

E-Rezept und ePA – die Schlüssel zur Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens?



E-Rezept und ePA – die Schlüssel zur Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens?

Von Stefan Biesdorf und Matthias Redlich

Der Nutzen der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen ist weitgehend unbestritten. In der jüngsten [McKinsey-Studie](#) zum Thema wurde ein ökonomisches Nutzenpotenzial von 42 Mrd. EUR errechnet – ein Zuwachs von 8 Mrd. EUR im Vergleich zur Analyse von 2018.¹ Das deckt sich mit 80% aller publizierten E-Health-Studien aus dem Jahr 2021, die zahlreiche positive Nutzeneffekte von digitalen Anwendungen nachweisen – sowohl medizinisch als auch in Bezug auf Zeitersparnis und Kosteneffizienz.

Auch die Ärzteschaft sowie Patientinnen und Patienten stehen der Digitalisierung immer aufgeschlossener gegenüber. Als Katalysator erwies sich dabei die Corona-Pandemie, die laut dem aktuellen [E-Health Monitor](#) von McKinsey den bislang wenig genutzten telemedizinischen Anwendungen zu einem Schub verhalf: Binnen eines Jahres wuchs die Zahl der vertragsärztlich abgerechneten Online-Arztberatungen von 3.000 (2019) auf 2,7 Millionen (2020) und 2021 sogar bis auf 3,5 Millionen. 29% der Versicherten haben Ende 2021 zudem die elektronische Terminvereinbarung genutzt.² Die Zahlen belegen: Die Digitalisierung ist im deutschen Gesundheitswesen angekommen – zumindest in Teilen.

Auch die Politik drängt immer stärker zur Digitalisierung des Gesundheitssektors: „Nur wenn wir [#Digitalisierung nutzen, können wir Medizin besser & effizienter machen](#)“, twitterte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im November 2022.³

Unbestritten ist allerdings auch, dass die Digitalisierung in Deutschland hinter den hohen Erwartungen ebenso zurückbleibt wie hinter ihren Potenzialen. Der Chef der gematik, Dr. Markus Leyck-Dieken, bringt die Situation am Beispiel der elektronischen Patientenakte (ePA) im aktuellen E-Health Monitor von McKinsey auf den Punkt: „Obwohl die (...) ePA schon seit dem 1. Januar 2021 allen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland zur Verfügung steht, ist sie weit davon entfernt, ihr Potenzial auszuschöpfen.“

Seinen vorletzten Platz im [Digital-Health-Index](#) der Bertelsmann Stiftung von 2018⁴ dürfte Deutschland daher bis heute nur unwesentlich verbessert haben. Zwar hat es mit der Einführung der DiGA („App auf Rezept“) einen vielbeachteten Schritt nach vorne gegeben. Doch andere Länder haben inzwischen ebenfalls Fortschritte erzielt, so z.B. das österreichische Gesundheitswesen mit der Einführung des E-Rezepts im Juli 2022.

¹ Digitalisierung im Gesundheitswesen, McKinsey 2018 und 2022

² E-Health Monitor 2022, McKinsey

³ Tweet des Bundesgesundheitsministeriums vom 7. November 2022

⁴ #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, 2018, Bertelsmann Stiftung, S. 225

In Deutschland dagegen bleibt das E-Rezept – neben der ePA der zweite entscheidende Wegbereiter der Digitalisierung – weit hinter den Möglichkeiten zurück. Durch den Ausfall der für den Testlauf vorgesehenen Fokusregionen Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein wurde der bundesweite Rollout abermals verschoben, und die verpflichtende Nutzung des E-Rezepts – eigentlich für Anfang 2022 vorgesehen – bleibt vorerst ausgesetzt. Die geplante Skalierung bei Erreichen bestimmter Zielmarken findet folglich nicht statt; der weitere Fahrplan des E-Rezepts ist unklar. Hinzu kommen die Datenschutzanforderungen an den Abruf von E-Rezepten in lokalen Apotheken über die elektronische Gesundheitskarte (eGK), was den Rollout vermutlich weiter verzögern wird.

Brachliegendes Potenzial: E-Rezept und ePA mit großem ökonomischen Nutzen

Im Mai 2022 hat McKinsey das ökonomische Nutzenpotenzial von 26 elektronischen Gesundheitslösungen untersucht. Ergebnis: Rund ein Viertel davon entfällt auf Enabler-Technologien, also zentrale Dienste, die den Weg für einen breitflächigen digitalen Datenaustausch bereiten. Das entspricht einem Wert von 8 Mrd. EUR. Den Löwenanteil steuert die ePA mit 7 Mrd. EUR bei; das E-Rezept kommt auf ein Potenzial von 1 Mrd. EUR.

Beide Technologien bergen darüber hinaus ein gewaltiges indirektes Nutzenpotenzial von 22,9 Mrd. EUR, sobald andere E-Health-Lösungen wie Telekonsultationen, Remote Monitoring, medizinische Chatbots oder auch Symptom-Checker auf die in ePA und E-Rezept gespeicherten Daten zugreifen können. Somit hängen in Summe fast 31 Mrd. EUR – drei Viertel des gesamten Nutzenpotenzials digitaler Gesundheitslösungen – mit einer großflächigen Implementierung von ePA und E-Rezept zusammen (Abbildung 1). Auf diese Weise könnten dann vollständig digitalisierte Patientenreisen entstehen – von der Online-Terminvereinbarung über die Telekonsultation mit Nutzung der ePA bis hin zur digitalen Verordnung und Einlösung des E-Rezepts.

Die Effekte erfolgreicher Digitalisierung zeigen sich bei der elektronischen Terminvereinbarung: Infolge ihres Booms seit 2018 verzeichnet sie mit 400 Mio. EUR den höchsten Zuwachs unter den bereits realisierten Nutzenpotenzialen digitaler Anwendungen. Erzielen konnte die Online-Terminbuchung diesen Erfolg allerdings auch deshalb, weil sie nicht auf Daten aus ePA oder E-Rezept angewiesen ist und trotzdem einen klaren Mehrwert liefert. Auf viele andere E-Health-Lösungen trifft dies nicht zu: Ohne Zugriffsmöglichkeit auf die gespeicherten Patientendaten würde sich eine umfassendere Realisierung ihres Nutzenpotenzials schwierig gestalten.

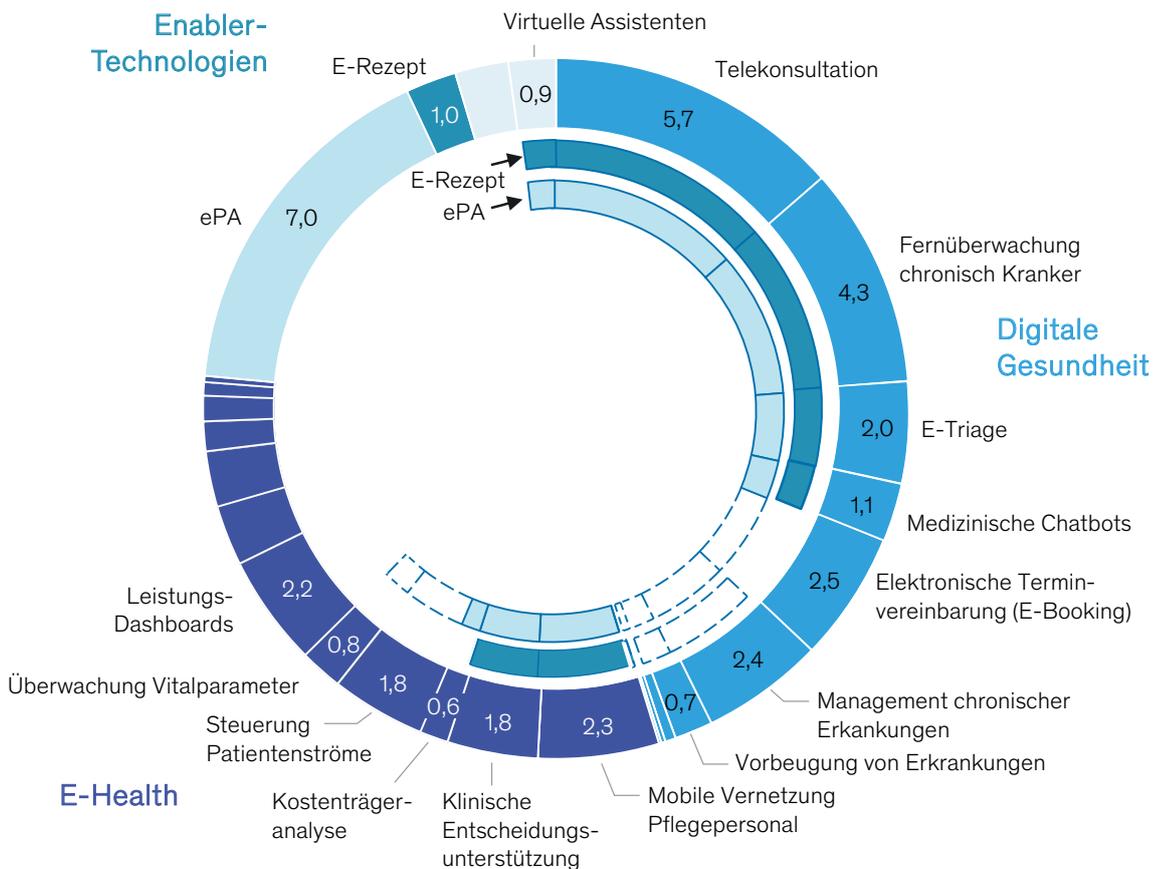
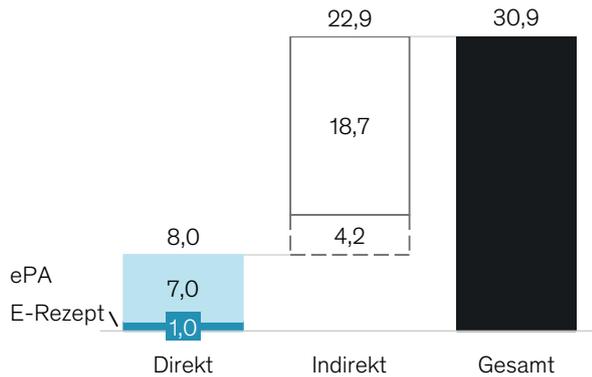
Abbildung 1

Mit Hilfe von ePA und E-Rezept entfalten digitale Gesundheitslösungen ein Milliardenpotenzial

Digitale Lösungen vollständig¹ oder teilweise unterstützt² durch ePA oder E-Rezept, in Mrd. EUR

Direktes und indirektes Nutzenpotenzial der ePA und des E-Rezepts
in Mrd. EUR

Unterstützung vollständig teilweise
 durch ePA durch E-Rezept



1. Digitale Lösungen werden nicht vollständig durch die ePA ermöglicht; um jedoch 100% des Nutzens zu realisieren, muss die ePA vorhanden sein
 2. 50% des Nutzens sind auf die ePA zurückzuführen

Quelle: McKinsey-Analyse

Multiplikator E-Rezept: Wegbereiter für Anwendungen mit echtem klinischen Nutzen

Obwohl beides Enabler-Technologien, entfalten ePA und E-Rezept ihren Nutzen auf unterschiedlichen Ebenen. Während die ePA durch eine große Breite an Longitudinaldaten über verschiedene Versorgungssektoren hinweg punktet, liegt der Vorzug des auf Arzneimitteldaten fokussierten E-Rezepts in einem klaren und einfachen Anwendungsprozess entlang der Verordnung und Abgabe von Medikamenten. Durch die elektronisch lesbaren Rezepte werden nicht nur strukturierte Daten in Echtzeit bei der Verschreibung und Einlösung nutzbar. Sie erlauben auch Anwendungsfälle, die diesen Prozessen vor- und nachgelagert sind: z.B. Prüfungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), Adhärenz-Tracking (Nachverfolgung der Einhaltung von Therapien), Aktualisierung von elektronischen Medikationsplänen (eMP) oder Updates in der elektronischen Patientenakte (ePKA). Da das E-Rezept zudem in der Telematikinfrastruktur zentral gespeichert ist, wird so prinzipiell eine vollständig automatisierte Datenweitergabe an diese Anwendungen möglich, ohne dass die Prozessbeteiligten (also Arztpraxen, Apotheken, Versicherte) erneut aktiv werden müssen.

Optimierte Medikation kann Leben retten

Ein Datenaustausch zwischen E-Rezept und eMP könnte überdies auch noch höhere Anforderungen wie die automatische Befüllung mit Verordnungsdaten in Echtzeit erfüllen – und damit dem Optimum eines stets vollständigen und aktuellen Medikationsplans nahe kommen. Und der Optimierungsbedarf ist hoch: Gerade einmal 29% der Menschen mit mehr als vier verordneten Medikamenten (Polypharmazie) verfügen über einen elektronisch lesbaren Medikationsplan mit QR-Code, 17,2% haben gar keinen. Darüber hinaus sind bei 30,5% derjenigen, die von zwei oder mehr Praxen Arzneimittel verordnet bekommen, die Medikamenteninformationen unvollständig.⁵ Bei Notaufnahmen ist die Situation noch dramatischer, denn in vier von fünf Fällen fehlen der Klinik bei der Einlieferung relevante Informationen. Das erzeugt zusätzlichen Aufwand: Eine Medikationsanamnese im Krankenhaus dauert im Schnitt 14 Minuten, weitere 20 Minuten fallen an, wenn fehlende Informationen einzuholen sind.⁶

Ein vollständiger und aktueller Medikationsplan hingegen kann die Basis für signifikante Qualitätsverbesserungen bei der Medikamentengabe sein, wie das vom Innovationsfonds geförderte Projekt AdAM gezeigt hat. Darin haben medizinische Fachgesellschaften Behandlungsempfehlungen für multimorbide Kranke entwickelt, die bei 20.000 Teilnehmenden (Verum- und Kontrollgruppen) angewendet wurden. AdAM zeigte eine signifikante Reduktion der Mortalität in der Kontrollgruppe von 10 bis 20%; umgerechnet bedeutet dies, dass bei Umsetzung der neuen Therapieempfehlungen von 1.000 polypharmazeutisch Behandelten pro Quartal zwei weniger versterben als bei der Routineversorgung.⁷ Die Untersuchung macht deutlich: Eine Kombination des E-Rezepts mit mehrwertstiftenden Anwendungen wie dem eMP bringt echten klinischen Nutzen – und kann mitunter sogar Leben retten.

Wie aber steht es um die Akzeptanz im Alltag? Auf einen Nenner gebracht: gut. Ärztinnen und Ärzte, die das E-Rezept bereits aktiv nutzen, stehen ihm durchweg positiv gegenüber. Dies zeigen die Zwischenergebnisse einer Studie der Hochschule Amberg-Weiden⁸, die die Nutzung in Arztpraxen, Apotheken und bei Versicherten analysiert hat. Von allen geschätzt wird z.B. die Möglichkeit zur Ausstellung von Folgerezepten ohne persönliches Erscheinen der Versicherten. Weitere Vorteile liegen in der Einfachheit und Sicherheit des E-Rezepts. Entsprechend groß

⁵ Barmer Arzneimittelreport 2020

⁶ Barmer Arzneimittelreport 2022; Straub et al., 2022

⁷ Barmer Arzneimittelreport 2022

⁸ Steffen Hamm, E-Rezept Förderprogramm, OTH Amberg-Weiden

ist sowohl ärzte- als auch patientenseitig die Offenheit für den digitalen Verordnungsweg: Von den 87 befragten Arztpraxen kündigen 89% an, in Zukunft nur noch E-Rezepte ausstellen zu wollen. Die Versicherten wiederum finden das E-Rezept „selbsterklärend“ und begrüßen die Möglichkeit alternativer Übertragungswege, wobei sie Papierausdrucke mit Datamatrix-Code (einer Sonderform des QR-Code) bei der praktischen Nutzung favorisieren. Unter dem Strich zeigten die Versicherten im Untersuchungszeitraum eine „hohe Zufriedenheit“ mit dem E-Rezept.

Ältere Versicherte bevorzugen analoge Einlösung

Ein etwas differenzierteres Bild der Nutzerpräferenzen zeichnet die [Umfrage](#) des Digitalverbands Bitkom unter mehr als 1.100 Personen vom November 2022. Demnach will ein Drittel der Befragten das E-Rezept nach wie vor auf dem Papierweg einlösen. Die Affinität zur digitalen Lösung sinkt dabei mit zunehmendem Alter: Während sich die Hälfte der Versicherten zwischen 16 und 29 Jahren eine rein App-basierte oder überwiegend digitale Einlösung ihrer E-Rezepte wünscht, favorisieren 58% der über 65-Jährigen den rein analogen Weg und weitere 10% einen überwiegend analogen. Wer also Patientengruppen erreichen möchte, die (potenziell) viele Arzneimittel einnehmen und daher besonders stark von einem automatisch aktuell gehaltenen Medikationsplan profitieren würden, sollte über einen möglichst niedrighschwelligem Einlöseweg des E-Rezepts nachdenken.

In jedem Fall lohnt es sich, die Handhabung für alle möglichst einfach zu gestalten. Denn wo das E-Rezept bereits im Einsatz ist, wird es sehr gut angenommen, wie die Nutzungsentwicklung im TI-Dashboard belegt: Lag die Zahl der eingelösten E-Rezepte im ersten Halbjahr 2022 noch bei rund 44.000, waren es im zweiten Halbjahr bereits mehr als 800.000 – eine Zunahme um mehr als das Zwanzigfache. Und der Trend setzt sich fort: Bis jetzt (Stand 19. Januar 2023) wurden bereits mehr als 1 Million E-Rezepte eingelöst.

Problem Skalierung: große Unterschiede bei KIM, E-Rezept und ePA

Wie aber steht es hierzulande generell um die Nutzung der Enabler-Technologien? Im TI-Atlas der gematik vom Januar 2023 finden sich interessante Daten zur Nutzung der zentralen gematik-Fachdienste KIM (Kommunikation im Medizinwesen), E-Rezept und ePA (Abbildung 2). Sie zeichnen ein äußerst gemischtes Bild der aktuellen Verbreitung und Nutzung dieser Technologien – und damit zu den weiteren Digitalisierungschancen des deutschen Gesundheitswesens.

Abbildung 2

Während die Nutzung von KIM und E-Rezept spürbar zunimmt, verbreitet sich die ePA bislang nur schleppend

	Arztpraxen, in Prozent		Apotheken, in Prozent		Transaktionen 2022, in Mio. EUR		Patientenmitwirkung		Entwickelt und betrie- ben durch
	Installiert	Genutzt	Installiert	Genutzt	1. HJ	2. HJ			
KIM	79	73	17	4	14 Mio.	60 Mio.	Nein	Versicherte erhalten Papierkopie der eAU] gematik]
E-Rezept	31	5	91	69	44.000	844.000	Teilweise	Nein bei Datamatrix- Code auf Papier Ja bei App	
ePA	48	7	18	1	170.000	84.000	Ja	Versicherte legen ePA an (Opt-in) und erteilen Praxen/ Kliniken Zugriffsrechte	Krankenkassen ¹

1 Nach Spezifikationen der gematik

Quelle: Dashboard gematik, TI-Atlas Q4/2022

KIM-Skalierung hauptsächlich getrieben durch die eAU

Der verschlüsselte Nachrichtenservice KIM zählt zu den zentralen Anwendungen für Heilberufe und Krankenkassen. Ende 2022 hatten bereits 79% aller vertragsärztlichen Praxen die Anwendung installiert, und 73% nutzen den Dienst auch.

Im vergangenen Jahr erfuhr der Dienst seinen bislang größten Nutzungsschub: rund 60 Millionen verschickte Nachrichten im zweiten Halbjahr gegenüber 14 Millionen im ersten. Hauptgrund für die gestiegene Nutzungsrate ist allerdings ein regulatorischer: Rund 85% aller versendeten KIM-Nachrichten sind elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU), die seit dem 1. Januar 2022 auf diesem Weg an die Krankenkassen übermittelt werden.

Anders sieht es bei den Apotheken und Versicherten aus: 17% der Apotheken haben die KIM-Anwendung zwar inzwischen installiert, nutzen sie aber mangels praktischer Anwendungsmöglichkeiten kaum (4%). Die Arbeitnehmenden sind (abgesehen von der Information ihrer Arbeitsstelle) gar nicht in den eAU-Prozess involviert: Die eAU erhalten sie auf Wunsch als Beleg und diesen auch weiterhin in Papierform, so dass sich für sie durch KIM bisher nicht viel an den Abläufen rund um die Krankschreibung geändert hat.

E-Rezept in Apotheken angekommen, aber nicht in Arztpraxen

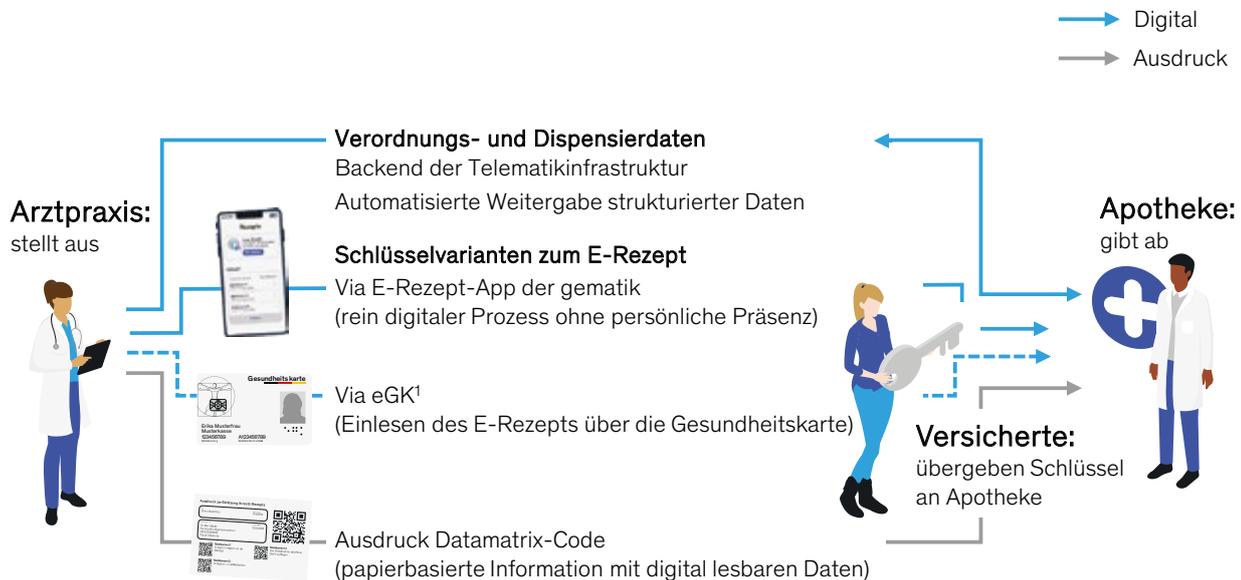
Im Unterschied zu KIM haben 91% aller Apotheken inzwischen die E-Rezept-Anwendung installiert und nutzen sie zu 69%. Ganz anders die Ärzteschaft: Hier liegt die Installationsrate bei 31% und die Nutzung bei gerade einmal 5%. Dafür waren die Ärztinnen und Ärzte, die mit der Anwendung bereits arbeiten, umso aktiver: Allein im zweiten Halbjahr 2022 haben sie 844.000 E-Rezepte ausgestellt – im ersten waren es nur 44.000. Sollten die Arztpraxen die installierte Anwendung ähnlich wie KIM auch breitflächig nutzen, dürfte die Verbreitung des E-Rezepts sprunghaft ansteigen.

Beim E-Rezept geht es allerdings nicht ohne die Versicherten: Sie sind es, die der Apotheke den „elektronischen Schlüssel“ zum Abrufen der elektronischen Verordnung überbringen – der Zugriff darauf ist nur mit diesem digitalen Schlüssel möglich (Abbildung 3). Die Versicherten können ihn entweder als Datamatrix-Code auf Papier übergeben oder digital über die gematik-App. Eine dritte „Schlüsseloption“ ist die eGK, die in der Apotheke elektronisch ausgelesen wird, um die Rezeptdaten abzurufen. Diese Lösung ist für 2023 geplant.

Auch wenn der Austausch der Rezeptinformationen zwischen Praxis und Apotheke in allen Fällen rein digital stattfindet: Für die Versicherten haben die drei Schlüsselvarianten zum E-Rezept unterschiedliche Implikationen:

- Die von den Versicherten freigeschaltete gematik-App ermöglicht einen papierlosen Prozess: Das E-Rezept steht automatisch in der Anwendung zur Verfügung. Versicherte können dieses dann entweder digital an die Apotheke ihrer Wahl übermitteln oder den entsprechenden Code vor Ort scannen lassen. Die Hürden zur Freischaltung dieser Funktion sind aufgrund des aufwendigen ID-Prozesses derzeit jedoch sehr hoch.
- Bei der geplanten eGK-Variante erfolgt die Verordnung ebenfalls papierlos, allerdings muss die Karte anschließend physisch in der Apotheke eingelesen werden.
- Beim Datamatrix-Code auf Papier verhält es sich umgekehrt: Hier müssen Versicherte den Ausdruck in der Praxis in Empfang nehmen und können diesen dann entweder in der Apotheke einscannen lassen oder ihn einfach digital übermitteln. Entsprechend gering ist die Nutzungshürde, wie die Studie der Hochschule Amberg-Weiden bereits gezeigt hat.

Der Prozess rund um die Verordnung und Einlösung von E-Rezepten ist bereits vollständig digital möglich



1 Geplant

Quelle: McKinsey

ePA noch weit hinter ihren Möglichkeiten

Die ePA ist in Deutschland zwar bereits seit 2020 flächendeckend verfügbar, doch ihre Verbreitung läuft nach wie vor schleppend. Bis zum 23. Januar 2023 haben 595.000 Personen eine ePA angelegt, das sind weniger als 1% der gesetzlich Versicherten hierzulande. Wesentlicher Grund: Anders als bei KIM und E-Rezept spielen Versicherte bei dieser Anwendung einen aktiven Part. Und sie allein haben es in der Hand, ob die ePA zum Einsatz kommt oder nicht. Denn bis dato ist die Nutzung der ePA hierzulande freiwillig und Versicherte müssen bei ihrer Krankenkasse deren Einrichtung veranlassen (Opt-in-Verfahren). Darüber hinaus handelt es sich um eine versichertengeführte Akte, d.h., die Versicherten bestimmen selbst, welche Daten gespeichert werden und wer Zugriff darauf erhält. Bevor Praxen oder Kliniken die ePA befüllen oder auf Informationen darin zugreifen können, brauchen sie eine Berechtigung von Patientenseite.

Entsprechend weniger populär ist die ePA im Vergleich zu KIM und E-Rezept: Wurden im ersten Halbjahr 2022 noch 170.000 Akten angelegt, waren es im zweiten nur noch 84.000. Die Skalierungsdynamik der ePA hat sich also – im Gegensatz zu den beiden anderen Anwendungen – nicht erhöht, sondern praktisch halbiert.

Ein wichtiger Hinderungsgrund, die Akte zu nutzen, liegt für die Versicherten bereits in den Voraussetzungen: Um eine ePA anzulegen, müssen sie erst einen aufwendigen ID-Prozess durchlaufen. Der Gesetzgeber erwägt deshalb einen Wechsel zum Opt-out-Verfahren, bei dem die ePA automatisch angelegt wird, sofern von Versichertenseite kein Widerspruch erhoben wird. Aber auch bei diesem Verfahren ist ein ID-Prozess zu durchlaufen, denn nur darüber erhalten Versicherte das Recht, digital zu entscheiden, wer welche Information einsehen darf. Ob eine Opt-out-Lösung allein der ePA zum Durchbruch verhilft, mag daher bezweifelt werden.

Fazit: E-Rezept jetzt – ePA wird folgen

Die Erklärung für den unterschiedlichen Skalierungserfolg der digitalen Gesundheitsdienste liegt auf der Hand: KIM und E-Rezept stiften direkten Mehrwert und kommen (fast) ohne Mitwirkung der Versicherten aus. Deshalb finden beide Anwendungen vergleichsweise leicht Verbreitung. Bei der ePA hingegen sind zunächst zahlreiche Hürden zu überwinden, bevor sie genutzt werden kann: angefangen beim Download der von der Krankenkasse bereitgestellten ePA-App über das Durchlaufen der komplizierten Anmeldeprozesse bis hin zur individuellen Freischaltung der Akte für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Hinzu kommt, dass die Akte bislang kaum nützliche Funktionalitäten bietet, was den meisten Versicherten noch weniger Anlass gibt, eine ePA einzurichten. Auch für die Ärzteschaft hält sich der Mehrwert in Grenzen, solange die Nutzerzahlen und die Befüllungsraten so gering sind – ein klassisches „Henne-Ei-Problem“. Solche Hemmfaktoren verhindern aktuell die Skalierung. Und schon jetzt dürfte klar sein: Zur Erfolgsgeschichte wird die ePA nur, wenn Ärztinnen und Ärzte sie aktiv bewerben und die Versicherten dazu anregen, sie zu nutzen.

Aus der Nutzungsentwicklung der drei Dienste lassen sich aber noch weitere Schlussfolgerungen in Bezug auf ihre Skalierung ziehen:

1. Eine digitale Lösung wie die eAU über KIM skaliert schnell, auch wenn die Versicherten weiterhin meist analog über einen Papierbeleg involviert bleiben. Der Nutzen für das System ist dennoch gegeben, da der digitale Datenaustausch automatisiert funktioniert.
2. Auch das E-Rezept ließe sich bereits heute zügig skalieren. Denn der Code-Beleg auf Papier stellt keine Nutzungsbarriere für digital weniger affine Menschen dar – und liefert trotzdem alle benötigten Informationen auf elektronisch lesbarem Weg. Die Nutzung der eGK zum Transfer der Verordnungsdaten wäre dann ein weiterer Schritt, um einen zweiten papierlosen Weg für die persönliche Rezepteinlösung in der Apotheke zu öffnen.
3. Die Verknüpfung der beiden Anwendungen E-Rezept und eMP kann die Basis legen für eine sterblichkeitssenkende Qualitätsverbesserung bei polypharmazeutischer Medikation. Damit werden gleich zwei mehrwertstiftende Lösungen etabliert, die dann perspektivisch auch Eingang in die ePA finden.
4. Anwendungen, die auf die aktive Mitwirkung von Versicherten angewiesen sind, skalieren langsamer, wenn dazu ein aufwendiger ID-Prozess nötig ist. Gerade für die älteren Versicherten stellt dieser Prozess eine hohe Barriere dar und ist damit eine der größten Herausforderungen bei der Skalierung der ePA. Der Wechsel von Opt-in zu Opt-out kann das Problem nicht wirklich beheben: Eine ePA könnte zwar ohne ID-Prozess angelegt werden, doch die individuelle Erteilung von Zugriffsrechten dürfte dann wieder ein sicheres Identifikationsverfahren erfordern.

Wie also werden sich die Enabler-Technologien weiterentwickeln? Das E-Rezept könnte zum Erfolgsbeispiel für eine digitale Durchbruchinnovation im Gesundheitswesen werden – auch und gerade mit einer niederschweligen Code-Lösung für Versicherte, die den analogen Weg bevorzugen. Ein breit etabliertes E-Rezept würde zugleich die ePA aufwerten – und folglich auch deren flächendeckende Nutzung maßgeblich beschleunigen. Der Rollout des E-Rezepts sollte daher mit Nachdruck umgesetzt werden und nicht auf die ePA warten müssen.

Stefan Biesdorf ist Partner im Münchner Büro von McKinsey; **Matthias Redlich** ist Associate Partner im Frankfurter Büro von McKinsey.



Januar 2023

Copyright © McKinsey & Company

Designed by Visual Media Europe

www.mckinsey.de

 @McKinsey

 @McKinsey