

Impulspapier ePA-Stakeholderdialog

Ergebnisse des Stakeholderdialogs zur mittelfristigen Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte

Vorwort

Die elektronische Patientenakte (ePA) besitzt das Potenzial, die medizinische Versorgung für Patient:innen in Deutschland nachhaltig und spürbar zu verbessern. Sie kann dazu beitragen, relevante Gesundheitsinformationen dort verfügbar zu machen, wo sie benötigt werden – im Versorgungsalltag. Richtig eingesetzt ermöglicht die ePA, Behandelnden wieder mehr Zeit für das Wesentliche zu verschaffen: für das Arzt-Patient:innen-Gespräch, für fundierte Entscheidungen und für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung.

Durch den besseren Zugang zu vorhandenen Informationen können Behandlungsprozesse zielgerichteter, zeitgerechter und zugleich kosteneffektiver gestaltet werden. Doppeluntersuchungen lassen sich vermeiden, Behandlungsverläufe besser nachvollziehen und sektorenübergreifende Zusammenarbeit stärken. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Informationen nicht nur verfügbar sind, sondern auch nutzungsfreundlich aufbereitet, klar auffindbar und sinnvoll in bestehende Versorgungsabläufe integriert werden.

Die ePA darf dabei kein Selbstzweck sein. Ihr Wert bemisst sich daran, inwieweit sie konkrete Behandlungsprozesse unterstützt und verbessert. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, diejenigen konsequent einzubeziehen, die täglich mit der ePA arbeiten und Versorgung gestalten. Ihre Perspektiven, Erfahrungen und Bedarfe müssen strukturiert und systematisch in die Weiterentwicklung einfließen.

Diesem Anspruch folgt der vorliegende Stakeholderdialog. In einer strukturierten und durchdachten Weise wurden unterschiedliche Akteure aus der Versorgung zusammengebracht, um praxisnahe Impulse für die Weiterentwicklung der ePA zu erarbeiten. Die in diesem Impulspapier zusammengefassten Ergebnisse und Erkenntnisse leisten einen wichtigen Beitrag dazu, die elektronische Patientenakte konsequent am Nutzen für Patient:innen und Behandelnde auszurichten und ihre Weiterentwicklung im Sinne einer besseren Versorgung für alle voranzubringen.

Dr. Johanna Ludwig
Leiterin Stabsstelle Versorgung



Zusammenfassung

Seit der Einführung der „elektronischen Patientenakte (ePA) für alle“, wurden mehr als 70 Millionen elektronische Patientenakten angelegt. Um den mittelfristigen Ausbau der ePA nah am größtmöglichen Nutzen in der Gesundheitsversorgung für Anwender:innen zu orientieren, hat die gematik zwischen Juni und Oktober 2025 einen Stakeholderdialog durchgeführt. Gemeinsam mit über 30 Praktiker:innen und Expert:innen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens wurden im Dialog die Wünsche und Impulse für mehrwertstiftende Funktionen der ePA erhoben und diskutiert. Das vorliegende Impulspapier fasst die Ergebnisse des interdisziplinären Austauschs in Form von Impulsen zusammen, welche die gematik bei der mittelfristigen Weiterentwicklung der ePA unterstützen.



Die Beratungen haben insbesondere gezeigt:

1. Alle Labor- und Testergebnisse sollten als strukturierte Datenpunkte mit einheitlichen Standards in der ePA enthalten sein. Nach Wunsch der teilnehmenden Stakeholder sollte der Zeitpunkt der Sichtbarkeit von Laborergebnissen für Patient:innen von dem Arzt / der Ärztin vor Übermittlung des Auftrags festgelegt werden.
2. Um Diagnosen und auch Prozeduren nutzenstiftend in der ePA abzubilden, sollten diese vollständig und chronologisch erfasst werden.
3. Die Expert:innen empfehlen eine adaptive Patientenübersicht in der ePA, welche eine „To-Do-Liste“ mit einer zeitlichen Abfolge der nächsten therapeutischen und diagnostischen Schritte anzeigt.
4. Um die Ergebnisse bildgebender Diagnostik gewinnbringend in der ePA nutzen zu können, sollten verfügbare Bildbefunde und -daten zur Verfügung gestellt werden. Allerdings sollten für komplexe radiologische Verfahren (z. B. CT, MRT) komplette Bilddatensätze in der ePA bspw. über einen entsprechenden Link zu einer Bilddatenbank mit Standards zugänglich sein.
5. Die Teilnehmenden empfehlen die Sichtbarkeit aller Informationen als Standardeinstellung in der ePA.
6. Von den Expert:innen wird eine höhere Verfügbarkeit von Informationen in der ePA gewünscht. Dies beinhaltet die zeitnahe Einstellung von Befunden, Informationen über die gesamte Versorgungskette hinweg (z. B. Nachsorge, Versorgung mit Heilmitteln und pflegerische Versorgung) sowie Such- und Filteroptionen für eine einfache und schnelle Suche relevanter Inhalte.

Einleitung

Die Digitalisierungsstrategie „Gemeinsam Digital“ dient seit März 2023 als Wegweiser der digitalen Transformation in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Laut Strategie soll die ePA als zentrale Anwendung alle relevanten Akteure im Versorgungsalltag vernetzen sowie für einen optimalen Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und den Betroffenen sorgen. Die Strategie sieht den kontinuierlichen Ausbau des Leistungsumfangs der ePA vor [1]. Der TI-Atlas 2024 der gematik zeigt, dass den Menschen in Deutschland bestimmte verfügbare Daten in der ePA besonders wichtig sind: 91% wollen, dass die ePA notfallrelevante Diagnosen (bspw. Allergien etc.) enthält und 87% wollen, dass die ePA Informationen zu Laborergebnissen und Bildbefunden enthalten soll [2].

Um für die mittelfristige Weiterentwicklung [3] der ePA den größtmöglichen Nutzen für ihre Anwender:innen zu erzielen, hat die gematik einen ePA-Stakeholderdialog von Juni bis Oktober 2025 organisiert. Zielsetzung des Dialogs war es, die Bedarfe der Anwender:innen zu ermitteln und gemeinsam zu reflektieren. Über 30 Praktiker:innen und Expert:innen aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, Fachgesellschaften sowie Berufsverbänden, der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, der Industrie und der Kostenträger haben am Dialog teilgenommen [4]. Der gemeinsame Austausch hat sich auf die (1) Nutzung von Labor- und medizinischen Testergebnissen für die Behandlung, (2) Diagnosen und Verfahren für die sektorenübergreifende Versorgung, den (3) Zugriff auf Ergebnisse bildgebender Diagnostik im Versorgungsalltag, (4) Widerspruchsrecht für Bürger:innen in der ePA sowie (5) Verbesserung der Versorgung durch die ePA konzentriert.

Ziel des Stakeholderdialogs war es, zu den genannten Themen pragmatische und lösungsorientierte Impulse für die Digitalisierung der oben genannten Versorgungsprozesse mithilfe der ePA, abzuleiten.

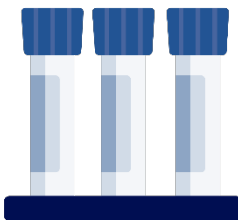
Das vorliegende Impulspapier stellt die Ergebnisse des Stakeholderdialogs entlang der thematischen Schwerpunkte der gemeinsamen Beratungen dar. Jeder Abschnitt widmet sich dem Status quo der Versorgungsprozesse gefolgt von den Wünschen und Impulsen für die Digitalisierung der Versorgungsprozesse in der ePA.



Fokus: Labor- und medizinische Testergebnisse

Laboruntersuchungen umfassen eine Vielzahl von Analysen, die anhand von Probenmaterial beispielsweise aus Blut, Plasma, Serum oder anderen Körperflüssigkeiten (z. B. Urin) bestimmt werden. Als häufigste Laborwerte werden das kleine und große Blutbild, der Blutzuckerspiegel, die Blutfettwerte, die Leberwerte, Entzündungsmarker, Nierenwerte und Schilddrüsenhormone und Laborwerte (Marker, Enzyme, Proteine, ...) des Herzens bestimmt [5]. Das internationale System LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes), zur eindeutigen Identifizierung von Laboruntersuchungen und medizinischen Testergebnissen ermöglicht diese durch standardisierte Bezeichnungen zusammenzuführen und zwischen allen Dienstleistern sowie über Sektor- und Sprachgrenzen hinweg auszutauschen [6].

Täglich werden in Deutschland nach Schätzungen des BSI Bund ca. 350 bis 400 Millionen Laboraufträge durch ambulante Facharztlabore bearbeitet und befundet. Hinzu kommen Laboraufträge, die in den krankenhausinternen Laboren durchgeführt werden. Die entsprechen Schätzungen zu Folge etwa 25 – 30 Prozent der Laboraufträge der ambulanten Facharztlabore [7]. Für die Laborbefundung wird eine Datenübermittlung zwischen behandelndem Arzt oder behandelnder Ärztin und dem Labor benötigt. Die Expert:innen schätzen, dass die große Mehrheit der heute durchgeführten Laboraufträge bereits digital in sog. Order-Entry-Systemen der Labore übermittelt werden. Trotzdem werden zur Abrechnung i.d.R. weiterhin zusätzlich papierbasierte Laboraufträge als sog. Muster10/10a-Formulare [8] an das Labor übermittelt.



Prozess der Labor- und Testaufträge

Die Expert:innen unterscheiden die Laboranforderung in 5 Kategorien: (1) ambulante Versorgung mit Eigenlabor, (2) ambulante Versorgung und Klinik mit externem Labor, (3) Klinik mit internem Kliniklabor, (4) direkter Laborkontakt durch den Patienten oder die Patientin und (5) Point-of-Care Diagnostik (z. B. am Krankenhausbett, dezentral). Hierbei sind Prozessunterschiede durch den jeweiligen Sektor des Gesundheitswesens sowie den dazugehörigen Zugang zum Labor bedingt.

Unabhängig von den Prozessunterschieden haben die Expert:innen eine übergreifende Prozessbeschreibung mit 6 Schritten vorgenommen:

- (1) In der Erstuntersuchung wird der Bedarf für eine Laboruntersuchung festgestellt.
- (2) Vor der Übermittlung des Auftrags führt der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ein Aufklärungsgespräch zur Labordiagnostik mit dem Patienten oder der Patientin durch. Bereits vor Beauftragung soll der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin die Möglichkeit haben zu entscheiden, ob das Laborergebnis direkt in die ePA oder zuerst an den Arzt oder die Ärztin (z. B. bei Anforderung eines Bestätigungstests) übermittelt wird.
- (3a) Der Auftrag geht danach im Labor ein. Hierbei heben die Expert:innen hervor, dass der Eingang des Auftrags nicht zwingend mit dem Eingang der Probe gleichzusetzen ist, wenn der Auftrag bereits digital übermittelt wird.
- (3b) Nach dem Transport erfolgt der Empfang der Probe im Labor. Üblicherweise wird die Probe durch einen papierbasierten Laborauftrag (Muster 10) begleitet, auch wenn der Auftrag bereits im Order-Entry-System des Labors digital erfasst wurde.

(4) Nach Eingang der Probe wird die Untersuchung der Probe durch das Labor durchgeführt.

(5) Nachdem die Untersuchungsergebnisse vorliegen, erstellt der/die Laborärzt:in den Laborbefund, der an den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder die/den medizinische/n Fachangestellte/n bei Point-of-Care Diagnostik übermittelt wird. Insbesondere in Kliniken sind die interne IT und deren Übertragungswege zu berücksichtigen. Hierbei bestehen laut der Dialog-Teilnehmenden die größten Unterschiede zwischen den Datenübermittlungsprozessen. Insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Versorgung können große zeitliche Differenzen in der Ergebnisübermittlung liegen. Während Labore laut der Teilnehmenden oftmals 7 Tage die Woche Proben auswerten sind Praxen oft nur an 4 Tagen erreichbar. Dies führt zu einer Verzögerung der Besprechung von Laborergebnissen mit Patient:innen.

(6) Die Expert:innen wünschen sich, dass relevante Laborergebnisse im ambulanten Sektor bereits vor der Befundbesprechung für Patient:innen in der ePA sichtbar sein können. Wird im Aufklärungsgespräch entschieden, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin das Laborergebnis zuerst sieht, wird die ePA erst nach dem erfolgten Arzt-Patienten-Gespräch befüllt. Im Gegensatz dazu sollten in Kliniken Laborergebnisse erst als Bestandteil des Entlassprozesses durch die ePA an Patient:innen übermittelt werden. Die Expert:innen weisen darauf hin, dass Hinweise zu auffälligen Befunden für die Weiterbehandlung hilfreich seien.

Von einem digital gestützten Labor- und Testergebnisprozess wünschen sich die Teilnehmenden, dass eine automatische Anforderungs-, Auftrags- und Befundübermittlung grundsätzlich ermöglicht wird. Nach Möglichkeit sollten die Labor- und Testergebnisse in der ePA sowie in den Informations- und Verwaltungssystemen (u. a. Primärsystemen) eingestellt werden. Zu beachten sind hierbei jedoch Ausnahmefälle, in welchen eine Vorabbesprechung der Labor- und Testergebnisse in einem Arzt/Ärztin-Patient:in-Gespräch notwendig ist.



Umfang der Labor- und Testergebnisse

Um diese Nutzung zu ermöglichen empfehlen die Expert:innen alle Laboraufträge und -ergebnisse, unter Berücksichtigung des Gendiagnostikgesetzes [9] in der ePA abzubilden, vorausgesetzt die Versicherten haben nicht widersprochen. Für eine einfache Nutzung sollten Labor- und Testergebnisse als strukturierte Datenpunkte mit einheitlichen Standards automatisiert aus der ePA abrufbar sein. Der Labordatentransfer sollte sich laut der Expert:innen auf Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR)-Standards beziehen. Idealerweise können diese darüber hinaus automatisiert in das Praxisverwaltungssystem (PVS), Krankenhausinformationssystem (KIS) und weitere bestehende Systeme übernommen werden. Hierfür wünschen sich die Teilnehmenden eine nahtlose Integration in ihr jeweiliges Primärsystem (PVS, KIS) sowie alle anderen Informationssysteme um eine vollständige Fallansicht in Echtzeit zu ermöglichen. Für die von den Expert:innen erwähnte Komplexität der Umsetzung sind die Ausarbeitungen des Arbeitskreises „Einführungskonzept Laborbefund“ des Interop Council zu berücksichtigen [10].

Hilfreiche Funktionalitäten für Labor- und Testergebnisse

Der digitale Labor- und Testergebnisprozess könnte auch einen Bearbeitungsstatus abbilden. Eine Sortier- und Filterfunktion (z. B. nach Parametern, Fachbereichen) würde darüber hinaus laut der Teilnehmenden einen einfachen und schnellen Zugriff auf relevante Ergebnisse ermöglichen. Insbesondere auf Grund der hohen Anzahl an Labor- und Testdaten wird diese Funktion für eine effiziente Nutzung von den Teilnehmenden als äußerst relevant bewertet.

Mehrwerte von Labor- und Testdaten in der ePA

Die Expert:innen sähen die in der ePA abzubildenden Labor- und Testdaten für folgende Zwecke als gewinnbringend an:

- Entwicklungen und Krankheitsverläufe sichtbar machen, beobachten und beurteilen (z. B. bei Veränderungen chronischer Erkrankungen, konstant „schlechten“ Werten)
- Laborbefunde mit Therapien, Behandlungsempfehlungen und medizinischen Arztbriefen für Patient:innen verknüpfen
- In die interprofessionelle Kommunikation integrieren und sektorübergreifende Kummulativbefunde erstellen
- Als Bestandteil des ärztlich diagnostischen und therapeutischen Denkprozesses zur Entscheidungsunterstützung (z. B. zur Indikationsstellung) zu nutzen
- Als Baustein für das Arzt-Patient:innen-Gespräch um u. a. Fragen der Patient:innen zu beantworten



Impulse für die Weiterentwicklung der ePA

- Zukünftig sollten alle Labor- und Testergebnisse unter Berücksichtigung des Gendiagnostikgesetzes und unter Berücksichtigung einer Widerspruchsmöglichkeit durch die Versicherten in der ePA abgebildet werden.
- Die Labor- und Testergebnisse sollten als strukturierte Datenpunkte mit einheitlichen Standards automatisiert abrufbar und in das jeweilige Primärsystem übertragbar sein. Hierbei ist die Umsetzung komplex, da heute keine einheitlichen Standards verwendet werden.
- Um die Nutzerfreundlichkeit durch einfachen und schnellen Zugriff auf relevante Laborergebnisse zu ermöglichen, wird von den Expert:innen ein Bearbeitungsstatus sowie Sortier- und Filterfunktionalitäten gewünscht.
- Der Zeitpunkt der Sichtbarkeit von Laborergebnissen für Patient:innen sollte von dem Arzt oder der Ärztin vor der Übermittlung des Auftrags festgelegt werden.
- Die Labor- und Testergebnisse sollten durch das Labor direkt eingestellt werden können.



Ein einrichtungsübergreifender digitaler Labor- und Testergebnisprozess ermöglicht laut der Expert:innen eine leichtere Nachvollziehbarkeit, bessere Indikationsstellung und Therapieentscheidung durch vollständigere Daten und Vermeidung von Übertragungsfehlern. Diese Mehrwerte könnten zu besserer medizinischer Versorgung führen. Durch die Integration von Labor- und Testergebnissen in der ePA kann ein hoher Informationsgrad und eine hohe Geschwindigkeit des Informationsflusses sichergestellt werden und somit die Behandlung anwenderorientiert digital unterstützen.

Fokus: Diagnosen und Prozeduren

Diagnosen sind die Beschreibung von Krankheiten. Diese können mit unterschiedlicher Genauigkeit beschrieben werden und dienen der Behandlungsbegründung sowie als abrechnungsbasiertes Gliederungsmerkmal (z. B. Haupt-, Neben- oder Quartalsdiagnose). Eine Diagnose kann unter anderem Folgendes beinhalten: klinischer Status der Krankheit oder des Zustands, Feststellungsdatum, klinisch relevanter Zeitraum und Lebensphase. In Deutschland gibt es ungefähr 600 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr [11]. Um Diagnosen einheitlich zu kategorisieren und klassifizieren werden verschiedene Terminologien verwendet. Für viele Zwecke (z. B. Sterbeurkunde, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Abrechnung) ist die ICD-10-GM Klassifizierung hilfreich (zukünftig ICD-11), welche in 22 Kapitel mit 14.309 Codes gegliedert ist [12]. Für die feingranulare Kodierung werden zusätzliche die Orpha-Kennnummer und Alpha-ID verwendet [13].

Prozeduren sind Tätigkeiten, die im Rahmen der Versorgung an, mit oder für einen Patienten oder eine Patientin durchgeführt werden. Hierunter fallen Operationen, Eingriffe und sonstige medizinische Verfahren sowie die medikamentöse Therapie. Auch für Prozeduren wird eine Kodierung (anhand des OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel)) vorgenommen [14]. 2023 wurden in deutschen Krankenhäusern ungefähr 62,5 Millionen Prozeduren bei vollstationären Patient:innen abgerechnet. Dabei stellen die ungefähr

16,5 Millionen durchgeführten vollstationären Operationen die häufigste Art der Prozedur dar [15]. Hinzu kommen ungefähr 2,2 Millionen ambulante Operationen in deutschen Krankenhäusern [16].

Zudem ist SNOMED CT als weltweite Gesundheitsterminologie für die semantische Interoperabilität beim elektronischen Austausch von Gesundheitsdaten, unter anderem für Diagnosen und Prozeduren relevant [17]. Daneben steht LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes), welches ein internationales System zur eindeutigen Identifizierung von Laboruntersuchungen und medizinischer Testergebnisse ist [18]. Dieses ermöglicht Untersuchungsergebnisse durch standardisierte Bezeichnungen zusammenzuführen und zwischen allen Dienstleistern sowie über Sektor- und Sprachgrenzen hinweg auszutauschen (insb. von Daten zwischen Labor, Klinik und Praxis) [19].

Diagnosen und Prozeduren sind sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung relevant. Sie werden im Primärsystem (z. B. PVS, KIS) dokumentiert. Die Patient:innen erhalten Niederschriften der Diagnosen und Prozeduren im ambulanten Sektor in einem Arztbrief und im stationären Sektor in einem Entlassbrief. Darüber hinaus werden weitere Dokumentationen der gestellten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren für die interne oder externe Nachnutzung (bspw. Abrechnungszwecke, Statistiken, Meldepflichten usf.) erstellt.

Umfang der Diagnosen und Prozeduren

Im Rahmen der ePA wünschen sich die Expert:innen eine vollständige Erfassung aller Diagnosen und Prozeduren der betroffenen Patient:innen. Neben den diagnostischen und prozedurspezifischen Informationen sollten auch folgende weitere Kontextinformationen enthalten sein: Zeitpunkt, Fachrichtung, Kontext der Eintragung (z. B. Entlassbrief), Bezüge und Abhängigkeiten (z. B. pathologischer Befundbrief). Hierbei wird neben dem strukturierten ICD-10-Code erwähnt, dass eine Präzisierung der Diagnose über ein Freitext-Feld möglich sein sollte. Gleichzeitig ist für Diagnosen und Prozeduren teilweise ein Gültigkeitszeitraum festzulegen, um darzustellen, welche Erkrankungen bereits ausgeheilt sind. Neben vergangenen Prozeduren wünschen sich die Teilnehmenden auch eine Übersicht der ausstehenden und angeordneten Prozeduren bzw. Versorgungsschritte. Ergänzend befinden die Dialog-Teilnehmenden, dass Abrechnungsdaten keine praktisch verwendbare medizinische Dokumentation beinhalten und daher in der ePA keinen relevanten Mehrwert stiften würden.



Chronologisches Logbuch

Als nützlicher wird von den Expert:innen die Option bewertet, Diagnosen und Prozeduren in der ePA als chronologisches Logbuch zur Verfügung zu stellen. Dieses hätte das Ziel eine leicht nachverfolgbare und nutzbare medizinische Informationsdichte und einen möglichst vollständigen Blick auf die Krankengeschichte und die nächsten angeordneten Therapieschritte zu schaffen. Hierfür geben die Teilnehmenden an, dass die Abbildung und Strukturierung von gesicherten und ausgeschlossenen Diagnosen im Rahmen der ePA für sie in der Behandlung besonders relevant ist.

Um den Behandlungsnutzen zu vergrößern, wünschen sich die Dialog-Teilnehmenden, dass Diagnosen, Prozeduren und Medikamente miteinander logisch verknüpfbar sind (z. B. ICD-10 Codes mit Laborparametern). Des Weiteren sollte sich die Nutzung von Diagnosen und Prozeduren dynamisch in den Arbeitsablauf einbringen. Hierbei wird insbesondere eine performante und nahtlose Integration in bestehende Systeme und Abläufe angeführt, sowie die Möglichkeit der individuell flexibel einstellbaren Ansicht für die Nutzenden. Um dies zu ermöglichen, ist eine strukturierte Anordnung von Diagnosen, eine krankheitsbildbezogene Assoziation sowie Such- und Filtermöglichkeiten laut den Expert:innen essentiell. Dies könnte den Behandlungsalltag erleichtern. Gleichzeitig wünschen sich die Teilnehmenden, dass die Standardansicht das zuletzt durchgeführte Ereignis als Erstes aufführt und eine zeitliche Anordnung der Einträge vorgenommen wird.

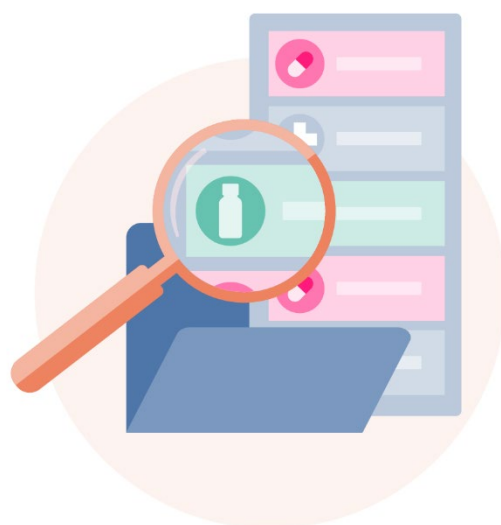
Die Expert:innen diskutierten das Spannungsfeld zwischen dem Informationsbedarf und Informationsüberfluss: einerseits werden ausreichend Informationen in der ePA benötigt, um Doppeleingaben zu vermeiden und eine sektorübergreifende Versorgungskontinuität zu ermöglichen. Andererseits sollten übergroße Informationsmengen vermieden werden, um eine zielführende Interaktion mit den Patient:innen im Behandlungskontext sicherzustellen. Weiterhin wäre es aus Sicht der Teilnehmenden wünschenswert, wenn zukünftig KI-Anwendungen den Freitext in der ePA zur besseren Lesbarkeit bspw. bei Neupatient:innen vorstrukturieren könnten. In diesem Zusammenhang sind die Grenzen der Dokumentationsmöglichkeiten zu erwähnen, welche durch eine patientenzentrierte ePA bedingt sind. Patientenzentriert bedeutet, dass der Patient oder die Patientin die Hoheit über die in der ePA verfügbaren Daten und die Zugriffsrechte auf die ePA hat und somit auch das Recht, bestimmte Daten zu löschen oder nicht freizugeben. Gleichzeitig werden Patient:innen in einer patientenzentrierten Versorgung über Institutionen und Sektoren hinweg gemeinsam versorgt.

Adaptive Patientenübersicht der Diagnosen und Prozeduren

Die adaptive Patientenübersicht kann als Kommunikationsmedium zwischen Arzt oder Ärztin und Patient:in dienen. Hierbei wird vor allem eine „To-Do-Liste“ (*Abbildung 1, Seite 12*) mit einer zeitlichen Abfolge der nächsten Schritten als hilfreich bewertet. Diese sollte für Ärzt:innen automatisch im Primärsystem und insbesondere für Patient:innen in der ePA sichtbar sein und eine direkte Terminvermittlung gemäß der „To-Do-Liste“ ermöglichen.

Diese gäbe Patient:innen sowie den behandelnden Ärzt:innen eine Übersicht der verordneten und empfohlenen Maßnahmen.

Auch sollte die Patientenübersicht der Diagnosen und Prozeduren unterschiedliche Funktionalitäten beinhalten, um zum einen den Patient:innen die Selbstbestimmung über die ePA-Daten zu gewährleisten und andererseits eine einfache und übersichtliche Nutzung zu ermöglichen. Dies umfasst laut Expert:innen unter anderem das als inaktiv setzen von nicht mehr gültigen Diagnosen, aber auch nicht mehr relevanter sog. „F-Diagnosen“ (psychische Erkrankungen) mit pauschal hohem Stigmatisierungspotenzial. Allerdings ist zu erwähnen, dass sich gezeigt hat, dass insbesondere F-Diagnosen (z. B. Nikotinsucht, chronische Schmerzstörung), die nicht aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen erhoben wurden, eine hohe Relevanz in der Versorgung haben.



To Do Liste

Auszug aus der elektronischen Patientenakte.

Terminbuchung 116117

Maria Schmidt
A123456789

Anstehende Untersuchungen

- MRT des Kopfes** Hoch
Zur Abklärung der Kopfschmerzen und neurologischen Symptome
⊖ V.a. Migräne (G43.9)
Angeordnet von: Dr. Müller 28.09.2025
- Lungenfunktionsprüfung** Mittel
Bodyplethysmographie beim Pneumologen
⊖ V.a. Asthma bronchiale (J45.9)
Angeordnet von: Dr. Weber 25.09.2025
- Belastungs-EKG** Mittel
Kardiologische Abklärung der Belastungsdyspnoe
⊖ V.a. KHK (I25.9)
Angeordnet von: Dr. Schneider 20.09.2025
- Laboruntersuchung** Niedrig
Großes Blutbild, Schilddrüsenwerte, Vitamin D
⊖ Routinekontrolle
Angeordnet von: Dr. Müller 30.09.2025

Diagnosen

- I10 Essentielle (primäre) Hypertonie** Bestätigt
Gut eingestellt mit Ramipril 5mg
Dr. Weber 15.03.2024
- E11.9 Diabetes mellitus Typ 2** Bestätigt
HbA1c 6.8%, Metformin-Therapie
Dr. Müller 22.08.2023
- M54.5 Kreuzschmerz** Bestätigt
Chronische Beschwerden, Physiotherapie empfohlen
Dr. Schneider 10.06.2025
- G43.9 Migräne, nicht näher bezeichnet** Vorläufig
Weitere Diagnostik erforderlich (MRT angeordnet)
Dr. Müller 28.09.2025
- J45.9 Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet** Vorläufig
Lungenfunktionsprüfung ausstehend
Dr. Weber 25.09.2025

Behandlungsverlauf

- Dr. Müller 30.09.2025** Neuester Eintrag
Diagnose V.a. Migräne (G43.9)
Prozedur Neurologische Untersuchung, Anamnese
Dokumente [Befundbericht.pdf](#) [MRT-Überweisung.pdf](#)
- Dr. Weber 25.09.2025**
Diagnose V.a. Asthma bronchiale (J45.9)
Prozedur Pulmonologische Untersuchung, Auskultation
Dokumente [Befund_25-09.pdf](#) [Überweisung_Pneumologie.pdf](#)
- Dr. Schneider 20.09.2025**
Diagnose Routinekontrolle KHK
Prozedur Belastungs-EKG durchgeführt
Dokumente [EKG_Befund.pdf](#) [Verlaufsdokumentation.pdf](#)
- Dr. Müller 15.08.2025**
Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 (E11.9)
Prozedur Quartalskontrolle, HbA1c-Bestimmung
Dokumente [Laborbericht_Q3.pdf](#) [Diabetespass.pdf](#)
- Dr. Schneider 10.06.2025**
Diagnose Kreuzschmerz (M54.5)
Prozedur Orthopädische Untersuchung, Physiotherapie-Verordnung
Dokumente [Befund_Ortho.pdf](#) [Rezept_Physio.pdf](#)
- Dr. Weber 15.03.2025**
Diagnose Hypertonie (I10)
Prozedur Blutdruckkontrolle, Medikamentenanpassung

Abbildung 1: To-Do-Liste

Mehrwerte von Diagnosen und Prozeduren in der ePA

Die Expert:innen sähen die in der ePA abzubildenden Diagnosen und Prozeduren für folgende Zwecke als gewinnbringend an:

- Unterstützungs- und Steuerungsrolle (insbesondere für Telemedizin und die transektorale Versorgung) durch einen schnellen Überblick über den Gesundheitszustand, Krankheitsverlauf und mögliche Risiken
- Qualitäts- und Effizienzfaktor gewährleisten, indem u. a. Doppeldiagnosen vermieden, eine bessere Versorgung gewährleistet, sinnvolle Folgeeffekte auf Verknüpfungen und Kontextualisierungen abgeleitet werden könnten
- Patient-Reported Outcome Measures einen sinnvollen Integrationspunkt finden können
- Die Patient-Journey (inkl. der Einhaltung von Therapieempfehlungen) umfassend dargestellt werden kann
- Überlappende Anfragen unterschiedlicher Ärzt:innen könnten durch eine kumulative Diagnostik abgebildet werden, indem eine Mitbewertung durch verschiedene Leistungserbringende erfolgt, wenn eine diagnostische Maßnahme für verschiedene Fachbereiche relevant ist.



Impulse für die Weiterentwicklung der ePA

- Zukünftig sollte die ePA eine vollständige Erfassung aller Diagnosen und Prozeduren sowie relevante Kontextinformationen (z. B. Zeitpunkt, Fachrichtung, Kontext der Eintragung und Link zur entsprechenden Quelle (z. B. Entlassbrief, Gültigkeit, Bezüge und Abhängigkeiten) enthalten.
- Die Diagnosen und Prozeduren sollten in einem chronologischen Logbuch strukturiert sein. Hierbei könnte eine Hierarchie der Einträge ersichtlich werden, während die Standardansicht die letzte Diagnose oder Prozedur als Erstes anzeigt. Eine Konfigurierbarkeit der Ansicht nach Nutzerbedürfnissen soll vom Primärsystem angeboten werden.
- Eine Such- und Filteroption sowie die Verknüpfung von Diagnosen, Prozeduren und Medikamenten könnte die Nutzung erleichtern und Mehrwert im Behandlungskontext stiften.
- Die Expert:innen wünschen sich eine „To-Do-Liste“ mit einer zeitlichen Abfolge der nächsten therapeutischen und diagnostischen Schritten. Diese sollte für Patient:innen als adaptive Patientenübersicht in der ePA abgebildet sein und für Ärzt:innen automatisch in das Primärsystem übertragen werden.

Eine chronologische Übersicht von Diagnosen und Prozeduren in der ePA würde gemäß der Expert:innen eine Möglichkeit der besseren Arbeitsteilung verschiedener medizinischer Expertisen ermöglichen. Bei gleichen Anfragen unterschiedlicher Ärzt:innen zu diagnostischen Methoden könnte beispielsweise eine kumulative Diagnostik statt mehrfach die gleiche Prozedur durchgeführt werden, indem eine Mitbewertung durch weitere Einrichtungen oder Leistungserbringende erfolgt, wenn eine diagnostische Maßnahme bereits angeordnet ist.



Fokus: Bildgebende Diagnostik

Die bildgebenden Verfahren umfassen verschiedene Diagnostikmethoden, die Aufnahmen aus dem Körperinneren liefern. Darunter fallen laut Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) folgende Verfahrenskategorien [20]:

- Ultraschalluntersuchungen
- Projektionsradiographie (klassisches Röntgen)
- Computertomographie (CT)
- Optische Verfahren
- Darstellung des Gefäßsystems
- Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Andere bildgebende Verfahren (z. B. Knochendichtemessung, Elektroimpedanzspektroskopie)
- Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren (z. B. Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D- oder 4D-Auswertung)

Rahmenbedingungen der bildgebenden Diagnostik

Bei der Nutzung bildgebender Diagnostik kommt es zu unterschiedlichen Konstellationen der an Erstellung und Auswertung beteiligten Akteure:

Einerseits wird das erstellte Bild diagnostisch ausgewertet und befundet. Andererseits wird auf dieser Grundlage durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die weitergehende Therapie für die Patient:innen empfohlen. Damit können mehrere Einrichtungen und / oder Leistungserbringer:innen beteiligt sein: Die Diagnostik sowie die Entscheidung über die daraus folgende Therapie können entweder in ein und derselben Einrichtung (bspw. ein Ultraschall bei einem Facharzt / einer Fachärztin) oder in mehreren Einrichtungen (bspw. ein Orthopäde beauftragt in einer anderen Einrichtung ein MRT des Knies) erfolgen.

Hinzu kommen besondere Rahmenbedingungen für die bildgebende Diagnostik, die im Behandlungsalltag zu berücksichtigen sind, um eine mehrwertstiftende Nutzung in der ePA zu entwickeln: grundsätzlich gilt wie für alle Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V und im Speziellen, dass die ePA als Anwendung der Telematikinfrastruktur, siehe §334 SGB V, der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit dient. Des Weiteren sind vorgeschriebene Aufbewahrungsfristen [21] von Bildern und Befunden, eine notwendige Bestimmung und Kennzeichnung der Bildqualität, die allgemein gültigen Regeln zum Datenschutz und zur Informationssicherheit zu berücksichtigen. Um eine geeignete Therapie festlegen zu können bedarf es weiterhin einer aussagekräftigen Dokumentation des Bildbefunds. Diese Dokumentation umfasst u. a. die befundende Einrichtung, die anfordernde Einrichtung und Informationen zur Modalität der Diagnostik [22].

Bereitstellung von Bildern über die ePA

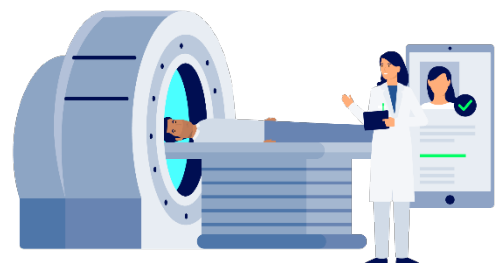
Die Bereitstellung von Bildern über die ePA soll laut den Teilnehmenden des Dialogs auch helfen, derzeitige Hürden zu überkommen: oftmals seien ältere Bilder aus der Diagnostik nicht verfügbar, beispielsweise weil Patient:innen manchmal die Datenträger nicht mehr in ihrem Besitz hätten oder diese bei Behandlungsanlässen zu Hause vergessen hätten. Um Bilder für die Behandlung digital bereitzustellen, würden sich darüber hinaus derzeit einige Einrichtungen mit eigens geschaffenen Lösungen behelfen.

Es stelle nicht nur die digitale Bereitstellung der Bilder unter heutigen Voraussetzungen eine Hürde dar, sondern auch die teilweise unterschiedliche Qualität der Bilder auf Grund fehlender Vorgaben. Eine ähnliche Problematik ergibt sich durch fehlende Interoperabilitätsstandards bei Bildern, die häufig in ambulanten Settings vor Ort erstellt werden, beispielsweise bei Geräten, die in der Augen- und Zahnheilkunde sowie weiteren Facharztgruppen genutzt werden. Laut der Expert:innen sei die Kommunikation und Vermittlung von Sonografie-Ergebnissen derzeit herausfordernd. Grundsätzlich sei die Interoperabilität allerdings kein unlösbares Problem, da sich in der Radiologie der DICOM-Standard [23] bewährt habe, aber jedoch nicht überall anwendbar sei.

Neben den genannten Hürden, sollten auch die Größe und Umfang der Bilddateien beachtet werden, da diese im Originalformat oftmals sehr groß seien. Um eine Bereitstellung von Bildern trotz umfangreicher Dateigrößen in der ePA zu ermöglichen, bedarf es entsprechend verfügbarer Bilddatenbanken/-speicher. International werden zur Bereitstellung von Bildern verschiedene elektronische Bildportale – sog. Picture Archiving and

Communication Systems (PACS) – mit ähnlichen Funktionalitäten genutzt. Diese haben sich am Markt bereits bewährt. Meist wird in den elektronischen Patientenakten oder Patientenportalen ein Link mit entsprechenden Zugangstokens oder -codes bereitgestellt, damit Behandler:innen sowie Patient:innen Zugriff auf die Bilder haben [24]. Dafür wurden in den USA auch entsprechende Interoperabilitätsstandards festgelegt [25]. Die Teilnehmenden des Dialogs regen dennoch an, dass kleinere Bilddateien oder Schlüsselbilder trotzdem direkt in der ePA gespeichert werden könnten.

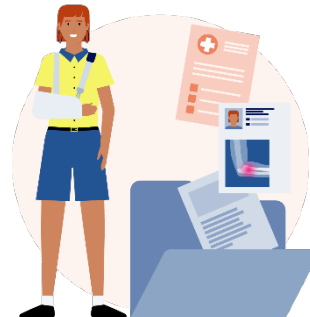
Bei der Bereitstellung von Bildbefunden in der ePA wünschen sich die Expert:innen, dass auch eine Übersicht über alle Bilddiagnostiken, die für Patient:innen gemacht wurden, in Zukunft bereitgestellt wird. Idealerweise sollte diese Übersicht ausweisen, wer die Bilddiagnostik wann und warum beauftragt hat, wer sie durchgeführt und befundet hat. Auch sollte das Ergebnis der Bilddiagnostik in Kurzform dargestellt werden und ggf. welche weiteren Schritte zu welchem Zeitpunkt und auf welcher Grundlage eingeleitet wurden. Für die weitere Verwendung der Bilder sollte berücksichtigt werden, wer dies über die ePA anstoßen kann. Bei der Nachbefundung von Bildern sollten dies Patient:innen sowie Behandler:innen tun können. Hinzu kommt, dass die Bilder aus der ePA für Behandler:innen im Rahmen von Telekonsilen möglichst leicht bereitgestellt werden können sollten.



Was die Besprechung von Bildbefunden mit Patient:innen anbelangt, sprechen sich die Expert:innen des Stakeholderdialogs dafür aus, Bilder und Befunde regelhaft erst nach dem Gespräch mit Patient:innen in der ePA für Patient:innen sichtbar sind. Sollten Bilder bereits vor dem Gespräch mit den Patient:innen in die ePA eingestellt werden, so sollten diese bezüglich des Erfordernisses eines Arztgesprächs zur Einordnung gekennzeichnet werden. Im letzteren Fall sollte eine Vorbesprechung mit den Patient:innen erfolgen. Der Befund sollte identisch für Behandler:innen und Patient:innen sein, vor allem diejenigen „ohne Befund“. Besonders schwerwiegende Befunde sollten in der ePA nur unter der Maßgabe, dass die Kommunikation mit den Behandelnden aufgenommen wird, für Patient:innen sichtbar sein. Weitere Befundinformationen sollten vor dem Arztgespräch nicht verfügbar sein. Den beauftragenden Behandler:innen sollte es möglich sein, analog zum Prozess der Laborergebnisse, entsprechende Voreinstellungen bei der Beauftragung der bildgebenden Diagnostik zu treffen.

Was die Verständlichkeit von Befunden anbelangt, wird angeregt zu prüfen, ob diese bspw. mithilfe einer KI in einfache Sprache übersetzt werden können. Auch wird angeregt, Patient:innen eine „To-Do-Liste“ mit einer Übersicht bisheriger Diagnosen und anstehenden Untersuchungen bereitzustellen. Hier sollten auch Hinweise zur Dringlichkeit und ggf. Länge des gesamten Untersuchungsprozesses vermerkt werden. Dies soll die Patient:innen dabei unterstützen, rechtzeitig Termine für eine bildgebende Diagnostik zu buchen und den Prozessablauf inklusive folgender (Zwischen-)Schritte, beispielsweise bei notwendigen Untersuchungsintervallen, besser zu verstehen. Auch das Ende der diagnostischen Schritte sollte vermerkt werden.

Neben der professionellen bildgebenden Diagnostik ist davon auszugehen, dass Patient:innen ggf. auch selbstgemachte Bildaufnahmen in die ePA einstellen wollen, beispielsweise als Vorbereitung eines Arzttermins.



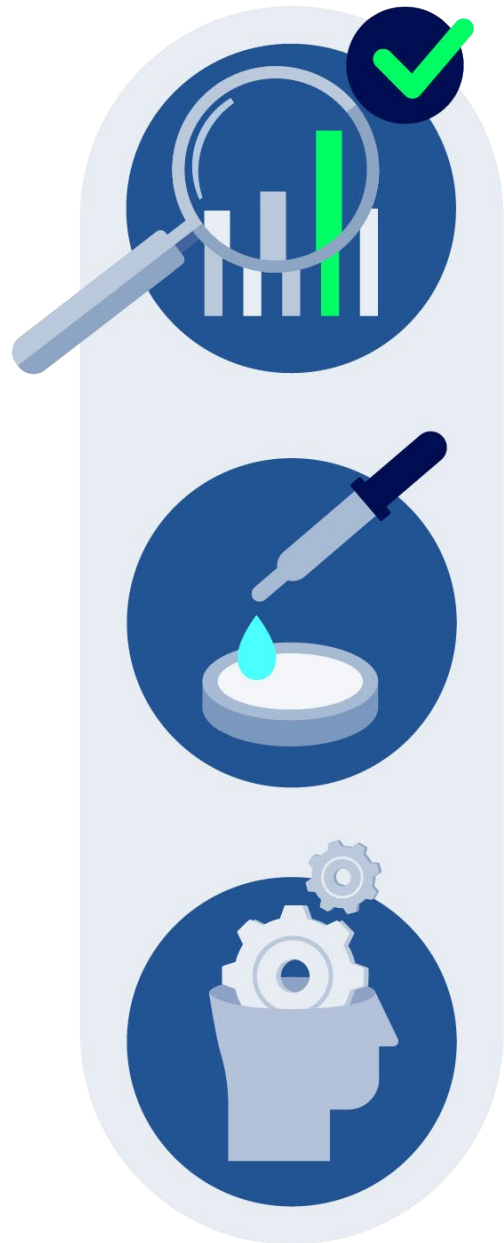
Die Rolle von Patient:innen im Kontext von bildgebender Diagnostik

Bei der Kommunikation mit Patient:innen sind zwei Varianten zu unterscheiden: einerseits die Bereitstellung von Bildbefunden in der ePA und andererseits der Umgang mit Bildern, die von Patient:innen selbst in die ePA eingestellt werden, beispielsweise selbstgemachte Aufnahmen.

Dies kann grundsätzlich hilfreich für die Anamnese sein, da beispielsweise in der Neurologie der Zeitpunkt eines auftretenden Problems häufig nicht mit dem Diagnosezeitpunkt zusammenfallen. Es sollte jedoch in der ePA eine deutliche Kennzeichnung erfolgen, dass die Bilder von den Patient:innen selbst eingestellt worden sind, um diese von Verwechslungen mit professionell erstellten Bildaufnahmen zu unterscheiden. Auch hier kann ein Überblick verfügbarer Bilder in der ePA hilfreich sein. Als Beispiel nannten die Expert:innen, dass ein entsprechender Überblick Patient:innen im Rahmen einer begleitenden Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen (bspw. Multiple Sklerose, spezielle Schmerztherapie...) helfen kann, Diagnosen nachzuvollziehen und zu akzeptieren.

Eine spezielle Kuratierung von Inhalten in der ePA hingegen wird als schwierig und wegen einzuhaltender Qualitätsstandards unterschiedlichen Bildmaterials als nicht empfehlenswert angesehen. Eher sollten Behandler:innen im Behandlungsverlauf ihrer persönlichen Dokumentation im Primärsystem vermerken, dass sie sich ein Bild oder ein Video angesehen haben und welche Interpretation daraus gezogen wurde. Bei von dem Patienten oder der Patientin selbstgemachten Bildern sollten, falls zur Befundung notwendig, professionelle medizinische Bilder nachgemacht werden.

Sollten im Nachgang professionell erstellte Bilder in die ePA eingestellt werden, sollte eine entsprechende Empfehlung zur Löschung des selbstgemachten Bildes erfolgen, um Verwirrungen zu vermeiden. Generell wünschen sich die Expert:innen auch hier eine Sortier- und Filterfunktion von Inhalten in der ePA mit der Möglichkeit, Informationen zu untergliedern sowie ein- und auszublenden. Behandler:innen sollen die Möglichkeit einer differenzierten Betrachtung von Patientengruppen für eine bessere Übersichtlichkeit haben oder aber auch die Praxis-App für die Ansicht eines Falles nutzen können. Die ePA soll wünschenswerter Weise als Datenbank dienen, um Bilder später über den TI-Messenger oder KIM bspw. für ein Konsil nachnutzen zu können.



Impulse für die Weiterentwicklung der ePA

- Zukünftig sollten in der ePA komplette Bilddatensätze bspw. über einen entsprechenden Link zu einer Bilddatenbank samt Informationen zur Bildqualität, Befunden, Erstellern zugänglich sein [26]. Die Bilder sollten für Zweitmeinungen, Konsile, Nachbefundungen wiederverwendet werden können.
- Für Behandler:innen sollten Übersichten über verfügbare Bilder, Ergebnisse, Bilddaten zur Verfügung gestellt werden. Für Patient:innen sollte eine „To-Do-Liste“ bereitgestellt werden, die es erleichtert Termine für bildgebende Diagnostik zu vereinbaren und notwendige Prozessschritte zu verstehen und nachzuvollziehen.
- Es sollte zukünftig auf Standards der Bilddateien (bspw. DICOM) geachtet werden, um sicherzustellen, dass diese von allen Beteiligten eingesehen werden können. Gleichzeitig wünschen sich die Expert:innen eine hohe Performanz, sodass die Skalierbarkeit ermöglicht wird.
- Für die Kommunikation mit Patient:innen sollte die Notwendigkeit von Vor- und Nachbesprechungen von Bildern in der ePA markiert werden, gerade schwerwiegende Befunde sollten nicht ohne Gespräch eingestellt werden. Selbst von Patient:innen eingestelltes Bildmaterial sollte entsprechend gekennzeichnet werden.

Insgesamt soll die ePA sozusagen als Index zur Verfügung stehen, die es anhand von Übersichten ermöglicht, Bildbefunde einfach nachzuvollziehen und nachzunutzen. Sortier- und Filterfunktionen wären aus Sicht der Expert:innen hier besonders hilfreich.



Fokus Widerspruchsrecht

Die ePA ist eine patientenzentrierte Akte, dies bedeutet, dass der/die Versicherte die Hoheit über die Einstellungsfunktionen der ePA hat. Dabei haben verschiedene

Stakeholder unterschiedliche Zugriffs- und Einstellmöglichkeiten, diese sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

	Versicherte:r (oder Vertreter:in)	Praxis/ Krankenhaus/ Apotheke/ Pflegeheim	Krankenkasse
Grundsätzlicher Zugriff auf die ePA	✓	✓	✗
Inhalte der ePA lesen	✓	✓	✗
Dokumente einstellen	✓	✓	auf Wunsch der Versicherten
Dokumente verbergen	✓	✗	✗
Dokumente löschen	✓	✓	✗
Protokolldaten lesen (Darstellung der Vorgänge in der ePA)	lesen	✗	✗
Abrechnungsdaten	lesen	lesen	einstellen

Tabelle 1: Zugriffs- und Einstellmöglichkeiten der ePA

Behandler:innen erhalten Zugriff auf die ePA eines Patienten / einer Patientin, wenn durch das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ein Behandlungskontext eröffnet wird. Ab diesem Zeitpunkt besteht der Zugriff auf die ePA für Behandler:innen für 90 Tage. In Apotheken wird der Zugriff auf die ePA ebenfalls durch das Einlesen der eGK hergestellt, für diese ist jedoch nur ein 3-tägiger Zugriff möglich.



Die bereitgestellten Standardeinstellungen können jederzeit durch Versicherte geändert werden, um eine patientenzentrierte Steuerung der ePA zu ermöglichen. Folgendes können Versicherte zur Zugriffssteuerung vornehmen:

- **Zugriff beenden:** Der Zugriff durch Praxen, Krankenhäuser und Apotheken wird automatisch beendet, wenn der Behandlungskontext nach 90 bzw. 3 Tagen endet. Der / die Versicherte kann den Zugriff einzelner Einrichtungen jederzeit aktiv über die ePA-App beenden.
- **Zugriff verweigern:** Bestimmten Gesundheitseinrichtungen kann der Zugriff auf die ePA durch Einstellung in der ePA-App oder bei der Ombudsstelle verweigert werden.

- **Dokumente verbergen:** Innerhalb der ePA-App können Versicherte einzelne Dokumente oder ganze Dokumenten-Kategorien (z. B. Befunde, eArztbriefe) verbergen. Diese verborgenen Dokumente sind ausschließlich für Versicherte sichtbar und von Gesundheitseinrichtungen weder erkenn- noch einsehbar.
- **Widerspruchsmöglichkeiten ausüben:** Die ePA ist eine widerspruchsbasierte Lösung. Der Widerspruch kann durch Versicherte über verschiedene Kommunikationswege ausgeübt werden. Der allgemeine Widerspruch (opt-out) gegen die ePA sowie der Widerspruch gegen das Einstellen von Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen muss entweder bei der eigenen Krankenkasse oder in der ePA-App eingelegt werden. Alle anderen aktuell möglichen Widerspruchsoptionen, gegen das Einstellen von eRezept-Daten, die Ausleitung der Daten für die Forschung, den lesenden Zugriff für Leistungserbringende sowie die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess können entweder in der ePA-App oder bei der Ombudsstelle eingelegt werden [27].

Einfluss von Widerspruchs- und Löschrechten

Laut den Expert:innen sind Widerspruchs- und Löschrechte wichtig für die Akzeptanz der ePA durch Versicherte und Leistungserbringende.

Gleichzeitig bergen fehlende Informationen laut der Expert:innen auch Risiken. Durch Informationsverlust und Kontinuitätsbrüche in Daten kann es zu Verzögerungen oder Abbrüchen in der Versorgungskette kommen. Es ist davon auszugehen, dass

Widerspruch, Löschung und Verbergen von Inhalten insbesondere folgende Auswirkungen haben könnten:

- Krankheitsverläufe und -entwicklungen könnten für die Behandler:innen nicht sichtbar und nachvollziehbar sein
- Daten könnten nicht mit Befunden und Therapien verknüpft werden
- Interprofessionelle Unterstützungs- und Steuerungsrolle von Behandler:innen könnte nicht so vollumfänglich ausgeübt werden

Dies könnte laut Expert:innen dazu führen, dass die Qualität und Effizienz der Versorgung abnehmen.

Rahmenbedingungen für Widerspruchs- und Löschrechte

Um eine patientenzentrierte, widerspruchsbasierte ePA sowie gleichzeitig Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, schlagen die Teilnehmer:innen verschiedene Rahmenbedingungen für Widerspruchs- und Löschrechte vor. Diese beziehen sich insbesondere auf die drei Fokusthemen der Dialoge: Labor- und Testergebnisse, Diagnosen und Prozeduren sowie bildgebende Diagnostik. Widerspruchs- und Löschrechte durch Patient:innen entbindet den Ersteller jedoch nicht von der Übermittlungspflicht an den Auftraggeber.



Die Expert:innen in den Stakeholderdialogen sprechen sich dafür aus, dass als Standardeinstellung alle Informationen sichtbar sein sollten. Wenn Patient:innen die Sichtbarkeit von Informationen einschränken wollen, soll dies in drei Stufen (Widerspruch, Verbergen und Löschen) und auf drei Ebenen (einzelnes Dokument, einzelne Einrichtung und Datenkategorie) ermöglicht werden. Folgende Optionen zur Beschränkung der Sichtbarkeit werden vorgeschlagen:

- Der Widerspruch gegen ein einzelnes Dokument sollte bei Leistungserbringenden erfolgen. Insbesondere für Labor- und Testergebnisse sowie Bildbefunde wird empfohlen den Widerspruch direkt bei Überweisenden bzw. Erstellenden einzulegen. Zu beachten ist dabei, dass Bilddaten in enger Abhängigkeit zum Bildbefund zu betrachten sind, da diese ohne Bildbefund nur teilweise hilfreich sind. Bei Bildbefunden wird von den Expert:innen nur ein Widerspruch gegen den ganzen Bildbefund als sinnvoll erachtet, da unvollständige Befunde und Daten als wenig nutzbar betrachtet werden.
- Widersprüche gegen eine Datenkategorie könnten in der ePA-App von Versicherten vorgenommen werden.
- Für sämtliche andere Kombinationen der Sichtbarkeitsstufen und -ebenen wird empfohlen die Möglichkeit zur Einschränkung der Sichtbarkeit in der ePA-App zur Verfügung zu stellen.

Trotz der Relevanz von Widerspruchs- und Löschrchten bewerten die Expert:innen, die Verfügbarkeit der Daten in der ePA als ersten wichtigen Schritt. Erst wenn diese in die ePA eingestellt werden und sichtbar sein könnten, sollten differenziertere Möglichkeiten zur Umsetzung von Widerspruchs- und Löschrchten eingeführt werden.

Neben den grundlegenden Einstellungen und Optionen für Widerspruch und Löschung weisen die Teilnehmenden auf die Notwendigkeit der Kommunikation und Aufklärung von Versicherten und Leistungserbringenden hin. Versicherte sollten gemäß den Expert:innen Hinweise zur Patientensicherheit vor dem Widerspruch, Verbergen oder Löschen von Inhalten erhalten. Diese Hinweise könnten Versicherte auf die Nachteile dieser Entscheidung und die Vorteile von sichtbaren Informationen hinweisen. Dies sollte mit einer Aufklärung verknüpft werden, sodass Leistungserbringende über mögliche Verzerrungen durch eine unvollständige ePA informiert sind und ersetzt gleichzeitig das Arzt/Ärztinnen-Patient:innen-Gespräch nicht.



Impulse für die Weiterentwicklung der ePA

- Als Standardeinstellung sollten weiterhin alle Informationen in der ePA sichtbar sein.
- Widerspruch und Löschung sollten weiterhin für eine patientenzentrierte und widerspruchsbasierte ePA ermöglicht werden. Der Widerspruch gegen ein einzelnes Dokument sollte bei Leistungserbringenden erfolgen, gegen eine Datenkategorie könnten in der ePA-App stattfinden. Sämtliche andere Kombinationen der Sichtbarkeitsstufen und -ebenen sollten in der ePA-App eingeschränkt werden können.
- Zukünftig sollte die Möglichkeit zur Einstellung der Daten (Labor- und Testergebnisse, Diagnose und Prozeduren, Bildgebende Befunde) und grundlegende Widerspruchs- und Löschrechte priorisiert werden und erst im zweiten Schritt feingranulare Ebenen zu Widerspruch und Löschung beinhalten.
- Kommunikation und Aufklärung von Versicherten und Leistungserbringenden über mögliche Widersprüche und Löschung sollte angestrebt werden.

Zusammenfassend empfehlen die Expert:innen der Stakeholderdialoge die Patientenzentrierung und Widerspruchsmöglichkeiten der ePA zu wahren. Allerdings sollte die Vollständigkeit der ePA angestrebt werden. Um diese zu erreichen, empfehlen die Teilnehmenden die Einstellmöglichkeit von Daten zu priorisieren und Aufklärung über den Einfluss auf die Versorgung voranzutreiben.



Paradigmen zur Verbesserung der Versorgung durch die ePA

Während der Dialogveranstaltungen wurden über die konkreten Handlungsfelder hinaus auch allgemeine Erwartungen und Wünsche an die ePA von den Teilnehmer:innen diskutiert. Diese Leitgedanken sind im Folgenden zusammengefasst.

Patientenzentrierte ePA erfordert Information der Patient:innen

Neben technischen Lösungen spielen bei einer patientenzentrierten ePA informierte Patient:innen eine zentrale Rolle. Die Expert:innen nennen Kommunikation als zentralen Bestandteil für eine aktiv informierte Patient:innen. Gleichzeitig könnte ein realitätsnahes Erwartungsmanagement zu den Funktionalitäten der ePA ausschlaggebend für die Akzeptanz sein. Laut der Expert:innen könnte die ePA jedoch auch ohne involvierte Patient:innen einen Mehrwert für die Versorgung erzeugen.

Die Expert:innen der ePA-Stakeholderdialoge erwarten durch die ePA vielfältige Verbesserungen der Gesundheitsversorgung

- **Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit:** Die ePA hat gemäß der Expert:innen das Potenzial die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe innerhalb einer Organisation, aber auch institutions- und sektorenübergreifend zu stärken. Hierfür empfehlen die Praktiker:innen im ePA-Stakeholderdialog insbesondere den medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie für zahnärztliche Fachangestellte (ZFA) Lese- und Dokumentationsrechte in der ePA zu gewähren.

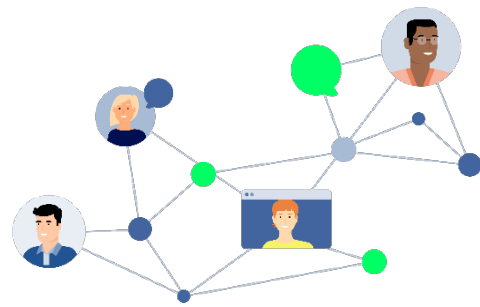


Dies ist vor allem im Kontext der Delegation ärztlicher Tätigkeiten relevant. Das Projekt DELIVER-CARE hat beispielsweise gezeigt, dass die Delegation ärztlicher Aufgaben an MFA eine effektive Strategie zur Verbesserung der Effizienz ambulanter Versorgung in versorgungsaufwendigen Fachbereichen wie der Dermatologie, Gastroenterologie und Rheumatologie sein könnte. Für die langfristige Umsetzung haben Expert:innen angeregt die Informationen aus der MFA-Visite in die ePA einfließen zu lassen.

- **Zeitgewinn für das Arzt/Ärztin-Patient:in-Gespräch:** Durch einen schnellen Überblick zur Patientenhistorie und dem aktuellen Krankheitsfall könnte die ePA zeitliche Einsparungen in der Anamnese ermöglichen. Auch eine bessere und schnellere Versorgung von Pflegebedürftigen könnte dadurch erzielt werden. Hierfür wird eine zukünftige Anbindung der Pflege empfohlen, sodass eine umfassende Betrachtung des Lebensendes möglich wird, da in diesem Lebensabschnitt laut der Teilnehmenden die intensivste Behandlung notwendig wird.

- **Informationslage für Mediziner:innen verbessern:** Umfangreiche Informationen innerhalb der ePA könnten Leistungserbringende insbesondere dabei unterstützen ein vollständiges medizinisches Bild des Patienten / der Patientin im Kontext des Behandlungsfalls zu erhalten. Dies könnte eine präzisere Therapie ermöglichen. Zusätzlich könnte das Informationsbedürfnis bei Fachgruppen (z. B. Patholog:innen, Radiolog:innen) ohne direkten Patientenkontakt laut der Teilnehmenden durch Delegation mit einem ePA-Zugriff abgedeckt werden. Die heute noch mangelnde und fehlerhafte Übermittlung von Informationen zwischen Fachgruppen könnte durch die ePA reduziert werden. Dies ermöglicht laut der Praktiker:innen eine schnellere und effektivere Nutzung von bereits vereinbarten Patiententerminen, da alle notwendigen Informationen zeitgemäß zur Verfügung stehen könnten.
- Um diese Mehrwerte der ePA zu heben, sind laut der Expert:innen verschiedene Voraussetzungen notwendig*
- **Der Zugriff auf die ePA sollte früher ermöglicht werden.** Heute können Leistungserbringende erst auf die ePA zugreifen, wenn die eGK eingelesen wurde. Zukünftig wünschen sich Praktiker:innen bereits vor dem Patiententermin auf die ePA zugreifen zu können, sodass eine Vorbereitung möglich ist. Die Teilnehmenden haben drei Lösungsideen hierfür geäußert: (1) der Zugriff auf die ePA wird bereits mit der Überweisung ermöglicht, (2) allen am Behandlungspfad beteiligten Gesundheitsinstitutionen kann eine Leseberechtigung freigegeben werden oder (3) die Leistungserbringenden können eine Zugriffsanfrage senden, die der Patient / die Patientin mittels der ePA-App bestätigen kann.
 - **Die Verfügbarkeit von Informationen für Mediziner:innen in der ePA sollte verbessert werden.** Dieser Wunsch lässt sich in vier verschiedene Aspekte unterteilen:
 - Die zentrale Verwaltung von Kontaktdaten und körperlichen Parametern über die ePA inkl. der Verzahnung mit TI-Produkten wird als hilfreich genannt. Insbesondere unter der Prämisse, dass die ePA als sog. Single-Source-of-Truth für Kontaktdaten genutzt werden könnte.
 - Um die Inhalte in der ePA über die gesamte Versorgungskette vollständig abzubilden, sollten laut der Expert:innen auch Informationen aus folgenden Versorgungsbereichen integriert werden:
 - (1) Die Nachsorge ist technisch und prozessual an die ePA angebunden werden, um relevante Inhalte (bspw. zur Reha nach einem chirurgischen Eingriff) zur Verfügung zu stellen.
 - (2) Heilmittelerbringer:innen sollten Verordnungen und Dokumentation der Behandlung in der ePA ablegen.
 - (3) In der Pflege könnten Dokumentation über den Versorgungsverlauf (z. B. zu körperlichen Parametern oder Wund-Dokumentation (inkl. Bild), Kontrolluntersuchungen) relevant sein.
 - Einheitliche Metadaten und die Volltextsuche könnten laut der Teilnehmenden die Suche nach relevanten Inhalten erleichtern.
 - Expert:innen fordern, dass Befunde zeitnah eingestellt werden sollten, sodass der Nachversorger relevante Informationen des Vorversorgers nutzen kann.

- **Übergreifende systemische Voraussetzungen sollten erfüllt werden, um den Mehrwert der ePA erlebbar zu machen.** Eine bessere Verzahnung von gesetzlichen Aktivitäten (bspw. der Patientenportale und ePA) sollte angestrebt werden. Da Kliniken für die Akzeptanz der ePA laut der Teilnehmenden sehr wichtig sind, ist die Integration von Patientenportalen und ePA notwendig. Zusätzlich dazu sollte die System- und Betriebsstabilität sichergestellt werden. Dies ist laut der Expert:innen insbesondere hinsichtlich der Ausfallsicherheit der TI relevant, da in Kliniken auch ohne ePA-Zugriff die Prozesse weiterlaufen und dieser nachträglich nur schwer nachgeholt werden kann. Abschließend wird flächendeckend ein stabiles und leistungsfähiges Internet benötigt, damit der ePA-Zugriff auch im häuslichen Bereich möglich ist.



Zukünftig könnten auch KI-Anwendungen den Versorgungsalltag effizienter gestalten

Expert:innen im ePA-Stakeholderdialog haben verschiedene KI-Anwendungen genannt, die praktischen Nutzen für den Versorgungsalltag erzielen könnten. Zum einen würde eine Patient-Journey-Planung mit Blick auf den Patientenpfad und Sicht auf alle Akteure, d. h. auch die Weiterreichung von Informationen an Nachsorge-Beteiligte eine ganzheitliche Versorgung ermöglichen. Auch die Koordination von Patient:innen zwischen Versorgern sowie die Zusammenfassung von Gesundheitsverläufen (bspw. durch die Nutzung von Large Language Modellen auf Basis des Anamnesegespräch und der Dokumente in der ePA) wird als nutzenbringend bewertet. Im Zusammenhang mit einer besseren Verfügbarkeit von Informationen schlagen Expert:innen semantische Annotationen vom Primärsystem bei der Erstellung von Arzt- und Entlassbriefen sowie Dokumentation vor. Dies könnte das Verständnis und die Durchsuchbarkeit der ePA-Daten verbessern und so eine effizientere und bessere Versorgung ermöglichen. Um vorhandene Informationen effektiv nutzen zu können, empfehlen die Teilnehmenden KI-Anwendungen für das Sortieren und Filtern von Informationen sowie die Darstellung von Änderungen. Außerdem könnten Tipps zur Patientenhistorie (bspw. Hinweis auf Diabetes bei Wunde am Fuß) und an Patient:innen (bspw. Impferinnerung) aktuelle Herausforderungen lösen.



Impulse für die Weiterentwicklung der ePA

- Die Expert:innen erwarten durch die ePA die Verbesserung der Versorgung in drei zentralen Aspekten: die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit, ein Zeitgewinn für das Arzt/Ärztin-Patient:in-Gespräch und eine verbesserte Informationslage für Mediziner:innen.
- Zukünftig sollte der Zugriff auf die ePA früher ermöglicht werden, beispielsweise bereits mit der Überweisung, als automatische Leseberechtigung an alle am Behandlungspfad Beteiligten oder per Zugriffsanfrage an die Patient:innen.
- Die Verfügbarkeit und Transparenz von Informationen in der ePA sollte verbessert werden. Dies beinhaltet die zeitnahe Einstellung von Befunden, einheitliche Metadaten, Informationen über verborgene oder gelöschte Inhalte und Informationen über die gesamte Versorgungskette hinweg (z. B. Nachsorge, Heilmittelerbringer:innen und Pflege). Potentiell könnten hierfür auch KI-Anwendungen in der ePA genutzt werden um den Versorgungsalltag effizienter zu gestalten.

Im Zusammenhang der Fragestellung, welchen Einfluss die ePA auf die Verbesserung der Versorgung hat, wurden von den Expert:innen auch übergreifende systemische Anforderungen genannt. Diese sollten berücksichtigt werden, sind allerdings nicht in der konkreten Weiterentwicklung der ePA zu adressieren.



Übersicht aller an der Arbeitsgruppe beteiligten Institutionen

Organisation

Arztpraxis Spieren & Kollegen

Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V.

Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie e.V.

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

Hausärztinnen und Hausärzteverband e.V.

Immanuel Albertinen Diakonie gGmbH

medatixx GmbH & Co. KG

Meierhofer AG

OcuNet GmbH & Co. KG

Praxis im Kaiserviertel

Universitätsklinikum Essen

Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Disclaimer & Quellen

Das enthaltene Bildmaterial ist urheberrechtlich geschützt. Diese Unterlage dient der Information des Empfängers. Eine Nutzung dieser Unterlage inklusive des Bildmaterials zu anderen Zwecken ist daher nicht gestattet.

Folien 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 15 / 16 / 17 / 18 / 19 / 20 / 21 / 22 / 23 / 25 / 26: © gematik

Literaturangaben und Hinweise

- [1] [BMG: Digitalisierungsstrategie „Gemeinsam Digital“](#)
- [2] [gematik: TI-Atlas](#)
- [3] Die mittelfristige Planung kann anhand der Übersicht über die geplante Entwicklung und Einführung von Produkten und Lösungen der Telematikinfrastruktur (TI) in der [Roadmap der gematik](#) eingesehen werden.
- [4] Die hier dargestellten Ergebnisse sind nicht einzelnen Teilnehmenden der Arbeitsgruppe zuzurechnen. Es handelt sich um eine Zusammenfassung der Beratungen
- [5] [Stiftung Gesundheitswissen](#)
- [6] [BfArM - LOINC](#)
- [7] [Informationssicherheit in Laboren](#)
- [8] [Mustersammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung \(KBV\)](#)
- [9] [Gesetze im Internet: Gendiagnostikgesetz](#)
- [10] [Einführungskonzept Laborbefund | INA - Interoperabilitäts-Navigator](#)
- [11] [Leistungen und Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung](#)
- [12] [KBV - Kodieren](#)
- [13] [MII IG Diagnose v2025](#)
- [14] [MII IG Prozedur v2025](#)
- [15] [GBE-Bund Operationen und Prozeduren in Krankenhäusern](#)
- [16] [KBV - Operationen und Prozeduren](#)
- [17] [BfArM - SNOMED CT](#)
- [18] [BfArM - LOINC](#)
- [19] [BfArM - LOINC beim BfArM](#)
- [20] [BfArM OPS 2025 Kapitel 3 - Bildgebende Diagnostik](#)
- [21] Siehe beispielsweise [KV Nordrhein: ärztliche Aufbewahrungsfristen](#)
- [22] Befundberichte sind bisher nicht standardisiert, eine Übersicht von Befundvorlagen findet sich bpsw. im Fachartikel [Strukturierte Befundung in der Radiologie](#)

- [23] Weitere Informationen zum [DICOM Standard](#)
- [24] Siehe bspw. dazu Fachartikel in [Diagnostic Imaging, American College of Radiology, Applied Clinical Informatics](#)
- [25] Siehe dazu [Interoperability Standards Platform Diagnostic Imaging](#)
- [26] Siehe [Neuer Basisstandard für den datenträgerlosen Austausch](#) und auch Vorarbeiten der mio42 unter [Bildbefund 1.0.0 Startseite - Bildbefund 1.0.0 - MIO](#)
- [27] [Fachkonzept elektronische Patientenakte für alle](#)



Ansprechpartner

Lena Dimde

Charly Bunar

Mirjam Scholz

Dr. Thomas Kostera

epa-dialog@gematik.de