



Nur zur dienstlichen Verwendung

## Wortprotokoll der 23. Sitzung

### **Ausschuss Digitale Agenda**

Berlin, den 12. November 2014, 16:00 Uhr  
11011 Berlin, Konrad-Adenauer-Str. 1  
Sitzungssaal: PLH E.200

Vorsitz: Jens Koeppen, MdB

## Tagesordnung - Öffentliches Fachgespräch

### **Tagesordnungspunkt 1**

**Seite 06**

Öffentliches Fachgespräch zum Thema "eHealth

### **Liste der Sachverständigen**

**Ausschussdrucksache 18(24)SB09**

### **Fragenkatalog**

**Ausschussdrucksache 18(24)SB10**



## Nur zur dienstlichen Verwendung

### Mitglieder des Ausschusses

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Beermann, Maik Durz, Hansjörg Jarzombek, Thomas Koeppen, Jens Nick, Dr. Andreas Schipanski, Tankred Schwarzer, Christina	Hornhues, Bettina Lange, Ulrich Schön (St. Wendel), Nadine Tauber, Dr. Peter Wanderwitz, Marco Wendt, Marian Whittaker, Kai
SPD	Esken, Saskia Flisek, Christian Kampmann, Christina Klingbeil, Lars Reichenbach, Gerold	Bartol, Sören Dörmann, Martin Stadler, Svenja Träger, Carsten Zimmermann, Dr. Jens
DIE LINKE.	Behrens, Herbert Wawzyniak, Halina	Korte, Jan Pau, Petra
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Janecek, Dieter Notz, Dr. Konstantin von	Beck (Köln), Volker Rößner, Tabea



Nur zur dienstlichen Verwendung

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

Sitzung des Ausschusses Nr. 24 (Ausschuss Digitale Agenda)
Mittwoch, 12. November 2014, 16:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Table with 4 columns: Ordentliche Mitglieder des Ausschusses, Unterschrift, Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses, Unterschrift. Rows are categorized by party: CDU/CSU, SPD, DIE LINKE, BÜ90/GR.

Stand: 7. November 2014
Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste - Luisenstr. 32-34 Tel.030227-32659 Fax: 030227-36339



Nur zur dienstlichen Verwendung

- 4 -

Mittwoch, 12. November 2014, 16:00 Uhr

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte Druckschrift)	Name (bitte Druckschrift)	Dienststellung (bitte nicht abgekürzt)	Unterschrift
BfTI	PLATTNER	Ref	G. Platte
BfWi	Bolik	Regierungsdirektor	Bolik
BfMw	Vellwig	Ministerialrat	Vellwig
BfWV	Wessling	MR/RL	Wessling
BfV	BAR	PST 5	J. Bar

Bundesrat: (bitte Druckschrift)	Unterschrift	Dienststellung (bitte nicht abgekürzt)	Land
JENSSSEN		RS	RP



### Nur zur dienstlichen Verwendung

- 5 -

09

**Ausschuss Digitale Agenda**

**Mittwoch, 12. November 2014, 16:00 Uhr**

**Fraktionsvorsitzende:**

**Vertreter:**

CDU/ CSU

.....

.....

SPD

.....

.....

DIE LINKE.

.....

.....

BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

.....

.....

**Fraktionsmitarbeiter:**

**Fraktion:**

**Unterschrift:**

(Name bitte in Druckschrift)

Julia Junker  
SCHEELÉ

CDU/CSU  
LINKE

J. Junker

Klaus Eck

SPD

K. Eck

Pallat

Bündnis 90/Grüne

Pallat

Liening

CDU/CSU

Liening

Schöber

LINKE

Schöber

Klein

BÜNDNIS 90/GRÜNE

Klein

Anke Walker

CDU/CSU

A. Walker

Thomas Braun

"

T. Braun



## Nur zur dienstlichen Verwendung

### Tagesordnungspunkt 1

#### Öffentliches Fachgespräch zum Thema "eHealth"

Der **Vorsitzende**: Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie ganz herzlich zur 23. Sitzung des Ausschusses Digitale Agenda und zu einem Fachgespräch über das Thema „eHealth“. Ich freue mich über das große Interesse an diesem Fachgespräch und begrüße auch die Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss, die heute dieses Fachgespräch bereichern werden. Insbesondere begrüße ich ganz herzlich unsere fünf Sachverständigen in dieser Runde. Der Reihenfolge nach: Herrn Prof. Dr. Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der gematik, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Frau Prof. Dr. Britta Böckmann, Professorin im Lehrgebiet Informatik und Medizinische Informatik, Herrn Prof. Dr. med. Björn Bergh, Direktor des Zentrums für Informations- und Medizintechnik, Universitätsklinikum Heidelberg, Herrn Christoph Rupprecht, Leiter Stabsbereich Gesundheitspolitik der AOK Rheinland/Hamburg, und Herrn Dr. Thilo Weichert, Leiter Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, einer Anstalt des öffentlichen Recht. Ihnen allen gilt unser herzliches Willkommen. Wir freuen uns, dass Sie uns in diesem Ausschuss die Ehre geben. Und wir freuen uns natürlich auf Ihre Beiträge. Meine sehr geehrten Damen und Herren, die Digitalisierung hat in alle Lebensbereiche Einzug gehalten, so auch in den Bereich Medizin und Gesundheitswesen. Auch hier geht es uns darum, als Ausschuss Digitale Agenda die Chancen zu sehen und die Potentiale deutlich zu machen und zu heben. Es ist auch eine Antwort auf den demografischen Wandel, denn die medizinische Versorgung im ländlichen Raum wird in Zukunft eher mit „eHealth“ und der Telemedizin gelingen als ohne. Der Stand der Technik wird weiter fortschreiten. Viele von uns haben die conhIT besucht - die Gesundheitsmesse - und haben dort gesehen, dass viele technische, aber auch Softwarelösungen bereits da sind. Und jetzt gilt es natürlich, diese in gesetzliche Rahmenbedingungen einzukleiden. Es ist natürlich unabdingbar, dass dieses Thema auch bei uns im Ausschuss Digitale Agenda Thema geworden ist. Das ist so nur konsequent. Bevor wir gleich mit unserer Anhörung beginnen, lassen Sie mich noch einige Worte zum

Ablauf sagen. Wir werden als Erstes eine Einführungsrunde durchführen. Dort haben die Sachverständigen die Möglichkeit, ihr fünfminütiges Eingangsstatement zu halten. Danach geht es in die Debattenrunde, dabei können zwei Fragen an einen Sachverständigen oder eine Frage an zwei Sachverständige gestellt werden. Ich bitte die Fraktionen untereinander zu klären, wer diese Fragen stellt, die Kollegen aus dem Bereich Digitale Agenda oder aus dem Gesundheitsbereich. Aber ich glaube, wir haben genügend Zeit, um mehrere Fragerunden durchzuführen. Ich bitte, jeweils die Mikrofone einzuschalten, damit man Sie auch an den entsprechenden Geräten versteht, und dann die Mikrofone auch wieder auszuschalten, weil es sonst zu Rückkopplungen kommt. Ich beginne nun mit der Anhörung, Herr Prof. Arno Elmer beginnt die Runde. Bitteschön, Sie haben das Wort.

**SV Prof. Arno Elmer**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren, herzlichen Dank. Herzlichen Dank zunächst für die Einladung und die Möglichkeit, hier das Projekt Telematikinfrastuktur, elektronische Gesundheitskarte, vorzustellen. Ich möchte nur ganz kurz zu dem aktuellen Status dieses Projektes berichten, was aus unserer Sicht für das Thema „eHealth“ Digitalisierung im Gesundheitswesen doch ein, wenn nicht der entscheidende Schritt sein wird. Bei der Telematikinfrastuktur, die derzeit von der gematik aufgebaut wird, geht es um die digitale Vernetzung des gesamten deutschen Gesundheitswesens, eben der Idee, eine Plattform, eine interoperable hochsichere Vernetzungsplattform aufzubauen, von der dann alle Beteiligten im Gesundheitswesen insgesamt partizipieren sollen. Um das zu tun, wird zurzeit diese Telematikinfrastuktur – also das Intragesundheitsnetz - national bundesweit aufgebaut. Dieser Bau ist schon am Laufen. Wir werden z. B. den zentralen „Backbone“ bis Ende dieses Jahres tatsächlich schon haben, der wird aufgebaut sein. Und in einem Jahr, derzeitiger Planungsstand drittes Quartal 2015, soll dann diese Telematikinfrastuktur in die Erprobung gehen. Diese Telematikinfrastuktur soll dann, sektorübergreifend, das hochsichere interoperable Netz für alle Beteiligten im Gesundheitswesen sein. Es soll dann die Plattform für die kommenden Anwendungen sein. Wir werden, glaube ich, auch



## Nur zur dienstlichen Verwendung

von den anderen Sachverständigen noch viel dazu hören. Es gibt übrigens im Rahmen dieses Projektes keinen zentralen Server oder Ähnliches, sondern wir reden über eine reine Vernetzungslösung. Das heißt, die Daten - auch im Hinblick auf Datenschutz, Datensicherheit - bleiben grundsätzlich erstmal da, wo sie sind, nämlich beim Arzt, im Krankenhaus, beim Apotheker etc. Die Karte gibt es dann übrigens nur als Grundsatzschlüsselfunktion, Schlüsselfunktion zur Wahrnehmung der Patientenrechte.

Das Chart der Erprobung, die, wie gesagt, nach aktuellem Planungsstand im dritten Quartal 2015 starten wird, ist auf der Folie zu sehen. Der Backbone, der zurzeit von ARWATO - das ist der Industriepartner, der für das zentrale Netz Ende letzten Jahres bundesweit beauftragt worden ist - aufgebaut wird, ist da schon relativ weit. Und wir werden dann in zwei Regionen - Nord-West und Süd-Ost - jeweils fünfhundert Leistungserbringer, also Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, an dieses Netz anschließen und dann mit den ersten Anwendungen dieses Hochsicherheitsgesundheitsautobahnnetz testen. In einer ersten Phase testen wir das Versichertenstammdatenmanagement. Das ist praktisch der Abgleich der Karte: Stimmen die Daten auf der Karte - Adresse, Name, etc. - beim Stecken der Karte, wenn der Patient z.B. zu Quartalsbeginn zum Arzt kommt, tatsächlich auch überein, oder ist die Karte noch gültig. Das ist praktisch der erste Schritt, die erste Anwendung, mit der wir diese Autobahn auf Interoperabilität, Performance, aber eben auch Datenschutz, Datensicherheit überprüfen werden. Direkt danach folgend kommen dann die ersten Anwendungen wie qualifizierte elektronische Signatur, KOM-LE (*sichere Kommunikation Leistungserbringer*) und was wir ansonsten noch an Projekten geplant haben, schon projektiert mit dann tatsächlichen Mehrwertanwendungen für die Patienten, aber insbesondere eben auch für die Leistungserbringergorganisationen und nicht zuletzt mit Sicherheit auch für die Krankenkassen. Wie gesagt das Netz wird kommen, das bauen wir auf, das geht nächstes Jahr in die Erprobung. Ab 2016 ist dann mit Sicherheit - wenn alles gut geht - der bundesweite Rollout möglich. Und dann hätten wir eine bundesweite Plattform für das Thema „eHealth“ im deutschen Gesundheitswesen. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Elmer. Frau Prof. Dr. Böckmann, Sie schließen

gleich an. Bitteschön, Sie haben das Wort.

**Sve Prof. Britta Böckmann**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, liebe Abgeordnete, sehr verehrte Damen und Herren, ich bin sehr froh, dass der Ausschuss Digitale Agenda dieses Thema „eHealth“ hier als ein gesellschaftlich ganz wichtiges Thema des digitalen Wandels, vor dem wir stehen, aufgreift. Gleichzeitig war ich bei den Fragen doch erstaunt, dass die meisten Fragen sich größtenteils mit den potentiellen Problemen beschäftigen, die wir dort haben, und noch sehr wenig mit dem Potential, das eigentlich in diesem digitalen Wandel steckt. In anderen Ländern haben wir nach heutigem Stand schon deutlich bessere Voraussetzungen für den digitalen Wandel, z. B. ist es in Dänemark so, dass jeder Patient eine elektronische Patientenakte hat, dass alle Krankenhäuser sowie fast alle Ärzte an diesem elektronischem System partizipieren und dass man sich Termine online buchen kann bei einem Arzt der Wahl und Ähnliches.

In den USA ist es so, dass heute schon an Lösungen gearbeitet wird, wie man klinische Daten von Patienten nutzen kann, um daraus Wissen für die Behandlung eines aktuell anwesenden Patienten abzuleiten. Dort werden diese Daten schon ganz anders analysiert und verwertet als bei uns. Ich will damit nicht sagen, dass das alles ideale Lösungen sind, aber in Deutschland stehen noch nicht wir an der Stelle, in Deutschland ist das anders. Der Fehlstart der Gesundheitskarte vor mittlerweile ungefähr zehn Jahren hat natürlich viel blockiert, hat vor allen Dingen auch viel Stimmung für „eHealth“ in eine falsche Richtung gebracht. Wir brauchen die Gesundheitskarte, das steht völlig außer Frage. Und wir brauchen auch die Telematikinfrastruktur. Wenn wir aber glauben, dass das ein innovatives Projekt ist, dann ist das eine Fehlannahme. Mit diesem Projekt holen wir gegenüber anderen Ländern auf. Und wenn wir in zwei Jahren vielleicht da sind, dass die Gesundheitskarte mit den ersten Anwendungen flächendeckend ausgerollt ist, dann haben wir eine Autobahn. Dann ist es aber längst noch nicht so, dass wir insgesamt aufgeholt hätten oder gar anderen Ländern voraus wären.

Wir haben in Deutschland kein Problem an innovativen Projekten. Wir haben wunderbare innovative Projekte in der Telemedizin, in der Telematik, in vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Wir



## Nur zur dienstlichen Verwendung

haben aber ein großes Problem, diese Innovationen auf die Straße zu bekommen und in die Regelversorgung zu überführen. So ist es z. B. im Bereich der Telemedizin in mittlerweile fünfzehn Jahren gelungen, ganze zwei Anwendungen als reguläre Abrechnungsziffern in die entsprechenden Gebührenkataloge zu bekommen. Das ist Telemedizin für Schlaganfall und das ist das sogenannte Schwester Agnes Projekt. Wenn wir es - trotz des Systems der Selbstverwaltung, das ja gar keiner anzweifeln will, denn wir haben eine sehr gute Gesundheitsversorgung, aber das System der Selbstverwaltung ist grundsätzlich ein konsensorientiertes System und damit von der Struktur her zunächst einmal nicht besonders innovationsfreundlich – nicht schaffen, Wege zu finden, die es uns ermöglichen, Innovationen auch in dieses System hineinzubringen, dann werden wir auch in zwei Jahren noch nicht weiter sein als heute. Ich würde mir wünschen, dass wir heute schon anfangen, über Lösungen nachzudenken, wie wir auf dieser Telematikinfrastruktur Lösungen wie i-Health, wie die iWatch von Apple, integriert bekommen. Wir müssen die Telematik-Plattform öffnen, auch für Anwendungen, die nichts mit der Gesundheitskarte zu tun haben. Wir müssen frühzeitig darüber nachdenken, wie wir mit diesen neuen mobilen Technologien und unserer Telematik-Plattform umgehen. Denn nur diese mobilen Technologien werden die Akzeptanz der Bürgerinnen und Bürger haben. Wenn diese demnächst mit der i-Watch und mit der i-Health vor ihrem Arzt stehen und die Daten immer noch nicht austauschen können, dann haben wir aus meiner Sicht etwas falsch gemacht. Ich freue mich auf die Diskussion. Danke.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Prof. Dr. Böckmann. Herr Prof. Bergh Sie haben das Wort. Bitteschön.

SV **Prof. Dr. Björn Bergh**: Vielen Dank, sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung. Ich bin möglicherweise einer der wenigen hier, die sozusagen das, was hier beschlossen wird, dann am Ende des Tages irgendwann umsetzen und leben müssen. Denn das Zentrum, das ich leite, macht eigentlich nur zu zehn Prozent Forschung und zu neunzig Prozent Betrieb, sowohl für das Universitätsklinikum als auch für die Region.

Kurz zur Gesundheitstelematik, weil das bei den Fragen so ein bisschen durcheinander ging. Telematik ist der Überbegriff, Telemedizin ist eigentlich eine Unterteilung, die man hineinnimmt, der Begriff kann bestimmte Teile abdecken. Aber ich denke, der Grundpfeiler für vieles ist tatsächlich so eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte - ganz essenziell. Ich möchte auch kurz erklären, warum das so ist. Sie bringt letztendlich das Meiste und birgt die geringsten Risiken. Warum tut sie das?

Wenn man die Patientenakte sieht, dann geht vieles ausschließlich damit, aber auch vieles einfacher. Wir brauchen letztendlich den Arztbrief nicht mehr von Punkt zu Punkt zu verschicken, wenn er in der Akte enthalten ist. Wir brauchen keine Bilder auszutauschen, wenn sie schon in der Akte enthalten sind. Wir können da das Tele-Monitoring andocken und haben nicht zwei verschiedene Datenquellen - eine Telemonitoringakte und eine Akte, die letztendlich in dem Krankenhaus läuft, was bei uns in den Projekten immer zu Problemen geführt hat. Für Arzneimitteltherapiesicherheit haben wir eine solide Basis. Wir können die Notfalldaten sauber einbinden, das heißt, das ist alles schon da. Der Glaube, die Akten wären kompliziert, ist falsch. Akten sind nicht kompliziert. Es gibt jede Menge Aktenprojekte, die laufen. Das ist eigentlich das, was am meisten, auch international, gefunden wird - neben telemedizinischen Projekten. Das heißt, wenn wir in den Bereich Akte investieren, was viele Regionen in Deutschland gerade tun, dann ist das kein Alleingang, sondern wir sind sozusagen in einer Gemeinschaft. Vor allem gibt es auch Lösungen und Produkte, die das mit internationalen Standards umsetzen. Wenn wir auf die Akte verzichten und anders priorisieren, haben wir folgende Situation. Wir gehen in erhebliche Risiken. Wir wissen nicht, was da herauskommt, wann es da herauskommt, wieviel es eigentlich kostet und ob das überhaupt funktionieren wird, weil wir es alleine tun. So ist meine Empfehlung zu sagen, nicht erst alles neu machen und dann irgendwann doch bei der Akte landen, die ja auch bei den ganz alten Planungen irgendwo am Ende stand, sondern idealerweise damit anfangen. Es ist nicht so schwer, wie manche glauben. Was braucht man nun eigentlich dafür, wenn man das so machen wollte. Zunächst erstmal muss man entscheiden, wer diese Akte eigentlich kontrolliert. Für mich ist die





## Nur zur dienstlichen Verwendung

Antwort da relativ einfach, das können eigentlich nur die Bürger und die Patienten sein. Das wird zum Teil heute ganz anders gehandhabt. Die grundsätzliche Frage, die man sich stellen muss, ist, wem gehören eigentlich die Daten in dem Moment, wo ich sie verschicke, wo ich sie weggebe. Sie gehören nicht dem Sender und dem Empfänger vielleicht auch nicht so richtig. Und gerade wenn sie dann in der digitalen Welt sind, kann es für meine Begriffe eigentlich nur einen Eigner geben, den Bürger. Und wenn man sich das jetzt lebenslang vorstellt, ich weiß nicht, wie oft Menschen im Laufe ihres Lebens das Arztverhältnis wechseln, durch Umzug, durch was auch immer. Wir können nicht immer davon ausgehen, dass der Hausarzt das schon alles machen wird. Viele Menschen wollen das vielleicht auch gar nicht. Die Hoheit muss beim Bürger liegen, und die darf auch nicht eingeschränkt werden. Was heute oft der Fall ist: Um irgendwas zu tun, gibt es so eine Pauschalregelung, alles oder gar nichts. Ich werde irgendwie gefragt, ob ich mitmachen will, kann aber nicht detailliert sagen, dass z.B. meine gynäkologischen oder urologischen Befunde ausgeklammert werden sollen. Diese braucht man vielleicht auch gar nicht, wenn mein Fuß gebrochen ist. Diese Ausprägung, die Detailausprägung von informationeller Selbstbestimmung, ist ein entscheidendes Element an der Ecke, was im Moment nicht vorhanden ist und was gesetzgeberisch gewährleistet werden muss. Sonst werden wir zwangsläufig irgendwann ganz erhebliche Probleme kriegen. Dann müssen wir natürlich als letztes auch das Empowerment noch unterstützen. Wir müssen den Menschen helfen, diese Rechte auch zu leben. Wir können nicht einfach hingehen und sagen, wir sind alle zum Teil keine Ärzte, macht das alles ohne Unterstützung. Dann brauchen wir die ganzen Systeme, die müssen natürlich vernetzt werden. Dazu müssen wir Interoperabilität herstellen, mit internationalen Standards. Was heißt das? Keine nationalen Ansätze, nicht irgendwie alles wieder neu machen, neu probieren und neue Standards schaffen, die kein Mensch außer uns benutzt. Die Produkte sind international. KIS-Systeme (*Krankenhausinformationssysteme*) werden international verkauft, PVS Praxissysteme (*Praxisverwaltungssysteme*) auch. Da hat sich IHE (*Integrating the Healthcare Enterprise*) einfach durchgesetzt, das ist die Macht des Faktischen, ist ja auch ein offener Standard, den man mitgestalten

kann, der auch auf der Prämisse der Anwenderorientierung aufbaut. Es gibt letztendlich auch keine wirkliche Alternative dazu. Mein Wunsch, an wen auch immer oder wer das entscheiden muss am Ende des Tages, lautet, man sollte IHE als Leitstandard festlegen, für alle Telematikdienste, aber auch für die Primärsysteme, denn da kommen ja die Daten her. Das haben auch viele schon, die meisten bauen da ja schon dran. Wir fangen nicht bei null an, die bauen nur nicht an irgendwas ganz anderem. Sie haben das gesehen bei der CONMED, da ist ja durchaus schon viel da. Diesen Prozess muss man natürlich im Detail ein bisschen ausgestalten. Das würde ich, glaube ich, nicht Top-Down machen, das würde ich Bottom-Up machen. Da gibt es eine Community, da gibt es Menschen, die das tun. Denen muss man helfen. Man kann das dann koordinieren über IHE Deutschland, die Telematik Plattform oder über die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Da gibt es verschiedene Elemente, die da helfen können. Grundfunktionen, die brauche ich natürlich irgendwo auch. Das sind Aufgaben, die für meine Begriffe hoheitlich sind. Die müssen in der gematik verankert sein oder in einer ähnlichen Institution – die Bundesdruckerei könnte man jetzt z.B. erwähnen. Was gehört dazu? Eine sichere Kommunikationsinfrastruktur, zentrale Onlineservices, ich brauche irgendwo einen Index, ein Register, wo die Namen der Patienten, der Bürger, verzeichnet sind, damit ich das mit einem Standardprotokoll elektronisch abfragen kann. Ich brauche das Gleiche für die entsprechenden Dienstleister, also für sämtliche Krankenhäuser, Praxen und Ähnliches. Damit haben auch andere Länder als Erstes angefangen. Das sind ganz wesentliche Grunddienste, die immer wieder kommen. Die skandinavischen Länder haben das über die Personennummern schon immer gehabt. Die Österreicher haben das als Erste im Gesundheitsbereich aufgebaut. Letztendlich gibt es auch da wiederum Interoperabilität mit IHE. Da gibt es viele Protokolle, die das schon erlauben würden. Ich bin ein Freund von Priorisierung. Alles andere ist mir zu umständlich, das bringt nichts, man macht es doppelt und dreifach. Man biegt sich auch irgendwelches Zeug zurecht, irgendwelche Lösungen, die im Alltag nicht richtig funktionieren, und kommt letztendlich auch gar nicht so richtig auf den Punkt. Last but not least benenne ich ein paar weitere Aspekte. Das Thema Sicherheit geistert immer durch



## Nur zur dienstlichen Verwendung

diese ganze Diskussion und ist fürchterlich beängstigend. Wir müssen den „Best Effort“ machen, wir kommen da sowieso nicht heraus. Das wird passieren. Wenn es nicht heute passiert, dann in zehn Jahren, in zwanzig Jahren, dreißig Jahren, vierzig, fünfzig Jahren. Wir können das nur bestmöglich gestalten. Und der „Best Effort“ heißt, alles zu tun, was wir tun können, und vor allem auch die Dienstleister massiv mit einzubinden und unter Druck zu setzen, wenn sie Missbrauch treiben. Grundsätzlich glaube ich, dass der Bund und die Länder aus der Finanzierung der Infrastruktur nicht herauskommen werden, dass man dezentral aber durchaus die medizinischen Leistungen finanzieren kann. Und ganz wichtig: Forschung braucht die gleiche Infrastruktur, auch hier kann man IHE nutzen. Und Telemedizin würde ich fokussiert fördern, nur da, wo es ohne EPA besser ist. Das sind meine einführenden Statements. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Bergh. Herr Rupprecht, Sie haben jetzt das Wort, bitte schön.

**SV Christoph J. Rupprecht**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für die Gelegenheit, hier sprechen zu können. „eHealth“ kann einen Beitrag dazu leisten, die drei großen Schwächen in der deutschen Gesundheitsversorgung bzw. im deutschen Gesundheitssystem, mangelnde Kommunikation, mangelnde Kooperation und mangelnde Koordination, zu überwinden. „eHealth“ kann Aufmerksamkeit und Versorgungslücken in der Gesundheitsversorgung schließen, kann auch Voraussetzungen für eine neue Daten- und Wissensbasis zur Beurteilung von Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung schaffen, „eHealth“ kann zum Empowerment von Patienten und Versicherten beitragen. 90 % aller Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, die je gelebt haben, leben heute. Das unterstreicht, in welcher Größenordnung und Dynamik wir heute Informationen und Wissensströme erfahren. Das trifft auch für die Medizin- und Gesundheitsversorgung zu.

Wir brauchen „eHealth“, um überhaupt mit Wissens- und Datenströmen fertigzuwerden, wir brauchen ein Informationsmanagement und Innovationsmanagement, um die Spreu vom Weizen zu

trennen. Alle fünf Jahre verdoppelt sich das medizinische Wissen, Kommunikation spielt in Arztpraxen eine zentrale Rolle. Es gibt Schätzungen, dass ungefähr 40 % der Tätigkeit mit Kommunikation, mit Daten-informationsströmen zu tun haben. Insofern kommt „eHealth“ eine bedeutende Rolle zu. „eHealth“ ist auch ein Treiber dafür, möglicherweise, wenn man es richtig einsetzt, verkrustete Strukturen im Gesundheitswesen aufzubrechen und Sektorengrenzen zu überwinden. Man kann nicht mit den Strukturen des 18. Jahrhunderts die medizinische Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts leisten. Neben der Technikeuphorie fehlt manchmal auch eine gewisse Nüchternheit. Es gibt bei vielen neuen Technologien auch falsche Erwartungen - Stichwort „papierloses Büro“. Um Bürokratie abzubauen, wozu „eHealth“ genutzt werden kann, oder um menschliche Zuwendung in der medizinischen Versorgung zu verbessern, müssen auch die neuen Möglichkeiten von „eHealth“ und die geschaffenen Freiräume klug angewendet und genutzt werden. Das bedeutet, der Einsatz muss sich am Nutzen für den Patienten, für den Versicherten, orientieren. Für alle Daten mit medizinischem Bezug ist ein hohes Schutzbedürfnis gegeben. Besonders trifft dies für personenbezogene Daten mit medizinischem Inhalt zu. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sowohl Datenschutz als auch Datensicherheit unabdingbare Grundvoraussetzungen dafür sind, das Vertrauen in eine solche Infrastruktur herzustellen und zu stärken. Insofern würde auch eine gesetzliche Fixierung dieser Anforderung an Datenschutz und Datensicherheit allen Beteiligten noch mehr Rechtssicherheit geben und vertrauensfördernd wirken. Die Telematikinfrastruktur kann dazu entwickelt werden, dass sie die höchstmögliche Datensicherheit bietet, personenbezogene Gesundheitsdaten adäquat schützt und die Information einer Selbstbestimmung nicht beeinträchtigt. Neben Sozial- und Gesundheitsdaten gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Gesundheitsapps und Mobile Devices/ Devices Smartphones, die Gesundheitsdaten und persönliche Daten erfassen, also eine Vermischung von Lifestyle, Wellness und Gesundheitsdaten. Dieses Monitoring von Patientendaten, von Vitaldaten - durch Mobiltechnologie, durch moderne Sensoren übertragen - wirft datenschutzrechtliche Fragen auf. Es gibt mittlerweile über hunderttausend Mobilapps, und ich weiß nur, dass der NHS diese



## Nur zur dienstlichen Verwendung

zertifiziert. Insofern sollte man sich damit möglicherweise beschäftigen. Ebenso können Gesundheitsdaten, Healthdaten, aus Suchmaschinen, aus sozialen Netzwerken regional heruntergebrochen werden und mit einer Vielzahl von anderen Daten verknüpft werden. Aus diesen Kombinationsmöglichkeiten erwachsen auch Risiken hinsichtlich Data Mining und Big Data, weil sie im Gegensatz zu den Krankenkassendaten oder zur Telematikinfrastruktur keinem strengen Datenschutz unterworfen sind. Es besteht der Eindruck, dass hier Handlungsbedarf geboten ist. Danke.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Rupprecht. Herr Dr. Weichert, Sie schließen die Runde praktisch ab.

**SV Dr. Thilo Weichert**: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, auch ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung. Sie haben von mir relativ frühzeitig eine schriftliche Stellungnahme erhalten. Erlauben Sie mir jetzt, kurz und prägnant auf Ihre Fragen einzugehen. Alles Weitere können Sie nachlesen und kann dann gleich auch gerne diskutiert werden. Ich gehe davon aus, dass Sie die Stellungnahmen schon gelesen haben. Zunächst stellen Sie die Frage nach dem Gesetzgebungsbedarf bezüglich der Telematikinfrastruktur. Wir haben schon vor über zehn Jahren signalisiert, dass die Gesetzgebung gut ist. Sie muss nur realisiert werden, und es wurde schon darauf hingewiesen, dass es kleine, zeitliche Defizite gibt. Und diese liegen definitiv nicht im Datenschutz, sondern definitiv im Widerstand - insbesondere beim einen oder anderen Standesvertreter, der meistens pekuniäre Interessen verfolgt und nicht unbedingt die Interessen an der Fortentwicklung von Health oder „eHealth“. Wir haben derzeit die Situation - es wurde schon darauf hingewiesen -, dass US-Anbieter auf den europäischen, auf den deutschen Markt drängen und ganz andere Datenschutzstandards haben, als wir gesetzlich fordern. Das gilt nicht nur im Wellness- und im Lifestylebereich, sondern teilweise auch in gesundheitlichen Bereichen. Und da sind wir dann auch schon bei der zweiten Frage, welchen Bedarf gibt es bezüglich Vertraulichkeiten und Integrität angesichts der NSA-Enthüllungen. Edward Snowden hat nicht viel enthüllt in Bezug auf Medizindaten. Aber was wir als Aufsichtsbehörden als Erkenntnis haben,

ist, dass Berufsgeheimnisträger heute mit Patienten - also im eigentlich gesetzlich geschützten Bereich - ungeschützt Verkehr haben. Email-Verkehr erfolgt ungeschützt, weil die technischen Voraussetzungen dafür nicht vorhanden sind. Das kann mit Telematikinfrastruktur geändert werden. Genauso gibt es eine Vielzahl von IT-Dienstleistern, die keiner beruflichen Schweigepflicht unterliegen, die aber im medizinischen Behandlungs- und Diagnoseprozess und in sonstige Prozesse integriert sind. Da gibt es konkrete Umstände, die mit der bundesdeutschen Gesetzeslage nicht in Einklang zu bringen sind. Die Fragen drei und fünf gehen in Richtung Potential, was mit der Digitalisierung für die medizinische Versorgung verbunden ist. Da bin ich ganz bei Frau Böckmann. Big Data ist möglich, nur muss es reguliert werden, um die Integrität und Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten. Und das kann genutzt werden für Organisation, Diagnose, Forschung, Behandlungen, Therapien, für alles Mögliche. Aber natürlich nur in einem geschützten Raum und nicht im Internet - ich war etwas erstaunt, als Sie „Apple Watch“ gesagt haben. Das ist der ungeschützte Raum, den man sich vorstellen kann, den sollte man nicht unbedingt in dieses System integrieren. Weshalb Deutschland bei der Digitalisierung zurückliegt? Ich erkenne keinen technologischen Rückstand Deutschlands. Im „eHealth“-Bereich hat Deutschland sehr innovative Lösungen. In der Praxis allerdings, da muss ich Ihnen Recht geben, da muss ich auch Frau Böckmann Recht geben, gibt es viele Defizite. Da hat der Datenschutz auch seine Hintergründe, aber nicht nur Datenschutz, weil es Datenschutzbeauftragte gibt, sondern weil es eine informationelle Selbstbestimmung, eine medizinische Selbstbestimmung gibt. Diese Selbstbestimmung ist ein verfassungsrechtliches Gut und die muss von Staats wegen geschützt werden. In Bezug auf Maßnahmen hinsichtlich Harmonisierung und Standardisierung gibt es in Sachen Datenschutz noch keine Standards. Ich würde es sehr begrüßen, wenn diese internationalen Standards, die wir haben, aufgebohrt und ergänzt werden durch Datenschutzstandards, die wir in Deutschland sehr weit entwickelt haben und wo wir - würde ich jetzt einmal behaupten - weltweit sogar führend sind. Also insofern können wir einen ganz zentralen Beitrag für die Weiterentwicklung von „eHealth“ leisten - und das nicht nur in Deutschland und Europa, sondern



## Nur zur dienstlichen Verwendung

weltweit. Was die Bedienbarkeit der Geräte angeht, da ist sehr viel getan worden in der letzten Zeit. Das ist aus meiner Sicht kein großes Problem. Natürlich muss man bei Patienten, die jetzt nicht unbedingt IT-Spezialisten sind, eine entsprechende Oberfläche schaffen. Aber das ist kein gesetzgeberisches Problem, sondern das ist eher ein praktisches Problem. Die großen Konzerne - natürlich gerade insbesondere die USA-Konzerne - haben ein gewaltiges Fortschrittspotential. Sie sind aber gleichzeitig eine gewaltige Gefahr für die informationelle Selbstbestimmung und auch für das Patientengeheimnis. Wenn Sie also „Microsoft Health“ oder „Google Health“ oder Ähnliches ins Boot holen, dann hat weder der Patient - so wie es von Ihnen gesagt wurde - noch irgendjemand anderes als die Genannten die Souveränität über diese Daten. Also insofern denke ich, ist regulierte Auswertung oder Nutzung dieser Daten definitiv notwendig. Meine Prognose zum Fortschritt durch Automation lautet, natürlich ist es möglich, es ist auch zwangsläufig, es wird Fortschritt geben. Nur ist es die Frage, wohin der Fortschritt geht, ob es um die Kommerzialisierung des Medizinbereichs geht oder um eine wirkliche Verbesserung, eine Verstärkung in der medizinischen Selbstbestimmung und eine Verbesserung des Gesundheitswesens. Und das - so meine These - geht nur mit einer medizinischen informationellen Selbstbestimmung. Das ist nicht nur meine These, sondern auch die des Bundesverfassungsgerichtes. Insofern glaube und hoffe ich, dass das „eHealth“-Gesetz von Herrn Gröhe, das im Sommer angekündigt wurde, Impulse gibt, mit denen diese Potentiale, die brachliegen, genutzt werden können. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Ich bedanke mich für die ersten Ausführungen und freue mich auf eine spannende Diskussion. Ich eröffne jetzt die Debatte und bitte die Abgeordneten, dass sie den Sachverständigen benennen, dem Sie die Frage oder die Fragen stellen. Es beginnt der Kollege Maik Beermann für die CDU/CSU-Fraktion. Bitte.

Abg. **Maik Beermann** (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender, vielen Dank, liebe Experten, für den interessanten Aufgalopp für die heutige Runde. Wir sehen, dass das Interesse an diesem Thema recht groß ist. Und wir wissen aber auch,

dass gerade in diesem Bereich der Gesundheitswirtschaft enorme Herausforderungen vor uns liegen. Ich glaube, wir sind uns einig, wenn wir festhalten, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland insgesamt noch immer eine recht gute Versorgung ist. Vielfach gilt Deutschland als das Land mit dem weltweit am besten ausgestatteten Gesundheitssystem. Aber, so denke ich, wir müssen diesem wichtigen Thema „eHealth“ einen höheren Bedeutungszuwachs schenken. Ich komme aus einem kleinen Ort und aus einer kleinen Gesamtgemeinde. Wir haben drei Allgemeinmediziner bei uns, das ist erst einmal gut für eine Gesamtgemeinde mit 7.200 Einwohnern. Aber alle drei sind über sechzig. Da stellt sich eben die Frage, wie kriegt man eine ärztliche Versorgung nachhaltig organisiert. Und ich glaube, dass „eHealth“ eine Chance mit sich bringt, um in ländlichen Gebieten dafür zu sorgen, dass diese gewährleistet ist. Intelligente Gesundheitsnetze bieten auch in vielen Anwendungsfeldern der Gesundheitswirtschaft enorme Möglichkeiten, um Qualität und auch Effizienz im Bereich der Gesundheits- und im Bereich der Pflegeleistung zu verbessern. Ich glaube, wir müssen uns langsam auf den Weg machen, vielleicht nicht langsam, sondern auch etwas schneller, jetzt endlich zu reagieren. Und wenn ich gerade das Beispiel, das eben gefallen ist - die elektronische Gesundheitskarte - nehme, die 2006 beschlossen wurde, dann sind das jetzt in der Tat, Frau Prof. Böckmann, fast zehn Jahre, die ins Land gestrichen sind, und es wurde nicht so viel erreicht. Darauf erstreckt sich nun auch meine erste Frage an Herrn Prof. Elmer. Ist das Thema elektrische Gesundheitskarte immer noch so aktuell, dass es sich lohnt, sich dafür einzusetzen und stark zu machen? Kann die elektronische Gesundheitskarte gegebenenfalls nur eine Art Notfallkarte werden, weil wir vielleicht schon viel weiter denken müssen? Ich denke da z.B. an eine Cloud, wo sozusagen nicht mehr eine Karte notwendig ist, aber alle Sektoren, die für eine Vernetzung in diesem Bereich wichtig sein können, über die Cloud auf solche Daten zugreifen können. Und halten Sie es für sinnvoll, im Gesundheitswesen international etablierte Standards zu schaffen, um somit gegebenenfalls auch Wettbewerbsnachteile durch kostenintensive nationale Sonderlösungen zu vermeiden? Und dann würde ich an Frau Prof. Böckmann noch kurz eine Frage stellen, das geht auch schnell. Ich möchte



## Nur zur dienstlichen Verwendung

kurz auf den Datenschutz eingehen, weil Sie das Thema „eHealth“ / Apple auch angesprochen haben. Und zwar hat der BITKOM gefordert, dass wir im „eHealth“-Gesetz, das ja möglicherweise jetzt im Dezember mit dem Referententwurf in die Diskussion geht, die Festschreibung konkreter Anwendungen vorschlagen, wie z.B. einer elektronischen Patientenakte. Halten Sie dies für sinnvoll? Wie stehen Sie zu Opt-out oder Opt-in Regelungen beim Datenschutz durch den Patienten? Dankeschön.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Kollege Beer-  
mann. Jetzt hat das Wort der Herr Kollege Behrens für die Fraktion DIE LINKE.

Abg. **Herbert Behrens** (DIE LINKE.): Ja, vielen Dank. Ich will mich bei der Vorrede darauf beschränken, folgendes klar zu machen. Wenn Sie hier im Ausschuss Digitale Agenda sind, stehen insbesondere solche Fragen im Vordergrund, die Sie in unserem Fragenkatalog gesehen haben, und natürlich nicht die Gesundheitspolitik oder auch die Wirtschaftspolitik. Aber ich glaube, es sind wichtige Fragen vor dem Hintergrund, dass wir die Erfahrung machen konnten, zumindest ist das meine persönliche Erfahrung, dass schon die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte doch ein erhebliches Widerstandspotential entwickelt hat. Und das hat dazu geführt, dass wir heute nicht zu hundert Prozent damit durch sind. D.h., die Sensibilität der Betroffenen ist da. Und deshalb ist es notwendig, dass wir uns den Fragen, die wir hier diskutieren wollen, immer aus dieser Perspektive nähern. Was sind die Besorgnisse? Was davon sind realistische Besorgnisse? Wo können wir möglicherweise Widerstände, wenn sie nicht nachvollziehbar sind, überwinden? Darum geht meine erste Frage direkt an den Versichertenvertreter Herrn Rupprecht, aber auch an Herrn Weichert, als die unterschiedlichen Komponenten sozusagen, die sich mit der Frage der zunehmenden Elektronifizierung in der Gesundheitspolitik auseinandersetzen. Daten sind eine Triebkraft der wirtschaftlichen Entwicklung, werden auch schon als Ressource bezeichnet, als neue Ressource. Deshalb möchte ich Sie ganz gerne nach Ihrer jeweiligen Sicht fragen. Wenn wir uns jetzt das Agieren der privaten, aber auch der gesetzlichen Krankenkassen angucken, wie weit sind wir denn eigentlich schon im Hinblick

auf Bildung von Patientengruppen bzw. von Risikogruppen, um Strukturen sichtbar zu machen, mit denen man sich als Versicherung auseinandersetzen muss? Gibt es möglicherweise schon diese Ausdifferenzierung im Hinblick auf neue Kranken- oder auch Kostenrisiken? Und wie müssen wir das aus Ihrer Sicht bewerten?

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Kollege Behrens. Für die SPD-Fraktion stellen Frau Esken und Herr Heidenblut innerhalb von drei Minuten je eine Frage.

Abg. **Saskia Esken** (SPD): Das versuchen wir sehr gerne hinzubekommen, vielen Dank, Herr Vorsitzender. Wir wollen damit auch signalisieren, dass wir tatsächlich gemeinsam diese Anhörung durchführen, auch mit dem Gesundheitsausschuss, der hier mit seinem Berichterstatter vertreten ist. Wir haben an der Geschichte der Entstehung und der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte genau gesehen, wie tatsächlich vorhandene und in der Öffentlichkeit diskutierte Risiken der Digitalisierung das Potential besitzen, innovative und wertvolle Entwicklungen zu behindern. Deshalb ist es auch wichtig, dass wir hier und heute sehr sachlich über die Chancen und über die Herausforderungen, auch über die Risiken der Digitalisierung der Gesundheit, sprechen, und diese Betrachtung in unsere weitere Arbeit einfließen lassen. Meine Frage geht an Herrn Prof. Bergh. Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass Patienten bei der Frage der Einwilligung in die Verwendung ihrer Daten nicht diskriminiert werden sollen, keine Nachteile in Bezug auf die Qualität ihrer Behandlung erfahren dürfen. Wären denn auch andere Formen der Diskriminierung vorstellbar, z.B. beim Tarif der Krankenversicherung, und wie ließen sich solche Diskriminierungen verhindern? Dankeschön.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Wir haben ja im Bereich der Telematikinfrastruktur - Herr Prof. Elmer, Sie haben das vorhin ausgeführt -, die Chance, dass wir Ende nächsten Jahres das System stehen haben. So habe ich Sie zumindest verstanden. Wichtig ist aber auch, dass dann entsprechende Anbindung möglich ist. Vor dem Hintergrund haben Sie in Ihrer Stellungnahme geschrieben - wir reden ja über Interoperabilität, über die Frage von Standards und Ähnlichem mehr -, dass



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Sie sich die gematik als Institution vorstellen können, die an dieser Stelle mitwirkt. Ich bitte Sie, noch ein wenig auszuführen, wie Sie sich das konkret vorstellen, und vielleicht auch zu erläutern, wie Sie das Expertenwissen und das Wissen derjenigen, die dann im Zweifel die Telematikinfrastruktur nutzen, mit einbinden wollen würden.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat die Kollegin Klein-Schmeink das Wort. Bitte schön.

Abg. **Maria Klein-Schmeink**: Zuerst einmal darf ich mich herzlich dafür bedanken, dass die Mitglieder des Gesundheitsausschusses ausdrücklich eingeladen worden sind.

Es ist in der Tat so, dass „eHealth“, sowohl Anwendung als auch der Datenschutz im Bereich der Gesundheitsdaten, für uns immer ein sehr spannungsgeladenes Thema waren. Wenn Sie sich die letzten Jahre in der politischen Diskussion anschauen, wissen Sie, dass die Auseinandersetzung um die Gesundheitskarte durchaus ausgesprochen emotional aufgeladen geführt worden ist. Und von daher ist es gut, wenn wir uns auch sachverständig mit dem Datenschutz auf der einen Seite und auf der anderen Seite mit dem auch patientenorientierten Nutzen dieser Anwendungsform auseinandersetzen. Zumal wir auch wissen, dass by the way und unterhalb dessen, was wir vielleicht politisch wahrnehmen, natürlich viele selbstgestrickte IT-Lösungen insgesamt im Feld vorhanden sind und wir da dann eben auch tatsächlich zu einer Regulierung oder Anpassung von Standards kommen müssen, um überhaupt mit der Entwicklung mit zu halten. Gleichwohl ist natürlich die grundsätzliche Frage, wie Gesundheitsdaten als persönliche Daten auch wirklich geschützt werden können, eine ganz, ganz grundlegende. Und ich meine, gerade nach den zahlreichen Enthüllungen von Herrn Snowden, auch eine Frage, die sich ganz neu stellt. Weil wir uns natürlich fragen müssen, ob sowohl die Komponenten als auch die Prozesse wirklich datenschutzgerecht sind. Haben wir wirklich einen Schutz aller Daten der Patienten und Bürger gewährleistet? Deshalb geht meine Fragen zu Anfang an Herrn Weichert. Es sind, ich hatte vorhin schon auf Herrn Snowden verwiesen, mittlerweile sehr viele Zweifel aufgekommen, ob es mit den derzeitigen Methoden des Datenschutzes und der

Verschlüsselungsmechanismen überhaupt möglich ist, die gesamte Telematikinfrastruktur als datenschutzgerecht zu bezeichnen. Sehen Sie Probleme, die wir noch angehen müssten? Wo wir aus einem neuen Blickwinkel schauen müssten, wie Gesundheitsdaten geschützt sind. Wir kennen das „eHealth“-Gesetz noch nicht in allen seinen Komponenten. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Bundesregierung auf dieser grundlegenden Ebene mit den Datenschutzfragen auseinandergesetzt hat? Und damit dann auch, sagen wir mal, auf der ganz grundsätzlichen Ebene, die Sicherheit geschaffen wird, um sagen zu können, wir schaffen jetzt eine Datenautobahn für den Gesundheitsbereich und setzen dann andere Lösungen darauf oder integrieren auch andere Lösungen?

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, liebe Kolleginnen und Kollegen für die erste Runde. Die ersten Fragen vom Kollegen Beermann beantworten bitte Herr Prof. Elmer und Frau Prof. Böckmann. Bitte schön.

Sve **Prof. Britta Böckmann**: Vielen Dank für die Frage. Ich will kurz ausholen, wie die Geschichte der Gesundheitskarte war. Es gab damals von einer Unternehmensberatung ein Gutachten darüber, wie man die Versorgung von Patienten verbessern kann. Das Thema Medikation war ganz weit oben auf der Agenda, nämlich zu sagen, die Medikamente des Patienten müssen an einer Stelle gespeichert sein, damit jeder Arzt Zugriff darauf hat und prüfen kann, welche Wechselwirkungen es dort gibt usw. Wir haben heute immer noch die Situation, dass es in Deutschland extrem viele unerwünschte Arzneimittelwirkungen gibt, weil wir dieses Problem noch nicht gelöst haben. Das Gutachten ist von 2004. Ich meine, wenn wir so eine klare Datenlage dazu haben, welche Anwendungen den Patienten Nutzen bringen, dann ist es der richtige Schritt, als Politik auch den Mut zu haben zu sagen, das machen wir zu einem sogenannten Opt-out-Modell, d.h., jeder, der nicht widerspricht, bekommt eine Gesundheitskarte mit entsprechendem Zugang zu einer elektronischen Patientenakte, auf der, beispielsweise, dann die Arztbriefe, Befunde und auch die Medikation gespeichert sind. Wer das nicht möchte, kann natürlich widersprechen, kann jederzeit aussteigen. Aber die Frage ist, was gibt die Politik als Rahmen vor und wo hat man auch den Mut zu sagen, das



## Nur zur dienstlichen Verwendung

halten wir für richtig und das möchten wir unseren Bürgerinnen und Bürgern auch anbieten. Andere Länder haben es uns ein Stückweit vorge-macht. Es gibt Länder, die das sogenannte Opt-in Modell, also ein freiwilliges Modell, fahren, die Schweiz beispielsweise. Es gibt Österreich, die das Opt-out Modell haben, da gibt es natürlich auch Widerstände, aber jeder, der nicht möchte, kann aussteigen. Und der zweite Aspekt, der da-hinter steckt, ist der, dass die Gesundheitskarte unter anderem von niedergelassenen Ärzten so verdammt worden ist, weil sie nicht in die Routi-neprozesse der Praxis passt, weil der Aufwand hoch ist usw. Man hat dann gerne den Daten-schutz vorgeschoben, aber wenn man ehrlich ist und mit den Beteiligten diskutiert, dann ist der ei-gentliche Punkt, dass der organisatorische Auf-wand in der Praxis zu hoch ist. Wenn wir ein Opt-in Modell für solche Dinge wie Befunde, Medika-tion usw. auf der Karte haben, dann werden an-fangs die meisten Patienten, die zum Arzt kom-men, ihre Daten zunächst nicht auf der Karte ha-ben. Denn sie müssen es ja erstmal erfahren und dann müssen sie dafür optieren. D.h., der Zeit-raum, bis sich die Prozesse in der Praxis auf eine neue Routine einstellen, wird nochmal erheblich länger sein. Wenn der Arzt sich darauf einstellen kann, meine Patienten, die zu mir kommen, haben alle auf der Karte die und die Daten, dann wird das ein Routineprozess werden, diese Daten auch zu nutzen. Und das wird sich entsprechend ganz anders und viel schneller durchsetzen aus meiner Sicht.

**SV Prof. Arno Elmer:** Ich würde nahtlos anknüp-fen im Sinne von Opt-in- oder Opt-out-Lösungen. Wir haben für die freiwilligen Anwendungen, die wir vorhin skizziert haben, nach dem Aufbau der Telematikinfrastruktur - Vernetzung von letztend-lich allen Playern im Gesundheitswesen - im Mo-ment in Deutschland die Vorgehensweise Opt in. Man muss also freiwillig sagen: „Ja, ich möchte Notfalldaten auf meiner Karte haben.“ „Ja, ich will an einem Arzneimitteltherapiesicherheitssystem teilnehmen.“ Das ist erstmal so ein Grundsatz, wie er im Moment entwickelt wird. Tatsächlich, Herr Beermann, zurückzukommend auf Ihre Frage, das Thema Elektronische Gesundheitskarte war noch niemals so aktuell wie heute, könnte man sagen, also wir waren noch niemals so weit. Diese „points of no returns“ usw. sind vorbei. Es

geht nicht mehr um die Diskussion, ob die Ge-sundheitskarte kommt, sondern es geht darum, wie wir die Karte nutzen und wie schnell wir sie nutzen. Hinsichtlich der Erprobung, die nächstes Jahr beginnt, in Sachen Technik, die gibt es in an-deren Branchen seit zehn Jahren, das ist eher Mi-cky Mouse Veranstaltung als Rocket Science. Technisch wird das funktionieren. Aber die Frage ist dann die Frage nach Akzeptanz, auch bei den Leistungserbringern. Da ist im Moment wahr-scheinlich noch einiges an Porzellan kaputt, häu-fig unter dem Deckmantel der Datensicherheit etc. Wir werden unter anderem in der Erprobung aber genau herauskriegen wollen, inwiefern denn tat-sächlich Prozesse im Praxisalltag dadurch routine-mäßig gestört werden oder eben nicht. Wir gehen davon aus, dass das so nicht stattfindet. D.h., wir bauen diese Autobahn jetzt auf, sie wird kommen. Aber damit diese Millioneninvestitionen in die Telematikinfrastruktur Sinn machen, damit alle sozusagen angeschlossen sind und Nutznießer werden von diesem höchsten Datenschutzniveau, welches wir im Moment zu mindestens haben, muss dann natürlich möglichst schnell auch ein Rollout erfolgen. Vernetzung kommt von Vernet-zung. Wir müssen versuchen, möglichst schnell alle sektorübergreifend zusammen zu bringen, da-mit diese sektorübergreifend und sicher im Sinne des Patienten miteinander kommunizieren kön-nen. Und in dem Kontext geht es natürlich über-haupt nicht darum, national neue Standards zu entwickeln oder zu erfinden oder Ähnliches. In-ternational, da sind viele Länder längst weiter, in-sofern – Entschuldigung, Herr Dr. Weichert - sehe ich doch Handlungsbedarf im Kontext „eHealth“ hier in Deutschland, was die Vernetzung betrifft. Innerhalb eines Krankenhauses ist das meistens sehr, sehr hoch. Es gibt schon die fast papierlosen Krankenhäuser hier in Deutschland, die Digitali-sierung ist sehr weit, aber bei der Kooperation, Ar-beitsteilung, Flächenversorgung, Vernetzung, da sind wir international wirklich nicht vorne. Aber da gehen wir jetzt den ersten großen entschei-denden Schritt. Und dann müssen ganz schnell ganz viele kleine Anwendungsschritte kommen, um auch bei Patienten und Leistungserbringern Nut-zen und Akzeptanz zu schaffen.

**Der Vorsitzende:** Die Fragen vom Kollegen Beh-rens beantworten bitte Herr Rupprecht und Herr Dr. Weichert. Bitteschön.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

**SV Christoph Rupprecht:** Datenschutz, Datensicherheit, Integrität der Daten und informationelle Selbstbestimmung sind genauso wie Rechtssicherheit hohe Güter. - das ist ein Plus für die Bundesrepublik Deutschland. Und die Krankenkassen, die Krankenversicherungen weisen hier in Deutschland eine positive Tradition des Datenschutzes auf. Auch die gematik und die Telematikinfrastruktur sind auf einem sehr guten Weg in diese Richtung, um dies gewährleisten zu können. Man musste immer genau hinschauen. Aber es ist tendenziell nicht so, dass andere Verfahren, sei es USB-Stick, sei es Fax, irgendwie sicherer sein könnten. Insofern sehe ich an dieser Stelle keine Möglichkeit. Bezüglich der Frage der Gruppenbildung im Rahmen der Gesundheitsversorgung: Wir machen natürlich spezifische Programme, zum Beispiel für Diabetespatienten, um die Amputationsrate zu senken. Oder wir haben über zehntausend Patienten im Bereich Telematik Herzinsuffizienz. Man kann bestimmte Programme machen für junge Leute, die berufstätig sind, denn die haben andere Bedürfnisse als ältere Leute, die zu Hause sind. Insofern werden natürlich solche Programme adaptiert. Eine wichtige Aufgabe ist häufig, weil sie ja mit Lifestyle-Fragen verknüpft ist, die Leute zu motivieren. Wie gehe ich mit meiner Erkrankung um? Da gibt es unterschiedliche Antworten, wir müssen unterschiedlich auf bestimmte Gruppen zugehen. Für uns besonders interessant sind in diesem Zusammenhang natürlich gerade vulnerable Gruppen. Da läuft meistens die Versorgung aus dem Ruder. Das Zweite, was ich ansprechen möchte, ist der internationale Vergleich. Natürlich ist Deutschland nicht an der Spitze, aber Deutschland ist auch ein großes Land. Länder wie Dänemark, Niederlande oder Österreich haben es etwas leichter. Innovationszyklen in größeren Ländern laufen etwas anders. Nichts desto trotz kann man natürlich viel besser sein. Ich saß damals bei der Anhörung zum GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) neben Herrn Dr. Zipperer. Und wir haben uns damals schon gedacht, wenn 2006 die Gesundheitskarte kommen sollte, dann ist das ein ambitioniertes Ziel, dann muss man das auch entsprechend unterfüttern. Letzteres ist nicht so richtig gekommen - nichts gegen ambitionierte Ziele. Was wir sehen, ist schon, dass wir uns ein stärkeres Bekenntnis der

Leistungserbringer für die telematische Onlineanwendung und auch für die Telematikinfrastruktur wünschen würden. Von den Organisationen und Verbänden der Leistungserbringer fehlt ein deutliches Bekenntnis dazu. Auch muss man in diesem Kontext möglicherweise erwähnen, dass aus Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung der Aufbau paralleler IT-Netze im Bereich der molanten Versorgung finanziert wird, die letzten Endes der Entwicklung einer bundesweiten Telematikinfrastruktur entgegenstehen könnten - Stichwort KV-SafeNet. Und möglicherweise sollte man sich auch mit der Frage beschäftigen, ob nicht eine Trennung von politischer Entscheidung und Umsetzverantwortung in der gematik erwähnenswert wäre. Es sollte dann auch die Verantwortung für die Konnektivität und für den Inhalt voneinander getrennt werden, damit die Kontrolle über die technischen Funktionen interessenneutral erfolgt. Insgesamt sollte der Gesetzgeber durch geeignete Maßnahmen - wie z.B. Vorgabe von verbindlichen, zeitlichen und inhaltlichen Eckwerten, die mit Folgewirkung bis möglicherweise Sanktionen belegt sind, wenn sie nicht erfüllt werden - die Verbindlichkeit der Einführung der Telematikinfrastruktur befördern. Darüber hinaus kann man nachdenken, ob man nicht einen Beirat gründet, auch bei der gematik, in dem Verbraucher- und Patienteninteresse wie UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland) oder die Verbraucherzentrale angedockt sind. Danke.

**Der Vorsitzende:** Ich glaube, diesen Beirat gibt es schon? Ja. Herr Dr. Weichert, bitteschön.

**SV Dr. Thilo Weichert:** Herr Behrens hat eine ganz wichtige Fragen gestellt, die viele Bürgerinnen und Bürger umtreibt: Kriegen wir irgendwann keine medizinische Versorgung mehr, wenn wir schlechte Risiken haben? Und tatsächlich ist das etwas, was mit diesen Daten auch möglich ist, und was insbesondere bei den Krankenkassen möglich ist. Weil dort, patientenbezogen, die gesamte Lebensgeschichte vorhanden ist. Das Problem ist, dass die Datenschutzkontrolle im Prinzip die einzige ist, die derzeit wirklich eine effektive Kontrolle darstellen würde. Ich sage ganz bewusst würde, weil in der Zwischenzeit praktisch alle Kassen so nationalisiert sind, also als Bundeskassen vom Bundesbeauftragten kontrolliert werden





## Nur zur dienstlichen Verwendung

müssen. Und der hat nicht ansatzweise das Potential zu erledigen, was in der Vergangenheit noch von den Landesbeauftragten bei den Landes-AOK oder auch bei anderen Landeskrankenkassen wahrgenommen werden konnte. Wir haben hier ein absolutes Kontrolldefizit. Das Bundesverfassungsgericht hat anlässlich der Anti-Terrordatei festgestellt, dass das nicht hinnehmbar ist. Ich würde das eins zu eins übertragen auf den Krankenkassenbereich. Ich habe überhaupt nichts dagegen, dass diese Daten dann im Interesse der Qualitätssicherung, im Interesse sogenannter Wirtschaftlichkeitskontrolle - wobei die Ärzte unter Umständen Widerstand leisten werden - verwendet werden. Ich habe aber ein riesiges Problem damit, wenn sie dann für eine negative Selektion verwendet werden, also Versicherte aus ganz bestimmten Leistungen herausfallen. Das ist, glaube ich, nicht das Selbstverständnis, das wir hier in Deutschland von unserem Gesundheitswesen haben, und das muss verhindert werden. Das kann auch verhindert werden - die gesetzlichen Regelungen sind im Prinzip vorhanden - durch entsprechende Auswertungen und Kontrollen und Ähnliches.

**Der Vorsitzende:** Vielen Dank. Von der Kollegin Esken beantworten Sie bitte die Fragen, Herr Prof. Bergh, und vom Kollegen Heidenblut Herr Prof. Elmer. Bitteschön.

**SV Prof. Dr. Björn Bergh:** Vielen Dank für die Fragen, Frau Esken. Ich sehe da vor allem eine schlechende Gefahr. Ich glaube, dass wir uns alle gar nicht so richtig darüber bewusst sind, was im Moment passiert. Nehmen wir als Hypothese, wir hätten lebenslange elektronische Patientenakten. Alles, was von uns jemals erhoben worden wäre, wäre da gespeichert. Und Sie könnten nur sagen, ganz oder gar nicht. Wäre das angemessen, wäre das nicht angemessen? Es kann ja jeder für sich selbst beurteilen, ob das sinnvoll wäre. Ich persönlich glaube schon, dass wir hier mehr Differenziertheit brauchen. Ich glaube auch nicht, dass die Frage nur Opt-in oder Opt-out ist. Die Frage muss viel granularer gelöst werden, im Sinne dessen, dass die Bürger viel feiner entscheiden können. Denn sonst entsteht definitiv ein Diskriminierungsdruck. Das Potential ist in ganz vielen Richtungen zu sehen. Die sogenannten seltenen Erkrankungen, bei denen Ärzte sich dann freuen,

dass sie so einen erwisch haben und die Daten unbedingt abgreifen wollen. Und da kann mir keiner erzählen, dass er da nicht indirekt Druck machen würde. Wenn ich nur so oder so machen kann, dann ist das natürlich ein Problem. Und da kann man sich unendlich viele Beispiele ausdenken. Und ich sehe noch ein weiteres Element - Technik hat ihre Grenzen. Wir müssen alles tun, damit das so sicher wie möglich ist, überhaupt keine Frage. Trotzdem wird es Verbrechen geben, genau wie es sie jetzt gibt. Das werden wir nicht verhindern können. Die einzige Möglichkeit eines jeden Menschen, sich zu schützen, ist zu sagen, dass man das nicht haben will. Wenn wir dieses Recht, diese Möglichkeit, den Bürgern nehmen, dann haben wir irgendwann ein echtes Problem. Ich glaube nicht, dass wir das durchhalten können. Da würde ich ganz klar die Grenze ziehen. Deshalb auch mein Credo an die Frage: Was kann man machen? Für mich ist das eines der Grundrechte. Das ist ganz, ganz weit oben. Ich bin kein Jurist, aber ich sage einmal, es gehört so zu den ersten Grundrechten. Ich bin da jetzt vielleicht sehr naiv, aber ich glaube, dass das auch ein sehr kritisches Potential hat. Wenn das schief geht, wird keiner mehr Opt-in wählen. Dann werden die neuen digitalen Generationen alle sagen: „Wir sind doch nicht bekloppt.“ Das Potential, was ich da in der kritischen Richtung sehe, ist ganz erheblich.

Ich würde den Bürgern trauen. Wir sind eine mündige Demokratie. Unser Prinzip beruht darauf, dass die Leute selbst entscheiden können. Ich war zehn Jahre als Arzt tätig. Fände ich auch toll, so einen Selbstbedienungsladen. Ich kann mir immer alles holen, was ich will. Aber auch da muss man, glaube ich, im Sinne der mündigen Bürger, eine Grenze vorschieben, und sagen, dass das der aufgeklärte Bürger entscheiden muss. Und wir müssen dafür sorgen, dass der Bürger aufgeklärt ist. Und nicht, wie es heute oft der Fall ist, dass der Arzt sagt: „Wir machen das schon.“, und dann ist das Thema eigentlich durch. Es gibt genug Menschen, die das so wollen, damit habe ich kein Problem. Aber es wird auch andere geben. Und es gibt Patienten, die gerade im Bereich chronischer Erkrankung sehr, sehr gut aufgeklärt sind, zum Teil mehr wissen als die Ärzte. Denen muss man die Möglichkeit geben, sich bewusst selbst zu entscheiden. Deshalb nochmals: Nicht pauschal vorgehen. Ich akzeptiere sehr, dass bestimmte



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Funktionen ein- und ausgeblendet werden können bei der Telematikinfrastruktur oder in den gematik-Elementen, die elektronische Patientenakte wäre ja ein Teil davon. Und wenn ich da jetzt nur komplett hinein oder heraus könnte, hätte ich schon ein Problem damit. Danke.

**SV Prof. Arno Elmer:** Herr Heidenblut, herzlichen Dank für Ihre Frage, inwiefern die gematik als Institution für das Thema Interoperabilität eine Rolle spielen könnte. Vorab, ähnlich wie bei dem Thema „Einbindung von Experten“, gibt es schon einen Beirat bei der gematik, wo Industrievertreter, Verbraucherschutzvertreter, Patientenvertreter, die Wissenschaft etc. vertreten sind. Zum Thema Interoperabilität hat die gematik bereits heute den gesetzlichen Auftrag, diese sicherzustellen. Da geht es um die Komponenten der Telematikinfrastruktur - also die verschiedenen Industriepartner -, damit alles am Ende des Tages zusammenpasst. Wir haben auch schon einen Auftrag zum Thema Interoperabilität von den gesetzlichen Anwendungen, die auf diese Telematikinfrastruktur nach vorne kommen sollen. Die Telematikinfrastruktur ist von der Grundstruktur her eine offene, sichere Plattform für alle möglichen Anwendungen, die da noch kommen könnten. Und deshalb muss die so offen sein, damit wir ganz klare Kriterien und Zertifizierungszulassungsbedingungen für Anwendungen haben, die irgendjemand entwickelt hat, die dann auf die Telematikinfrastruktur zukommen. Und dafür brauchen wir Zulassungs- und Zertifizierungsbedingungen, da geht es um Datenschutz und Datensicherheit. Es könnte dann aber auch strukturiert und verbindlich um das Thema Interoperabilität gehen - im Sinne von, „wenn eine Anwendung, die die Telematikinfrastruktur nach vorne nutzen möchte, dann auch sicherstellen muss, dass sie einen bestimmten „Set of Standards“ oder Ähnliches, bestimmte Schnittstellen, bestimmte Standards bedient. Damit nämlich - wir vernetzen ja alle Player im Gesundheitswesen - die Daten vom Arzthinformationssystem A zum Krankenhausssystem B zum Apothekersystem C zum Pfleger Pflegestation D usw. weitergeleitet werden. Damit die Interoperabilität durchgängig durch dieses dann hoffentlich gut und hochsicher vernetzte Gesundheitswesen gewährleistet ist. Und die gematik hat einen neutralen hoheitlichen Auftrag. Wir sind

keine Profitorganisation, wir sind keine Industrieunternehmung mit einem Wettbewerbsmodell. Also insofern konnte man die Frage stellen - wir sind schon für das Thema 1,2,3 Interoperabilität zuständig -, inwiefern es Sinn macht, noch viertens eine völlig neue hoheitliche Kompetenzinstitution zu schaffen. Die Einbindung von Experten wäre mit Sicherheit über Beiratskonstrukte, Austausch von Kreisen etc. möglich. Da sehe ich das geringste Problem. Vielen Dank.

**Der Vorsitzende:** Vielen Dank, jetzt können Sie, Herr Dr. Weichert, die Frage von der Kollegin Klein-Schmeink beantworten. Bitteschön.

**SV Dr. Thilo Weichert:** Frau Klein-Schmeink hatte nachgefragt, inwieweit aus unserer Sicht die Telematikinfrastruktur datenschutzkonform ist. Das kann Ihnen nur zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt immer definiert werden, und da wir die Telematikinfrastruktur noch nicht haben, kann ich die Frage nicht beantworten. Aber die Frage, wie die gesetzlichen Regelungen sind, kann ich beantworten. Die sind aus Datenschutzsicht voll und ganz akzeptabel, und darüber reden wir seit zehn Jahren, und die Ärzte wollen es seit zehn Jahren nicht hören - das ist ein bisschen das Problem. Die kommen dann immer mit diesem Argument Patientengeheimnis und informationelle Selbstbestimmung, aber denen geht es definitiv und ging es zumindest definitiv um etwas anders. Ich bin bei Ärztekongressen herumgerannt und habe versucht, Gegenargumente vorzutragen. Die wollten sie aber einfach nicht hören. Das hat nichts mit Datenschutz zu tun, sondern das hat etwas mit ökonomischen Interessen zu tun. Wir haben bei der Telematikinfrastruktur von der Struktur her ein geschlossenes Netz. Wir haben keine Speicherung, keine Zwischenspeicherung und schon gar keine zentrale Speicherung. Die Legende, die immer verbreitet wird, es würde auf einmal ein riesiger Datenbestand zusammengeführt werden, ist einfach falsch. Wir haben zwei Komponenten, Authentisierung sowohl bei der Health Professional Card als auch bei der Patientenkarte, also bei der elektronischen Gesundheitskarte. Das entspricht heute den Standards, wobei die Authentisierung beim Patienten, was die PIN angeht, ein Problem darstellt, weil viele sich nicht an ihre PIN erinnern können oder ähnliche Geschichten. Da muss man sich vielleicht noch eine



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Alternative überlegen. Das sind im Prinzip wirklich nur noch Umsetzungsfragen, das sind keine konzeptionellen Fragen. Wir haben die Doppelaufzeichnung von jedem Vorgang durch den Arzt und durch den Patienten. Datensicherheit und Datenschutz besser zu realisieren als konzeptionell in der Telematikinfrastruktur, das kann ich mir im Augenblick nicht vorstellen. Wir bekommen ein Problem, wenn wir die Telematikinfrastruktur an das Internet anschließen, wenn also irgendwann der Patient über das Internet auf seine Daten zugreifen können soll. Dann haben wir definitiv ein unsicheres Netz, kombiniert mit einem sicheren Netz. Und dadurch wird ganz zwangsläufig das sichere Netz mehr oder weniger infiziert. Das ist aber auch wieder ein Problem der Umsetzung. Solange wir nur Kioske haben, über die der Patient an die Telematikinfrastruktur herankommt, ist das aber auch kein Problem, weil nämlich dann das Netz insgesamt geschlossen ist. Zur zweiten Frage, inwieweit die Bundesregierung in Sachen Vertraulichkeiten und Integrität medizinischer Datenverarbeitung und „eHealth“ zu viel oder zu wenig tut, konnte ich nicht feststellen, dass in der letzten Zeit überhaupt etwas getan wurde. Wir erleben im Bereich der Krebsregistrierung gute Entwicklungen, bei denen umfassende Auswertungen möglich sind. Die sind aber wirklich krankheitsbezogen und nur bezogen auf genau eine bestimmte Behandlung. In der Vergangenheit ging es nur noch um Forschung, um Epidemiologie, das ist ein bisschen aufgebohrt worden. In allen anderen medizinischen Bereichen haben wir gar nichts. Wir haben im SGB V in den §§ 303a ff. für zumindest im GKV-Bereich Auswertungsregelungen, die nicht ansatzweise angewendet werden, wo aber auf einer pseudonymen Basis umfassendste Auswertungen möglich wären. Aber da passiert im Augenblick nichts. Das ist eine Infrastruktur, die von staatlicher Seite angeboten wird. Diese ganzen Fragen, die ich in meinem Papier angesprochen habe, Cloud Computing, Kommunikation zwischen Health Professionals als medizinische Dienstleister, alles das ist bisher nicht ansatzweise angegriffen. Auch hinsichtlich der Frage, inwieweit Serviceunternehmen, IT-Serviceunternehmen, in das Patientengeheimnis mit integriert werden, um also die Vertraulichkeit in Zukunft weiterhin zu gewährleisten, ist bisher keine Initiative gestartet. Die ganzen Probleme, die TMF

(*Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.*) und andere Medizinforscher haben, könnten mit einem Forschungsgeheimnis oder mit anderen Lösungen zumindest in Angriff genommen werden – davon habe ich bisher nichts gesehen. Dafür gibt es keine hinreichende Lobby, und wenn da mehr passieren würde, wäre das sehr wünschenswert, nicht nur im Interesse des medizinischen IT-Fortschrittes, sondern auch im Interesse des Datenschutzes.

**Der Vorsitzende:** Vielen Dank für diese erste Runde. Ich komme gleich zur zweiten Runde. Für die Unionsfraktion spricht zuerst die Kollegin Katja Leikert aus dem Gesundheitsausschuss, dann der Kollege Marian Wendt aus dem Innenausschuss und aus dem Ausschuss Digitale Agenda, bitteschön.

Abg. **Katja Leikert** (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Wir haben jetzt viel über Datenschutz gesprochen, das ist bestimmt auch wichtig und richtig. Wir haben das aber so weit getrieben in Deutschland, dass wir bisher weder die Telematikinfrastruktur aufgesetzt haben noch spürbare Anwendungen haben. Und ich als Gesundheitspolitikerin bin natürlich an der bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung interessiert. Wenn man mit den Menschen spricht, dann ist der Datenschutz natürlich immer ein Thema, aber für die Menschen ist auch die Versorgung ein Thema. Zum Beispiel können Herzinsuffizienzpatienten, die telemedizinisch überwacht werden, dadurch eine höhere persönlich gefühlte Sicherheit haben. Das gilt auch für chronisch kranke Patienten, die aus dem stationären Sektor in den ambulanten Sektor wechseln. Da hat der Hausarzt oftmals nicht die Daten, die beispielsweise in der Klinik erhoben wurden. Da gibt es ganz viele Beispiele, wo die Menschen zwar das Datenschutzthema nach wie vor sehen und auch hoch halten, aber wo sie doch stärker die Priorität darauf legen, eine bestmögliche Versorgung zu bekommen. Ich habe mir die Frage geteilt mit Herrn Wendt und stelle daher nur eine Frage an Frau Prof. Böckmann. Sie sprachen davon, dass wir nur zwei Anwendungen momentan vergütet haben, Schlaganfall und die Agnes Schwester - das ist jetzt dieser unglückliche Frauenname für das Projekt, aber so sei es nun einmal. Welchen gesetzlichen Regelungsbedarf sehen Sie oder wo würden Sie ansetzen, um mehr



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Innovation in diesem Bereich, in das System, zu bekommen? Danke.

Abg. **Marian Wendt** (CDU/CSU): Vielen Dank. Wir haben ja im Endeffekt schon einen „eHealth“-Bereich in Deutschland. Eine mir bekannte Ärztin hat sozusagen über Nacht ihre Papierakten elektronisiert. Sie kann von jedem ihrer Sprechzimmer aus die Patientenakte, den ganzen Verlauf, aufrufen. Sie hat ein ComNetzwerk in der Praxis, die Arzthelferinnen können an der Rezeption die Rezepte, die Krankenscheine ausdrucken, die sie von ihrem Rechner aus verschreibt. Jetzt natürlich die nächste Frage. Wenn eine Behörde einer anderen Behörde eine Akte schicken will und die beiden Systeme sind nicht kompatibel, druckt die erste Behörde die Akte aus und scannt sie wieder ein. Den Behörden kann ich das zentral vorschreiben. Aber wie mache ich das dann praktischerweise bei der Ärzteschaft? Das sind freie, selbstständige Unternehmer, die sich ihre individuelle Softwarelösung installieren lassen. Wie kann ich denn eine bessere Vernetzung am besten praktikabel umsetzen? Wenn ich schon eine E-Akte habe und das Verfahren vielleicht ein wenig gesteuert werden soll - ohne natürlich in die Freiheit des Arztes einzugreifen? Und vielleicht nochmal der Gedanke „eHealth“, mit dem iPhone 6 gibt es immer mehr Möglichkeiten, die eigenen Insulinwerte nicht mehr in einem Büchlein einzutragen, sondern in einem iPhone zu speichern. Es gibt Schrittzähler, man kann den Blutdruck messen. Wir können das alles negieren und sagen, dass das alles datenschutzrechtlich nicht präsent ist usw. Aber die Leute kommen ja zu einem Arzt. Und vielleicht könnten Sie nochmal konkret sagen, welche Ansatzpunkte es gibt, das zu ermöglichen. Ich sehe das auch eher als Chance und nicht nur als Problem. Denn die Leute machen das ja und es bringt uns nichts, wenn wir das verneinen. Meine Frage geht an Herrn Prof. Bergh. Danke

Abg. **Herbert Behrens** (DIE LINKE.): Meine Fragen richten sich an Herrn Rupprecht, aber auch an Herrn Prof. Bergh. Wir haben schon über neue Geschäftsmodelle und die Techniken, die da zur Verfügung stehen und bereits auf dem Markt sind, gesprochen. Ein Hinweis wurde ja schon gegeben, ob da nicht unter Umständen künftig Daten, die von der „Apple Watch“ aufgenommen werden,

entsprechend eingespeist und mit verwendet werden. Ich denke, da tut sich sehr viel in diesem Bereich. Darum, aus der Sicht des Gesundheitswissenschaftlers bzw. Chefvertreters der Versicherung: Die neuen Akteure, die dort auf den Markt treten, inwieweit werden die auch den Markt verschieben? Sind wir dann noch so etwas wie eine Krankenversicherung oder, wie die AOK sich nennt, die Gesundheitskasse? Wie wirkt sich die Liberalisierung des Marktes aus und wie entwickeln sich dort die künftigen Ströme?

Der **Vorsitzende**: Herr Kollege Heidenblut, Sie haben das Wort. Bitteschön.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich würde gerne eine Frage an Herrn Prof. Bergh richten. Sie haben in Ihrer Stellungnahme mehrfach darauf hingewiesen, dass aus Ihrer Sicht so etwas wie ein Bottom-up-Prozess eingerichtet werden müsste, dass wir zu viel im Top-down arbeiten. Sie sprechen von Bottom-up-Organen. Ich würde Sie bitten, sich einfach zu der Frage, wie Sie sich das insbesondere auch im Hinblick auf die Interoperabilität und deren Umsetzung konkret vorstellen, noch einmal zu äußern. Meine zweite Frage geht an Herrn Prof. Elmer. Die elektronische Patientenakte ist ja das, was in aller Munde ist, was hier auch mehrfach positiv, sage ich einmal, angesprochen wurde. Im Gegensatz zu dem, was von Herrn Prof. Bergh gekommen ist, habe ich bei Ihnen aus den Unterlagen gesehen, dass Sie den Weg der Notfalldaten oder der Übernahme der Notfalldaten als einen ersten Schritt dahin sehen. Ich würde Sie bitten, noch ein bisschen zu Ihrer Einschätzung, bezogen auf die elektronische Patientenakte und die weiteren Schritte dahin, auszuführen.

Der **Vorsitzende**: Frau Kollegin Klein-Schmeink, Ihre Frage bitte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage an Herrn Prof. Elmer: Sie hatten darauf hingewiesen, dass es notwendig sein wird, ein Zertifizierungsverfahren vorzusehen, wenn man andere Anwendungen einbeziehen will. Was würden wir dafür brauchen, welche staatlichen oder anderen Stellen müssten das sein? Wie können wir sicherstellen, dass solche Standards, die dann auf diese Anwendungen zu beziehen sind, eingehalten werden? Wo werden



## Nur zur dienstlichen Verwendung

diese erstellt, wer muss die machen, was für Rahmenbedingungen müssen wir eventuell gesetzlich dafür schaffen? Die andere Frage geht an Herrn Rupprecht. Die Krankenkassen sehen relativ viele neue integrierte Versorgungsformen und Managementformen vor. Das sind Versorgungsmodelle, die stark unter Einsatz auch von elektronischen Daten und von Informationen, die ausgetauscht werden usw., laufen. Welche Notwendigkeiten sehen Sie aus Sicht der Krankenkassen, auf der einen Seite diese Art der Steuerung und das Zusammenführen von Daten sicherzustellen, um gute, patientenbezogene Lösungen hinzubekommen? Und auf der anderen Seite, zu den Regelungen des SGB V, sehen Sie da besonderen Regulierungsbedarf oder auch Öffnungsbedarf? Und wie kann der dann den Datenschutz und den Patientenschutz zusammenbringen?

**Der Vorsitzende:** Vielen Dank. Kommen wir zur Beantwortung der Fragen. Frau Prof. Böckmann, Sie beantworten bitte die Frage von der Kollegin Leikert und Prof. Bergh die Frage vom Kollegen Wendt, bitteschön.

**SV'e Prof. Britta Böckmann:** Vielen Dank, Frau Dr. Leikert, für die Frage zum Thema Telemedizin und dem gesetzlichen Regelungsbedarf. Ich möchte Ihr Beispiel aufgreifen und hier die Patientenperspektive aus einer anderen Blickrichtung vorbringen. Ob ein Patient mit einer Herzinsuffizienz heute per Telemonitoring behandelt wird, ob ihm diese telemedizinische Leistung angeboten wird, das hängt nach heutigem Stand davon ab, wo er wohnt, wo er versichert ist und zu welchem Arzt er geht. Wenn diese drei Komponenten stimmen, dann landet er in einem Pilotprojekt und bekommt diese Leistung angeboten. Das ist eine Leistung, die nach Datenlage in anderen Ländern, unzweifelhaft sinnvoll ist für eine gute Versorgung - Sie haben einige Gründe dafür genannt. Da kann aus meiner Sicht nicht mehr von Versorgungsgerechtigkeit gesprochen werden. Und wenn man sich die Brille des Patienten aufsetzt und nicht auf den Datenschutz guckt, sondern auf die Frage, welcher Schaden eigentlich angerichtet wird, weil ein Arzt Daten des Patienten nicht hat oder der Patient eine bestimmte Leistung nicht bekommt, dann ist das eine wichtige Perspektive. Was müsste man tun? Es gab einen Auftrag an den

GBA (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) zur Bewertung telemedizinischer Leistungen und zur Überprüfung, ob denn diese telemedizinischen Leistungen in die entsprechenden Kataloge aufgenommen werden sollen. Der GBA hat zum vereinbarten Zeitpunkt nichts getan, sich gar nicht geäußert, und dann hat er sich irgendwann geäußert mit der Aussage, die Studienlage sei nicht ausreichend, um das zu bewerten. Meiner Ansicht nach ist es ein falscher Ansatz, telemedizinische Leistungen nach denselben Evidenzkriterien zu bewerten wie beispielsweise ein neues Medikament, bei dem es ja auch um die Frage geht, welchen Schaden das neue Medikament anrichten kann usw. Es ist in der Telemedizin meiner Ansicht nach weder sinnvoll noch nötig, den gleichen Maßstab an Studien und Evidenz anzulegen wie bei einem solchen Medikament. Was wir brauchen ist ein angepasster Methodenkatalog mit Aussagen darüber, welche telemedizinischen Szenarien und Leistungen nach welchen Kriterien bewertet werden müssen, um zu entscheiden, ob diese sinnvoll und gut sind und ob sie in die entsprechenden Kataloge kommen. Es muss ein angepasstes Verfahren geben. Es gibt jetzt, das ist neu, den Innovationsfonds, der auch dafür gedacht ist, bestimmte Leistungen in der Praxis zu erproben, um dann den Transfer einfacher zu gestalten. Ich finde das vom Grundsatz her eine tolle Idee. Ich bin ein bisschen traurig darüber, wie der Fonds ausgestattet ist. Und ich finde auch die Idee ein bisschen befremdlich, dass dieselben, die sozusagen die telemedizinischen Leistungen bislang nicht haben bewerten können, jetzt auch wieder diejenigen sind, die entscheiden sollen, welche Projekte mit diesem Innovationsfonds umgesetzt werden. Wir brauchen eine Methodik, nach der wir auch ökonomische Effizienz bei solchen Leistungen bewerten und dann entsprechend in die Kataloge nehmen. Und wie wir dort schneller und auch wirklich sachgerechter werden, weil die Strukturen, die wir haben, tatsächlich aufgebaut sind für die Aufnahme komplett neuer medizinischer Leistungen. Die Telemedizin ist aber keine komplett neue medizinische Leistung. Oft wird einfach nur ein Übertragungsweg verändert, es kommen neue Geräte dazu. Also das ist aus meiner Sicht nicht adäquat. Ich möchte noch einen Satz sagen zu dem Thema „Austausch von Akten“ und wie das geregelt werden soll. Sie haben das so schön dargestellt, wie das bei Behörden so ist.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Was ich mir wünschen würde und was im Gesundheitswesen an verschiedenen Ecken schon funktioniert hat, ist, gesetzlich vorzuschreiben, was elektronisch ausgetauscht werden soll. Wenn es eine gesetzliche Vorschrift gäbe, dass z.B. eine Überweisung in ein Krankenhaus vom niedergelassenen Arzt elektronisch vorzunehmen ist, dann könnte Herr Elmer mit seiner gematik die entsprechenden Softwaresysteme entsprechend zertifizieren. Somit könnte der Arzt sich auch darauf verlassen, dass das über die Telematikinfrastruktur vernünftig läuft. Aber der Gesetzgeber müsste vorschreiben, was denn tatsächlich passieren soll, so wie das zum Beispiel beim § 301 SGB V auch funktioniert hat. Das ist ein elektronischer Austausch der - Stand heute - etabliert ist, der von den Systemen standardmäßig unterstützt ist. Wenn ein Patient im Krankenhaus aufgenommen wird, dann wird nach § 301 SGB V eine Aufnahmebotschaft elektronisch an die Krankenkasse geschickt, mit Aufnahmebotschaft, voraussichtlicher Verweildauer und so weiter. Es wurde irgendwann gesetzlich vorgeschrieben, dass das zu einem bestimmten Zeitpunkt elektronisch zu erfolgen hat. Und dann hat es auch funktioniert.

Der **Vorsitzende:** Herr Prof. Bergh.

**SV Prof. Dr. Björn Bergh:** Vielen Dank für die Fragen. Ich darf versuchen, die Verbindung zwischen den beiden Fragen herzustellen. Sie hatten das ja mit „mehr Innovation“ angesprochen, Frau Leikert, und sich auch gewünscht. Und Sie haben das Thema Standards angesprochen. Ich denke, dass das ganz eng zusammenhängt. Fehlende Standards sind eine der entscheidendsten Innovationsbremsen, die es gibt. Das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt. Und das ist, glaube ich, eins der Probleme, die wir bis zu einem gewissen Grad haben. Wir fürchten uns eigentlich, ich sage jetzt mal, dezentral, eher vor dem, was hier aus Berlin kommt. Im Sinne dessen, dass es laufende, schon in Richtung Standard sich bewegende Aktivitäten eher konterkariert. Ich habe das ja durchaus auch erlebt. Immer dann kommen Dinge, dann passiert dieses mit der eGK (*elektronische Gesundheitskarte*) und dann fallen erstmal alle in die Schockstarre: „Oh Gott, jetzt können wir gar nichts mehr machen, wir müssen jetzt erstmal warten, was da eigentlich kommt, dann das wird dann der große

Standard aus Berlin.“ Wichtig ist für meine Begriffe die Dualität, dass wir auf keinen Fall das kaputt machen, was schon entstanden ist und was international existiert, denn sonst haben wir wirklich eine erhebliche Bremse. Wenn man sich den Markt anguckt, das, was im Moment an Entwicklung seitens der Industrie passiert, passiert nicht so sehr vor dem Hintergrund, das auf den deutschen Markt geblickt wird, sondern eher auf den internationalen, weil da in vielen Bereichen die Standardisierung deutlich akzeptierter und verbreiteter ist. Und dann wird nebenher der deutsche Markt mit abgegriffen, wenn das dann zu erfüllen ist. Aber eigentlich scheuen sich ja dann alle, proprietäre Lösungen für Deutschland zu entwickeln. Das gilt für Firmen, die schon international arbeiten, deutsche Firmen halten sich zurück. Für mich, als jemand, der auch in der Kaufentscheidung steht, ist das so ein „Henne-Ei-Problem“: Ich kann jetzt nichts ausschreiben, was es nicht gibt, weil es keine Empfehlung gibt. Und die Industrie sagt, wir stellen aber nichts her, weil ihr nichts fordert.“ Da können wir uns natürlich beliebig im Kreis drehen. Ich glaube, dass es sehr wenig bedarf, um diesen Knoten zu lösen. Eine Richtungsempfehlung, wie vorhin zu § 301 SGB V gesagt - da ist es sehr hart vorgeschrieben -, würde uns schon reichen und dem Markt auch. Eine Empfehlung wie: „Das ist die Richtung, da müssen wir hin, wir wissen noch nicht zu hundert Prozent, wie, aber das wird.“ Und dann würde sehr viel passieren, denn dann hätten wir auch eine gewisse Sicherheit, um zu investieren und Dinge zu tun. Ich glaube, dass das etwas wäre, was sehr viel Innovation dezentral befördern und freisetzen könnte. Natürlich, Sie haben natürlich Recht, es tut sich sehr viel. Wir betreiben selbst ein großes überregionales Netzwerk und Rhein Neckar ist, glaube ich, eines der größten Teleradiologie Verbünde in Deutschland. Es ist nicht so, dass ich bezüglich dieser Techniken der Skeptiker bin. Ich bin mir sehr wohl des Potentials bewusst, aber auch des Missbrauchspotentials. Es ist ganz wichtig, dass wir die Balance finden, dass wir die Fehler, die man machen kann, vermeiden, sonst fällt es uns irgendwann auf die Füße. Das beste Beispiel für den Standard, der sich weltweit in der Medizin am einfachsten durchgesetzt hat, ist DICOM (*Digitale Bildverarbeitung und -kommunikation in der Medizin*) aus



## Nur zur dienstlichen Verwendung

der Bildgebung. Das ist ein Standard, der von Anwendern und der Industrie zusammen getragen wurde und der nie irgendwo staatlich gefördert wurde. Der hat sich einfach durchgesetzt. Gut, das war ein kleines Segment, eine Berufsgruppe und letztendlich ein paar Firmen. In dem gesamten Gesundheitswesen ist es jedoch komplexer, weil es so unterschiedliche Bereiche und Firmen gibt. Eine kleine Leitvorgabe würde schon eine ganze Menge bewirken.

Der **Vorsitzende:** Der Kollege Behrens hat Fragen gestellt, einmal an Herrn Rupprecht und einmal an Herrn Prof. Bergh.

**SV Christoph Rupprecht:** Wir haben bei den gesetzlichen Krankenversicherungen eine positive Tradition des Datenschutzes und der Datensicherheit. Und wir als AOK Rheinland/Hamburg unterstehen nicht dem Bundesdatenschutzbeauftragten, sondern der Landesaufsicht, die doch sehr streng ist. Für uns gehört der Datenschutz zu unserem Selbstverständnis. Es ist so, dass natürlich große Firmen in dem Bereich auch Innovationspotentiale mit sich bringen. Es gibt hunderttausende mobile Apps in dem Bereich. Die Frage ist, wie eigentlich die Passbarkeit zur Gesundheitsversorgung ist und wie man das richtig leben kann. Wie kann man das so etablieren, dass dieses Knowhow in die Regelversorgung einfließt, dass es geordnet ist, dass der Datenschutz gewährleistet ist. Ich habe am Anfang gesagt, dass es da Regelungsbedarf gibt. Vor allem große Firmen in dem Bereich betreiben die Politik des „Vendor-Lock-in“, sie behalten die Daten, ohne sie zu teilen. Dadurch können die Daten nicht zum Nutzen der Patienten und Versicherten eingesetzt werden. Für uns ist die Maßgabe, was verspricht den höchsten Nutzen für den Patienten und den Versicherten, und nichts anderes. Und sicherlich ist es so, auch zum Verständnis einer gesetzlichen Krankenversicherung: Das bismarcksche System erlaubt es durchaus, Sachen auszuprobieren und gute Lösungen zu finden. Das machen wir im Rahmen der besonderen Versorgungsform. Und wenn sich etwas bewährt hat, versuchen wir, das zu optimieren. Wir haben über zehntausend Patienten mit Herzinsuffizienz, also in einer beachtlichen Größenordnung. Und es ist auch Strategie und gehört zum Selbstverständnis unseres Hauses, dass wir häufig

bei solchen Entwicklungen andere Krankenversicherungen mitnehmen, auch um Strukturen voranzubringen. Wir können natürlich nicht sagen, ein „face-to-face“-Gespräch per Videotelefonie soll ein Hausarztgespräch ersetzen und genauso abgerechnet werden – damit hätten wir Probleme. Wir haben aber in dem Bereich eine Vielzahl von Aktivitäten. Ich habe auch zwei, drei im Anhang in der Stellungnahme dokumentiert. Das eine ist das Projekt „Vitalig“. Bei „Vitalig“ können Patienten mithilfe des Einsatzes von Technik und Videotelefonie zu Hause bleiben und auch Verbindung mit Angehörigen, die oft weit entfernt sind, halten. Das sind alles Projekte, die das Leben der Menschen einfacher und leichter machen.

Der **Vorsitzende:** Herr Prof. Bergh.

**SV Prof. Björn Bergh:** Sie hatten auch ein bisschen in die Richtung gefragt, wie sich der Markt eigentlich verschiebt. Der Markt hat sich schon erheblich verschoben. In Deutschland ist - wenn ich den stationären und den ambulanten Sektor unterscheide - im stationären Bereich ja jüngst durch Verkäufe ein großer Marktanteil in die USA gegangen und ein anderer großer Marktanteil, damit 2/3 des Marktes, ist außerhalb Deutschlands in Belgien. Im stationären Bereich befindet sich der größte Teil, wenn man es aus nationaler Sicht betrachtet, außerhalb von Deutschland. Ein großer Teil davon befindet sich in den USA. Und wenn jetzt im ambulanten Sektor eine Firma gekauft werden würde, wäre ein noch größerer Teil weg. Da ist meines Wissens bei verschiedenen Firmen, die da genannt wurden, schon eine Menge Venture Capital mit im Spiel. Da ist durchaus schon etwas passiert. Ich würde da versuchen, den Kreis zu schließen im Hinblick zu dieser Big-Data-Dimension. Da wird es grundsätzlich die Frage sein, ob die Techniken, die notwendig sind - es gibt wenige Firmen in Deutschland, ich hatte diese in meinem Papier konkret aufgeführt -, überhaupt konkurrenzfähig sind. Die anderen Produkte, die da mit hoher Wahrscheinlichkeit eingesetzt werden, liegen in der Kernkompetenz außerhalb Deutschlands. Das kann man über Rahmenregelungen und Strukturen abfangen und sichern. Aber diese Problematik letztendlich, die aus den USA bekannt ist, dass da nämlich irgendwo im Code, ganz tief im Kern, Sachen drin sind, die unter Umständen nicht so richtig erfasst werden, die



## Nur zur dienstlichen Verwendung

ist schwierig zu lösen, außer mit Open Source Software – ein Thema, das wir heute noch gar nicht angesprochen haben. Gemeint ist Software, die in vielen Bereichen wirklich so offen ist, dass ich den Code nachvollziehen kann, dass eine Community darauf gucken und sagen kann „Was ist denn das?“ und solche Zeilen dann eben auch entfernen kann. Gerade in dem Bereich „eHealth“ sehe ich durchaus ein ganz wesentliches Potential, vor allem vor dem Hintergrund, dass die WHO „eHealth“ als ein ungemein wichtiges Werkzeug ansieht, auch für die Entwicklungsländer. Man muss sich auch fragen, ob wir nicht viel mehr in standardisierte Open Source Software investieren sollten, um diesem Problem Herr zu werden. Der Markt wird so fließen, wie er fließt, das ist unbeherrschbar, da können wir wenig tun. Wir können eigentlich nur die Rahmenbedingungen setzen. Eine strategische Förderung von Open Source Software, vielleicht auch mit der WHO zusammen, könnte da zumindest helfen. Um es aus der operativen Sicht abschließend zu beurteilen, die Systeme sind auch nicht toll. Es ist ja nicht so, dass, wenn Sie den KIS-Markt anschauen, jetzt alle applaudierend dastehen und sagen, was für tolle Systeme wir da haben, und sich den ganzen Tag freuen und super glücklich damit sind. Es heißt, da wäre mit Open Source oder mit anderen Ansätzen auch durchaus noch etwas zu reißen. Und gerade im Moment, diese Entscheidung, dass da große Produkte in die USA gegangen sind, verunsichert ganz viele im Krankenhausbereich. Die Situation bei uns hat bei den Uniklinikern schon vor zwei Jahren dazu geführt, dass wir überlegt haben, ob wir nicht selbst zusammen etwas bauen können in Open Source Form - jetzt stellt man sich erneut diese Frage. Wenn man da Unterstützung finden könnte und würde, das ist natürlich etwas, was uns sehr helfen würde.

**Der Vorsitzende:** Sie können gleich mit den Fragen vom Kollegen Heidenblut weitermachen. Herr Prof. Elmer schließt dann an, bitteschön.

**SV Prof. Björn Bergh:** Die Bottom-up-Frage, vielen Dank, das ist eine tolle Frage. Ich glaube immer daran, dass man bei komplexen Sachen möglichst viel Know-How nutzen muss. Ich selbst habe eine gewisse Erfahrung in dem Bereich. Und ich denke auch immer wieder bei Projektbeginn, wenn wir planen und aufsetzen, „Da hast Du jetzt wirklich

an alles gedacht.“, und nach zwei Wochen merkt man „Nee.“. Ich glaube, man muss da wirklich so viel Know-How wie möglich mit hineinbringen. Wir haben jetzt gerade dieses Thema EGK. Viele Sachen wären von Anfang an absehbar gewesen, jetzt gar nicht so sehr technisch, aber von den Arbeitsabläufen. Ein breiterer Dialog wäre hilfreich gewesen. Ich will jetzt keine Strukturen vorgeben oder mir wünschen. Aber es gibt Organisationen in Deutschland, die Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V. (TMF) ist ein Beispiel, die eine Kultur etabliert haben, wie Anwender zusammen arbeiten können und sich sehr effizient in Arbeitsgruppen für bestimmte Richtungen entscheiden. Die Datenschutzkonzepte der TMF sind vorbildlich, sie werden von allen Forschungsgruppen in dem Bereich genutzt. Es gibt noch andere Ansätze, was Standardisierungen in bestimmten Elementen angeht, die dann durchgängig akzeptiert sind. Da gibt es auch wenig Dissens, das sind oft sehr harmonische Prozesse. Und Auseinandersetzungen, wenn es auf der Sachebene passiert, sind oft gar nicht so schlimm, wenn diese politische Dimension so ein bisschen ´raus ist. Ich sage das jetzt hier so in Berlin – Entschuldigung -, aber das ist manchmal wirklich hilfreich. Gut wäre, wenn man die Balance finden könnte, also mit dem Top-down-Ansatz die Dinge dort fokussieren, wo Hoheitlichkeit notwendig ist, aber ansonsten möglichst viel Bottom-up steuern und die TMF oder die IHE einbinden, vielleicht auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die einen sehr guten Ruf hat, was die wissenschaftliche Seriosität angeht. Die ist ja in diesen Themen noch sehr wenig involviert. Das ist schade, ich schätze deren Kultur sehr und auch deren wissenschaftlichen Leitlinien sind außerordentlich angesehen. Ich würde versuchen, etwas um diese Organisation herum aufzubauen, aber selbststeuernd. Diese Schwarmintelligenzprozesse funktionieren zwar, sind aber möglicherweise zu langsam und schwierig zu kontrollieren. Das ist nicht ganz ohne. Ich würde es begleiten wollen, das wäre mir schon wichtig, ohne es zu dominieren. Also die Mischung, der Mix macht es da. Danke.

**SV Prof. Arno Elmer:** Ich knüpfe gerne an mit dem Thema Schwarmintelligenz an der einen oder anderen Stelle im klassischen Projektmanagement. Auch wenn es um große, komplexe,





## Nur zur dienstlichen Verwendung

bundesweite und nationale Projekte geht, ist am Ende des Tages ein bisschen Demokratie an der Stelle auch hilfreich. Ich brauche einen Kümmerer am Ende des Tages. Es muss jemand entscheiden, was denn jetzt eigentlich der Standard ist - darum geht es letztlich. Es geht nicht darum, neue Standards zu erfinden. Die haben wir schon zu Hauf, da braucht man uns international eigentlich nur „zu bedienen“. Es muss nichts Neues erfunden werden und wir müssen nicht ganz unten im Bit und Byte Bereich anfangen, sondern es geht darum, dass wir überhaupt endlich anfangen. Es geht nicht darum, jetzt die eierlegende Wollmilchsau zu erfinden, die alles kann, „clickie bunti“ und international ist. Das Thema mit den Notfalldaten ist ein gutes Beispiel. Wir haben jetzt die Karte und wir nutzen jetzt dieses Tool, das ursprünglich nur als Schlüssel gedacht worden ist. Wir nutzen das pragmatisch für einen Notfalldatensatz im Sinne von einer Basisanamneseunterstützung, das ist es ja eigentlich. Da kann unmöglich eine Patientenakte drauf, die brauche ich im System. Aber dann geht es darum, solche Standards zu nutzen, nichts neu zu erfinden. Das brauche ich Ihnen nicht zu erklären, Herr Prof. Bergh, ich bin im Beirat einer Ihrer Patientenaktenprojekte, da gibt es schon sehr viel Know-How. Und wir wollen ja gerade, und da bin ich schon fast bei dem Thema Zertifizierung – Zulassung, wir wollen diese Autobahnen, wir wollen die Autobahnen offen haben, wenn möglich schnell. Wir wollen möglichst schnell viel von dem, was da vorhanden ist - national als tolle innovative Produkte und Entwicklungen, und wenn es in Deutschland nicht so viele innovative Produkte gibt, dann eben international entsprechende Produkte - auf dieses Netz bringen. Dafür brauche ich Interoperabilität, aber dafür muss ich irgendwann auch loslaufen. Und dafür brauche ich einen Kümmerer, also insofern brauche ich irgendwo, irgendwann einen Top-down-Ansatz. Ich brauche natürlich auch den Bottom-up-Ansatz, und zwar in dem Sinne, dass das in der Praxis, in der Arztpraxis, im Uniklinikum usw. am Ende des Tages auch funktionieren muss. Aber wenn ich schon die technischen Standards hätte, die technische Interoperabilität, dann wären wir schon einen großen Schritt weiter. Insofern - ich glaube, Sie denken in Richtung Cerner und Siemens in diesem Kontext - sehe ich das jetzt nicht als Bedrohung für den deutschen Markt, IT ist international und Health übrigens

auch.

Der **Vorsitzende**: Jetzt haben wir noch zwei Fragen von der Kollegin Klein-Schmeink, die beantwortet bitte Herr Prof. Elmer. Herr Rupprecht, Sie können dann gleich weitermachen.

SV **Prof. Arno Elmer**: Ich nehme das auf, was ich vorhin angefangen habe. Was brauchen wir für Zertifizierungen oder was bräuhete es für Zertifizierungszulassungskriterien? Es ist relativ einfach, wenn man mit der Industrie spricht. Die Industrie hat die Research Development usw., die Entwicklungsabteilung, das Innovationspotential. Auch Deutsche haben wir da mehr als genug, insbesondere hier in Berlin in der Startup-Szene. Wir brauchen gesetzliche Rahmenbedingungen, damit sich alle sicher sind, welchen Standard, welchen Kriterienkatalog sie bedienen müssen, um z.B. eine Telematikinfrastruktur zu nutzen, um überhaupt die Chance zu haben, in die gesetzliche Regelversorgung und dann eben auch in die Vergütung zu kommen. Da knüpfe ich an das an, was die Kollegin Böckmann schon gesagt hat. Dann muss es mit Sicherheit schneller gehen. Da brauchen wir straffe, schnelle, intelligente Verfahren, um gemeinsam mit der Industrie Kriterienkataloge zu entwickeln. Die Standards gibt es längst. Und wenn sich ein PVS-System (Praxisverwaltungssystem), ein Krankenhausinformationssystem oder ein Apothekerverwaltungssystem zertifizieren lassen will, müssen die Standards festgelegt werden. Dazu wird eine Institution gebraucht, die sich darum kümmert. Das ist jetzt nicht „Bashing“ der Industrie, aber die Industrie hat das über viele Jahre selbst nicht hinbekommen. Die Industrie fragt ja schon, sie erkennt das Potential dieses Marktes in Deutschland. Die werden links, rechts, oben und unten von Apple, von Samsung, von Ebay und allen, die früher nichts damit zu tun hatten, links, rechts, oben, unten überholt. Die fragen heute schon selbst nach jemandem, der so einen Standard festlegt. Und wenn wir das haben, dann nutzen wir auch das Innovationspotential derer in Deutschland, die sich um die inhaltlichen Anwendungen kümmern sollen, aber nicht mehr um Sachen wie „Maschine-zu-Maschine-Kommunikation“ und „was ist mit Datenschutz und Datensicherheit“. Darum soll sich der Entrepreneur in Kreuzberg nicht kümmern müssen.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Der **Vorsitzende**: Herr Rupprecht, bitte.

SV **Christoph Rupprecht**: Danke, ich kann daran anschließen. Das Grundproblem ist tatsächlich eine Standardisierung und Zertifizierung, die dann auch tatsächlich durchgeführt wird. Freuen würde uns natürlich, wenn so etwas wie Vendor-Lock-in untersagt wird. Denn das behindert uns, mit solchen Sachen effektiv arbeiten zu können. Das ist die andere Seite der Medaille.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, damit sind wir am Ende der zweiten Runde. Wir haben noch zwanzig Minuten Zeit. Gibt es weitere Fragen? Das ist der Fall. Der Kollege Beermann für die Unionsfraktion, bitte.

Abg. **Maik Beermann** (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Die erste Frage habe ich an Prof. Dr. Bergh, weil er auch ehemals praktizierender Arzt ist. Wir haben vorhin von Herrn Dr. Weichert gehört, dass die Ärzte nicht so richtig wollen. Sie könnten, aber sie wollen nicht, so habe ich das vorhin verstanden. Woran liegt das? Warum gibt es diese Distanz zu den elektronischen Medien? Warum wollen die Ärzte das vermutlich nicht, bzw. was würde einen Arzt reizen oder motivieren, diese Distanz zu verlieren? Meine zweite Frage geht an Frau Prof. Böckmann. Ich hatte in meiner ersten Frage schon das Thema Cloud angesprochen. Darüber haben wir heute noch gar nicht gesprochen. Wir gehen davon aus, dass eine Cloud auch im Gesundheitswesen nichts Schlechtes oder auf jeden Fall für die Zukunft ein potentieller Weg ist, Daten zu speichern, damit viele im medizinischen Dienst Beschäftigte die Möglichkeit haben, darauf bei Bedarf und berechtigt zu zugreifen. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie konkret durch den Einsatz einer Cloud und welche Herausforderungen sind beim Einsatz einer Cloud zu erwarten - speziell in Bezug auf sektionsübergreifende Anwendungen einer zertifizierten Cloud? Ich spreche jetzt wirklich nur von einer zertifizierten Cloud.

Der **Vorsitzende**: Ich schlage vor, dass Sie, Herr Dr. Weichert, die Frage als Erster beantworten, da Sie etwas früher gehen müssen.

SV **Dr. Thilo Weichert**: Vielen Dank, zu den Fra-

gen kann ich zwei Beiträge leisten. Wir sind derzeit weltweit die einzige Datenschutzbehörde, die IT-Produkte und Dienstleistungen zertifiziert. Und wir bekommen viele Anfragen im IT-Bereich und im Cloud-Bereich. Wir haben ein riesiges Problem, weil die gesetzlichen Grundlagen mit dem Patientengeheimnis einerseits und ohne sonstige Regelungen, die so etwas „cloudmäßiges“ zulassen würden andererseits, unter geregelten Rahmenbedingungen, dafür fehlen. Deswegen müssen wir oft sagen, entweder Verschlüsselung auf Teufel komm´ raus und der Schlüssel muss dann irgendwie vertraulich weitergegeben werden, oder es geht nicht. Cloud ist nicht ganz einfach, es ist aber technologisch auch machbar. Und es ist eben derzeit mit unseren gesetzlichen Regelungen nicht möglich. Ich kann mir gut vorstellen, dass so ein „eHealth“-Gesetz insofern eine Öffnung für die IT-Dienstleister enthält.

Der **Vorsitzende**: Frau Prof. Böckmann, bitte.

Sve **Prof. Britta Böckmann**: Ich gehe gerne zunächst auf das Thema Cloud ein. Sie haben gut beschrieben, warum wir so etwas heute so gut wie gar nicht haben. Die Frage ging in die Richtung, worin das Verbesserungspotential bestände, wenn wir das datenschutzrechtlich und zertifiziert und gut gestalten würden. Wir haben heute viel über elektronische Patientenakten geredet und wenig darüber, wo diese Akten gespeichert werden. Es gibt unterschiedliche Konzepte. Es gibt das Konzept, solch elektronischen Patientenakten an einer Stelle zu speichern. Und es gibt das Konzept solcher Verzeichnisdienste, in denen eigentlich nur steht, das Dokument oder der Arztbrief ist in diesem System und der Befund ist in jenem System. Und wenn ich es brauche, wird es geholt und angefordert. Dann brauche ich diese zentrale Speicherung nicht. Aus IT-Sicht ist letzteres natürlich zunächst zu bevorzugen, weil ich auch keine Aktualisierungsprobleme habe. Ich habe eine klare Primärkopie, in der das alles liegt. In der Praxis ist es natürlich so, dass diese Dokumente z. B. in Arztpraxensystemen lagern. Diese Arztpraxensysteme sind keinesfalls sieben Tage die Woche à 24 Stunden online erreichbar und im Zugriff. Die werden auch nicht immer unbedingt professionell gepflegt und geführt. In der Praxis haben wir durchaus Probleme, diese Verzeichnisdienste um-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

zusetzen. Da könnte aus meiner Sicht eine zertifizierte Cloud einen großen Beitrag dafür leisten, dass an irgendeiner Stelle diese Daten tatsächlich sicher gespeichert sind und dann aktualisiert werden, wenn Änderungen vorliegen. Wenn ich sage, ich würde mir eine elektronische Patientenakte als Opt-out-Modell wünschen, dann meine ich damit nicht, dass es nur die Variante gibt, dass ich eine elektronische Patientenakte habe oder nicht. Ich bin da ganz bei meinem Kollegen. Der Patient muss natürlich die Möglichkeit haben, die Zugriffsrechte auf diese Akte selbst zu entscheiden, also darüber, welcher Arzt auf welchen Teil dieser Akte zugreifen darf. Das Thema Cloud würde auch einen großen Vorteil bergen, um beispielsweise diese Praxeninformationssysteme sicherer zu betreiben. Wir reden viel über Datenschutz in Bezug auf das Thema Gesundheitskarte. Pfiffige Studenten aus meiner Hochschule, die auch im Chaos Computer Club waren, haben vor zwei, drei Jahren versucht, wie das denn so ist, ein Praxensystem zu hacken, wie einfach das denn geht - wissend, dass Arztpraxen natürlich in der Regel keine professionellen IT-Beauftragten haben, die sich darum kümmern. Und dann hat sich herausgestellt, dass einer der Anbieter von Praxeninformationssystemen in jeder Installation für seine Supportzugriffe den gleichen Usernamen und das gleiche Passwort verwendet hat. D.h., wenn ich das kannte und mich dann in das Netz des Arztes eingewählt habe, kam ich auf alles drauf. Ich will damit sagen, dass heute ganz viel unsicher betrieben wird. Und wenn z.B. ein Arzt die Möglichkeit hätte, seine Anwendungen in einer sicheren Cloud zu betreiben statt lokal in seiner Arztpraxis, dann wäre das auch ein riesiger Fortschritt für die Datensicherheit. Dafür müssten wir nur diese ganzen Themen mit Auftragsdatenverarbeitung usw. vernünftig datenschutzrechtlich klären.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Bergh.

**SV Prof. Björn Bergh**: Grundsätzlich gibt es auch bei den Ärzten ein paar, die das Ganze tun, um den Menschen zu helfen. Es gibt sicher auch eine Gruppe, die nur andere Interessen hat. Aber ich glaube, bei beiden ist durchaus ein ganz wichtiger Punkt, dass das, was sie tun, alles einfacher, mathiasPatienten, aber auch für ihren Alltag akzeptiert wird. Es gibt genug Praxen, die Praxenverwaltungssysteme haben, weil es einfacher ist und

gar nicht anders geht - bis zu einem gewissen Grad. Genauso haben mittlerweile fast alle Krankenhäuser KIS-Systeme und viele Apotheken haben ähnliche Systeme. In dem Moment, in dem ich den Vorteil erkenne, mache ich das natürlich sehr wohl. Manchmal ist es schwierig, unmittelbar die Vorteile zu erkennen, weil diese ein bisschen weiter in der Zukunft liegen. Mancher mag dann denken: „Ob das jetzt für mich wirklich im Alltag so entscheidend ist, das weiß ich auch nicht“ und ist dann ein bisschen skeptisch. Und dann ist natürlich im letzten Jahr viel Bürokratie dazugekommen, bei den Praxen, aber auch gerade im Krankenhaus. Es gibt irrsinnig viele Dokumentationspflichten, die wiederum IT hinter sich hergezogen haben, weil das ohne IT gar nicht zu schaffen ist im Krankenhausalltag. In dem Moment, wo wir - man sagt in der IT immer die „Killer App“ dazu bzw. die „Killer Anwendung“ - irgendetwas finden, zu dem alle sagen „Das bringt mir etwas.“, wird das auch relativ schnell akzeptiert. Und dann entscheiden die Leute auch sehr schnell mit ihren Portemonnaies oder Füßen oder wie immer man es sagen will, was sie zu akzeptieren bereit sind. Es gibt durchaus Projekte, wo das auch im größeren Rahmen erfolgreich gelungen ist. Wenn man bestimmte Faktoren beachtet, dann kriegt man das auch gut hin. Es gibt große Telerradiologieverbände in Baden-Württemberg und im Ruhrgebiet. Man muss eigentlich nur ein bisschen darauf achten, wie man es macht, und dann glaube ich, kann man das schon sehr erfolgreich umsetzen - das wäre so mein naiver Glaube. Jetzt höre ich von Herrn Bartmann, dem Kollegen von der Bundesärztekammer, wenn er wieder gepöbeln wird bei den Kongressen. Da ist mir ehrlich gesagt nicht ganz klar, woran das eigentlich liegt. Ich würde irgendwann gerne persönlich den Versuch unternehmen wollen, mir eine blutige Nase zu holen. Ich glaube, dass die meisten Ärzte vernünftige Menschen sind und man sie mit sachlichen Argumenten überzeugen kann - wenn sie erkennen, wo die Vorteile sind. Ich glaube, dass mit den Themen, die wir heute besprochen haben, gerade im Bereich Patientenakten und Telemedizin, die Vorteile für jeden Arzt evident sind. Herr Elmer hat bereits gesagt, die Ärzte fordern es ja auch, und die Industrie will es ja auch bieten. Es ist Nachfrage von beiden Seiten da. Nicht passieren darf, dass wir das jetzt unterbinden oder verhindern durch falsche Richtungsentscheidungen



## Nur zur dienstlichen Verwendung

aus Berlin. Das wäre ganz fatal. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich habe noch eine Wortmeldung, Frau Klein-Schmeink, bitte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink**: Ich habe noch eine Frage an Prof. Elmer und an Herrn Weichert. Bisher ist es so, dass wir von der Gematik hören, dass sie nicht zentral speichern und keinen Speicherplatz haben wird. Und das wird ein bisschen in der Kommunikation als ein Inbegriff dessen gefahren, dass man da nicht irgendwie zentral auf alle Daten zugreifen kann. Wenn Sie jetzt im Grunde sagen, sobald ich in den Anwendungsbereich gehe, ist es eigentlich viel vernünftiger, Cloud-Systeme zu verwenden, dann müsste man ja die Message im Grunde verändern. Sind denn nach derzeitigem Stand Cloud-Systeme denkbar, die auf der einen Seite mit der Telematikinfrastruktur, so wie sie jetzt entwickelt wird, verbunden werden können, und auf der anderen Seite diesen Ansprüchen an Datenschutz und nicht Hackbarkeit usw. gerecht werden?

Der **Vorsitzende**: Herr Prof. Elmer.

SV **Prof. Arno Elmer**: Vielen Dank für die Frage. Ich bleibe bei meiner Aussage, wir speichern tatsächlich nicht zentral. Die Infrastruktur, die Architektur der Infrastruktur, ist tatsächlich die eines Vernetzungsprojektes. Wir machen nur die Leitungen und die Vernetzungen - die sind hochsicher. Wenn mehrere Anwender, z.B. ein Ärztenetz, für sich entscheiden, sie wollen die Daten von allen Patienten in einem Umfeld lokal oder regional - und ich rede noch nicht über Cloud-Lösungen, wir wollen die Daten z.B. bei einem Hausarzt immer hinterlegt haben, damit da der zentrale „Speicher“ ist, und sie sich darauf einigen, dafür die Autobahn zu nutzen, weil sie alle ihre Auf- und Abfahrten haben, dann hat der Autobahnbetreiber zunächst nichts damit zu tun. So einfach ist das. Das ist kein Widerspruch in sich. Wenn der Patient freiwillig sagt, er wird Mitglied. Ich war vor zwei Wochen in Baden-Württemberg, in Stuttgart, auf Einladung von Herrn Hennrich, da ging es um Ärztenetze in Baden-Württemberg. Da gab es schon sehr viele, die haben sich vernetzt, es gab acht Ärztenetze mit acht „IT-technisch“ unterschiedlichen Lösungen. Da hatten sie alles - ge-

nau wie von der Kollegin beschrieben. Es gab virtuelle Patientenakte, zentrale Patientenakte, ich glaube, eine Cloud-Lösung war auch dabei. Eine technische Zusammenarbeit war da nicht möglich. Dieses Vernetzungsprojekt ist erstmal nur dazu da, dass überhaupt eine hochsichere elektronische Zusammenarbeit möglich ist, die nicht schon auf dem Transportweg von der NSA abgegriffen werden kann etc. Das stellen wir sicher. Beim systemübergreifenden Austausch von Informationen, der auf dieser Telematikinfrastruktur betrieben wird, gibt es - genau wie die Kollegin Böckmann gesagt hat - durchaus Anwendungen, die z.B. voraussetzen, dass die Daten immer verfügbar sind, twenty-four-seven. Wenn ich dann am Sonntag immer auf alle Daten eines Patienten zugreifen will/müsste, wenn der Patient das so will, wird an einem Programm, das twenty-four-seven betrieben wird, nichts vorbeigehen. Wenn einer dieser vernetzten Ärzte seinen Server am Freitagabend ausschaltet oder Ähnliches, dann funktioniert das technisch natürlich nicht. Aber wir sind so unterwegs, wir gehen diesen ersten Schritt. Und wir würden im Zweifelsfall zunächst natürlich nur versuchen, diese dreihundert oder vierhundert Ärztenetze, denen ich übrigens nicht mehr erklären muss, dass Vernetzung sinnvoll ist, dass auch elektronischer Datenaustausch sinnvoll ist, auf die sichere Plattform zu holen. Ich glaube, das ist der erste Schritt. Und in der Zukunft gibt es mit Sicherheit auch die eine oder andere Auffahrt, wenn der Anwender das will, wenn der Patient das will, wenn Einigung vorliegt, diese Daten in einer hochsicheren Cloud abzulegen. An der Stelle bin ich auch bei Frau Böckmann. Ich kenne auch diese Studie vom BKA zur Zahl der illegalen Angriffe oder Hackerangriffe auf „normale Arztpraxen“. Die sind häufig ganz ungeschützt, und da ist jede hochsichere Cloud-Lösung wahrscheinlich dann doch eben sicherer. Die reine Vernetzung ist der erste Schritt. Und dann muss man eben schauen, wie die rechtlichen Rahmenbedingungen sind und ob für personenbezogene medizinische Daten - hoch kritisch - solche Cloud-Lösungen möglich sind. Und da bin ich auch wieder bei Herrn Dr. Weichert, ich glaube das geben die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen heute einfach nicht so her.

Der **Vorsitzende**: Wir machen jetzt eine Schlussrunde. Sie, Herr Dr. Weichert, beginnen, weil Sie



## Nur zur dienstlichen Verwendung

dann gehen müssen. Nutzen Sie diese Runde bitte auch für Ihr Schlussstatement.

**SV Dr. Thilo Weichert:** Es kommt darauf an, was wir bei der Cloud tatsächlich haben wollen. Wenn wir eine „twenty-four-seven“-Sicherheit bezüglich der Verfügbarkeit haben wollen, ist das gar kein Problem in der Cloud. Wenn wir eine Administration durch einen Cloudanbieter haben wollen, ist das auch überhaupt kein Problem. Das kriegen wir alles hin, wenn wir die Administration und die Inhaltsebene sauber voneinander trennen. Ein Problem aber ist, wenn wir in der Cloud verarbeiten wollen und wenn wir über die Cloud übermitteln wollen, sozusagen die Verfügbarkeit nicht nur einem Nutzer, sondern einer Vielzahl von Nutzern geben wollen. Da müssen Schlüssel ausgetauscht werden oder es muss entschlüsselt werden. Und das können wir mit der augenblicklichen gesetzlichen Regelung definitiv nicht. Wir haben das Patientengeheimnis und das ist sakrosankt. Und das finde ich auch richtig. Wenn es jetzt aber dann aufgeweicht wird, muss es gesetzliche Kompensationslösungen geben. Und das ist genau die Aufgabe, die jetzt im Rahmen eines „eHealth“-Gesetzes angegangen werden kann. Ob es angegangen werden soll, ist eine ganz andere Frage.

**Der Vorsitzende:** Ihnen, Herr Dr. Weichert, schon jetzt herzlichen Dank, dass Sie uns Ihre Ausführungen hier dargelegt haben. Sie müssen gehen, um Ihren Zug zu erreichen. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg. Herr Rupprecht, Sie sind an der Reihe.

**SV Christoph Rupprecht:** Vorhin wurde das Thema des sogenannten Ärztemangels angesprochen. Dem würde ich gerne entgegnen, dass das eigentlich mehr ein Urbanisierungstrend der Ärzteschaft ist. Die Ärzte gehen lieber in die Städte als auf das Land. Und das ist natürlich ein Problem des Sicherstellungsauftrags der Krankenversorgung, der modernen Anstellungsverhältnisse usw. Möglicherweise brauchen wir auch in der ambulanten Versorgung größere Einheiten. Ältere Menschen brauchen vielfältigere Betreuung in ambulanten Einheiten, von Pflegefragen bis Multimobilität. Insofern kann man sich anschauen, wie diese Themen in anderen Ländern umgesetzt werden. Beispielsweise in Dänemark, in den Nieder-

landen, wo mit großem Erfolg viel mehr Pflegefachkräfte oder spezialisierte Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Mit Telemedizin oder mit „eHealth“ kann man nicht wirklich einen Arzt ersetzen. Man kann aber dessen Reichweite erhöhen, man kann Aufmerksamkeitslücken schließen usw. Wir brauchen aber auch die „face-to-face“-Kommunikation. Insofern wird die Arbeitsteilung durchaus anders aussehen. Ich bin nur beschränkt begeistert über Entwicklungen wie Schwester Agnes, Moni, Eva, Gabi, weiß ich was. Ich halte es für besser, wenn man da ein Stückweit ehrgeiziger hineingehen würde, auch hinsichtlich der fachlichen Ausbildung und der Bezahlung. Das dann verknüpft mit der Telemedizin, die auch Thema der Ausbildung werden muss, das kann dann sehr erfolgreich sein. Wir brauchen das im gesamten Gesundheitssektor, weil die Digitalisierung unaufhaltsam voranschreitet, wie in der gesamten Industrie in anderen Bereichen auch. Und deswegen sollten entsprechende Fachkenntnisse und Fähigkeiten Bestandteil von Ausbildungsgängen und curricular werden. Danke.

**Der Vorsitzende:** Vielen Dank. Herr Prof. Bergh.

**SV Prof. Björn Bergh:** Konzentrieren wir uns auf das, was die Endanwender brauchen und was wichtig ist, damit es ein Erfolg wird. Das sind für meine Begriffe Patientenakte und Telemedizin. Das sollten wir mit internationalen Standards tun, die wir in einem koordinierten Bottom-up-Prozess durch die TMF etablieren und begleiten. Last but not least sollte die Gematik versuchen, sich auf die Grunddienste zu fokussieren, die wir brauchen, um diese wesentlichen Funktionalitäten, die in der Fläche dann viel Impact haben werden, bestmöglich zu implementieren. Dazu gehört der Tunnel, aber dazu gehören auch die andern Online-Services, die ich angesprochen hatte. Ganz kurz nochmal zu der Cloud-Thematik. Es wird Clouds geben, „private“ und „public“. Wir werden das gesetzgeberisch adressieren müssen, wir kommen da nicht heraus. Die Argumentation ist zwar völlig richtig, dass es im Moment nicht der Fall ist, aber es wird so kommen. Das müssen wir lösen.

**SV Prof. Britta Böckmann:** Ich möchte zwei konkrete und einen etwas allgemeineren Punkt einbringen. Ich hatte schon das Thema Innovationsfonds angesprochen und die Entscheidung über



## Nur zur dienstlichen Verwendung

die Auswahl der Projekte, die dort finanziert werden. Dort würde ich mir ganz konkret die Einbindung von mehr wissenschaftlicher Expertise wünschen, sowohl IT-wissenschaftlicher Expertise als auch bezüglich guter Forschung. Dann würde ich gerne noch etwas zum Thema Top-down versus Bottom-up sagen. Ich könnte mir gut vorstellen, das Top-down der Gesetzgeber definiert, was wann ausgetauscht werden soll, z.B., dass ein Arztbrief elektronisch übermittelt wird zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus. Und Bottom-up wird dann definiert, wie das passiert und mit welchen Standards. Da sollte sich Berlin möglichst nicht einmischen. Ganz allgemein würde ich mir wünschen, dass wir in der Diskussion, auch in der öffentlichen Diskussion, öfter und deutlicher die Perspektive hineinbringen, was alles dem Patienten schadet, weil wir bisher zu langsam agiert haben, als sich immer darauf zu fokussieren, welche Probleme wir möglicherweise mit mehr „eHealth“ bekommen. Danke.

**SV Christoph Rupprecht:** Den Punkt würde ich an der Stelle gerne übernehmen. Die Kollegin Böckmann hat es auch schon mehrfach gesagt, ich kann das nur aus tiefster Seele und tiefstem Herzen unterstützen. Wir bräuchten eine deutlich stärker nutzenorientierte und öffentliche Diskussion zu dem Thema. Nicht die ganze Zeit sagen, was nicht geht, sondern über die Chancen sprechen, die weltweit überall bewiesen worden sind, darüber sprechen, was alles funktioniert. Die Telematikinfrastruktur wird kommen. Und wir brauchen jetzt - gern auch die gesetzliche – Unterstützung, um die Rahmenbedingungen für eine schnelle, sichere, bundesweite Vernetzung zu schaffen, auf der dann möglichst schnell diese Anwendungen, die es heute schon gibt, mit Mehrwerten für Patienten, genutzt werden. Das muss

im Vordergrund stehen. Die Anwendungen müssen im Vordergrund stehen, die Anwendungen für Mehrwerte - für Patienten und Leistungserbringer. Wir haben im Moment - und das klingt jetzt so halbpathetisch, ist aber auch so gemeint - die große Chance, aus der über viele Jahre laufenden Leidensgeschichte „Elektronische Gesundheitskarte“ endlich eine Erfolgsstory für die Telematikinfrastruktur in Deutschland zu machen. Vielen Dank.

**Der Vorsitzende:** Ich danke Ihnen, liebe Frau Prof. Böckmann, meine Herren Sachverständigen. Es war ein sehr interessantes Fachgespräch, es waren sehr interessante zwei Stunden. Dafür bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen, insbesondere für die einleitenden Worte, für die Beantwortung der Fragen und für das Abschlussstatement. Ich bedanke mich auch bei den Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss dafür, dass sie das Fachgespräch mitgestaltet haben. Wir werden das natürlich nach wie vor auf der Agenda behalten. Es gibt demnächst auch ein „eHealth“-Gesetz, da muss das, was wir heute gehört haben, berücksichtigt werden. Nutzen Sie uns auch bitte als Frühwarnsystem, nutzen Sie Ihre Erkenntnisse, um das an uns heranzutragen. Wir sind am Ende der heutigen Sitzung, am Ende des Fachgespräches. Die nächste reguläre Sitzung ist am 3. Dezember 2014, im Anschluss daran findet von 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr die 25. Ausschusssitzung mit dem Fachgespräch zum Thema Urheberrecht statt. Das wird auch sehr interessant, dazu lade ich Sie schon jetzt alle sehr herzlich ein. Ich beende die Sitzung und wünsche Ihnen einen angenehmen Abend.

Schluss der Sitzung: 18:00 Uhr

Jens Koeppen, MdB  
**Vorsitzender**