



## Gegenwind für die Digitalisierung im Gesundheitswesen Bürger fühlen sich nicht ausreichend informiert

Repräsentative Umfrage zur  
Digitalisierung im Gesundheitswesen 2023



Executive Summary	4
Einleitung	5
Ergebnisse	6
Elektronische Patientenakte (ePA)	6
Gesundheitsdatennutzung	12
Assistierte Telemedizin	16
E-Rezept	20
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	22
Fazit	26
Quellen	27
Ihre Ansprechpartner	28

# Executive Summary

Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von 1.000 Bürgern haben wir deren Perspektive auf konkrete Maßnahmen der Digitalstrategie und aktueller Gesetzesvorhaben erhoben. Die Ergebnisse unserer Befragung zeigen, dass die Ziele der Digitalstrategie und der entsprechenden Gesetzesvorhaben ambitioniert wirken – es werden umfassende sektor- und stakeholderübergreifende Kraftanstrengungen in Form von Informations- und Überzeugungsarbeit benötigt. In der Übersicht hat die Befragung folgende hochrelevante Erkenntnisse geliefert:



## Elektronische Patientenakte (ePA)

- #1:** Erhebliches Informationsdefizit zur ePA in der Bevölkerung – knapp 60 Prozent und vor allem die größten Profiteure, nämlich ältere Menschen, kennen sie auch mehr als zwei Jahre nach Einführung nicht.
- #2:** Neue „Opt-Out“-ePA: Zielwert von 80 Prozent Nutzern in der Bevölkerung möglich, ohne zusätzliche Anstrengung in der Überzeugungsarbeit aber nicht zu erreichen.
- #3:** Ansatzpunkte in der Überzeugungsarbeit für die neue „Opt-Out“-ePA sind klar: Kommunikation und Sicherstellung der Datensicherheit und des Zusatznutzens sind essenziell.



## Gesundheitsdatennutzung zu Forschungszwecken

- #4:** Krankenkassen sind aus Sicht von Versicherten der vertrauenswürdigste Akteur im Umgang mit Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken, weit vor staatlichen, forschenden und privatwirtschaftlichen Institutionen bzw. Unternehmen.
- #5:** Krankenkassen werden als aktiver Gesundheitslotse eingeschätzt: Zwei Drittel der Befragten planen, das Angebot datenbasierter, prädiktiver Warnhinweise zur Gesundheit zu nutzen.



## Assistierte Telemedizin

- #6:** Die Nutzungsbereitschaft für assistierte Telemedizin ist in der Bevölkerung mit über 60 Prozent überraschend hoch.
- #7:** Insbesondere Ältere und Versicherte mit geringen Einkommen müssen noch von assistierter Telemedizin überzeugt werden.



## E-Rezept

- #8:** Es besteht weiterhin Informations- und Überzeugungsbedarf für das E-Rezept: Fast die Hälfte der Befragten präferiert weiterhin analoge Kanäle (Papierausdruck des E-Rezepts) bzw. braucht noch weitere Informationen zur Nutzung von eGK oder E-Rezept-App – dies betrifft insbesondere ältere und sozial schwächere Befragte.



## Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

- #9:** Knapp 60 Prozent der Befragten und v.a. ältere Menschen kennen DiGA auch drei Jahre nach Einführung nicht: Es besteht also weiterhin Informations-/Aufklärungsbedarf.
- #10:** Das Nutzungsverhalten hat erhebliches Optimierungspotenzial: Nur knapp 60 Prozent haben ihre DiGA bis zum Ende der Verschreibung aktiv genutzt.

# Einleitung

In den letzten Jahren haben zahlreiche digitale Anwendungen den Weg in die Gesundheitsversorgung gefunden, wie etwa die Beispiele von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die elektronische Patientenakte (ePA) oder Videosprechstunden. Zwar hängt Deutschland im internationalen Vergleich zu anderen Ländern wie z.B. Dänemark, Estland oder Israel im Digitalisierungsgrad noch weit zurück<sup>1,2</sup>, mit der Einführung der o.g. Anwendungen haben gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland jedoch Zugang zu einer großen Anzahl unterschiedlicher, z.T. im internationalen Vergleich führender Anwendungen (z.B. DiGA).

Aktuell verstärkt sich der Eindruck, dass das Problem nicht in der Anzahl verfügbarer digitaler Anwendungen und Tools liegt, sondern vielmehr in der mangelnden Akzeptanz deutscher Versicherter. So hat bisher keine der digitalen Anwendungen eine weitreichende Marktdurchdringung erreicht. Die „Opt-In“-ePA hat auch knapp zwei Jahre nach ihrer Einführung erst sehr geringe Nutzerzahlen von unter 1 Prozent der GKV-Versicherten<sup>3</sup> und soll entsprechend im Rahmen der Digitalstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) angepasst werden<sup>4</sup>. Auch die Nutzerzahlen von DiGA oder E-Rezept bleiben bisher hinter den Erwartungen zurück. Darüber hinaus sind nach Rekordzahlen bei der Nutzung der Videosprechstunden während der Corona-Pandemie auch diese wieder rückläufig.

Im Juli und August dieses Jahres sind mit dem Digital-Gesetz (DigiG)<sup>5</sup> und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)<sup>6</sup> erste Gesetzgebungsinitiativen dieser Bundesregierung zur gesteigerten Etablierung digitaler Versorgung vom Kabinett verabschiedet worden und sollen noch dieses Jahr vom Bundestag beschlossen werden. Kern der Vorhaben ist zum einen der Umbau der elektronischen Patientenakte (ePA) von einer „Opt-In“- zu einer „Opt-Out“-Variante (DigiG) und zum anderen der forcierte Ausbau der Gesundheitsdatennutzung zu Forschungszwecken (GDNG), aber auch Anpassungen bei der Telemedizin, DiGA oder E-Rezept.

Im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung haben wir die aktuellen Präferenzen der Versicherten in Deutschland zu den unterschiedlichen aktuell verfügbaren und der im Rahmen des DigiG und des GDNG geplanten digitalen Anwendungen und Tools analysieren und Gründe evaluieren, wieso die Nutzerzahlen aktuell niedrig bzw. welche Nutzerzahlen nach einer Einführung zu erwarten sind. Auf Basis der Ergebnisse wollen wir Handlungsfelder aufzeigen.

# Ergebnisse



## Elektronische Patientenakte (ePA)

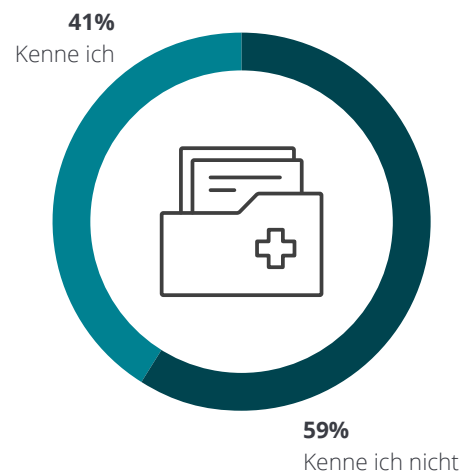
Die ePA soll der Kern der (digitalen) Gesundheitsversorgung werden. Bereits Anfang der 2000er-Jahre wurden das Vorgehen initiiert und erste Schritte eingeleitet, bis dann Anfang 2021 die ePA (endlich) „live“ ging. Zahlreiche offizielle Statistiken zeigen jedoch: Die ePA ist noch nicht in der deutschen Bevölkerung angekommen. So besitzt nach aktuellen Statistiken erst knapp 1 Prozent der GKV-Versicherten eine ePA. Dies hat dazu geführt, dass im Zuge der neu entwickelten Digitalstrategie und des aktuell im Gesetzgebungsprozess befindlichen Digitalgesetzes (DigiG) einige Anpassungen von einer „Opt-In“- zu einer „Opt-Out“-ePA angestrebt werden. Bei dieser soll jeder Versicherte automatisch eine solche erhalten, außer er widerspricht. Nach aktuellem Zeitplan soll die „Opt-Out“-ePA Anfang 2025 die „Opt-In“-Variante ablösen. Aufgrund der

aktuell niedrigen Nutzungsquoten der ePA und der geplanten Anpassungen wollen wir folgende Fragen beantworten:

- Wieso sind die Nutzungszahlen aktuell so niedrig? Lassen sich daraus Erkenntnisse hinsichtlich der Erwartungen für die „Opt-Out“-ePA ziehen?
- Inwiefern ist die deutsche Bevölkerung bereit die neue „Opt-Out“-ePA zu nutzen? Ist der vom BMG ausgegebene Zielwert von 80 Prozent Nutzungsquote realistisch? Wenn nein, was ist nötig, um den Wert zu erreichen?

Wie unsere Befragung verdeutlicht, ist ein Grundproblem der ePA auch knapp zwei Jahre nach Einführung Anfang 2021 der geringe Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, kennen laut unseren Ergebnissen immer noch knapp 60 Prozent der Bevölkerung die ePA überhaupt nicht. Im aktuellen „Opt-In“-Modell ist das natürlich ein signifikantes Problem, welches durch die „Opt-Out“-Variante teilweise adressiert wird, da in diesem Fall jeder automatisch eine ePA erhält.

**Abb. 1 – Kenntnisstand ePA\***



n=847; Frage: „Seit 2021 gibt es elektronische Patientenakten (auch ePA genannt), die medizinische Informationen, z.B. Arztbriefe, Röntgen-/MRT-Bilder enthalten. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

**59%** der Bevölkerung kennen die elektronische Patientenakte (ePA) nicht. Umso alarmierender ist dies, weil (1) die ePA bereits fast drei Jahre verfügbar ist und (2) dies insbesondere die größten Profiteure, nämlich ältere Menschen, betrifft.

### Erkenntnis #1:

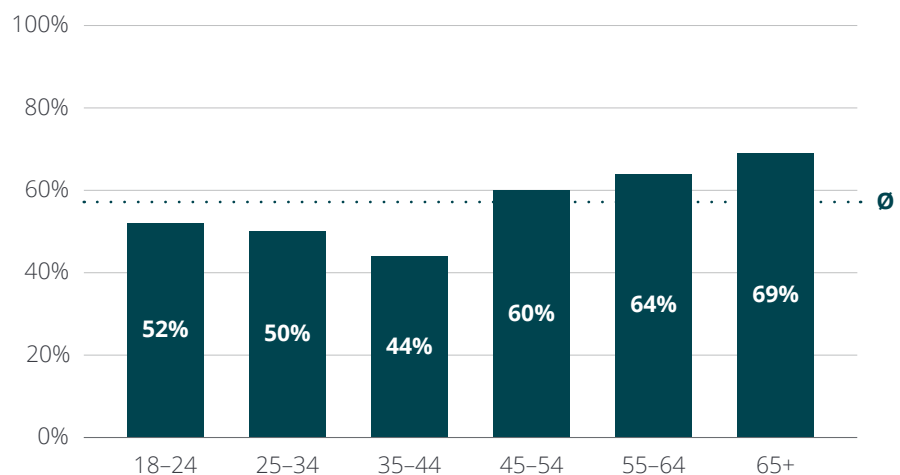
Erhebliches Informationsdefizit zur ePA in der Bevölkerung

Eine Analyse der Befragten nach Altersgruppen offenbart jedoch ein Problem: Wie Abbildung 2 zeigt, kennen die Gruppen, die signifikant von der ePA profitieren würden, nämlich im Bevölkerungsvergleich überdurchschnittlich alte und daher erwiesenermaßen morbidere Menschen, die ePA im Vergleich am wenigsten. Aus den Daten wird deutlich, dass ab 45 Jahren die Kenntnisse der ePA stark zurückgehen und knapp 70 Prozent der Befragten über 65 Jahren die ePA nicht kennen. Auch bei einem Umbau auf eine „Opt-Out“-Variante wird das Wissen über die ePA und die entsprechenden Chancen relevant, v.a. bei der Entscheidung „Widerspruch“ oder nicht (siehe unten).

Positiv ist jedoch, dass vom Anteil derer, die die ePA nicht kennen, drei Viertel der Befragten an einer Nutzung grundsätzlich interessiert wären, wenn sie mehr Informationen dazu hätten. Dies verdeutlicht wiederum, dass das Thema Information und Aufklärung der Versicherten im Gesundheitswesen essenziell ist. Zahlreiche Initiativen wie z.B. Informationsseiten von Krankenkassen oder des Bundesministeriums

für Gesundheit (BMG) sind bereits gestartet. Auch wenn es ggf. paradox klingen mag: Der hohe Anteil der älteren Menschen ohne Kenntnis der ePA verdeutlicht jedoch, dass möglicherweise auch analoge Informationsangebote für die Bewerbung digitaler Tools im Gesundheitswesen nötig sein werden.

**Abb. 2 – Kenntnisstand ePA, Anteil der Befragten, die die ePA nicht kennen (nach Altersgruppen)\***



n=496; Frage: „Seit 2021 gibt es elektronische Patientenakten (auch ePA genannt), die medizinische Informationen, z.B. Arztbriefe, Röntgen-/MRT-Bilder enthalten. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

# 68%

der Bevölkerung sind noch nicht vollkommen überzeugt, ob sie die neue „Opt-Out“ ePA zukünftig nutzen möchten.

## Erkenntnis #2:

Zielwert von 80% aus der Digitalstrategie erscheint erreichbar, erfordert jedoch eine Überzeugung fast aller unentschlossenen Bürger

Die geplanten Veränderungen von einer „Opt-In“- zu einer „Opt-Out“-ePA bringen neue relevante Fragestellungen für alle GKV-Versicherten in Deutschland mit sich: „Widerspreche ich der für alle Versicherten standardmäßig erstellten ePA oder nicht?“

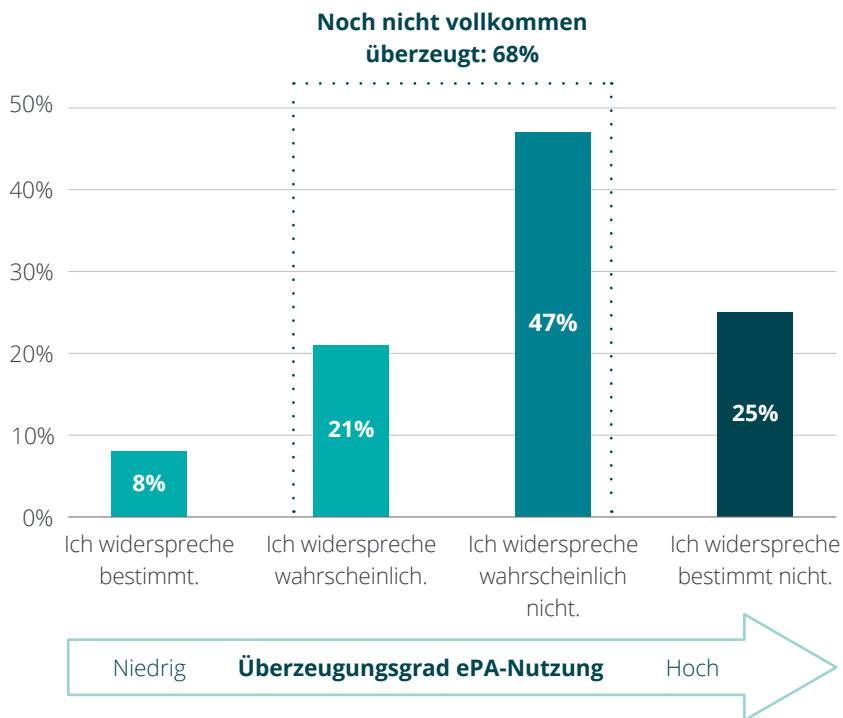
Unsere Ergebnisse zeigen, dass das Ziel des BMG „80% der Bevölkerung haben eine ePA“, aktuell schwierig zu erreichen sein wird. Wie Abbildung 3 verdeutlicht, sind momentan nur 25 Prozent vollkommen überzeugt, dass sie eine ePA zukünftig nutzen wollen und „bestimmt nicht widersprechen“ möchten. Darüber hinaus sind knapp die Hälfte generell offen für eine Nutzung der ePA, wollen jedoch nur „wahrscheinlich nicht widersprechen“. Insgesamt liegt der Anteil derer, die noch nicht vollkommen überzeugt sind, ob sie widersprechen möchten oder nicht, bei über zwei Dritteln der Befragten.

Entsprechende Überzeugungsarbeit und Informationsbereitstellung scheinen für dieses Kernthema und die direkte Messbarkeit der Zielerreichung durch die Festlegung auf 80 Prozent daher besonders geboten.

Besonders hervorzuheben ist, dass der Anteil der Nutzer, die eine ePA zukünftig nutzen möchten, mit zunehmendem Alter steigt. Wie Abbildung 4 verdeutlicht, liegt der Anteil der Über-65-Jährigen, die der ePA nicht widersprechen möchten, bei 80 Prozent (also genau auf dem Zielwert des BMG), während er bei den 18- bis 24-Jährigen nur bei 45 Prozent liegt. Dies lässt sich vermutlich durch das höhere Wertversprechen bei älteren und oftmals morbideren Menschen erklären. In Summe erscheint das angestrebte Nutzungsziel von 80 Prozent im Jahr 2025 zwar möglich – es bestehen jedoch signifikante Herausforderungen und Unsicherheiten, ob das Ziel erreicht werden kann.



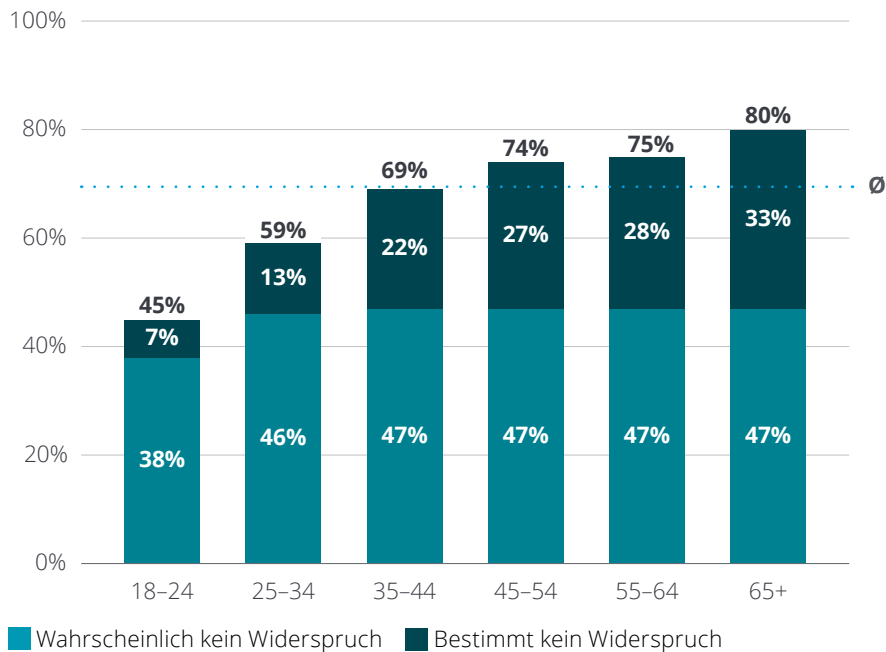
**Abb. 3 – Überzeugungsgrad „Opt-Out“-ePA-Nutzung\***



n=847; Frage: „Zukünftig sollen Sie automatisch eine elektronische Patientenakte (ePA) von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bekommen, die dann fortlaufend z.B. vom Arzt oder automatisch mit Ihren Gesundheitsdaten gefüllt wird. Planen Sie, dieser ePA aktiv zu widersprechen (Opt-Out)?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

**Abb. 4 – Überzeugungsgrad „Opt-Out“-ePA-Nutzung (nach Altersgruppen)\***



n=496; Anteil der Befragten, die die ePA nicht kennen; Frage: „Seit 2021 gibt es elektronische Patientenakten (auch ePA genannt), die medizinische Informationen, z.B. Arztbriefe, Röntgen-/MRT-Bilder enthalten. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung



**75%** derjenigen, die der neuen „Opt-Out“ ePA widersprechen möchten, begründen dies mit Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit. Auch Bedenken hinsichtlich des Zusatznutzens sind mit 50% weitverbreitet.

### Erkenntnis #3:

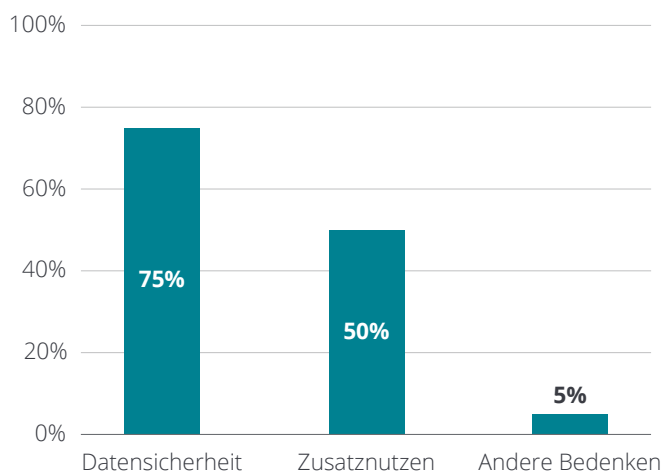
Ein Ansatzpunkt könnte eine bessere Aufklärung zu hohen Datensicherheitsstandards und des Zusatznutzens sein. Ein weiterer Ansatzpunkt besteht in der weiteren Verbesserung der Datensicherheit und des Zusatznutzens.

Die Gründe für Widersprüche zur ePA-Nutzung beziehen sich primär auf Bedenken hinsichtlich der mangelnden Datensicherheit. Wie Abbildung 5 zeigt, begründen drei Viertel der Befragten, die der „Opt-Out“-ePA widersprechen möchten, dass sie dies aufgrund des mangelnden Datenschutzes tun. Dies ist vermutlich in der Sensibilität von Gesundheitsdaten bei gleichzeitiger Zunahme an Cyberkriminalität bzw. Datenverlusten im Gesundheitswesen zu erklären.<sup>7</sup> Eine entsprechende Informationskampagne (siehe Erkenntnis #2), zur Sicherstellung der Datensicherheit könnte die Widerspruchsrate aller Voraussicht nach erheblich reduzieren. Für die Kommunikation/Vermittlung des Zusatznutzens der ePA wäre eine Kampagne mit konkreten Beispielen für Zusatznutzen (z.B. Vermeidung Medikationsfehler) sinnvoll.

Eine tiefere Analyse der Altersgruppen bestätigt zudem unsere Vermutung (siehe Erkenntnis #2), dass die Einschätzung des individuellen Zusatznutzens in der Gesundheitsversorgung stark vom Alter abhängig ist. So geben deutlich mehr jüngere Versicherte (insb. 25- bis 34-Jährige) Bedenken hinsichtlich des (mangelnden) Zusatznutzens an (mehr als 60 Prozent) als ältere Versicherte (unter 50 Prozent). Überdurchschnittlich alte Versicherte hingegen

sehen eher die fehlende Datensicherheit als Widerspruchsgrund an (mehr als 80 Prozent) als jüngere (50–70 Prozent, je nach Altersgruppe). Auch diese Ergebnisse liefern aus unserer Sicht wertvolle Erkenntnisse zur zielgruppengenaue Ausgestaltung einer möglichen Informations- und Überzeugungsarbeit zur neuen „Opt-Out“-ePA.

**Abb. 5 – Gründe für „Opt-Out“-ePA-Widerspruch\***



n=244; Anteil der Befragten, die der ePA widersprechen würden; Mehrfachnennung möglich; Frage: „Warum planen Sie, von Ihrem Widerspruchsrecht gegen die elektronische Patientenakte (ePA) (Opt-Out) gebrauch zu machen?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung



## Gesundheitsdatennutzung zu Forschungszwecken

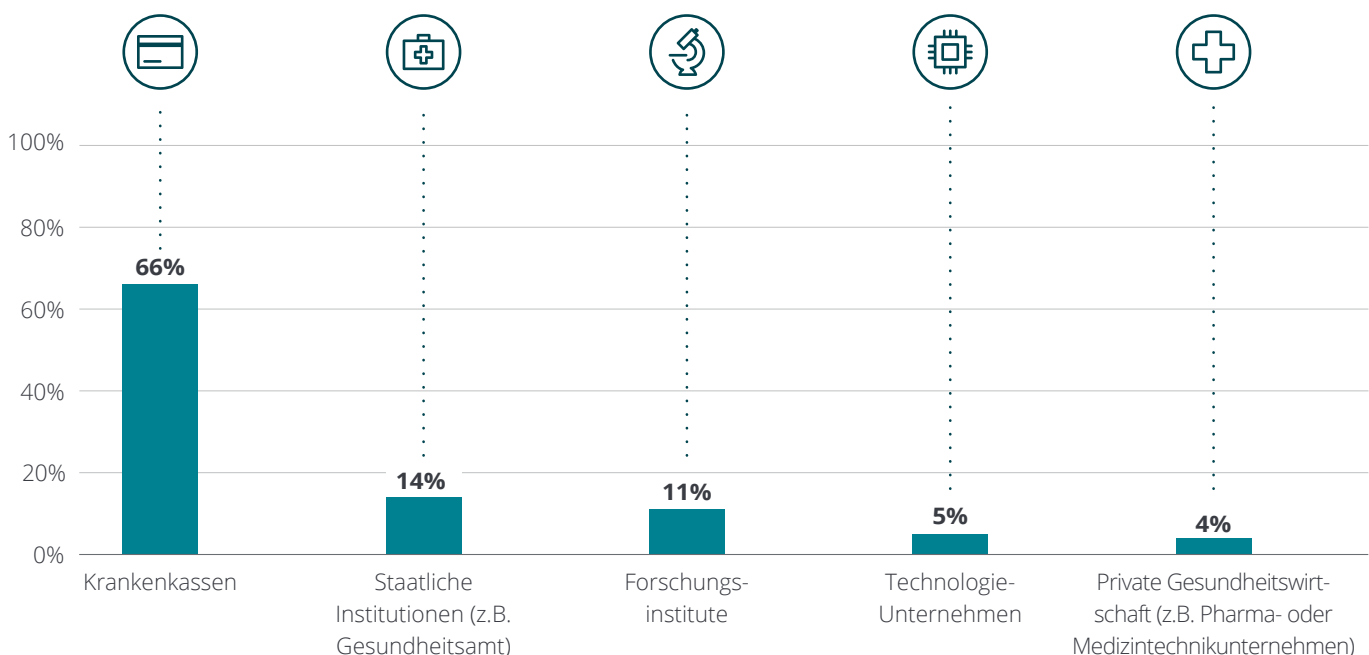
Der effektiven Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken wird eine tragende Rolle zur qualitativ hochwertigeren und kosteneffizienteren Versorgung der Zukunft beigemessen – beides grundlegende Ziele der Gesundheitspolitik. Sowohl durch erste Gesetzesinitiativen wie z.B. das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), aber auch weiterreichende Vorschläge des Sachverständigenrates Gesundheit im Gutachten 2021 „Digitalisierung für Gesundheit“<sup>88</sup> ist das Thema in den letzten Jahren verstärkt auf die politische Agenda genommen worden. Die Digitalstrategie des BMG hat das Thema als ein Fokusgebiet hervorgehoben

und mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) bereits eine erste Gesetzesinitiative auf den Weg gebracht. So sollen Gesundheitsdaten für Forschungszwecke beim Forschungsdatenzentrum leichter nutzbar und über Forschungsinstitute hinaus auch für andere Akteure des Gesundheitsmarktes zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund der hohen Relevanz von Gesundheitsdaten für die Gesundheitsversorgung der Zukunft und der derzeit diskutierten regulatorischen Veränderungen, wie z.B. der Erweiterung des Nutzerkreises auf die Privatwirtschaft und der aufgewerteten Rolle von Krankenkassen als Gesundheits-

lotse, stellen sich aus unserer Perspektive folgende Fragen:

- Wem vertrauen die Versicherten ihre Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken an? Wird die Ausweitung auf privatwirtschaftliche Unternehmen/Tech-Player (mit Profitinteressen) akzeptiert?
- Wie blicken die Versicherten auf die angedachte aufgewertete Rolle der Krankenkassen, in der Versorgung personalisierte Empfehlungen auszusprechen bzw. bei entsprechenden Signalen auch zu „warnen“?

**Abb. 6 – Vertrauen in Akteure im Gesundheitsmarkt (öffentlich, privat) zu Forschungszwecken\***



n=847; Frage: „Wem vertrauen Sie beim Umgang Ihrer Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken am meisten?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

# 66%

der Bevölkerung vertrauen Krankenkassen beim Umgang mit Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken am meisten

## Erkenntnis #4:

Krankenkassen sind in hervorragender Ausgangssituation zur stärkeren Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken und können sich im Gesundheitsökosystem entsprechend positionieren.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass sich diese Befragung auf die Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken bezieht, nicht auf das generelle Vertrauen in die Akteursgruppen für das Teilen von Gesundheitsdaten, z.B. für die Versorgung.

Unsere Befragung zeigt ein überraschend klares Bild: Aus Sicht der Versicherten sind Krankenkassen der mit weitem Abstand vertrauenswürdigste institutionelle Akteur (unter den bekannten Antragsberechtigten beim Forschungsdatenzentrum) im Umgang mit Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken. Wie Abbildung 6 zeigt, sind zwei Drittel davon überzeugt. Mit einem überraschend großen Abstand von mehr als 50 Prozentpunkten folgen dann staatliche Institutionen (z.B. Gesundheitsamt), Forschungsinstitute, Technologie-Unternehmen und die private Gesundheitswirtschaft (z.B. Pharma- oder Medizintechnikunternehmen). Eine mögliche Erklärung für das hohe Vertrauen der GKV-Versicherten in Krankenkassen liegt darin, dass Versicherte aufgrund der langen Historie des Bestehens und der halb-staatlichen Organisationsform (Körperschaft des öffentlichen Rechts) über die letzten Jahrzehnte ein großes Vertrauen gewonnen haben. Darüber hinaus sind sich Versicherte womöglich bewusst, dass Krankenkassen viele ihrer Gesundheitsdaten schon seit Jahrzehnten (vertrauenswürdig) behandelt haben. Insbesondere der Abstand zu Forschungsinstituten

überrascht doch sehr, da diese aufgrund ihres wissenschaftlichen Auftrags eigentlich die höchste Neutralität und Vertrauenswürdigkeit genießen sollten. Gründe für die Unsicherheit bzgl. Forschungsinstituten könnten z.B. in der höheren Distanz zum

Bürger liegen. Die durch das GDNG nun ermächtigten privatwirtschaftlichen Unternehmen genießen nicht den höchsten Vertrauensvorschuss unter Versicherten, was sich ggf. durch ihre Profitorientierung erklären lässt.



# 67%

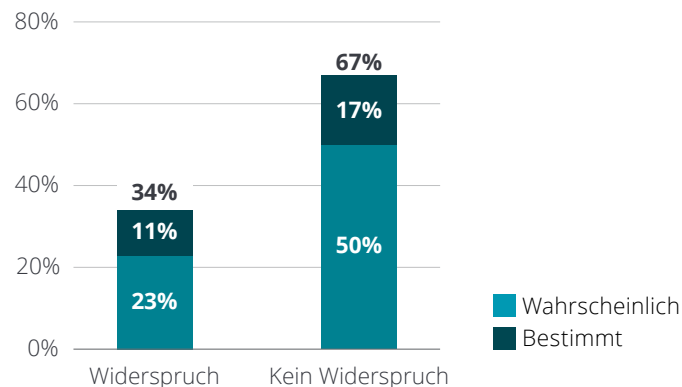
der Bevölkerung wollen von ihrem Widerspruchsrecht für datengestützte Auswertungen mit individuellen Warnhinweisen durch ihre Krankenkassen keinen Gebrauch machen.

## Erkenntnis #5:

Krankenkassen entstehen neue Möglichkeiten sich als aktiver Gesundheitslotse zu positionieren.

Durch das GDNG wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, ihre Versicherten automatisiert über mögliche Gesundheitsrisiken (z.B. ein erhöhtes Krebsrisiko) zu informieren. Dies bedeutet für viele Beobachter nicht weniger als einen „Paradigmenwechsel“ für Krankenkassen hin zu einem prädiktiven, individuellen „Gesundheitslotsen“. Während manche Leistungserbringer das Thema als einen Eingriff in die Beziehung zwischen Arzt und Patient sehen, zeigt Abbildung 7, dass knapp zwei Drittel der Befragten das Thema positiv einschätzen und „wahrscheinlich“ bzw. „bestimmt keinen Widerspruch“ einlegen möchten. Wichtig ist, dass auch hier (ähnlich wie bei der ePA) ein Großteil der Versicherten noch nicht vollends überzeugt ist. So geben insgesamt knapp drei Viertel an, dass sie „wahrscheinlich widersprechen“ oder „wahrscheinlich nicht widersprechen“ möchten. Dies bedeutet, dass erheblicher Informationsbedarf besteht und ggf. Überzeugungsarbeit zu leisten ist, um Versicherte nachhaltig zur Akzeptanz der Datennutzung durch Krankenkassen zu bewegen.

**Abb. 7 – Einschätzung zu neuer Möglichkeit der Krankenkassen um datengestützte Auswertungen mit individuellen Warnhinweisen durchzuführen\***

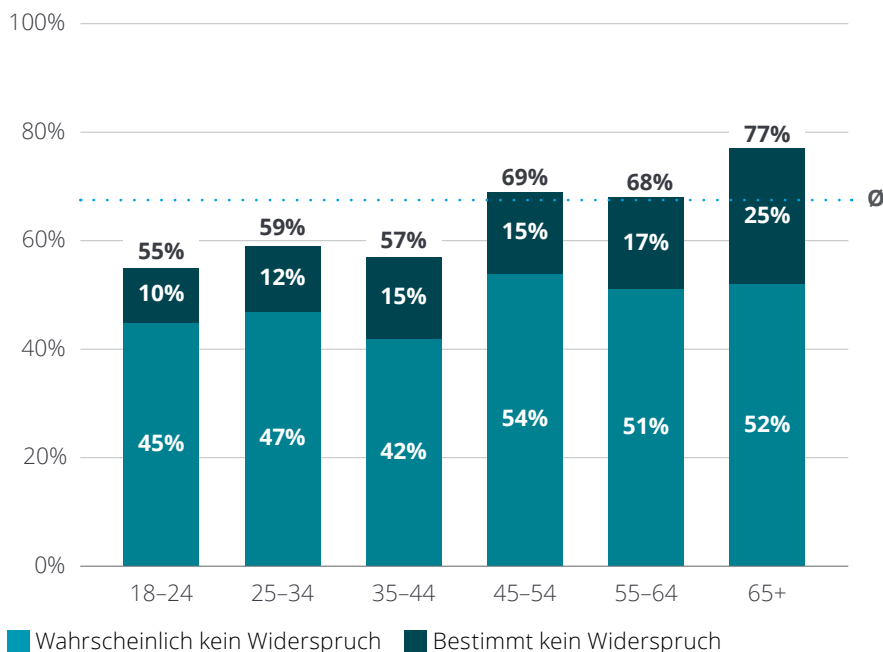


n=847; Frage: „Die gesetzlichen Krankenkassen sollen zukünftig das Recht bekommen, datengestützte Auswertungen ‚zum individuellen Gesundheitsschutz‘ vorzunehmen. Krankenkassen sind dann verpflichtet, ihre Versicherten über drohende Gesundheitsgefährdungen und Krankheitsrisiken zu informieren. Planen Sie, dieser Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten aktiv zu widersprechen (Opt-Out)?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

Interessant sind in dem Zusammenhang zudem die Verteilungen nach Altersgruppen. Ähnlich wie bei der ePA (s. Abb. 4) nimmt auch für die datengestützten Analysen der Krankenkassen der Überzeugungsgrad mit zunehmendem Alter zu. Aus unserer Perspektive ist dies mit dem zunehmenden Nutzen im steigenden Alter (bei höheren Risiken und Morbidität) zu erklären. Wie Abbildung 8 zeigt, würden knapp 55 Prozent der 18- bis 24-Jährigen der Nutzung nicht widersprechen, während der Anteil bei den Über-65-Jährigen bei knapp 80 Prozent liegt. Es wird deutlich, dass insbesondere Versicherte ab 45 Jahren den Nutzen dieser Analysen und entsprechender Hinweise erkennen und einer Nutzung nicht widersprechen würden.

**Abb. 8 – Überzeugungsgrad zu neuer Möglichkeit der Krankenkassen um datengestützte Auswertungen mit individuellen Warnhinweisen durchzuführen (nach Altersgruppen)\***



n=565; Anteil der Befragten, die datengestützten Analysen durch gesetzliche Krankenversicherungen nicht widersprechen würden; Frage: „Die gesetzlichen Krankenkassen sollen zukünftig das Recht bekommen datengestützte Auswertungen ‚zum individuellen Gesundheitsschutz‘ vorzunehmen. Krankenkassen sind dann verpflichtet, ihre Versicherten über drohende Gesundheitsgefährdungen und Krankheitsrisiken zu informieren. Planen Sie, dieser Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten aktiv zu widersprechen (Opt-Out)?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung





## Assistierte Telemedizin

Telemedizin in Form von Videosprechstunden hat durch die Corona-Pandemie einen großen Aufschwung in den Angeboten und Nutzungszahlen erfahren.<sup>9</sup> So wurden sie aufgrund der Kontaktbeschränkungen und der Befürchtungen vor Infektionen von vielen Ärzten erstmalig angeboten und von Versicherten auch angenommen. Wie offizielle Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigen, stieg die Anzahl der abgerechneten Videosprechstunden von wenigen tausend pro Quartal vor der Pandemie auf Höchstwerte von über 1,2 Millionen pro Quartal (1. Quartal 2021) an.<sup>10</sup> Obwohl positive Effekte auf die Versorgung registriert werden konnten, sind die Nutzungszahlen nach dem Ende der Kontaktbeschränkungen wieder rückläufig und erste private Anbieter für Videosprechstunden verlassen den deutschen Markt.<sup>11</sup>

Wichtige „Use Cases“ für Telemedizin sind die Adressierung von Unterversorgung in ländlichen Regionen und die stärkere Einbindung von „nicht-digitalaffinen“ Gruppen. So strebt das BMG im DigiG neben der Aufhebung der 30-Prozent-Limitierung für Videosprechstunden pro Quartal ein neues niedrighschwelliges Konzept zur Integration von Telemedizin in Apotheken an. Unter der Begleitung/Anleitung von Apothekern kann somit auch anderen Nutzergruppen der Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht werden, selbst wenn vor Ort kein entsprechender (Haus-)

Arzt angesiedelt ist. Ähnlich erfolgreiche Konzepte gibt es heutzutage bereits in Frankreich.<sup>12</sup> Voraussetzung hierfür ist natürlich eine Präsenz der Apotheken vor Ort auch in ländlichen Regionen. Studien zeigen, dass es in Regionen mit bekannter hausärztlicher Unterversorgung (z.B. in Mecklenburg-Vorpommern) auch einen Rückgang der Apothekendichte gibt.<sup>13</sup>

Aufgrund der aktuell rückläufigen Nutzungszahlen der Videosprechstunden und der geplanten Neuerungen wollen wir folgende Fragen beantworten:

- Wie groß ist die Bereitschaft der Versicherten in Deutschland, assistierte Telemedizin in Apotheken zu nutzen?
- Werden relevante Nutzergruppen davon angesprochen?



58%

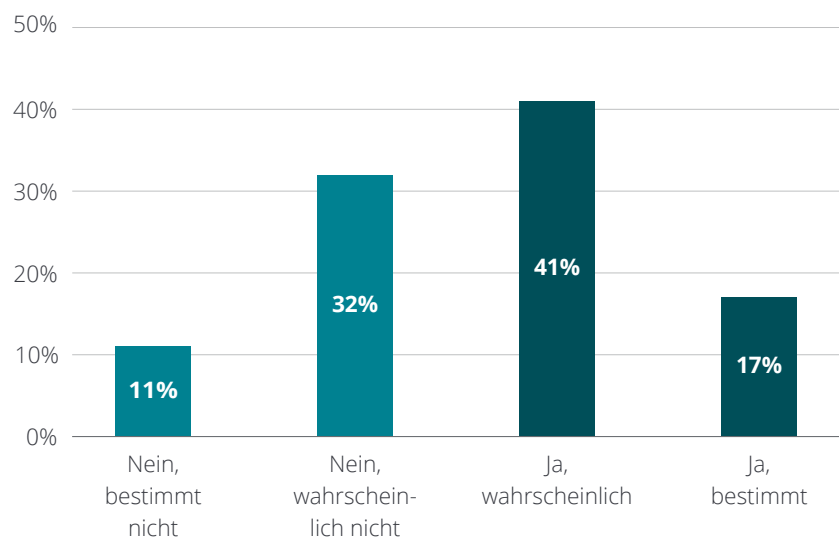
der Bevölkerung können sich grundsätzlich assistierte Telemedizin in Apotheken als Alternative zum Arztbesuch vorstellen.

### Erkenntnis #6:

Möglichkeit Potenziale zur Verbesserung der ambulanten Versorgung, z.B. in unterversorgten Regionen zu heben

Wie Abbildung 9 zeigt, sehen es knapp 60 Prozent der Befragten als „wahrscheinlich“ oder „sicher“ an, dass sie eine solche neue Versorgungsmöglichkeit in Form von assistierter Telemedizin als Alternative zu einem physischen Arztbesuch nutzen würden. Dabei ist sich sogar knapp jeder Fünfte Befragte sicher, ein solches Angebot in Zukunft zu nutzen. Selbst bei einer Diskontierung würde eine solche Nutzerzahl zu einer erheblichen Verschiebung der Versorgungsstrukturen führen und hat somit das Potenzial, der Telemedizin einen ordentlichen Schub zu geben. So könnte bei über 700 Millionen jährlichen ambulanten Behandlungsfällen insgesamt im deutschen Gesundheitswesen<sup>14</sup> eine signifikant höhere Zahl zukünftig telemedizinisch behandelt werden. Zum Vergleich: Aktuell werden knapp 0,4 bis 0,6 Millionen Fälle per Videosprechstunde behandelt<sup>15</sup>, was einer Quote von weniger als 1 Prozent aller Behandlungsfälle bedeutet. Zudem könnten durch eine stärkere Nutzung der Telemedizin Patienten in unterversorgten Regionen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung bekommen und zudem auch Ärzte im Zusammenhang mit dem vorherrschenden Fachkräftemangel entlastet werden.

**Abb. 9 – Nutzungsbereitschaft für assistierte Telemedizin\***



n=847; Frage: „Zukünftig sollen in Apotheken Angebote entstehen, wo Sie durch einen Apotheker Unterstützung bei Videosprechstunden/Telemedizin bekommen. Würden Sie in Zukunft assistierte Telemedizin als Alternative zu einem Arztbesuch nutzen?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

**44%** der Befragten über 55 Jahre möchten assistierte Telemedizin in Anspruch nehmen. Im Vergleich dazu wollen 67% der Bürger zwischen 18 und 44 Jahren assistierte Telemedizin in Anspruch nehmen.

### **Erkenntnis #7:**

Da ältere Bürger überdurchschnittlich profitieren würden (geringere Mobilität, häufigere Routineuntersuchungen), sind spezielle Maßnahmen geboten um dieses Potential möglichst gut auszuschöpfen

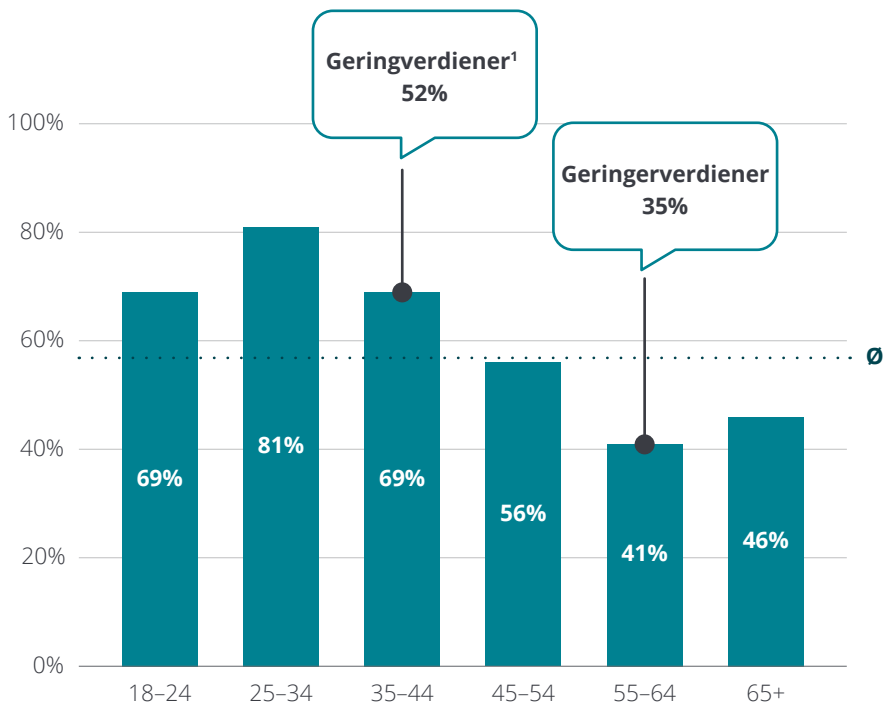
Einige interessante Unterschiede lassen sich in Bezug auf die soziodemografischen Faktoren feststellen. So sind entgegen der ursprünglichen Vermutung insbesondere jüngere Versicherte (v.a. zwischen 25 und 34 Jahren) mit >80 Prozent offen für eine Nutzung. Ältere Versicherte (über 65 Jahre) sind mit 46 Prozent deutlich weniger offen für die Nutzung, wie Abbildung 10 zeigt. Während die positiven Zahlen bei jüngeren und mittelalten Versicherten positiv zu interpretieren sind und einen konkreten Bedarf aufzeigen, entsteht aus unserer Perspektive Aufklärungs- und Überzeugungsbedarf, um die Nutzerzahlen bei älteren Versicherten zu erhöhen. Diese haben oftmals über viele Jahre ein Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt aufgebaut.

Besonders kritisch bewerten wir die Unterschiede zwischen Gering- und Gutverdienern. So zeigen die Ergebnisse, dass sich die Nutzungsbereitschaft mit steigendem Einkommen entwickelt. Während nur knapp die Hälfte (51%) der Befragten mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 28.000€ assistierte Telemedizin wahrscheinlich oder bestimmt nutzen

würden, so liegt der Anteil derjenigen mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 54.000€ bei 66%. Auch zeigen die Ergebnisse (siehe Abbildung 10), dass ein niedriges Einkommen innerhalb der Altersgruppen für eine niedrigere Nutzungsbereitschaft sorgt. Insbesondere bei 35–44-jährigen (52% Nutzungsbereitschaft bei Haushaltseinkommen von weniger als 28.000€, also minus 17 Prozentpunkte zum Durchschnitt der Altersgruppe) und bei 55–64-jährigen (35% Nutzungsbereitschaft, also minus 6 Prozentpunkte zum Durchschnitt der Altersgruppe) sind auffällige Abweichungen erkennbar.

Insbesondere vor dem Hintergrund des bereits bekannten Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheitsstatus<sup>16</sup> (z.B. in Form von Lebenserwartung) ist dies keine gute Entwicklung. So birgt dies die Gefahr, dass sich sozialer Status als Determinante des Gesundheitsstatus verfestigt. Dies könnte den Zielen/anderen Gesetzesinitiativen der Bundesregierung wie z.B. dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG)<sup>17</sup> zuwiderlaufen.

**Abb. 10 – Nutzungsbereitschaft für assistierte Telemedizin (nach Altersgruppen)\***



n=847 ; Anteil der Befragten, die „bestimmt“ oder „wahrscheinlich“ assistierte Telemedizin in Anspruch nehmen würden; Frage: „Zukünftig sollen in Apotheken Angebote entstehen, wo Sie durch einen Apotheker Unterstützung bei Videosprechstunden/Telemedizin bekommen. Würden Sie in Zukunft assistierte Telemedizin als Alternative zu einem Arztbesuch nutzen?“

¹ <28 Tsd. Euro Haushaltseinkommen

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung





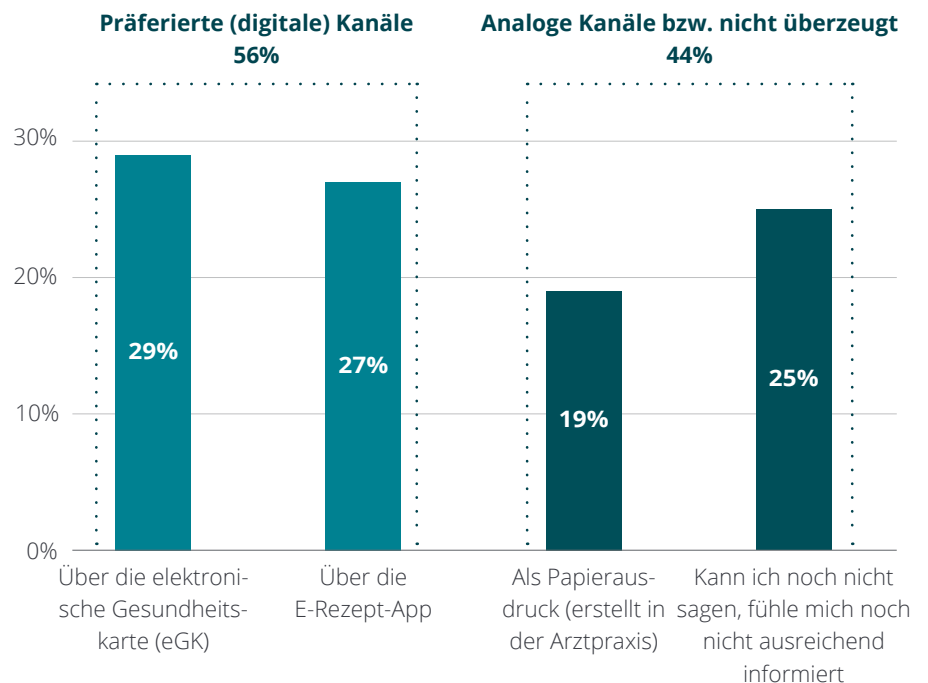
## E-Rezept

Das E-Rezept ist nach langjährigen Vorbereitungen mit regionalen Piloten im Jahr 2022 gestartet. Das Nutzenversprechen ist hoch: So können durch die Digitalisierung des bekannten rosafarbenen Papierrezepts Abläufe bei Apotheken und Ärzten vereinfacht, Papieraufwände reduziert und entsprechend mehr Zeit und Komfort für Versicherte geschaffen werden. Die Umsetzung des Vorhabens, das in einigen (europäischen) Ländern (z.B. Finnland oder Estland) bereits seit einigen Jahrzehnten in der Versorgung etabliert ist, hatte sich allerdings als besonders aufwendig herausgestellt. So sind die Nutzungszahlen weiterhin gering.

Mit der Digitalstrategie und dem im Kabinett befindlichen DigiG wurden bei der Einführung jedoch klare Vorgaben zu Terminen (verbindliche Einführung bis 1.1.2024) und konkreten Umsetzungsmöglichkeiten geschaffen. So bestehen für das E-Rezept grundsätzlich drei Einlöse-Varianten: 1. über die elektronische Gesundheitskarte (eGK), 2. über die E-Rezept-App (auch indirekt über die ePA-Apps) oder 3. als in der Arztpraxis erstellter Papierausdruck. Insbesondere Letzteres ist nur als eine Übergangsvariante gedacht. Darüber hinaus sollen die Bürger von den Krankenkassen in Form von Informationskampagnen zum E-Rezept aufgeklärt werden. Wir wollen folgende Fragen beantworten:

- Welche Kanäle präferieren Versicherte in Deutschland zur Nutzung des E-Rezepts?
- Wie aufgeklärt sind sie über die neuen digitalen Kanäle?

**Abb. 11 – Präferierte Kanäle zur Nutzung des E-Rezepts\***



n=847; Frage: „Demnächst werden Rezepte elektronisch ausgestellt (E-Rezept). Wie planen Sie die Nutzung des E-Rezepts?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

**44%** der Bevölkerung bevorzugen weiterhin analoge Kanäle zur Einlösung der Rezepte bzw. sind sich unsicher – dies betrifft insbesondere ältere und sozial schwächere Bürger.

### Erkenntnis #8:

Um die von der Gematik und Politik erhofften Vorteile des E-Rezepts<sup>18</sup> vollständig erreichen zu können, besteht erheblicher Informations- und Überzeugungsbedarf.

Wie Abbildung 11 verdeutlicht, gibt es keine klar präferierte Variante zur Einlösung des E-Rezepts. So haben knapp über die Hälfte der Befragten bereits die Präferenz, das E-Rezept auch über die ursprünglich angedachten digitalen Kanäle (eGK oder E-Rezept-App) zu nutzen. Jedoch gibt es hier ebenfalls weiterhin erheblichen Informations- und Überzeugungsbedarf. So weiß kurz vor der verbindlichen Einführung des E-Rezepts Anfang des kommenden Jahres weiterhin ein Viertel der Befragten nicht, welche Variante sie nutzen möchten. Jeder Fünfte möchte derweil keine der digitalen Varianten nutzen und am liebsten den Papierausdruck des E-Rezepts verwenden. Knapp die Hälfte (ca. 44 Prozent) der Umfrageteilnehmer gilt es also noch zu überzeugen, die ursprünglich angedachten und präferierten digitalen Einlösemöglichkeiten zu verwenden. Dies gilt insbesondere für ältere Versicherte (ab 55 Jahren), die noch überdurchschnittlich unsicher bzgl. der präferierten Einlösevariante sind oder den Papierausdruck verwenden wollen (rund 60 Prozent). Versicherte zwischen 18 und 44 Jahren sind generell schon entschiedener bzgl. der präferierten Einlösevariante und wählen eher die E-Rezept-App (rund 35–50 Prozent je nach Altersgruppe) als die eGK-Variante. Es ist davon auszugehen, dass die derzeit noch unentschlossenen, ten-

denziell eher älteren Versicherten entweder über ePA-App (siehe oben, höhere Offenheit für ePA erwartet) oder über die eGK zugreifen möchten.

Ähnlich wie bei der assistierten Telemedizin sehen wir auch beim E-Rezept entscheidende Unterschiede aufgrund von diversen Haushaltseinkommen. So fühlen sich 30 Prozent derjenigen, die ein Haushaltseinkommen von weniger als 28.000 Euro haben, nicht ausreichend über das E-Rezept informiert. Der Anteil der Gutverdiener (mehr als 54.000 Euro) liegt dahingehend bei nur 15 Prozent.

Eine erhöhte Informations- und Überzeugungsarbeit erscheint auch beim E-Rezept weiterhin dringend notwendig zu sein, da ansonsten die Akzeptanz dieses verheißungsvollen digitalen Tools im Gesundheitswesen ebenfalls nicht die gewünschte Reichweite erreichen könnte. Die mit dem Digital-Gesetz (DigiG) angedachte verpflichtende Informationskampagne der Krankenkassen sollte daran ansetzen und die von uns identifizierten Bedarfe insbesondere bei älteren und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen adressieren.



## Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) bereits seit knapp drei Jahren für Versicherte in der GKV-Regelversorgung verfügbar. Zwar wachsen die Nutzerzahlen, jedoch weiterhin auf niedrigem Niveau, sodass von einer signifikanten Integration in die Versorgung weiterhin nicht die Rede sein kann.<sup>19</sup> Zahlreiche Optimierungsvorschläge sind seit der Einführung diskutiert worden von der Ausweitung möglicher Produkte über die Preisgestaltung bis hin zu optimierten Verordnungswegen. Einige davon werden nun durch das DigiG adressiert. Insbesondere die Ausweitung auf höhere Risikoklassen soll neue Use Cases entstehen lassen, um beispielsweise telemedizinisches Monitoring zu ermöglichen. Auch soll u.a. durch neue erfolgsbasierte Vergütungsmöglichkeiten in Kombination mit einer mehrtägigen Testphase die Preisgestaltung überarbeitet werden. Wir wollen in dem Zusammenhang folgende Fragen beantworten:

- Warum ist der Nutzungsgrad der DiGA aktuell so niedrig? Lässt sich daraus rück-schließen, ob die Ausweitung auf Klasse IIb erfolgsversprechend ist?
- Werden DiGA bis zum Ende der Ver-schreibung genutzt oder wird die Nut-zung früher abgebrochen?

57%

der Bevölkerung kennen Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auch drei Jahre nach ihrer Einführung nicht.

### Erkenntnis #9:

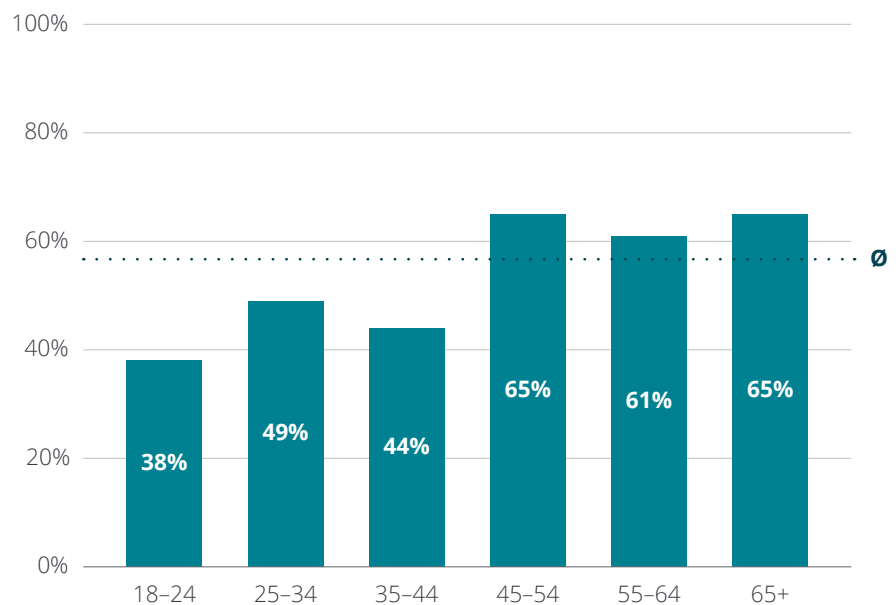
Um jeden Bürger, der potenziell von DiGA profitieren kann, zu erreichen, besteht die Notwendigkeit einer verstärkten Informations- und Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung.

Unsere Ergebnisse zeigen ein klares Bild: DiGA sind weiterhin noch nicht in der Versorgung angekommen. So wissen selbst drei Jahre nach ihrer Einführung weiterhin fast 60 Prozent der Versicherten nicht, was eine DiGA überhaupt ist. Dies deutet auf einen weiterhin erheblichen Informationsbedarf in der Bevölkerung hin. Zudem zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die von DiGA noch nicht gehört haben, mit dem Alter deutlich steigt (s. Abb. 12). Die Kenntnisse der Befragten zu DiGA unterscheiden sich zudem je nach Einkommen. So kennen knapp zwei Drittel der Befragten mit einem jährlichen Haushaltseinkommen von weniger als 28.000 Euro DiGA nicht, während der Anteil bei Befragten mit einem jährlichen Haushaltseinkommen von mehr als 54.000 Euro bei weniger als der Hälfte liegt. Auch dies zeigt erheblichen Nachholbedarf bei sozial benachteiligten Bereichen der Bevölkerung auf.

Die fehlenden Kenntnisse von DiGA aufseiten der Versicherten sind insofern besonders relevant, da Erkenntnisse z.B. aus unseren Projekten und Studien<sup>20</sup> darauf hindeuten, dass die Initiative für eine DiGA-Verschreibung häufig vom Versicherten selbst ausgeht und er den Arzt bzw. die Krankenkasse proaktiv darauf ansprechen muss. Insofern ist die Sicherstellung des

Informationsbedarfs für Versicherte essenziell, nur so können auch die Mehrwerte der neu entstehenden Use Cases durch die Ausweitung auf Risikoklasse IIb generiert werden.

**Abb. 12 – Informationsbedarf zu DiGA (Anteil "kenne ich nicht" nach Altersgruppen)\***



n=847; Anteil der Befragten „kenne ich nicht“; Frage: „Wissen Sie, was eine digitale Gesundheitsanwendung (auch ‚DiGA‘ oder ‚App auf Rezept‘) ist?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung

# 58%

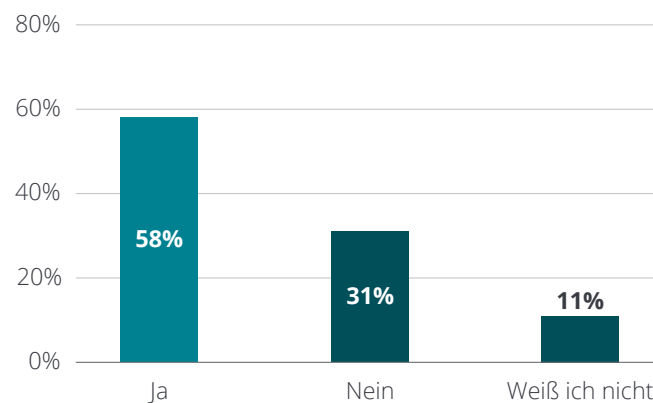
der Befragten, die angegeben haben eine DiGA schon einmal genutzt zu haben, haben diese auch bis zum Ende der Verschreibung aktiv genutzt.

### Erkenntnis #10:

Um die angestrebten Versorgungseffekte von DiGA zu realisieren, besteht Optimierungspotenzial in der Sicherstellung der kontinuierlichen Nutzung, z.B. Compliance-Management durch Leistungserbringer/Kostenträger.

Ein häufig angebrachter Kritikpunkt für DiGA ist die geringe Kontinuität in deren Nutzung aufgrund einer hohen Abbruchquote während der Verschreibungsperiode (pro Quartal). Dies ist einer der Ansatzpunkte für eine erfolgsbasierte Preisgestaltung der DiGA und der entsprechenden geplanten Einführung der Erfolgsmessung. Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass das Nutzungsverhalten Optimierungspotenzial hat, obwohl schon knapp 60 Prozent derjenigen, die eine DiGA bereits genutzt haben, diese auch bis zum Ende der Befragung genutzt haben (s. Abb. 13). Ein erfolgsbasierter Vergütungsmechanismus für DiGA kann daher ein durchaus interessanter Ansatz (von vielen) sein, um von Versicherten regelmäßig genutzte von den kaum genutzten DiGA zu unterscheiden.

**Abb. 13 – Nutzungsquote bis Verordnungsablauf von DiGA\***



N=72; Frage: „Sie haben angegeben, bereits eine digitale Gesundheitsanwendung (auch ‚DiGA‘ oder ‚App auf Rezept‘) genutzt zu haben. Haben Sie die DiGA bis zum Ende der Verschreibung aktiv genutzt?“

\*Differenz zu 100% aufgrund von Rundung





# Fazit

Die Ergebnisse unserer Befragung zeigen, dass die Ziele der Digitalstrategie und der entsprechenden Gesetzesvorhaben ambitioniert wirken – es werden umfassende sektor- und stakeholderübergreifende Kraftanstrengungen in Form von Informations- und Überzeugungsarbeit benötigt.

Die Befragung hat einige interessante Erkenntnisse zur Sichtweise von Bürgern auf die konkreten Maßnahmen der Digitalstrategie und aktueller Gesetzesvorhaben im deutschen Gesundheitswesen geliefert. Positiv einzuschätzen ist der grundsätzlich hohe Grad der Offenheit/Bereitschaft zur Nutzung neuer digitaler Anwendungen (wie z.B. der assistierten Telemedizin) oder auch zur Datennutzung durch gesetzliche Krankenversicherungen im Rahmen der neu entstehenden rechtlichen Möglichkeiten zu personalisierten/individualisierten Angeboten. Insbesondere Gesundheitsdaten werden große Mehrwerte zur Versorgungsverbesserung zugeschrieben, stoßen jedoch nicht selten auf große Bedenken der Bevölkerung. Insofern sind die Ergebnisse erfreulich und auch als großer Vertrauensbeweis insbesondere für die Krankenkassen zu sehen.

Nachholbedarf zeigen die Ergebnisse insbesondere bei der elektronischen Patientenakte, DiGA und dem E-Rezept auf. Vor allem bei ePA und DiGA sind auch mehrere Jahre nach Einführung weiterhin sehr niedrige Bekanntheitsgrade erkennbar. So wirkt insbesondere der Zielwert von 80 Prozent Nutzungsquote der ePA trotz „Opt-Out“-Lösung (und entsprechendem Startpunkt von 100 Prozent) aktuell ambitioniert und erfordert umfassende Informations- und Überzeugungsarbeit bei Versicherten. Positiv ist in diesem Zusammenhang jedoch vor allem, dass ältere Versicherte, die tendenziell eher zurückhaltend bei digitalen Technologien sind, jedoch am ehesten von einer

ePA profitieren würden, bereits eine hohe Offenheit zeigen. Bei DiGA besteht insbesondere bei dieser und bei sozial benachteiligten Nutzungsgruppen ebenfalls entsprechender Bedarf für Informationen und Überzeugungsarbeit. Große Unsicherheit besteht zudem noch bei der Akzeptanz des E-Rezepts über die präferierten digitalen Kanäle. Auch wenn der Gesetzgeber im Vergleich zu den o.g. anderen Anwendungen noch den größten Durchgriff hat, besteht aus unserer Perspektive auch hier für eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung entsprechender Nachholbedarf.

Die bisher mangelnde Durchschlagskraft von Digitalisierungsinitiativen im Gesundheitswesen und die Ergebnisse dieser Befragung mit Blick auf anstehende Initiativen machen deutlich: Die Kraftanstrengung in Form von Informations- und Überzeugungsarbeit muss von allen betroffenen Stakeholdern geleistet werden, denn die Effekte einer mangelnden Digitalisierung im Gesundheitswesen treffen alle Beteiligten. Aufgrund der aktuell angespannten finanziellen Situation im GKV-System haben sowohl staatliche Institutionen als auch gesetzliche Krankenversicherungen starke Anreize Effizienzpotenziale zu heben. So kann z.B. die ePA Potenziale bei der Vermeidung von Doppeluntersuchungen generieren. Darüber hinaus sind in Zeiten des weiter fortschreitenden Ärztemangels auch weiter steigende Versorgungsdefizite möglich, die durch digitale Anwendungen wie z.B. DiGA und Telemedizin behoben

werden können. Auch die Industrie wie z.B. Pharma- oder Medizintechnikunternehmen hat erhebliches Interesse, die digitale Gesundheitsversorgung voranzubringen. Insbesondere der für die Industrie im GDNG erstmals ermöglichte Zugang zu den Daten des Forschungsdatenzentrums ist nur dann nutzenbringend, wenn genug Daten aus den elektronischen Patientenakten eingespielt werden können. So muss aus unserer Perspektive neben den staatlichen Institutionen und Einrichtungen der Selbstverwaltung auch die Industrie mit ins Boot geholt werden, um die nötige Informations- und Überzeugungsarbeit zu leisten. Wichtig wird aus unserer Perspektive in diesem Zusammenhang die Koordination der Aufgaben sein, um konkrete Ergebnisse erreichen zu können. Dies könnte z.B. eine (neue) Herausforderung der digitalen Gesundheitsagentur „gematik“ werden, deren Aufgaben in einem aktuell erwarteten Gesetz neu definiert werden.

## Methodik

Die in dieser Unterlage dargestellten Daten für den deutschen Markt basieren auf einer landesweit repräsentativen Online-Befragung mit einer Stichprobe von 1.000 Verbrauchern ab 18 Jahren, die nach demografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Haushaltseinkommen gewichtet wurden. Die Erhebung fand Ende August 2023 statt.

# Quellen

- <sup>1</sup> Deloitte (2020): Digital Transformation: Shaping the future of European Healthcare URL: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-shaping-the-future-of-european-healthcare.pdf>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>2</sup> Bertelsmann Stiftung (2018): Smart Health Systems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>3</sup> Heute im Bundestag (2023): Niedrige Nutzungszahlen der elektronischen Patientenakte, URL: <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-959634>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>4</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2023): Gemeinsam Digital – Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie.html>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>5</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2023): Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG), URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/digig.html>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>6</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2023): Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesundheitsdatennutzungsgesetz.html>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>7</sup> Ärzteblatt (2023): Cyberangriff auf Bitmarck hat weiterhin Folgen für Kassen und Versicherte, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143042/Cyberangriff-auf-Bitmarck-hat-weiterhin-Folgen-fuer-Kassen-und-Versicherte>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>8</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): Digitalisierung für Gesundheit Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2021/SVR\\_Gutachten\\_2021.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf), abgerufen am 10.10.2023
- <sup>9</sup> Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit health innovation hub (2020): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020: Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der Covid-19-Pandemie, URL: <https://www.stiftung-gesundheit.de/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit-2020-videosprechstunden/>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>10</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Leistungsstark und patientennah: Ambulante Versorgung in der Corona Pandemie – die wichtigsten Kennzahlen, URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Factsheet\\_Ambulante\\_Versorgung\\_Corona\\_Pandemie.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Factsheet_Ambulante_Versorgung_Corona_Pandemie.pdf), abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>11</sup> Handelsblatt (2022): Schwedisches Start-up Kry stellt Dienste in Deutschland ein, URL: [https://www.handelsblatt.com/inside/digital\\_health/telemedizin-schwedisches-start-up-kry-stellt-dienste-in-deutschland-ein/28786102.html](https://www.handelsblatt.com/inside/digital_health/telemedizin-schwedisches-start-up-kry-stellt-dienste-in-deutschland-ein/28786102.html), abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>12</sup> Deutsche Apotheker Zeitung (2023): Telemedizin-Kabinen bald auch in deutschen Apotheken?, URL: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/07/05/telemedizin-kabinen-bald-auch-in-deutschen-apotheken>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>13</sup> Deutsche Apotheker Zeitung (2023): Zu wenige und zu viele Apotheken? Apothekendichte in Deutschland – eine geodatenbasierte Analyse, URL: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/08/29/apothekendichte-in-deutschland-eine-geodatenbasierte-analyse-nbsp>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>14</sup> Barmer (2023): Arztreport 2023, URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1156100/e5c8425259ad58e177b7d5bbf6c8eef8/barmer-arztreport-2023-data.pdf>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>15</sup> Hinweis: Basierend auf Q2-2022-Zahlen, siehe BIFG (2023): Gesundheitswesen aktuell 2023, URL: [https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2023/gwa-2023\\_mangiapane.pdf](https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2023/gwa-2023_mangiapane.pdf), abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>16</sup> Bundeszentrale für politische Bildung (2021), Datenreport 2021, URL: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/gesundheitswesen/330120/einkommen-und-gesundheit/>, abgerufen am 24.10.2023
- <sup>17</sup> Tagesspiegel (2023): Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG): Gesundheitskioske und -regionen sollen kommen, URL: <https://background.tagesspiegel.de/gesundheitswesen/gesundheitskioske-und-regionen-sollen-kommen>, abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>18</sup> <https://www.das-e-rezept-fuer-deutschland.de/vorteile>
- <sup>19</sup> GKV-Spitzenverband (2023): Fokus: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/fokus/fokus\\_diga.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/fokus/fokus_diga.jsp), abgerufen am 10.10.2023.
- <sup>20</sup> Deloitte (2021): Ein Jahr DiGA: Chancen für gesetzliche Krankenkassen, URL: <https://www2.deloitte.com/de/de/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/digitale-gesundheitsanwendungen-diga-studie.html>, abgerufen am 10.10.2023.

# Ihre Ansprechpartner



**Michael Dohrmann**

Partner  
Industry Lead Life Sciences & Health Care  
Tel: +49 89 29036 7638  
mdohrmann@deloitte.de



**Ibo Teuber**

Partner  
Sector Lead Health Care  
Tel: +49 89 29036 7839  
iteuber@deloitte.de



**Dr. Gregor-Konstantin Elbel**

Partner  
Lead Health Care Payer &  
Head Deloitte Neuroscience Institute  
Tel: +49 211 29036 3104  
gelbel@deloitte.de



**Dr. Tobias Langenberg**

Manager  
Life Sciences & Health Care  
Tel: +49 211 8772 4614  
tlangenberg@deloitte.de



**Dr. Frank Bressau**

Senior Manager Industry Insights  
Life Sciences & Health Care  
Tel: +49 211 29036 8398  
fbressau@deloitte.de



**November 2023**  
**Deloitte Center for Health Solutions**



# Deloitte.

Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen und ihre verbundenen Unternehmen (zusammen die „Deloitte-Organisation“). DTTL (auch „Deloitte Global“ genannt) und jedes ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen, die sich gegenüber Dritten nicht gegenseitig verpflichten oder binden können. DTTL, jedes DTTL-Mitgliedsunternehmen und verbundene Unternehmen haften nur für ihre eigenen Handlungen und Unterlassungen und nicht für die der anderen. DTTL erbringt selbst keine Leistungen gegenüber Kunden. Weitere Informationen finden Sie unter [www.deloitte.com/de/UeberUns](http://www.deloitte.com/de/UeberUns).

Deloitte bietet branchenführende Leistungen in den Bereichen Audit und Assurance, Steuerberatung, Consulting, Financial Advisory und Risk Advisory für nahezu 90% der Fortune Global 500®-Unternehmen und Tausende von privaten Unternehmen an. Rechtsberatung wird in Deutschland von Deloitte Legal erbracht. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liefern messbare und langfristig wirkende Ergebnisse, die dazu beitragen, das öffentliche Vertrauen in die Kapitalmärkte zu stärken, die unsere Kunden bei Wandel und Wachstum unterstützen und den Weg zu einer stärkeren Wirtschaft, einer gerechteren Gesellschaft und einer nachhaltigen Welt weisen. Deloitte baut auf eine über 175-jährige Geschichte auf und ist in mehr als 150 Ländern tätig. Erfahren Sie mehr darüber, wie die rund 415.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Deloitte das Leitbild „making an impact that matters“ täglich leben: [www.deloitte.com/de](http://www.deloitte.com/de).

Diese Veröffentlichung enthält ausschließlich allgemeine Informationen und weder die Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft noch Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen noch deren verbundene Unternehmen (zusammen die „Deloitte Organisation“) erbringen mit dieser Veröffentlichung eine professionelle Dienstleistung. Diese Veröffentlichung ist nicht geeignet, um geschäftliche oder finanzielle Entscheidungen zu treffen oder Handlungen vorzunehmen. Hierzu sollten Sie sich von einem qualifizierten Berater in Bezug auf den Einzelfall beraten lassen.

Es werden keine (ausdrücklichen oder stillschweigenden) Aussagen, Garantien oder Zusicherungen hinsichtlich der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Informationen in dieser Veröffentlichung gemacht, und weder DTTL noch ihre Mitgliedsunternehmen, verbundene Unternehmen, Mitarbeiter oder Bevollmächtigten haften oder sind verantwortlich für Verluste oder Schäden jeglicher Art, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Personen entstehen, die sich auf diese Veröffentlichung verlassen. DTTL und jede ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen.