. Folgend wird eine Stakeholder- und SWOT-Analyse entwickelt, in der neben der Zielgruppe der Versicherten auch die Leistungserbringer – mit Fokus auf die Ärzteschaft – sowie Krankenkassen vertiefend betrachtet werden.

2.1 Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Um herauszufinden, wie aufgeschlossen und aufnahmebereit sich die deutsche Bevölkerung für eine Opt-out-Lösung der ePA zeigt, gab die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit der Stiftung Münch eine bevölkerungsrepräsentative Befragung in Auftrag. Der Fragebogen wurde durch hc:spirit konzipiert. In den Monaten August/September 2022 führte das Marktforschungsinstitut Kantar eine bevölkerungsrepräsentative Face-to-Face-Haushaltsbefragung durch. Die Stichprobe umfasst 1.871 in Privathaushalten lebende deutschsprachige Bürgerinnen und Bürger im Alter ab 14 Jahren, die das Internet nutzen (hälftig als Probability-Sample und als Zufallsstichprobe; gewichtet).

Die Befragungsergebnisse lassen sich in **zehn Kernerkenntnissen zur ePA und zum ePA-Opt-out-Verfahren** zusammenfassen:

1. Informationsdefizit: Ein Viertel der Versicherten hat keine Nutzenerwartungen an die ePA.
2. ePA-Vertrauen und -Nutzungsbereitschaft sind eine Ost-West-Frage und abhängig vom Bildungsstatus.
3. Nutzensvorstellungen zur ePA fokussieren sich vorrangig auf den Arzt und die ärztliche Behandlungsqualität. Persönliche Mehrwertservices für sich selbst sind sekundär.
4. Arzt ist wichtigster Vertrauenspartner, Zugangskanal und Schaltzentrale für die initiale ePA-Einrichtung.
5. Eigene Datenhoheit gewünscht: Versicherte wollen in Eigenregie über Datenfreigabe an Ärzte entscheiden. Ostdeutsche sind skeptisch bezüglich Datenhandling.
6. Wissensdefizite und schwache Entscheidungskompetenz bei Dokumentenhandling und -freigabe an Ärzte.

7. Aufgaben für die Information, Aufklärung, Handlungunterstützung werden primär bei Ärzten und Krankenkassen verortet.
8. Datenschutz und Datensicherheit sind große Misstrauensfaktoren und ePA-Akzeptanzkiller.
9. Mehrheitliche Offenheit für automatisierte ePA-Bereitstellung, aber mit großen Ost-West-Unterschieden.
10. Opt-out ist extrem erklärungsbedürftig und kein Selbstläufer.

Nachfolgend ein Blick in die Details.

1 Informationsdefizit: Ein Viertel der Versicherten hat keine Nutzenerwartungen an die ePA

Mit einem kurzen Erklärtext stimmte der Fragebogen die Versicherten auf das Thema „elektronische Patientenakte“ ein: *„In Deutschland haben seit Januar 2021 alle Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, eine elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen. Dabei handelt es sich um eine Smartphone-App, die kostenlos von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird. In der Patientenakte können alle wichtigen Informationen rund um Ihre Gesundheit und zu Ihrer Krankheitsgeschichte abgespeichert und mit dem Arzt geteilt werden – zum Beispiel Arztbefunde, Diagnosen, Impfpass, Medikamentenübersicht, Vorsorgeuntersuchungen und Notfalldaten. Neben Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken nutzen auch Reha-Kliniken, Physiotherapeuten, Pflegepersonal und Hebammen die elektronische Patientenakte, sofern Sie ihnen den Zugriff erlauben.“*

- » Auf die zugehörige Frage, welche Erwartungen man mit der ePA verbindet, zeigen sich 25 Prozent der Befragten ohne jegliche Nutzenvorstellungen oder unwissend (vgl. Abbildung 1).
- » Unter denjenigen, die die ePA-Nutzung ablehnen, erkennen sogar 80 Prozent keinerlei Nutzen.
- » Ostdeutsche sehen die Sinnhaftigkeit der ePA kritischer als Westdeutsche. Fast 40 Prozent der ostdeutschen Befragten können sich keinen persönlichen Nutzen vorstellen.
- » Eine unterdurchschnittliche Erwartungshaltung zeigt sich auch bei Personen mit niedrigem Einkommen (Haushaltsnettoeinkommen monatlich unter 1.000 Euro) und geringem Bildungsstand (Volks- / Hauptschule). 42 Prozent der Geringverdienenden und 32 Prozent der Menschen mit niedrigerem Bildungsstand zweifeln, dass die ePA ihnen persönlich etwas bringt.

2 ePA-Vertrauen und Nutzungsbereitschaft sind eine Ost-West-Frage und abhängig vom Bildungsstatus

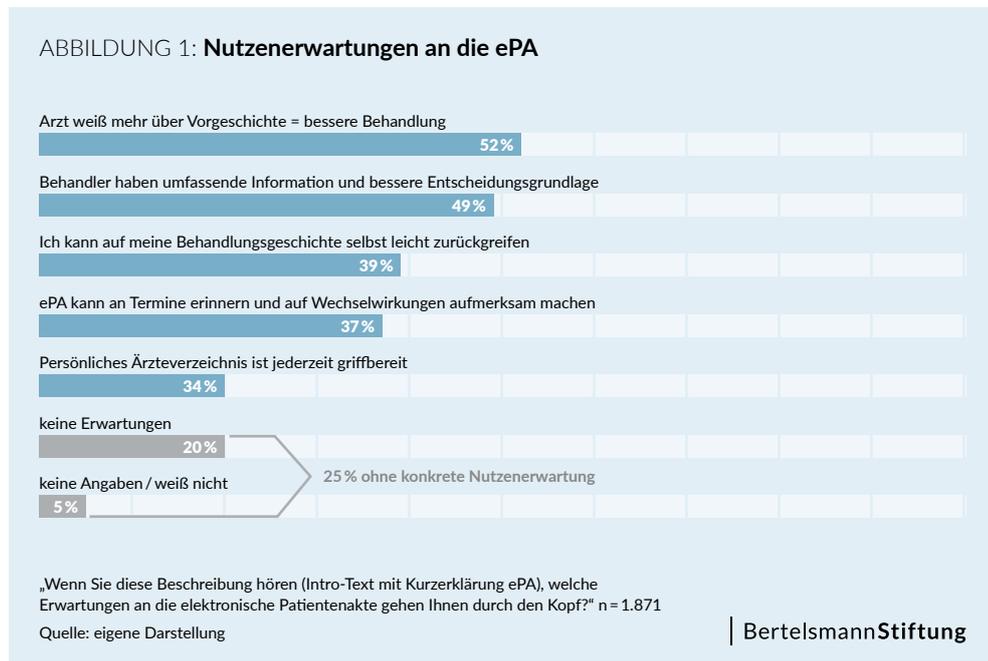
18 Prozent der Befragten lehnen eine ePA-Nutzung grundsätzlich ab (vgl. Abbildung 3).

- » Besonders hoch ist die Ablehnung in den neuen Bundesländern. Für 32 Prozent der Ostdeutschen kommt die ePA prinzipiell nicht infrage; unter den Westdeutschen sind es nur halb so viele.

- » Ein ähnliches Bild zeigt sich bei bildungsferneren und einkommensschwächeren Personen. 20 bis 23 Prozent der niedrigen und mittleren Bildungslevel sowie 30 Prozent der einkommensschwächeren Personen stehen der ePA-Nutzung ablehnend gegenüber.

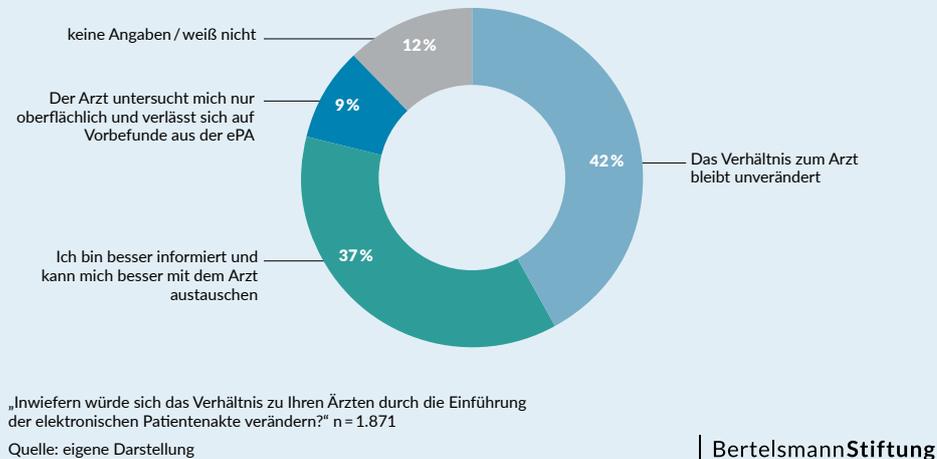
3 Nutzensvorstellungen zur ePA fokussieren sich vorrangig auf den Arzt und die ärztliche Behandlungsqualität. Persönliche Mehrwertservices für sich selbst sind sekundär

Nach konkreten Nutzenvorteilen gefragt, verorteten die Versicherten den Mehrwert der ePA nicht primär bei sich selbst, sondern bei einer anderen Instanz, dem Arzt.



- » Der Arzt kann besser behandeln und hat bessere Entscheidungsgrundlagen, so die Nutzenerwartung von je rund 50 Prozent der Befragten.
- » Die Stärkung des eigenen selbstbestimmten, aktiven Umgangs mit der Gesundheit spielt hingegen erst eine nachgeordnete Rolle. Für 39 Prozent ist der Rückgriff auf die eigene Behandlungshistorie wertvoll, 37 Prozent versprechen sich durch Mehrwertservices Vorteile, wie z. B. Erinnerungen an Vorsorge- oder Impftermine sowie Wechselwirkungschecks für Medikamente. Weiterhin ist für 34 Prozent die permanente Zugriffsmöglichkeit auf das persönliche Ärzteverzeichnis von Wert.
- » 4,2 Prozent sind der Meinung, dass sich durch die ePA die Arzt-Patienten-Beziehung nicht verändert (vgl. Abbildung 2).
- » 37 Prozent sehen den Vorteil, dank der ePA besser informiert zu werden und sich dadurch besser mit Ärzten austauschen zu können (vgl. Abbildung 2).
- » Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss und höherem Einkommen sehen höheren medizinischen Nutzen für sich selbst (Vorteil, dank der ePA besser informiert zu werden und sich besser mit Ärzten austauschen zu können).

ABBILDUNG 2: ePA-Wirkung auf das Behandlungsverhältnis

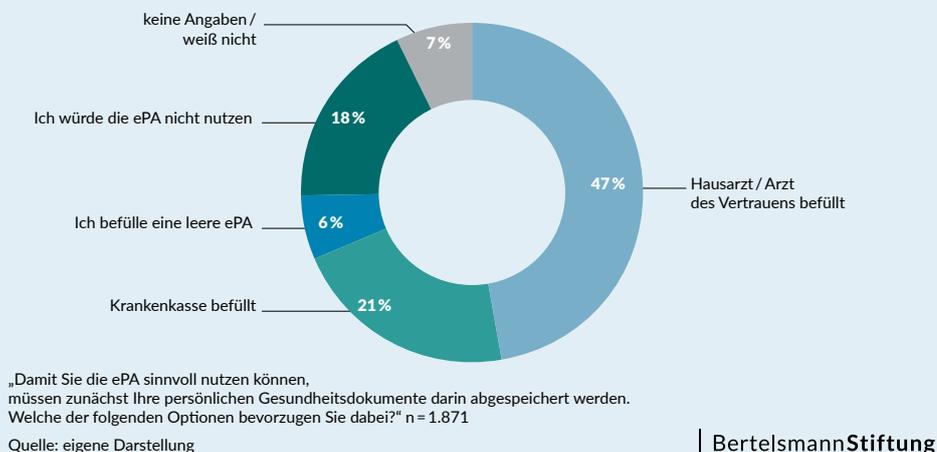


4 Arzt ist wichtigster Vertrauenspartner, Zugangskanal und Schaltzentrale für die initiale ePA-Einrichtung

Damit die ePA sinnvoll genutzt werden kann, müssen zunächst die persönlichen Gesundheitsdokumente darin abgespeichert werden, z. B. Arztbefunde, Röntgenbilder, Laborwerte. Für die initiale ePA-Befüllung sehen die Befragten klar den behandelnden Arzt in der Verantwortung.

- » 47 Prozent möchten, dass der Hausarzt oder Arzt des Vertrauens die Akte einrichtet.
- » Als Aufgabe der Krankenkassen wird die ePA-Erstbefüllung hingegen von 21 Prozent gesehen.
- » Nur 6 Prozent würden sich lieber in Eigenregie um das Einspeisen von Dokumenten kümmern (vgl. Abbildung 3).

ABBILDUNG 3: Initiale Einrichtung der ePA



5 Eigene Datenhoheit gewünscht: Versicherte wollen in Eigenregie über Datenfreigabe an Ärzte entscheiden. Ostdeutsche sind skeptisch bezüglich Datenhandling

Danach gefragt, wie eine Dokumentenfreigabe an die Ärzte innerhalb der ePA konkret aussehen soll, favorisieren 51 Prozent der potenziellen ePA-Nutzer eine Entscheidung in Eigenregie (vgl. Abbildung 4). Dabei hält es sich fast die Waage, ob man lieber das gezielte Freigeben oder das gezielte Ausblenden/Sperren bestimmter Dokumente für einzelne Ärzteguppen bevorzugt (vgl. Abbildung 5).

- » **Selbstentscheider:** Für 51 Prozent hat die eigene Datenhoheit Priorität. Sie möchten selbst entscheiden, wer welche Dokumente einsehen darf. Bedenkt man jedoch, dass 25 Prozent der Befragten keinerlei Nutzenvorstellungen zur ePA äußern, aber bezüglich der Dokumentenfreigabe eigenverantwortlich entscheiden wollen, lässt sich bereits hier auf einen großen Bedarf an verlässlicher Entscheidungsunterstützung für die Datenfreigabe schließen (Kommunikationsaufgabe).
- » **Transparente:** Im Gegensatz zu den Selbstentscheidern würden 40 Prozent der Befragten ihre ePA allen behandelnden Ärzten transparent und ohne Einschränkungen zur Verfügung stellen. Für sie spielt es keine Rolle, dass der Zahnarzt oder Orthopäde Dokumente einsehen kann, die der behandelnde Psychotherapeut in die Akte eingespeist hat.
- » **Verweigerer:** Ein verschwindend geringer Anteil von 3 Prozent der potenziellen ePA-Nutzer sperrt sich prinzipiell gegen Einblicke anderer in die eigenen Gesundheitsdokumente (vgl. Abbildung 4).

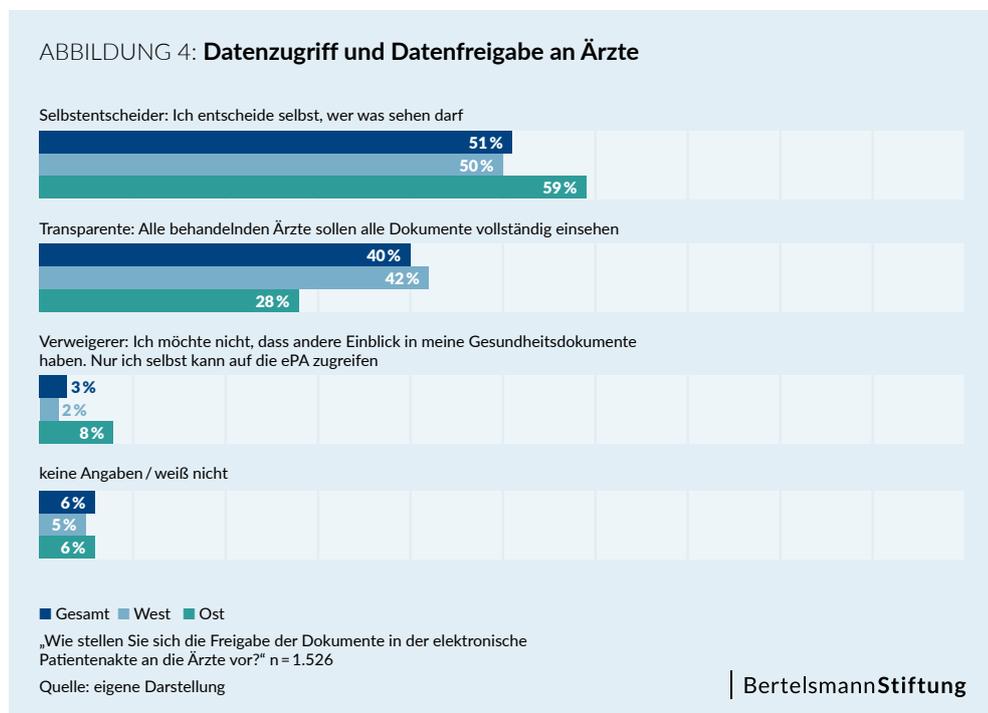
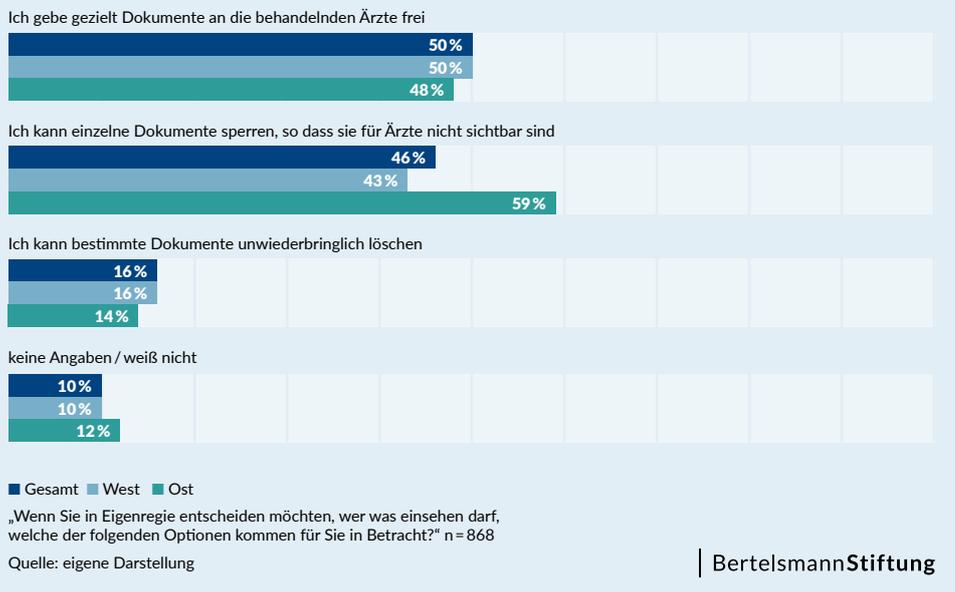


ABBILDUNG 5: **Selbstentscheider – Datenfreigabe an Ärzte**

Ostdeutsche verhalten sich bezüglich der Datenfreigabe restriktiver als Westdeutsche

- » **Selbstentscheider** in Ostdeutschland: 59 Prozent der potenziellen ePA-Nutzer präferieren eigenverantwortliches Entscheiden, wer welche Daten sehen darf (vgl. Abbildung 4).
- » **Transparente:** Freigabe für alle Ärzte ist in Ostdeutschland nur von 28 Prozent gewünscht, in Westdeutschland von 42 Prozent (vgl. Abbildung 4).
- » **Verweigerer:** 8 Prozent möchten nicht, dass andere einen Einblick in ihre Gesundheitsdokumente bekommen (vgl. Abbildung 4).
- » Auch hinsichtlich der **gezielten Dokumentenfreigabe** an bestimmte Ärzte verhalten sich die Ostdeutschen restriktiver. 59 Prozent der Selbstentscheider präferieren ein gezieltes Sperren und Ausblenden – in Westdeutschland sind es nur 43 Prozent (vgl. Abbildung 5).

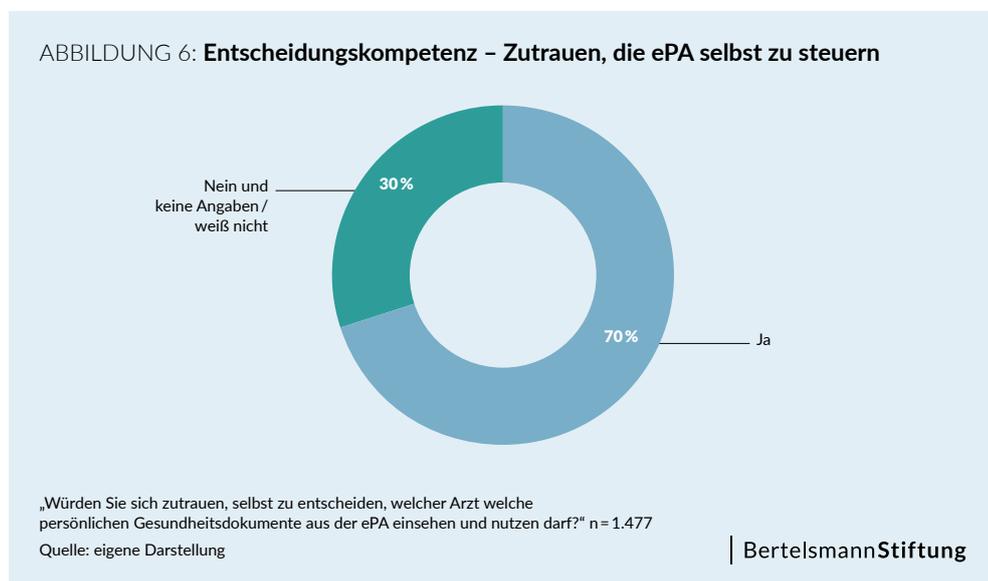
Zweigeteilt begegnen die Versicherten der Frage, ob die Ärzte die Dokumente in der ePA lieber selbstständig untereinander austauschen sollen (45 Prozent Zustimmung) oder ob man jeden einzelnen Schritt unter persönlicher Kontrolle halten möchte (47 Prozent Zustimmung).

- » Ostdeutsche äußern sich kontrollaffiner als Westdeutsche.
- » Die Zwiespältigkeit des Antwortverhaltens lässt auf Unsicherheit sowie Aufklärungsbedarf schließen und legt nahe, Wahlmöglichkeiten statt zwanghafter Routinen für die Dokumentensteuerung in der ePA vorzusehen.

6 Wissensdefizite und schwache Entscheidungskompetenz bei Dokumentenhandling und -freigabe an Ärzte

„Würden Sie sich zutrauen, selbst zu entscheiden, welcher Arzt welche persönlichen Gesundheitsdokumente aus Ihrer elektronischen Patientenakte einsehen und nutzen darf?“

- » 30 Prozent derjenigen, die ihre ePA mit Ärzten teilen würden, mangelt es an der nötigen Entscheidungskompetenz zu Dokumentenhandling und Freigabe. Ohne Erklärhilfen und Unterstützungsangebote würde sie scheitern (vgl. Abbildung 6).
- » Rechnet man die grundsätzlichen ePA-Ablehner hinzu, wäre das Defizit deutlich höher.



Besonders groß ist die Unsicherheit beim Dokumentenhandling in diesen Bevölkerungsgruppen:

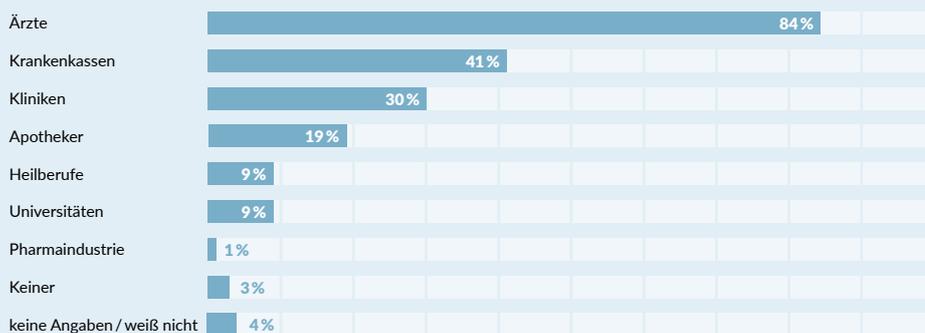
- » Jüngere/Generation Z: 47 Prozent
- » Einkommensschwache: 46 Prozent
- » Ostdeutsche: 43 Prozent
- » Bildungsschwache: 38 Prozent

7 Aufgaben für die Information, Aufklärung, Handlingunterstützung werden primär bei Ärzten und Krankenkassen verortet

Die **Ärztenschaft** genießt unter allen Instanzen des Gesundheitswesens zielgruppenübergreifend den größten **Vertrauensvorsprung**, wenn es um die Erklärung der ePA sowie auch um den verantwortungsbewussten Umgang mit den in der ePA hinterlegten Gesundheitsdokumenten geht (vgl. Abbildung 7).

- » Für 84 Prozent der potenziellen ePA-Nutzer ist der Arzt Vertrauenspartner Nr. 1, gefolgt von den Krankenkassen auf Rang 2.
- » Den Apotheken wird hingegen nur geringes Vertrauen entgegengebracht, mit den ePA-Dokumenten sorgsam umzugehen.
- » Gleiches gilt für wissenschaftliche Institutionen, wie Universitäten.

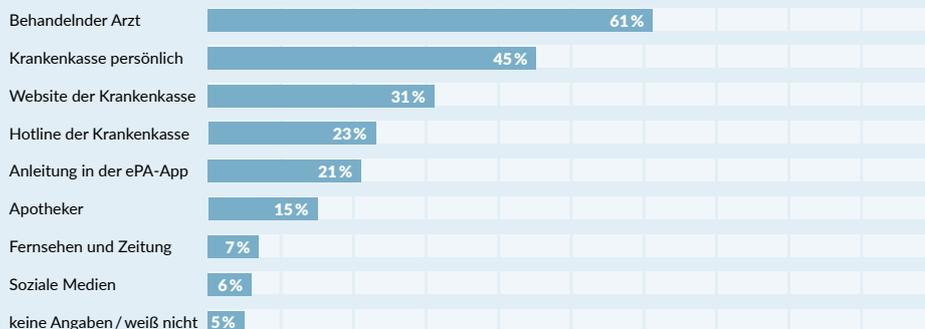
ABBILDUNG 7: Vertrauen bei Umgang mit Daten



„Wer genießt in Ihren Augen das größte Vertrauen, mit den Gesundheitsdokumenten in der ePA sorgsam und verantwortungsbewusst umzugehen?“ (max. 3 Optionen) n = 1.526
Quelle: eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 8: Unterstützung bei ePA-Nutzung



„Welche Unterstützung wünschen Sie sich, damit Sie mit Ihrer ePA gut umgehen können?“ (max. 3 Optionen) n = 1.526
Quelle: eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Die geäußerten Vertrauenspräferenzen legen nahe, dass die Versicherten den Arzt auch in der Hauptverantwortung sehen, ihnen die ePA-Benutzung zu erklären (vgl. Abbildung 8).

- » Eine besonders große Rolle als Unterstützungsinstanz spielt der Arzt für die mittleren und älteren Zielgruppen ab 40 Jahren.
- » Darüber hinaus erwarten die Versicherten persönliche Informationen und eine ePA-Anleitung auf den Webseiten ihrer Krankenkassen.
- » Öffentliche Medien (TV, Tageszeitungen) sind zwar nicht unter den Top 3 der von den potenziellen ePA-Nutzern präferierten ePA-Quellen, dennoch sollten sie bei der ePA-Kommunikation mitwirken.
- » Die jungen Zielgruppen (14- bis 29-Jährige) können sich überdurchschnittlich häufig vorstellen, dass ihnen die ePA auf Instagram, YouTube oder TikTok erklärt wird.

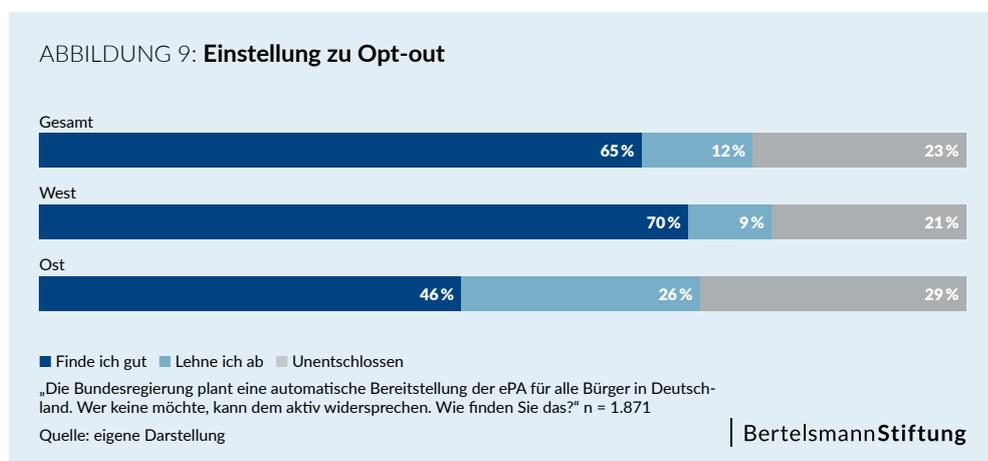
8 Datenschutz und Datensicherheit sind große Misstrauensfaktoren und ePA-Akzeptanzkiller

Die Angst vor Datenmissbrauch, vor Manipulation und vor Hacker-Angriffen ist für fast 50 Prozent der Versicherten ein essenzieller ePA-Akzeptanzkiller.

- » Die Bedenken bezüglich Datenschutzes und Datensicherheit der ePA sind bei Menschen aus Ostdeutschland sowie auch bei Älteren (60- bis 79-Jährigen) besonders stark ausgeprägt.
- » 32 Prozent sprechen ihrer Krankenkasse und 24 Prozent sprechen den Ärzten eine Datenschutzkompetenz ab. Sie befürchten, dass Ärzte bzw. Krankenkassen nicht vertrauenswürdig mit den bereitgestellten Daten umgehen.

9 Mehrheitliche Offenheit für automatisierte ePA-Bereitstellung, aber mit großen Ost-West-Unterschieden

65 Prozent der Versicherten stehen einer automatischen Bereitstellung der ePA für alle mit Widerspruchsrecht positiv gegenüber (vgl. Abbildung 9).

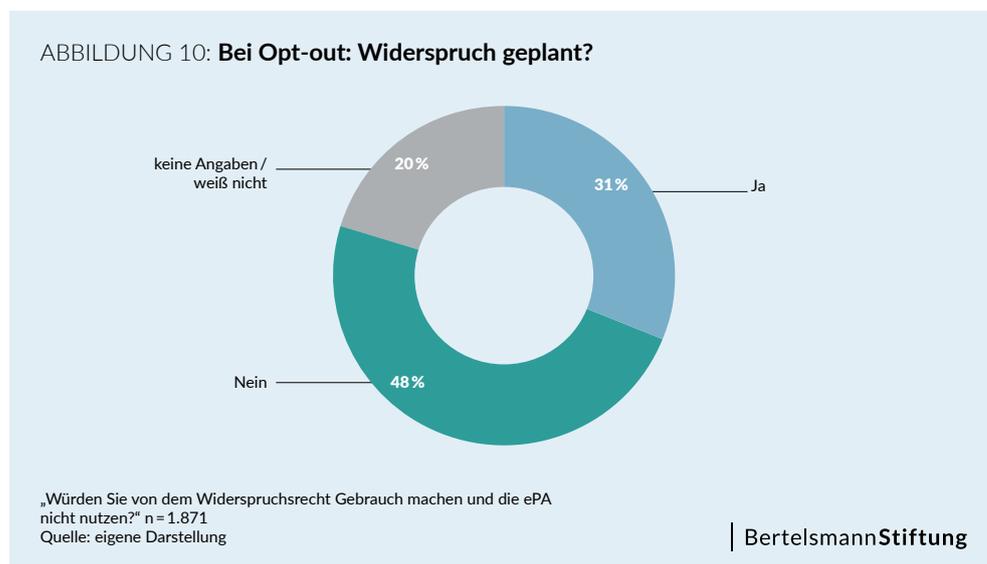


- » Die anderen 35 Prozent sind unentschlossen oder lehnen eine automatisierte ePA-Bereitstellung ab.
- » Auffällig ablehnend verhalten sich auch hier Menschen aus Ostdeutschland (55 Prozent Unentschlossene und Ablehner der automatisierten ePA-Bereitstellung).

10 Opt-out ist extrem erklärungsbedürftig und kein Selbstläufer

Wer die ePA nicht haben möchte, kann der automatisierten Bereitstellung aktiv widersprechen – für die Versicherten ist das auf Anhieb keinesfalls selbsterklärend.

- » Von diesem Widerspruchsrecht würden 31 Prozent der Versicherten aktiven Gebrauch machen und die ePA nicht nutzen. Weitere 20 Prozent sind unentschlossen (vgl. Abbildung 10).



- » Auch hier zeigt sich für die ostdeutschen Bundesländer ein auffällig skeptisches Bild. Während 40 Prozent der ostdeutschen Versicherten Widerspruch gegen die Einrichtung der ePA einlegen würden und 20 Prozent unentschlossen sind, sind es unter den Westdeutschen nur 29 Prozent (Widerspruch) und 19 Prozent (unentschlossen).
- » Daraus lässt sich ableiten, wie wichtig es ist, das Widerspruchsverfahren selbst einfach und leicht handhabbar zu gestalten sowie ausreichend darüber zu informieren.

Einordnung der Ost-West-Unterschiede

Ostdeutsche äußern im Vergleich zu den Westdeutschen geringere Erwartungen an die ePA, eine höhere Angst vor Datenmissbrauch und würden die ePA deutlich häufiger ablehnen bzw. sind unentschlossen, da es ihnen häufiger an einer Entscheidungskompetenz zum Umgang mit der ePA sowie mit Opt-out mangelt. Die Unterschiedlichkeit in der Haltung der ostdeutschen und der westdeutschen Befragungsteilnehmer durchzieht die gesamte Befragung. Woher rührt diese Diskrepanz?

Die Ursachen des skeptischen und ablehnenden Verhaltens der ostdeutschen Menschen ausschließlich auf das Produkt „elektronische Patientenakte“ zu beziehen, greift hier zu kurz und bedarf einer gesamtgesellschaftlichen Einordnung. Eine Erklärung lässt sich aus der generell höheren Unzufriedenheit der Ostdeutschen mit dem politischen System und den damit verbundenen politischen Entscheidungen in Deutschland ableiten. Indizien finden sich in wissenschaftlichen gesamtgesellschaftlichen Untersuchungen (u. a. Der Beauftragte der Bundesregierung für Ostdeutschland 2022), in denen die gravierenden Ost-West-Unterschiede thematisiert werden. Hiernach sind mit der Demokratie in Deutschland aktuell 59 Prozent der Westdeutschen, aber nur 39 Prozent der Ostdeutschen zufrieden. Des Weiteren nehmen nur 23 Prozent der Ostdeutschen eine soziale Gerechtigkeit in Deutschland wahr – in Westdeutschland liegt der Anteil bei 33 Prozent. Auch mit der Gesundheitsversorgung vor Ort (medizinische Versorgung, Ärzte, Fachärzte, Apotheken) sind Ostdeutsche auffällig unzufriedener. Während über 70 Prozent der Westdeutschen die Gesundheitsversorgung vor Ort als positiv bewerten, liegt der Anteil in Ostdeutschland nur bei ca. 63 Prozent (a. a. O.).

Die Demokratie-Unzufriedenheit in Ostdeutschland betrifft alle gesellschaftlichen Ebenen – sie zeigt sich u. a. auch in der höheren Ablehnung von Coronamaßnahmen sowie in der größeren generellen Unzufriedenheit mit der deutschen Politik, z. B. im Umgang mit dem Ukraine-Konflikt (Ehni 2022).

Daraus lässt sich schließen, dass eine höhere Ablehnung der ePA in Ostdeutschland kein Phänomen ist, das isoliert für sich allein steht. In den Fragestellungen der Repräsentativbefragung wurde die Einführung des ePA-Opt-out-Verfahrens als eine politische Entscheidung erklärt. Eine Ablehnung der ePA muss sich daher nicht unbedingt nur darauf beziehen, dass die ePA als solche auf Widerstand stößt, sondern die mit ihr verbundenen gesetzlichen Regularien. Mit der Ablehnung der ePA kann daher auch eine Ablehnung des politischen Systems artikuliert werden. Problematisch an der höheren Ablehnungsquote in Ostdeutschland ist jedoch auch, dass insbesondere in den neuen Bundesländern die ePA besondere Nutzenpotenziale mit sich bringen würde. Schließlich ist vor allem in ländlichen Regionen das Ärztenetz geringer ausgebaut und Ostdeutsche sind mit der medizinischen Versorgung vor Ort unzufriedener als Westdeutsche.

2.2 Stakeholderanalyse

Aus der Analyse der Bevölkerungsbefragung ergeben sich folgende drei zentrale Stakeholdergruppen, die für die ePA und die ePA-Kommunikation entscheidende Schlüsselrollen einnehmen: Die **Patienten/Versicherten** und die **Leistungserbringer** als ePA-Nutzer (allen voran die Ärzte als Vertrauenspartner Nr. 1 der Versicherten und potenzielle ePA-Multiplikatoren) sowie die **Krankenkassen** als ePA-Bereitsteller. Für diese drei Kernstakeholdergruppen werden nachfolgend Chancen und Risiken bzw. Potenziale gegenübergestellt, die für die ePA und das ePA-Opt-out-Verfahren elementar sind. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird die Stakeholderanalyse jeweils mit O-Tönen der einzelnen Zielgruppen untermauert.

2.2.1 Patienten und Versicherte

Chancen

- » **75 Prozent** der Versicherten haben **positive Nutzenerwartungen** an die ePA (Bertelsmann und Münch 2022).
- » Größter **Nutzensvorteil** wird in **verbesserter ärztlicher Behandlung** gesehen (Arzt kann besser behandeln, bessere Entscheidungsgrundlagen im Behandlungskontext, Bertelsmann und Münch 2022).
- » ePA kann **Alltagserleichterung** und **Bürokratieentlastung** ermöglichen: schnellere, einfachere Anliegenabwicklung (hc:spirit 2021).
- » Gebündelter **Überblick** über eigenen **Gesundheitszustand**, Diagnosen, Krankheitsverlauf, Arztbesuche, Medikamente (hc:spirit 2021).
- » **Personalisierung** der Gesundheitsvorsorge; echtes **Gesundheitsmanagement** für Patienten: Krankenkasse kann viel zeitnäher im Behandlungskontext personalisierte Leistungs- und Mehrwertangebote empfehlen (TK Experteninterview 2022).
- » ePA stärkt **eigene Gesundheitskompetenz**: eigene Gesundheit selbstbestimmt managen (hc:spirit 2021).
- » **Mehrheit der Bevölkerung (65 Prozent)** zeigt grundsätzlich **Offenheit für automatisierte ePA-Bereitstellung** durch Opt-out (Bertelsmann und Münch 2022).

Risiken/Potenziale

- » **25 Prozent** der Versicherten **ohne jegliche Erwartungen** an die ePA; riesiges **Informationsdefizit** (Was ist die ePA? Was bringt sie mir?) (Bertelsmann und Münch 2022).
- » Versicherte verorten **ePA-Nutzen primär bei anderen Instanzen** (Arzt), persönlicher Nutzwert (Vorteile für sich selbst) ist hingegen weit weniger klar (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **Registrierung** und **Authentifizierung aufwendig, umständlich und hürdenreich**: Geschäftsstellenbesuch für Legitimation nicht praktikabel (hc:spirit 2021).
- » **ePA-Nutzung** in aktueller Ausführung erzeugt **Frust, Ernüchterung, Ablehnung**; ePA ist inhaltsleer; verprellte Nutzer würden ePA dauerhaft meiden (hc:spirit 2021).
- » **Skepsis, Angst und Unsicherheit: Datenschutz** ist größter **Misstrauensfaktor** und **ePA-Akzeptanzkiller** (Bertelsmann und Münch 2022).
- » Zielgruppenübergreifende **Defizite bei Digital- und Entscheidungskompetenz** (Wie gehe ich mit der ePA um?); geringste digitale Gesundheitskompetenz: **Ältere** sowie **konservativ-orientierte** Personen und Personen mit **geringerem Einkommen** und **geringerer Bildung** (Bertelsmann und Münch 2022; acatech und Körber-Stiftung 2022).
- » **60 Prozent** der Ärzte **sprechen den Patienten Digitalkompetenz ab** (acatech und Körber-Stiftung 2022).
- » **Opt-Out ist kein Selbstläufer**: 51 Prozent würden vom aktiven Widerspruchsrecht Gebrauch machen, um ePA nicht zu nutzen, oder sind unentschlossen (Bertelsmann und Münch 2022).
- » Bereitschaft zu ePA-Opt-out zeigt starkes **Ost-West-Gefälle**: 68 Prozent der Ostdeutschen würden vom aktiven Widerspruchsrecht Gebrauch machen oder sind unentschlossen; Ostdeutsche sind gegenüber ePA misstrauischer und restriktiver, z. B. hinsichtlich Datenfreigabe an Ärzte, Angst vor Datenmissbrauch (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **ePA-Readiness** geringer ausgeprägt auch bei Bildungs- und Einkommensschwachen; Defizite auch bei Zukunftszielgruppe Generation Z (Bertelsmann und Münch 2022).

Versicherten-O-Töne zum Datenschutz (Digital Health Marktforschung, hc:spirit 2021):

- » *Ich frage mich schon, wie das mit der Sicherheit funktionieren soll.*
- » *Man will wissen, dass es wirklich safe ist, dass es nicht gehackt werden kann.*
- » *Wie kann ich darauf sicher zugreifen, d. h. wie wird dafür gesorgt, dass der Zugriff nur durch mich erfolgen kann?*
- » *Wenn ich z.B. eine psychische Vorgeschichte hätte, würde ich Wert darauf legen, dass das keiner erfährt – das hat niemanden zu interessieren.*
- » *Das mit der Freigabe ist mir zu viel Entscheidungsfreiheit, ich kann mich nicht um alles kümmern. Nicht, dass das zu bürokratisch wird.*
- » *Datenschutz ist wichtig, aber man darf die Sachen auch nicht verkomplizieren.*
- » *Man möchte nicht Jura studieren, nur um digitale Sachen auszuprobieren. Habe keine Lust, meterlange Datenschutzerklärungen dazu zu lesen.*
- » *Was mache ich, wenn ich Daten versehentlich lösche? Wie kommt man dann da ran?*
- » *Wenn ich die ePA verliere, habe ich dann noch Zugang zu den wichtigen Leistungen der Kasse?*

Großer Aufklärungsbedarf besteht demnach bezüglich der in der ePA verwalteten Daten (Berechtigungsvergabe, Sicherheit, Schutz). Den Versicherten ist unklar, wo und wie die persönlichen Daten gespeichert werden und welche Wiederherstellungsmöglichkeiten bei Verlust, Löschung oder Zerstörung von Daten vorgesehen sind. Gleichzeitig wünschen sich die Versicherten gut verständliche Informationen zum Datenschutz. Außerdem besteht Angst vor Datenverlust und damit vor Verlust der eigenen psychologischen Existenz.

Versicherten-O-Töne zur ePA-Registrierung, Anmeldung und Nutzung (hc:spirit 2021):

- » *Wenn man sowas wie die ePA auf den Markt bringt, dann erwartet man, dass es zu funktionieren hat, von der Registrierung bis zu den Funktionen.*
- » *Hätte Dokumentation von Befunden, Behandlungshistorien, Röntgenaufnahmen erwartet. Aber anscheinend war ich noch nie beim Arzt.*
- » *War völlig nervig. Habe die App dreimal deinstalliert und neu installiert.*
- » *Hatte das Gefühl, dass sich die Registrierung im Kreis dreht. Es ging nichts vor und nichts zurück. Es war ein anstrengender, langwieriger Prozess.*

2.2.2 Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte

Chancen

- » Grundsätzliche **Skepsis** der Ärzteschaft bezüglich der Digitalisierung hat sich Umfragen zufolge **verringert** (Bitkom 2022a).
- › 76 Prozent der Ärzte sehen Digitalisierung als Chance für das Gesundheitssystem (Bitkom 2022a).
- › Vor allem jüngere Mediziner befürworten Ausbau digitaler Gesundheitsangebote inkl. ePA (acatech und Körber-Stiftung 2022).
- » **TI-Anbindung** liegt bei fast 100 Prozent.
- » Ärzte genießen bei den Versicherten zielgruppenübergreifend den **größten Vertrauensvorschuss**; Arzt hat für Versicherte „DIE“ entscheidende **Schlüsselfunktion** als: Vertrauenspartner, Zugangskanal, Unterstützungsinstanz, Infoquelle, Schaltzentrale (Bertelsmann und Münch 2022).
- » Arzt = **Vertrauenspartner Nr. 1** sowohl für initiale ePA-Einrichtung als auch für ePA-Handling im Behandlungskontext (Bertelsmann und Münch 2022).
- » Mehr als 80 Prozent der Bevölkerung würden Ärzten ihre anonymisierten **Daten** zur Verfügung stellen (acatech und Körber-Stiftung 2022).
- » ePA-Nutzen für Ärzteschaft liegt in der **koordinierenden Versorgung** zwischen Hausarzt, Facharzt- und stationärer Ebene.
- » Verbesserung der **Behandlungsqualität** wird erwartet: Professionsübergreifend sind Notfalldatensatz und Medikationsplan (Wechselwirkungscheck) Basic-Features und Motivationstreiber, die bereits in jetziger ePA-Ausbaustufe Nutzenakzeptanz bei den Leistungserbringern erzielen.
- » Flächendeckendes Ärztenetz bietet Potenzial für **niedrigschwiligen ePA-Zugang**:
 - › 55.000 Hausärzte
 - › Jährlich eine Milliarde persönliche Haus-/Facharzt-Patienten-Kontakte im Behandlungskontext (KBV 2022)

Risiken/Potenziale

- » Unausgereifte/nicht funktionierende **Telematikinfrastruktur (TI)** ist **Skepsistreiber**; Ärzte fühlen sich als Versuchslabore für nicht funktionierende digitale Lösungen (Ärztepanel 2022).
- » **Geringe TI-Readiness** (Heilberufsausweise vorhanden, nutzbar, Konnektoren funktionieren und mindestens eine TI-Anwendung installiert):
 - › Arztpraxen 43 Prozent
 - › Zahnarztpraxen 56 Prozent
 - › Psychotherapeutische Praxen 39 Prozent
 - › Krankenhäuser 24 Prozent (gematik 2022b)
- » **Geringe ePA-Readiness** (Ausstattung mit ePA-Modul):
 - › Arztpraxen 49 Prozent
 - › Krankenhäuser 25 Prozent (gematik 2022b)
- » **ePA-Nutzungsquote** beträgt nur 4 Prozent (gematik 2022b).
- » Bisläng **keine/geringe Patientennachfrage** nach ePA in Hausarztpraxen.
- » Nur 14 Prozent der **Ärzte** weisen Patienten **aktiv** auf ePA hin (Bitkom 2022b).
- » In aktueller ePA-Ausführung **kein Arztnutzen** für den Berufsalltag erkennbar.
- » Informations- und **Wissensdefizite**: ePA-Nutzen für Ärzte nicht klar und nirgends erklärt (Ärztepanel 2022).
- » Professionsübergreifend geringe Bereitschaft, proaktive **Multiplikatorenrolle** zu übernehmen; Ärzte plädieren für arztgeführte statt patientengeführte Akte.
- » ePA im ärztlichen Berufsalltag **nicht praktikabel** (Ärztepanel 2022):
 - › Bürokratie und „PDF-Unsinn“
 - › Ressourcenprobleme: Mangel an Zeit, Personal, Infrastruktur
 - › Sorge, dass Arztpraxis nicht mehr arbeitsfähig ist
 - › Kostenintensiv
 - › Aufgabendelegierung an Medizinische Fachangestellte (MFA) aktuell nicht praktikabel, da diese nicht ePA-qualifiziert.
 - › ePA hält keine strukturierten Daten bereit, ist nicht tauglich für haus- / fachärztliche Tätigkeit und für Klinikprozesse.

Chancen

- » **Positives Votum für Opt-out-Lösung** der ePA durch Ärztag 2022 (Beneker 2022).
- » Eckpunktepapier des **Hausärztesverbandes** unterbreitet Vorschläge zur ePA-Nutzung inkl. Opt-out im hausärztlichen Versorgungsalltag (Deutscher Hausärztesverband 2022):
 - › Pragmatische Vergabe von Zugriffsrechten
 - › Fokussierung der ePA auf besonders relevante Daten (Befunde, Diagnosen, Allergien, Medikation, Impfdokumentation)
 - › Integration von Mehrwertdiensten (Vorsorge- und ImpfreCALL) erst im zweiten Schritt
 - › Unterstützungsangebote für die Auswertung und Analyse der ePA-Daten (Suchalgorithmen, Analysetools)
- » ePA-Readiness bietet zukünftig die Chance, **regulärer Qualitäts-/Servicestandard** für Arztpraxen und Kliniken zu werden (Wettbewerbsvorteil, Qualitätsnachweis vergleichbar Angebot Onlineterminbuchung oder Videosprechstunde).

Risiken/Potenziale

- » **Ethische Bedenken** und Misstrauen bezüglich des Umgangs mit sensiblen Daten und F-Diagnosen; Opt-out wird als Vertrauensbruch im Arzt-Patientenverhältnis wahrgenommen; Berufsethos wird verletzt (Ärztepanel 2022).
- » Skepsis bezüglich **Überprüfbarkeit** der leitliniengerechten ärztlichen Behandlung (Angst vor **Leistungserbringertransparenz**): Niedergelassene Ärzte reagieren z. T. mit Störgefühlen und **Ablehnung** auf die Vorstellung, Behandlungsdaten mit Patienten und mit anderen ärztlichen Fachprofessionen **transparent zu teilen**.
- » **Unterschiede/Polarisierung** bei der ePA-Nutzungsbereitschaft je nach ärztlicher **Profession**:
 - › Verfestigte **Ablehnung** bei psychologischen Psychotherapeuten (Ärztepanel 2022); Berufsverbände bringen bereits vorgefertigte Patientenformulare für Opt-out-Ablehnung in Umlauf.
 - › **Klinikärzte** sehen in ePA **größeren Mehrwert** als **niedergelassene Ärzte**: 76 Prozent der Klinikärzte sind vom Nutzen standardisierter Dokumente in der ePA überzeugt; bei den **niedergelassenen Ärzten** sind es nur **39 Prozent** (gematik 2022b).
- » Angst vor Datenlecks, Cyberangriffen, **Datenschutzbedenken** (betrifft 82 Prozent der niedergelassenen Ärzte) und starker Wunsch nach mehr Aufklärung im Umgang mit IT-Sicherheit (Bitkom 2022b; Ärztepanel 2022).
- » **Mentale Hürden**: gewohnte analoge TOP-2-Kommunikationswege Telefon und Fax verlässlich funktionierend (Bitkom 2022b); Neues zu lernen, erfordert Aufwand.
- » Fehlende Anreize und **Honorierung** für die Einrichtung, Pflege und Erklärung der ePA (Ärztepanel 2022).
- » Insgesamt: **Unwissenheit und begründete Skepsis gegenüber ePA generell und ePA-Opt-out**.

Ärzte-O-Töne (Ärztepanel 2022):

Unwissenheit, Informationsdefizite, Nutzwert nicht erkennbar

- » *Soweit ich weiß, kostet die ePA den Versicherten was. Ich hatte bis jetzt den Eindruck, die Patienten müssen für die ePA bezahlen ...*
- » *Ich finde es ganz schwer, über Opt-out zu sprechen, wenn ich gar nicht weiß, wie die ePA innen-drinnen aussehen soll.*
- » *Solange ich den Nutzen nicht kenne, will ich die ePA in meiner Praxis nicht haben. Machen Sie erst mal ein System fertig, das funktioniert, wo ich Nutzen drin sehe, bevor wir über Opt-out reden. Ich hab so viele Fragen, die nicht beantwortet werden. Ich werde mir erst die ePA holen, wenn ich vom Nutzen überzeugt bin.*
- » *Das, was wir bisher wissen, ist viel zu wenig, viel zu schwammig, viel zu unpraktikabel und behindert uns im Alltag.*

Fehlende Praxistauglichkeit

- » *Ich halte von der ePA nix. Wenn der Patient einen Leitz-Ordner mit 120 Seiten mitbringt, wo alle Rechnungen, Zuzahlungen, Apothekenquittungen usw. drin sind, habe ich in dem Ordner den benötigten Entlassbrief schneller gefunden, als wenn ich 120 PDFs in der ePA durchsuchen muss. Den Zeitfaktor habe ich nicht.*
- » *PDF-Geschichten ... Da habe ich lieber Papierordner vor mir. Bringt mir keinen Mehrwert.*
- » *Solange wir von „PDF-Unsinn“ reden, wird das nichts.*
- » *Wer pflegt die ePA? Wenn das Aufgabe des Arztes sein soll, dann kann ich meinen Beruf aufgeben. Der elektronische Arztbrief braucht schon die dreifache Zeit. Das eRezept und die eAU werden ebenfalls mehr Zeit brauchen. Meine Arztpraxis ist dann nicht mehr arbeitsfähig.*
- » *Patienten sollen beraten werden über die ePA, das muss der Hausarzt dann machen. Ich hatte heute Morgen 50 Patienten, nur vormittags. Wann sollen wir das alles machen? Dann haben wir nur noch Bürokratie und keine Zeit mehr für die Behandlung!*
- » *Daten, die ich von anderen Ärzten brauche, kriege ich unkompliziert. Da rufe ich schnell an. Die ePA ist da kein besonderer Fortschritt.*

Datenschutzbedenken

- » *Als Neurologin, Psychiaterin habe ich mit den sensibelsten Patientendaten zu tun und fühle mich als Anwalt meiner Patienten, die sind nicht in der Lage, für sich zu sorgen. Ich habe datenschutzrechtliche Probleme. Die ePA ist nicht geeignet für psychotherapeutische Daten.*
- » *Wer sagt, welche Daten sind sensibel und welche nicht? Jeder Arzt entscheidet anders, was sensibel ist. Sobald man Datenhoheit den Patienten wegnimmt, hat er sie verloren und das Risiko, dass sensible Daten in Hände geraten, wo sie nicht hingehören.*
- » *Ich bin Arzt geworden, weil ich auf Evidenz arbeiten will. Das System muss funktionieren, statt zwangsweise Opt-out zu machen.*

- » *Wenn jeder in die ePA was reinstellt und rausnimmt, ist das für mich unbrauchbar. Ich sehe juristische Probleme, wenn etwas in der Akte drin ist und ich habe es nicht gelesen. Das Haftungsproblem ist nicht gelöst. Ich bin nicht bereit, das zu tragen und zu zahlen.*
- » *Man kann kein Vertrauen mehr in die Politik haben. Man wird ungefragt verdatet. Opt-out ist ein totaler Vertrauensbruch. Wenn die Vernetzung da ist, gibt es keine Chance mehr, Daten zu löschen. Irgendwo wird ein Backup gespeichert sein, das Gelöschtes wiederherstellen kann.*
- » *Es muss sichergestellt sein, dass kein Patient bei einem Arzt Daten sieht, die er dort nicht haben will. Solange das nicht klar ist, mache ich es (gemeint ist die ePA) nicht.*
- » *Wir Ärzte werden rangezogen, um die Datenbanken zu füllen. Das bringt ausschließlich gesellschaftlichen Nutzen.*
- » *Die Krankenkassen sollten keinen Zugriff auf die ePA haben. Da gibt es immer wieder Probleme.*

Nutzen durch koordinierende Versorgung

- » *Ärzte haben Datenhunger. Vorbefunde sind wichtig für die Behandlung, muss man sich mühsam zusammensuchen. Die ePA wäre da schon eine riesige Erleichterung. Aber man muss das trennen von Datenschutz.*
- » *Ich kann keinen PDF-Unsinn erkennen! Wir brauchen ein anderes Narrativ. Wenn wir warten, bis wir alle strukturierten Daten haben, wird das nichts. Wir müssen erst mal anfangen, darüber diskutieren. Sonst sagen wir alle, das kann ja gar nicht funktionieren.*

2.2.3 Krankenkassen

Chancen

- » Gesetzliche Verpflichtung zur **ePA-Bereitstellung** für jeden Versicherten seit 1.1.2021; Krankenkassen haben zuverlässig „geliefert“.
- » Krankenkassen haben Motivation und großes Interesse daran, dass **ePA aktiv im Versorgungsprozess eingesetzt** wird (TK Experteninterview 2022):
 - › Verbesserung der Behandlungsqualität und Versorgung v. a. für chronisch Kranke
 - › Vermeidung von Doppeluntersuchungen
 - › Proaktive Versorgungssteuerung gesunder, krankenkassenferner Zielgruppen (Vorsorge und Prävention)
 - › Möglichkeit von Mehrwertangeboten für die Versicherten
- » Krankenkassen sind nach Ärzten **zweitwichtigster ePA-Vertrauenspartner**, Unterstützungsinstanz und Infoquelle für die Versicherten (Bertelsmann und Münch 2022).

Risiken/Potenziale

- » ePA ist in aktueller Ausführung **inhaltsleer** und ohne Nutzenvorteile für die Versicherten.
- » Ärzte sind nicht **ePA-ready**.
- » Umstieg auf **Opt-out** ist **kostenintensiv**: Umbau der PVS- und KIS-Systeme sowie der ePA-Akten-systeme erforderlich; Aufwand muss langfristig durch Wirtschaftlichkeit kompensiert werden.
- » Großteil der Krankenkassen nimmt bislang in der ePA-Kommunikation **abwartende, passive Haltung** ein (keine proaktive Versichertenkommunikation); Ursache ist die geringe bzw. ablehnende Haltung der Ärzte („Henne-Ei-Prinzip“).
- » **Widerspruch** aus Sicht der Versicherten: **Krankenkasse bietet ePA an, rät aber von der Nutzung ab** (Eindruck „ePA ist ungeliebtes Stiefkind der Krankenkasse“; hc:spirit 2021).
- » Misstrauen in der Kundenbeziehung: Krankenkassen werden von den **Versicherten** als **„bürokratische Machtinstanz** und gesichtslose Behörde“ wahrgenommen (hc:spirit 2021; 2022).

Chancen

- » Gesetzliche Verpflichtung, **digitale Gesundheitskompetenz zu vermitteln** (§ 20k SGB V).
- » Kassen investieren in **E-Learning-Portale für Versicherte** zur Vermittlung von digitaler Gesundheitskompetenz:
 - › Z. B. Portal „Digital Mitreden“ der pronova BKK in Kooperation mit „digitransform.de“ (<https://pronovabkk.digitalmitreden.de/#/>)
 - › Kooperation von mhplus, Mobil Krankenkasse mit „Digitales Gesundheitswesen“ (<https://digitales-gesundheitswesen.de/>)
- » Kassen investieren in **Schulungs-/Weiterbildungsangebote für Ärzte**:
 - › BARMER finanziert z. B. **E-Learning-Plattform für Ärzte** zur ePA, eAU und eRezept mit kostenlosem Zugang für Arztpraxen
 - › Pilotprojekt mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Hamburg und Brandenburg; Kooperationspartner „Digitales Gesundheitswesen GmbH“ (BARMER Experteninterview 2022)
- » Im Rahmen von Hausarztverträgen wird das **Befüllen und Aktualisieren der ePA von den Kassen honoriert**; Beispiel: Hausarztvertrag TK mit Hausärzterverband und MEDI Baden-Württemberg; positiver Nebeneffekt: Hausärzte sind verpflichtet, TI-Infrastruktur aktuell zu halten (Ärztezeitung 2022).
- » **ePA-Zusatzservices sind wettbewerbsrelevante Differenzierungsfaktoren**:
 - › Anreicherung der ePA durch kassenindividuelle Mehrwertdienste wird ePA-Attraktivität für die Versicherten erhöhen
 - › Beispiele: Personalisierte, indikationsspezifische Vorsorge- und Versorgungsangebote (Experteninterviews Kassen 2022)
- » **Intelligente Integration der ePA in Kassen-App** bietet Chance, die ePA als **wertigen Gesundheitsmanager** zu positionieren.
- » ePA in fortgeschrittener Ausbaustufe hat das Potenzial, **Plattform** für Versicherte, Behandler und Gesundheitspartner zu werden. Therapie wird durch Ökosystem begleitet.
- » Erste Gehversuche zu **ePA-Kommunikation** gestartet; Erfahrungen für Opt-out-Kommunikation nutzbar (Experteninterviews Kassen 2022).

Risiken/Potenziale

- » **Parallelwelt ePA und Kassen-App** sind Nutzungshürden für die Versicherten (hcs:spirit 2021).
- » **Registrierung und Legitimation** sind für Versicherte aufwendig, umständlich und hürdenreich.
- » Zugang zur ePA ist seit August 2022 zusätzlich erschwert, da **Video-Ident-Verfahren nicht mehr zulässig ist**.
 - › Folge: **Rückgang** der ePA-Registrierungen um bis zu 100 Prozent, hohe Abbruchquoten (Experteninterviews Kassen 2022)
 - › Aktuell **keine** gleichwertige, alltagstaugliche **Registrierungsalternative** vorhanden
 - › Nur 18 Prozent der Versicherten besitzen NFC-fähige **eGK** und **11 Prozent** den zugehörigen **PIN** (gematik 2022b)
- » **PostIdent und Registrierung sind in Filiale unpraktikabel**.
- » **Elektronische Identität (eID) ist als Schlüssel für ePA-Zugang in Deutschland (noch) nicht etabliert**:
 - › **Onlineausweisfunktion** Personalausweis wird von weniger als 10 Prozent der Bevölkerung genutzt (Initiative D21 2022)
 - › Ursache für Nichtnutzung: **Keine** praxistauglichen **Anwendungsfälle** vorhanden, Verständnisprobleme, PIN-Brief verwirrend usw. (Digital Service 2022)
- » **Datensicherheit ist Killerargument für die ePA (Experteninterviews Kassen 2022)**:
 - › 100-prozentige IT-Sicherheit ist illusorisch, da IT stets auch Organisationen und menschliches Handeln umfasst
 - › Datensicherheit an andere Institutionen zu delegieren, greift zu kurz; Versicherte selbst müssen lernen, eigene Verantwortung für Datensicherheit zu tragen
 - › Kassen sind keine „Datenschutzerziehungspolizei“
 - › **Polarisierende** Berichterstattung über angebliche Datenlecks (CCC) ist kontraproduktiv
- » **32 Prozent der Versicherten sprechen Krankenkassen Datenschutzkompetenz ab** (Bertelsmann und Münch 2022).

Chancen

- » **Kassenkampagnen** zur ePA-Opt-out-Kommunikation in Planung (BARMER und TK Experteninterviews 2022).
- » Projekte zur **Schulung der Kassenmitarbeiter** in Gesundheitskompetenz etabliert (Experteninterviews Kassen 2022).

Risiken/Potenziale

- » **Öffentlich zugängliche ePA-Infos** sind oft inhaltsschwach, **nicht laienverständlich**, in sperriger, techniklastiger Sprache (z. B. „ePA der gematik“, Warum braucht man eine NFC-fähige Karte? Was ist das? ...).
- » Krankenkassen-**Mitarbeiter** sind z. T. **zu wenig ausgebildet über ePA, Informationsdefizite** (Ausbildung zum SoFa 1993 zuletzt reformiert – Digitalkompetenz kein Bestandteil).
- » Beziehung der Kassen zur gematik ist nicht störungsfrei und die **Kommunikation mit gematik** z. T. **konfliktbehaftet**.
- » Verhältnis der **Ärzte** zu den Kassen ist von **Misstrauen** geprägt: Ärzte lehnen Einsicht von Kassen in Behandlungsdaten ab (Ärztepanel 2022).
- » **Gesellschaftliche Reife** ist für Opt-out noch nicht vorhanden.

Versicherten-O-Töne zur ePA (hc:spirit 2021):

- » *Es ist superanstrengend, dass ePA-App und Kassen-App jeweils separate Apps sind.*
- » *Die beiden Apps reden nicht miteinander.*
- » *Kassen-App würde ich behalten, aber die ePA-App würde ich wegwerfen.*
- » *Die Hotline konnte nicht helfen, da die Mitarbeiter dafür nicht ausgebildet sind.*
- » *Ich habe 1,5 h mit der Sonder-Taskforce für die ePA telefoniert. Die haben auch nicht durchgeblickt. Haben auch keinen Plan.*
- » *Die Krankenkasse signalisiert mir: Wir bemühen uns freundlich und kriegen mit der ePA nichts anderes als Erbärmliches hin.*
- » *Die Krankenkasse zeigt sich nicht ganz fortschrittlich und ziemlich rückständig.*

Versicherten-O-Ton zum Image Krankenkasse (hc:spirit 2022):

- » *Krankenkasse hat auch einen ekligen Beigeschmack.*
- » *Wenn man schon mal Stress mit denen hatte und die so eine bestimmte Art und Weise an den Tag legen, dann ist das nicht die erste Anlaufstelle für Informationen zu Gesundheit.*

Die Sicht der Krankenkassen (AOK, BARMER, DAK und TK Experteninterviews 2022):

- » *Wir als Versicherungen, GKV, haben ein ganz spezielles Interesse daran, dass der Versicherte die ePA auch aktiv nutzt. Wir müssen ePA als Gesundheitsassistenten für die Versicherten darstellen.*
- » *Eine 100-prozentige Datensicherheit gibt es nicht. Sie gibt es für nichts im Leben und das versprechen wir auch nicht.*

- » Die Daten müssen sicher sein, aber der Versicherte muss sich auch selbst kümmern. Wir sind nicht die Datenschutzerziehungspolizei.
- » Die größte Masse der Bevölkerung hat nur eine gefühlte Unsicherheit. Da muss man versuchen, daran zu arbeiten, dass sie bewusstwerden, was sind das für Sicherheitsmechanismen, warum ist der Zugang so schwierig zur ePA – was steckt dahinter?
- » Datenschutz steht zu häufig vor dem Gemeinwohl, vor dem Gesundheitsschutz.
- » Das ist die größte Herausforderung: Die Anwendungen so zu gestalten, dass sie einfach sind für die Leute, dass sie direkten Nutzen bringen, dass sie Leben erleichtern und nicht erschweren. Alles andere ist überflüssig, brauchen wir nicht.
- » Bei den Gegenargumenten geht es nicht nur gegen die ePA selbst, es geht viel um Misstrauen.
- » ePA ist auch eine mentale Hürde.
- » Die ePA kommt im Behandlungskontext zum Fliegen.
- » Ohne Ärzte wird das nichts. Die Krankenkasse kann nicht so viel Mehrwert mit ePA bieten wie der Arzt.
- » Opt-out wird auch kein Selbstläufer – die Menschen müssen sich aktiv einbringen.
- » Der Gesetzgeber kann nicht Opt-out einführen, ohne alle Player in die Pflicht zu nehmen, z.B. durch Sanktionierungen.

2.3 SWOT-Analyse

2.3.1 Interne Perspektive

Stärken

- » ePA-Opt-out ist im **Koalitionsvertrag** der amtierenden Bundesregierung fest verankert.
- » Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach plant **zügige Umsetzung des Opt-out-Verfahrens** im Laufe 2023 (Koch 2022).
- » **Digitalisierungsstrategie** des BMG (Dr. Susanne Ozegowski, Abteilungsleiterin für Digitalisierung und Innovation):
 - › ePA als Kernbestandteil der Digitalisierungsstrategie (Fertigstellung der Strategie bis 2023)
 - › Ziel des BMG: „Bis 2025 sollen 80 Prozent der Bürger eine ePA besitzen und nutzen“ (Dr. Susanne Ozegowski auf dem eHealth-Kongress Rhein-Main 2022, vgl. gesundheitswirtschaft rhein-main e.V. 2022)
 - › Alle Akteure sollen mit ins Boot geholt werden
- » **TI-Infrastruktur** ist vorhanden.
- » **ePA-Bereitstellung** durch Krankenkassen ist seit Januar 2021 zuverlässig erfolgt.

Schwächen

- » **Technologische Voraussetzungen** sind nicht flächendeckend bei allen Akteuren (Arztpraxen, Kliniken usw.) vorhanden.
- » **Telematikinfrastruktur (TI)** ist fehleranfällig.
- » Umsetzung des Opt-out-Verfahrens ist daher realistischer für **3./4. Quartal 2024**.
- » Offene Fragen der **Umsetzung**: Prozedere Berechtigungs freigabe, Verschatten, Löschen der Daten usw. befinden sich derzeit in Konzeptionsphase und sind bislang **nicht verbindlich geregelt**.
- » Eingeschränkter, rudimentärer Funktionsumfang, **kein Nutzwert** (Versicherte und Ärzte) bergen Risiko, dass automatische Bereitstellung der ePA in aktueller Ausführung zu Frust, Enttäuschung und Ablehnung bei Versicherten und Ärzten führt.

Chancen

- » Umgesetzte **MIOs**: Impfpass, Mutterpass, Zahnbonusheft (gematik 2022a).
- » ePA erfüllt höchste Anforderungen an **Datenschutz und Datensicherheit** (gematik 2022a).
- » Opt-out-Modell ist mit dem **europäischen und deutschen Datenschutzrecht** vereinbar und auf allen Ebenen möglich (Krönke 2022).

Risiken/Potenziale

- » **Registrierung** und Legitimation für Versicherte aufwendig und unpraktikabel (Videodent nicht mehr möglich).
- » **Aufwandsintensiv** und Zusatzbürokratie für Ärzte.
- » ePA und Opt-out-Modell sind **extrem erklärungsbedürftig** (Versicherte, Ärzte, Krankenkassenmitarbeiter):
 - › Was ist die ePA? Welche Vorteile bringt sie?
 - › Wie erfolgt der Zugang?
 - › Was ist eine NFC-fähige Karte?
 - › Was bedeutet „Opt-out“?
 - › Datenschutz, Möglichkeiten zur Einsichtnahme und zur Steuerung sind unverständlich
- » Zu **wenig/zurückhaltende proaktive Kommunikation** (Gesetzgeber, öffentliche Medien, gematik, Ärzte, Krankenkassen).
- » **Geringer Handlungsdruck für Ärzte und Versicherte**: Analoges Weg ist gewohnt und zuverlässig für Ärzte; für Versicherte ist die ePA aktuell nicht alltagsnotwendig (wie z. B. Onlinebanking).
- » Erfordert **Bereitschaft** und Zeit, sich auf das Thema einzulassen (Versicherte und Ärzte).
- » **Kein Motivations-/Anreizsystem** vorhanden (Versicherte und Ärzte); Honorierung der Ärzte für ePA-Einrichtung und Pflege ungeklärt.

2.3.2 Externe Perspektive

Chancen

- » Opt-out-Modell ermöglicht durch automatische ePA-Bereitstellung **höhere Verbreitung und Nutzungszahlen** (Vergleich Österreich: 97 Prozent Nutzungsquote durch Opt-out-Modell; Deutschland: aktuell 0,7 Prozent Nutzungsquote).
- » Generelle **Opt-out-Bereitschaft der Versicherten: 65 Prozent** (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **Zukünftige Chancen der ePA**:
 - › Effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung.
 - › Bessere Behandlungsqualität (Bevölkerung sieht Nutzensvorteile v. a. in verbesserter ärztlicher Behandlung; Bertelsmann und Münch 2022)

Risiken / Potenziale

- » Sehr **geringe ePA-Nutzungsquote**: Nur 0,7 Prozent der Bürger besitzen eine ePA.
- » **ePA-Readiness ist nicht vorhanden**: ePA-Modul in 49 Prozent der Arztpraxen und 25 Prozent der Krankenhäuser vorhanden, genutzt wird es nur von jeweils 4 Prozent (gematik 2022b).
- » **Ärzte zeigen geringe Bereitschaft, Multiplikatorenrolle für ePA zu übernehmen** (Mangel an Zeit, Ressourcen, Personal und Infrastruktur, fehlende finanzielle Anreize).
- » **Große Kommunikationsdefizite aller relevanter Stakeholder.**

Chancen

- › Entscheidungsunterstützung Ärzte und Notfallmedizin
- › Personalisierte Gesundheitsversorgung (Versorgungs- und Mehrwertangebote) der Krankenkasse
- › Alltagserleichterung, Bürokratieentlastung (Versicherte)
- » **Ärzte könnten in der Zukunft Multiplikatorenrolle einnehmen: Vertrauenspartner Nr. 1** (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **Krankenkassen können starke Unterstützungsinstanz sein: Vertrauenspartner Nr. 2** (Bertelsmann und Münch 2022).

Risiken/Potenziale

- » **Kein öffentlicher Diskurs, allenfalls polarisierende, kontroverse Diskussion** in öffentlichen Medien, die zusätzliche Verunsicherung schürt (z. B. Chaos Computer Club).
- » **25 Prozent der Bürger haben keine Erwartungen an ePA** (Bertelsmann und Münch 2022):
 - › Riesiges Informationsdefizit
 - › Nutzwert ist nicht klar
 - › Versicherte delegieren Nutzen vorrangig an andere Instanzen (Arzt)
- » **Opt-out ist kein Selbstläufer: 51 Prozent sind unentschlossen oder lehnen ePA-Opt-out aktiv ab** (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **Bereitschaft zu ePA-Nutzung ist Ost-West-Frage und Frage der Bildung:** Im Osten sind 68 Prozent unentschlossen oder lehnen ePA-Opt-out aktiv ab (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **Datenschutz ist größter Misstrauensfaktor und ePA-Akzeptanzkiller** (Bertelsmann und Münch 2022).
- » **Ärztliche Befindlichkeiten und Skepsis gegenüber transparenter Bereitstellung von Behandlungsdaten; Angst vor Überprüfbarkeit der leitliniengerechten Behandlung.**
- » **Fehlende Entscheidungskompetenz, Skepsis, Angst und Unsicherheit im Umgang mit ePA und Opt-out** sowohl bei Versicherten als auch bei Ärzten.

2.4 Schlussfolgerungen aus der SWOT-Analyse

Zusammenfassung der wichtigsten kommunikativen Herausforderungen für die ePA und für ePA-Opt-out im Besonderen:

Die Stakeholder- und SWOT-Analyse zeigt faktenbasiert auf, dass die bei den Stakeholdern festgestellten Chancen und Risiken für die ePA und für ePA-Opt-out aktuell noch **weit auseinanderklaffen**. Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass aktuell die Chancen und Vorteile der ePA durch z. T. manifeste Skepsis, durch Misstrauen und durch eine Defensivhaltung der beteiligten Stakeholder dominiert werden.

Den „schwarzen Peter“ hierfür nur einer ganz bestimmten Stakeholdergruppe zuzuordnen, greift dabei allerdings zu kurz. Klar ersichtlich ist, dass die Hürden und Hemmnisse, die der Akzeptanz und Nutzung von ePA und Opt-out entgegenstehen, **alle beteiligten Stakeholdergruppen betreffen**. Dies sind neben den hier vertiefend betrachteten Ziel-

gruppen der Patienten/Versicherten, der Ärzteschaft und der Krankenkassen auch die Professionen der Heilberufe, der Therapeuten und der Apotheker. Darüber hinaus erweisen sich die aktuell anzutreffenden **technisch/technologischen Voraussetzungen** sowie auch die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** als Treiber für begründete Skepsis und Ablehnung der untersuchten Stakeholder.

Um die Lücke zwischen Skepsis/Ablehnung und Marktchancen zu schließen, müssen die aufgezeigten vielschichtigen Hürden und Hemmnisse kommunikativ behandelt werden. Die Voraussetzung hierfür ist allerdings eine flächendeckende **TI-Readiness** in Form einer reibungslos funktionierenden TI-Infrastruktur, inkl. der zugehörigen Konnektoren, sowie auch das Vorliegen eines für alle Stakeholder praktikablen **Opt-out-Konzeptes**.

Die größten Hürden, die die ePA und das Opt-out ausbremsen, sind aufseiten der Versicherten und Ärzte vor allem in den **eklatanten Wissens- und Informationsdefiziten** zu sehen. Die Wahrnehmung bei den Versicherten und Ärzten ist geprägt durch **nicht einlösbare Nutzenerwartungen**, generelles **Misstrauen**, Bedenken hinsichtlich **Datenschutz** und **Datensicherheit**, **Technikängste**, und Mythen. Aufseiten der Ärzteschaft dominieren außerdem Sorgen vor **Bürokratie**, Überforderung und Zusatzkosten. Auch die unterschwellig kommunizierte Angst der Ärzte vor uneingeschränkter **Leistungsträgertransparenz** innerhalb des Gesundheitssystems stellt einen eklatanten ePA-Bremsklotz dar.

Die **Krankenkassen** sind diejenige Stakeholdergruppe mit der substanziell klarsten, strategisch fundiertesten, **am stärksten nutzenfokussierten Positionierung** (ePA-Protagonisten, die von den Chancen am meisten überzeugt sind). Dennoch nimmt der Großteil der Kassen aktuell eine abwartende Haltung ein – die eigene ePA wird nicht oder nur sehr verhalten an die Versicherten kommuniziert. Die von den Kassen benannten Risiken für ePA und Opt-out resultieren vor allem aus der Abhängigkeitsposition der Kassen von den TI-Entwicklungen, den datenschutzrechtlichen Auflagen (Registrierung usw.), der Haltung der Ärzteschaft sowie den limitierten Möglichkeiten für die Platzierung von Mehrwert- und Versorgungsangeboten in der ePA.

Der Stärken- /Schwächen- und Chancen- /Risikenabgleich offenbart zudem erhebliches **Konfliktpotenzial der Stakeholder untereinander**. Echte ePA-Readiness ist nur dann erreichbar, wenn die Akteure, statt gefühlt gegeneinander bzw. statt voneinander entkoppelt, partnerschaftlich miteinander arbeiten. Von Störungen behaftet sind die Beziehungen zur Gematik ebenso wie z. B. die Beziehungen der ärztlichen Professionen untereinander, die Beziehungen der Ärzte zu den Krankenkassen und die Beziehungen von Gesetzgeber und Datenschutzbehörden zu den Stakeholdern. Dies birgt die Gefahr, dass der **Versicherte und Patient** als eigentlicher Nutznießer der ePA **aus dem Fokus gerät**.

Klar ist, dass die ePA und davon abhängig das ePA-Opt-out nur dann zum Fliegen kommen, wenn Mehrwert und **Sinnhaftigkeit für die Versicherten** sowie **für die Leistungserbringer** einfach erkennbar sind. Klar ist auch, dass ein spürbarer Nutzen bei den Patienten erst dann ankommen wird, wenn die **Ärzte** eine proaktive Rolle für die initiale Befüllung und das Handling der ePA übernehmen.

3 Impulse für die ePA-Opt-out-Kommunikation

Im Folgenden werden aus der Situationsanalyse, welche die kommunikativen Hürden und Hemmnisse strukturiert aufzeigt, konkrete Impulse für die ePA-Opt-out-Kommunikation abgeleitet.

Angesichts der aktuell rudimentären inhaltlichen Ausführung der ePA (zum Zeitpunkt der Konzipierung dieses Impulspapiers ePA 2.5), der nicht vorhandenen TI-Readiness, des komplizierten Registrierungsprozesses sowie der Tatsache, dass ein Prototyp des Opt-out-Verfahrens noch nicht vorhanden ist, ist die Entwicklung von messbaren Zielen und Meilensteinen für ein Opt-out-Kommunikationskonzept zum gegenwärtigen Zeitpunkt (noch) nicht verlässlich möglich. Eine zu frühe Kommunikation, die sich an die breite Bevölkerung richtet, kann zum jetzigen Zeitpunkt das Risiko bergen, die vorhandene, z. T. manifeste Skepsis und Abwehrhaltung zu verstärken. Dennoch ist es wichtig, frühzeitig geeignete Kommunikationsmaßnahmen zu diskutieren, um bei Opt-out-Start zügig die Parkposition zu verlassen. Aus diesem Grund ist dieses Kapitel als eine Sammlung von Ideen, Empfehlungen und möglichen Maßnahmen für eine zukünftige ePA-Opt-out-Kommunikation zu verstehen.

3.1 Kommunikationsziele

Bekanntheit erreichen und Wissen vermitteln

Die vermutlich größte kommunikative Herausforderung besteht im Schließen der eklatanten **Wissens- und Informationslücken** sowohl aufseiten der Patienten/Versicherten als auch aufseiten der Ärzteschaft. Der Großteil der Bevölkerung hat noch nie etwas von einer „elektronischen Patientenakte“ gehört. Bevor über eine ePA-Opt-out-Kommunikation nachgedacht werden kann, muss zunächst transparent und laienverständlich über die ePA und deren Nutzen aufgeklärt werden. Erforderlich ist eine öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagne, die das dringend notwendige Grundwissen vermittelt. Das Ziel muss es sein, die Entscheidungs- und Digitalkompetenz sowohl der Versicherten als auch der Ärzte auf ein Basislevel zu heben.

Vertrauen schaffen

Damit die verbreitete Abwehrhaltung von Patienten/Versicherten und Ärzten gegenüber der ePA und dem Opt-out in Neugier und Motivation zum Ausprobieren und Nutzen gewandelt werden kann, ist das **Schaffen von Vertrauen** ein wichtiges und notwendiges Kommunikationsziel.

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass Vertrauen (nach Niklas Luhmann) nicht direkt eingefordert, sondern nur freiwillig jemand anderem entgegengebracht werden kann, weshalb zunächst eine **Vertrauensbereitschaft** vorhanden sein muss (Luhmann 1973). Aus psychologischer Sicht beruht Vertrauen auf **Erwartungen in zukünftige Ereignisse**. Grundlage dieser Erwartungen sind eigene Erlebnisse und Informationen anderer. **Positive Erwartungen** sind damit entscheidend für die Ausbildung von Vertrauen, negative begünstigen Misstrauen. Öffentlichen Medien kommt eine wichtige Rolle als **Vertrauensvermittler** zu, positive Erwartungen durch gezielte Botschaften und Kampagnen zu transportieren (Bentele und Seidenglanz 2015). Kommunikationskampagnen, die politische Komponenten beinhalten (wie es bei der ePA der Fall ist), verfolgen meist eine kommunikative Doppelstrategie. Zunächst ist es in Zeiten der Aufmerksamkeitsökonomie wichtig, eine hohe **Medienresonanz** zu erzielen. Diese ist notwendig, um im zweiten Schritt einen **Vertrauensgewinn** und damit die **Mobilisierung** der Stakeholder zu erreichen (Pfetsch und Mayerhöffer 2006). Aus diesem Grund gehen die beiden Kommunikationsziele **Bekanntheit der ePA steigern** und **Vertrauen generieren** Hand in Hand. Bezogen auf die Zielgruppen der Patienten/Versicherten und Ärzteschaft bedeutet das konkret: Skepsis, Misstrauen und Ablehnung in **positive Nutzenerwartungen** umwandeln, sodass beide Gruppen individuelle Mehrwerte in der ePA sehen. Dies soll bei den Ärzten gleichermaßen die Bereitschaft erzeugen, ihre Rolle als Vertrauenspartner Nr. 1 der Versicherten zu erfüllen und zu ePA-Multiplikatoren zu werden.

Partizipative Kommunikationsstrategie mit Fokus auf Patientennutzen entwickeln

Eine weitere Herausforderung besteht in der kommunikativen Behandlung des **Konfliktpotenzials der Stakeholder** untereinander. Ein plakatives „Deuten mit dem Zeigefinger“ auf die jeweils anderen Stakeholdergruppen im Sinne von z. B. „die Ärzte sind schuld“ ist für eine konstruktive Zusammenarbeit nicht förderlich: „Ärzte würde ich am wenigsten an den Pranger stellen – die sind recht verloren bei der ePA-Umsetzung. Wenn man sich auf den Stuhl des Arztes setzt, kann man das verstehen“ (Experteninterview Kassen 2022). Um der Gefahr zu begegnen, dass der Patient/Versicherte aus dem Fokus gerät, ist die Entwicklung einer partizipativen Kommunikationsstrategie dringend ratsam, in der alle Stakeholder klare Aufgaben für die ePA-Kommunikation erhalten und sich aktiv hieran beteiligen. Für eine **partizipative Kommunikationsstrategie** ist es erforderlich, dass die Politik die Hauptverantwortung übernimmt, die anderen Stakeholder aber aktiv in Kommunikationsprozesse und wichtige Entscheidungen einbindet. Die Kommunikation sollte dabei im Dialog erfolgen. Das heißt auch: Alle sollten dieselben Ziele verfolgen und Botschaften dürfen nicht widersprüchlich oder verwirrend sein, um nicht (noch mehr) Skepsis sowie Misstrauen zu erzeugen.

Von besonderer Wichtigkeit dabei ist, dass die **Patienten und Versicherten als ePA-Nutzer in den Mittelpunkt gestellt** und alle Maßnahmen – von der Konzeption, Umsetzung bis hin zur Kommunikation der ePA – **patientenzentriert** und nutzenfokussiert gedacht werden.

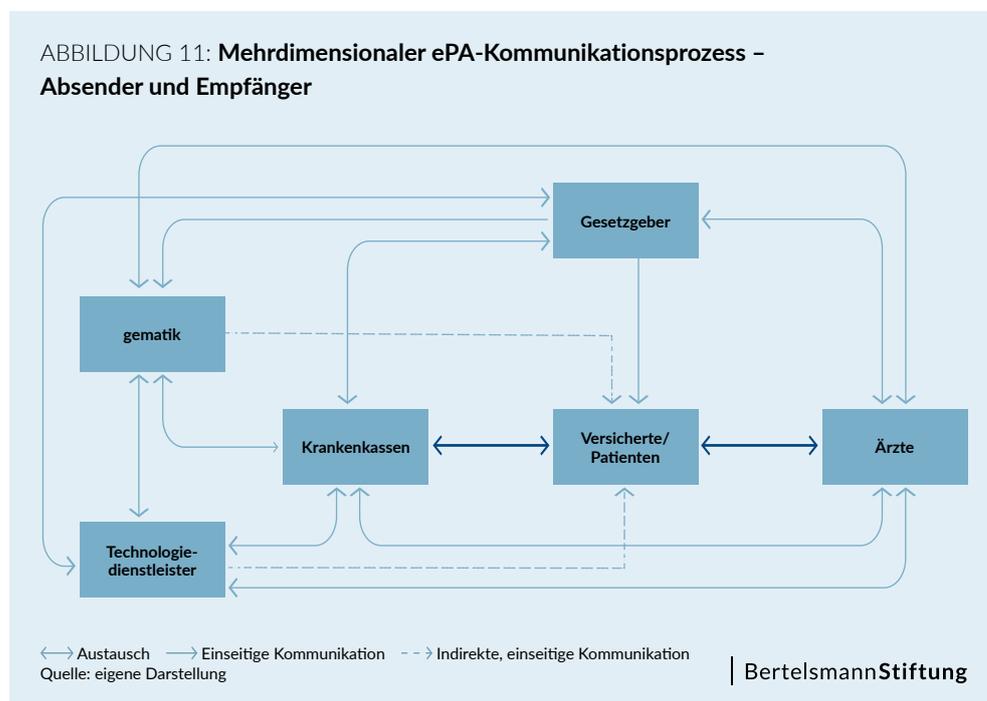
3.2 Kommunikationsmaßnahmen

Dieses Kapitel verfolgt das Ziel, Ansätze für praxisnahe Maßnahmen zur zukünftigen Kommunikation zur ePA und zum ePA-Opt-out-Verfahren zu erarbeiten. Hierbei werden im Kommunikationsprozess folgende Ebenen näher betrachtet:

- » Absender und Empfänger (**wer** kommuniziert an **wen**)?
- » Kommunikationsinhalte und Botschaften (**was** wird kommuniziert)?
- » Kommunikationsinstrumente und Kanäle (**wo** wird kommuniziert)?
- » Tonalität und Medienformate (**wie** wird kommuniziert)?

3.2.1 Absender und Empfänger

Wer sind im ePA-Kommunikationsprozess eigentlich Absender und wer Empfänger von Kommunikationsbotschaften? In der Komplexität der gesamten ePA-Thematik und der zahlreichen Stakeholder, die daran beteiligt sind, ist diese Frage gar nicht so leicht zu beantworten. Die Abbildung 11 zeigt die Mehrdimensionalität des Kommunikationsprozesses auf, in dem alle Stakeholder miteinander verwoben sind und im Grunde jeder Sender von Botschaften gleichermaßen auch Empfänger ist.



Als **Absender** der ePA-Kommunikationsbotschaften gelten: der Gesetzgeber (vertreten durch das BMG), die gematik und die Technologiedienstleister, die wiederum miteinander im Austausch stehen und somit gleichermaßen auch Empfänger sind. Der Krankenkasse kommt als ePA-Betreiber und als **Mittler** in diesem Kommunikationsprozess eine besondere Aufgabe zu. Zwar kommunizieren Gesetzgeber, gematik und Technologiedienstleister auch mit den Versicherten und Patienten (z. B. über Infomaterial und Erklärvideos der

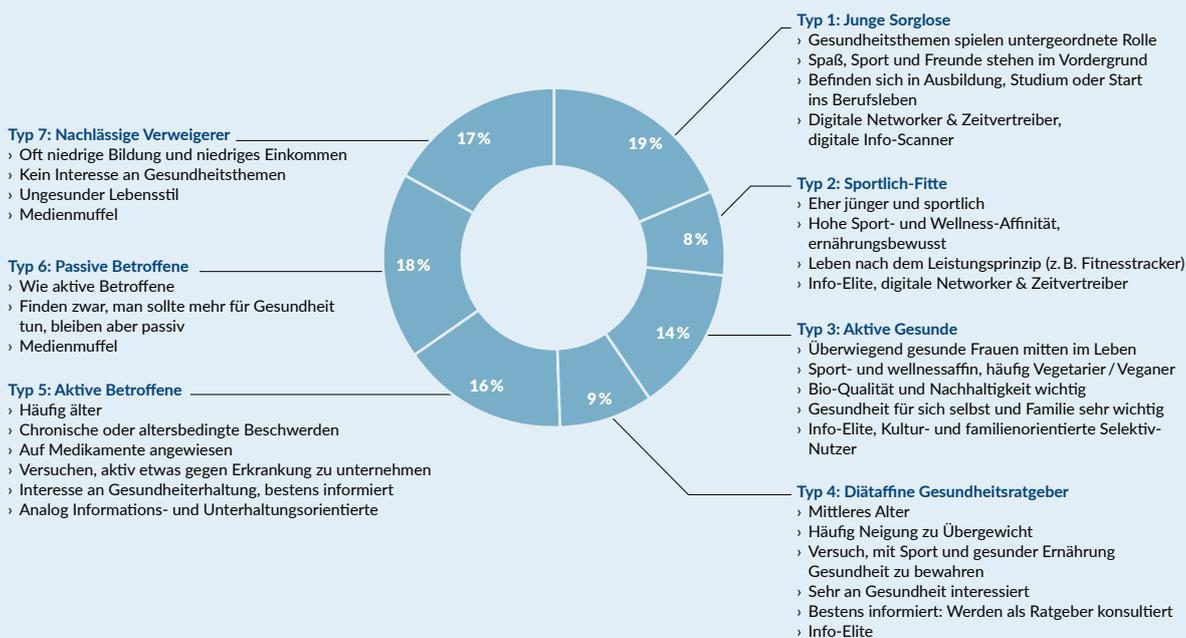
gematik und der BITMARCK zur ePA), jedoch ist die Kommunikation eher indirekter Natur und erfolgt in erster Linie über die Krankenkasse als Zwischeninstanz, die die Informationen an ihre Versicherten weitergibt. Die Ärzte sind nicht nur Absender von Kommunikationsbotschaften (in erster Linie in der persönlichen Arzt-Patientenkommunikation, aber auch in der Kommunikation mit den anderen Stakeholdern), sondern gleichzeitig auch eine zentrale und sehr wichtige **Empfängergruppe**, die es von der ePA zu überzeugen gilt.

Im Mittelpunkt des Kommunikationsprozesses sollte der **Patient und Versicherte** stehen, den die Botschaften erreichen und der sich im Kommunikationsprozess am passivsten verhält (z. B. keine direkte Kommunikation mit Gesetzgeber, gematik, Technologiedienstleistern). Den engsten „Draht“ zum Versicherten haben Ärzte und Krankenkassen. Aus diesem Grund fokussiert sich das vorliegende Impulspapier auf Maßnahmen für die beiden zentralen **Empfängergruppen Patienten/Versicherte und Ärzte**, wobei die Ärzteschaft gleichermaßen auch als wichtiger Absender in der Kommunikation mit ihren Patienten fungiert. Im Folgenden werden daher Besonderheiten der beiden zentralen Empfängergruppen näher betrachtet.

Charakteristik der Zielgruppe der Patienten / Versicherten in der Empfängerrolle

Da die Lebenswelten der modernen Patienten und Versicherten komplex sind und dynamischen Veränderungen unterliegen, greift eine klassische, stereotypische Charakterisierung nach demografischen Kriterien zu kurz. Zeitgemäße Nutzertypologien orientieren

ABBILDUNG 12: Health-Typologien und Mediennutzungstypologien



Quelle: Markt-Media-Studie „best for planning (b4p)“ Bevölkerungsrepräsentative Verbraucherbefragung n = 31.132 / eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

sich an psychografischen Kriterien und konkreten Lebensszenarien. Im Kontext der ePA-Kommunikation sind dabei neben der Lebenssituation vor allem das Verhalten und die Einstellungen der Patienten/Versicherten zu Gesundheit und Mediennutzung bedeutsam. Um die gesundheitlichen Besonderheiten und Mediennutzungsbedürfnisse der Versicherten gut zu verstehen und nachfolgend die richtigen Schlüsse für die ePA-Kommunikation abzuleiten, ist es hilfreich, die GIK-Health- und Mediennutzungs-Typologien zugrunde zu legen (GIK 2021). Hierbei handelt es sich um die umfassendste und aussagekräftigste Markt-Media-Studie für Deutschland, auf deren Basis die marktbedeutenden Medienhäuser und Contentanbieter ihre Medien-, Content- und Kanalstrategien planen (jährliche Befragung von mehr als 31.000 Verbrauchern). Aus dem Abgleich der ermittelten Health-Typologien mit dem Mediennutzungsverhalten (eigene Auswertung nach GIK 2021) lassen sich sieben verschiedene Zielgruppentypologien clustern (vgl. Abbildung 12).

Nachfolgend werden die psychografischen Merkmale der sieben Zielgruppentypen beschrieben und daraus ableitend besondere Herausforderungen, Chancen, Ziele sowie Zugänge für eine ePA-Kommunikation skizziert.

Typ 1: Junge Sorgelose (Generation Z)

- » **Merkmale:** Junge, gesunde, digitalaffine Menschen, überwiegend vorzufinden in der Generation Z (geboren zwischen 1997 bis 2012).
- » **Herausforderungen:** „Junge Sorgelose“ haben mit Gesundheit „weniger am Hut“, gehen eher selten zum Arzt, interessieren sich aufgrund ihres überwiegend guten Gesundheitszustandes weniger für Gesundheitsthemen und Digital Health. Die Erhaltung der eigenen Gesundheit läuft eher im Hintergrund, Gesundheit wird als selbstverständlich betrachtet. Dadurch schwierigere Erreichbarkeit und Überzeugung. Der Arzt ist als Zugangskanal weniger geeignet als bei anderen Zielgruppen. Geringe Entscheidungs- und Gesundheitskompetenz im Umgang mit der ePA.
- » **Chancen:** Hohe Digitalkompetenz. Als Digital Natives sind sie es gewohnt, ihr Leben digital zu managen (Onlinebanking, Onlinearzttermine buchen usw.) und Apps sowie weitere Onlinetools (z. T. auch im Bereich Gesundheit) zu nutzen. Höhere Akzeptanz von neuen, innovativen digitalen Helfern. Erreichbar über Social Media.
- » **Ziel:** ePA als Mehrwert herausstellen, auch wenn man gesund ist. Vermittlung von präventivem Gesundheitsnutzen und Gesundheitskompetenz.
- » **Zugang:** vor allem über Social Media und Influencermarketing. Dort praxisnahe, alltagsrelevante Use Cases der ePA herausstellen, abseits von Krankheiten. Zum Beispiel über: Zahnbonusheft, Impfpass, Erinnerung und Managen von Arztterminen, Erinnerung und Empfehlung von Vorsorgeterminen.

Typen 2, 3 und 4: Sportlich-Fitte, aktive Gesunde und diätaffine Gesundheitsratgeber

- » **Merkmale:** Überwiegend jüngere Menschen und Menschen, die mitten im Leben stehen, inkl. Familien mit Kindern.
- » **Herausforderungen:** Gesunde, die seltener zum Arzt gehen, sind über den Arzt ebenfalls schlechter erreichbar.

- » **Chancen:** Größte Gesundheits- und Digitalkompetenz. Gesundheit, Gesundheitserhaltung und Selbstoptimierung nehmen einen hohen Stellenwert ein. Daher sind sie offener gegenüber Gesundheitsthemen und digital avisiert. Für Familien spielt zudem die Gesundheit der eigenen Kinder eine wichtige Rolle. Als Selbstoptimierungstool werden häufig z. B. auch Tracking-Apps und Smartwatches verwendet.
- » **Ziel:** ePA als „persönliche Gesundheitsassistentin“ herausstellen, die die eigene Gesundheit und Gesundheitskompetenz weiter optimiert sowie den oft hektischen Alltag erleichtert.
- » **Zugang:** Sowohl über den persönlichen Arztbesuch als auch über Social Media und breiten Gesundheits-Medien-Mix. Erreichbar außerdem über passende Use Cases: Managen der eigenen Gesundheit, Vorsorge, Selbstoptimierung. Bei Familien über Schwangerschafts- und Kinderthemen, bei Sportlern über Fitness- und Ernährungstracking.

Typ 5: Aktive Betroffene

- » **Merkmale:** Überwiegend ältere und (chronisch) kranke Menschen.
- » **Herausforderungen:** Ältere Menschen weisen die geringste Digitalkompetenz auf und sind weniger aufgeschlossen gegenüber digitalen Innovationen. Das zeigt sich in Skepsis, Unsicherheit und Ablehnung der ePA. Aufgrund fehlender Digitalkompetenz haben sie Angst, mit der ePA nicht umgehen zu können, oder Angst vor Entpersonalisierung und Reduktion der menschlichen Behandlung durch den Arzt („ePA ersetzt menschlichen Kontakt“).
- » **Chancen:** Vor allem für chronisch kranke Menschen bietet die ePA den klarsten Mehrwert. Eine hohe Gesundheitskompetenz ist bei dieser Zielgruppe im Umgang mit der eigenen Erkrankung meist vorhanden. Für chronisch kranke Patienten ermöglicht die ePA eine bessere Behandlung, ein besseres Managen und einen Überblick über die Erkrankung, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, eine Medikamentenübersicht usw. Auch für Ältere, die häufiger Arztbesuche wahrnehmen, bietet die ePA klare Vorteile. Chronisch Kranke sind es oftmals bereits gewohnt, Gesundheitsdaten digital zu tracken (z. B. Diabetiker: Blutzuckermessgerät). Potenzial, eine „ePA-Early-Adopter-Rolle“ einzunehmen. Gute Möglichkeiten der Ansprache, Erreichbarkeit und Überzeugung im Behandlungskontext (z. B. über DMP-Schulungen, siehe Kapitel 3.2.3).
- » **Ziel:** Aktive Patientenschulung, Vertrauen schaffen, Vermittlung von Digitalkompetenz, um mit der ePA umgehen zu können.
- » **Zugang:** Zielgruppengerechte Ansprache von chronisch Kranken und Älteren im Behandlungskontext. Arzt ist direkter Ansprechpartner und Vertrauensperson, daher besonders wichtig, dass dieser über ePA aufklärt.

Typ 6 und 7: Passive Betroffene und nachlässige Verweigerer

- » Passives oder gar kein Interesse an Gesundheit. Daher ist diese Gruppe nicht oder schwer für ePA-Nutzung zu gewinnen.
- » Passive Betroffene sind ggf. mit viel Überzeugungsarbeit über den Arzt im Behandlungskontext erreichbar.

- » Nachlässige Verweigerer wird man nicht überzeugen können: Gefahr, dass die öffentliche ePA-Berichterstattung zu einer weiteren Abwehrhaltung führt, die medial multipliziert wird.

Charakteristik der Zielgruppe der Ärzte in der Doppelrolle als Sender und als Empfänger

Für die Versicherten ist der behandelnde Arzt der wichtigste Vertrauenspartner, nicht nur wenn es um die eigene Gesundheit geht, sondern auch für das Einrichten und den Umgang mit der ePA. „Ohne die aktive Mitwirkung der Ärzte wird das nichts“, so auch die Meinung der Fachexperten aus den Krankenkassen (Experteninterview Kassen 2022). Die Dimension und Komplexität der kommunikativen Herausforderungen, um die Ärzte „ins Boot zu holen“, lässt sich bereits aus der Größe und Heterogenität der ärztlichen Zielgruppe ableiten. In 2021 waren bei den Landesärztekammern mehr als 415.000 Ärzte gemeldet (KBV 2022).

Um die Ärzteschaft „ePA-ready“ zu machen, gilt es, die strukturellen Besonderheiten dieser Zielgruppe zu beachten:

- » 39 Prozent der Ärzte sind ambulant tätig und 50 Prozent arbeiten im stationären Bereich.
- » Die Ärzteschaft gliedert sich in 34 fachliche Professionen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Urologie, Psychologische Psychotherapie usw.).
- » Die Anzahl der Arztpraxen beläuft sich auf 64.000 (Statista 2022).
- » Hausärzte (rd. 55.000) und psychologische Psychotherapeuten (rd. 31.000) sind die beiden am häufigsten vertretenen ärztlichen Professionen (KBV 2022).
- » Die Ärzteschaft ist in zahlreichen Berufs- und Interessenverbänden organisiert.
- » Der Altersdurchschnitt der deutschen Ärzteschaft liegt bei 54 Jahren (Hausärzte 55 Jahre). 21 Prozent der berufstätigen Ärzte sind älter als 60 Jahre. Dem stehen nur 19 Prozent unter 35-jährige Ärzte gegenüber (KVB 2022).
- » Fast 20 Prozent der deutschen Landkreise werden laut Schätzungen im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt und von einem Hausarztmangel betroffen sein (Robert Bosch Stiftung 2021). Für die Sicherstellung der Versorgung in den ländlichen Regionen kann die ePA eine ganz zentrale Steuerungsfunktion übernehmen.

Die Stakeholderanalyse (siehe Kapitel 2.2) weist auf Unterschiede in der grundsätzlichen Positionierung bestimmter Ärztegruppen zu Digitalisierungsthemen hin:

- » Klinikärzte sowie jüngere Mediziner stehen der Digitalisierung aufgeschlossener gegenüber als niedergelassene und ältere Ärzte.
- » Kliniken und Krankenhäuser fordern eine funktionierende ePA proaktiver ein.
- » Die Profession der psychologischen Psychotherapeuten positioniert sich zur ePA sowie zu allen angrenzenden Themen besonders kritisch mit verfestigter ablehnender Haltung.

Aus der exemplarischen Auflistung der Besonderheiten zu den ärztlichen Versorgungsstrukturen und zur Digitalaffinität der Ärzteschaft ergibt sich für die elektronische Patientenakte folgende Schlussfolgerung: Sowohl die ePA als auch das Opt-out-Verfahren müssen bei Einführung einen Reifegrad haben, der statt eines langwierigen Entwicklungsprozesses nur noch einen einfachen Schaltprozess erfordert.

3.2.2 Kommunikationsinhalte und Botschaften

Um Bekanntheit und Aufmerksamkeit für die ePA zu erzielen sowie einen gesamtgesellschaftlichen Diskurs auszulösen, ist eine **stakeholderübergreifende, gesellschaftliche Kommunikationskampagne** erforderlich. Der Anstoß der zentralen ePA-Kampagne sollte durch das BMG erfolgen. Das Kernanliegen der BMG-Kommunikationskampagne muss eine **gesamtgesellschaftliche Rahmung der ePA- /ePA-Opt-out-Thematik** sein. In erster Linie soll die breite Bevölkerung, aber auch das medizinische Personal, auf die ePA aufmerksam gemacht und über die Mehrwerte aufgeklärt werden.

Wie eine nutzenstiftende ePA-Kommunikation innerhalb dieser gesamtgesellschaftlichen Rahmung aussehen kann, soll dieses Kapitel veranschaulichen. Für die beiden Kernzielgruppen der **Patienten/Versicherten** und der **Ärzte** werden praxisnahe, gut umsetzbare Empfehlungen zu den **Kommunikationsinhalten** und **Botschaften** skizziert (vgl. Abbildung 13).

Die Maßnahmenauflistung ist als Ideensammlung und Diskussionsgrundlage zu verstehen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

ABBILDUNG 13: **Übersicht Kommunikationsinhalte und Botschaften**

Inhalte und Botschaften der ePA-Kommunikation für ...

Patienten / Versicherte	Ärzte / medizinisches Personal
ePA-Nutzen mit Alltags-Use-Cases im Behandlungskontext erklären	ePA-Nutzen und Handling mit berufspraktischen Use Cases erklären
Ärzte / medizinisches Personal als Testimonials	Bestandteil von ärztlicher Fortbildung und Fachkongressen
Quick Start Tutorial / Guide innerhalb der ePA-App	Ausbildungsbestandteil Medizinstudium und aller medizinischen Fachprofessionen
E-Learning-Angebote der Krankenkasse	E-Learning-Angebote speziell für Ärzte und medizinisches Fachpersonal
Motivations- / Anreizsystem, Affirmationen	„ePA-Ready-Sticker“ in Arzt-Suchtools als Qualitätszertifikat für Arztpraxen
	Motivations- / Anreizsystem

Quelle: eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

Kommunikationsinhalte und Botschaften für Patienten / Versicherte

ePA-Nutzen mit Alltags-Use-Cases im Behandlungskontext erklären

- » Entwicklung von praktischen, **alltagsrelevanten Anwendungsbeispielen** (Use Cases) der ePA: An konkreten Alltagsbeispielen für gesunde und kranke Versicherte zeigen, wofür man die ePA nutzen kann.
- » Verdeutlichen, welche persönlichen Vorteile die ePA mit sich bringt: **verbesserte ärztliche Behandlung** (höchster Stellenwert), Zeitersparnis, Alltagserleichterung, Bürokratieentlastung, Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz.
- » ePA-Nutzen sollte in jedem **Arzt-Patienten-Behandlungsgespräch** und in jedem Kontakt von **Versicherten zur Krankenkasse proaktiv** veranschaulicht werden:
 - › Arzt: passende Einbettung von konkreten ePA-Use-Cases bezogen auf den individuellen Gesundheitsstatus des Patienten in das ärztliche Behandlungsgespräch.
 - › Krankenkasse: Integration von ePA-Use-Cases passend zum konkreten Beratungskontext im Kundencenter, am Telefon, per E-Mail, Chat oder in Brief- / Flyeraktionen.
- » **Zielgruppenspezifische und anlassbezogene Kommunikation über Medizinische Informationsobjekte (MIOs):**
 - › Anlässe, z. B. Schwangerschaft, Geburt eines Kindes, Diagnose einer bestimmten Erkrankung
 - › Beispiel 1: Schwangere auf Mutterschaftspassfunktion in der ePA aufmerksam machen und jungen Müttern erklären, dass alle Untersuchungen des Babys in der ePA dokumentiert werden können, inkl. Erinnerungsfunktion
 - › Beispiel 2: Chronisch kranke Menschen darauf aufmerksam machen, dass die Behandlungshistorie und Befunde geteilt werden können
 - › Beispiel 3: Jungen, gesunden Menschen das digitale Zahnbonusheft und den digitalen Impfpass nahelegen: *„Ein Beispiel, was aktuell noch nicht funktioniert, aber einen großen Mehrwert haben wird: Das Zahnbonusheft. Benötigt man dann, wenn es um Zuzahlung für Zahnersatz geht. Diesen Prozess können wir viel mehr beschleunigen, vereinfachen, wenn der Versicherte sein Bonusheft aus seiner Akte heraus digital freigibt, dann können wir fast eine Sofortzusage erteilen vs. ich warte zwei bis drei Wochen, bis mir die Krankenkasse sagt, wie viel sie zuzahlt – ist ein totaler Mehrwert für Versicherte!“* (TK Experteninterview 2022).
- » Befürchtung zerstreuen, ePA könnte kompliziert sein, und aufzeigen, wie leicht und schnell der Umgang ist: *„ePA ist so einfach, wie Onlinebanking und wie das Bedienen von WhatsApp“* (AOK Experteninterview 2022).
- » Botschaften: *„Die ePA ist deine persönliche Gesundheitsassistentin“*, *„Du behältst die Kontrolle“*.

Ärzte und medizinisches Fachpersonal als Testimonials

- » Ärzte sind initiale Kontaktpartner für die ePA im Behandlungskontext. In einem größeren medialen Umfeld können sie eine **Multiplikatorenrolle** einnehmen.
- » **Echte Ärzte und echtes medizinisches Fachpersonal** als Testimonials zu Wort kommen lassen, die Alltagsnutzen und Mehrwerte der ePA erklären (Fokus auf Vorteile der ärztlichen Behandlung).
- » Mediziner sind als Testimonials besonders geeignet, da sie ePA-Vertrauenspartner Nr. 1 sind.

- » **Voraussetzung:** Mediziner akquirieren, die ePA bereits einsetzen und den Nutzwert erkannt haben.
- » **Stärkt Vertrauen** und schafft **Authentizität**.
- » Nutzbringend für Video-Content, Plakatkampagnen, Social Media usw.

Quick Start Tutorial/Guide innerhalb der ePA-App

- » **Bei erstmaliger Nutzung:** Einfach verständliches **Quick Start Tutorial** integrieren, das laienverständlich, strukturiert durch die ePA führt und roten Faden („App-Flow“) sichert. Tutorial muss auch nach erster Nutzung permanent zugriffsfähig sein.
- » **Unterstützungsangebote bei ePA-Nutzung:** Guide- / Avatar-Funktion, die bei der Bedienung, beim Befüllen mit Daten unterstützt und bzgl. Datenfreigabe mit Entscheidungswissen berät.
- » **FAQs** innerhalb der ePA.
- » Gut erreichbare **ePA-Servicehotline** und **Chatfunktion** innerhalb der App, sodass bei Fragen jederzeit Kontakt zur Krankenkasse möglich ist.

E-Learning-Angebote der Krankenkasse

- » Aufeinander aufbauende Lektionen mit **kurzweiligen Videos**, die ePA erklären, inkl. laienverständliche FAQs.
- » Ziel: Vermittlung von **digitaler Gesundheitskompetenz**, insbesondere für weniger digitalaffine Menschen.
- » Erfahrene E-Learning-Anbieter als Kooperationspartner wählen (Qualitätssicherung).
- » Nutzer zur Teilnahme **motivieren**, inkl. Incentivierung für erfolgreichen Abschluss (z. B. durch Krankenkasse im Rahmen des Bonusprogrammes).
- » **Praxisbeispiele** sind bereits vorhanden:
 - › Portal „Digital Mitreden“ der pronova BKK in Kooperation mit „digitransform.de“ (<https://pronovabkk.digitalmitreden.de/#/>).
 - › Kooperation von mhplus und Mobil Krankenkasse mit „Digitales Gesundheitswesen“ (<https://digitales-gesundheitswesen.de/>).
 - › „ePA Coach“ der Charité Berlin (<https://epacoach.de/>).
- » E-Learning-Angebote sollten **weiter ausgerollt** und **aktiv beworben** werden.
- » Sobald über ePA kommuniziert wird, auf E-Learning-Angebote verweisen. Vermittelt das gute Gefühl, dass man jederzeit Unterstützung im Umgang mit der ePA erhält.
- » **Voraussetzungen:**
 - › **Kostenlos**
 - › Einfacher Zugang ohne Login-Schranke
 - › Laienverständlich und leicht in den Alltag integrierbar
 - › Kurzweilig und unterhaltsam

Motivations- / Anreizsystem, Affirmationen

- » Der Mensch strebt danach, für sein Handeln belohnt zu werden. So wünschen sich auch Versicherte, für die **Nutzung der ePA belohnt** zu werden, ähnlich dem Sammeln von Payback-Punkten (hc:spirit 2021, BARMER Experteninterview 2022).
- » Der Wunsch nach Belohnung bezieht sich auf zwei Ebenen (hc:spirit 2021):
 - › Affirmation innerhalb der ePA in Form von persönlichem Feedback zu erreichten Erfolgen (Gamification-Prinzip – z.B. positives Feedback, sobald Versicherter Dokumente hochgeladen oder Impfhistorie vervollständigt hat)
 - › Vorteile in Form von Bonuspunkten für das Bonusprogramm der Krankenkassen (praktische Umsetzbarkeit ist zu prüfen)
- » Neben Krankenkassen kann auch die **Politik** ePA-Nutzungsanreize für Bevölkerung schaffen.
- » **Voraussetzung:** Die motivationale Kommunikation mit Anreizen soll als Ergänzung einer nutzenfokussierten Kommunikation dienen und darf keinesfalls im Widerspruch zu dieser stehen.

ABBILDUNG 14: Kommunikationsinhalte und Botschaften für Patienten / Versicherte

ePA-Nutzen mit Alltags-Use-Cases erklären	Ärzte / medizinisches Personal als Testimonials	Quick Start Tutorial / Guide innerhalb der ePA-App	E-Learning-Angebote der Krankenkasse	Motivations- / Anreizsystem, Affirmationen
Lebendige ePA-Anwendungsbeispiele aus Alltag kranker und gesunder Versicherter aufbereiten.	Echte Ärzte und echtes medizinisches Personal als Testimonials erklären ePA.	Quick Start Tutorial erklärt Erstbenutzung der ePA-App.	Bildungsangebot in Form von qualitativ hochwertigen E-Learning-Angeboten durch die Krankenkasse.	Affirmationen innerhalb der ePA in Form von persönlichem Feedback zu erreichten Erfolgen (Gamification-Prinzip – z. B. positives Feedback, sobald Versicherter Dokumente hochgeladen hat).
Mehrwert anhand von Use Cases aufzeigen: Bessere ärztliche Behandlung, Zeit sparen, weniger Bürokratie, Gesundheit immer im Blick, weniger Doppeluntersuchungen usw.	Evidenzbasierte Kommunikation auf Augenhöhe mit den Patienten.	Klares, performantes Startscreen-Design.	Kostenfrei und ohne Login-Hürden nutzbar.	Materielle Vorteile, z. B. in Form von Bonuspunkten für das Bonusprogramm der Krankenkasse.
Zielgruppenspezifische Use Cases über MIOs (z. B. für Chroniker oder Schwangere) entwickeln und adressieren.	Hohe Glaubwürdigkeit aufgrund des Vertrauensverhältnisses zum ärztlichen Berufsstand (Arzt = Autoritätsperson).	Guide/Avatar führt durch die App.	Kooperation mit erfahrenen E-Learning-Anbietern (Qualitätssicherung).	Nicht ausreichend ist hingegen das reine Versprechen eines individuellen Gesundheitsnutzens der ePA.
Einbettung individuell passender Use Cases in Behandlungsgespräch mit Arzt/in Beratungsgespräch mit Kassenmitarbeiter. Nutzen am persönlichen Szenario erklären.	Chance auf Nachhaltigkeit und Verbindlichkeit: realistische Chance, dass Patienten den ärztlichen Rat der ePA-Nutzung auch umsetzen.	Integration von laienverständlichen Hilfefeatures (für weniger Technikaffine).	Aufeinander aufbauende Lektionen mit kurzweiligen Erklärvideos.	
Einfachheit von Zugang und Nutzung erklären: So einfach wie WhatsApp.	Per Video, Social Media, Plakataktion usw.	Einbettung einfacher Erklär- und Entscheidungshilfen zur Dokumentenfreigabe, zur Datensicherheit an allen Stellen des Nutzungsprozesses.	Lernerfolge, Abschluss von Lernetappen messbar machen und honorieren.	
		FAQs und Chatfunktion mit Kassenmitarbeiter immer griffbereit.	Best Practices: digitalmitreden.de, digitales-gesundheitswesen.de, ePA-Coach.	

Quelle: eigene Darstellung

Kommunikationsinhalte und Botschaften für Ärzte

ePA-Nutzen und Handling mit berufspraktischen Use Cases erklären

- » Vermittlung von praktischen, **berufsrelevanten Anwendungsbeispielen** der ePA.
- » Am konkreten Beispiel im Berufsalltag aufzeigen, wofür ePA sinnvoll ist (z. B. Notfalldatensatz, Arzneimittelsicherheit).
- » Verdeutlichen, welchen **Mehrwert** die ePA mit sich bringt: verbesserte ärztliche Behandlungsqualität durch kooperativen Austausch von Informationen und Gesundheitsdaten über die Patienten: „*Jeder Arzt will seinen Patienten bestmöglich behandeln*“ (Experteninterview Kassen 2022).
- » Langfristig auch: **Bürokratieentlastung**, Arbeitserleichterung.
- » **Datenschutz** und Datensicherheit an pragmatischen, nacherlebbareren Beispielen erklären.
- » ePA-**Demoversion** für Ärzte und medizinisches Fachpersonal zur Verfügung stellen.
- » **Einfachheit** der initialen ePA-Einrichtung am konkreten Beispiel live zeigen.

Bestandteil von ärztlicher Fortbildung und von Fachkongressen

- » ePA muss Standardbestandteil ärztlicher **Weiter- und Fortbildungen** sein sowie auf **Fachkongressen** thematisiert werden.
- » Durch Live-Schulungen konkreten ePA-Nutzen aufzeigen und Handling erklären.
- » Nicht nur für Ärzte, auch für medizinisches **Fachpersonal** und Pflegepersonal ermöglichen: „*Man muss den Ärzten den konkreten ePA-Nutzen live zeigen, in der Praxis*“ (BARMER Experteninterview 2022).
- » Ärzte können für Arztkollegen als **Testimonials** fungieren: ePA wird von Kollegen für Kollegen erklärt und live gezeigt (u. a. auch Erfahrungen von Ärzten aus anderen Ländern, z. B. Österreich, einbinden).
- » Ziel: Steigerung der **Digitalkompetenz**, vor allem von niedergelassenen Ärzten (besonders für ältere Ärzte nutzbringend).

Ausbildungsbestandteil Medizinstudium und aller medizinischen Fachprofessionen

- » Jungen Mediziner bereits während ihres Medizinstudiums ePA nahebringen.
- » Vorteil: Junge Mediziner zeigen grundsätzlich höhere **Aufgeschlossenheit für Digitalisierung** des Gesundheitssystems.
- » Integration von Wissensmodulen in **Psychotherapeutenausbildung**, da besonders kritische Zielgruppe.
- » Spezielles Qualifikationsangebot für **MFAs** etablieren.
- » Aufeinander aufbauenden **Qualifikationszyklus** anbieten.
- » Ziel: Vermittlung von **Digitalkompetenz** von Anfang an.

E-Learning-Angebote speziell für Ärzte und medizinisches Fachpersonal

- » Zusätzlich zu Live-Schulungen auch **digitale Lern-Plattformen** entwickeln und bereitstellen.
- » Ziel: Funktionalitäten der ePA und Prozedere der Rechtevergabe erklären, Umgang mit Dokumentenhandling erleichtern, Mehrwerte aufzeigen, Skepsis und Vorbehalte entkräften.
- » ePA wird von Kollegen für Kollegen erklärt.
- » **Kassenärztliche Vereinigungen (KV)** sollten aktive Rolle als **Zugangskanäle** zu den E-Learning-Angeboten übernehmen.
- » Kooperation mit erfahrenen E-Learning-Anbietern schließen. Krankenkassen als Projektpartner der Bildungsoffensive gewinnen (Vorbild: Pilotprojekt der BARMER mit zwei KVen).
- » Spezielle Schulungsangebote für psychologische Psychotherapeuten und deren Berufsorganisationen.
- » E-Learning-Angebote auch für **MFAs** und Pflegepersonal.
- » Lernerfolge und Abschluss von Lernetappen messbar machen.
- » Voraussetzung: Angebot muss sich leicht in den Berufsalltag integrieren lassen und unbedingt **kostenlos** sein (aktuell teils kostenpflichtige Lösungen, die Bereitschaft der Ärzte senken).

Langfristig: „ePA-Ready-Sticker“ in Arzt-Suchtools als Qualitätszertifikat für Arztpraxen

- » Einführung eines „ePA-Ready-Stickers“ für Ärztelisten oder Onlinearztsuche (z.B. doctolib).
- » Vergleichbar mit der etablierten Filtermöglichkeit nach Angebot von Videosprechstunde oder Onlineterminservice durch die Arztpraxen.
- » Vorteile:
 - › zusätzlicher Qualitäts- und Transparenznachweis für die Patienten
 - › Servicevorteil für die Ärzte („Digitalisierung as a Service“)

Motivations- / Anreizsystem

- » Politik muss **positive Anreize** für Ärzte schaffen, dass es sich für sie auszahlt, ePA erstmalig zu befüllen und weiter zu pflegen (Honorierung).
- » **Alternative Anreizsysteme** entwickeln: Honorierung der initialen Einrichtung und Pflege der ePA als fixer Bestandteil von vertraglichen Vereinbarungen der **hausarztzentrierten Versorgung**. Geknüpft werden könnte das an die Bedingung, dass die Arztpraxis ihre TI-Infrastruktur auf dem aktuellen Stand hält und weitere digitale Services für die Patienten bereithält (z. B. Videosprechstunde, Einsatz eines PVS-Impfmanagementsystems, Onlinearztterminbuchung).

ABBILDUNG 15: Kommunikationsinhalte und Botschaften für Ärzte / Leistungserbringer

ePA-Nutzen und Handling mit Use Cases erklären	Bestandteil von ärztlicher Fortbildung und Fachkongressen	Ausbildungsbestandteil aller medizinischen Fachprofessionen	E-Learning-Angebote für Ärzte und medizinisches Fachpersonal	ePA-Ready-Sticker als Qualitätszertifikat für Arztpraxen	Motivations- / Anreizsystem
Vermittlung von praktischen, berufsrelevanten Anwendungsbeispielen der ePA.	ePA muss Standard-Baustein der ärztlichen Fortbildung werden, inkl. regelmäßiger Auffrischungsschulungen.	ePA muss Standard-Ausbildungsmodul innerhalb des Medizinstudiums werden.	Bildungsangebote in Form von qualitativ hochwertigen E-Learning-Angeboten etablieren.	Ärzte, die in ihren Praxen bereits mit der ePA arbeiten, werden in Arztelisten und Online-Suchtools (z. B. doctolib) mit einem „ePA-Ready-Sticker“ gelistet.	Honorierung der initialen Einrichtung und Pflege der ePA vorsehen (Abrechnungsziffer).
Verbesserte ärztliche Behandlungsqualität durch kooperativen Dokumentenaustausch, Vermeidung von Doppeluntersuchungen usw.	Mit Möglichkeit, CME-/CE-/CPD-Punkte zu erwerben.	Integration von Wissensmodulen auch in Psychotherapeutenausbildung sowie in Ausbildung von MFAs, Pflegepersonal usw.	Kostenfrei und ohne Login-Hürden nutzbar.	Qualitäts- und Transparenznachweis für die Patienten.	Alternative Anreizsysteme in Versorgungsmodelle integrieren.
Kollegen erklären die ePA anderen Kollegen.	Fortbildungsangebote unbedingt auch an medizinisches Fachpersonal und Pflegepersonal adressieren.	Wissensangebot stets auf aktuellem Stand halten.	Kooperation von Krankenkassen mit KVen und erfahrenen E-Learning-Anbietern (Qualitätssicherung).	Servicevorteil für die Ärzte.	ePA-Einrichtung und ePA-Pflege als Bestandteil von Hausarztverträgen aufnehmen.
ePA-Demo-Version zur Verfügung stellen.	ePA sollte auf Fachkongressen regelmäßig thematisiert werden.	Aufeinander aufbauende Fortsetzungs- und Aufbaumodule vorsehen.	Aufeinander aufbauende Lektionen mit kurzweiligen Erklärvideos.	Langfristig umsetzbar.	Verpflichtende MIOs können Anreiz zu ePA-Nutzung sein, z.B. digitaler Entlassbrief.
Einfachheit der initialen ePA-Einrichtung praktisch zeigen.		Digitalkompetenz angehender Ärzte stärken.	Hier auch: Kollegen erklären die ePA anderen Kollegen.		
			Lernerfolge, Abschluss von Lernetappen messbar machen.		

Quelle: eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

- » **Sanktionierende Anreizsysteme** in Erwägung ziehen: Verpflichtende MIOs in die ePA integrieren, die positiv auf die Nutzungsmotivation der Ärzte wirken. Beispiel: Digitaler Entlassbrief.

3.2.3 Kommunikationsinstrumente und Kanäle

Kanalübergreifend ist für das wichtige Zukunftsthema elektronische Patientenakte ein nutzenzentrierter **öffentlicher Diskurs** erforderlich. Als Meinungsführer dieses Diskurses kommen in erster Linie die öffentlich-rechtlichen Medien infrage, mit der Aufgabenstellung, ein Grundvertrauen für das Thema „elektronische Patientenakte“ innerhalb der Bevölkerung aufzubauen.

Geeignet sind vor allem **öffentlich-rechtliche TV-Nachrichten- und Wissensformate** (Tagesschau, heute journal) sowie **Rundfunkformate**, die generationenübergreifend als gesellschaftlich relevant und glaubwürdig erachtet werden (ARD, ZDF 2022).

Infrage kommende Zugangswege zu den jungen Zielgruppen (Gen Z) für eine gesamtgesellschaftliche Aufklärungskampagne sind **Social-Media-Kanäle**, in denen sich die Jungen präferiert aufhalten. Dabei sollten vor allem die Social-Media-Kanäle mit **öffentlich-rechtlichem Hintergrund** vertrauensbildend am Aufklärungsprozess mitwirken, z. B. Instagram- /TikTok-Kanal von Tagesschau, „funk“ (Contentnetzwerk von ARD und ZDF), „quarks“ (WDR-Wissensmagazin).

ABBILDUNG 16: **Kommunikationsinstrumente und Kanäle gerichtet an ...**

Inhalte und Botschaften der ePA-Kommunikation für ...

Patienten / Versicherte				Ärzte / medizinisches Personal
Beim Arzt	Von der Krankenkasse	In der Apotheke	In Gesundheitsmedien	
Persönliches Arztgespräch im Behandlungskontext	Persönliches Beratungsgespräch mit Kassemitarbeiter vor Ort, Telefon, E-Mail, Chat	Persönliches Beratungsgespräch durch Apotheker	Nationales Gesundheitsportal gesund-bund.de	Ärztliche Berufsverbände und Interessenorganisationen
Wartezimmer der Arztpraxis, z. B. Wartezimmer-TV, Medienauslage	Kassen-Webseite inkl. E-Learning-Kanal	Infomaterial, Apothekenzeitungen	Reichweitenstarke Printmedien, z. B. Apotheken Umschau & Kaufzeitschriften	Medizinische Fachpublikationen
	Social Media-Kanäle: YouTube, Instagram, Influencer, Videos, Stories, Reels		Social-Media-Kanäle	Medizinische Newsletter
	Service-App			Ärzte-Communities, Plattformen
	Kundenmagazin (print + digital)			Fachkongresse / Ärztetagungen
	Kasseneigener Podcast			
	Printmailings, Briefbeileger, Dialogpost			
	Schulungsprogramme für Chroniker			

Quelle: eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

Dieses Kapitel geht vertiefend auf die Medien und Kanäle der ePA-Kommunikation ein, die sich speziell an die beiden Zielgruppen **Patienten/Versicherte** sowie **Ärzte/medizinisches Personal** richten (vgl. Abbildung 16). Auch hier handelt es sich um eine Impulssammlung, die durch Beispiele aus der Praxis untermauert ist, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Kommunikationsinstrumente und Kanäle für Patienten / Versicherte

Beim Arzt

- » Persönliche Aufklärung der Patienten **im Behandlungskontext** an der konkreten, individuellen Gesundheitssituation und am Erkrankungsbeispiel bringt größten Nutzwert:
 - › Voraussetzung: Arzt muss selbst vom Nutzen überzeugt sein
 - › Vorteil: Direkte Ansprache von älteren und chronisch kranken Zielgruppen; Arzt als Vertrauensperson auch besonders wichtig für Menschen aus Ostdeutschland, die größere Skepsis und Ablehnung zeigen (Bertelsmann und Münch 2022)
 - › Nachteil: Schwierigere Ansprache der jungen, gesunden Zielgruppe, die seltener Arztbesuche wahrnimmt
- » **Wartezimmer-Kommunikation**
 - › Wartezimmer-TV: professionelle Videoclips, geprüfte Qualität
 - › Medienauslage zur ePA in Arztpraxen (Flyer, Broschüren, Magazine, Apotheken-Zeitschriften)

Von der Krankenkasse

- » **Persönliches Beratungsgespräch** im Kundencenter, am Telefon, per E-Mail, Chat.
- » **Krankenkassen-Website inkl. E-Learning-Portal**
 - › Die von den Krankenkassen aktuell vorgehaltenen ePA-Website-Infos sind häufig schwierig auffindbar, oberflächlich, inhaltsschwach, nicht zielgruppengerecht, schwer verständlich und textlastig
 - › Leicht zugängliche, zielgruppengerechte, laienverständliche ePA-Infos inkl. kurzweiliger Erklärvideos und FAQs sind ein Must-have
 - › Einbindung externer seriöser Quellen (z.B. bund-gesund.de, gematik) steuert Gesundheitskompetenz bei
- » **Social-Media-Kanäle**
 - › Influencer-Kooperationen, z.B. mit Ärzten als Testimonials
 - › Besonders für Ansprache der jungen, gesunden Zielgruppe relevant
 - › Inhalte und Nutzen der ePA und des Opt-out-Verfahrens praxisnah an echten Anwendungsfällen live zeigen, in Form authentischer Videos, Storys, Reels, Infografiken
- » **Service-App**
 - › Integration des ePA-Banners in Kassen-Service-App kann ePA-Nutzerzahlen positiv beeinflussen
 - › Beispiel BARMER: Ansprache digitalaffiner Versicherter innerhalb eines digitalen Mediums (Kassen-App) führte zu Erhöhung der ePA-Registrierungen
- » **Kundenmagazin** (sowohl print als auch digital)
- » **Kasseneigener Podcast**
- » **Print-Mailings, Briefbeileger, Dialogpost**
 - › ePA-Briefbeileger zu regulärer Post der Krankenkasse anlassbezogen nutzen, um auf ePA aufmerksam zu machen, z. B. Zusendung neue eGK, Brief zu Mutterschaftsgeld
 - › Gefahr bei Dialogpost ohne Zielgruppenzuschnitt: hohe Streuverluste
 - › Printflyer mit QR-Code zu einfach verständlichem ePA-Video und FAQs ausstatten, sodass Mehrwert in Sekundenschnelle erfassbar ist
 - › Print-Mailings besonders geeignet für Erreichbarkeit älterer Versicherter
- » **Kundencenter:** Aufstellen von Roll-ups, Auslage von Flyern und Kundenmagazinen mit ePA-Inhalten.
- » **DMP-Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen**
 - › DMP-Schulungen sinnvoll, um chronisch Kranke nutzentriert und am konkreten Use Case die ePA-Vorteile für das Management der eigenen Erkrankung zu demonstrieren
 - › Chance: digitalaffine chronisch Kranke als Early Adopter und Testimonials für ePA-Opt-out-Verfahren gewinnen

In der Apotheke

- » Neues E-Health-Gesetz sieht vor, dass Identifizierung für ePA künftig in der Apotheke vor Ort möglich sein wird (Personalausweis/eID).
- » Flächendeckendes Apothekennetz von rd. 18.000 Apotheken in Deutschland ermöglicht **niedrigschwellige Zugang.**

- » **Persönliche Patientenberatung** durch qualifizierte Apotheker und pharmazeutisch-technische Assistenten (PTAs) als Vertrauenspersonen.
- » **Zielgruppengerechte Ansprache am „Point of Sale“ möglich:** „Dort ist man mit seinem gesundheitlichen Problem. Man muss die Leute da abholen, wo sie gerade sind und ePA brauchen. Die Bereitschaft ist am Point of Sale höher als zuhause auf dem Sofa, wenn man nicht krank ist“ (BARMER Experteninterview 2022).
- » **Forderung:** Apotheken müssen sich einbringen, aufklären und Verantwortung für ePA-Kommunikation übernehmen.

In Gesundheitsmedien

- » Begleitende, seriöse Berichterstattung über ePA in **auflagenstarken Gesundheitsmedien** (print und digital) ist nutzbringend, um gesundheitsinteressierte Zielgruppen anzusprechen (Kaufzeitschriften, Gesundheitsportale).
- » **„Apotheken Umschau“** (Wort & Bild Verlag) sollte in Form von mehreren ePA-Berichterstattungen Kommunikationsverantwortung übernehmen (print und digital):
 - › Reichweitenstärkste Zeitschrift in Deutschland: 7,6 Millionen Exemplare monatlich und knapp 18,5 Millionen Leser; fast ein Viertel aller Deutschen liest jeden Monat die „Apotheken Umschau“ (Deuse 2022)
 - › Spezial-Magazine des Wort & Bild Verlags sind reichweitenstärkste Medien in den jeweiligen Segmenten für junge Eltern, Senioren und Menschen mit Diabetes
 - › Kostenlose Auslage in Apotheken und Arztpraxen: **Niedrigschwelliger Zugangskanal** vor allem zu älteren und kranken Menschen
 - › **Qualitätsgeprüfter Gesundheitsjournalismus** in leicht verständlicher Sprache
 - › Glaubwürdiges Medium, das Vertrauen schafft
- » **Nationales Gesundheitsportal gesund-bund.de**
 - › Portal „gesund-bund.de“ (Betreiber: BMG) bekannter machen und als seriöse Informationsquelle für ePA-Kommunikation einsetzen
 - › Krankenkassen sollten das Portal gesund-bund.de intensiver mit den eigenen Angeboten verlinken und kontextsensitiv für die **qualitätsgeprüfte Versichertenkommunikation** einsetzen
 - › Integration als Wissensquelle in die ePA
 - › Als Wissensquelle ebenfalls für Stakeholdergruppe der **Ärzte** relevant
- » Entsprechende **Social-Media-Kanäle** der Gesundheitsmedien mit ePA-Content zusätzlich bespielen.

Kommunikationsinstrumente und Kanäle für Ärzte

Ärztliche Berufsverbände und Interessenorganisationen

- » Berufs- und Interessensverbände der Fachprofessionen inkl. KBV, Hausärzteverbände, Ärztekammer usw. sollten eine viel **aktivere Haltung zeigen** und Verantwortung für eine seriöse, alltagstaugliche ePA-Kommunikation übernehmen (Deutscher Hausärzteverband 2022). Dabei sollten die verschiedenen Gliederungsebenen der Organisationen (Bund, Land, Region) aktiv genutzt werden.

- » Statt skandalträchtige Zweifel zu säen und Opt-out-Ablehnungsformulare für die Patienten zu verteilen, sollten vordergründig die **positiven Nutzensvorteile** der ePA sachlich fundiert erklärt werden.
- » Organisation von kostenlosen, fachlich fundierten Schulungen, Bereitstellung von kostenlosen **E-Learning**-Angeboten und Informationsmaterial mit fokussierter Nutzenkommunikation zur ePA für Ärzte und medizinisches Fachpersonal.

Medizinische Fachpublikationen

- » Berichterstattung zur ePA als Bestandteil von professionsspezifischen Fachpublikationen.
- » Sowohl in print als auch digital.

Ärzte-Communities, Plattformen, medizinische Newsletter, Fachkongresse

- » Digitale Informationskanäle werden von den Ärzten präferiert. 73 Prozent der Ärzte informieren sich fachgruppenübergreifend vor allem online.
- » E-Mails und medizinische Plattformen sind die beiden beliebtesten Kanäle (colloquio-insights 2020).
- » Daher ist Ansprache über **Ärzte-Newsletter** und professionsspezifische **medizinische Plattformen** geeignet.
- » ePA sollte auch auf professionsspezifischen, medizinischen **Fachkongressen** (analog und digital) regelmäßig thematisiert werden.

3.2.4 Tonalität und Medienformate

Tonalität in der Kommunikation mit Patienten /Versicherten

Bei Kommunikationskampagnen, die über ein politisches Thema aufklären, gilt es prinzipiell zu beachten, dass die Rezipienten keine Fachexperten, sondern ein **heterogenes Laienpublikum** sind. Aus diesem Grund kommt der rhetorischen Übermittlung oftmals ein größerer Stellenwert zu als der wissenschaftlichen Fakten- und Argumentationslogik. Auch bei politischen Kommunikationsbotschaften passen sich Inhalte, Art und Weise der Kommunikation (Visualisierung, Sprachstil usw.) der neuen Medienlogik an. Inhalte werden daher **gezielt reduziert und mit Unterhaltungswert** dargeboten. Auf diese Weise hofft man, einen besseren Zugang zur medialen Öffentlichkeit zu bekommen, Inhalte auch außerhalb der üblicherweise politisch-thematisierten Kontexte zu transportieren oder auch Leute zu erreichen, die von sich aus wenig oder keine politischen Informationen nutzen (Baden et al. 2015).

Aufgrund der politischen Rahmung der ePA- /ePA-Opt-out-Thematik ergeben sich folgende **Anforderungen an die Tonalität** und Darreichungsart der ePA-Kommunikation (Registrierung, Einrichtung, Steuerung bis hin zu Datenfreigabe, Datenschutz, Datensicherheit):

- » **Laienverständlich und einfach:** Verzicht auf techniklastige, bürokratische Begriffe im Behördendeutsch:
 - › Versicherte /Patienten sind keine ePA-Experten, sondern ein heterogenes Laienpublikum.
 - › ePA und Opt-out müssen in eine verständliche Sprache übersetzt werden.
 - › Begrifflichkeiten „Opt-in“ / „Opt-out“ sind unverständlich: sollten in der Kommunikation mit Versicherten/Patienten vollständig vermieden werden.
 - › Verständliche Erklärungen zum Datenschutz sind besonders wichtig: Komplexe Datenschutzbestimmungen müssen in eine einfache Sprache übersetzt werden, um Akzeptanz zu schaffen: Was bedeutet das? Wie sicher sind die Daten?
 - › Versicherte benötigen alle notwendigen Infos, aber reduziert auf das Relevante. Kurz und bündig auf den Punkt bringen, statt seitenlanger Scrollingtexte: *„Man muss es hinbekommen, das komplexe Thema so einfach wie möglich zu vermitteln. Wir müssen von der fachlichen Diskussion wegkommen, Kommunikation muss einfacher sein“* (BARMER Experteninterview 2022).
- » **Transparent und ehrlich,** um Verständnis zu erzeugen: besonders wichtig zum Thema Datenschutz und Datensicherheit:
 - › Ehrlich kommunizieren, warum Prozesse so sind wie sie sind, z. B. ist der Registrierungsprozess so aufwendig, um Datensicherheit zu gewährleisten. *„Wenn man offen und ehrlich kommuniziert und auch die Zusammenhänge erklärt, dann finden die Leute das gut: Man muss sagen – ja, die Registrierung der ePA ist nervig und unbequem, aber dadurch sind deine Daten sicher! Der komplexe Registrierungsprozess ist so, um deine Daten zu schützen!“* (AOK Experteninterview 2022).
- » **Plakativ, bildhaft, vergleichend, beispielhaft:** ePA und das gesamte Handling ist aktuell für Versicherte noch schwer greifbar. Daher **Vergleiche und Bilder aus der Alltagswelt** schaffen, die bei den Zielgruppen Assoziationen wecken: *„Sowohl in Richtung Versicherte als auch in Richtung Ärzte ist es wichtig, eine sehr bildhafte, vergleichende, beispielhafte Sprache zu wählen, um zu zeigen, wie sicher die ePA ist. Man muss dafür Bilder, Vergleiche aus der Alltagswelt schaffen, dass die Leute kapieren, was für ein Sicherheitsniveau die ePA hat“* (TK Experteninterview 2022). *„Wenn ich in der Lage bin, WhatsApp zu bedienen, kann ich auch die ePA bedienen!“* (AOK Experteninterview 2022).
- » **Zielgruppengerecht:**
 - › Unterschiedliche Sprache und Tonalität für junge, gesunde, digitalaffine Zielgruppen vs. für ältere, weniger digitalaffine Menschen vs. für (chronisch) kranke Menschen.
 - › Auch ältere, nicht digitalaffine Menschen und Menschen mit einem geringeren Bildungslevel müssen die ePA verstehen. Hier sind besonders einfach verständliche, plakative Erklärungen notwendig (Bertelsmann und Münch 2022).
 - › **Intensivere aufklärende Kommunikation** für Menschen aus Ostdeutschland (Bertelsmann und Münch 2022). Persönliche Kommunikation über Arzt als Vertrauensperson im Behandlungskontext besonders wichtig.
 - › Gen Z hat größeren Aufklärungsbedarf (Bertelsmann und Münch 2022).
 - › Vorsicht: Ein auffällig bemühter jugendlicher Sprachstil kann von Jüngeren als anbiedernd empfunden werden (hc:spirit 2022).
- » **Unterhaltsam:** Nutzung der ePA soll nicht als „nerviges“, notwendiges Übel wahrgenommen werden, sondern Spaß bereiten und den Alltag erleichtern. Dies sollte in der Kommunikation transportiert werden, um Interesse und Begeisterung zu erzeugen.

» **Sensibilität und Fingerspitzengefühl beweisen:**

- › Begrifflichkeiten und Formulierungen auf Prüfstand stellen.
- › Die falsche Wortwahl kann leicht weiteres Misstrauen und Skepsis schüren.
- › Unterschiedliche **Zielgruppenbesonderheiten** beachten: insbesondere wichtig für die Kommunikation mit Menschen aus **Ostdeutschland**, die eine größere Abwehrhaltung zeigen (Bertelsmann und Münch 2022).
- › Herausstellen, dass auch unter Opt-out-Bedingungen die Versicherten die Kontrolle über ihre Daten behalten.

» **Verzicht auf belehrende, mahnende, drohende, bedrängende oder gar bevormundende Aufforderungen:**

- › Nicht „mit dem erhobenen Zeigefinger kommunizieren“.
- › ePA darf nicht als Zwang wahrgenommen werden und dass bei Nichtnutzung Konsequenzen oder Strafen drohen.
- › Fokus in der Kommunikation auf ePA als freundliches Serviceangebot, das Vorteile mit sich bringt und Wahlmöglichkeiten bereithält („Du kannst widersprechen“).
- › Den Versicherten als Verwalter seiner Daten in den Mittelpunkt stellen: verdeutlichen, dass eigene Datenhoheit beim Versicherten/Patienten liegt.
- › Botschaft: „Du entscheidest selbst, welcher Ärzte welche Daten erhält – es ist DEINE Gesundheitsassistentin.“
- › Freundlich gelassener, annehmender, bestätigender Sprachstil: „*Ich mag es nicht, von oben herab belehrt zu werden.*“ „*Experten sollen nicht wie der komische Onkel klingen.*“ „*Die Kasse soll sich nicht in mein Leben einmischen*“ (Versicherten-O-Töne hc:spirit 2022).

Tonalität in der Kommunikation mit Ärzten

Grundsätzlich gelten für die Kommunikation mit Ärzten ähnliche Anforderungen an Tonalität und Sprachstil wie in der Kommunikation mit den Versicherten:

- » **Seriös und professionell:** Medizinische Experten sind hochgebildet. Daher ist die Kommunikation im Vergleich zu breiter Bevölkerung akademischer, wissenschaftlicher und in medizinischer Fachsprache.
- » **Gut verständlich, einfach, bildhaft, plakativ, einprägsam:** Ärzte sind zwar auf ihrem Fachgebiet Experten, aber nicht im Umgang mit der ePA. Zwar haben sie hohe Fachkompetenz, aber in der Regel geringere Digitalkompetenz und Technikaffinität. Daher müssen vor allem Erklärungen zur ePA-Befüllung und Handling, zum Datenschutz usw. pragmatisch verständlich sein.
- » **Kurz und kompakt:** Die praktische Anwendbarkeit ist wichtiger als tiefeschürfende Hintergrundinformationen. Anschauliche und schnell erfassbare Darstellung ist aufgrund begrenzter Zeitressourcen sehr wichtig.
- » **Zielgruppengerecht:** Unterscheidung zwischen jüngeren, digitalaffinen und älteren, weniger digitalaffinen Medizinern, nach Professionen, niedergelassener Arzt vs. Klinikarzt.
- » **Unterhaltsam:** Nutzung der ePA soll Ärzten Freude bereiten und langfristig den Berufsalltag erleichtern.

- » **Sensibilität und Fingerspitzengefühl beweisen:** vor allem im Umgang mit skeptischen Ärzten und Professionen, die eine höhere Abwehrhaltung zeigen (z. B. Psychotherapeuten). Belange und Bedenken ernst nehmen.
- » **Verzicht auf belehrende, mahnende, drohende, bedrängende oder gar bevormundende Aufforderungen:** „Ärzte wollen nicht von den Kassen belehrt werden, in dem Sinn, dass Ärzte die Patienten überzeugen sollen, wie toll so 'ne ePA ist, und dass sie das unbedingt brauchen!“ (Prof. Dr. med. Nicola Buhlinger-Göppfarth, Vorstandsvorsitzende Deutscher Hausärzterverband LV Baden-Württemberg, Bitkom 2022a).
- » **Motivation zu mehr Kollegialität der Ärzte untereinander:** In der Kommunikation herausstellen, dass jeder Arzt von der Vorarbeit seiner Kollegen profitiert, aber „einer muss den Anfang machen“ und mit der Initialbefüllung beginnen: „Erst in dem Moment, wo alle erst mal bisschen was eingezahlt haben, zahlt das in Summe aus“ (TK Experteninterview 2022).

Geeignete Medien- und Contentformate zur ePA-Kommunikation

Insbesondere in der Kommunikation mit Versicherten/Patienten, aber auch für die Leistungserbringer relevant:

- » **Verzicht auf zu textlastige Kommunikation:** Wenn Textform, dann gut portioniert, kurz und kompakt, übersichtlich aufbereitet mit Leseankern und optischen Highlights (Checklisten, Aufzählungen, Unterstreichungen, Fettungen).
- » Prägnante, gut verständliche **FAQs**.
- » Fokus auf **bildhafte, audiovisuelle Kommunikation**.
- » Laienverständliche, kurze und alltagspraktische **Erklär- /Lernvideos** zur ePA, die Funktionalitäten und Nutzwerte am konkreten Beispiel aufzeigen. Videos dürfen aufgrund der sinkenden Aufmerksamkeitsspanne der Rezipienten keinesfalls zu lang sein. Mit Unterhaltungswert ausstatten, sodass Rezipieren nicht „langweilig“ wird.
- » **Infografiken, Prozessskizzen, Bilder:** Darstellung einer Demoversion, sodass nachvollziehbar wird, wie das Innenleben der ePA aussieht und Opt-out funktioniert.

4 Fazit

1 Damit das ePA-Opt-out-Verfahren größtmögliche Vorteile zur Verbesserung der Versorgung und der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems entfalten kann, braucht es eine **gesamtgesellschaftliche Rahmung**. Diese betrifft die Regulatorik, die Systemreadiness sowie die Readiness der Nutzer. Notwendig ist eine angemessene Datennutzungskultur, d. h. eine gesamtgesellschaftlich veränderte Sichtweise auf das Spannungsfeld von Datenschutz und Datennutzung (Berndt 2022). Das schließt eine abwägende Haltung zu dem verbreiteten, perfektionistischen Anspruchsdenken ein, dass neue digitale Lösungen im Gesundheitsbereich ein garantiert nullprozentiges Fehler- und Ausfallrisiko und einen garantierten hundertprozentigen Datenschutz liefern könnten.

2 Der **ePA-Nutzen** für die Versicherten und für die Leistungserbringer muss bei allen kommenden Entwicklungsschritten und in jeder Kommunikationsmaßnahme (im Sinne einer kommunikativen Leitidee) strikt im Fokus stehen. Hierzu bedarf es geeigneter **Use Cases** und **praxistauglicher Anwendungsfälle**, um den **Patienten/Versicherten** und auch den **Leistungserbringern** den Nutzen von ePA und ePA-Opt-out am ganz konkreten Beispiel nahezubringen. Bevor kommunikative Maßnahmen auf den Weg gebracht werden, die das Opt-out-Verfahren erklären, ist es in einem Vorgängerschritt erforderlich, bei allen beteiligten Stakeholdern zunächst ein grundsätzliches Verständnis sowie eine breite Nutzungsbereitschaft der **eigentlichen ePA** zu erzielen. Die ePA-Kommunikation richtet sich hierbei an der konkreten Umsetzung der ePA-Roadmap und der vorhandenen Systemreadiness aus (Kommunikation folgt Funktionalität). Im Zusammenhang mit einer nutzenfokussierten Kommunikation ist dabei ein **ehrliches Erwartungsmanagement** wichtig: Es muss transparent kommuniziert werden, dass es sich bei der ePA-Umsetzung um einen **schrittweisen Prozess** handelt. Durch die geplante Integration weiterer ePA-Features und Mehrwertdienste in strukturierter Datenform wird sich der aktuell begrenzte ePA-Alltagsnutzen in Zukunft spürbar weiter erhöhen. Sobald der Alltagsmehrwert für die Versicherten/Patienten klar erkennbar ist, wird sich in der Folge der Erklär- und Informationsaufwand für die Arztpraxen reduzieren.

3 Die **Konfliktpotenziale** zwischen den Akteuren sind Bremsklötze und nehmen der ePA den wenig vorhandenen Fahrtwind aus den Segeln. Da die Stakeholdergruppe der **Ärzte** für die Patienten/Versicherten der entscheidende **ePA-Vertrauenspartner** ist, sollten die Ärzte aktiv in die Weiterentwicklung der ePA und in die **Konzeptionierung des Opt-Out-Verfahrens** eingebunden werden. Ein unterschwellig geäußerter Skepsistreiber seitens der Ärzteschaft ist die Angst vor Transparenz und Überprüfbarkeit der leitliniengerechten ärztlichen Behandlung. Niedergelassene Ärzte reagieren z. T. mit Störgefühlen und Ablehnung auf die Vorstellung, Behandlungsdaten mit Patienten und mit anderen ärztlichen Fachprofessionen transparent zu teilen. Diese Vorbehalte sollten sowohl regulatorisch als auch kommunikativ behandelt werden, sodass die Ärzte die von ihnen erwartete ePA-Multiplikatorenrolle erfüllen können. Keinesfalls dürfen

auch die interdisziplinären Spannungsfelder innerhalb der Ärzteschaft, die Reibungspunkte zwischen Leistungserbringern, Kassen und Technologieanbietern (gematik) sowie gegenüber dem BMG zulasten des Zieles gehen – die ePA zur zentralen Schaltstelle der Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Notwendig ist daher eine **partizipative Kommunikationsstrategie**, die alle Stakeholder einschließt und das vorhandene „Henne-Ei-Problem“ auflöst.

4 Vorausgesetzt, die regulatorischen Eckpunkte des Opt-out-Verfahrens sind definiert und vorausgesetzt, die TI-Hürden sind überwunden, bedarf es einer zentral gesteuerten, öffentlichkeitswirksamen **Dachkommunikationskampagne** unter Federführung des BMG, die den Boden für detaillierte Opt-out-Kommunikationsmaßnahmen der einzelnen Stakeholder ebnet. Einen Beitrag dazu kann das vom BMG betriebene nationale Gesundheitsportal „gesund-bund.de“ leisten, indem es zu einer wissenschaftlich fundierten Informationsquelle für die ePA-Kommunikation weiterentwickelt wird. Auch öffentlich-rechtliche TV-, Rundfunk- und Social-Media-Formate sowie qualitätsgeprüfte, reichweitenstarke Gesundheitsmedien sollten Verantwortung in der Kommunikation übernehmen, um innerhalb der Bevölkerung und der Ärzteschaft Vertrauen in die elektronische Patientenakte aufzubauen.

5 Bezüglich der Ausgestaltung der konkreten **Kommunikationsmaßnahmen** und der Auswahl der Kanäle gilt es, die gesamte Klaviatur des Kommunikationsmixes professionell zu bedienen. Für eine zielgruppenspezifische, persönliche Kommunikation sind insbesondere Ärzte und Krankenkassen gefragt, ihren Patienten bzw. Versicherten den Nutzwert der ePA am konkreten Use Case aufzuzeigen. Zwar sind 65 Prozent der Versicherten grundsätzlich für das Opt-Out-Verfahren offen. Dennoch zeigt sich sowohl bei den Versicherten als auch bei den Leistungserbringern ein riesiger Aufklärungsbedarf hinsichtlich der Dokumentenfreigabe, des Datenschutzes und der Datensicherheit. Wissensdefizite, Skepsis und Vorbehalte müssen an jeder Stelle der ePA-Kundenreise kommunikativ behandelt werden, um das dringend **erforderliche Grundvertrauen** in die ePA zu schaffen. Besonders schwierige Aufgaben stellen sich für die Opt-out-Kommunikation in den **neuen Bundesländern**. Manifeste Skepsis und Ablehnung treffen hier auf eigentlich besonders große Opt-out-Vorteile, die lückenhaften ärztlichen Versorgungsstrukturen mittels ePA smart zu überbrücken. Zielgruppenübergreifend muss die Opt-out-Kommunikation **laienverständlich und einfach** sein. Geringere Bildungslevel, weniger digitalaffine und ältere Zielgruppen müssen ebenso erreicht werden wie die Generation Z.

Auch wenn sich das Opt-out-Verfahren zum jetzigen Zeitpunkt noch in der Konzeptionsphase befindet, sind alle Stakeholder – einschließlich der Politik – bereits heute in der Kommunikationsverantwortung, auf eine positive Opt-out-Readiness von Bevölkerung und Leistungserbringern hinzuwirken.

Quellen

- acatech und Körber-Stiftung (2022). TechnikRadar 2022. Was die Deutschen über Technik denken. Herausgeber: acatech München, Körber-Stiftung Hamburg, Universität Stuttgart. <https://www.acatech.de/publikation/technikradar-2022/> (Letzter Seitenaufruf 6.12.2022).
- AOK Experteninterview (2022). Experteninterview mit Dr. Julian Hollender (Programmleiter ePA „Mein Leben“ für das AOK-System und Bereichsleiter für Digitale Versorgung der AOK Bayern), Eva Maria Reuter (Teamleiterin eSolutions / Stabsbereich Telematik – eSolutions AOK Rheinland / Hamburg). November 2022.
- ARD und ZDF (2022). „ARD / ZDF-Massenkommunikation Trends 2022 / Fernsehen bleibt stabil, Radio geht auf Vor-Corona-Niveau zurück; Trend zur nicht-linearen Nutzung setzt sich fort; angepasste Methodik bildet Mediennutzung besser ab“. Pressemitteilung. 6.10.2022. https://www.ard-zdf-massenkommunikation.de/files/Download-Archiv/MK_Trends_2022/221006_PM_MK_Trends_2022_fnal.pdf (Letzter Seitenaufruf 6.12.2022).
- Ärztepanel 2022: Ärztepanel der KBV zum Thema ePA-Opt-out vom 26.10.2022
- Ärztezeitung (2021). „TK-Chef Baas: Ärzte sollen elektronische Patientenakte fleißig befüllen“. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/TK-Chef-Baas-Aerzte-sollen-elektronische-Patientenakte-fleissig-befuellen-425735.html> (Letzter Seitenaufruf 6.12.2022).
- Ärztezeitung (2022). „Neuerungen in der HZV. Baden-Württemberg: TK-Hausarztvertrag erhält neue digitale Bausteine“. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/TK-Hausarztvertrag-erhaelt-neue-digitale-Bausteine-431402.html> (Letzter Seitenaufruf 13.12.2022).
- Augurzky, Boris, und Stefan Etgeton (2022). Opt-out bei der Patientenakte. Die Möglichkeiten der Digitalisierung ausschöpfen. SPOTLIGHT GESUNDHEIT – Daten, Analysen, Perspektiven. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-opt-out-bei-der-patientenakte> (Letzter Seitenaufruf 27.12.2022).
- Baden, Christian, Thomas Koch, Theresa Steinle und Alisa Wieland (2015). „Personalisierung und Entertainisierung als Strategien der politischen Kommunikation auf kommunaler Ebene. Eine quantitative Befragung bayerischer Kommunalpolitiker“. Politik – PR – Persuasion. Strukturen, Funktionen und Wirkungen politischer Öffentlichkeitsarbeit. Hrsg. Romy Fröhlich und Thomas Koch. Wiesbaden. 193–218.
- BARMER Experteninterview (2022). Experteninterview mit Marek Rydzewski (Chief Digital Officer), Bérengère Codjo (Projektmanagerin ePA), Daniela Laux (Expertin Kommunikation, Marketing und Digitalisierung, Digitale ID, digitales Ökosystem, digitale Kommunikation), Maria Hinz (Digital Coordinator). November 2022
- Beneker Christian (2022). „Ärztetag will Opt-out-Regelung bei elektronischer Patientenakte“. ÄrzteZeitung <https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Aerztetag-spricht-sich-fuer-Opt-out-Regelung-bei-der-ePA-aus-429492.html> (Letzter Seitenaufruf 9.12.2022).
- Bentele, Günter, und René Seidenglanz (2015). „Vertrauen und Glaubwürdigkeit – Begriffe, Ansätze, Forschungsübersicht und praktische Relevanz“. Handbuch der Public Relations. Hrsg. Romy Fröhlich, Peter Szyszka und Günter Bentele. Wiesbaden. 346–361.
- Berndt, Christina (2022). „Besserer Datenschutz ist eine moralische Pflicht“. Süddeutsche Zeitung <https://www.sueddeutsche.de/wissen/datenschutz-gesundheitswesen-e-rezept-elektronische-patientenakte-digitalisierung-ethik-1.5711682?reduced=true> (Letzter Seitenaufruf 9.12.2022).
- Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch (2022). Bevölkerungsrepräsentative Befragung zum ePA Opt-out-Verfahren. Auftraggeber: Bertelsmann Stiftung und Stifung Münch. Konzeption: hc:spirit. Umsetzung und Durchführung: Kantar. August / September 2022.
- Bitkom (2022a). Bitkom Conference (2022). Digital Health Conference. 30. November 2022. Kosmos Berlin.
- Bitkom (2022b). Bitkom Research (2022). „Digitalisierung in Praxis und Klinik: Medizin wird digitaler – auch in Deutschland“. <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Digitalisierung-Medizin-2022> (Letzter Seitenaufruf 5.12.2022).
- BITMARCK Experteninterview (2022). Experteninterview mit Barbara Prescher (Chief Customer Officer), Andreas Pschera (Pressesprecher), Lena Nies (Referentin Chief Customer Officer), Christin Mieberg (Kampagnenmanagerin) BITMARCK-Holding. Dezember 2022.
- coliquio-insights (2020). „So unterschiedlich sind Facharztgruppen“. <https://www.coliquio-insights.de/informationsbeduerfnis-ihrer-zielgruppen/> (Letzter Seitenaufruf 5.12.2022).

- DAK Experteninterview (2022). Experteninterview mit Helmut Gerhards (Chief Digital Officer und Mitglied der Geschäftsleitung), Dr. Stephan Rohde (Digitale Transformation und Politik / Digitale Fabrik), Michael Martinet (Bereichsleiter Digitales Providermanagement), Konstantinos Stavrakis (Executive Assistant to the CDO). November 2022.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Ostdeutschland (2022). Ostdeutschland. Ein neuer Blick. Bericht 2022. Berlin. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2129976/a63ea9d17b1a3c6063933f9a2e68c345/bericht-des-ostbeauftragten-data.pdf?download=1> (Letzter Seitenaufruf 5.12.2022).
- Deuse, Klaus (2022). „Millionen-Umsatz mit Gratis-Zeitungen aus der Apotheke“. Deutsche Welle <https://www.dw.com/de/millionen-umsatz-mit-gratis-zeitungen-aus-der-apotheke/a-60538020> (Letzter Seitenaufruf 6.12.2022).
- Deutscher Hausärzterverband (2022). „Eckpunktepapier zur Nutzung der elektronischen Patientenakte im hausärztlichen Versorgungsalltag“. <https://www.hausaerzterverband.de/presse-medien/pressemitteilungen/nachrichten-detailansicht/deutscher-hausaerzterverband-legt-eckpunktepapier-zur-weiterentwicklung-der-elektronischen-patientenakte-vor> (Letzter Seitenaufruf 15.12.2022).
- Digital Service (2022). „Nutzungsreise eID Bürger:innen“. https://digitalservice.bund.de/media/pages/blog/projekt-digitale-identitaeten/f90a715fd6-1669119275/nutzungsreise_eid_burger_innen.pdf (Letzter Seitenaufruf 6.12.2022).
- Initiative D21 (2022). „eGovernment-Monitor 2022“. <https://initiatived21.de/egovmon22/> (Letzter Seitenaufruf 6.12.2022).
- gesundheitswirtschaft rhein-main e.V. (2022). „eHealth-Kongress 2022 Rhein-Main und Hessen“. 5.10.2022. <https://gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/Veranstaltungen/ehealth-kongress-2022-rhein-main-und-hessen/> (Letzter Seitenaufruf 27.12.2022).
- Ehni, Ellen (2022). „Zufriedenheit mit Ampel auf neuem Tiefpunkt“. Tagesschau <https://www.tagesschau.de/inland/deutschlandtrend/deutschlandtrend-3171.html> (Letzter Seitenaufruf 5.12.2022).
- gematik (2022a). Website. <https://www.gematik.de/> (Letzter Seitenaufruf 30.11.2022).
- gematik (2022b). gematik ti-atlas (2022). „Atlas zur Telematikinfrastruktur 2022. Zahlen. Daten. Fakten“. <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-atlas/> (Letzter Seitenaufruf 30.11.2022).
- gematik (2022c). gematik TI-Dashboard (2022). „TI-Dashboard. Digitalisierung in der Übersicht“. <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard#> (Letzter Seitenaufruf 30.11.2022).
- GIK (2021). „b4p – best for planning“. <https://gik.media/best-4-planning/> (Letzter Seitenaufruf 30.11.2022).
- hc:spirit (2021). Nachhaltigkeit von Digital Health im Alltag der Versicherten nach Corona. Psychologische Marktforschungsstudie mit tiefenpsychologischem Home Use Test elektronischer Patientenakten verschiedener Krankenkassen. Berlin.
- hc:spirit (2022). Gesundheitskommunikation und Kundenmagazine. Psychologische Marktforschungsstudie. Berlin.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022). Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (Letzter Seitenaufruf 7.12.2022).
- Klöckner, Jürgen (2022). „Jeder soll automatisch E-Patientenakte erhalten: Lauterbach bringt Opt-out-Verfahren auf den Weg“. <https://app.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheits-jeder-soll-automatisch-e-patientenakte-erhalten-lauterbach-bringt-opt-out-verfahren-auf-den-weg/28791320.html> (Letzter Seitenaufruf 30.11.2022).
- Koch, Marie-Claire (2022). „E-Patientenakte: Lauterbach fordert rasche Umsetzung des Opt-out-Verfahrens“. heise-online https://www.heise.de/news/E-Patientenakte-Lauterbach-fordert-rasche-Umsetzung-des-Opt-out-Verfahrens-7265255.html?wt_mc=sm.share.mail.link (Letzter Seitenaufruf 7.12.2022).
- Krönke, Christoph (2022). Opt-out-Modell für die Elektronische Patientenakte aus datenschutzrechtlicher Perspektive. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Krönke, Christoph, und Vanessa Aichstill (2021). Die elektronische Patientenakte und das europäische Datenschutzrecht. Möglichkeiten zur datenschutzkonformen Ausgestaltung elektronischer Patientenakten im europäischen Rechtsvergleich. Heidelberg.
- Luhmann, Niklas (1973). Vertrauen – Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Wil (CH): Enke Verlag.
- McKinsey (2022). E-Health Monitor 2022. Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung – Status quo und Perspektiven. Düsseldorf.

Pfetsch, Barbara, und Eva Mayerhöffer (2006). Politische Kommunikation in der modernen Demokratie; eine Bestandsaufnahme. Universitätsbibliothek der Universität Hohenheim. Hohenheim.

Robert Bosch Stiftung (2021). „2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren“. Pressemeldung. 27.5.2021. <https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von> (Letzter Seitenaufruf 07.12.2022).

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Freie Demokraten (FDP) (2021). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/0422/1173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> (Letzter Seitenaufruf 27.12.2022).

Statista (2022). „Anzahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland nach Arztgruppe in den Jahren 2017 bis 2021“. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158849/umfrage/aerzte-nach-taetigkeitsbereichen-in-deutschland/> (Letzter Seitenaufruf 7.12.2022).

TK Experteninterview (2022). Experteninterview mit Sandra Hoyer (Teamleiterin Versorgungsmanagement Projekte, verantwortlich für TK Safe, eGA und ePA der Techniker Krankenkasse). November 2022.

Wort & Bild Verlag Experteninterview (2022). Experteninterviews mit Andreas Arntzen (Vorsitzender der Geschäftsführung Wort & Bild Verlag), Dr. med. Dennis Ballwieser (Geschäftsführer Wort & Bild Verlag, Chefredakteur Apotheken Umschau), Dr. Andrea Frost und Nicole Lauser (Geschäftsführerinnen Vita Health Media). November und Dezember 2022.

Autorinnen

Dr. Evelyn Kade-Lamprecht

Geschäftsführerin hc:spirit GmbH
Telefon +49 30 446 752 09
Mobil +49 172 3002381
kade-lamprecht@hc-spirit.de

Julia Berninger

Research & Communication
Managerin und Referentin der
Geschäftsführung hc:spirit GmbH
Telefon +49 30 446 752 09
julia.berninger@hc-spirit.de

hc:spirit GmbH
Wichertstraße 16
10439 Berlin
<https://hc-spirit.de/>

Impressum

Herausgeber:
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms Gesundheit

Lektorat: Rudolf Jan Gajdacz,
team 4media&event
Gestaltung: Dietlind Ehlers

Bildnachweis
© tadamichi – stock.adobe.com

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm Gesundheit
Telefon +49 30 275788-316
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de