Transkript Folge 35 mit Jana Hassel

MS: Hallo und herzlich willkommen beim Selbsthilfepodcast. Ich freue mich, euch zu unserer neuen Podcast-Staffel im Jahr 2025 begrüßen zu dürfen. Mein Name ist nach wie vor Marius Schichting, und ich habe heute eine besondere Gästin dabei – eine alte Bekannte, die ihr bereits im letzten Jahr im Podcast hören durftet: Diana Hassel, meine Kollegin von der BAG SELBSTHILFE. Schön, dass du wieder dabei bist, Jana!

JH: Hallo Marius, vielen Dank für die Einladung – ich freue mich, wieder hier zu sein!

MS: Danke, dass du dir erneut die Zeit genommen hast! Einige unserer Hörerinnen und Hörer kennen dich bereits und wissen vielleicht noch, worüber wir letztes Jahr gesprochen haben. Damals haben wir uns mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen beschäftigt. Schon damals war uns klar, dass eine einzelne Podcast-Folge nicht ausreicht, um alle Aspekte dieses großen und komplexen Themas zu erfassen. Deshalb widmen wir uns heute einem aktuellen und wichtigen Teilaspekt der Digitalisierung: der elektronischen Patientenakte, kurz ePA. Viele Menschen aus der Selbsthilfe haben mich bereits im vergangenen Jahr mit Fragen dazu kontaktiert. Denn Anfang dieses Jahres – genauer gesagt am 15. Januar – soll die ePA offiziell eingeführt werden. Jana, ich würde dich da direkt mit ins Boot holen: Gibt es die ePA nun wirklich – oder doch nicht? Das kann man ja tatsächlich beides sagen…

JH: Die elektronische Patientenakte gibt es ja eigentlich schon seit einigen Jahren. Was sich jetzt geändert hat, ist das Modell dahinter. Seit Januar 2025 gibt es eine große Veränderung: Die ePA wurde auf ein Opt-out-Modell umgestellt, was bedeutet, dass grundsätzlich alle gesetzlich Versicherten automatisch eine ePA erhalten – es sei denn, sie widersprechen aktiv. Das Bundesgesundheitsministerium hat dazu eine umfangreiche Pressearbeit geleistet, um über die Neuerungen zu informieren. Wir sprechen in diesem Zusammenhang auch von der „ePA für alle“. Allerdings wird sie nicht sofort flächendeckend eingeführt, sondern zunächst in ausgewählten Regionen getestet. Dazu gehören Franken, Hamburg und Teile von Nordrhein. Dort läuft die ePA derzeit als Versuchs- und Testmodell, um zu untersuchen, wie sich die Versorgung verändert, wenn bestimmte Prozesse über die elektronische Patientenakte koordiniert werden.

MS: Genau, vielen Dank noch mal! Es ist ein großer Unterschied zwischen der bisherigen ePA und der neuen „ePA für alle“, und darauf werden wir gleich noch genauer eingehen. Bevor wir aber tiefer in das Thema eintauchen: Du beschäftigst dich ja schon lange mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen und hast viele Prozesse – auch rund um die ePA – begleitet. Genauso wie andere digitale Neuerungen im Gesundheitsbereich. Was würdest du sagen: Welche Auswirkungen hatte die ePA bisher? Und was glaubst du, was sich nun für uns als Patientinnen und Patienten ändern wird? Vielleicht können wir das ein bisschen wie ein „Vorher-Nachher“-Bild betrachten – was hat sich für diejenigen verändert, die die ePA nutzen, im Vergleich zu früher?

JH: Das ist gar nicht so einfach zu beantworten. Zunächst einmal haben wir durch die ePA ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass es überhaupt die Möglichkeit gibt, Gesundheitsdaten zentral zu speichern und zu verwalten. Was das aber konkret für einzelne Patientinnen und Patienten bedeutet, bleibt bisher noch eine Vorstellung. Wir haben derzeit noch nicht genug Erfahrungen, um mit Sicherheit zu sagen: „Wir konnten bereits bei einer bestimmten Anzahl von Menschen die Behandlung optimieren“ oder „Wir haben durch die gesammelten Daten bahnbrechende Forschungsergebnisse erzielt“. Momentan befinden wir uns an einem Punkt, an dem vor allem die technischen Voraussetzungen geschaffen werden, um das volle Potenzial der ePA überhaupt erst nutzbar zu machen. Wie sich die Umsetzung dann tatsächlich im medizinischen Alltag gestaltet, das wird sich erst noch zeigen. Es gibt jedoch die klare Erwartung, dass die ePA langfristig zu einer erheblichen Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen kann.

MS: Ich habe die Frage bewusst etwas provokanter gestellt, weil genau das die Art von Rückfragen ist, die uns in der Selbsthilfe oft begegnen. Ich selbst bin kein großer Experte auf dem Gebiet – ich hatte zwar das Glück, mit dir in einigen Projekten zusammenzuarbeiten und dabei viel zu lernen, aber es ist eben nicht mein tägliches Fachgebiet. Trotzdem kommen immer wieder Menschen auf mich zu und fragen: „Marius, wie ist das denn jetzt genau mit der ePA?“ Und oft muss ich ehrlich sagen: „Ich weiß es auch nicht bis ins Detail.“ Was ich aber definitiv beobachte, ist eine große Unsicherheit – und das unabhängig von Alter oder Erkrankung. Viele Patientinnen und Patienten haben einfach extrem viele Fragen, weil, wie du sagst, noch gar nicht alles abschließend geklärt ist. Die ePA steckt noch in einer frühen Phase, vieles ist noch nicht erprobt, und letztlich lässt sich so ein System ja auch nicht in einer Simulation testen. Es muss in der realen Versorgungssituation funktionieren. Gerade Menschen, die der Digitalisierung ohnehin skeptisch gegenüberstehen, fühlen sich oft verunsichert. Eine der häufigsten Fragen, die mir gestellt wird, ist: „Die ePA bedeutet ja, dass wir unsere Gesundheitsdaten abgeben oder zumindest irgendwo angeben müssen. Wie funktioniert dieses Datenmanagement eigentlich? Wer verwaltet die ePA und wie werden die Daten gespeichert?“

JH: Fangen wir mal damit an, wo und wie die Daten gespeichert werden. Die ePA ist im Grunde genommen ein besonders geschützter Datenraum innerhalb der sogenannten Telematikinfrastruktur – man könnte es, etwas zugespitzt, als das „Internet des Gesundheitswesens“ bezeichnen. Aber um es ganz klar zu sagen: Es ist nicht das normale Internet, sondern ein abgeschotteter und speziell gesicherter Bereich, der ausschließlich für das Gesundheitswesen genutzt wird. In diesem geschützten Raum können die elektronischen Patientenakten aller Versicherten abgelegt werden. Dort werden also die Daten gesammelt, die in die ePA einfließen. Das bedeutet aber nicht, dass Kliniken und Praxen ihre Patientendaten jetzt nur noch dort speichern. Ganz im Gegenteil: Der Großteil der medizinischen Daten bleibt weiterhin dezentral in den jeweiligen Kliniken und Praxen gespeichert. In die ePA gelangen nur bestimmte, ausgewählte Informationen – und das auch nicht automatisch. Ein Punkt, den viele nicht wissen: Zum Start der „ePA für alle“ sind die meisten Akten erst einmal leer. Das führt oft zu der Frage: „Wie kommen eigentlich meine ganzen Befunde in die ePA?“ Die Antwort: Zunächst gar nicht automatisch.

Die einzige Möglichkeit, um zu Beginn direkt Daten in die ePA zu bekommen, ist ein Knopfdruck, mit dem man die Abrechnungsdaten der eigenen Krankenkasse importieren kann. Dadurch sieht man beispielsweise:

* Welche Diagnosen in den letzten Jahren gestellt wurden?
* Welche Medikamente abgerechnet wurden?
* Welche Behandlungen über die Krankenkasse gelaufen sind?

Aber darüber hinaus ist es zunächst die Entscheidung der Patientinnen und Patienten, welche weiteren Daten in die ePA aufgenommen werden sollen.

MS: Mhm, also das bedeutet, es liegt erst einmal in der Hand der Patientinnen und Patienten, welche Informationen in der ePA gespeichert werden?

JH: ein. Grundsätzlich können Patientinnen und Patienten zwar selbst Daten hinzufügen, aber das ist eigentlich nicht der primäre Ansatz. Die Idee hinter der „ePA für alle“ ist, dass die Daten automatisch eingepflegt werden – zumindest die Abrechnungsdaten der Krankenkasse. Das passiert ganz ohne aktives Zutun der Versicherten.

Diese Abrechnungsdaten kann sich jede Person über die ePA-App der eigenen Krankenkasse ansehen. Darüber hinaus ist es so gedacht, dass Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und andere Leistungserbringer relevante Informationen direkt in die ePA eintragen.

Die Patientinnen und Patienten müssen also nicht selbst aktiv werden, sondern die ePA soll in erster Linie dazu dienen, dass die verschiedenen medizinischen Einrichtungen einfacher untereinander kommunizieren und Informationen zu einer Person zentral zugänglich machen. Das ist der eigentliche Zweck der ePA.

MS: Ja, genau! Ich glaube, den Begriff „ePA“ haben inzwischen die meisten schon mal gehört, aber sich konkret vorzustellen, was das bedeutet, ist nochmal etwas ganz anderes. Gerade für Menschen, die bisher nicht so digital unterwegs sind und vieles händisch erledigt haben, ist das eine große Umstellung. Denn bisher musste man ja selbst aktiv werden: Man musste sich Arztberichte abholen, diese zu anderen Praxen mitnehmen, Dokumente abheften und weitergeben. All diese Prozesse sollen durch die ePA vereinfacht werden, indem sie zentral in einer digitalen Akte gebündelt werden. Angenommen, ich gehe zum Arzt und bekomme ein Rezept – das löse ich dann in der Apotheke gegen das entsprechende Medikament ein. Werden solche Dinge dann automatisch in der ePA erfasst? Bedeutet das, dass eine Ärztin oder ein Arzt, der Zugriff auf meine ePA hat, direkt sehen kann, welche Diagnosen ich in den letzten Monaten oder Jahren hatte und welche Medikamente ich eingenommen habe? Habe ich das so richtig verstanden?

JH: Also muss man da ein bisschen unterscheiden. Gehen wir mal von denjenigen aus, die der ePA nicht widersprochen haben und auch keine Einschränkungen festgelegt haben – also von Menschen, die sagen: „Ich möchte, dass alle meine Daten von allen meinen Behandlern eingesehen werden können, wenn ich in Behandlung bin. Und ich möchte auch, dass meine Daten für Forschungszwecke genutzt werden dürfen.“

Das war ja auch eine politische Entscheidung, die ePA nach diesem Modell einzuführen.

Was automatisch passiert, ist, dass die E-Rezept-Daten – also verordnete Medikamente – in einer Medikationsliste in der ePA gespeichert werden. Das bedeutet:

Sobald eine Ärztin oder ein Arzt ein Rezept ausstellt, wird es in die ePA eingetragen.

Wenn das Medikament dann in der Apotheke abgeholt wird, wird auch das dokumentiert – inklusive eventueller Änderungen oder Rückfragen durch die Apotheke.

Was aber fehlt, ist zum Beispiel die Information darüber, ob der Patient das Medikament wirklich eingenommen hat und wenn ja, wie. Also ob es wie vorgeschrieben vor oder nach dem Essen genommen wurde oder ob es mit anderen Medikamenten oder Nahrungsmitteln kombiniert wurde, die möglicherweise nicht empfohlen sind. Diese Daten könnte nur der Patient selbst ergänzen – aktuell ist das aber nicht vorgesehen.

Zusätzlich sollen Arztberichte, Entlassberichte und weitere medizinische Dokumente in die ePA übertragen werden. Das passiert allerdings nicht sofort, sondern erst nach und nach.

Wichtig zu wissen:

Am Anfang ist die ePA erstmal leer, außer den Abrechnungsdaten der Krankenkasse.

Mit der Zeit sollen Labordaten, Röntgenbefunde und andere relevante Berichte hinzukommen.

Die Bilder selbst, also Röntgen- oder MRT-Aufnahmen, werden nicht in der ePA gespeichert – dafür fehlt der Speicherplatz. Es werden nur die schriftlichen Befunde abgelegt.

Letztlich hängt der Erfolg der ePA auch davon ab, ob und wie die Praxen und Kliniken mitmachen – denn sie müssen die relevanten Dokumente bewusst in die ePA übertragen. Ihre Hauptsoftware bleibt weiterhin ihr eigenes System, aber bestimmte Dokumente sollen dann zusätzlich in die ePA hochgeladen werden, damit auch der nächste behandelnde Arzt oder die nächste Ärztin darauf zugreifen kann.

MS: Super, vielen Dank! Ich glaube, es war wichtig, da mal einen Gesamtüberblick zu bekommen. Denn viele Patientinnen und Patienten haben ganz unterschiedliche Vorstellungen von der ePA – manche haben große Hoffnungen, andere wiederum eher Ängste, vor allem in Bezug auf die Datennutzung. Ein Punkt, den du gerade angesprochen hast, finde ich besonders wichtig: Das Verhalten der Patientinnen und Patienten selbst wird in der ePA nicht erfasst. Das bedeutet, dass es weiterhin essenziell ist, mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt ein ehrliches Gespräch zu führen. Das stelle ich mir auch in der Praxis schwierig vor. Wenn jemand in zehn Jahren auf seine Befunde zurückblickt und gefragt wird: „Haben Sie damals das Medikament wie verordnet eingenommen?“, kann man sich daran ja oft gar nicht mehr so genau erinnern. Das zeigt, dass die ePA kein Ersatz für das ärztliche Gespräch ist, sondern eher eine Unterstützung. Eine Sache hat mich noch stutzig gemacht: Du sagtest, dass Röntgenbilder selbst nicht in der ePA gespeichert werden, weil die Dateien zu groß sind. Gibt es denn noch weitere Einschränkungen? Also sind in der ePA nur reine Textdateien gespeichert, oder können auch andere Formate hinterlegt werden?

JH: Aktuell ist es nur möglich, PDFA Formate dort zu. Also das war mal anders, als wir noch die ich sag jetzt mal die optin EPA, also wo sich noch jeder Patient für die E PA selber entscheiden musste, als wir die noch hatten, konnte der Patient ein mit seinem Handy seinem Smartphone ein Foto machen und das dann in seine Ehepaar hochladen und die entsprechenden Daten dazu hinterlegen, zum Beispiel Laborbefunde von Laborarzt sowieso vom Soundsovielten. Das geht jetzt nur, wenn man es vorher in ein sogenanntes PDFA Format umgewandelt hat. Nur dann kann man es jetzt in die E Pa. Grundsätzlich kann man das, aber jedes Bild kann man auch in einem PDFA Format umwandeln und das sollte dann auch so funktionieren. Aber man muss es eben vorher machen.

MS: Oh OK, nee, aber das ist ja auch gut zu wissen, dass man jetzt sieht, dass es also inhaltlich erstmal keine Beschränkung gibt, man aber eben da rein technisch noch auch gucken muss, wie man es eben dann richtig umsetzt. Was mich jetzt noch interessiert, ist tatsächlich zusätzlich: Du hast davon gesprochen, dass die EPA erstmal leer ist. So, und dann soll sie nach und nach befüllt werden, aber eigentlich ist ja das Ziel der EPA, aufgrund der vorangegangenen Behandlung Rückschlüsse auf die jetzt kommende richtige Behandlung zu treffen. Dementsprechend wird es ja auch so sein, dass auch ältere Befunde, die jetzt, sage ich mal, nach dem Erhalt der EPA, schon, die eigentlich vor dem Erhalt der EPA sozusagen schon erfolgt sind, dass man die dort auch eintragen kann. Aber wie weit kann das denn gehen? Weil wenn ich mir jetzt vorstelle, ich bin seit 30 Jahren beim gleichen Hausarzt, kann ich mir vorstellen, wie das klappt, dass dann eben dort die Sachen vorhanden sind und eingetragen werden können. Aber wie ist es jetzt, wenn ich umziehe oder so, dass ich vielleicht auch häufiger den Arzt wechsle? Dann stelle ich es mir extrem schwierig vor, die ganzen Daten überhaupt zu sammeln. Also ich weiß nicht, wie weit können wir denn davon ausgehen, dass die Daten in die Vergangenheit zurückreichend erfasst werden?

JH: Ja, im Grunde genommen kann man das selbst entscheiden. Also man kann ja alte Dokumente, die einem vorliegen, in Papierform zum Beispiel einscannen, in ein PDFA-Format umwandeln und dann hochladen. Dann hätte man die alten Befunde dort oder man kann seinen Arzt bitten, dass er den letzten Bericht, den letzten Arztbericht dort einstellt. Oder man geht zu seiner Krankenkasse und kann die bitten, die Sachen dort einzustellen und zu hinterlegen. Was ich auf jeden Fall empfehlen würde: Es gibt ja einige Patienten, die aus den Achtzigern oder Neunzigern noch irgendwelche Allergiepässe haben. Wenn man als Patient sagt: "Okay, das möchte ich da unbedingt drin haben", dann sollte man das wirklich tun. Denn Allergien, zum Beispiel Medikamentenallergien, sind wichtige Informationen. Das kann sich auch auf Anästhesieverfahren auswirken. Wenn man doch mal eine Vollnarkose braucht, dann werden bestimmte Informationen wirklich wichtig. Oder wenn jemand Penicillin-Allergiker ist – solche Informationen sind so entscheidend, dass sie auch jemand wissen sollte, der den Patienten nicht kennt. Im Notfall kann genau das überaus wichtig sein.

MS: Mhm, ja, das ist extrem spannend, und das ist natürlich auch das, woran ich jetzt gedacht habe. Wie weit reicht es zurück? Es gibt ja durchaus Befunde, die schon sehr alt sind, die aber immer noch gültig sind. Wie du sagst, Allergien sind da wahrscheinlich das beste Beispiel. Da sollte man als Patient oder Patientin aktiv dafür Sorge tragen, dass sie in die EPA aufgenommen werden, damit sie auch wirklich so genutzt werden kann, wie sie genutzt werden soll.

JH: Ja und vor allen Dingen auch fehlende Organe – das wäre für mich ein wichtiges Beispiel. Oder Implantate. Also, dass man einfach dafür sorgt, dass solche Dinge, die wirklich lebenslang relevant sind... Du hast eigentlich genau das richtige Wort gefunden. – Ja, gut, ja. – Sachen, die sich lebenslang sehr wahrscheinlich nicht ändern. Mhm. Die sollten da schon irgendwie mit einfließen. Und ob man jetzt seinen Arzt bittet, seine Krankenkasse bittet oder ob man das selbst in die EPA einstellt, ist dabei so ein bisschen zweitrangig. Wobei man immer wieder sagen muss: Die Daten, die der Patient selbst eingestellt hat, werden bei der Ansicht von Dokumenten nicht die gleiche Priorität haben wie die, die von Ärzten eingestellt wurden. Ja, also man muss ja immer überlegen: Wie sehen die Ärzte in den Praxen und Kliniken die Daten in der EPA? Und das ist noch gar nicht so richtig klar. Ich habe mit einigen gesprochen, und wenn sie darauf schauen und der Patient die Daten selbst eingestellt hat, dann muss man jetzt auch in den Modellregionen beobachten, wie sie damit umgehen. Haben die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen oder Krankenhausinformationssystemen sich dazu schon Gedanken gemacht? Wie soll das eigentlich angezeigt werden? Ja, und genau das muss in den Modellregionen noch hinterfragt werden.

MS: Mhm, ja, aber ich finde es gut, dass du das ansprichst. Man sieht eben, dass man die EPA – abseits von allen Ängsten und Fragen, die sich da auftun – überhaupt erst einmal richtig nutzen können muss. Dafür muss man vorher bestimmte Schritte gehen, beziehungsweise mit den Ärzten darüber sprechen. Denn klar, die Gefahr – also das, was du gerade gesagt hast, erinnert mich ein bisschen daran: Sagen wir mal, du bist über einen langen Zeitraum Patientin mit der EPA, und alle Daten der nächsten zehn Jahre sind dort gespeichert, aber genau eine Unverträglichkeit, ein fehlendes Organ, wie du schon gesagt hast, oder eine chronische Schwäche sind einfach nicht erfasst. Das wäre ja fatal. Man muss also wirklich sicherstellen, dass die EPA so gefüllt ist, dass sie sinnvoll genutzt werden kann. Denn wenn irgendwann die Zeit kommt, in der sich Ärztinnen und Ärzte komplett auf die EPA verlassen, muss natürlich gewährleistet sein, dass sie auch vollständig und korrekt ist.

JH: Na ja, also… da sprichst du eigentlich einen ganz wesentlichen Punkt an. Wir haben auch im Gesundheitsbereich die Herausforderung – sagen wir es mal so –, dass jeder Mensch Fehler macht. – Ja, klar. – Wir haben auch Abrechnungslogiken, die für sich genommen korrekt sind, aber wenn man sie in einer Patientenakte sieht, können sie ein falsches Bild vermitteln. – Ja. – Es kann sein, dass die Abrechnung formal richtig ist, aber sie passt nicht zu diesem speziellen Patienten. Und dann stellt sich die Frage: Wie gehen wir damit um, dass in der EPA auch Daten enthalten sind, die gar nicht primär für die Dokumentation des Gesundheitszustands erhoben wurden? Stehen sie im richtigen Kontext? Geben sie überhaupt noch das korrekte Bild wieder? Und genau damit müssen wir erst einmal lernen umzugehen. Das wird eine Herausforderung, besonders in den ersten Jahren.

Deshalb kann ich eigentlich nur jedem empfehlen, regelmäßig nachzusehen, welche Daten überhaupt in der jeweiligen EPA vorhanden sind. Stimmen sie überhaupt? Was steht da drin? Oder gibt es Fehler? Wir haben schon Rückmeldungen bekommen, bei denen sich herausgestellt hat, dass bestimmte Angaben falsch sind – und das ist etwas, das man unbedingt kommunizieren muss. Wenn solche fehlerhaften Daten in der EPA stehen, dann kann das schwerwiegende Folgen haben. Das ist eine große Herausforderung, der wir uns stellen müssen.

Wir dürfen nicht so tun, als wäre alles in Ordnung, nur weil wir die EPA haben. Wir stehen erst am Anfang dieses Prozesses. Und wir müssen diesen Weg gemeinsam gehen. Deshalb kann ich nur empfehlen, dass sich jeder seine EPA anschaut. Sind die Daten korrekt? Wenn ja, super – dann kann man sie abhaken. Aber wenn etwas nicht stimmt, dann sollte man mit den behandelnden Ärzten kommunizieren, um sicherzustellen, dass die Daten angepasst werden.

Das ist ein Lernprozess, den wir alle zusammen durchlaufen müssen. Und ich bin wirklich gespannt, was dabei herauskommt. Denn das wird eine interessante Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Wir müssen uns gemeinsam fragen: Wie sieht es beim Patienten aus? Fehlt etwas? Werden bestimmte Informationen anders dargestellt, als sie eigentlich sind? Und warum? Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass jemand schuld ist – es kann einfach an bestimmten systembedingten Logiken liegen. Aber genau das wird eine große Herausforderung, der wir uns stellen müssen. – Mhm. – Ja, das wird spannend.

MS: Ja, ja, danke. Da bist du ja noch viel weiter auf die Frage oder über die Frage hinausgegangen. Ich denke, das zeigt jetzt erstmal genau, wo wir stehen – welche Potenziale es gibt, aber auch, was noch getan werden muss. Und ich finde es wichtig, was du gerade gesagt hast: Das müsste man sich als Patient oder Patientin generell bewusst machen. In der Selbsthilfe ist es ja unser großes Credo, dass wir die Experten und Expertinnen für unsere eigenen Körper sind.

Dieses Bewusstsein sollte aber über die Selbsthilfe hinausgehen – hin zum generellen Dialog mit Ärzten und Ärztinnen und speziell auch in Bezug auf die Nutzung der EPA. Man sollte sich dieser Verantwortung bewusst sein. Denn die EPA ist kein magisches Tool, das auf einmal alles automatisch verbessert. Es braucht aktive Beteiligung. Deshalb danke ich dir für deine ehrliche Einschätzung.

Gleichzeitig finde ich es beruhigend zu wissen, dass ich als Patient oder Patientin aktiv Einfluss nehmen kann. Indem ich verantwortungsbewusst mit meinem Körper umgehe und mich mit den gespeicherten Daten auseinandersetze, kann ich dazu beitragen, dass die EPA sinnvoll genutzt wird. Ich kann selbstbewusst mit meinem Arzt oder meiner Ärztin sprechen und sagen: „Das steht da zwar so, aber vor fünf Jahren war das ganz anders.“ Oder: „Ich habe den Arzt gewechselt, und da gibt es Unterschiede.“ Es gibt viele Gründe, warum Daten manchmal nicht ganz korrekt oder missverständlich sind – das ist völlig normal.

Das finde ich super. Ich glaube, damit sind wir mit dem großen Einführungskomplex jetzt auch durch. Ich denke, die Zuhörenden haben ein gutes Gefühl dafür bekommen. Deshalb möchte ich direkt zum nächsten Thema übergehen – zu einer weiteren Sorge, die mir häufig begegnet und zu der ich selbst gar nicht so viel sagen konnte.

Und zwar geht es um das Thema Datenschutz. Das wissen wir ja alle: Gerade wenn es um sensible, gesundheitsbezogene Daten geht, ist Datenschutz ein extrem wichtiges Thema. Unsere Verbände zeigen immer wieder, wie entscheidend ein verantwortungsvoller Umgang damit ist.

Jetzt kommt aber eine technische Neuerung wie die EPA ins Spiel, und viele Menschen wissen gar nicht genau, wie es damit aussieht. Deshalb vielleicht mal ganz grundlegend: Wer kann überhaupt auf die EPA zugreifen? Du hast ja vorhin gesagt, dass man Ärzten und Ärztinnen den Zugriff grundsätzlich erlauben kann, wenn man nicht widerspricht. Aber es gibt ja auch die Möglichkeit, bestimmten Personen den Zugriff zu verweigern.

Und wer kann sonst noch darauf zugreifen? Haben zum Beispiel Krankenkassen Zugriff? Ich glaube, viele Patientinnen und Patienten haben da aktuell gar kein klares Gefühl für.

JH: Das ist eine sehr realistische und ehrliche Einschätzung. Besonders wichtig finde ich den Punkt, dass Datenschutz immer ein Balanceakt ist – zwischen dem Schutz sensibler Informationen und der Notwendigkeit, dass medizinische Daten verfügbar und nutzbar sind.

Gerade bei Erkrankungen, die gesellschaftlich stigmatisiert sind oder die berufliche Laufbahn beeinflussen könnten, ist die Sorge verständlich. Auch wenn Betriebsärzte aktuell keinen Zugriff auf die EPA haben, ist das Misstrauen nachvollziehbar. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen ja, dass selbst gut geschützte Datensysteme potenzielle Schwachstellen haben können.

Was ich auch spannend finde, ist die Unterscheidung, dass man den Zugriff auf Einrichtungsebene steuert, nicht auf Arzt-Ebene. Das ist ein wichtiger Punkt, weil viele sich vielleicht wünschen würden, dass sie individuell festlegen können, welcher Arzt oder welche Ärztin innerhalb einer Klinik die Akte einsehen darf.

MS: Ich finde es gut, dass du offen sagst: „Ich kann nicht garantieren, dass es 100 % sicher ist.“ Das ist realistisch und zeigt, dass man sich mit dem Thema ernsthaft auseinandersetzt, anstatt blinde Versprechen zu machen.

Denkst du, dass es in Zukunft eine größere Transparenz oder mehr Kontrollmöglichkeiten für Patienten geben sollte, gerade in Bezug auf Datenschutz?

JH: Absolut, das ist ein guter Vergleich. Wenn selbst hochgesicherte Systeme wie das Pentagon oder große Konzerne gehackt werden können, dann ist es realistisch anzunehmen, dass es für die EPA auch zumindest theoretische Risiken gibt. Es kommt also stark darauf an, wie die Sicherheitsebenen umgesetzt sind und wie schnell auf potenzielle Bedrohungen reagiert wird. Wahrscheinlich wird es in Zukunft immer wieder Anpassungen und Verbesserungen geben müssen – gerade weil sich auch Cyberangriffe ständig weiterentwickeln.

MS: Hast du das Gefühl, dass in der öffentlichen Diskussion um die EPA solche realistischen Sicherheitsfragen genug thematisiert werden? Oder geht es mehr um die grundsätzliche Skepsis gegenüber der Digitalisierung im Gesundheitswesen?

JH: Ja, das klingt nach einer sehr pragmatischen Sichtweise: Die meisten Menschen haben vermutlich wenig zu befürchten, während bestimmte Gruppen oder Personen mit besonders sensiblen Diagnosen oder beruflichen Risiken ein stärkeres Datenschutzinteresse haben. Das ist ja auch der Punkt, an dem es schwierig wird: Einerseits soll die EPA für alle möglichst einfach nutzbar sein, andererseits braucht es feine Steuerungsmöglichkeiten für Menschen, die bestimmte Daten schützen möchten. Hast du den Eindruck, dass die EPA momentan diesen Balanceakt gut hinbekommt? Oder sind die Möglichkeiten zur Kontrolle über die eigenen Daten noch nicht ausreichend?

MS: Ja, genau! Du kannst in der EPA wohl festlegen, welche Arztpraxis oder Einrichtung welche Daten sehen darf. Das bedeutet, dass dein Kardiologe Zugriff auf deine kardiologischen Befunde haben kann, aber dein Zahnarzt nicht automatisch darauf zugreifen muss. Das ist natürlich super für Menschen, die bewusst entscheiden möchten, welche Informationen für welche Behandler\*innen relevant sind. Gleichzeitig bedeutet es aber auch einen gewissen Verwaltungsaufwand, weil man sich aktiv mit den Einstellungen auseinandersetzen muss, um wirklich die Kontrolle über die eigenen Daten zu behalten. Gerade für Menschen, die bestimmte Diagnosen bewusst nicht in jedem medizinischen Kontext preisgeben möchten – sei es aus beruflichen oder anderen Gründen – ist diese Steuerungsmöglichkeit enorm wichtig. Hättest du erwartet, dass die EPA diese Differenzierung so ermöglicht?

JH: Das sollte gehen. Ja, über die Einstellung von Vertraulichkeitsstufen, das sollte eigentlich so funktionieren, ja. Ich verstehe, was du meinst, und du hast völlig recht. Wenn du ein Herzproblem hast und beim Kardiologen bist, ist es klar, dass du darüber sprechen musst, damit er oder sie dich behandeln kann. Die Sache mit der EPA ist jedoch, dass sie dir die Möglichkeit gibt, bestimmte Daten nur den relevanten Ärzten zugänglich zu machen. Das bedeutet, dass diese Informationen unter der ärztlichen Schweigepflicht bleiben, solange sie nur für die relevanten medizinischen Fachkräfte zugänglich sind, bei denen du zugestimmt hast, dass sie auf diese Daten zugreifen können.

Was die Angst angeht, dass beispielsweise dein Arbeitgeber oder andere nicht-medizinische Stellen auf diese sensiblen Gesundheitsdaten zugreifen können: In der Regel dürfen solche Daten nicht einfach weitergegeben werden. Die ärztliche Schweigepflicht schützt deine Informationen vor der Weitergabe an Dritte, es sei denn, du gibst explizit deine Zustimmung oder es gibt eine rechtliche Verpflichtung zur Weitergabe. Das heißt, der Arbeitgeber könnte theoretisch nicht auf deine EPA zugreifen, es sei denn, du stimmst dem ausdrücklich zu – und das wäre ein klarer Verstoß gegen Datenschutzrechte.

MS: Es gibt also nicht wirklich eine größere Gefahr durch die EPA, als es sowieso schon bei der normalen ärztlichen Behandlung der Fall ist, solange du den Zugriff kontrollierst und sicherstellst, dass nur die richtigen Personen deine Informationen sehen. Hast du da noch Bedenken bezüglich der Sicherheit deiner Daten?

JH: Ja, das ist ein sehr wichtiger Punkt, den du ansprichst. Der Datenschutz geht eben nicht nur darum, dass die Daten nicht unbefugt eingesehen oder weitergegeben werden, sondern auch darum, dass die Datenintegrität gewahrt bleibt. Also dass die Daten korrekt und unverändert sind, was im Fall von Cyberangriffen oder anderen technischen Problemen schwierig zu überprüfen ist. Die Idee, regelmäßig zu überprüfen, ob die Daten plausibel sind und mit deinem tatsächlichen Zustand übereinstimmen, ist eine gute Strategie, um Fehler zu vermeiden.

Die Verantwortung, selbst auf die Richtigkeit der Informationen zu achten und im Dialog mit den Ärzten auf eventuelle Unstimmigkeiten hinzuweisen, ist ein wichtiger Aspekt. Es geht ja auch darum, selbst als Patient aktiv zu bleiben, um sicherzustellen, dass alles korrekt erfasst und verstanden wird. In gewisser Weise kann diese Auseinandersetzung mit den eigenen Daten sogar einen positiven Einfluss auf den Heilungsprozess haben, weil man sich intensiver mit seiner eigenen Gesundheit auseinandersetzt.

MS:Würdest du sagen, dass du diese Kontrolle über deine Daten bereits regelmäßig vornimmst oder könnte das noch ein Thema sein, das du verstärkt in den Fokus nehmen möchtest?

JH: Absolut, du hast völlig recht. Die Gesundheitskompetenz ist wirklich entscheidend, wenn es darum geht, mit digitalen Tools wie der EPA umzugehen. Es geht nicht nur darum, dass die Daten digital erfasst werden, sondern auch darum, dass man als Patient aktiv und informiert bleibt. Du sprichst hier ein wichtiges Thema an: Selbstbeobachtung und selbstständige Kontrolle.

Wie du sagst, ist die EPA ein Hilfsmittel, das Prozesse vereinfachen kann, aber Fehler, sei es durch technische Probleme oder menschliche, sind immer noch möglich. Gerade bei der Einnahme von Medikamenten oder der Beobachtung des eigenen Gesundheitszustands ist es wichtig, aufmerksam zu bleiben und regelmäßig nachzufragen, wenn etwas nicht stimmig erscheint. Es ist ein gutes Beispiel dafür, wie digitale Tools und Gesundheitskompetenz Hand in Hand gehen müssen.

Das bedeutet, dass die EPA und ähnliche digitale Gesundheitslösungen eine Unterstützung sein können, aber die Verantwortung für die eigene Gesundheit letztlich bei jedem selbst bleibt.

MS: Hast du das Gefühl, dass du genug Informationen oder Unterstützung hast, um diese Kontrolle wirklich wahrnehmen zu können, oder gibt es da noch Bereiche, wo du dir mehr Aufklärung oder Beratung wünschen würdest?

JH: Ja, genau! Die Digitalisierung bringt nicht nur Transparenz, sondern auch die Möglichkeit, mehr über den eigenen Gesundheitszustand zu lernen und aktiv mitzugestalten. Früher wurde vieles entweder gar nicht gesagt oder war einfach nicht Teil der Kommunikation – gerade bei Medikamenten oder bei Behandlungsschritten. Doch mit der EPA und ähnlichen digitalen Tools wird es viel einfacher, alle Informationen an einem Ort zu haben und auch mit den Ärzten zu teilen. Das Protokollieren und Austauschen von Informationen – sei es, dass man Medikamente vergisst oder dass neue Beschwerden auftreten – wird dadurch ein viel bewussterer Teil des Gesundheitsprozesses. Und je mehr man als Patient oder Patientin in den Dialog geht, desto mehr können auch Missverständnisse vermieden werden. Es könnte sogar ein Schritt zu mehr Empowerment sein, weil man nicht nur als „Empfänger“ der Behandlung gesehen wird, sondern als aktiver Teil des Prozesses.

MS: Hast du das Gefühl, dass diese Offenheit und der Austausch bei der Nutzung von digitalen Tools in deiner Arbeit oder deinem Umfeld gut unterstützt wird?

JH: Ja, das ist eine sehr gute Frage! In der Theorie sollte es so sein, dass du als Patientin auf deine eigenen Daten zugreifen kannst, um Fehler zu überprüfen – sei es bei Medikamenten oder anderen medizinischen Informationen. In der EPA (Elektronischen Patientenakte) sind alle relevanten Daten gespeichert, die dir als Patientin zur Verfügung stehen sollten, und im Idealfall kannst du selbst nachsehen, ob die Dosierung oder andere Angaben korrekt sind. Allerdings hängt es oft von der konkreten Technologie und den Zugriffsrechten ab, ob du in der Praxis sofort auf solche Informationen zugreifen kannst. In einigen Fällen, wie bei Medikamenten oder Behandlungsplänen, ist es wichtig, Korrekturen oder Unstimmigkeiten direkt mit dem Arzt oder der Ärztin zu besprechen, um sicherzustellen, dass keine wichtigen Informationen fehlen oder falsch interpretiert wurden. Falls du eine Unstimmigkeit oder Verwirrung feststellst, wäre der erste Schritt, sich mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin in Verbindung zu setzen. Sie sollten die Möglichkeit haben, dir die Informationen in der EPA zu erklären und gegebenenfalls Korrekturen vorzunehmen, falls Fehler aufgetreten sind. Es wäre auch sehr sinnvoll, wenn Ärzte und Ärztinnen aktiv dazu ermutigen würden, Fragen zu stellen, und wenn du Transparenz über deine Medikation und deinen Gesundheitszustand zu deinem Vorteil nutzen kannst. Du solltest nicht zögern, Fehler oder Unklarheiten direkt anzusprechen – das hilft nicht nur dir, sondern auch dem gesamten Behandlungsteam, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Auf jeden Fall kommunizieren, dass man irgendwas für nicht richtig hält, also dass man dann irgendwie einen Fehler macht, weil das Präparat sich geändert hat, oder ja, dass der Arzt sagt, nee, nee, ich hab das schon richtig gemacht oder so. Aber egal, ob man denkt, dass der Arzt einen irgendwie für ich sag jetzt mal beschränkt hält. Ja, also wenn jetzt für mich die Frage im Raum steht, hält der Arzt mich jetzt für dumm, wenn ich die Frage Stelle oder nehme ich eventuell zu viel in der Dosis und schädige mich dadurch? Also da weiß ich, dass ich dann lieber Heidelberg ja als was ich mich schädigen lasse und nee, also da auf jeden Fall ist meine immer meine Empfehlung, wenn irgendwie ein komisches Gefühl aufkommt. Kommt entweder mit der Apotheke kommunizieren und mal nachfragen oder eben auch wirklich in der Praxis anrufen und sagen irgendwie, das kann nicht stimmen, ja oder auch wenn man merkt, OK, die Dosisanpassung hat mir nicht das, das war irgendwie nicht gut oder ich habe festgestellt, weil noch ein zweites Medikament dazu gekommen ist. Das verträgt sich irgendwie bei mir jedenfalls nicht gut, keine Kontrollindikation, aber bei mir verträgt sie es nicht gut, dann unbedingt kommunizieren, ja und das vielleicht sogar auch. Durch den Arzt in der EPA hinterlegen lassen. Also einfach ein kurzes Schreiben rein. Patient wurde umgestellt, weil ja oder das hinterher sogar im Medikationsplan mit drinsteht. Also das ist ja dann eigentlich genau der richtige Ort, wo man das dann auch hinterher mit formulieren sollte, auch als Arzt, dass man sagt, OK. Wurde das andere vielleicht abgesetzt?

MS: Mhm ja, das ist glaub ich total wichtig, dass man eben sieht, also quasi vielleicht nicht, dass man es nicht selber macht, sondern dass man auf jeden Fall mit dem Arzt zusammen in die EPA gucken kann und eben solche Eventualitäten entweder korrigieren kann, wenn da was passiert ist beziehungsweise. Wenn man eben merkt, dass vielleicht das Präparat n anderes ist, ne, dann kann man eben das mal reinschreiben. Kann Patient a verträgt Medikament B mit C gut, aber b mit D leider gar nicht, deswegen bitte immer wenn B mit C und nicht mit d. So ungefähr das denke ich, ist aber tatsächlich was, was extrem hilfreich ist, wenn man das dann wenn man dann nämlich das hätte, weil das ist nämlich tatsächlich was, das weiß ich selber als als Patient, das funktioniert nämlich überhaupt nicht, also wenn man das selber nicht sagt oder weiß, ist ja auch immer. Ne, und das ist natürlich dann. Gut, wenn wir das dann sozusagen da dokumentiert haben. Also das finde ich eigentlich bis jetzt einen der schönsten Vorteile muss ich sagen, es.

JH: Das ist ein sehr wichtiger Punkt. Gerade die Gendermedizin zeigt, wie unterschiedlich Medikamente bei Männern und Frauen wirken können, und es ist essentiell, diese Unterschiede zu dokumentieren. Wenn solche Informationen in die EPA einfließen, können sie nicht nur den einzelnen Patient:innen zugutekommen, sondern auch der Forschung, um zukünftige Behandlungen und Medikamentenempfehlungen zu optimieren.

Die Transparenz, ob ein Medikament wirklich eingenommen wurde oder nicht, ist entscheidend, um die Wirksamkeit und die möglichen Auswirkungen korrekt zu erfassen. In der Schwangerschaft, zum Beispiel, muss man genau wissen, welche Medikamente eingenommen wurden, um den Einfluss auf die Gesundheit von Mutter und Kind zu verstehen. Ohne diese Information ist es schwierig, eine Kausalkette zu ziehen und zu bewerten, ob und wie bestimmte Medikamente zu Schäden geführt haben könnten.

Die Integration solcher Details in die EPA könnte eine enorme Hilfe für die medizinische Forschung und auch für die individuelle Betreuung von Patient:innen sein.

MS: Ja, genau, das ist ein weiterer wichtiger Aspekt, den du ansprichst. Veränderungen im Körpergewicht oder andere körperliche Veränderungen können definitiv Einfluss darauf haben, wie Medikamente wirken. Wenn du beispielsweise 20 Kilo abnimmst, kann sich das auf die Dosierung und die Verträglichkeit von Medikamenten auswirken. Ein Medikament, das vor der Gewichtsreduktion gut funktioniert hat, könnte bei einem veränderten Stoffwechsel oder Körpergewicht plötzlich unangenehme Nebenwirkungen verursachen oder nicht mehr die gewünschte Wirkung zeigen.

Theoretisch könnte diese Art von Information in der EPA festgehalten werden, insbesondere wenn die Patienten oder die Ärzte diese Veränderung bewusst dokumentieren. Ein solcher Hinweis könnte helfen, zukünftige Medikamenteneinstellungen besser auf die aktuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Es ist sinnvoll, regelmäßig zu überprüfen, ob die Medikation weiterhin passend ist, vor allem nach signifikanten körperlichen Veränderungen.

Einmal in der EPA hinterlegt, würde dies helfen, das Wissen über den Gesundheitszustand aktuell zu halten und die Medikation entsprechend anzupassen. In der Praxis müsste das natürlich vom Patienten aktiv kommuniziert und vom Arzt dokumentiert werden, aber es wäre eine sehr wertvolle Information für die gesamte Behandlung.

JH: Ja, du sprichst einen sehr wichtigen Punkt an. Es ist entscheidend, dass wir uns wirklich überlegen, welche Daten für welchen Zweck wirklich notwendig sind und wie wir sicherstellen können, dass sie korrekt und zuverlässig sind. In Notfällen zum Beispiel, wo der Patient bewusstlos ist, müssen wir sicherstellen, dass die wirklich wichtigen Informationen schnell und korrekt zugänglich sind. Welche Medikation wurde zuletzt eingenommen? Gibt es Allergien oder Vorerkrankungen, die in diesem Moment relevant sind?

Aber genauso wichtig ist, dass wir uns bewusst machen, dass nicht alle Daten in jedem Fall notwendig sind. Die Qualität der Daten und die Frage, wie wir sicherstellen, dass sie richtig und aktuell sind, muss kontinuierlich hinterfragt werden. Dabei darf der Datenschutz nie vernachlässigt werden, aber auch der Nutzen für die Patienten muss klar im Vordergrund stehen.

Die Herausforderung wird darin bestehen, den richtigen Balanceakt zwischen der Erhebung und dem Zugang zu wichtigen Gesundheitsdaten einerseits und der Wahrung der Privatsphäre und der Qualität der Daten andererseits zu finden. Dabei sollte der Patient immer die Kontrolle über seine Daten haben und klar verstehen, wofür sie genutzt werden.

MS: Ja, das ist ein sehr spannender Punkt. Es könnte tatsächlich sein, dass die EPA, also diese digitale Dokumentation der Gesundheitsdaten, eine gewisse Entlastung bietet, wenn es darum geht, unangenehme oder peinliche Themen anzusprechen. Vielleicht fühlen sich Patienten in der digitalen Umgebung weniger konfrontiert und können so offener mit ihren Gesundheitsproblemen umgehen, ohne sich gleich persönlich angegriffen zu fühlen oder das Gefühl zu haben, dass der Arzt sie verurteilt. In einem persönlichen Gespräch kann es durch die direkte Interaktion oft zu einer emotionalen Hemmung kommen, die dazu führt, dass Informationen zurückgehalten werden.

Die Frage ist, ob Patienten in der Zukunft mehr Vertrauen in die Anonymität und den Datenschutz der EPA setzen und dadurch eher bereit sind, sensible Daten zu teilen. Das könnte auf jeden Fall zu einer besseren und vollständigen Erhebung der Gesundheitsdaten führen, was wiederum die Behandlung verbessern könnte. Es könnte aber auch sein, dass manche Patienten immer noch zögern, bestimmte Dinge zu teilen, auch wenn sie wissen, dass sie nicht direkt mit dem Arzt in einem persönlichen Gespräch sind.

Die Art und Weise, wie Ärzte und Patienten miteinander kommunizieren, wird sich wahrscheinlich durch die Einführung solcher digitalen Tools verändern, und es ist gut vorstellbar, dass Patienten nach und nach lernen, dass die EPA eine Möglichkeit ist, Informationen sicher zu teilen, ohne sich in einem unangenehmen Gespräch öffnen zu müssen.

Letztendlich hängt vieles davon ab, wie gut das Vertrauen in die digitale Erhebung und den Datenschutz aufgebaut wird und wie komfortabel sich die Patienten mit dieser Art der Kommunikation fühlen.

JH: Das Beispiel mit der Medikationsapp ist ein sehr gutes und zeigt eine interessante Dynamik auf. Es ist nachvollziehbar, dass viele Patienten Schwierigkeiten haben, einem Arzt direkt zu sagen, dass sie ein Medikament nicht einnehmen oder eine andere Dosierung bevorzugen. Das kann zum einen an der Angst vor einer negativen Reaktion des Arztes liegen, zum anderen vielleicht auch an der Sorge, als unkooperativ wahrgenommen zu werden.

Die App schafft hier eine wertvolle Entlastung, indem sie den Patienten eine anonyme Möglichkeit bietet, ihre Medikationsgewohnheiten zu dokumentieren und dem Arzt mitzuteilen, ohne sich direkt konfrontiert zu fühlen. Das ermöglicht es dem Arzt, die nötigen Informationen zu erhalten, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, und zwar ohne dass der Patient das Gefühl hat, sich rechtfertigen zu müssen.

Gleichzeitig bringt es auch den Vorteil, dass der Arzt weniger emotional reagieren muss, weil es weniger um eine persönliche Ablehnung geht, sondern um eine sachliche Information. Es ist auch eine Möglichkeit, in einem sehr schnellen und oft hektischen Praxisumfeld relevante Informationen effizient und zeitnah zu übermitteln.

Die Herausforderung bleibt jedoch, dass solche digitalen Tools nur dann effektiv sind, wenn sie von den Patienten gut genutzt werden und der Arzt die Daten richtig interpretiert und darauf reagiert. Es ist zu hoffen, dass sich diese Form der Kommunikation als langfristig hilfreich erweist und sowohl Patienten als auch Ärzte darin unterstützt, einander besser zu verstehen und auf die Gesundheit des Patienten optimal einzugehen.

MS: Genau, das ist ein spannender Punkt! Der direkte, persönliche Austausch, besonders bei unangenehmen Themen, kann wirklich eine Hürde darstellen. Viele Menschen empfinden es als weniger belastend, eine Nachricht oder eine E-Mail zu schreiben, anstatt sich einem direkten Gespräch zu stellen. Das digitale Tool in der Medikationsapp bietet genau diese Entlastung: Die Information kann übermittelt werden, ohne die emotionale Belastung eines persönlichen Gesprächs zu spüren, was die Kommunikation in schwierigen Situationen viel leichter macht.

Es geht nicht nur um den Vorteil der Anonymität, sondern auch um den zeitlichen Abstand, den man hat, um sich Gedanken zu machen und eine Antwort zu formulieren. Das gibt den Patienten mehr Raum, um ihre Bedenken auszudrücken, ohne sich sofort mit der Reaktion des Arztes konfrontiert zu sehen. Insofern könnte diese Art der Kommunikation langfristig auch das Vertrauen zwischen Arzt und Patient fördern, weil der Patient die Möglichkeit hat, ehrlicher zu sein, ohne Angst vor einem unangenehmen Gespräch zu haben.

Ich finde es auch interessant, dass du den Vergleich zu E-Mails gezogen hast – das stimmt wirklich! Diese Form der schriftlichen Kommunikation gibt den Menschen oft ein stärkeres Gefühl der Kontrolle und Sicherheit.

JH: Ich hoffe nicht, dass ich das bei der Digitalisierung durchsetzt, weil wenn der Arzt irgendwie den Patienten eine Negative geben muss, dann hoffe ich sehr, dass er zu einem persönlichen Gespräch.

MS: Das ist ein sehr wichtiger Punkt. Es gibt viele Faktoren, warum Patienten Schwierigkeiten haben, bestimmte Dinge anzusprechen, selbst wenn sie spüren, dass etwas nicht stimmt. Ängste, das Gefühl, einen Fehler zu machen, oder auch der Wunsch, unangenehmen Situationen zu entkommen, spielen eine große Rolle. Gerade in einer Arzt-Patienten-Beziehung, die manchmal von Hierarchien oder Unsicherheiten geprägt sein kann, fällt es vielen schwer, offen und ehrlich zu sein.

Das digitale Tool könnte hier eine Erleichterung bieten, weil es die Kommunikation indirekter und weniger konfrontativ gestaltet. Man kann Informationen an den Arzt übermitteln, ohne sich sofort der direkten, möglicherweise unangenehmen Reaktion auszusetzen. Das gibt dem Patienten die Möglichkeit, über eine niedrigschwelligere Kommunikation das anzusprechen, was vielleicht im direkten Gespräch schwer fällt.

Trotzdem bleibt es wichtig, dass Ärzte auch wissen, wie sie mit dieser Art der Kommunikation umgehen und dass sie sicherstellen, dass Patienten sich auch weiterhin sicher fühlen, ihnen gegenüber offen zu sein. Letztlich muss der Mensch immer im Mittelpunkt der Behandlung bleiben.

JH: Das wäre auf jeden Fall ein positiver Effekt! Wenn der Arzt aktiv auf den Patienten zugeht und ein offenes Gespräch sucht, um Missverständnisse oder Bedenken zu klären, kann das Vertrauen stärken und die Hemmschwelle senken. Es ist wichtig, dass der Patient sich sicher fühlt und weiß, dass seine Bedenken ernst genommen werden. Wenn solche Gespräche häufiger stattfinden, könnte sich eine stärkere, vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient entwickeln, was auch langfristig zu einer besseren Behandlung führen würde.

MS: Genau das hatte ich nämlich auch gedacht, weil wir dann nämlich erst mal der Arzt es weiß, ohne diesen das sozusagen vom Arzt der erste Schritt als Wissender, sozusagen als Wissender ausgeht. Und dann man sich auch als Arzt und Ärztin vorher die Minute geben kann, das in Ruhe zu kommunizieren und nicht sagen, bist du eigentlich blöd, ne, oder irgendwie sowas, sondern dass dann eben auch sich vorbereitet auf die Leute zugeht, vielleicht auch ein Gefühl erfährt, warum der Gegenüber oder – oder man weiß ja, der hat es gegenüber nicht gesagt, die gegenüber hat es nicht gesagt, dass man das dann alles.
Bisschen sanfter vielleicht macht und dann eben auch ne andere.
Das ist Arzt, Ärztin, Patienten, Patientin. Verhältnis da irgendwie auf die auf die Beine stellt, ne das stimmt jetzt ist Wahnsinn, also wieviel da dran hängt, ne man kann sich wirklich bei diesem ganzen wir sind jetzt so tief im Thema Gesundheitskompetenz drin und das gehört eben einfach dazu.
Und ich glaube, das müssen wir auch einfach so sehen.
Ich würde deswegen auch tatsächlich jetzt schon so ein bisschen, wir haben schon über so vieles gesprochen, was die Evpa kann, dass sie nicht.
Ich kann mich würde tatsächlich jetzt schon interessieren, wenn wir jetzt drüber nachdenken. Du hast ja bei einigen Sachen gesagt, ja, das sollte so sein, das könnte so sein. Wie ist denn vielleicht einfach nur um das mal so vielleicht so kurz darzustellen?
Aktuelle Stand der EPA, das glaub ich, haben wir ja jetzt ganz gut illustriert. Aber was sind denn so für Funktionen für die Zukunft geplant?
Gibt es auch schon.
Weil du hast ja auch schon gesagt, ihr habt schon unglaublich viele Daten erhoben.
Jetzt gibt es diese Probephase anstatt der kompletten der vollkommenen Einführung sag ich mal, gibt es da schon Learnings, so für die nächsten Schritte.

JH: Also was ziemlich sicher kommen wird, ist zum Beispiel diese strukturierten Labordaten. Ja, also dass man dann auch mit dem – also der Vorteil von strukturiert erhobenen Daten ist, dass man sie sich anders ausgeben kann, dass man sie vergleichen kann, dass man mit denen Forschungen betreiben kann, also die sind besser verwertbar, als wenn es nur ein Blatt ist, auf dem also PDF sozusagen, in dem dann die Daten drin stehen.
Ist einfach leichter zu verarbeiten.
Und die Labordaten?
Das ist denke ich mal so ein so ein Schritt, wo ich, wo ich sage, OK, das macht schon Sinn, dann dann ist das strukturiert da, dann kann ich, sehe ich eben, wie sich bestimmte Werte bei mir verändern, wenn ich zum Beispiel Medikamente einnehme oder wenn ich einen bestimmten Lebenszyklus habe.
Wie ändert sich das? Ja.
Und das ist, denke ich mal wichtig, auch um die weitere Therapie dann hinterher zu.
Also das, das stell ich mir als wesentlichen Vorteil vor. Ansonsten haben wir natürlich in den digitalen Impass werden wir kriegen.
Wir werden ja, was es ist noch so als nächstes, jetzt auf jeden Fall also bestimmte.
Überleitungssituationen also vom Krankenhaus ins ins Pflegeheim oder von Krankenhaus in die ambulante Entlassung.
Da wird es viel geben, also dass sich das dann über strukturierte Daten auch anders darstellen lässt.
Ja, also, aber was ich dann hinterher wirklich durchsetzt, da müssen wir gucken. Ja, wir haben ein paar technische Anwendungen in der Optin EPA, da hat man hinterher festgestellt, das funktioniert leider so nicht, wie wir uns das vorgestellt haben und deshalb muss man einfach dran bleiben, um dann auch wirklich den Nutzen generieren zu können, den es haben soll. Wenn man merkt, die Entscheidungen, die man mal irgendwann getroffen hat, war doch nicht die richtige, da muss man halt um.
Mhm.
Denken und das noch mal besser aufsetzen. Dann, wenn eben der zu erwartende Nutzen dabei doch ganz erheblich ist.

MS: "Ja, ja, ich glaub, also wenn ich so das, das Gefühl, was ich jetzt bekommen hab, jetzt auch also in den letzten Monaten, aber jetzt vor allen Dingen auch gerade in unserem Gespräch, ist, man ist schon noch in so einer Try-and-Error-Phase, ne, und versucht, das zu optimieren.
Kann jetzt nicht davon ausgehen, dass wir jetzt sagen, wir haben hier ein fertiges Produkt und das wird auf jeden Fall funktionieren.
Oder wie würdest du das einschätzen?"

JH: Ja, also ich denke immer, also Digitalisierung ist ja auch im Fluss und das, was wir heute – das konnte sich vor 20 Jahren ja noch gar keiner so richtig vorstellen. Und das ist auch in der Medizin.
Genau.
Also wir haben viele Sachen, die sind vor 30 Jahren Standard gewesen, da weiß man heute, nee, passt nicht, ja, so. Und dann ist viel Try-and-Error, ja, muss man ja, muss man einfach so sagen.
Vieles geht gut, aber manche Sachen gehen eben auch nicht gut, ja, so. Und weil man lernt, aber immer. Und das, was bei dem einen Patienten gut funktioniert hat, heißt nicht, dass es bei dem nächsten auch gut funktioniert. Da – also die ärztliche Kunst ist eben eine Kunst, ja. Jetzt können wir gucken, ob die Digitalisierung uns helfen kann, diese Kunst doch einer breiteren Masse zur Verfügung zu stellen.
Ist ja eigentlich das, was dahinter steht.
Dass man das eigentlich möchte und –
Das, das bleibt noch abzuwarten, aber wenn wir dann so tun, als ob wir schon ein fertiges Produkt hätten, dann gehen wir nicht wirklich in eine gute Weiterentwicklung.
Müssen uns permanent hinterfragen, permanent evaluieren. Passt das, passt das nicht, für wen passt es in welcher Form?
Wer kann damit umgehen? Ich gehe davon aus, dass die Digitalisierung vor allem Menschen helfen wird, die zum Beispiel Dritte mitversorgen müssen, für Dritte eine Entscheidung treffen müssen, also wenn Kinder ihre Eltern pflegen müssen und sich dann irgendwie die Daten teilen müssen.
Denke, das ist wirklich ein Gewinn.
Mhm.
Also jedenfalls hoff ich das, dass es ein erheblicher Gewinn wird.
Wir müssen aber immer wieder hinterfragen: Passt das alles, ja?
Und dieses Hinterfragen ist ein ganz wesentlicher Teil des Transformationsprozesses.

MS: Ja, ich find, das ist aber auch einfach vollkommen gut und richtig, wie du sagst. Denn warum ich die Frage dazu gestellt hab mit dem fertigen Produkt, ist ja eben das, was sich manche Leute vorstellen. Das ist auch gar nicht respektierlich gemeint, sondern man denkt eben, viele Dinge kauft man ja auch einfach so, wie sie sind. Und wenn die kaputt gehen, muss man die selber reparieren, und zumindest, wenn sie weg sind, muss man sie zurückgeben.
Dann werden sie weggeschmissen. Und da muss man ja eben bei den ganzen Sachen, also bei allen Aspekten der Digitalisierung, sehen, dass es natürlich ein fortlaufender Prozess ist. Und ich denke, dass es auf der einen Seite, denke ich schon, Angst schüren kann, sage ich mal, wenn man dann denkt, es ist unfertig, das heißt, es ist unsicher.
Auf der anderen Seite fand ich es immer gut, wie du es gesagt hast, denn man muss einfach dem ganzen Thema gegenüber, glaube ich, realistisch offen gegenüberstehen. Weil wir können nicht sagen:
An Tag X gibt es jetzt das Produkt EPA und das bleibt für immer gleich. Weil natürlich werden sich Sachen ändern, und es werden technisch neue Sachen möglich.
Das ist ja jetzt – also das ist ja mit dem E-Rezept doch ein ganz klassisches Beispiel. Das gibt es ja auch noch nicht so lange, und trotzdem ist es inzwischen in der Apotheke gang und gäbe, dass die Leute damit ihr Rezept haben – beziehungsweise dass die Leute die Medikamente teilweise schon da haben, bevor sie überhaupt in die Apotheke gehen. Und da hatten bestimmt auch Leute Sorgen vor. Ich sehe aber jetzt zum Beispiel auch hier bei uns zu Hause, auch bei älteren Mitbürgern, Mitbürgerinnen – die finden das natürlich super. Die kommen da an, die wissen ja: Der Arzt hat das ausgestellt, und dann kriegen die ihre Medikamente. Es geht schneller, und man hat nicht die Angst, dass man den Zettel verliert oder vergessen hat oder irgendwas. Oder dass da jemand handschriftlich – also wenn ich überlege, wie so ein Rezept aussehen würde, wenn ich das eintragen müsste.
Allein handschriftlich schon schwierig, dass die überhaupt die richtigen Medikamente bekommen – beziehungsweise die richtigen Dosierungen. Und ich hab das auch schon erlebt, dass ich mich gewundert hab, dass die Apothekerin das lesen konnte, was ich dahin gehalten hab. Weil der Arzt es eben noch schnell gefühlt auf dem Rücken der Arzthelferin noch schnell draufgekritzelt hat, bis dann eben der nächste Patient, die nächste Patientin wieder dastanden. Und da sieht man ja eben auch, dass viele Dinge einfach gut sind und funktionieren – sie brauchen eben ihre Zeit. Und ich finde vor allen Dingen am allerwichtigsten – auch für unsere Zuhörenden, gerade auch für Patienten, Patientinnen generell, aber gerade auch für Leute aus der Selbsthilfe:
Es ist eben – man kann nicht sich hinsetzen und sagen: 'OK, die EPA ist jetzt so oder so', sondern die Qualität der EPA und das, was sie für mich leisten kann, hat auch sehr viel mit meinem eigenen Mitwirken zu tun. Und das find ich – hast du heute hervorragend herausgestellt. Das müssen wir uns einfach immer wieder sagen. Weil man kennt es doch: Man sagt doch dann immer gerne, wenn man – wenn das nicht klappt, dann mach ich es eben.
Der eine. Und vielleicht müssen wir uns bei der EPA nicht alleine machen, aber eben auch da denken, auch bei der Gesundheit immer mehr dran denken: Ich kann mich da selber gut einbringen. Und gerade wir aus der Selbsthilfe – wir wissen das ja. Also darum geht es ja, ne?
Experten und Expertinnen des eigenen Körpers zu sein. Und die Hoffnung finde ich auf jeden Fall begründet, dass es jetzt durch die EPA auch – der Dialog mit Ärzten und Ärztinnen – und ich weiß, das ist häufig schwierig. Ich weiß, es ist gerade für chronisch Erkrankte häufig ganz, ganz schwer, weil die Ärztinnen und Ärzte nicht die Zeit haben. Oder eben auch, weil sie die Patientenakte nicht komplett haben.
Und dann da wieder in – das ist eben – dass sie oft ein schwieriges Verhältnis zu Ärztinnen und Ärzten haben.
Ich glaube, dass das durch die EPA durchaus besser werden kann. Das find ich eigentlich eine sehr, sehr schöne Aussicht.

JH: Gucken wir mal. Also ich bin also erstmal überrascht, welche Sachen so aus der Digitalisierung von den Menschen wirklich gut angenommen werden. Also das ist ja immer sehr unterschiedlich, und manche Sachen nehmen eben Männer anders an als Frauen, ja, oder Jugendliche dann noch mal ganz anders. Und das ist ja eigentlich auch spannend, das zu beobachten und dann eben die entsprechenden Tools auch zu entwickeln, dass man da offen rangeht und guckt: Okay, wem bringt welche Sache wirklich etwas?

Wir hätten ja vor 10 Jahren in der Selbsthilfe auch nicht gedacht, dass wir so viel digital machen. Und plötzlich stellen wir fest, das hat ja auch erhebliche Vorteile.

Wir stellen aber auch wieder fest, dass viele Sachen nicht so toll sind, wenn man sie digital macht. Dann geht man eben zurück und sagt: Nee, dafür ist es ungeeignet. Und man muss vielleicht auch Sachen noch mal anders angehen, aber man kriegt doch noch mal neuen Input.

Man kann sich ganz anders auch aufstellen. Und diese Kombination, die du versucht hast, auch wirklich gut herauszustellen: Es geht eben Digitalisierung und Gesundheitskompetenz immer Hand in Hand. Und wenn wir das schaffen, das nach vorne zu bringen, dass jeder sich auch um seine Gesundheit kümmert und dafür die digitalen Tools mit zur Hilfe nimmt, dann ist es wirklich – ich denke – eine ganz lohnenswerte Sache für den Einzelnen auch.

MS: Ja, das glaube ich nämlich auch. Ich glaube eben nur, dass es wichtig ist herauszustellen, dass es nur mit dem eigenen Zutun funktionieren kann und dass es ja vielleicht generell auch ein Appell ist, sich noch mehr mit der eigenen Gesundheit, mit dem eigenen Körper zu beschäftigen und auseinanderzusetzen, um eben dann auch zu wissen, was gut für einen ist.

Ich habe noch eine letzte Frage, bevor wir zum Abschluss kommen – und die müssen wir immer stellen, weil das ist natürlich in der Selbsthilfe ganz klar. Wir repräsentieren Menschen mit Behinderung und auch Menschen mit chronischen Erkrankungen. Wie sieht das denn mit der Barrierefreiheit aktuell aus?

Denn wir haben jetzt, finde ich, inhaltlich alles sehr gut bearbeitet, aber das ist natürlich eine Frage, die mir gestellt wird: Wie kann ich das als blinde Person nutzen? Kann ich das als motorisch eingeschränkte Person nutzen? Denn das wäre natürlich jetzt ein Kriterium, das für viele unserer Mitgliedsverbände, für viele Patientinnen und Patienten ein absolutes Riesenproblem wäre.

Wenn das grundsätzlich gut funktioniert, man es aber selbst nicht nutzen kann, wäre das sehr ausschließend. Und da hatten auch tatsächlich viele Angst davor – dass sie aufgrund ihrer Behinderung nicht auf die EPA zugreifen können oder nicht auf alle Elemente, und dass sich dadurch ihre eigene Versorgung verschlechtert.

Das wollte ich nämlich mal fragen: Wie ist da aktuell der Stand?

JH: Also, wir würden in Sachen Barrierefreiheit schon sehr viel erreichen, wenn wir es tatsächlich schaffen, sehr gute Desktop-Varianten von den jeweiligen Kassen-Apps zu haben.

Die Idee war ja ursprünglich, dass jeder das über sein Smartphone verwalten kann. Aber wer sich tatsächlich mit seiner Gesundheit selbst beschäftigt, wird da schnell an Grenzen stoßen – egal, ob er sehbeeinträchtigt ist oder nicht. Das ist einfach ein sehr kleiner Monitor und für die Verwaltung von doch komplizierteren Datenstrukturen nicht so wirklich gut geeignet.

Aber wenn wir es schaffen, das alles auch in diese Desktop-Varianten zu bringen, sodass jemand das auch am PC gut bearbeiten kann, dann sollten viele Barrierefreiheitsfragen auch geklärt werden.

Ich habe jetzt noch mal bei der Gematik nachgefragt, und die haben versichert, dass auch die Kassen daran ein Interesse haben, dass diese Desktop-Varianten angeboten werden.

Das wird voraussichtlich dann so sein, dass man wohl auch ein Kartenlesegerät braucht – so wie man es zum Beispiel bei Online-Banking-Anwendungen hat. Viele nutzen solche Kartenlesegeräte ja bereits. Aber ich denke, das ist etwas, das man in Kauf nimmt, wenn man dann die Daten am PC deutlich besser und leichter verwalten kann.

Es sind einfach viele Daten, und man muss irgendwie gucken, wie man sie sich anzeigen lassen kann und wie man damit arbeiten kann. Ich persönlich könnte das nicht auf meinem Smartphone. Ich weiß, die junge Generation ist da schon deutlich weiter, und die machen Dinge auf dem Smartphone, da denkt man sich: 'Mein lieber Scholli!'

Aber wir haben eben eine Generation, die doch eher davon profitieren soll, dass es überhaupt die EPA gibt, und diese Generation ist von der Smartphone-Nutzung oft weit entfernt. Die brauchen einfach die Desktop-Variante.

MS: Ja, genau! Die Digitalisierung muss inklusiv sein, und es ist wichtig, dass Barrierefreiheit von Anfang an mitgedacht wird – nicht nur als nachträgliche Anpassung. Die Desktop-Variante könnte da wirklich ein entscheidender Schritt sein, um mehr Menschen den Zugang zur EPA zu erleichtern.

Gerade in der Selbsthilfe erleben wir ja selbst, dass digitale Lösungen viele Vorteile bringen, aber auch Herausforderungen mit sich bringen. Deshalb ist es gut zu hören, dass sich die Verantwortlichen Gedanken machen und dass es Pläne gibt, die Nutzung für möglichst viele Menschen praktikabel zu gestalten.

Und du hast recht: Eine reine Smartphone-Variante wäre für viele Menschen eine Hürde. Ein barrierefreier, gut zugänglicher Zugang über den PC kann da einiges erleichtern. Mal sehen, wie es sich entwickelt!

JH: Ja, es man muss halt mal wieder hinterfragen und immer wieder sagen, Leute, ihr müsst, ihr müsst, ihr müsst ja, also Barrierefreiheit wird einem nicht geschenkt, das wäre da so und das muss man leider so festhalten, ja.

MS: Definitiv. Aber auch das kann man ja vielleicht ein bisschen als Appell sehen. Ich weiß ja, dass sich viele Leute mit ihren Fragen zur EPA an uns gewandt haben. Man kann sich ja auch mit Fragen zur Barrierefreiheit oder mit Berichten darüber an uns – oder an dich – wenden. Ich glaube, das ist wichtig.

Da sind wir wieder bei der Selbstbeteiligung an solchen Prozessen. Natürlich muss auch geklärt werden, was nicht funktioniert, damit es verbessert werden kann. Das ist ganz wesentlich.

Die Digitalisierung erfordert eine ganze Menge Eigenbeteiligung. Das haben wir letztes Mal schon gesagt, aber heute, im Rahmen der EPA, haben wir es noch mal deutlicher herausgearbeitet. Ich finde das ehrlich gesagt ganz schön, weil doch die wenigsten Leute wirklich fremdbestimmt sein wollen. Man muss vielleicht ein paar Barrieren – auch im Kopf – durchbrechen, aber ich glaube, dass das der langfristigen Gesundheit und der Gesundheitskompetenz wirklich guttut.

Ich finde es schön, dass wir heute einerseits über Dinge gesprochen haben, die noch nicht funktionieren oder bei denen wir es noch nicht genau wissen. Andererseits haben wir aber auch herausgestellt, dass viele Dinge mit dem eigenen Zutun einfach besser werden können. Das finde ich total beruhigend. Man sieht, dass man selbst extrem viel Einfluss auf den Prozess und auf die eigene EPA hat – und sich damit eben auch auseinandersetzen sollte.

Ich hoffe, dass wir den Zuhörenden, insbesondere jenen, die im letzten Jahr viele Fragen dazu hatten, damit einen besseren Einblick geben konnten.

Ich würde sagen, wir haben das Thema bis jetzt echt gut beackert. Wenn wir noch weiter ins Detail gehen würden, könnte es irgendwann zu viel werden.

Nichtsdestotrotz, Jana, bevor ich dich in deine wohlverdiente Pause entlasse: Gibt es noch etwas, das du zu dem Thema loswerden möchtest? Habe ich etwas vergessen? Haben wir etwas vergessen? Gibt es noch Appelle oder Anmerkungen, die du mitgeben möchtest? Dafür würde ich dir jetzt gern noch einmal die Zeit geben.

JH: Also, ich kann nur eines noch ergänzen: Wir brauchen Feedback. Wir brauchen viel Feedback von den Patienten über ihre Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte. Was passt da, was passt da nicht?

Was hat super funktioniert, was nicht?

Und das würde ich mir wirklich wünschen – gerade aus der Selbsthilfe –, dass da auch viel hinterfragt wird. Und dass, wenn man damit arbeitet, auch zurückgemeldet wird, wie das funktioniert hat.

MS: Ja, ich finde auch, dass wir als Selbsthilfe ein enormes Potenzial haben, besonders die Patienten und Patientinnen, die bereits eine gewisse Gesundheitskompetenz besitzen, weil sie sich intensiv mit ihrer Erkrankung und sich selbst auseinandersetzen. Diese Menschen sind wahrscheinlich diejenigen, die am meisten dazu beitragen können, dass es besser wird, mehr als es sonst jemand könnte. Dementsprechend, liebe Zuhörende, werdet ihr mit einer kleinen Hausaufgabe sozusagen rausgeschickt: Digitalisierung geht nur zusammen, das haben wir heute, glaube ich, gelernt. Ganz, ganz herzlichen Dank für die lange Podcast-Folge und die tollen Insights. Ich finde, wir haben über viele Themen gesprochen, die vielleicht sogar Fragen beantworten, die in klassischen FAQs gar nicht auftauchen. Ich glaube, das ist ein sehr schöner Überblick gewesen. Und wie gesagt, danke für deine Expertise und deine Zeit.

JH: Ja, hat Spaß gemacht. Dir auch danke.

MS: Ja, dann mal gucken, ob wir uns im Laufe der Monate noch mal im Rahmen eines Podcasts hören. Ansonsten kann ich euch da draußen sagen, es wird wieder weitergehen. Wir werden auch in einem ähnlichen Themenbereich wie auch letztes Jahr unterwegs sein. Also wir versuchen jetzt hier über unseren Podcast, euch ein bisschen mehr, ein bisschen tiefer in unsere Arbeit mit reinzunehmen. Aber heute war mir eben wichtig, dass wir abgesehen von der tollen Arbeit, die Diana und auch unsere Kollegin leisten, auch konkret an ein Thema gehen. Und ja, das wird euch in den nächsten Monaten auch weiterhin erwarten, dass wir quasi anhand von klaren Fragestellungen ein bisschen in unsere Projekte gehen und euch zeigen, was wir da machen oder was auch abseits davon gemacht wird. Also freut euch drauf. Mir bleibt jetzt noch zu sagen: Wenn ihr lang durchgehalten habt, sehr gut, ich hoffe, ihr seid jetzt besser informiert als vorher. Alles Gute, bleibt gesund und bis bald. Tschüss.