www.pwc.de

Privatsache ePA?

Was die elektronische Patientenakte für die Digitalstrategie und Wettbewerbsfähigkeit privater Krankenversicherungen bedeutet.

pwc

Vorwort

Liebe Leser:innen,

die Diskussion über eine zukunftsweisende digitale Gesundheitsinfrastruktur reicht in Deutschland über 20 Jahre zurück. Bereits seit 2005 ist die Telematikinfrastruktur (TI) im Aufbau. Auch die elektronische Patientenakte (ePA) ist nicht erst seit Kurzem im Gespräch. Der Gesetzgeber hat immer wieder Initiativen auf den Weg gebracht und verschiedene Bundesgesundheitsminister haben unterschiedliche Akzente gesetzt. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens soll das gesamte System nicht nur schneller und effizienter machen. Sie soll auch Daten für die medizinische Forschung bereitstellen, mit denen ganz neue Therapien entwickelt und Abläufe im Gesundheitssystem verbessert werden können.

In dieser Zeit haben Krankenversicherungen massiv in die dazugehörigen Entwicklungen investiert. Jetzt sind die Infrastruktur im operativen Betrieb und die ePA einsatzbereit. Aufgrund der langen Vorlaufzeit herrscht bei vielen Beteiligten jedoch noch eine gewisse Skepsis, ob die mit der Einführung erwarteten Effekte realisiert werden können. Dadurch entsteht aktuell ein Henne-Ei-Problem: Für einen hohen Adoptionsgrad der Versicherten sind überzeugende digitale Angebote die Voraussetzung. Ohne einen hohen Adoptionsgrad mangelt es jedoch bei vielen Krankenversicherungen an Investitionsbereitschaft. Die Frage ist: Wer im gesamten Gesundheitssystem macht wann welchen Schritt?

Dabei sind die Voraussetzungen ausgesprochen gut. Der Gesetzgeber hat zum einen über die patient:innenzentrierte Regulierung einen ganzheitlichen Rahmen für alle Beteiligten geschaffen. Zum anderen etabliert er über die Pflicht zur Einführung der ePA bei den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) einen Marktstandard, dem sich die privaten Krankenversicherungen (PKVen) aufgrund seiner Durchdringung und der Wettbewerbssituation nur schwerlich entziehen können. Durch die Einführungsverpflichtung werden die GKVen einen zumindest temporären Wettbewerbsvorsprung vor den PKVen haben.

Ein ähnliches Henne-Ei-Problem wie bei der ePA-Einführung liegt auch im Bereich der Elektromobilität vor. Eine flächendeckende Ladeinfrastruktur entsteht nicht von einem Tag auf den anderen. Es gibt eine Übergangsphase mit Kompromissen, Lücken und auch der einen oder anderen Zumutung. Nichtsdestotrotz ist das gemeinsame Zielbild klar: Der Umstieg auf die Elektromobilität ist alternativlos – ebenso wie die Nutzung der ePA. Genau aus diesem Grund haben wir in der vorliegenden Studie die aktuellen Herausforderungen der ePA-Einführung und ihre strategische Bedeutung für die PKV untersucht. Wir sehen einen Wendepunkt erreicht, der mittelfristig zu bedeutenden Umwälzungen im Gesundheitswesen führt. Unsere Studie hat den Anspruch, die Entwicklung gesamtheitlich zu betrachten und Entwicklungsszenarien für die kommenden Jahre aufzuzeigen.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre!

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 5

A Einleitung 6

B Allgemeine Rahmenbedingungen 8
1 Der „Amazon-Standard“ hält Einzug in die PKV 9
2 Patient:innenzentrierte Regulierung forciert kompromisslose Sicherheit 11
3 Digitale Gesundheitsangebote auf dem Vormarsch 13
4 Digitale Identitäten werden die Grundlage aller Health Services 16
5 Akzeptanzkriterien für die ePA 17

C Die Telematikinfrastruktur als Pulsgeber des digitalisierten Gesundheitssystems 20
1 Entwicklung, Status und Ausbau der TI 21
2 Hürden, Herausforderungen und Chancen der Weiterentwicklung 23

D Strategische Umsetzungsszenarien 25

E Nutzung und Umsetzung der TI in der PKV 30
1 Ausgangslage für die Nutzung der ePA 31
2 Use Cases für die Nutzung der ePA 32
3 Von der Versicherung zum Gesundheitsdienstleister? 33
4 Erfolgsfaktoren für die Umsetzung 36

F Fazit 38

Ihre Ansprechpersonen 40

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Smartphone-Nutzung in Deutschland nach Altersstruktur der Gesamtbevölkerung....10

Abb. 2 Nutzer:innenanzahl Gesundheits- und Fitness-Apps....13

Abb. 3 Hohe Akzeptanz der ePA in der PKV....17

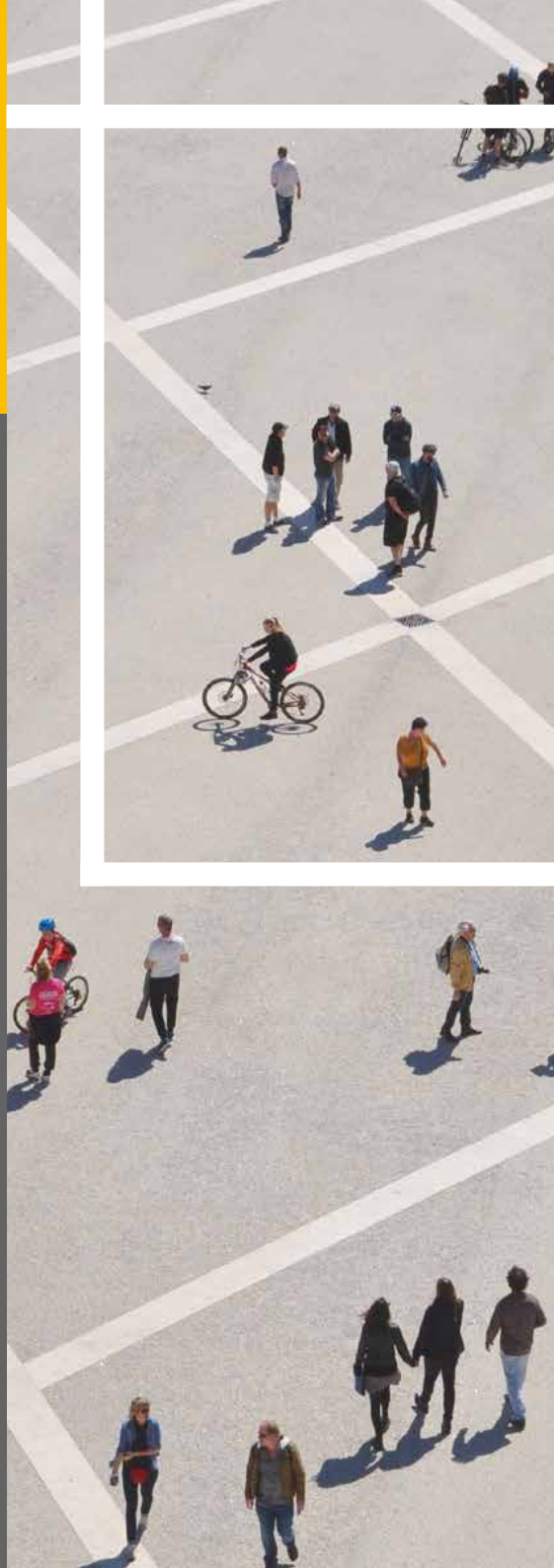
Abb. 4 Welche Faktoren fördern und hemmen die Akzeptanz der ePA für bestimmte Stakeholder?....18

Abb. 5 Dienste und Anwendungen der TI 22

Abb. 6 TI/ePA-Szenarien – ePA-Marktdurchdringung 26

Abb. 7 Ausbaustufen der ePA bis 2023.... 32

Abb. 8 Archetypen für die Positionierung im digitalisierten Gesundheitswesen 34



A Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem ist im Umbruch. Mit dem sukzessiven Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) entsteht eine zukunftsfähige Grundlage für die Digitalisierung der Branche. Im Mittelpunkt der digitalen Transformation stehen die Patient:innen. Sie sind in der aufkommenden Ära personalisierter Medizin viel aktiver eingebunden als in den klassischen Strukturen des Gesundheitswesens. Sie bekommen neue gesundheitsfördernde Präventionsangebote, die an die Stelle einer rein reaktiven Krankheitsbekämpfung treten, und erhalten mehr Mitsprachemöglichkeiten bei individuellen Behandlungen.

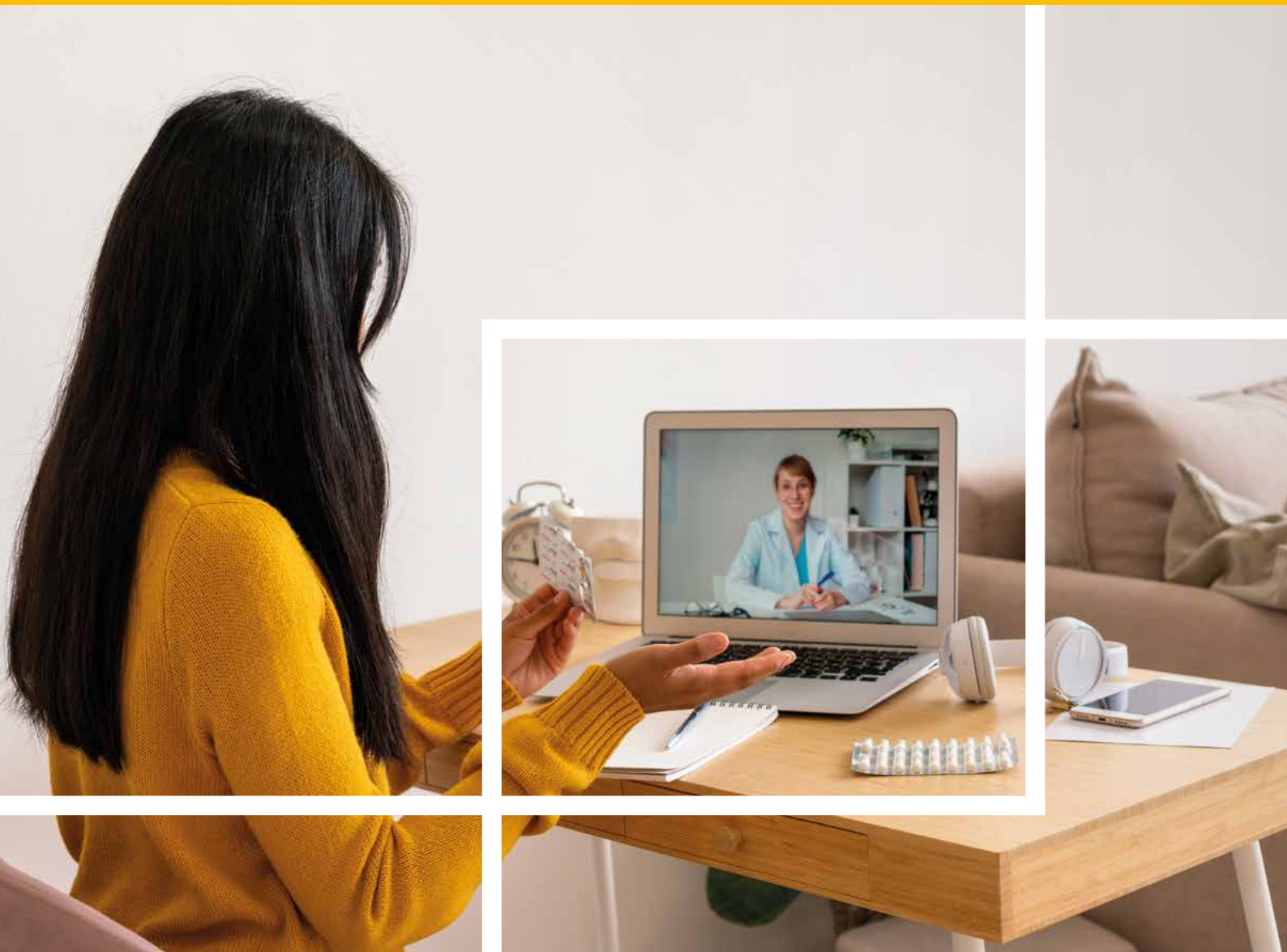
Die technische Schlüsselkomponente für diesen Paradigmenwechsel der digitalen Gesundheit ist die elektronische Patientenakte (ePA). Sie ermöglicht die Einbeziehung der Patient:innen, die nun per App ihre persönliche Schaltzentrale für die Verwaltung von Gesundheitsdaten immer greifbar haben.

Private Krankenversicherungen (PKVen) stehen durch die ePA-Einführung vor einer Reihe von Herausforderungen. Während gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen) ihren Kund:innen seit Anfang 2021 die ePA auf Wunsch bereitstellen müssen, können PKVen seit 2022 nachziehen. Sie sind dazu gesetzlich nicht verpflichtet, riskieren aber Wettbewerbsnachteile, wenn sie die neuen digitalen Standards des deutschen Gesundheitssystems nicht unterstützen.

Aus dieser Situation heraus steht die PKV vor einer Reihe strategischer Fragen: Wie fügt sich der Baustein ePA in bisherige Digitalisierungsinitiativen ein? Wie gelingt eine Differenzierung im Wettbewerb, wenn das digitalisierte Gesundheitswesen immer mehr auf Standards pocht? Welche Investitionen sind nötig, um mit dem Digitalisierungsschub der GKV Schritt zu halten oder, besser noch, ein erweitertes digitales Angebot zu schaffen, das über die gesetzlich geregelten Standardleistungen hinausgeht? Kurz: Wie kann die PKV in dieser neuen, digitalen Ära relevant bleiben?

Um diese Fragen zu beantworten, ist ein fundiertes Verständnis des aufstrebenden digitalen Gesundheits-ökosystems sowie der ePA als zentraler Komponente darin unabdingbar. Diese Studie zielt darauf ab, dazu einen Beitrag zu leisten.

B Allgemeine Rahmenbedingungen



Die Einführung der ePA in das deutsche Gesundheitssystem ist in einem komplexen Geflecht aus marktbezogenen, regulatorischen und technologischen Faktoren verortet. Dieses Kapitel wirft einen Blick auf das Umfeld und die Auswirkungen der ePA-Einführung auf die Wettbewerbssituation.

1 Der „Amazon-Standard“ hält Einzug in die PKV

Das deutsche Gesundheitssystem hinkt in puncto Nutzungserlebnis hinterher. Für Patient:innen wirken die beteiligten Institutionen wie Praxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Apotheken und Rehazentren eher wie isolierte Stationen auf jeweils eigenen Inseln. Während des Behandlungsverlaufs müssen die Patient:innen immer wieder von einer Insel zur nächsten rudern, dabei Papiere von den vorherigen Stationen mitschleppen und ihre Anliegen neu erklären.

Aus Nutzer:innensicht ist das Gesundheitssystem intransparent, von zahlreichen Brüchen geprägt und es ist aufwendig, in ihm zu navigieren. In vielen anderen Branchen ist so ein Zustand längst nicht mehr vorstellbar. Die althergebrachte Devise des Einzelhandels – „Der Kunde ist König“ – erreicht in Zeiten einer zunehmenden Digitalisierung völlig neue Dimensionen und breitet sich in allen Industriezweigen aus. Vor allem Tech-Giganten wie Amazon haben die Messlatte für ein stimmiges Kund:innen-erlebnis inzwischen sehr hoch gelegt. Instant Delivery, 24/7-Erreichbarkeit und individualisierte Services gehören für Verbraucher:innen zum Standard.

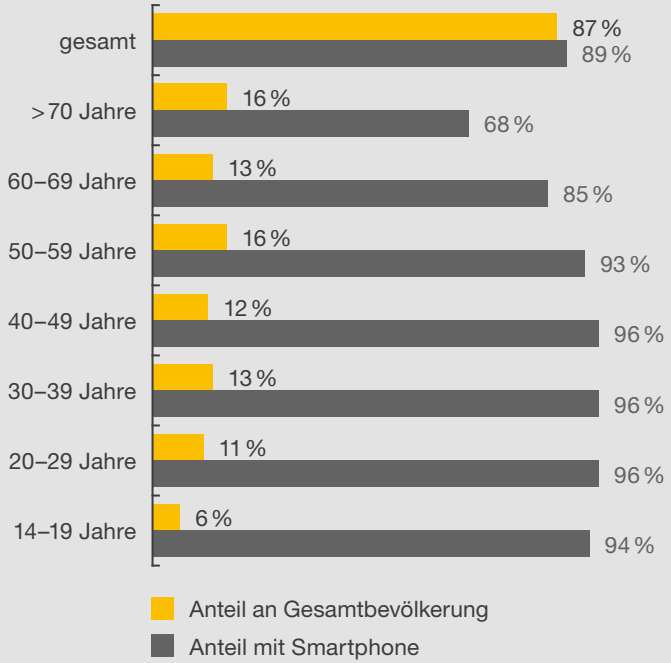
In nahezu allen Branchen führt das Mantra, die Bedürfnisse der Kund:innen klar in den Mittelpunkt zu stellen, in Kombination mit neuen technischen Möglichkeiten zu Umwälzungen. Märkte formieren sich neu. Hersteller und Dienstleister entwickeln neue Geschäftsmodelle und kooperieren in digitalen Ökosystemen, um bestimmte Angebote zu bündeln und Mehrwert für die Kundschaft zu generieren. So bringen beispielsweise Onlinemarkt-plätze die Sortimente etlicher Hersteller zusammen und vereinfachen Kund:innen den Einkauf.

Wie erfolgreich diese Denkweise ist, zeigt sich auch innerhalb und außerhalb der Finanzleistungsbranche. So ist der chinesische Versicherer Ping An – sicherlich kein typisches Versicherungsunternehmen – durch eine klare Kund:innenorientierung und den Aufbau branchenübergreifender Ökosysteme in kurzer Zeit zum Weltkonzern aufgestiegen. Ping An betrachtet dafür nicht nur die Customer Journey für einzelne zu vertreibende Produkte, sondern richtet den Blick umfassender auf ganze Lebensbereiche.

Die Welt in der Hosentasche

Der Einfluss des Smartphones auf das Leben im 21. Jahrhundert kann kaum groß genug eingeschätzt werden. Es ist gleichzeitig eine Kommunikationsplattform, das Tor zum Internet und damit dem größten Nachschlagewerk der Geschichte und ein universeller Platzhalter für Dinge wie die Bahnfahrkarte, das Kinoticket und den Impfausweis. Im Jahr 2021 lag der Anteil der Haushalte in Deutschland mit einem Mobiltelefon bei 97,6 Prozent. Prognosen zufolge nutzen 2023 rund 68,6 Millionen Menschen in Deutschland ein Smartphone. Zunehmend verbreitet ist zudem die Nutzung mehrerer Geräte. Insgesamt entfallen auf 100 Einwohner:innen in Deutschland 138 Smartphones.

Abb. 1 Smartphone-Nutzung in Deutschland nach Altersstruktur der Gesamtbevölkerung



Quellen: IFAK; forsa marplan; GIM; Kantar (2021) und Statistisches Bundesamt (2022)

Ein wesentlicher Baustein, der diese Kund:innenzentrierung erst möglich macht, ist das Smartphone. Es erfasst Daten, die Hersteller nutzen, um ihre Kundschaft besser zu verstehen. Und es befähigt Nutzer:innen zur Inanspruchnahme etlicher Services. Wir können heute von überall aus unseren Kontostand einsehen, eine gigantische Musikbibliothek abrufen oder das nächste Leihfahrrad lokalisieren und entsperren. Alles, was dafür nötig ist, sind ein paar Wischgesten auf dem Glas eines mobilen Endgeräts.

Mit der Einführung der ePA erreichen die vorherrschenden Muster der Mediennutzung nun auch „offiziell“ das Gesundheitswesen. Bereits seit Jahren lässt sich durch Trends wie Quantified Self – ein möglichst umfassendes Tracking der eigenen Körperwerte, vom Herzschlag bis zum Schlafrhythmus – und die Verbreitung von Wearables wie Fitnessarmbändern und Smartwatches beobachten, wie Nutzer:innen eigenständig Gesundheitsparameter erfassen und Daten über sich auswerten – bislang jedoch in der abgeschlossenen Softwarewelt von Technologieherstellern, die aus rein wirtschaftlichen Motiven handeln. Durch die ePA bekommen nun Apple Health und Co eine staatlich getriebene Konkurrenz. Sie schlägt perspektivisch eine Brücke zwischen eigenständig genutzten gesundheitsbezogenen Präventivangeboten und Leistungen, die Patient:innen im Rahmen der Versorgung in Anspruch nehmen.

Mehrwert für Patient:innen wird erfolgsentscheidend

In der digitalen Domäne gelten andere Regeln als in der alten, analogen Welt. Der Erfolg von Unternehmen hängt sehr damit zusammen, wie gut sie auf die Bedürfnisse der Kund:innen eingehen. PKVen sollten ihr Hauptaugenmerk darauf legen, einen klaren Mehrwert für Patient:innen als Kund:innen im Gesundheitswesen zu schaffen. Doch welche Nutzungsmöglichkeiten lassen sich für kranke und gesunde Kund:innen realisieren? Welche neuen Märkte und Arten von Anwendungen entstehen, die für Versicherer relevant sind?

US-Tech-Giganten drängen auf den Gesundheitsmarkt

Tech-Konzerne verfügen über einen riesigen Kund:innenstamm und nutzen Erfahrungen im Bereich der Datenanalyse, um ihre Präsenz im Gesundheitsmarkt auszubauen.

Google startete vor über einer Dekade mit Google Health den Aufbau einer der ePA ähnlichen Plattform, stellte den Dienst aber 2012 ein. Aktuell hat der Konzern unter anderem Cloud-Tools für Pflegekräfte, eine künstliche Intelligenz (KI) für Behandlungsempfehlungen, den FitBit-Fitness-Tracker und eine Krankenzusatzversicherung der Tochter Verily im Portfolio.

Amazon hat in den USA bereits mehrere Gesundheitsangebote etabliert. Dazu gehören die Onlineapotheke Amazon Pharmacy, die HIPAA-berechtigte Leistung Amazon HealthLake sowie das Telemedizinangebot Amazon Care. In Deutschland verfügt Amazon über 17 Millionen Prime-Nutzer:innen.

Apple arbeitet an der KI-unterstützten Verknüpfung von Wearable-Wellnessdaten mit Gesundheitsdaten. Außerdem betreibt Apple Kooperationen mit diversen Krankenversicherungsanbietern.

2 Patient:innenzentrierte Regulierung forciert kompromisslose Sicherheit

Das Gesundheitswesen blieb als streng regulierte Branche recht lange von den Umwälzungen der digitalen Transformation verschont. In den vergangenen Jahren ist der politische Druck, das deutsche Gesundheitssystem zu modernisieren und zukunftstauglich zu machen, jedoch enorm gewachsen. Die vergangene Bundesregierung hat in einem bis dato beispiellosen Tempo regulatorische Anpassungen für eine Weichenstellung in Richtung Digitalisierung vorgenommen – sei es beispielsweise durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) oder das Patientendaten-Schutz-Gesetz. Eine übergeordnete Leitlinie der regulatorischen Entwicklung, die auch die weitere Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens dominieren wird, lautet: Die Patient:innen stehen im Mittelpunkt.

Regulierungsphilosophie: Ganzheitliche Ausrichtung auf Use Cases

Aus diesem Umstand ergeben sich bedeutende Unterschiede zur Regulierung in der Finanzdienstleistungsbranche. Sie zielt meist auf einzelne Sachverhalte ab. Die Regulierungsphilosophie im Gesundheitssektor hat hingegen vielmehr einen gesamtheitlichen Charakter. Die neue Regulierung rund um Patient:innen unterscheidet sich von der Regulierung eines Finanzdienstleisters dadurch, dass sie bestimmte Use Cases betrachtet. Der Ausgangspunkt sind Anwendungsfälle wie zum Beispiel das Medikationsmanagement, die Patient:innen einen klaren Nutzen bringen. Davon ausgehend zielt der Gesetzgeber darauf, alle Beteiligten für eine mögliche Umsetzung der Use Cases entsprechend auszurichten – zum Beispiel durch verbindliche Standards, die für Interoperabilität sorgen.

Diese Ausrichtung auf Use Cases steht auch im Kontrast zu den Versicherungsaufsichtlichen Anforderungen an die IT (VAIT). Letztere zielen eher allgemein auf die IT-Infrastruktur der Versicherer ab und adressieren Themen wie die IT-Governance und den IT-Betrieb. Die anders geartete regulatorische Entwicklung erfordert deshalb ein anderes Verständnis, um das große Ganze zu erfassen. Mit Blick auf den Marktzugang durch die Nutzung der ePA müssen PKVen ein ganzheitliches Verständnis mitbringen. Einzelelemente für ein verbessertes Marketing herauszupicken greift zu kurz.

Sicherheit und Datenschutz als zentrale Erfolgskriterien

Eine weitere Konsequenz der patient:innenzentrierten Regulierung: Der Stellenwert von Cyber- und Datensicherheit steigt. Gesundheitsbezogene Daten gelten als besonders schutzbedürftig. Eine sichere Umsetzung der ePA liegt nicht nur im Interesse von Versicherungsunternehmen, da sie die Risiken von Reputationsschäden und Rechtsansprüchen infolge von Cyberattacken reduziert. Sie liegt auch im Interesse des Gesetzgebers. Mit jeder ausgenutzten und publik gewordenen Schwachstelle erodiert das Vertrauen der Patient:innen in die digitale Gesundheit und dies gefährdet die Akzeptanz der Modernisierung des Gesundheitssystems als Ganzes. Prinzipien wie „Security by Design and Default“ werden unweigerlich zum Standard.

Zwar gibt es aktuell in einigen Punkten Nachholbedarf. So liegt das Sicherheitsbudget in vielen Branchen im Schnitt bei 5 bis 7 Prozent, während es in deutschen Krankenhäusern bei lediglich 0,9 Prozent liegt. Außerdem gibt es nach wie vor Fälle, in denen das vorgeschriebene hohe Sicherheitsniveau nicht eingehalten wurde.

So fand das Kollektiv Zerforschung im Juni 2022 eklatante Sicherheitslücken in digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) einiger Hersteller.[1] Persönliche Daten aus einer Anwendung zur Bewältigung von Depressionen und einer Brustkrebs-App ließen sich sehr einfach abgreifen.

Dennoch ist der eingeschlagene Weg klar sichtbar: Die Vorgaben und Kontrollen rund um die IT-Sicherheit werden sukzessive engmaschiger. So müssen zum Beispiel DiGA-Hersteller voraussichtlich bis zum 1. Januar 2024 ein erweitertes Prüfungsverfahren durchlaufen haben und nachweisen, dass ihre Apps jährlich aktualisierte BSI-Anforderungen an die Datensicherheit erfüllen. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) macht außerdem Ausgaben von mindestens 15 Prozent zur Verbesserung der IT-Sicherheit für alle vom Krankenhauszukunftsfonds geförderten Maßnahmen verpflichtend. Bei der Sicherheit wird es keine Kompromisse geben.

IT-Sicherheit ist für die ePA Pflicht

Aus technischer Sicht besteht die ePA aus zwei Komponenten: Einem ePA-Aktensystem als versicherungsseitigem Backend – das ist der „Tresor“, in dem die Akten lagern – und einem ePA-Frontend, sprich einer App für Versicherte. Für beide Komponenten gibt die gematik eine Reihe von Zulassungs- und Bestätigungsprozessen vor. So müssen Hersteller und Anbieter eine funktionale und sicherheitstechnische Eignung nachweisen. Zertifizierte Sicherheitsgutachter:innen übernehmen die sicherheitstechnische Eignungsprüfung.

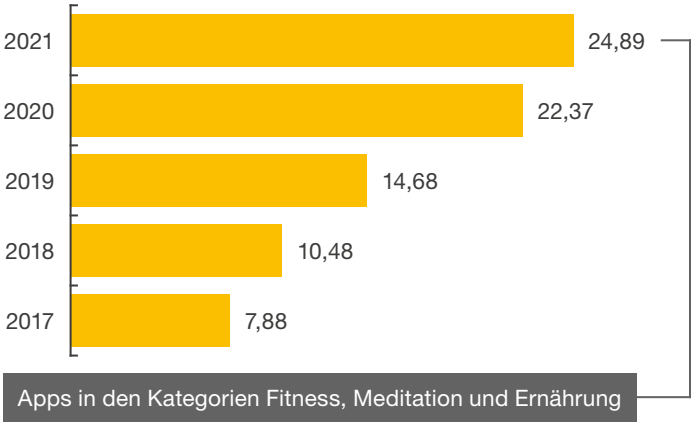
[1] https://zerforschung.org/posts/datenabfluss-auf-rezept/

3 Digitale Gesundheitsangebote auf dem Vormarsch

Wie rasant neue digitale Angebote entstehen können, lässt sich am deutlichsten im unregulierten Verbraucher:innenmarkt beobachten. Im Google Play Store und im Apple App Store sind in den Kategorien „Health & Fitness“ sowie „Medical“ rund 163.000 bzw. 121.000 Apps verfügbar.[2] Die Anzahl der Nutzer:innen steigt seit Jahren rapide. Als Reaktion darauf, dass immer mehr Menschen nicht qualitätsgesicherte und zum Teil fragwürdige Gesundheits-Apps nutzen, hat das Bundesgesundheitsministerium die Institutionalisierung von DiGAs vorangetrieben. Seit dem 6. Oktober 2020 können Ärzt:innen die „Apps auf Rezept“ verordnen.

Abb. 2 Nutzer:innenanzahl Gesundheits- und Fitness-Apps

in Mio.



Quelle: Statista, https://www.statista.com/outlook/dmo/digital-health/digital-fitness-well-being/digital-fitness-well-being-apps/germany#revenue

Trotz der aufwendigen Zulassungsverfahren enthält das DiGA-Verzeichnis im August 2022 bereits über 30 Apps, die Patient:innen bei ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern unterstützen – von Multipler Sklerose über Depression bis hin zu Diabetes und Tinnitus. Die jetzige Auswahl ist sicher nur ein Vorgeschmack auf das, was noch kommt. Als Pendant für die Pflege stehen außerdem bereits digitale Pflegeanwendungen (DiPAs) in den Startlöchern.

Gesundheits-Apps sind aus dem Alltag vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Was die ePA damit zu tun hat? Sie ist der Daten-Hub, mit dem künftig alle DiGAs und DiPAs interagieren. Hier laufen die Fäden zusammen. Hier managen die Patient:innen, welche ihrer Gesundheitsdaten sie an wen freigeben.

Standards fördern die Entstehung von Gesundheitsökosystemen

Für die Digitalisierung des Gesundheitswesens sind etablierte und allgemein akzeptierte Standards eine grundlegende Voraussetzung. Sie lassen unterschiedliche IT-Systeme miteinander sprechen und ermöglichen durch solch eine Interoperabilität den Austausch von Daten zwischen Akteuren. Mittlerweile existieren eine Reihe gesundheitsbezogener Standards, die auch für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems maßgebend sind. Ein Beispiel dafür sind die Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR, ausgesprochen wie englisch fire). Der FHIR-Standard wurde von Health Level 7 (HL7) entwickelt, einer internationalen Organisation für Industriestandards im Gesundheitswesen. Er kommt für die Beschreibung gesundheitsbezogener Ressourcen zum Einsatz und repräsentiert Daten in einem offenen JSON- oder XML-Format.

[2] https://www.bsi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BSI/Publikationen/DVS-Berichte/gesundheitsapps.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Der FHIR-Standard ist zum Beispiel beim elektronischen Medikationsplan im Einsatz, bildet aber auch eine Basis für einen ePA-bezogenen Standard, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt hat: Die sogenannten Medizinischen Informationsobjekte (MIOs). Sie beschreiben die standardisierten Dokumente, die Patient:innen im Rahmen der ePA verwalten können. Dazu gehören der Impfpass, das zahnärztliche Bonusheft, der Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft.

Standards sind außerdem ein wichtiger Innovationstreiber. Sie bedingen die Neuordnung von Märkten in Ökosystemen, in denen

- neue Kooperationen zwischen Herstellern und Anbietern entstehen sowie
- neue Interaktionen mit Kund:innen stattfinden – häufig in Form der Bündelung verschiedener Angebote.

Es ist absehbar, dass das digitalisierte Gesundheitswesen in Form eines digitalen Ökosystems organisiert wird. Die TI bietet schon heute offene Einstiegspunkte. Über die „Weiteren Anwendungen für den Datenaustausch in der Telematikinfrastruktur“ (WANDA) kann jede nur denkbare App eine Authentifizierung durchführen und Teile der TI nutzen. Aktuelle Entwicklungen, insbesondere die Fokussierung auf Standards, legen nahe, dass sich langfristig ein digitales Ökosystem im Gesundheitswesen herausbildet.

Für die PKV stellen sich perspektivisch folgende Fragen: In welchem Umfang nimmt sie an diesem Ökosystem teil? Welche Bausteine des Ökosystempuzzles belegt die PKV mit eigenen Leistungen, die ein Bestandteil des eigenen Portfolios werden? Und welche bleiben anderen Dienstleistern überlassen? Fest steht: Die ePA ist eine Voraussetzung für die Teilhabe am digitalen Gesundheitsökosystem. Krankenversicherungen, die ihren Patient:innen keine ePA anbieten, treten faktisch aus dem Markt der Gesundheitsversorgung aus.

Auswirkungen europäischer Initiativen auf den deutschen Gesundheitsmarkt

In Europa sind die Bemühungen rund um digitale Gesundheit nicht auf die Initiativen einzelner Länder beschränkt. Die nationalen Health Agencies europäischer Länder arbeiten zusammen an der Entwicklung eines digitalen und grenzüberschreitenden Gesundheitswesens. Auch wenn die Gestaltung der Gesundheitssysteme in nationalstaatlicher Verantwortung liegt, nehmen die Institutionen der EU zunehmend Einfluss darauf.

Für die EU ist digitale Gesundheit seit Jahren eine strategische Priorität. Bereits 2017 schlug die EU-Kommission vor, die digitale Transformation des Gesundheitswesens in Europa enger zu koordinieren. Seitdem wurden zahlreiche Maßnahmen gestartet, Richtlinien und Verordnungen erlassen sowie Finanzierungsprogramme bereitgestellt. So ist unter anderem auch eine EU-weite Standardisierung von elektronischen Gesundheitsakten angedacht.

Europäische Initiativen

Die Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (2011/24/EU) schafft einen rechtlichen Rahmen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Patient:innen bekommen Behandlungen im Ausland sowie im Heimatstaat erstattet.

Dem europäischen Digitalen Kompass 2030 zufolge hat 2030 jede:r EU-Bürger:in Zugang zu einer ePA. Ein weiteres Ziel: 80 Prozent der Bevölkerung nutzen dann eine digitale ID.

Ein Europäischer Gesundheitsdatenraum soll als strategische Priorität bis 2025 den sicheren Austausch von Patient:innendaten unterstützen. EU-Bürger:innen behalten die Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten. Gesundheitsdaten sollen einfach nutzbar sein für Forschung, Politikgestaltung und Regulierung.

Im Rahmen der Europäischen Datenstrategie ist der Aufbau eines Datenraums Gesundheit vorgesehen, zu dem sich auch die Bundesregierung im Kontext ihrer nationalen Datenstrategie bekennt. Ein im Februar 2022 veröffentlichter Statusbericht der EU-Kommission bezeichnet den European Health Data Space (EHDS) als „essential for advances in preventing, detecting and curing diseases from the perspective of patients as well as for informed, evidence-based decisions to improve the accessibility, effectiveness and sustainability of healthcare systems“.[3] Der Datenraum soll die Grundlage eines gemeinsamen Marktes für digitale Gesundheitsdienste und -produkte bilden.

Durch die europäischen Entwicklungen ist mit Auswirkungen auf den deutschen Gesundheitsmarkt zu rechnen. Heute zeigt sich aus deutscher Perspektive eine vermeintlich paradoxe Situation: Hierzulande sind Klagen über das deutsche Gesundheitssystem an der Tagesordnung. Ausländische Anbieter sehen jedoch einen attraktiven Markt. Davon zeugen zum Beispiel Markteintritte dänischer und israelischer Unternehmen, die in Deutschland einen interessanten Absatzmarkt für neue Technologien sehen – beispielsweise für KI-basierte Systeme für die Anamnese.

[3] https://ec.europa.eu/newsroom/dae/redirection/document/83562

4 Digitale Identitäten werden die Grundlage aller Health Services

Damit die digitalisierte Gesundheit eine vertrauenswürdige Umgebung wird, ist eine klare Identifikation aller Akteure unabdingbar. So ist der Zugang zur TI von der gematik streng geregelt.

Krankenkassen müssen sich bei der gematik anmelden, eine überstandene Prüfung gemäß § 274 SGB V nachweisen und je nach den genutzten Produkten entsprechende Zulassungen einholen. Anbieter weiterer Anwendungen müssen Anbietererklärungen liefern (bei WANDA Basic) bzw. eine Sicherheitsbegutachtung durchlaufen (bei WANDA Smart). Hersteller von Produkten sowie Anbieter von Dienstleistungen für Dritte kommen erst nach erfolgreichen Bestätigungs- und Zulassungsverfahren in die TI.

In der aktuellen technischen Umgebung kommen Patient:innen nur in der Umgebung stationärer Leistungserbringer in die TI, als Eintrittskarte fungiert die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Leistungserbringer benötigen einen sogenannten Konnektor, ein E-Health-Kartenterminal und eine Institutionskarte SMC-B.

Neue Sicherheitsarchitektur der TI vereinfacht Zugang

Künftig wird der Zugang deutlich einfacher. Im Zuge der technischen Evolution zur TI 2.0 bekommt die Infrastruktur eine neue Sicherheitsarchitektur. Sie ermöglicht es, auf TI-Anwendungen über das Internet zuzugreifen. Chipkarten (eGK = elektronische Gesundheitskarte, HBA = Heilberufsausweis, SMC = Secure Module Card) sind dann nicht mehr das einzige Authentifizierungsmittel. Das „föderierte Identitätsmanagement“ ist eine von sechs Säulen der neuen TI-Architektur. Es soll sektorgebundene Identitäten schaffen. Die Identitäten für sektor- oder kassenspezifische Anwendungen werden dabei auch außerhalb des TI-Kontexts nutzbar.

Im neuen Ökosystem der TI 2.0 übernehmen sogenannte Identity Provider (IDPs) die Authentifizierung der Nutzer. Diese Rolle ist zum Beispiel für Krankenkassen, Ärzte- und Apothekenkammern sowie Kassenärztliche Vereinigungen vorgesehen. Mit Blick auf die generellen Entwicklungen digitaler Identitäten in Deutschland und Europa ist davon auszugehen, dass jede:r Versicherte künftig eine zentrale elektronische Identität (eID) besitzen wird. Sie ist auf das gesamte Gesundheitssystem anwendbar und kann über unterschiedliche Medien umgesetzt werden. Die eID wird zur Grundlage aller Health Services.

Initiativen für digitale Identitäten

Mit Blick auf digitale Identitäten zeigt sich in den europäischen Ländern ein sehr unterschiedlicher Stand. Eine Vorreiterrolle hat Estland inne. Bereits 2002 führte der baltische Staat eine digitale ID Card ein. Bürger:innen können sich damit in ein zentrales Staatsportal einloggen und nahezu alle Verwaltungsvorgänge digital erledigen. Der Gesundheitsbereich zählt in Estland zu den Vorreitern für digitale Anwendungen. Seit 2008 verfügen Patient:innen über eine digitale Krankenakte, in der ihnen die Kontrolle über ihre Daten zusteht. Ein Logbuch protokolliert, wer wann auf welche Gesundheitsdaten zugegriffen hat. Das E-Rezept gibt es in Estland seit 2010. Ein wesentliches Erfolgskriterium für die Digitalisierung behördlicher und gesundheitsbezogener Leistungen, die auf breite Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen, ist die früh erkannte Bedeutung kompromissloser Cybersicherheit. Das Sicherheitsniveau der Onlinedienste ist vergleichbar mit dem militärischer IT-Anwendungen.

Deutschland hinkt weit hinter Estland her. Jedoch lassen sich eine Reihe von Parallelen beobachten, die zuversichtlich stimmen. In Estland war die elektronische Steuererklärung der erste verfügbare Onlinedienst. In Deutschland gab es mit ELSTER eine ähnliche Entwicklung.

Der Erfolg digitaler Identitäten in Estland ging mit dem Ausbau einer Digitalisierung der Verwaltung einher. In Deutschland ist mit dem Onlinezugangsgesetz (OZG) Druck in die Verwaltungsdigitalisierung gekommen. Bis Ende 2022 müssen Behörden ihre Leistungen digital anbieten. Die richtigen Weichen sind damit gestellt, auch wenn die Umsetzung schleppend verläuft und die im OZG festgehaltenen Fristen nicht eingehalten werden. Dennoch bekommen digitale Identitäten in Deutschland durch das OZG einen deutlichen Schub – zum Beispiel durch das Nutzerkonto Bund und das ELSTER-Organisationskonto als zentrale Identifizierungs- und Authentifizierungskomponenten.

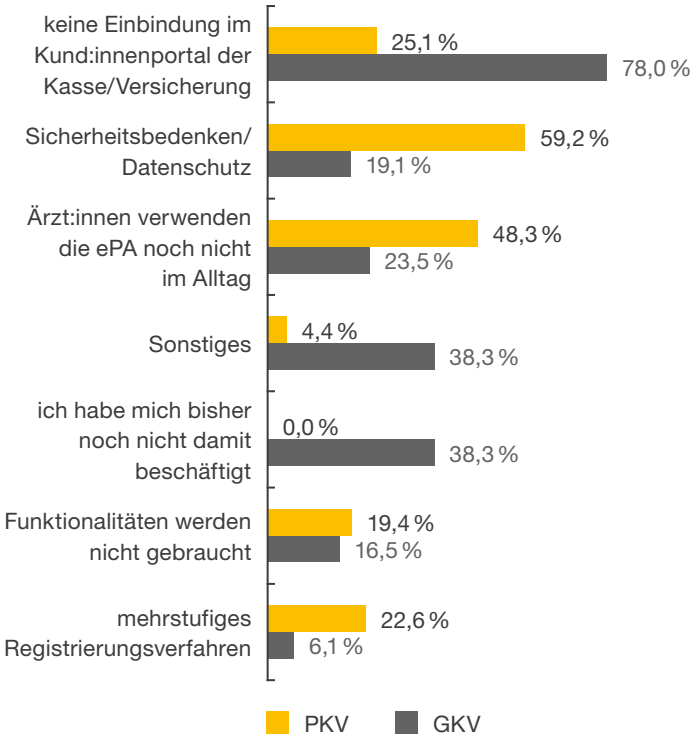
Auf europäischer Ebene gibt es ebenfalls Initiativen für die Bereitstellung digitaler Identitäten. So hat die Europäische Kommission als eine ihrer Prioritäten von 2019 bis 2024 eine „Digitale Identität für alle Europäer/innen“ auf der Agenda.[4]

5 Akzeptanzkriterien für die ePA

Laut der gematik ist die ePA derzeit rund 22 Prozent der Versicherten bekannt, 81 Prozent möchten sie nutzen. Bei Praxen und Kliniken liegt der Bekanntheitsgrad bei 90 Prozent. Jede dritte Praxis hat das entsprechende Modul bereits installiert. In Hinblick auf die Nutzungsbereitschaft der Versicherten zeigt sich aktuell noch ein gemischtes Bild. Auffällig ist, dass die PKV-Versicherten in puncto Sicherheitsbedenken und Datenschutz deutlich kritischer eingestellt sind.

Abb. 3 Hohe Akzeptanz der ePA in der PKV

Folgende Gründe halten von der Nutzung/Installation der ePA ab.



Quelle: Assekurata Solutions GmbH, 2021

[4] https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/european-digital-identity_de

Wie schnell sich die ePA in der Praxis durchsetzt, hängt einerseits von der technischen Umsetzungsqualität ab. Die involvierten Systeme müssen sicher und verlässlich laufen. Andererseits ist aber in sehr hohem Maße auch die Akzeptanz relevanter Stakeholder entscheidend. Hier prallen teils ganz unterschiedliche Motivationen, Bedürfnisse und Faktoren aufeinander (siehe Abbildung 4).

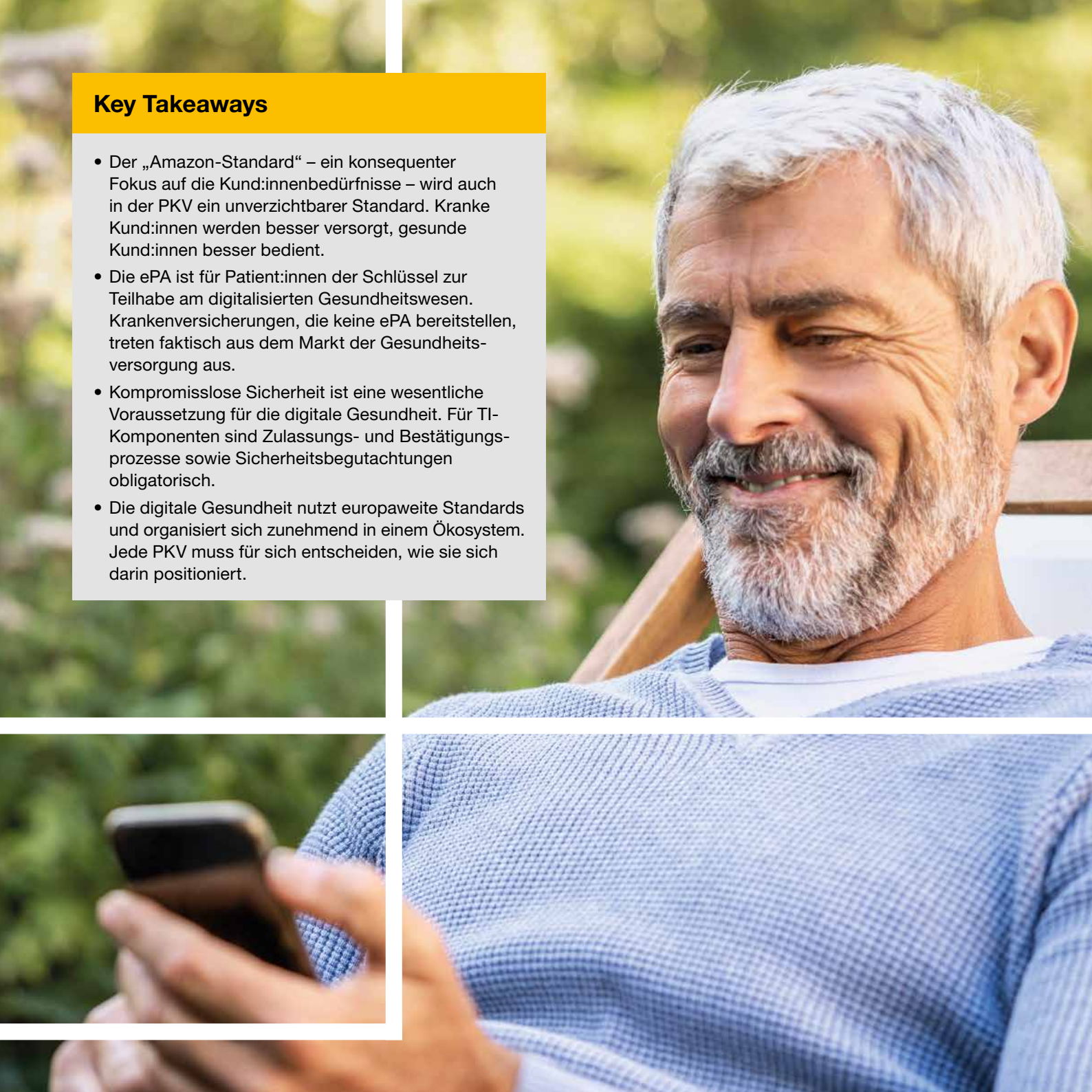
Wir gehen dennoch davon aus, dass die fördernden Faktoren überwiegen und verschiedene Anreizstrukturen die Nutzung der ePA bei den verschiedensten Beteiligten unterstützen. Generell lässt sich im digitalen Zeitalter schließlich eine immer schnellere Massenadoption neuer Technologien beobachten. Das beste Beispiel dafür ist die mobile Revolution: Innerhalb weniger Jahre hat sich das Smartphone durchgesetzt und unter anderem unser Kommunikationsverhalten völlig neu strukturiert.

Abb. 4 Welche Faktoren fördern und hemmen die Akzeptanz der ePA für bestimmte Stakeholder?

Stakeholdergruppe	Fördernde Faktoren	Hemmende Faktoren
Patient:innen	• höherer Komfort durch digitale Services • Souveränität durch Hoheit über eigene Gesundheitsdaten • aktuell mangelnde Transparenz des Gesundheitssystems • veränderte Kundenerwartungen (z. B. 24/7-Verfügbarkeit, digital first, Nutzung digitaler Ökosysteme)	• Nichtverfügbarkeit bestimmter Services • Überforderung durch höhere Entscheidungsfreiheit • mangelndes Vertrauen (z. B. durch publik gemachte Schwachstellen)
Leistungserbringer	• ePA erhöht Qualität der Gesundheitsversorgung (z. B. Vermeidung von Doppel-behandlungen durch transparente Krankheitshistorie)	• budgetäre Unklarheiten in Entgeltverhandlungen
GKV	• Digitalisierungspflichten durch OZG	
PKV	• Die Nichtunterstützung der ePA gleicht einem Marktausstieg	• notwendige Investitionen • Anpassungsbedarfe in allen Stufen der Wertschöpfungskette
Technologiefirmen	• Entstehung neuer lukrativer Märkte	
Investoren	• höhere Attraktivität des deutschen Gesundheitsmarktes	
Arbeitnehmer:innen	• Entstehung eines attraktiven Arbeitsmarktes	

Key Takeaways

- Der „Amazon-Standard“ – ein konsequenter Fokus auf die Kund:innenbedürfnisse – wird auch in der PKV ein unverzichtbarer Standard. Kranke Kund:innen werden besser versorgt, gesunde Kund:innen besser bedient.
- Die ePA ist für Patient:innen der Schlüssel zur Teilhabe am digitalisierten Gesundheitswesen. Krankenversicherungen, die keine ePA bereitstellen, treten faktisch aus dem Markt der Gesundheitsversorgung aus.
- Kompromisslose Sicherheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die digitale Gesundheit. Für TI-Komponenten sind Zulassungs- und Bestätigungsprozesse sowie Sicherheitsbegutachtungen obligatorisch.
- Die digitale Gesundheit nutzt europaweite Standards und organisiert sich zunehmend in einem Ökosystem. Jede PKV muss für sich entscheiden, wie sie sich darin positioniert.



C Die Telematikinfrastruktur als Pulsgeber des digitalisierten Gesundheitssystems

Die TI bildet das Fundament des digitalen Gesundheitswesens in Deutschland. Sie verbindet alle Beteiligten, sorgt für einen sicheren Datenaustausch und ist die Voraussetzung für eine nahtlose Patient Journey. Sie war – vor allem aus Perspektive der PKV – nicht immer unumstritten, gilt heute aber als unverzichtbares Fundament für die Digitalisierung des Gesundheitswesens.

1 Entwicklung, Status und Ausbau der TI

Den TI-Aufbau koordiniert die gematik, die 2005 von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet wurde. Im Jahr 2012 kam es zur Trennung aufgrund von Differenzen rund um die Einführung der eGK. Seit dem 3. April 2020 ist der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) aber erneut Gesellschafter der gematik und hält 2,45 Prozent der Stimmanteile.

Spätestens seit dem Wiedereinstieg ist klar: Die TI ist als zentrale digitale Infrastruktur des deutschen Gesundheitswesens auch aus Sicht des Verbands der Privaten Krankenversicherung alternativlos. Während die PKVen nach dem Ausstieg aus der gematik zwischenzeitlich mit dem Aufbau einer eigenen Infrastruktur geliebäugelt hatten, wurden diese Pläne mit dem Wiedereinstieg endgültig ad acta gelegt. Die TI ist mittlerweile schlichtweg zu groß und hat ein zu starkes Momentum erreicht, um sie ignorieren zu können.

Dienste und Anwendungen der TI im Überblick

Während der Aufbau der TI in den Anfangsjahren eher schleppend verlief, hat die Entwicklung in den vergangenen Jahren deutlich Fahrt aufgenommen. Viele TI-Anwendungen sind bereits produktiv und werden sukzessive ausgebaut. Andere stehen kurz vor der Einführung. Abbildung 5 listet die wichtigsten Dienste und Anwendungen auf, die bereits verfügbar sind oder deren Launch kurz bevorsteht.

Abb. 5 Dienste und Anwendungen der TI

Abk.	Name	Beschreibung	Status
VSDM	Versichertenstamm-datenmanagement	• Abgleich und Aktualisierung von Stammdaten wie Name, Anschrift und Versichertenstatus	verfügbar
QES	Qualifizierte Elektronische Signatur	• eröffnet Angehörigen der Heilberufe die Möglichkeit, elektronische Daten rechtssicher digital zu unterschreiben	verfügbar
eMP	elektronischer Medikationsplan	• bietet eine digitale Übersicht der verordneten Medikamente • wird aktuell gespeichert auf der eGK	verfügbar
NFDM	Notfalldatenmanagement	• enthält z. B. notfallrelevante Daten zu chronischen Erkrankungen, Allergien, Implantaten etc. sowie Kontaktinfos von Angehörigen • Daten werden auf der eGK und auf Wunsch in der TI gespeichert	verfügbar
KIM	Kommunikation im Medizinwesen	• richtet sich an Leistungserbringer und ermöglicht verschlüsselten Versand von Patient:inneninfos wie Arztbriefen, Befunden, Abrechnungen und Röntgenbildern	verfügbar, stufenweiser Ausbau bis 2023
TIM	TI-Messenger	• „WhatsApp“ des Gesundheitswesens, ein neuer Standard für sicheres, interoperables Instant Messaging	erste TI-Messenger voraussichtl. Anfang 2023
WANDA	Weitere Anwendungen für den Datenaustausch in der Telematikinfrastruktur	• öffnet die TI für weitere Anwendungen wie z. B. telemedizinische Leistungen und Anwendungen für das öffentliche Gesundheitswesen	verfügbar
E-Rezept	elektronisches Rezept	• ermöglicht Ärzt:innen die Ausstellung und Patient:innen die Einlösung digitaler Rezepte • Stufenweise Einführung: Nach Muster-16-Formular folgen Betäubungsmittelrezepte, T-Rezepte, DiGA-Verordnungen, grüne Rezepte	verfügbar
ePA	elektronische Patientenakte	• bietet Patient:innen einen sicheren digitalen Ort für ihre gesundheitsbezogenen Daten und Dokumente	verfügbar, stufenweiser Ausbau bis 2023

Technische Evolution: Die TI 2.0
Die technische Basis der TI befindet sich derzeit in einer Erneuerungsphase. Bis 2025 soll die schrittweise Umstellung auf die TI 2.0 abgeschlossen sein, die eine einfachere und flexiblere Teilhabe an der digitalen Medizin ermöglicht. So ist unter anderem geplant, die Hardwarekonnektoren abzuschaffen, die Praxen derzeit noch benötigen, um sich in die Infrastruktur einzuklinken. Durch die technische Evolution unterstützt die TI einen höheren Vernetzungsgrad, bietet mehr Integrationsmöglichkeiten und etabliert neue Kommunikationswege.

Ende 2021 waren laut gematik über 90 Prozent aller Praxen und Apotheken an die TI angeschlossen. Wer nicht angeschlossen ist, nimmt finanzielle Einbußen in Kauf. Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (kurz: E-Health-Gesetz) schrieb bereits 2015 vor, dass bis zum 1. Juli 2018 alle Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen sowie GKVen die Anbindung an die TI zu veranlassen haben. Das Digitale-Versorgung-Gesetz verpflichtete Apotheken und Krankenhäuser zu einer Anbindung an die TI bis zum 30. September 2020 bzw. bis zum 1. Januar 2021. Stand Juli 2022 besaßen beispielsweise bereits mehr als 95 Prozent aller niedergelassenen Ärzt:innen eine KIM-Adresse und waren somit theoretisch in der Lage, über den damit verbundenen obligatorischen Konnektor auch andere Dienste der TI zu nutzen.

2 Hürden, Herausforderungen und Chancen der Weiterentwicklung

Für die Weiterentwicklung der TI gibt es eine Reihe begünstigender und hemmender Faktoren. Wir gehen im Folgenden auf die relevantesten davon ein.

Kommunikationsprobleme bei der Umsetzung
Wie das große Ganze der TI aussieht und wie die einzelnen Bausteine ineinandergreifen, versucht die gematik durch das Bild der „Arena für digitale Medizin“ zu vermitteln – eines Orts sektorenübergreifender Interaktion und Zusammenarbeit, an dem Anbieter und Nutzer:innen der digitalen Medizin zusammenkommen. Vielen zentralen Gruppen des Gesundheitswesens wie Ärzt:innen und Apotheker:innen scheint sich das Zielbild jedoch nicht in Gänze zu erschließen. In Hinblick auf die Einführung neuer digitaler Bausteine steht die gematik vor einer kommunikativen Herausforderung. So lief zum Beispiel die Einführung des E-Rezepts nicht so reibungslos wie geplant und stieß auf Widerstände.

Aktuell werden auch noch längst nicht alle Kräfte gebündelt, die bei der Vermarktung der ePA helfen könnten. So existiert zum Beispiel kein Behandlungscode für die Vorstellung von TI-Diensten durch Ärzt:innen. Dies könnte jedoch ein wichtiger Hebel sein, um die ePA in die Breite zu bringen.

Die aktuelle Situation der ePA-Einführung ähnelt in gewissen Punkten dem Umstieg auf die Elektromobilität. Auch dort verfügt nicht jeder Mensch sofort über ein Elektrofahrzeug. Auch dort ist nicht auf einen Schlag eine flächendeckende Ladeinfrastruktur vorhanden. Die Übergangsphase ist gekennzeichnet durch Kompromisse, Inkonsistenzen, Lücken und Improvisation. Das Zielbild ist jedoch klar.

Chance für moderne Kommunikation: Der TI-Messenger

Als besonders vielversprechende Komponente schätzen Fachleute den Telematikinfrastruktur-Messenger (TI-Messenger) ein – eine Art spezialisiertes „WhatsApp“ für das Gesundheitswesen. Der TI-Messenger etabliert einen neuen Kommunikationskanal, der die Teilnehmer:innen des Gesundheitssystems näher zusammenbringt. Er ist außerdem eine wichtige Grundlage für eine zeitgemäße Patient Journey. Ebenso wie Menschen in ihrem privaten und beruflichen Umfeld über Chats und Videoanrufe miteinander kommunizieren, können sie bald auch auf diesen Wegen mit Ärzt:innen oder ihrer Krankenkasse in Kontakt treten.

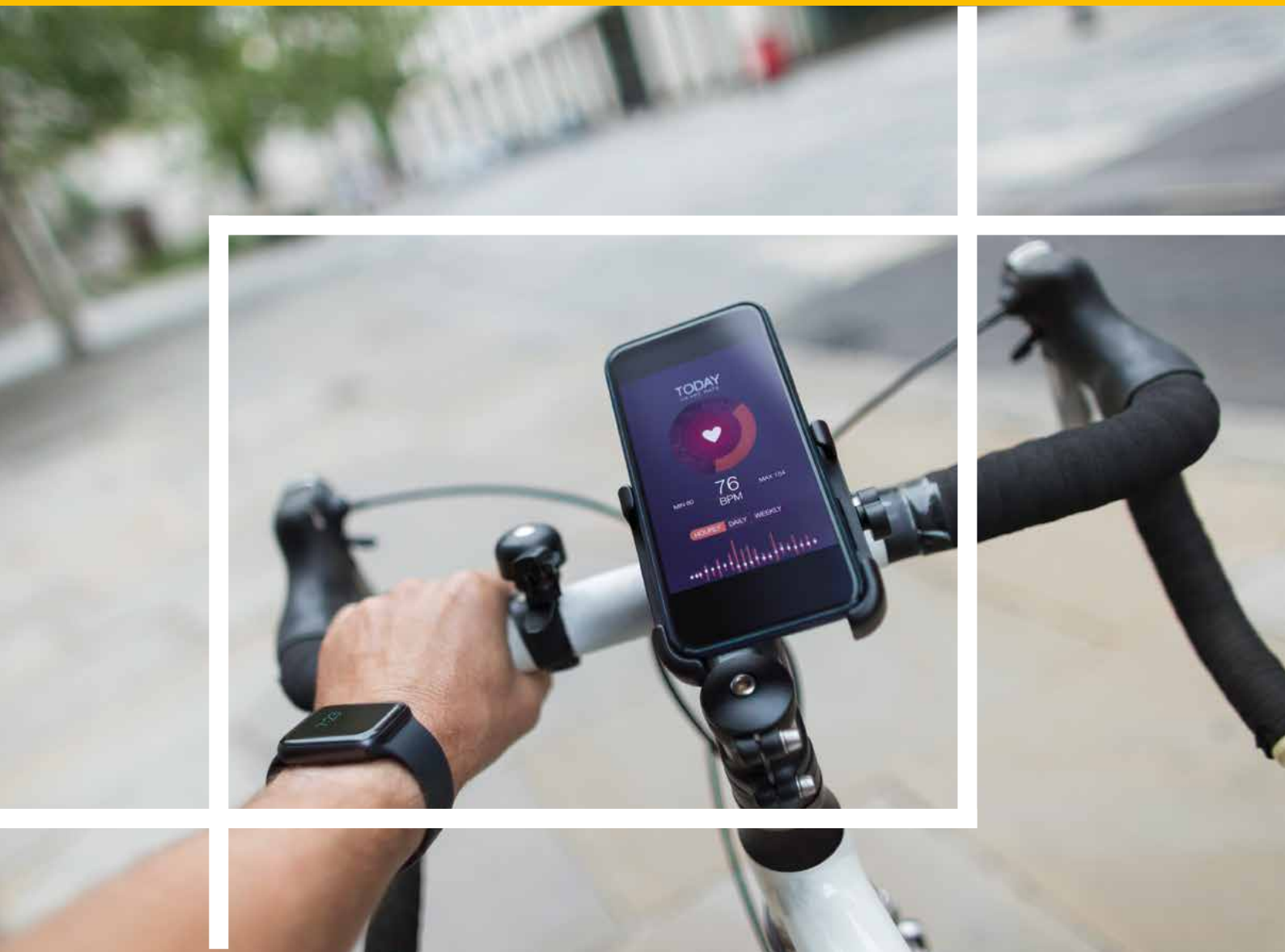
Der neue Messaging-Standard für das deutsche Gesundheitswesen baut auf dem offenen Matrix-Protokoll auf. Er erfüllt hohe Sicherheitsanforderungen, ist interoperabel und bietet eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung der Nachrichten. TI-Messenger müssen analog zu den bestehenden TI-Komponenten künftig ein Zulassungsverfahren durchlaufen. Mit dem TI-Messenger bekommen die Teilnehmer:innen des Gesundheitswesens die Möglichkeit der digitalen Ad-hoc-Kommunikation – ein Gamechanger, der voraussichtlich einen auch für Patient:innen deutlich spürbaren Modernisierungsschub bedeutet. Adieu, Faxgerät.

Die Einführung des TI-Messengers ist in drei Stufen geplant. In der ersten Stufe bekommen Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Zahnärzt:innen, Krankenhäuser, Apotheken und Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Text- und Bildnachrichten auszutauschen. In der zweiten Ausbaustufe wird auch ein Nachrichtenaustausch mit Versicherten unterstützt – gesteuert von den Leistungserbringern. Auch die Kommunikation von Versicherten und Krankenkassen ist über den Messenger möglich. Es wird schnellere und direktere Interaktionen geben, mit denen Krankenversicherungen Abläufe schlanker und effizienter gestalten können. Die dritte Stufe des TI-Messengers führt schließlich eine Videochat-Funktion ein.

Key Takeaways

- Die TI ist das Bindeglied zwischen allen Beteiligten im digitalen Gesundheitswesen. Sie gilt auch für die PKV als gesetzte Basis der digitalen Gesundheitsinfrastruktur.
- Eine große Zahl von TI-Diensten und -Anwendungen ist bereits verfügbar, der Funktionsumfang wächst.
- Der TI-Messenger ermöglicht eine sichere, direkte Kommunikation mit Text-, Bild- und perspektivisch auch Videonachrichten. Er wird die Interaktion zwischen Versicherten und Krankenkassen revolutionieren.

D Strategische Umsetzungsszenarien

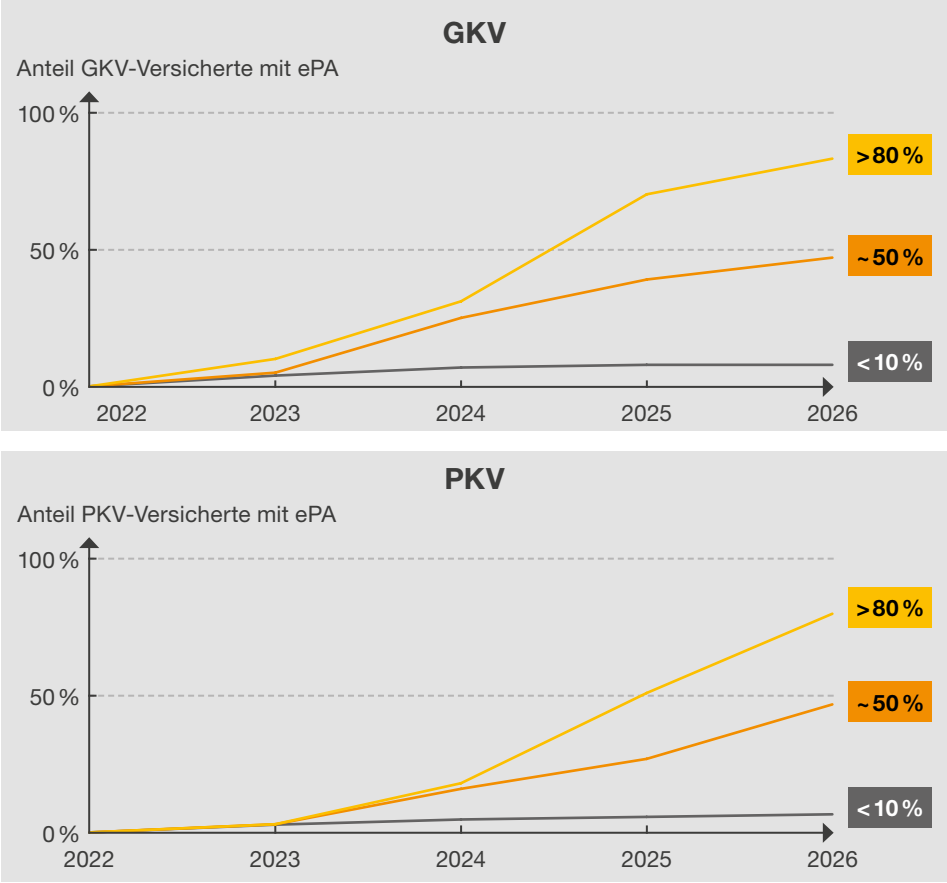


Wie stark sich die ePA in den kommenden Jahren durchsetzt und welche Auswirkungen sich daraus für den deutschen Gesundheitsversicherungsmarkt ergeben, hängt von mehreren Faktoren ab. Neben technologischen und regulatorischen Entwicklungen gehören dazu die Attraktivität verfügbarer Serviceangebote und die Effektivität digitaler Gesundheitsanwendungen. Sie alle beeinflussen maßgeblich den wichtigsten Faktor für den Erfolg der ePA: Die Akzeptanz der Versicherten.

Im Folgenden betrachten wir drei Szenarien, die jeweils von unterschiedlichen Marktdurchdringungsraten der ePA bis zum Jahr 2026 ausgehen.

Für jedes Szenario stellen wir kurz vor, was es für die GKV und die PKV aus strategischer Sicht bedeutet.

Abb. 6 TI/ePA-Szenarien – ePA-Marktdurchdringung



1 Digitales Gesundheitsökosystem

- Regulatorischer Rahmen (ePKA, E-Rezept etc.) wird konsequent umgesetzt
- Versicherer mit umfassendem Angebt von ergänzenden digitalen Services
- Breitflächige Akzeptanz in der Bevölkerung

2 Wettbewerbsdifferenzierung

- Führende Versicherer investieren in TI und digitale Services
- hohe Anzahl an Versicherern mit geringer Bereitschaft zur Investition in TI und Abwartestrategie
- Standardleistungen weiterhin ohne ePA möglich

3 Akzeptanzmangel

- Verzögerung bei technischer Umsetzung von TI und ePA bzw. Zweifel an Datensicherheit/-schutz
- Investitionsbereitschaft nur bei ausgewählten Versicherern vorhanden
- Standardleistungen weiterhin ohne ePA möglich

Szenario 1: Digitales Gesundheitsökosystem — Szenario 2: Wettbewerbsdifferenzierung — Szenario 3: Akzeptanzmangel

Quelle: PwC Marktszenarien

1 Szenario: Digitales Gesundheitsökosystem

Das Szenario „Digitales Gesundheitsökosystem“ geht davon aus, dass 2026 mehr als 80 Prozent der Versicherten die ePA nutzen. Ein ähnliches Ziel formuliert die kürzlich erschienene Digitalstrategie der Bundesregierung. Sie gibt als einen der wichtigsten Punkte an, bis 2025 „die Nutzung der elektronische[n] Patientenakte durch mindestens 80 % der gesetzlich Krankenversicherten“ zu erreichen. Die ePA trifft in diesem Szenario auf eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung. Begünstigende Faktoren sind die geplanten Einführungen des E-Rezepts und der elektronischen Patientenkurzakte (ePKA). Wenn sich beide elektronischen Pendants als Standards etablieren, ist ein deutlicher Schub für die ePA zu erwarten.

Die Chancen dafür stehen gut. Denn auch wenn derzeit beispielsweise die Umstellung auf das E-Rezept bei Leistungserbringern durch den initialen Zusatzaufwand nicht nur auf Begeisterung stößt, liegen die Vorteile für Versicherte auf der Hand. Sie müssen nicht mehr papierene Zettel von der Praxis zur Apotheke tragen, sondern können Rezepte komfortabel in ihren Apps entgegennehmen und nachweisen. Ähnliche Vorteile einer zeitgemäßen Mediennutzung ergeben sich durch die ePKA. Hier können sie über eine Onlineanwendung auf Notfalldaten und persönliche Erklärungen komfortabel zugreifen – und zwar auch außerhalb von Praxen und Krankenhäusern.

Neben den bereits geplanten Dokumententypen, die im deutschen Gesundheitswesen unverzichtbar sind und mithilfe der ePA in eine digitale Form gebracht werden, treiben auch neue digitale Services die Verbreitung der ePA voran. Krankenversicherungen nutzen den etablierten Standard für die Entwicklung weiter gehender digitaler Dienste, um im Wettbewerb Alleinstellungsmerkmale zu schaffen.

Je tiefer die Marktdurchdringung der ePA in den kommenden Jahren ausfällt, umso bedeutsamer wird der temporäre Wettbewerbsvorteil der GKV. Durch den Vorsprung bei der ePA-Einführung entstehen für die PKV signifikante Risiken, bestimmte digitale Services (noch) nicht unterstützen zu können und damit in den Augen der Kundschaft an Attraktivität einzubüßen.

Für die einzelne PKV gestaltet sich die ePA-Einführung in diesem Szenario alternativlos, um wettbewerbsfähig mit der GKV zu bleiben und Wettbewerbsnachteile gegenüber anderen PKVen zu vermeiden.

2 Szenario: Wettbewerbsdifferenzierung

Im Szenario „Wettbewerbsdifferenzierung“ liegt die Marktdurchdringung der ePA im Jahr 2026 bei etwa 50 Prozent. Die eine Hälfte der Versicherten nutzt das Angebot und die damit verbundenen Möglichkeiten. Die andere Hälfte verzichtet auf digitale Services und nimmt die Standardleistungen auf konventionelle Art in Anspruch. Die technische Realisierung der ePA ist in diesem Szenario erfolgreich. Die Akzeptanz bei den Anwender:innen ist jedoch nicht flächendeckend gegeben – sei es, weil der Mehrwert begrenzt bleibt, die Usability nicht ihren Erwartungen entspricht oder sich die Ausbaustufen der ePA verzögert haben.

Die GKV nutzt die ePA in diesem Szenario als Möglichkeit zur Wettbewerbsdifferenzierung. Digitalaffine Versicherte legen Wert darauf, dass die von ihrer Krankenkasse bereitgestellte App möglichst state-of-the-art ist und sie die Möglichkeiten der digitalen Gesundheit umfassend ausreizen können.

Vereinzelt haben sich auch einige PKVen Spitzenpositionen im Wettbewerb um digitalaffine Kund:innen erarbeitet. Nachdem mit der Einführung der KV-Nummer die Voraussetzung für die ePA realisiert worden war, haben sie neben den digitalen Standardmöglichkeiten der GKV bereits erste digitale Zusatzleistungen realisiert. Andere PKVen sind aufgrund fehlender Investitionsbereitschaft und von Versäumnissen jedoch deutlich abgeschlagen.

3 Szenario: Akzeptanzmangel

Wenn es bei der technischen Einführung der ePA zu signifikanten Verzögerungen kommt und die Sicherheit des Systems nicht ausreichend gewährleistet werden kann, ist mit dem Szenario „Akzeptanzmangel“ zu rechnen. Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens kommt nur schleppend voran. Die wenigen verfügbaren Dienste konnten die Versicherten bislang kaum überzeugen. Erfolgreiche Cyberangriffe auf die TI halten viele Versicherte davon ab, digitale Dienste der TI zu nutzen. Es mangelt am Vertrauen der Versicherten in die Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten.

In diesem Worst-Case-Szenario wird die Umsetzung der hochgesteckten regulatorischen Rahmenbedingungen von der Politik nicht konsequent eingefordert. Die PKVen sehen aufgrund der wenig erfolgreichen Entwicklung in der GKV wenig Anreize, um Investitionen im Kontext der TI und der ePA zu tätigen.

Key Takeaways

- Wenn 2026 jeweils mehr als 80 Prozent der Versicherten in der GKV und PKV die ePA nutzen, gibt es nur einen temporären Wettbewerbsvorteil der GKV gegenüber der PKV.
- Auch wenn 2026 nur die Hälfte der Versicherten die ePA nutzt, profitiert die GKV von ePA-Services als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb. PKVen ohne vergleichbare digitale Services für digitalaffine und Premiumservice gewöhnte Kund:innen nicht mehr attraktiv zu sein.
- Falls es zu Verzögerungen bei der technischen Umsetzung oder drastischen Sicherheitsproblemen kommt, ist mit mangelnder Akzeptanz und einer geringen ePA-Marktdurchdringung bis 2026 zu rechnen. Das wäre ein Rückschlag für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems, würde die Transformation aber nur verzögern und nicht verhindern.

E Nutzung und Umsetzung der TI in der PKV

Einige PKVen haben bereits mit der Entwicklung einer ePA-App und der Implementierung eines dazugehörigen Aktensystems im Backend begonnen, im August wurde die erste Zulassung für ein PKV-Unternehmen erteilt. Andere sind noch unschlüssig, was sie ihren Versicherten diesbezüglich anbieten und wie sie die Umsetzung praktisch gestalten sollen. Die folgenden Abschnitte fassen die Ausgangslage für die ePA-Umsetzung der PKV zusammen und heben zentrale Aspekte hervor, die bei der Nutzung der ePA durch die PKV Berücksichtigung finden müssen.

1 Ausgangslage für die Nutzung der ePA

In Hinblick auf die TI und die ePA ist die PKV in der Rolle des Underdogs. Beim Aufbau des Systems standen die Bedürfnisse der GKV-Versicherten im Fokus, die im deutschen Gesundheitssystem schlichtweg die Mehrheit bilden. Im Jahr 2022 sind 87 Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung gesetzlich versichert (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2022). Das Ökosystem der GKV war und ist für die staatlich vorangetriebene digitale Gesundheits-infrastruktur formgebend.

Dieser Umstand zeigt sich zum Beispiel im Fahrplan der ePA, dem zufolge die PKV erst ein Jahr nach der GKV ihren Versicherten die ePA anbieten kann. Der Fokus auf die GKV tritt aber auch in sehr grundlegenden Aspekten für die Nutzung zutage – zum Beispiel beim Zugangssystem. Gesetzlich Versicherte erhalten den Zugang über ihre eGK. Jedes GKV-Mitglied besitzt eine KV-Nummer, die als ID bzw. Eintrittskarte fungiert.

In der PKV ist das nicht der Fall. Viele private Kranken-versicherungsunternehmen haben keine Chipkarte ausgegeben – diese wird als „Übergangstechnologie“ angesehen. Die aktuelle Suche nach dem alternativen Weg, also einer guten, modernen und zukunftsfähigen Lösung für mobiles Ausweisen für die PKVen (über eine gematik-konforme eID bzw. einen IDP) zeigt auch: Spezifische Lösungen für die Branche und ihre Premiumangebote gewöhnten Kunden müssen erst gefunden werden.

PKV und GKV stehen gemeinsam vor der Herausforderung, alle gesetzlichen Restriktionen im Umgang mit schutzbedürftigen gesundheitsbezogenen Daten zu berücksichtigen. In der Theorie liefert die Digitalisierung eine Fülle von Möglichkeiten. In der Praxis lässt sich davon aber nur ein Teil umsetzen. Für die PKV kommt erschwerend hinzu, dass für sie bestimmte Bausteine des im Aufbau befindlichen digitalen Gesundheitsökosystems nicht klar geregelt sind. Dazu gehört beispielsweise die Erstattung von DiGAs. Die Kalkulation des Versicherungsbetrags basiert schließlich auf der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) und dem vereinbarten Leistungsumfang des Tarifs. Eine Leistungsausweitung durch die Erstattung von DiGAs ist streng genommen nicht gesetzlich geregelt und würde zu einer Beitragserhöhung führen.

Während die GKV bei der Unterstützung der ePA durch den vorgezogenen Start aus der Poleposition loslegte, ist die PKV in einer Verfolgerrolle. Dadurch entsteht in der digitalen Domäne derzeit eine klare Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und dem Anspruch der PKV, ein besseres Angebot als die GKV vorzuhalten. Die GKV wirkt durch ihre digitalen Services modern, die PKV hinkt hinterher. Und das will was bedeuten, ist doch die GKV selbst dem Druck von innovationsfreudigen Start-ups und Tech-Giganten ausgesetzt.

Bei der Aufholjagd der PKV ist zu berücksichtigen, dass ein Gleichziehen mit der GKV nicht reicht. Ein einfaches Nachbauen der gesetzlich vorgegebenen ePA-Services bringt keinen ausreichenden Mehrwert. Um die GKV zu überholen, gilt es vielmehr, weiter gehende Services zu entwickeln – soweit sie im regulatorischen Rahmen und den gegebenen Handlungsspielräumen möglich sind.

Dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen in der Lage sind, in kurzer Zeit eigene Apps zu entwickeln und erfolgreich auszurollen, haben sie mit den Einreicher-Apps bewiesen. Mittlerweile bietet ein Großteil der PKVen seinen Versicherten eine App an, um Rechnungen komfortabel einzureichen. Der Konkurrenzdruck hat dazu geführt, dass diese Apps heute zum De-facto-Standard des Serviceangebots gehören. Ähnliche Effekte könnten zur schnellen Verbreitung bestimmter ePA-Services führen.

Im Hinblick auf die benötigte IT-Infrastruktur müssen PKVen jedoch auch eine Modernisierung ihrer IT-Systeme anstreben. Die digitale Verknüpfung der Teilnehmer:innen des Gesundheitssystems erfordert eine „Real-time IT“, mit der Daten dann abrufbar sind, wenn sie gebraucht werden. Langwierige Prozesse sind für die Kundschaft weder praktikabel noch akzeptabel.

2 Use Cases für die Nutzung der ePA

Welche Ansatzpunkte gibt es nun für die PKVen, um die ePA für ihre strategischen Ziele zu nutzen und gleichzeitig das Serviceangebot für ihre Kund:innen zu verbessern? Um die Einführung der ePA zu planen, sind einerseits die Ausbaustufen der ePA und andererseits das bestehende digitale Portfolio des Versicherers zu betrachten. In Hinblick auf die ePA ist außerdem die langfristige Perspektive zu berücksichtigen. Sukzessive werden alle Akteure und Dienstleister des Gesundheitsmarktes wie Labore und Physiotherapeut:innen an die ePA angebunden. Neben der Konzeption von heute möglichen Use Cases ist gegebenenfalls auch die Betrachtung künftig möglicher Use Cases bei einem höheren Vernetzungsgrad zielführend.

Abb. 7 Ausbaustufen der ePA bis 2023

	ePA 1.1 (2021)	ePA 2.0 (2022)	ePA 2.5 (2023)
Dokumententypen	• Notfalldatensatz • elektronischer Medikationsplan • elektronischer Arztbrief	• E-Rezept • Impfpass • Mutterpass • Zahnbonusheft • Kinderuntersuchungsheft	• elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) • telemedizinisches Monitoring • Daten aus strukturiertem Behandlungsprogramm (DMP) • Pflegedokumente
Funktionsumfang	• Verwaltung erster Dokumente • einfache Berechtigungsvergabe • Protokollfunktion	• feingranulares Berechtigungskonzept • Desktopversion • Vertreterfunktion • Aktenumzug bei Versicherungswechsel • auf Wunsch: Abrechnungsdaten der Kassen	• Datenfreigabe zu Forschungszwecken • Einbindung von DiGA-Daten • Kopplung mit gesund.bund.de • digitale Identität • Benachrichtigungen • Papierkorb

Interne Prozesse optimieren

Der neue Datenreichtum und die echt digitale Datenanbindung infolge der ePA-Einführung bieten Potenzial, um betriebliche Abläufe der Versicherungsunternehmen effizienter zu gestalten. Die Daten der Versicherten lassen sich nutzen, um Prozesse zu verbessern. Voraussetzung dafür ist aber stets eine bewusste Einverständniserklärung der Kund:innen. Use Cases, in denen das Versicherungsunternehmen und die Versicherten gleichermaßen profitieren, sind deshalb am aussichtsreichsten.

Ein Beispiel dafür ist die Leistungseinreichung, die viele PKVen bereits mit speziellen Einreicher-Apps digital erschlossen haben. Die Versicherten können Rechnungen komfortabel per App einreichen. Das Versicherungsunternehmen kann die digitalen Einreichungen weiterverarbeiten. Durch die TI werden Einreicher-Apps redundant. Die Leistungseinreichung wird noch leichter und schneller, da künftig Leistungserbringer ihre Rechnungen direkt und digital über die TI dem Patienten bereitstellen können – und jeder kann sie dann an den Versicherer weitergeben. Auch in der Beihilfe lässt sich der Erstattungsprozess vereinfachen, indem beide Kostenerstatter (PKV und Beihilfestelle) die Rechnung in einem Prozessschritt erhalten.

Zusatzleistungen schaffen

Das aufstrebende digitalisierte Gesundheitssystem ist durch einen hohen Grad an Standardisierung charakterisiert. Für private Krankenversicherungsunternehmen stellt sich die Frage, wie sie sich in so einem Umfeld von der Konkurrenz abheben können.

Vielversprechend ist hier ein ausgeprägter Servicegedanke. Ergänzend zu den Standard-ePA-Services können Zusatzleistungen ein Mittel sein, um Kund:innen vom eigenen Angebot zu überzeugen. Weitere Individualisierungsmöglichkeiten ergeben sich durch die UI/UX-Gestaltung der eigenen App und Empfehlungen für die Angebote von Kooperationspartnern und Gesundheitsdienstleistern. So eröffnet sich Versicherungsunternehmen eine Möglichkeit der gezielten Steuerung des eigenen Versichertenbestands zu erprobten und kostengünstigeren Angeboten.

3 Von der Versicherung zum Gesundheitsdienstleister?

Mit der ePA-Einführung steht im deutschen Gesundheitssystem ein Paradigmenwechsel bevor, bei dem viele alte Gewissheiten wegbröckeln. Private Krankenversicherungsunternehmen müssen darin ihre Rolle hinterfragen. Ist die Positionierung als reiner Kostenerstatter überhaupt noch tragfähig? Oder sollte sich das Unternehmen zu einem Gesundheitsdienstleister weiterentwickeln?

Tausche Daten gegen Services

Für die Weiterentwicklung spricht, dass sich dadurch mehr Interaktionspunkte mit Kund:innen ergeben, die wiederum die Freigabe wertvoller Daten motivieren – ganz nach dem Motto „Tausche Datenfreigabe gegen erstklassige Services, mit denen Sie länger gesund bleiben und schneller gesund werden“.

Mithilfe der Daten lässt sich der Wunsch erfüllen, effizientere Strukturen zu schaffen und Kosten zu senken. Um als Gesundheitsdienstleister wahrgenommen zu werden, müssen Versicherer jedoch ihr Portfolio erweitern und einen möglichst großen Teil der Servicekette abbilden – entweder aus eigener Kraft oder in Kooperation mit Partnern.

Front-Runner und Nachzügler

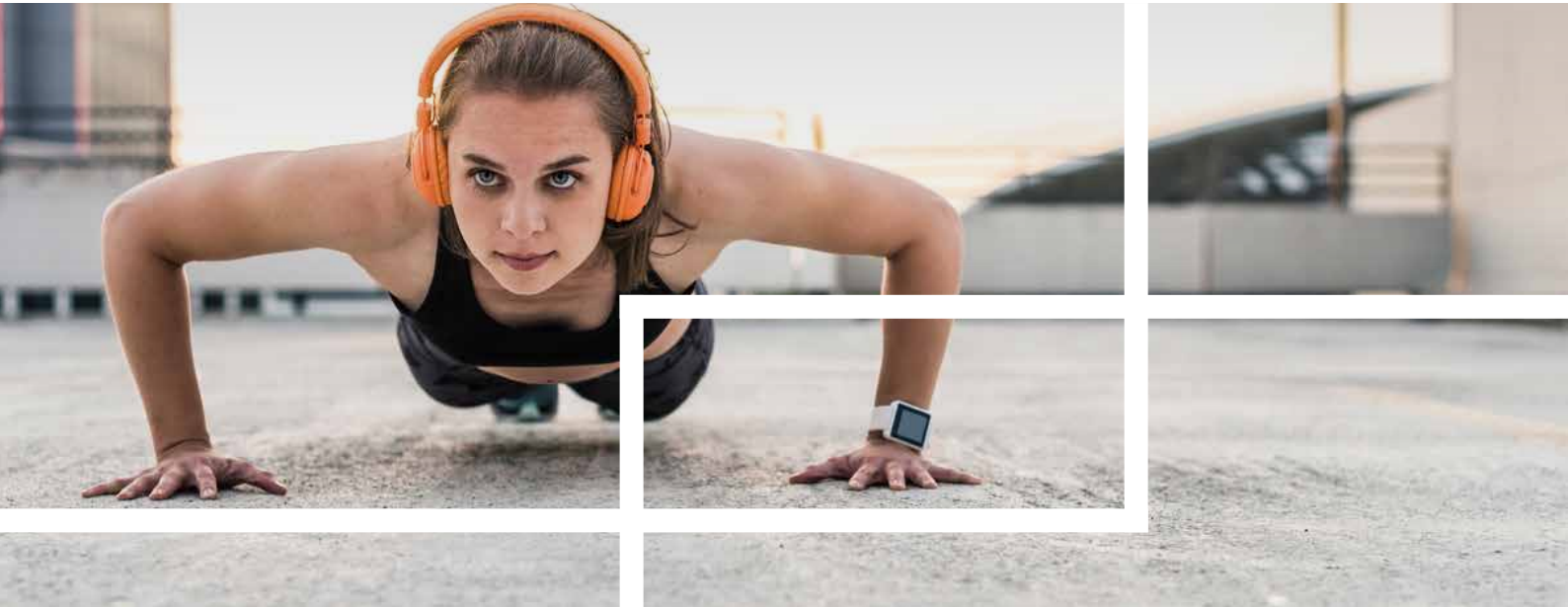
Aktuell lässt sich das Feld der PKVen in zwei Gruppen unterteilen:

- Front-Runner haben sich bereits seit einiger Zeit mit der TI und der ePA beschäftigt – vorrangig über die Arbeit im PKV-Verband. Sie haben die Bedeutung der wachsenden Infrastruktur frühzeitig erkannt und erste Projekte gestartet.
- Nachzügler haben zwar realisiert, dass ein digitaler Umbruch im Gesundheitssystem ansteht. Sie haben die Themen TI und ePA aus diversen Gründen jedoch noch nicht in Angriff nehmen können. Vor allem für kleinere Unternehmen ist eine eigenständige Umsetzung nur schwer realisierbar. Es mangelt beispielsweise an internem IT-Background, um eigene Features voranzutreiben.

Möglichkeiten für die strategische Positionierung
Für die mögliche Weiterentwicklung lassen sich fünf archetypische strategische Ausrichtungen identifizieren, die wir im Folgenden vorstellen (siehe Abbildung 1). Auf der linken Seite des Spektrums steht eine Positionierung, bei der sich der Versicherer auf möglichst effiziente Prozesse (insbesondere Leistungen) fokussiert. Die Positionierungen zwei und drei sehen weitergehende Spezialisierungen als Gesundheitspartner vor. Das Ende des Spektrums bilden Positionierungen als gestaltende Instanzen des Gesundheitswesens, die teilweise mit einem Systemwechsel einhergehen.

Abb. 8 Strategische Positionierungen im digitalisierten Gesundheitswesen

Quelle: PwC



Die ersten drei strategischen Positionierungsmöglichkeiten beschreiben Optionen für das klassische Krankenversicherungsgeschäft:

1. **Leistungserstatter mit optimierten internen Prozessen** setzen auf die klassischen Erlösmodelle und bieten – wenn überhaupt – nur eine geringe Anzahl an Mehrwertdiensten. Sie haben jedoch bereits damit begonnen, mit internen Prozessoptimierungen eine höhere Effizienz zu schaffen. Die neuen Möglichkeiten durch die Etablierung der ePA bieten dafür zusätzliches Optimierungspotenzial.

2. **Gesundheitspartner mit ausgewählten Mehrwertdiensten** legen ihren Schwerpunkt nicht nur auf die interne Prozessoptimierung. Sie bieten ihren Kund:innen zusätzliche Mehrwertdienste, beispielsweise mit Services zur Gesundheitsprävention. Viele Marktteilnehmer haben bereits erste Schritte in diese Richtung eingeleitet, um sich von Wettbewerbern zu differenzieren.

3. **Gesundheitspartner mit umfassenden digitalen Services** gehen noch einen Schritt weiter. Sie schaffen ein ganzheitliches Angebot in einem kontinuierlich wachsenden Gesundheitsökosystem. Sie bieten ihren Kunden umfangreiche digitale Services, eine kompromisslose App-Abdeckung und schließen Kooperationen mit anderen Anbietern für DiGAs und DiPAs.

Die zwei strategischen Positionierungsmöglichkeiten am Ende des Spektrums beinhalten Optionen über das klassiche Verständnis eines Krankenversicherers hinausgehend und neue Geschäftsmodelle mit sich bringend:

4. **PKV-Gestalter** positionieren sich als Anbieter von Produkten und Services für weitere PKVen. In anderen Versicherungssparten sind solche Angebote bereits üblich. Ein Beispiel dafür ist die Bereitstellung eines Netzwerks von Kfz-Werkstätten durch Kfz-Versicherungen. Je digitaler das Gesundheitswesen ausgestaltet ist, desto größer wird die Rolle von Plattformdiensten, die bestimmte Funktionalitäten bereitstellen.

5. **Leistungserbringer** positionieren sich als Anbieter von Produkten und Services für die Patient:innen. In anderen Regionen sind Konglomerate aus Versicherung und Leistungserbringern üblich. Mit digitalen Angeboten wie zum Beispiel DiGAs und DiPAs eröffnen sich neue Handlungsfelder, mit denen sich wertschöpfende Services für Endkund:innen gestalten lassen.

4 Erfolgsfaktoren für die Umsetzung

- **Ganzheitliches Zielbild entwickeln**
  Die Auswirkungen der ePA-Einführung in das deutsche Gesundheitssystem sind so weitreichend, dass sie nicht nur Teilaspekte der PKV betreffen. Sie eröffnen völlig neue Geschäftsmodelle und wirken sich auf alle Funktionen eines Krankenversicherers aus. Dementsprechend wichtig ist der Entwurf einer ganzheitlichen Vision für die gesamte Organisation. Wenn das Thema – wie bisher häufig praktiziert – nur von einer kleinen spezialisierten Gruppe von Mitarbeiter:innen innerhalb der Versicherung behandelt wird, fehlt der Blick für das Ganze. Vielmehr müssen sämtliche Bereiche eingebunden werden, um die zukünftige Ausrichtung unter den neuen Voraussetzungen zielgerichtet zu planen. Außerdem wichtig ist ein enges Alignment und an-einem-Strang-ziehen der PKVen, koordiniert über den PKV-Verband. Die einzelnen PKVen sind in der Gesamtsicht vielfach einfach zu klein, um ein ausreichendes Momentum zu entfalten.

- **Anreize für Datenfreigabe schaffen**
  Daten sind der Dreh- und Angelpunkt des digitalisierten Gesundheitswesens. Die Hoheit über die Daten liegt jedoch klar bei den Patient:innen. Private Krankenversicherungsunternehmen müssen ihre Freigabe einholen, um die Daten nutzen zu können. Wie lassen sich die Versicherten davon überzeugen? Welche Anreize bewegen sie dazu, der Datenfreigabe zuzustimmen? Schlichte Auszahlungen sind kaum umsetzbar, da sie schwer mit gesetzlichen Regelungen zu angemessenen Kalkulationen vereinbar sind. Ein möglicher Weg ist die Entwicklung neuer digitaler Serviceangebote, die den Kund:innen einen klaren Mehrwert bieten. Hier ist Kreativität gefragt. Es eröffnen sich völlig neue Möglichkeiten und Erfordernisse für die Anbindung von und die Interaktion mit Kund:innen – sei es in den Bereichen Leistung, Bestand oder Disease-Management.

- **Umgang mit Datenschutz klären**
  Die Verbreitung und Nutzung der ePA führen zu einem Anstieg der Zahl verfügbarer Daten und möglicher Auswertungen. Inwieweit die Daten aber weiterverarbeitet werden dürfen, ist streng reguliert – einerseits durch Datenschutzvorgaben und andererseits durch Vorgaben der gematik für die TI. In Randbereichen, in denen die Datennutzung gegebenenfalls eine Auslegungssache ist, sind Diskussionen der Stakeholder des Gesundheitssystems unabdingbar. Hier gilt es, stets zwischen dem Nutzen für Versicherungsnehmer:innen sowie Unternehmen und dem Schutz der Gesundheitsdaten abzuwägen. Da das gegenwärtige System primär für die GKV und deren Regulatorik ausgelegt ist, sind Anpassungen der TI an die Spezifika der PKV notwendig. Ein Beispiel dafür ist die Freigabemöglichkeit der eRechnung als entscheidendes Erfolgskriterium für die PKV.

- **Gebündelte Schnittstelle zu den Kund:innen schaffen**
  Ein zentrales Designparadigma bei der Entwicklung digitaler Services ist das KISS-Prinzip – „Keep it simple and stupid!“. Statt den Nutzer:innen einen wachsenden Leistungsumfang über mehrere Apps verstreut anzubieten, sollte das langfristige Zielbild eine Bündelung der Services vorsehen. Dafür ist das Verhältnis einer womöglich bestehenden Einreicher-App und neu umzusetzender ePA-Services zu klären. Wird die Einreicher-App zur universalen ePA-App ausgebaut? Gehen ihre Möglichkeiten in einer neuen ePA-App auf? Oder bietet man den Kund:innen – zumindest temporär – zwei parallel laufende Apps, da sich so gegebenenfalls die Einführung der ePA-Services beschleunigen ließe? Die Antworten auf diese Fragen sind individuelle Entscheidungen, die vor allem technische und marketingbezogene Aspekte berücksichtigen müssen.

- **Standards abbilden und individuelle Akzente setzen**
  Die neu zu entwickelnden bzw. im Funktionsumfang zu erweiternden Apps der privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen den vollständigen Standard der gesetzlich verankerten digitalen Leistungen abbilden. Darüber hinaus sollten sie sich aber auch von der Konkurrenz abheben. Hier gilt es, unternehmensindividuelle Akzente zu setzen, die jeweils auch bestimmte Bedürfnisse der Nutzer:innen abdecken. Wenn die Basis für eine ePA-App erst einmal geschaffen ist, ist eine rasche Zunahme an Features aufgrund einer kompetitiven Individualisierung zu erwarten.
- **Investitionen in (digitale) Transformation planen**
  Unabhängig davon, wie PKVen ihr individuelles digitales Portfolio im Detail ausrichten, sind Investitionen unverzichtbar. Wie hoch die jeweiligen Kosten ausfallen, ist unter anderem vom jeweils aktuellen Stand der IT abhängig. Ein klares Bekenntnis zur Digitalisierung seitens des Managements ist eine wesentliche Voraussetzung. Viele Unternehmen müssen ihre interne Infrastruktur ausbauen und modernisieren, um von den neuen digitalen Möglichkeiten zu profitieren. Damit einhergehend sind Change-Prozesse erforderlich. So erfordern bereits die digital gestützte Optimierung und Rationalisierung bestehender Abläufe eine Reihe von Veränderungen in der Prozesslandschaft. Der Wandel von einem reinen Leistungserstatter zu einem Gesundheitsdienstleister bedingt völlig neue Strukturen und fordert die Mitarbeiter:innen durch neue Arbeitsabläufe und Inhalte heraus.

Um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen sich PKVen weiterentwickeln und modernisieren. Die Digitalisierung ist kein einmaliger Vorgang, sondern ein fortlaufender Prozess, der die gesamte DNA der Organisation erfasst – vom Vertrieb über die Produktentwicklung bis hin zu internen Abläufen. Die Mitarbeiter:innen müssen kontinuierlich geschult werden. Es gilt, kontinuierlich die Strategie zu schärfen, eine klare IT-Roadmap zu definieren und die Kranken-IT inklusive der App-Strategie in die übergreifende Konzern-IT einzubetten. Wie auch immer sich die Versicherungsunternehmen im digitalen Ökosystem positionieren, eint sie ein gemeinsames Ziel: Einen möglichst großen Mehrwert für ihre Kund:innen zu schaffen. Die ePA ist dazu der Schlüssel.

Key Takeaways

- Eine zentrale Herausforderung der PKV-seitigen ePA-Nutzung ist derzeit das Zugangssystem. Die Themen IDP und KV-Nummer müssen kurzfristig gelöst werden.
- In Hinblick auf digitale Angebote ist ein Gleichziehen der PKV mit der GKV nicht genug. Weiter gehende Services sind nötig, um auch bei der digitalen Gesundheit als bessere Wahl wahrgenommen zu werden.
- Neben Zusatzleistungen, die Kund:innen einen klaren Mehrwert bieten, eröffnen sich durch das TI-Datenökosystem Möglichkeiten für die Optimierung interner Prozesse.
- Zentrale Erfolgsfaktoren für die Umsetzung sind die richtigen Anreize, um Versicherte von der Datenfreigabe zu überzeugen, sowie eine stimmige und auf die Kund:innenbedürfnisse ausgerichtete App- und Service-Strategie.

F Fazit

Mit der flächendeckenden Einführung und zunehmenden Etablierung der ePA gehen weitreichende Veränderungen für das deutsche Gesundheitswesen einher. Die ePA bildet den Schlüssel für eine digitale, datengetriebene und immer individuellere Versorgung, in der Patient:innen viel direkter eingebunden sind als bisher.

Für PKVen ergibt sich daraus eine neue Situation, in der sie ihre bisherige Positionierung hinterfragen müssen. Um langfristig relevant zu bleiben, ist die Auseinandersetzung mit neuen Geschäftsmodellen und deren technologischer und organisatorischer Basis unabdingbar.

- Welche Innovationsbereiche ergeben sich für Versicherer in der digitalen Gesundheitswelt?
- Welche Angebote können sie für ihre Kundschaft entwickeln, die mit immer leistungsfähigeren Endgeräten wie Smartphones und Wearables – und ausgefeilter Sensorik – ausgestattet ist und gesundheitsrelevante Daten protokolliert?
- Welche internen Prozesse lassen sich optimieren und automatisieren – einerseits um Effizienzgewinne zu heben, andererseits um steigende Kund:innenerwartungen zu erfüllen?
- Welche Weiterentwicklungen der IT-Infrastruktur sind notwendig – zum Beispiel in Richtung Real-time IT und Cloud-Readiness?

All diese Fragen gilt es im Rahmen einer übergreifenden Digitalstrategie zu beantworten. Die Zeit dafür drängt. Denn auch die US-amerikanischen Tech-Konzerne haben ihr Auge längst auf den deutschen Gesundheitsmarkt geworfen und beobachten die regulatorischen und technischen Entwicklungen sehr genau. Noch gibt es die Chance, den „Amazon-Standard“ mitzuprägen. Die PKV sollte diese Chance nutzen.

Ihre Ansprechpersonen

Digitale Transformation

Wolfgang Hach
PwC Deutschland
wolfgang.hach@pwc.com

Digital Healthcare

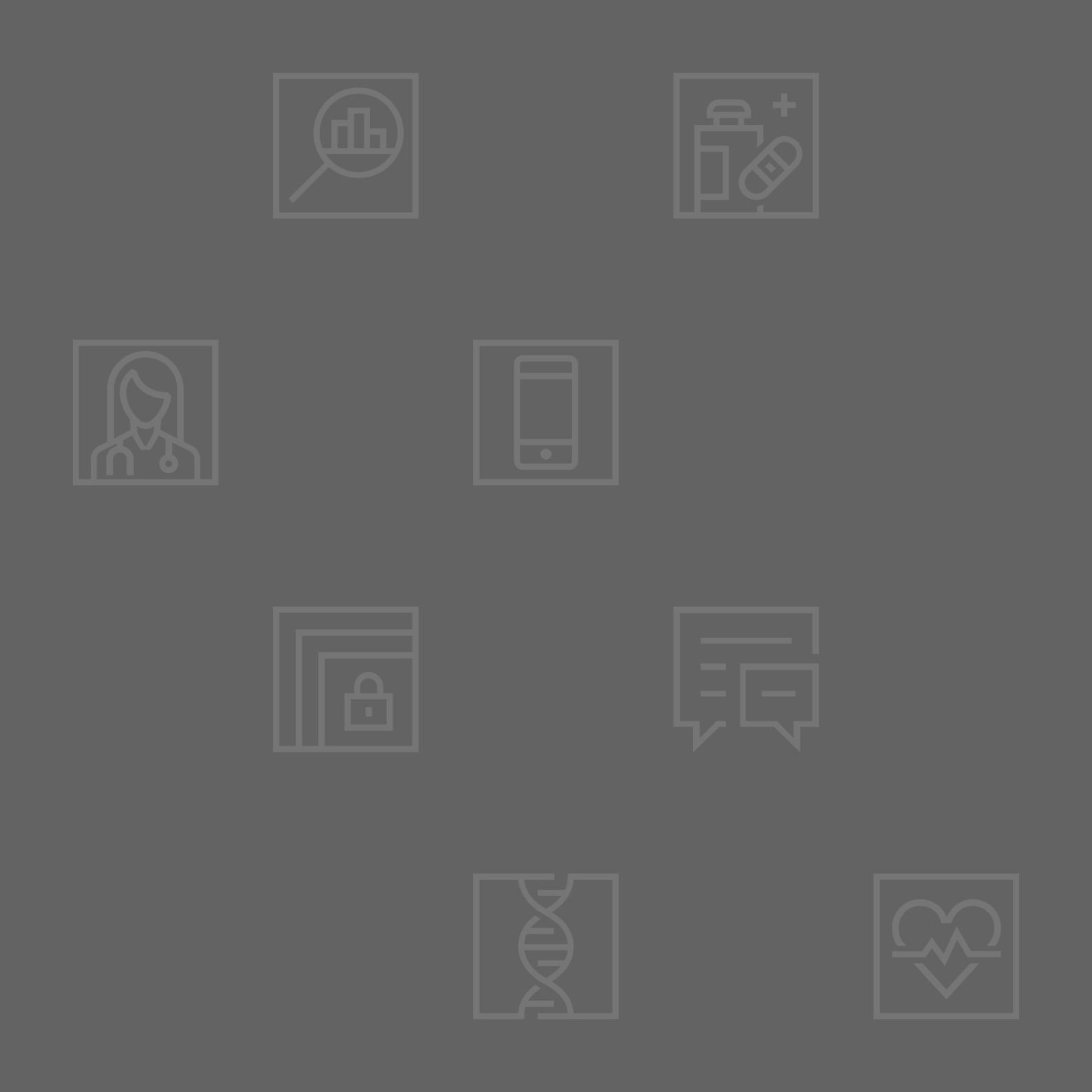
Jörg Asma
PwC Deutschland
joerg.asma@pwc.com

Health Insurance (PKV)

David Richter
PwC Deutschland
david.richter@pwc.com

Über uns
Unsere Mandanten stehen tagtäglich vor vielfältigen Aufgaben, möchten neue Ideen umsetzen und suchen unseren Rat. Sie erwarten, dass wir sie ganzheitlich betreuen und praxisorientierte Lösungen mit größtmöglichem Nutzen entwickeln. Deshalb setzen wir für jeden Mandanten, ob Global Player, Familienunternehmen oder kommunaler Träger, unser gesamtes Potenzial ein: Erfahrung, Branchenkenntnis, Fachwissen, Qualitätsanspruch, Innovationskraft und die Ressourcen unseres Expert:innennetzwerks in 152 Ländern. Besonders wichtig ist uns die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Mandanten, denn je besser wir sie kennen und verstehen, umso gezielter können wir sie unterstützen.

PwC Deutschland. Über 12.000 engagierte Menschen an 21 Standorten. Knapp 2,4 Mrd. Euro Gesamtleistung. Führende Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft in Deutschland.



Die PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft bekennt sich zu den PwC-Ethikgrundsätzen (zugänglich in deutscher Sprache über www.pwc.de/de/ethikcode) und zu den Zehn Prinzipien des UN Global Compact (zugänglich in deutscher und englischer Sprache über www.globalcompact.de).

© November 2022 PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Alle Rechte vorbehalten.
„PwC“ bezeichnet in diesem Dokument die PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die eine Mitgliedsgesellschaft der PricewaterhouseCoopers International Limited (PwCIL) ist. Jede der Mitgliedsgesellschaften der PwCIL ist eine rechtlich selbstständige Gesellschaft.

www.pwc.de