

Rund um den Beruf

Nutzungspflicht seit Oktober

ePA für alle – alles gut?

Testphase beendet, Sicherheitslücken geschlossen, erforderliches PVS-Modul installiert, etliche Dokumente gesichtet und hochgeladen – sind alle Probleme bei der ePA jetzt gelöst? Mitnichten. Technische Störungen sind weiter häufig, fragwürdige Regelungen bedrohen die Schweigepflicht und die ePA ist weder arzt- noch patientengeführt. Eine kritische Bestandsaufnahme.

Als Nutzung und Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch Behandelnde am 1. Oktober 2025 verpflichtend wurden, lauteten die Schlagzeilen: „ePA kämpft weiter mit Akzeptanzproblem“ [1], und „Pflichtstart wird zum Fehlstart“ [2]. Dabei könnte es jetzt eigentlich richtig losgehen mit der ePA. Nur rund 10 % der Bürgerinnen und Bürger haben ihrer Einrichtung widersprochen und weit

über 90 % der Praxen sind an die Telemedikinfrastruktur (TI) angebunden. Mit Ende der Testphase sind etliche Sicherheitslücken geschlossen und das zur Nutzung der ePA 3.0 benötigte Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS) ist in den meisten Praxen installiert.

Es gibt durchaus erste positive Berichte. Manche Medikation, die patientenseitig nicht erwähnt wird, lässt sich in der ePA finden, erste Dokumente sind einge-

stellt, auch ist in etlichen Praxen das Hochladen und Sichten der Dateien kaum mehr verzögert. Am zeitlichen und technischen Mehraufwand hat sich jedoch nichts geändert und die TI fällt auch jetzt noch oft aus. Just zum Pflichtstart konnte wegen einer Störung bei IBM Deutschland auf die ePA verschiedener Krankenkassen stundenlang nicht zugegriffen werden. Ende 2025 laufen zudem die sogenannten RSA-Zertifikate in der



Dass die Nutzung der ePA verpflichtend ist, betrachten viele kritisch. Vor allem wegen des intrasparenten Datenflusses und der Bedrohung der Schweigepflicht.

TI ab, weshalb erneut zehntausende Konektoren ausgetauscht werden müssen, darüber hinaus laut KBV auch 100.000 elektronische Heilberufs-, 30.000 Praxisausweise sowie 160.000 gerätespezifische Karten für eHealth-Terminals [3].

Sollten Kritiker jetzt schweigen?

Somit ist das TI-ePA-Projekt immer noch weit entfernt von Nachhaltigkeit und den erhofften Kosteneinsparungen. Zu letzteren verholfen haben – zugespitzt gesagt – bisher eher die Praxen, die Hard- und Software für die TI nicht angeschafft und dafür Honorar abgezogen bekommen haben. Aber wenn doch all diese technischen Anfangsprobleme absehbar gelöst sein müssten, wäre es dann nicht an der Zeit, dass auch Kritiker wie der Autor dieser Zeilen die Vorteile der neuen Vernetzung und Datenverfügbarkeit anerkennen? Leider nein, trotz wiederholter Auseinandersetzung mit den Argumenten. Denn weiterhin heben etliche ePA-Regelungen im Zusammenspiel die Schweigepflicht aus (siehe **Schweigepflicht gesichert? – Strukturfehler der ePA**).

Automatischer Datenfluss – weitgehend unbemerkt

Die Verpflichtung, sich in die TI einzurichten, die bei ausbleibendem Widerspruch automatisch eingerichtete ePA und der Zwang zu deren Befüllung tragen zur Bedrohung der Schweigepflicht bei, da der entstehende Datenfluss kaum mehr überschaubar ist. Für die meisten Bürgerinnen und Bürger vollzogen sich die Einrichtung und bisherige Befüllung der ePA weitgehend unbemerkt, weil seitens der Krankenkassen unzureichend informiert wurde, was auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen bereits kritisiert hat [4]. Regelungen wie die Befüllungspflicht, die Opt-out-ePA und die automatische Weiterleitung der Daten an das Forschungsdatenzentrum standen bei Einführung der Pflicht zum TI-Anschluss gar nicht zur Diskussion. Sie wurde also unter anderen Vorausset-

Schweigepflicht gesichert? – Strukturfehler der ePA

- Automatische Befüllung der ePA mit bis zu zehn Jahre zurückliegenden Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen, auch solchen, die Anlass geben können zu Fehlannahmen, Stigmatisierung und Diskriminierung
- Geringer Wissensstand in der Bevölkerung über die ePA aufgrund mangelhafter Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen „umfassenden“ Information durch die Krankenkassen
- Pflichten und Automatismen wie Opt-out, TI-Anschluss und Befüllungspflicht
- Weitreichende Zugriffs- und Leserechte, wie die dreitägige Lesemöglichkeit für Apotheken
- Kein Beschlagnahmeschutz, wie er für Arztakten und Gesundheitskarte existiert
- Intransparenter Datenfluss an Forschung und europäischen Gesundheitsdatenraum
- Speicherung der Daten im Forschungsdatenzentrum für 100 Jahre
- Gemeinwohlorientierung bei Datenverwendung für die Forschung kaum noch gegeben
- Rücknahme von Sicherheitsstufen (keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung)

zungen etabliert, als jetzt gegeben sind. Die Entwicklung wird nicht stehen bleiben und weitere Gebote könnten folgen.

Zusätzlich zu Laborbefunden und Medikationsplänen sind jetzt auch Arztbriefe und Entlassungsberichte hochzuladen, die meist sensible Informationen zur Lebensgeschichte, Krankheitsentstehung und oft auch zu Dritten enthalten. Dabei den Auftrag zur Aufklärung vor dem Hochladen sensibler Daten allein durch einen Praxisaushang zu erfüllen, wie von der KBV empfohlen, dürfte unzureichend sein. Unter Anspannung und Konzentration auf das anstehende ärztliche Gespräch ist bei Wartenden dafür kaum Aufmerksamkeit zu erwarten. Nun soll zwar laut einem aktuellen Gesetzentwurf die Dokumentation in der ePA ausgesetzt werden dürfen, wenn aus therapeutischen Gründen davon abzuraten ist oder die Rechte Dritter oder das Kindeswohl gefährdet wären [5]. Den Überblick über alle Regelungen und Ausnahmen zu behalten und diese zu befolgen dürfte allerdings schwerfallen.

Ebenso ist den meisten Bürgerinnen und Bürgern nicht bekannt, dass Abrechnungsdaten und Diagnosen von den Krankenkassen rückwirkend für einen Zeitraum von bis zu zehn Jahren automatisch in die ePA fließen. Dies führt paradoxe Weise dazu, dass Praxen die Betroffenen zwar vor dem Hochladen psychiatrischer Berichte in die ePA dar-

über gesondert beraten müssen, Krankenkassen jedoch automatisch psychiatrische und andere Abrechnungsdiagnosen einstellen, womit diese sensiblen Daten dann trotz etwaig gegenteiligem Wunsch in der digitalen Akte stehen.

Abrechnungsdaten können stigmatisierende Diagnosen beinhalten. Von einer idealen Welt, in der es keine Rolle spielt, ob jemand somatisch oder psychisch erkrankt ist, sind wir immer noch weit entfernt. Zudem sind diese Daten oft ungenau, unvollständig oder nicht mehr aktuell. Ein Patient berichtete bereits von einem in der ePA dokumentierten „lebensbedrohlichen“ Prostatakarzinom, das bei ihm bei Weitem nicht in diesem fortgeschrittenen Stadium vorliegen hatte. Bekannt wurde überdies der Fall einer jungen Patientin, deren Frauenarzt beim ersten Termin aus ihrer ePA bereits vom früheren sexuellen Missbrauch wusste – wovon sie ihm (noch) nicht hatte erzählen wollen [6].

Außerdem sei angemerkt: Wenn so manche Klinik nahezu jede behandelte Depression aus Abrechnungsgründen als schwergradig bezeichnet, erhöht dies nicht die Qualität der ePA-Daten, die ja auch in die Forschung einfließen sollen.

Weit gefasste Zugriffsrechte und Beschlagnahmemöglichkeit

Während in Österreich Mitarbeitende in Apotheken nur die gesondert auf einem

Server gespeicherten Medikationsdaten für 28 Tage einsehen können, ist es in Deutschland möglich, nach Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) drei Tage lang die gesamte ePA zu sichten, somit auch jeden psychiatrischen und gynäkologischen Befundbericht. Im ländlichen Raum, wo man sich kennt, stellt dies ein gravierendes Problem dar. Medizinisch notwendig ist diese Regelung nicht. Wenn gewünscht, könnte vor Ort der Zugriff über Smartphone freigegeben werden. Damit wären Nutzende tatsächlich „Herr ihrer Daten“, wie sie es laut offizieller Verlautbarungen sein sollen. So könnten sie auch Fachkräften aus Fußpflege und Physiotherapie oder anderen Heilmittelerbringern den Zugriff individuell erlauben. Momentan können diese die ePA nach Einlesen der Karte 90 Tage lang einsehen. Die Zugriffsmöglichkeiten wurden im Sozialgesetzbuch ursprünglich mit der Einführung der Opt-in-ePA festgelegt, die aktiv beantragt werden musste. Bei der Opt-out-ePA jedoch fehlt ein Einverständnis, auch hierdurch wird die Schweigepflicht konterkariert. Manfred Kölsch, zuletzt Vorsitzender Richter am Landgericht Trier, stellte daher bereits fest, dass bei genauer Be trachtung die Opt-out-Regelung die Geltendmachung des individuellen Selbstbestimmungsrechts verhindere [7].

Weil die ePA nicht arztgeführt ist, besteht bisher auch kein eindeutiger Beschlagnahmeschutz in der Strafprozessordnung, wie er für Praxisakten und die eGK existiert und für die ePA von der BÄK bereits im Jahr 2020 gefordert worden war. Der Gesetzgeber sah den Schutz durch andere Bestimmungen gegeben, was Fachleute bezweifeln [8]. Dies aber hat Folgen. So werden wegen der jüngsten Anschläge durch psychisch Kranke tische Gesetze verschärft. Die Justizministerin Schleswig-Holsteins setzt zur Verhinderung von Straftaten psychisch Erkrankter auch auf die ePA [9]. Ihre Kollegin im Innenministerium erkannte dabei zwar Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht als „große Güter“ an [10], dennoch, so die Ministerin, müsse man dafür sorgen, dass sensible Daten über Menschen mit psychischen Krankheiten weitergeleitet werden dürfen. Die Entstigmatisierung psychisch Kranke wird durch derartige Pläne unterlaufen.

Fachanwalt Uwe Schneider äußerte hinsichtlich des fehlenden Beschlagnahmeschutzes bereits die Sorge, psychisch Erkrankte könnten sich nicht mehr offenbaren oder gar keine medizinische Hilfe mehr in Anspruch nehmen [11].

Geschützt sind die Daten auch noch anderweitig nicht: Ulrich Kelber, bis zum Jahr 2024 Bundesdatenschutzbeauftragter, kritisiert, dass Daten im zentralen Bereich der TI seit Einrichtung der „ePA für alle“ nicht mehr Ende-zu-Ende verschlüsselt sind [12]. Sie liegen demnach vielmehr in einer „vertrauenswürdigen Umgebung“ im Klartext vor. Während Hacker früher auf Millionen verschlüsselter Einzeldatensätze gestoßen wären, könnten sie jetzt viele Daten auf einmal abgreifen. Dies sei zwar unwahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen.

Daten für die Forschung: Gemeinwohlorientierung fraglich

Kritisch gesehen werden muss auch die automatische Weiterleitung der zudem nur pseudonymisierten Daten an das Forschungsdatenzentrum, wo sie 100 Jahre lang gespeichert werden, also über die Lebensspanne hinaus. Daten in der ePA sind dagegen nach dem Tod zu löschen. Forschungseinrichtungen und Privatunternehmen können beim Datenzentrum die Datennutzung beantragen. Die Gemeinwohlorientierung ist bei der Verarbeitung dieser Daten somit nicht gewährleistet. Sie wird zwar im Titel des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes genannt, im weiteren Gesetzestext bei den Details zu Nutzungszwecken hingegen nicht mehr erwähnt. Das hatte Kelber in der Stellungnahme seiner Behörde zum Gesetz bemängelt und angemerkt, dass einige Kategorien sehr offen formuliert seien, sodass hierunter auch nicht gemeinwohlorientierte Zwecke einer Datennutzung fallen würden [13]. Kelber weiter: „*Es wäre eine nähere Begründung zu erwarten gewesen, inwie weit private Gesundheitsforschung im Gemeinwohlinteresse Vorteile erzielen kann. Diese fehlt jedoch. Erfahrungsgemäß und naheliegend geht es Unternehmen der Gesundheitswirtschaft vorrangig um die Gewinnerzielung.*“

Kelber verweist darauf, dass auch Konzerne wie Google, Meta und Open AI Anträge zur Datennutzung ans For-

schungsdatenzentrum stellen könnten [14]. Es könnte die Situation entstehen, dass sich das automatisierte Sammeln und Verwerten von Daten im Gesundheitswesen im Hintergrund des Praxis- und Klinikalltags still und gewinnbringend vollzieht, während die täglichen Akteure kaum einen Nutzen oder Erleichterung, sondern Datenlieferpflicht und Mehrarbeit erfahren. An einen transatlantischen Datenraum, in dem diese Firmen KI mit ePA-Daten trainieren könnten, hatte auch der damalige Gesundheitsminister Karl Lauterbach bereits gedacht – drei Wochen nach der Wahl von Donald Trump, als absehbar war, dass die Kooperation mit den USA und speziell mit den Big-Tech-Firmen schwierig werden könnte [15]. Mehrfach hatte er vom möglichen Training der KI mit Gesundheitsdaten gesprochen, wofür Praxisgespräche aufgezeichnet und weitergeleitet werden könnten [16]. Juristen halten durch die weitreichende Sekundärnutzung der Daten die Schweigepflicht für gefährdet: „*Die Gier nach Daten übergeht die Gefahr, dass sich die Abschirmung des Arzt-Patienten-Verhältnisses nach außen durch Erfordernisse der Digitalisierung zum Nachteil der individuellen Gesundheitsversorgung auflösen könnte*“, so Jurist Manfred Kölsch [17].

ePA – weder arzt- noch patientengeführt

Der Einzelne wird nicht „Herr seiner Daten“ bleiben können. Das ist aber offenbar auch gar nicht mehr gewünscht. Während offiziell zwar immer noch von einer *patientengeführten* Akte die Rede ist, hatte Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung für Digitalisierung und Innovation am Bundesgesundheitsministerium, schon im November 2022 mit Blick auf die Einführung der Opt-out-ePA von einem Wandel hin zur *patientenzentrierten* Akte gesprochen [18]. Bislang hätten die Patientinnen und Patienten alle Entscheidungen treffen müssen. „*Das setzt aber voraus, dass sich jeder einzelne Patient damit auseinandersetzen muss, ob er eine ePA will und was sie ihm bringt. Das ist ein verdammt hoher Anspruch, und ganz ehrlich: Wir glauben nicht, dass man das von 80 % der Bevölkerung erwarten kann. Wir meinen, dass es ganz viele Menschen gibt, die möchten,*

Vorschläge zur möglichen Anpassung der ePA-Regelungen

Kurzfristige Maßnahmen

- Keine Abrechnungsdaten in der ePA, um Fehlannahmen vorzubeugen
- Enge Begrenzung der Zugriffsrechte – Gewährung nur mit aktiver Bewilligung
- Digitale Kommunikationskanäle mit Verschlüsselung zwischen Praxen, Kliniken, Heilmittel-erbringenden sowie Patientinnen und Patienten
- Rückkehr zur Ende-zu-Ende-Verschlüsselung im zentralen TI-Bereich wie bis 2024 gegeben
- Datenweiterleitung an das Forschungsdatenzentrum nur mit eingeholtem Einverständnis

Langfristige Maßnahmen

- Opt-in für zur Vertrauensförderung, verbunden mit differenzierter Werbung dafür
- Dezentrale Datenspeicherung mit begrenzten Zugriffs- und Lesemöglichkeiten
- Aufsetzen gezielter Forschungsprojekte mit digital eingeholtem Einverständnis der daten-liefernden Patienten und Patientinnen sowie Behandelnden

Bei notwendig werdendem ePA-Neustart

- Freiwilligkeit für Behandelnde, Opt-in für Patientinnen und Patienten
- Orientierung an unterschiedlichen Bedürfnissen der Nutzergruppen
- Stufenweiser Aufbau des Systems, dann als Modulauswahl:
 1. verschlüsselte digitale Verbindungen mit Option des Austauschs von Krankheitsdaten
 2. E-Rezept-Server mit Medikationsdaten
 3. Patientenkurzakte mit Anamnese-, Medikations- und Notfalldaten auf der eGK
 4. Übernahme in „neue“ Patientenakte, diese mit Opt-in und dezentraler Datenspeicherung in Praxen und Kliniken, zusätzlich gegebenenfalls auf der eGK
- 5. Einstellen ausführlicher Befunde und Berichte
- 6. Gezielte Forschungsprojekte nach Behebung von Fehlern, mit Einverständnis der Betrof-fenen sowie unter präziser Methodenplanung
- 7. Als analoge Alternative: papiergebundene Lösungen wie etwa Patientenausweise, Medi-kanisationsplan mit QR-Code und mehrsprachiger Notfallausweis

dass die Ärzte und die Forschung an die Daten kommen, aber keine Lust haben, sich damit auseinanderzusetzen, wie das funktioniert“, so Ozegowski.

Patientenseitig gibt es bisher tatsächlich wenig Interesse an der ePA, ähnlich wie zuvor schon an Patientenquittung oder Arztunterlagen. Aufgrund der Opt-out-Regelung existieren jetzt 70 Millionen ePAs, die aber kaum aktiv genutzt werden. Die Zugangsdaten zur aktiven ePA-Steuerung wurden bisher nur im einstelligen Prozentbereich beantragt. Das mangelnde Interesse dürfte weniger an Lustlosigkeit liegen, als vielmehr an der Komplexität der nötigen Registrierung und der ePA-Steuerung. Mittler-weile fühlt sich ein Drittel der Deutschen von digitalen Anwendungen überfordert [19]. Andere, dringendere Sorgen gibt es meist sowieso. Daher wird wahrscheinlich auch das wieder eingeführte Video-Ident-Verfahren, das einen schnelleren Zugang zur ePA schaffen soll, kaum für höhere Nutzerzahlen sorgen.

Wenn sie aber weder arzt- noch pati-entengeführt ist – was ist die ePA dann? Durch die Gesetze zur zentralen Daten-

speicherung und automatischer Anlage der Server-ePA, zur Befüllungspflicht so-wie durch Sanktionen für ganz oder teil-weise nicht mitmachende Praxen, wurde sie zur *politikgeführten* Akte. Auch die weitreichenden Möglichkeiten zur Da-tennutzung für Unternehmen und KI sind politischen Ursprungs und dienen nicht primär einer besseren Versorgung. Mit den Forderungen, Daten aus der ePA zu nutzen, um Straftaten psychisch Er-krankter zu verhindern, mischt sich Politik in diesen primär medizinischen Bereich ein. Und weil Demokratien der-zeit gefährdet sind und unabsehbar ist, was politisch gewollt mit zentral auf Ser-vern gespeicherten sensiblen Daten eines Tages geschehen könnte, scheuen viele Patienten die Nutzung der ePA.

Akzeptanzfaktoren beachten

Die wichtigsten Adressaten erreicht die ePA aktuell somit kaum. Patientinnen und Patienten nutzen die ePA wenig, und Praxen sind oftmals demotiviert von technischen Problemen, TI-Störun-ge, zeitlichem und finanziellem Auf-wand sowie vom Anschluss- und Befüll-

lungszwang. Nach Abgreifen der Erstbe-füllungspauschale, die etwa der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Rheinland-Pfalz nicht anderen überlas-sen wollte [20], werden bald auch die finanziellen Anreize hinfällig sein. Kann eine digitale Vernetzung im Gesund-heitswesen dennoch gelingen?

Egal, ob Bestehendes korrigiert oder das System komplett neu gestartet wird (siehe **Vorschläge zur möglichen Anpassung der ePA-Regelungen**): Mehr als bisher müssen Akzeptanzfaktoren bei Patientinnen und Patienten, Praxen und Kliniken berücksichtigt werden, um Vertrauen in die Entwicklungen zu schaffen. Freiwilligkeit und ein erkenn-barer Mehrwert würden dazu beitragen, dass Neuerungen angenommen werden. Die Niederlande etwa handhaben das so: Ein Zugang für die „Persönliche Ge-sundheitsumgebung“ mit dezentraler Anbieterstruktur kann freiwillig gene-riert werden (opt-in), für einen Daten-fluss muss um Einverständnis gebeten werden, die Datenaustauschstruktur ist dezentral, der Datenfluss somit nur lokal und nicht über regionale Grenzen hinweg möglich [21, 22].

Ein weiterer Akzeptanzfaktor ist die Vereinfachung der Handhabe der ePA. Um digitale Überforderung zu vermei-den, müssten die Anwendungen benut-zerfreundlich sein, wofür ein schrittwei-ßer Aufbau hilfreich wäre. Sinnvoll wäre die Einführung von Medikationslisten und e-Rezept-Daten, da diese bislang den größten Nutzen bringen, verknüpft mit der Option, potenziell stigmatisie-rende Medikamentennamen unkennt-lich zu machen. Dazu ein Hinweis auf nötige Nennung im Arztgespräch. Schon ab dem Jahr 2005 hätte man zur digita-llen Vernetzung im Gesundheitswesen ein bundesweit dezentrales, verschlüs-seltes Kommunikationsnetz aufbauen können, um analoge Post, Fax und da-tenunsichere Mails zu ersetzen. Der Nut-zen wäre sofort sicht- und fühlbar gewe-sen. Das jetzige Kommunikationsnetz ist unausgereift, da etwa bei KIM, das der sicheren Übermittlung elektronischer Dokumente dienen soll, immer wieder technische Probleme auftreten und die Adressstruktur uneinheitlich ist.

Seit Kurzem ist zudem ein über die ePA laufender TI-Messenger zur Kom-

Buch-Tipp!**Neurologie auf dem aktuellen Stand**

Uwe Klaus Zettl, Jörn Peter Sieb (Hrsg.)
Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen, State of the Art 2024/25
 Urban & Fischer/
 Elsevier 2024
 864 Seiten, 84 €
 ISBN 978-3-437-21073-0

Ziel der Autoren dieses Buches war es, einen Überblick zum neuesten Stand der klinischen Neurologie zu liefern, was meiner Meinung nach sehr gut gelungen ist. Das Werk befasst sich darüber hinaus mit neurologischen Randgebieten und bestimmten Altersgruppen wie Kindern und Jugendlichen und der Neurogeriatrie. Es werden Themen aus überschneidenden Fächern beleuchtet; das Kapitel „Lebensstil und neurologische Erkrankungen“ widmet sich den Einflüssen von Umweltfaktoren, Lebensgewohnheiten und Ernährung auf ausgewählte Krankheitsbilder.

Auch den diagnostischen Verfahren in der Neurologie inklusive der Neuroradiologie und Digitalisierung wird Platz eingeräumt.

Die „Wichtigen Neuigkeiten auf einen Blick“ fassen jedes Kapitel kurz zusammen. Ergänzende Tabellen geben eine Zusammenschau der Therapieoptionen. Die Kapitel wurden jeweils von Expertinnen und Experten auf den entsprechenden Gebieten verfasst, was zu einer hohen fachlichen Qualität beiträgt.

Gestolpert bin ich beim Lesen über uneindeutige oder fehlerhafte Verweise auf Tabellen oder eine inkorrekte Seitenangabe im Register. Das sind aber hinsichtlich des beeindruckenden Umfangs des Buches und der Aktualität kleine Schöhnheitsfehler, die man verzeihen kann. Außerdem bietet der Verlag die Möglichkeit, über einen QR-Code Korrekturen und Ergänzungen abzurufen. Über weitere QR-Codes können ein umfangreiches Literaturverzeichnis und Videos genutzt werden.

Zusammengefasst liegt ein Buch vor, das seinen Untertitel „State of the Art“ absolut verdient. Im Alltag der klinisch tätigen Neurologen und Neurologen ist es eine Bereicherung sowohl als Nachschlagewerk als auch zum Vertiefen oder Auffrischen des Kenntnisstandes.

Dr. med. Andrea Ringer, Wendelstein

munikation zwischen Behandelnden und Versicherten verfügbar. Für die Praxen wird es dabei notwendig sein, die Kommunikation zu begrenzen, um einer Überlastung durch zahlreiche Chat-Anfragen vorzubeugen. In den USA, wo es schon seit Langem elektronische Patientenakten gibt, wurde von einer explosionsartigen Zunahme an Nachrichten berichtet, die in den ePA-Posteingängen der Behandelnden gelangten [23].

Anpassung der ePA-Regelungen

Die Krankenkassen würden bei einem auf den Behandlungsnutzen fokussierten, schrittweisen Aufbau der Strukturen ebenfalls profitieren, da Kosten plan- und überschaubarer wären und damit das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten werden könnte. Bei den bisherigen Kosten von über 14 Milliarden € war das nicht der Fall.

Über Medikationsdaten und Kommunikationskanäle hinaus könnte ein weiterer Schritt eine Patientenkurzakte sein, mit übersichtlicher Auflistung aktueller Diagnosen, früherer Erkrankungen und Operationen, mit Medikationsplan und Notfalldaten. Eine solche ist zwar als „Anamneseblatt“ in der ePA geplant, sollte aber dezentral und zusätzlich in Papierform verfügbar sein. Möglich wäre dies auf der Gesundheitskarte, wie im Jahr 2007 schon im Deutschen Ärzteblatt vorgeschlagen [24] und mit Notfalldaten und Medikationsplan bereits praktiziert, wenngleich mit oft beklagtem hohen Aufwand.

Denkbar wären auch Lösungen ähnlich der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich. Deren Daten verbleiben laut offizieller Information weiterhin dezentral in Ordinationen und Kliniken [25]. In einer solcherart konzipierten ePA könnten je nach Wunsch und Bedarf weitere Befunde und Berichte eingestellt werden. Die Forschung käme erst mit gezielten Projekten und aktivem Einverständnis von Patientinnen und Patienten über digitale Wege an die Gesundheitsdaten. In Dänemark gibt das Gesundheitsportal, auf dem die Daten gespeichert sind, diese nicht für die Forschung oder kommerzielle Zwecke frei, was die Akzeptanz deutlich gesteigert hat [26]. Bis all dies technisch umgesetzt wäre, aber auch als analoge Al-

ternative für wenig Technikaffine, könnten papiergebundene Lösungen genutzt werden. Etwa ein Patientenausweis oder der schon länger verfügbare mehrsprachige Notfallausweis sowie der ausgedruckte Medikationsplan.

Fazit für die Praxis

In Deutschland begann die Digitalisierung im Gesundheitswesen später als in anderen Ländern, von denen man hätte lernen können. Statt auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten wurde der Schwerpunkt hierzulande jedoch auf die Datennutzung durch Forschung und Gesundheitswirtschaft gelegt. Die Praktikabilität im Alltag wurde vernachlässigt und die Schweigepflicht gefährdet. Ob allen politisch Beteiligten die Tragweite der geschaffenen Regelungen bewusst ist, muss bezweifelt werden. Es wird sich daher zeigen, ob es möglich ist, sinnvolle Änderungen im bereits eingeführten Datennetz vorzunehmen. Oder ob es erforderlich wird, für den Fall einer weiterhin mangelnden ePA-Nutzung, das ganze Projekt neu aufzusetzen und stufenweise aufzubauen, um bessere Akzeptanz zu erreichen. Fachleute schließen einen Neustart nicht aus [27].

Digitale Vernetzung im Gesundheitswesen ist notwendig, primär sollten hierbei jedoch die Behandlung und Kommunikation im Gesundheitswesen verbessert werden, wie ursprünglich geplant. Diese Ziele müssen wieder in den Vordergrund gerückt und mit Benutzerfreundlichkeit, Freiwilligkeit und Transparenz umgesetzt werden, um der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen zum Durchbruch zu verhelfen.

Literatur

 als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-025-4135-4> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTOR

Dr. med Andreas Meißner

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie
 Tegernseer Landstraße 49
 81541 München
 psy.meissner@posteo.de

