



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit
Parlamentarisches Begleitgremium
COVID-19-Pandemie

Wortprotokoll der 24. Sitzung

Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

Berlin, den 15. Juli 2021, 10:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und Webex-Meeting*

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 4

Digitalisierung im Gesundheitswesen als Element für die Pandemiebekämpfung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Albani, Stephan Heilmann, Thomas Henke, Rudolf Lenz, Dr. Andreas Rief, Josef Warken, Nina Weinberg (Hamburg), Marcus	Helfrich, Mark Körber, Carsten Landgraf, Katharina Monstadt, Dietrich Müller, Axel Rupprecht, Albert Weiß (Emmendingen), Peter
SPD	Fahimi, Yasmin Hartmann, Sebastian Mattheis, Hilde Poschmann, Sabine Stadler, Svenja	Budde, Katrin Özdemir (Duisburg), Mahmut Rawert, Mechthild Schmidt (Wetzlar), Dagmar Yüksel, Gülistan
AfD	Münzenmaier, Sebastian Peterka, Tobias Matthias Schlund, Dr. Robby	Oehme, Ulrich Schneider, Jörg Wirth, Dr. Christian
FDP	Helling-Plahr, Katrin Houben, Reinhard	Höferlin, Manuel Westig, Nicole
DIE LINKE.	Kipping, Katja Löttsch, Dr. Gesine	Jelpke, Ulla Müller (Potsdam), Norbert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Schulz-Asche, Kordula	Brantner, Dr. Franziska Rottmann, Dr. Manuela



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 10:30 Uhr

Tagesordnungspunkt

Digitalisierung im Gesundheitswesen als Element für die Pandemiebekämpfung

Der **Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrter Herr Staatssekretär Dr. Gebhart aus dem Bundesministerium für Gesundheit. Ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu einer öffentlichen Anhörung im Rahmen der 24. Sitzung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie. Unser Thema ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen als Element für die Pandemiebekämpfung. Wie immer führen wir die Sitzung als Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen durch. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, damit wir wissen, dass Sie dabei sind. Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, zurzeit ziehen Unwetter über Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland. In der Eifel sind Häuser eingestürzt. Es sind mehrere Tote zu beklagen, auch unter Feuerwehrleuten und Polizisten, und es gibt Dutzende von Vermissten. Einzelne Orte waren in der Nacht nicht zu erreichen. Auch in meiner Heimatstadt Aachen sind Flüsse über die Ufer getreten und wurden Stadtteile überschwemmt. In Leverkusen ist das Klinikum komplett evakuiert worden, weil erst der Strom und dann der Notstrom ausgefallen ist. Intensivmedizinische Geräte mussten mit Akkus betrieben werden. Zahlreiche Zugverbindungen sind ausgefallen, Reisende gestrandet und Zugverbindungen waren unterbrochen. Unsere Gedanken sind bei den Opfern und ihren Familien. Unser Dank gilt den Feuerwehrleuten, den Rettungsdiensten, den Hilfsdiensten und den zahllosen freiwilligen Helfern, denen wir Erfolg, Kraft und Ausdauer wünschen. Wir sehen schon jetzt, dass uns das Thema Hochwasser noch einige Zeit begleiten wird, weil noch Regenfälle bevorstehen. Die Frage ist, was passieren wird, wenn sich die Zu-

flüsse aus Frankreich und diejenigen aus den genannten Regionen miteinander verbinden werden und sie dann am Niederrhein ankommen. Wir sind in Gedanken bei allen, die jetzt mit dieser Situation kämpfen. Wir haben uns aber trotzdem entschlossen, unsere heutige Sitzung durchzuführen und ich glaube, das ist auch gut so. Die Corona-Pandemie stellt uns unverändert vor große Herausforderungen, die wir bis heute mal gut und mal weniger gut gemeistert haben. In der vorigen Woche haben wir uns mit Lehren aus der Pandemie beschäftigt. Heute wollen wir auf das Thema der Digitalisierung im Gesundheitswesen als Element für die Pandemiebekämpfung genauer eingehen. Die Pandemie hat wie ein Brennglas gezeigt, dass wir auf diesem Gebiet wahrscheinlich Jahre der Entwicklung hinterher sind. Die Gesundheitsämter waren technisch nicht immer in der Lage, die Kontaktnachverfolgung und die pandemische Entwicklung automatisiert, digital zu bewältigen oder die zur Verfügung stehenden Meldesysteme wie SORMAS (*Surveillance and Outbreak Response Management System*) zu nutzen. Stattdessen wurden oftmals Excel-Tabellen an das Robert Koch-Institut gefaxt. Die digitale Ausstattung der Gesundheitsämter muss zwingend optimiert werden. Kontaktnachverfolgung und die Beurteilung einer epidemischen Lage sind nur mit digitalen Instrumenten effektiv möglich. Der Bund stellt dafür im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bis 2026 insgesamt vier Milliarden Euro zur Verfügung. Ob das ausreichen wird, wo die Probleme liegen und wie es mit Datenschutz, Datensicherheit und Datensparsamkeit steht, wollen wir heute genauso näher beleuchten wie die Frage, welchen Stellenwert Video-Sprechstunden oder Gesundheits-Apps in Zukunft für das Gesundheitswesen haben werden. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörungszeit beträgt insgesamt 90 Minuten, die nach einem von den Obleuten vereinbarten Schlüssel auf die Fraktionen verteilt wurden. Nach diesem Schlüssel werde ich die Fraktionen in einer festgelegten Reihenfolge aufrufen. Das Zeitkontingent für die Fraktionen beträgt in jeder Runde jeweils zwischen vier und sieben Minuten. Die zur Verfügung stehende Redezeit werde ich zu Beginn ankündigen. Im Rahmen dieses Zeitkontingents kann die aufgerufene



Fraktion so viele Fragen stellen, wie sie möchte. Dabei umfasst das jeweilige Zeitkontingent die Fragen und Antworten. Wenn eine Fraktion ihr Kontingent nicht ausschöpfen will, kann sie die verbliebenen Minuten auf die nächste Fragerunde übertragen. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Die heutige Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen. Sobald das Wortprotokoll fertiggestellt ist, wird es auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Sofern es keine Fragen oder Anmerkungen gibt, können wir mit den Fragerunden der Fraktionen starten. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU mit einem Zeitkontingent von sieben Minuten. Das Wort hat die Kollegin Nina Warken.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Guten Morgen in die Runde und herzlichen Dank an die Sachverständigen, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen. Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Bornhofen. Bei Ihnen im Gesundheitsamt kommt das System SORMAS bereits zur Anwendung. Könnten Sie uns bitte schildern, welche Erfahrungen Sie bezüglich der Einführung und der Anwendung gemacht haben?

ESV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Stadtgesundheitsamt Offenbach am Main): Bis jetzt arbeiten etwa ein Drittel der Gesundheitsämter in Deutschland mit SORMAS, wenn auch in unterschiedlicher Tiefe. Wir haben Ende Mai 2021 auf SORMAS umgestellt und unsere Erfahrungen sind ein bisschen gemischt. Es ist ein neues Projekt, das noch Kinderkrankheiten hat. Was sehr gut funktioniert, ist, dass mehrere Personen parallel damit arbeiten können und man die Arbeit gut verteilen kann. Sie müssen bedenken, dass wir in unse-

rer relativ kleinen Stadt mit rund 130 000 Einwohnern in der Spitzenphase etwa 100 Fälle pro Tag zu bearbeiten hatten, was für uns sehr viel war. Unsere Nachbarstadt Frankfurt am Main musste das fünf- bis siebenfache an Fallaufkommen bewältigen. Daran sehen Sie, wie viel Arbeit in den Gesundheitsämtern anfällt. Daher ist es wichtig, die verschiedenen Teams gut aufeinander abstimmen zu können. Das klappt mit SORMAS sehr gut. Auch wenn mehrere Personen parallel in dem System arbeiten, gehen beispielsweise beim zeitgleichen Speichern keine Daten verloren. Es gibt aber auch einige Lücken im System, unter denen ich als Behördenleiter sehr leide. So weist die Auswertungsfunktion noch erhebliche Mängel auf. Das erschwert eine tagesaktuelle Darstellung der Situation erheblich. Mein Oberbürgermeister und meine Disponenten wollen natürlich wissen, wo es Probleme gibt und wie viele Fälle täglich gemeldet werden. Das klappt leider noch gar nicht gut. Die zugesagten Möglichkeiten des Auswertungs-Tools sind nicht in genügendem Maße erfüllt worden. Daher muss ich am Abend immer selbst nachsehen, wie viele Fälle gemeldet wurden. Hier müsste das System unbedingt nachgebessert werden. In SORMAS sind sehr viel mehr Daten erfasst als vorher in SurvNet. Gestern wurde die Frage gestellt, wie viele Infektionsfälle es mit der Delta-Variante gibt. Auch das kann man zurzeit nicht einfach auslesen, sondern muss die einzelnen Fälle anklicken. Das ist sehr aufwendig und nicht das, was wir haben wollten. Hier müsste noch erheblich nachgesteuert werden. Ein anderes schwieriges Thema ist der Support. Es haben sehr viele Gesundheitsämter nahezu zeitgleich SORMAS eingeführt. Es ist sehr schwer, den Support in einer Wachstumsphase aufrechtzuerhalten und sicherzustellen. Daher dauert es, bis wir eine Antwort und eine Rückmeldung bekommen. Ich möchte Ihnen noch ein Beispiel für eine der Kinderkrankheiten des Systems geben. Der Knopf „Weiterleiten“ an unsere Meldestellen und der Knopf „Löschen“ liegen sehr eng nebeneinander. Kürzlich hat eine Kollegin versehentlich auf den falschen Knopf gedrückt und dann waren die Fälle einer ganzen Woche weg und mussten neu eingelesen werden. Wenn ich ein Fazit ziehen sollte, würde ich sagen, damit SORMAS wirklich gut funktioniert, müsste nochmal ordentlich Energie reingesteckt



werden. Es sind bislang erst etwas mehr als ein Drittel der Gesundheitsämter dabei. Wenn alle Übrigen auch noch mitmachen würden, sähe es sehr schwierig aus.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Vielen Dank schon einmal für diese wichtigen Einblicke. Wenn Sie sich die Digitalisierung allgemein anschauen, welche Fortschritte sehen Sie oder wo gibt es Nachholbedarf im Bereich der Digitalisierung zur Bekämpfung der Pandemie und zur Brechung von Infektionsketten? Welche anderen digitalen Anwendungen kommen bei Ihnen zum Einsatz? Wo wäre noch Unterstützung wichtig?

ESV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Stadtgesundheitsamt Offenbach am Main): Ich will Ihnen ein Beispiel für eine weitere digitale Anwendung geben. Wir haben das DEMIS-System (*Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz*), mit dem die Labormeldungen überwiegend gut und digital reinkommen, allerdings noch nicht von allen (*Laboren*). Einige Krankenhäuser mit nicht so großen Laboren schaffen es teilweise noch nicht, uns die Ergebnisse über DEMIS reinzugeben. Nachdem die Inzidenz als alleiniger Parameter ein bisschen in die Kritik geraten ist, soll jetzt auch die Hospitalisierung erfasst werden. Wie sollen die Gesundheitsämter aber mitbekommen, welche Patienten hospitalisiert worden sind? Das muss über die einzelnen (*Krankenhaus-*) Stationen erfolgen, die aber noch nicht an ein elektronisches System angeschlossen sind. Das wird dann vermutlich wieder mit Faxen erfolgen müssen. Es gibt entsprechende Berechnungen, wonach wir in die vierte Welle gehen, insbesondere wenn wir die Impfrate nicht noch weiter steigern können. Sollten wir in eine vierte Welle kommen, wäre es natürlich spannend zu wissen, wie es in den Krankenhäusern aussieht. Dazu brauchen wir natürlich diese Daten. Und es wäre gut, wenn diese digital an die Gesundheitsämter gemeldet werden könnten.

Der **Vorsitzende**: Es tut mir leid, aber das Redezeitkontingent ist verbraucht. Es entspricht hier unseren Regeln, dass ich das dann blockieren muss. Vielen Dank. Das Fragerecht wechselt jetzt zur SPD-Fraktion und Frau Kollegin Stadler hat das Wort.

Abg. **Svenja Stadler** (SPD): Ich würde den Blick von dem Krankenhausbedarf – Digitalisierung und Weiterleitung – gerne zu den Bürgerinnen und Bürgern und auf die Digitalisierung und den Umgang mit den Apps lenken. Meine Fragen gehen an Herrn Henning Tillmann. Meine zweite Frage wird etwas länger, deswegen halte ich die erste Frage ganz kurz. Meine Frage ist: Wie bewerten Sie grundsätzlich die Corona-App? Vor welchen Herausforderungen stehen wir da? Wir haben gerade gehört, dass Virusvarianten und andere Dinge kommen können, die wir jetzt noch gar nicht absehen. Wie müssen wir die App weiterentwickeln und was sollten wir grundsätzlich noch einbauen? Für die Beantwortung der zweiten Frage dürfen Sie sich ganz viel Zeit nehmen, weil es um Datenschutz geht. Wir haben immer wieder die Diskussion um datenschutzrechtliche Aspekte. Mich würde interessieren, welche datenschutzrechtliche Aspekte Sie sehen, die eine wirksame Pandemiebekämpfung erschwert haben. Was müssten wir verändern, damit wir den Datenschutz einhalten, der Pandemie gerecht werden und ein gutes Gefühl haben und trotzdem alle Daten bekommen, um der Pandemie entgegenzuwirken?

ESV **Henning Tillmann** (Softwareentwickler, D64 – Zentrum für digitalen Fortschritt): Ich glaube, man kann es sehr schnell zusammenfassen und sagen, dass die Corona-Warn-App sehr gut gestartet und das Konzept gut ist. Man hat sich da aus deutscher Sicht auch nichts Neues einfallen lassen. Die Corona-Warn-App basiert auf einem Grundgerüst, das die Betriebssystemhersteller Apple und Google zur Verfügung stellen. Die deutschen Unternehmen SAP und Telekom haben dann auf dieser Plattform aufbauend die Corona-Warn-App entwickelt. Die Corona-Warn-App funktioniert im Schnitt gut. Sie wurde insbesondere in den letzten Monaten noch einmal erheblich erweitert. Kritisch muss man allerdings schon fragen, warum diese Entwicklung so lange gedauert hat. Es gab schon viele Ideen, die die



Corona-Warn-App nicht nur funktional verbessert, sondern auch durch mehr Funktionen für die Menschen interessanter gemacht hätten. Diese Ideen hat es schon im letzten Sommer gegeben. Die Umsetzung hat dann teilweise bis zum Beginn dieses Jahres bzw. ins Frühjahr gedauert. Das hätte deutlich schneller gehen können. Die Corona-Warn-App an sich funktioniert dezentral, sie ist datensparsam und sie kann trotzdem sehr schnell warnen. Das ist das, was auch im Namen der App steht: Corona-Warn-App. Es gab im Vorfeld, als die App noch gar nicht existierte, viele Illusionen, die aufgebaut worden sind. Ich kann mich an Debatten erinnern, in denen die Corona-Warn-App sehr aufgebauscht wurde. Diese hohen Erwartungen konnten natürlich nur enttäuscht werden. Die Corona-Warn-App kann zum Beispiel die Gesundheitsämter in der direkten Zusammenarbeit nicht entlasten. Sie kann es aber mittelbar, indem sie Menschen warnt, die ansonsten gar nicht gewarnt worden wären. Durch weitere Funktionen ist sie noch stärker geworden, wie durch die Check-in-Funktion oder den Impfpass, der nachgewiesen werden kann. Vielleicht kommen wir später noch einmal darauf zurück. Beim Thema Datenschutz bin ich immer etwas irritiert, wenn ich die Aussage höre, alles wird eingeschränkt, nur der Datenschutz nicht. Ich glaube, diese Aussage ist grundfalsch. Wer hätte sich noch vor zwei Jahren vorstellen können, dass man bei einem Restaurantbesuch eintragen muss, wo man wohnt und wann man sich wo aufhält. Heute ist das jedoch Alltag und eine erhebliche Einschränkung des Datenschutzes. Die Frage, wie die Corona-Warn-App hätte besser gemacht werden können, wenn man den Datenschutz hätte einschränken können, geht an dem Kern vorbei. Ich habe es gerade schon angesprochen. Die Corona-Warn-App basiert auf einem Modell, das von den Betriebssystemherstellern Apple und Google zur Verfügung gestellt wird. Die Corona-Warn-App in Deutschland ist fast identisch mit der Corona-Warn-App in Italien, Irland oder Japan. Sie basieren alle auf einem dezentralen und relativ datensparsamen Ansatz. Natürlich hat die deutsche App auch Zusatzfunktionen, das ist richtig, aber der Hauptaustausch, der Bluetooth-Schlüssel funktioniert relativ gleich. Man hätte natürlich sagen können, wir entwickeln einen eigenen Ansatz, der zum Beispiel auch speichert, an welchem Ort ich mich befinde oder

welche personenbezogenen Daten ich habe. Das haben Länder wie Frankreich und Australien versucht, sind allerdings mit ihrem Ansatz gescheitert, weil sie an diesen Schnittstellen vorbei entwickelt haben. Viele der Fragen, die damit in Verbindung gebracht werden, ob die Corona-Warn-App mehr können sollte, sind eher technischer Natur. Natürlich kann man sich eine App wünschen, die auch noch andere Daten erfasst, wie zum Beispiel GPS-Daten. Daran, ob eine solche App funktionsfähig wäre, habe ich allerdings große Zweifel. Das zeigen Länder wie beispielsweise Frankreich, die mittlerweile auf den gleichen Ansatz umgeschwenkt sind wie die Corona-Warn-App.

Abg. **Svenja Stadler** (SPD): Sie schlagen eine automatisierte Clustererkennung als neue Funktion in der Corona-Warn-App vor. Wo liegen da aus Ihrer Sicht die Vorteile?

ESV **Henning Tillmann** (Softwareentwickler, D64 – Zentrum für digitalen Fortschritt): Die Corona-Warn-App könnte mit dem Framework von Apple und Google zu einer automatischen Clustererkennung erweitert werden. Das Problem bei der aktuellen, manuellen Clustererkennung, also dem Scannen von QR-Codes, wie es die Corona-Warn-App oder die Luca-App machen, ist, dass sie sehr großflächig ist. Man muss sich manuell einchecken und manuell wieder auschecken. Ein Smartphone hat sehr viele Sensoren, die in der Kontakterfassung gar nicht benutzt werden. Befinde ich mich aktuell beispielsweise in einem WLAN, würde das bedeuten, dass ich wahrscheinlich stationär bin. Ist mein Schrittsensor aktiv, deutet das darauf hin, dass ich mich eher draußen aufhalte. Wenn das Framework von Apple und Google diese Informationen mit in die Risikoberechnung eingeben würde, könnte man die Risikoeermittlung deutlich verbessern. Das würde dann auch eine automatische Clustererkennung ermöglichen. Dieses Konzept gibt es seit dem letzten Sommer.

Der **Vorsitzende**: Ich glaube, tiefere Einsichten müssen wir auf die nächsten Runden verschieben. Das Wort geht nun zur Fraktion der AfD, es steht ein



Zeitkontingent von sechs Minuten zur Verfügung.
Herr Münzenmaier, Sie haben das Wort.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Gerd Antes. Herr Prof. Antes, Sie haben Ende letzten Jahres in einem Interview beklagt, dass wir in Brüssel oder auch in Berlin die Digitalisierung predigen und eine weltweite Führungsrolle einnehmen wollen, während wir nicht einmal in der Lage sind, in der Corona-Krise für die Gesellschaft lebensnotwendige Daten online zu erheben und hinsichtlich der Qualität so zusammenzufassen, dass wir etwas daraus lernen können. Könnten Sie uns diese Kritik noch einmal etwas genauer erläutern und vielleicht auch den einen oder anderen Vorschlag machen, was aus Ihrer Sicht zu tun ist?

ESV **Prof. Dr. Gerd Antes** (ehemaliger Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums): Die damalige Situation ist natürlich mit der heutigen nicht zu vergleichen, die Widersprüche waren noch krasser. Im EU-Zusammenhang gab es damals Vorträge von Bundesgesundheitsminister Spahn und von anderen politischen Gruppierungen, in denen betont wurde, dass wir in digitalen Zusammenhängen und Entwicklungen in der Welt führend sein wollen. Seither ist deutlich geworden, dass wir weit davon entfernt sind, irgendwo eine führende Rolle einzunehmen. Ich könnte hier ein Riesenspektrum von Banalitäten aufzeigen, bei denen wir nicht in der Lage sind, wirklich voranzuschreiten, beispielsweise bei der Risikoerkennung. Was Herr Tillmann gesagt hat, finde ich außerordentlich interessant. Wir wissen immer noch an vielen Stellen nicht, wo und wie Dinge passieren. Allein die Interpretation von Bewegungsdaten, drinnen und draußen, würde uns einen Riesenschub dabei geben, schlauer zu werden. Das ist bisher nicht erfolgt. Ich könnte eine Reihe solcher Beispiele aufzählen. Nennen will ich aber noch das Alter. Wir wussten nach drei Monaten sehr schnell, dass das Alter ein unglaublich entscheidender Risikofaktor ist, weit entscheidender als alle anderen, die wir bisher kannten. Das ist allein durch die Steilheit der (Infektions-) Kurve belegt. Aber selbst bei den Intensivpatienten ist bis April dieses Jahres das

Alter nicht richtig erfasst worden. Das ist eine Mischung aus Organisationsmängeln und technischen Bedingungen, denn jedes Krankenhaus verfügt natürlich über die Altersangaben. Das ist ein ganz banales Beispiel dafür, dass die naheliegenden Sachen nicht gemacht worden sind. Ich glaube, es ist zu einfach zu sagen, das war nur ein Problem der Digitalisierung. Deswegen glaube ich auch, dass die Gegenüberstellung dessen, was auf EU-Ebene politisch an Visionen formuliert wird und was wir im Land leisten müssen, um das Problem in den Griff zu bekommen, weit auseinandergeht. Aber das bringt uns nicht weiter. Wir müssen sehen, und das ist dann Knochenarbeit an der Front, wie wir diese Probleme wirklich lösen können. Einerseits ist im letzten halben Jahr viel passiert. Aber gerade bei den Sachen, die Herr Tillmann formuliert hat, müssen wir tiefer bohren. Gegenwärtig sehen wir aber auch – und das ist der große Frust in der Bevölkerung, weil es so offensichtlich ist –, dass wir im Herbst wieder in eine Situation hineinstolpern, die die ganzen Mängel wie in dem Brennglas sichtbar macht. In dieser Gemengelage und in der Fortentwicklung befinden wir uns heute.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Herr Prof. Antes, ich möchte daran anknüpfen, was Sie gerade gesagt haben. Wir schlagen uns nun schon seit geraumer Zeit mit der Corona-Pandemie und den Maßnahmen der Regierung herum. Jetzt ist die Rede von der vierten Welle und von der Überlastung des Gesundheitssystems. Es kommt einem so vor, als würde sich alles wiederholen und man hätte nicht wirklich etwas gelernt. Ich würde Sie gerne nach der aktuellen Evidenzlage fragen. Es ist ein großer Kritikpunkt der Fraktion der AfD, dass viele Maßnahmen eben nicht sehr evidenzbasiert sind. Können Sie uns aus Ihrer Sicht zur aktuellen Evidenzlage zu COVID-19 eine Einschätzung geben und einige Beispiele nennen? Ein Beispiel haben Sie eben schon genannt, nämlich dass das Alter bei Intensivpatienten nicht erfasst wurde. Haben Sie noch ein oder zwei weitere Beispiele, aus denen wir lernen können, damit so etwas in Zukunft besser gemacht wird, dass wir bei zukünftigen Pandemien besser aufgestellt sind und dass die Maßnahmen dann auch evidenzbasiert sind und nicht ins Blaue hineingehen?



ESV **Prof. Dr. Gerd Antes** (ehemaliger Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums): Die Dauerkritik ist, dass an vielen Stellen die Ungleichung „Korrelation ist gleich Kausalität“ dermaßen oft vorgeführt worden ist. Es hat eine unglaubliche Sammlung an fachlichen Fehlern gegeben. Es sind ohne Grundlage Länder wie Israel und Irland als Vorbild dargestellt worden. Ein Bonmot ist inzwischen schon, dass die deutsche Notbremse auch in der Schweiz gilt, obwohl diese nichts damit gemacht hat. Die Zuordnung von kausalen Ursachen und Effekten ist weiterhin mangelhaft. Aber ich muss dazu betonen, es ist auch extrem schwierig. Wir sehen aktuell, dass Australien gerade wieder einen Lockdown verhängt hat. Und die 3G-Regel ist ein ganz großer Schwachpunkt. Der größte Schwachpunkt, was die Evidenz angeht, sind gegenwärtig die Schnelltests. Wir haben immer die Fantaziezahlen, die reine Laborwerte sind, von Sensitivität und Spezifität von 97 Prozent und 100 Prozent. Es gibt ein Experiment, das sogenannte Liverpool-Experiment, mit dem man versucht hat, einen Stadtteil frei zu testen. Dabei hat man von den Infizierten nur ungefähr die Hälfte erreicht. Das zeigt die Problematik. Für mich ist die Herausforderung, an jeder Stelle besser zu werden. Hier ist noch sehr viel Luft nach oben.

Der Vorsitzende: Vielen herzlichen Dank, das war eine Punktlandung. Dann machen wir weiter mit der CDU/CSU-Fraktion, es stehen sechs Minuten Redezeit zur Verfügung. Ich begrüße den Kollegen Axel Müller, der das Wort hat.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Bianca Kastl. Ich halte es ein bisschen allgemeiner, als das ursprünglich angedacht war. Es ist schon einiges zu SORMAS und der Digitalisierung im Gesundheitswesen gesagt worden. Vonseiten des Bundes ist sehr viel Geld in die Hand genommen worden, ca. drei Milliarden Euro des Bundes und ca. 1,3 Milliarden Euro der Länder, um im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Wir haben bereits von SORMAS im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und von der Digitalisierung im Krankenhauswesen gehört. Parallel dazu gibt es noch die

elektronische Patientenakte (ePA). Als einem Außenstehenden kommt es mir ein bisschen so vor, als ob hier sehr viele Inhouse-Lösungen gemacht würden, aber der große Wurf hin zu einer Digitalisierung des Gesundheitswesens insgesamt scheint noch nicht gelungen zu sein. Wie sehen Sie das aus Sicht einer Betroffenen, die sich damit in ihrem täglichen Arbeitsalltag herumschlägt?

ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG)): Mein Name ist Bianca Kastl und ich bin vom Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit. Wir versuchen, die Innovationen der Digitalisierung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu verbinden. Man hat in dieser Pandemie durchaus festgestellt, dass es immer wieder schnelle Lösungen geben musste, um ad hoc Digitalisierung zu ermöglichen. Das ist natürlich ein Problem, weil man die digitale Infrastruktur dafür gebraucht hätte. Sie hätte schon längst da sein müssen. Man hätte saubere Schnittstellen gebraucht, um die entsprechenden Formate zu standardisieren. Sie haben gerade gehört, dass wir auch jetzt nicht wissen, wie wir die Hospitalisierungswerte in SORMAS kriegen oder zu den Gesundheitsämtern. Das sind alles Themen, bei denen man sieht, dass man entsprechende Schnittstellen gebraucht und diese dann standardisiert hätte. Auch hätte man Standardformate gebraucht, mit denen man solche Werte hätte übermitteln können. Es ist ein Anliegen des Innovationsverbunds Öffentliche Gesundheit, Standards für eine öffentlich-digitale Infrastruktur zu schaffen und solche Anwendungen in Zukunft flexibel und schnell auf einem sicheren Stand zu ermöglichen.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Da ich im Moment keine weiteren Fragen habe, würde ich das Zeitkontingent an die nächste Runde weitergeben.

Der Vorsitzende: Dann konservieren wir das Kontingent von drei Minuten. Wir machen weiter mit der Fraktion der FDP. Es steht ein Zeitkontingent von fünf Minuten zur Verfügung. Das Wort hat Kollege Manuel Höferlin.



Abg. **Manuel Höferlin** (FDP): Meine Frage geht an Herrn Martin Tschirsich. Wir haben viel über die App und über Kontaktverfolgung gesprochen. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme aber auch, dass es Probleme gibt. Sie kritisieren die digitale Basisinfrastruktur und machen dort insbesondere ein Problem beim Thema digitale Identitäten aus. Das Thema beschäftigt uns schon lange. Aber in der Diskussion über die digitale Gesundheitsinfrastruktur ist es in der öffentlichen Wahrnehmung eher nicht so stark beleuchtet worden. Wie würde aus Ihrer Sicht eine digitale Identifizierung, eine sichere digitale Identität, weiterhelfen, beispielsweise beim Thema Impfungen und Impfnachweis? Warum kann das nicht in allen Fällen auch eine elektronische Patientenakte leisten? Meine zweite Frage geht ebenfalls an Sie. Sie sagen in Ihrer Stellungnahme, dass das geforderte Sicherheitsniveau für digitale Identitäten bei den Apothekern beim Ausstellen von Impfberechtigungen unterlaufen wurde. Vielleicht können Sie das nochmal erklären und wie Sie zu dieser Einschätzung kommen?

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Die Frage war: Wie können uns sichere digitale Identitäten weiterhelfen? Ich knüpfe damit an das an, was Frau Kastl gesagt hat. Wir brauchen in der Digitalisierung schnelle Lösungen, um Ad-hoc-Digitalisierungen zu ermöglichen. Dafür müssen die Bausteine da sein. Die Bausteine für das, was wir dann nutzbringend als Anwendung auf eine Infrastruktur aufgleisen möchten. Beispiele dafür sind die Ausgabe von Impfberechtigungen oder die Vermittlung von Impfterminen. Das ist aber auch, und das war das Thema von Frau Kastl, die Anbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dort brauchen wir eine digitale Basisinfrastruktur und eine Vernetzung. Wir müssen aber auch wissen, mit wem wir sprechen. Wir brauchen die Identitäten. Das braucht einen logistischen Vorlauf, der geleistet sein muss, bevor der Nutzen entsteht. Die Frage ist: Wie wird uns eine digitale Identität weiterhelfen? Sie muss da sein und sie muss nutzbar sein. Wir müssen wissen, das ist ein Gesundheitsamt oder das ist eine Apotheke. Das müssen wir zweifelsfrei bestätigen können, wenn wir ein Impfberechtigung ausstellen. Sichere digitale

Identitäten, sofern sie auch nutzbringend sind, helfen uns als Baustein weiter. Sie müssen dann noch mit Inhalten gefüllt werden. Aber ohne sie kriegen wir diese Inhalte nicht aufgelegt. Dann war noch die Frage: Warum ist das Sicherheitsniveau im Bereich der Apotheken unterlaufen worden? Das ist ein sehr guter Punkt, um darzustellen, wo die Probleme in der Praxis hinsichtlich der fehlenden Basisinfrastruktur liegen. Wir hatten vom Bundesgesundheitsministerium eine Ausschreibung, die vorsah, dass Impfberechtigungen über die Telematikinfrastruktur und die Nutzung der dort vorhandenen Identitäten sicher ausgegeben werden sollen. Nun hat sich aber herausgestellt, dass die Apotheken erst seit Kurzem angebunden werden sollten. Das Roll-out dieser Identitäten der Telematikinfrastruktur in die Apotheken hinein war aber noch nicht ausreichend. Für die Nutzung dieser Identitäten braucht man lokal installierte Software. Jetzt installieren Sie mal sehr schnell eine Software in Apotheken und Arztpraxen. Das kriegen Sie in Quartalen hin, aber nicht in Wochen. Da der Termin gesetzt war, brauchten wir eine Alternativlösung. Es wurde dann auf die Nutzung dieser initial vorgesehenen, sicheren Identitäten und die Nutzung von Security-Tokens verzichtet. Das braucht einen Vorlauf, das kann nicht ad hoc geleistet werden. Deswegen haben wir jetzt eine Lösung, die das geforderte Sicherheitsniveau des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) deutlich unterschreitet. Wir gehen mit einer Ein-Faktor-Authentifizierung hinein und haben keine sichere Zuordnung und das vor dem Hintergrund des hohen Missbrauchspotenzials und der Motivation dritter Akteure, hier auch Missbrauch begehen zu wollen. Eine elektronische Patientenakte kann das vielleicht irgendwann in der Zukunft unterstützen. Die elektronische Patientenakte, das war der letzte Punkt von Herrn Höferlin, ermöglicht die Identifizierung der Versicherten im Gesundheitswesen bzw. der Patienten. Wenn wir diese mit einbeziehen wollen, dann können wir auch die gegenüber der elektronischen Patientenakte verwendeten Identitäten nutzen. Diese sind heute allerdings noch nicht in der Masse einsatzbereit, sie sind also auch noch nicht nutzbringend anwendbar. Wir müssen die Priorität darauf legen, dass diese Basisbausteine



vorhanden sind. Das ist die von Prof. Antes genannte Knochenarbeit an der Front, die die Digitalisierung erst ermöglicht.

Abg. **Manuel Höferlin** (FDP): Sollten noch einige Sekunden übrig sein, würde ich diese in der zweiten Fragerunde nutzen.

Der **Vorsitzende**: Es sind noch 15 Sekunden verblieben, die wir konservieren. Das Fragerecht geht weiter zur Fraktion DIE LINKE. Das Wort hat die Kollegin Anke Domscheit-Berg.

Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Ich habe zunächst eine Frage an Frau Bianca Kastl. Ich wüsste gerne, was Sie über die Bedeutung von Gästelisten-Apps wie die Luca-App als Mittel der Pandemiebekämpfung und zur Entlastung der Gesundheitsämter wissen. Wie bewerten Sie im Vergleich dazu den Nutzen der Corona-Warn-App?

ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG)): Gästelisten spielen im Arbeitsalltag der Kontaktnachverfolgung in den Gesundheitsämtern eher eine geringe Rolle. Es besteht nicht in jeder Gaststätte und bei jeder Kulturveranstaltung ein Risiko. In dem von mir betreuten Gesundheitsamt des Bodenseekreises wurden während der gesamten Pandemie nur vier Papierlisten angefragt, also sehr wenige. Wir sehen, dass sie eine eher geringe Bedeutung haben. Die Corona-Warn-App kann bei Infektionsketten besser helfen. Sie hat eine hohe Warngeschwindigkeit, sie kann nicht persönlich bekannte Risikokontakte erfassen und sie stärkt die Eigenverantwortung, indem sie dabei hilft, dass sich Menschen testen lassen. Deswegen unterstützt der Ansatz der Corona-Warn-App die Gesundheitsämter besser als Gästelisten, die wir ohnehin selten brauchen.

Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Ich würde eine weitere Frage an Frau Kastl richten wollen. Es war sehr oft die Rede davon, auch von vielen Fachexperten, dass bei der Luca-App Datensicherheit und Datenqualität für Gesundheitsämter ein Problem

sind. Nun wurde mir aus dem SORMAS-Umfeld eine Mail zugespielt, in der die Rede davon ist, dass es nach Absprachen mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und dem BSI zu einer Abschaltung der SORMAS-Schnittstelle für Luca gekommen sein soll, wegen der Gefahr einer CSV-Injection (Comma Separated Values). Haben Sie davon gehört? Was können Sie zu den Folgen der mangelnden Datensicherheit und auch der mangelnden Datenqualität sagen? Kann da überhaupt eine Entlastung stattfinden?

ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG)): Im Prinzip ist das Thema einer CSV-Injection ein Worst-Case-Szenario. Sie laden beispielsweise in einem Gesundheitsamt CSV-Daten von einem Luca-System herunter und werden dann von einer Schadsoftware angegriffen. Das ist ein erhebliches Sicherheitsrisiko, das darf nicht passieren. Dieser fatale Fehler ist aber dennoch passiert. Insofern ist es folgerichtig, dass diese Schnittstelle aus Sicherheitsgründen abgeschaltet wurde. Eine wirkliche Entlastung findet dann nicht statt, wenn wir ein System haben, das nur selten genutzt wird und allein dadurch, dass es da ist, ein Sicherheitsrisiko darstellt. Von daher sollte man solche Systeme genau prüfen.

Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an Frau Kastl. Im Gegensatz zur Luca-App wurden bei der Corona-Warn-App Datensicherheit und Datenschutz von Fachleuten immer wieder als exzellent bewertet. Auch ihr Nutzen durch die Warnfunktion wurde inzwischen nachgewiesen. Bereits im Mai wurde im Digitalausschuss beschrieben, wie ihre Funktionalität so erweitert werden kann, dass ohne eine Beeinträchtigung dieses wunderbaren Datenschutzes auch eine Datenübertragung in sinnvollen Fällen an Gesundheitsämter erfolgen kann. Können Sie kurz beschreiben, wie das über das IRIS-Gateway (Integration of Remote Systems into Infection Control Software) funktionieren könnte und was der Stand der Dinge ist? Denjenigen, die mehr wissen wollen, als in der nächsten Minute dazu gesagt werden kann, empfehle ich die Stellungnahme von Frau Kastl.



ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG)): Im Prinzip ist es so, dass bei der Indexfall-Nachverfolgung in IRIS immer die gleichen Fragen gestellt werden. Sie fragen die Personen nach den engen Kontaktpersonen, wo sie waren und nach bestimmten Ereignissen. Diese Fragen sind ein standardisierter Fragebogen, den man auch digital abarbeiten könnte. Einer positiv getesteten Person könnte ein solcher Fragebogen auch aus der Corona-Warn-App (CWA) weitergeleitet und von ihr selbstständig ausgefüllt werden. Dann würden diese Daten bei dem Erstkontakt mit dem Gesundheitsamt bereits digital vorliegen. Man hätte dadurch einen Qualitäts- und Zeitgewinn, weil diese Daten schon digital strukturiert vorliegen würden. Das ist das Grundkonzept einer möglichen Anbindung über das IRIS-Gateway der Corona-Warn-App an die Gesundheitsämter.

Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Und was ist der Status quo?

ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit InÖG): Der Status quo ist so, dass es dazu Gespräche mit SAP zur technischen Machbarkeit gab. Und es gibt in der nächsten Woche Gespräche mit dem BMG zur weiteren Umsetzung.

Der **Vorsitzende**: Wir kommen später noch einmal zu einer neuen Runde. Das Fragerecht geht jetzt weiter zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Dort hat die Kollegin Kordula Schulz-Asche für fünf Minuten die Gestaltungshoheit.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Tschirsich. Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe dafür, dass nur manche Gesundheitsämter – in Niedersachsen nur 58 Prozent und in Sachsen sogar nur 23 Prozent – an SORMAS angeschlossen sind, vor allem an die Basissoftware? Warum breitet sich die erweiterte Software SORMAS-X so schlecht aus? Welche strukturellen Hürden sehen Sie? Welche weiteren Einsatzfelder der Digitalisierung in den Gesundheitsämtern

sehen Sie, wie zum Beispiel im Gesundheitsmanagement bei Fragen der Trinkwasserüberwachung? In Ihrem Positionspapier haben Sie ein virtuelles, modular aufgebautes Gesundheitsamt vorgeschlagen. Vielleicht können Sie kurz skizzieren, was Sie sich darunter vorstellen?

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Ich werde kurz aus meiner Perspektive antworten. Ich empfehle dann aber, das Wort an Frau Kastl zu geben, da diese Position vom InÖG vertreten worden ist. Die Perspektive, die ich vertreten kann, sind die Inneneinsichten in die Gesundheitsämter und die Gesundheitsämter-IT, aber auch in die Informationssicherheit. Dazu kann ich nur sagen, dass der Anschluss eines Gesundheitsamtes an ein externes IT-System immer mit der lokalen IT abgesprochen werden muss. Es gibt dort viele Reibungsverluste und es braucht individuelle Überzeugungsarbeit. Den Einfluss eines lokalen Gesundheitsamtes darf man nicht unterschätzen und es gibt auch Widerstände innerhalb der Gesundheitsämter, die im Sinne eines Change-Managements überwunden werden müssen. Das Thema der Trinkwasserüberwachung und eines virtuellen Moduls empfehle ich zur Beantwortung an Frau Kastl weiterzugeben.

ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG)): Ich versuche, die Frage aus meiner Sicht zu beantworten. Den Umstieg auf SORMAS und auf SORMAS-X muss man so verstehen: Ein Gesundheitsamt hat eine Fachanwendung, die es weiterpflegen will und will seine Daten überführen. Hier haben wir dann wieder die Thematik mit den Schnittstellen. Wenn man das alte System nicht sinnvoll in das neue System überführt bekommt, wenn die Schnittstellen fehlen und man die Daten nicht sauber migrieren kann, hat man ein Problem und genau das ist bei SORMAS ein ausbaufähiger Punkt. Man muss Schnittstellen bereitstellen, mit denen man auch mit Fremdsystemen arbeiten kann. Sonst bekommt man die Daten nicht sinnvoll in das neue System überführt und kann vielleicht auch nicht mit anderen Systemen arbeiten. Wenn es verschiedene Kontaktnachverfolgungssoftware gibt, die wir als Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit



mit dem IRIS-Gateway vereinheitlichen wollen, können wir diese Daten aktuell nicht automatisiert in Richtung SORMAS schieben. Wir müssen diese Daten immer in einer CSV-Datei aufbereiten. Diese Daten müssen dann in dem IRIS-Gateway heruntergeladen und dann händisch wieder in SORMAS hochgeladen werden. Wenn es dazu eine Programmierschnittstelle geben würde, die einen automatischen Datenabgleich entsprechend sicher und mit vertrauenswürdigen Anwendungen ermöglichen würde, hätte man im Work Flow viel Zeit gewonnen. Es würde auch mögliche Fehlerquellen reduzieren. Um diesen Work Flow besser zu machen, hat SORMAS hier eindeutig die Aufgabe, eine bidirektionale, technisch sauber ausgestaltete Schnittstelle bereitzustellen. Auch bei den anderen Themen, wie beispielsweise der Trinkwasserqualität, braucht man eine Grundschnittstelle, die sicher ist, die transportverschlüsselt funktioniert und die eine saubere Basisinfrastruktur stellt. Dann kann man sich auch überlegen, welche Datenformate man zusätzlich noch übermitteln will. Es gibt im Gesundheitsbereich so viele Datenpunkte, die man übertagen möchte. Wenn man einmal eine saubere Infrastruktur geschaffen hat, kann man sich diejenigen Daten beliebig aussuchen, die sinnvoll digitalisiert übermittelt werden sollen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich noch schnell Frau Dr. Ilona Köster-Steinebach. Wie kann sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten mit dem Tempo, in dem es gerade technisch vorangeht, Schritt halten können?

ESVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Aktionsbündnis Patientensicherheit): Tatsächlich ist es derzeit so, dass wir überhaupt keine Anleitung für Patientinnen und Patienten sehen, mit dieser Digitalisierung zu Rande zu kommen. Es gibt vereinzelte Insellösungen, das haben wir gerade bei den Gesundheitsämtern festgestellt. Solche Insellösungen sind im Gesundheitswesen noch viel ausgeprägter. Diese funktionieren für sich genommen vielleicht ganz gut, aber eben nur für diese eine Anwendung. Das große Problem, das wir sehen, ist, dass die Leitanzwendung, die die Patienten durch die Digitalisierung,

aber auch durch das Gesundheitswesen führen könnte, um sie besser zu informieren und um ihnen einen besseren Zugang zu ermöglichen – die elektronische Patientenakte – nicht funktioniert. Die elektronische Patientenakte muss in diese Richtung ausgebaut werden. So viel in 45 Sekunden, sonst gerne auch eine Stunde.

Der **Vorsitzende**: Dazu müssten wir nach einem neuen Format suchen. Vielen Dank zunächst einmal. Das Fragerecht geht jetzt wieder an die Fraktion der SPD. Dazu begrüße ich die Kollegin Mechthild Rawert. Sie haben das Wort, sieben Minuten stehen zur Verfügung.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine erste Frage geht auch an Frau Dr. Köster-Steinebach, allerdings nicht für eine Stunde. Grundsätzlich ist es so, dass das Aktionsbündnis das Thema Patientensicherheit für nicht grundlegend gelöst hält und diese daher mit destruktiven Ereignissen wie Pandemien erst recht nicht zu Rande kommt. Hier kommt dann meine Fragestellung: Wie kann die Digitalisierung den Versorgungsprozess in der Pflege besser steuern? Sie sprechen von weichen Faktoren, die es digital zu unterstützen gilt. Fragen möchte ich auch: Wie ist das Thema Barrierefreiheit integriert?

ESVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Aktionsbündnis Patientensicherheit): Zunächst einmal haben wir in der Pandemiesituation vor allen Dingen das Problem gesehen, dass viele Versorgungsketten auseinandergebrochen sind und disruptiv gestört wurden. Selbst große Versorger wie Unikliniken hatten nicht mehr die Chance, Patienten einigermaßen strukturiert in eine Anschlussversorgung zu entlassen. Für Privatpersonen hat sich das insbesondere in der Pflege noch viel dramatischer dargestellt. Wir haben Pflegeeinrichtungen gesehen, die keine Patienten mehr aufgenommen haben, die keine Patienten mehr aus dem Krankenhaus zurückgenommen haben oder ambulante Pflegedienste, die überhaupt keine Versorgung mehr geleistet haben, selbst nicht bei Bestandspatienten. Ein zentrales Problem, das wir über die Digitalisierung wesentlich besser aufgreifen



könnten, sind die Bedarfe, die sich nirgendwo niederschlagen. Sie sind immer nur individuell spürbar, deuten aber auf ein strukturelles Problem hin. Wir haben kein Mittel, diese Bedarfe irgendwie zu erfassen, sie zu strukturieren und eine Quantifizierung dafür zu bekommen. Es bleibt ein Problem, das die Angehörigen und die Patientinnen und Patienten vor Ort lösen müssen. Sie haben auch nach der Barrierefreiheit gefragt. Gerade das Erfordernis, ganz viel ad hoc tun zu wollen, wir haben viel von kurzfristigen Digitalisierungen gehört, hat sowohl eine gute Patientenkommunikation als auch die Barrierefreiheit beiseite gefegt, nach dem Motto: Wir müssen jetzt erst einmal die Grundstrukturen auf die Reihe kriegen. Das ist auch ein Stück weit verständlich. Das führt aber dazu, dass insbesondere diejenigen, die sowieso vor besonderen Hürden stehen, dann, wenn es darum geht, eine sichere Versorgung zu bekommen und dauerhaft versorgt zu werden, auf diese Angebote nicht zugreifen können.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Dann nehme ich das Thema Barrierefreiheit und die Aussagen noch einmal auf, dass diejenigen Patientengruppen, die es ohnehin schon schwerer haben als andere, jetzt noch unberücksichtigter geblieben sind. Meine Frage richtet sich an Herrn Tillmann: Wie sieht es mit der Barrierefreiheit bei der Corona-Warn-App und sämtlichen Überlegungen aus, dafür eine „saubere“ Infrastruktur zu schaffen? Steht die Barrierefreiheit hier überhaupt im Fokus?

ESV **Henning Tillmann** (Softwareentwickler, Co-Vorsitzender D64 - Zentrum für digitalen Fortschritt e.V.): Tatsächlich ist die Frage der Barrierefreiheit bei digitalen Systemen essenziell. Das betrifft auch die Bedienung von Geräten oder Systemen, die in Teilen De-facto-Standard werden. Wir haben nicht nur die Corona-Warn-App, bei der die Barrierefreiheit ziemlich gut umgesetzt worden ist. Die App funktioniert in der Kernfunktionalität im Hintergrund und in den meisten Fällen sind auch kaum Interaktionen notwendig. Anders sieht es bei Apps wie der Luca-App aus, die erforderlich sind, um beispielsweise in Restaurants zu gehen. Da ist es mit der Barrierefreiheit schwieriger bestellt. Insbesondere zu Beginn war sie gar nicht gegeben. Das ist

insbesondere dann problematisch, wenn man die Nutzung der App zur Voraussetzung macht, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Das heißt, wenn der Deutsche Behindertenrat oder andere sich die Corona-Warn-App im Hinblick auf die Vielfalt der Menschen mit Beeinträchtigungen anschauen, würde diese ein besonderes Plus bekommen, oder sehen Sie doch noch Nachbesserungsbedarf?

ESV **Henning Tillmann** (Softwareentwickler, D64 – Zentrum für digitalen Fortschritt): Natürlich ist es so, dass es insbesondere bei der Bedienungsführung der Corona-Warn-App schon noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Das betrifft nicht unbedingt nur die Barrierefreiheit. Es gab schon häufiger Komplikationen bei der Nutzung. Es hatten sich Bedienelemente verschoben, was den Nutzerinnen und Nutzern nicht mitgeteilt wurde, oder es wurde nicht richtig erklärt, was eine niedrigere Risikowarnmeldung eigentlich bedeutet. Das sind aber eher Fragen, die alle betreffen. Noch deutlich Luft nach oben gibt es beim UI-/UX-Design, so nennt man die Bedienungsführung. Was die Barrierefreiheit betrifft, hat man sich stets bemüht, die App für alle so zu öffnen, dass keiner Vor- oder Nachteile hat. Es ist korrekt, dass es Probleme bei der Installation und auch bei der Verwendung und insbesondere bei der Ersteinrichtung gibt. Das hat jedoch mit dem Betriebssystem zu tun. Da die Corona-Warn-App aber in den meisten Fällen im Hintergrund funktioniert und das Betriebssystem gar nicht in der Dauernutzung notwendig ist, hat man bei der Verwendung damit gar keinen Kontakt. Anders als bei anderen Apps.

Der **Vorsitzende**: Frau Kollegin Rawert, Ihnen bleiben noch 30 Sekunden.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Dann verschiebe ich die Zeit auf die nächste Runde.

Der **Vorsitzende**: Die nehmen wir die in die nächste Runde. Dann kommen wir jetzt zu zwei großen Zeitblöcken der CDU/CSU-Fraktion von jeweils sechs



Minuten. Aus der letzten Runde sind noch drei Minuten übrig geblieben, sodass wir nun den längsten Block in der ganzen Anhörung haben. Frau Kollegin Warken, Sie haben das Wort.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU-Fraktion): Viele Fragen sind schon beantwortet. Ich würde gerne mit Herrn Dr. Stachwitz beginnen wollen und noch einmal allgemein fragen, wo denn aus seiner Sicht im Gesundheitswesen die Digitalisierung helfen könnte, Pandemien zu bekämpfen. Vielleicht kann er dazu besondere Beispiele nennen.

ESV **Dr. Philipp Stachwitz** (health innovation hub (hih)): Da es eine recht allgemeine Frage ist, könnten wir wahrscheinlich auch sechs Stunden darüber sprechen. Die Digitalisierung hat im Gesundheitswesen in vielen Bereichen Potenzial, ganz konkret im öffentlichen Gesundheitsdienst, darüber haben wir schon ziemlich viel gehört, im gesamten Bereich der Patientenversorgung, in der ambulanten und stationären Versorgung, hier findet auch die Pandemiebekämpfung statt, dann für die Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen, darüber haben wir auch schon gesprochen, und natürlich auch das Empowerment oder Enabling der Bürgerinnen und Bürger auch in ihrer Situation als Patientinnen und Patienten. Schließlich kommt die Unterstützung der Forschung dazu, hier gibt es eine Vielzahl von Bereichen. Dass wir Defizite in fast allen Bereichen haben, ist schon angesprochen worden und das hat die Corona-Pandemie auch deutlich gezeigt. Ganz konkret möchte ich nicht so sehr auf den öffentlichen Gesundheitsdienst eingehen, weil dazu schon viel gesagt worden ist, sondern auf den Bereich der Patientenversorgung. Hier sehen wir einen ganz erheblichen Bedarf an Vernetzung und Identitäten, also letztendlich die Schaffung einer Infrastruktur. Es hätte uns sehr geholfen und würde uns auch aktuell sehr helfen, in Notlagen eine Vernetzung innerhalb des Gesundheitswesens zu haben. Wir haben heute noch keine digitale Vernetzung, wir haben keine für den Datenaustausch zur Verfügung stehende Infrastruktur. Aber hier ist, das muss ich auch sagen, in den letzten drei Jahren sehr viel auf den Weg gebracht worden. Wir standen vor drei Jahren immer noch an einem Punkt, an dem wir auch schon im

Jahr 2000 gestanden haben, also zu Beginn des neuen Jahrtausends. Es ist sehr sinnvoll, dass wir Daten innerhalb des Gesundheitswesens austauschen können. Dazu zählen sichere Identitäten und zwar sowohl sichere Identitäten der Health Care Professionals als auch der Laien, also der Bürgerinnen und Bürger. Auch die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist etwas, was die Bürgerinnen und Bürger „empowered“ und gleichzeitig auch hilft, die Versorgung zu unterstützen, ganz konkret die Koordination bei der Behandlung. In Folge der Corona-Pandemie wird ein Krankheitsbild, das wir noch gar nicht richtig kennen, das Long-COVID-Syndrom, wahrscheinlich eine interdisziplinäre Behandlung notwendig machen. Auch hier zeigt sich der Bedarf an Kommunikation und Austausch. Ich denke, was ganz wichtig ist, ist, dass wir überhaupt bessere Daten zur Schaffung von Entscheidungsgrundlagen benötigen. Wir haben schon einige Punkte gehört, unter anderem wurde das DIVI-Intensivregister angesprochen. Schließlich brauchen wir auch bessere Daten für die Forschung. Wir brauchen eine sichere Infrastruktur, in der wir Daten nicht nur im Bereich der Versorgung austauschen können. Wir brauchen sichere Identitäten, um diesen Austausch überhaupt ermöglichen zu können und wir brauchen die Möglichkeit, Daten für die Forschung zu sammeln. Viele Daten, die wir jetzt zu COVID-19 haben, haben wir aus dem Ausland. Andere Länder, die in diesem Bereich besser aufgestellt sind, haben diese Datengrundlagen bereitgestellt. Als positives Beispiel möchte ich den Bereich der Video-Sprechstunde hervorheben. Wir haben gesehen, dass wir zu Beginn der Pandemie die Notwendigkeit hatten, Kontakte zu reduzieren. Die Video-Sprechstunde hat einen absoluten Boom erlebt. Möglich war das aber nur, und das war ein Glücksfall, weil im Herbst 2019 der GKV-Spitzenverband und die KBV alle Voraussetzungen dafür geschaffen hatten. Es waren die regulatorischen und technischen Voraussetzungen da und es gab zertifizierte Dienstleister. Dann konnte dieses Werkzeug in der Pandemie auf Knopfdruck genutzt werden. Das ist im Grunde das, was Herr Tschirsich vorhin gesagt hat, wir brauchen eine Basisdigitalisierung. Diese ist aber angestoßen worden, das ist ein sehr wichtiger Punkt. Wir sind auf dem Weg, diese Basisdigitalisierung jetzt zu beschreiten. Natürlich stehen wir am Anfang, aber es werden gerade im



Moment sehr wichtige Schritte gegangen. Insofern ist die Video-Sprechstunde ein positives Beispiel. Das Intensivregister habe ich auch schon genannt. Aber auch Werkzeuge in den Gesundheitsämtern, Climedo zur Quarantäneüberwachung ist eines der Werkzeuge, die bereits eingeführt wurden. Zum Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes möchte ich mich zum Abschluss noch einmal kurz äußern. Angesprochen worden ist hier schon die Notwendigkeit von Schnittstellen und einheitlichen Datenformaten für die Arbeit der Gesundheitsämter. Es ist in der Pandemie sehr deutlich worden, dass das dringend notwendig ist und dass die Gesundheitsämter so etwas benötigen. Ich denke, das haben wir im health innovation hub auch so bearbeitet, man braucht hier eine zentrale Stelle. Diese ist im Grunde noch zu schaffen, denn es gibt sie bis heute nicht. Diese sollte die Gesundheitsämter unterstützen, Standards schaffen und idealerweise auch Software zertifizieren, die die Gesundheitsämter einsetzen, damit die Anbieter solcher Software sich darauf einstellen können. Diese zentrale Stelle sollte die Gesundheitsämter auch dabei unterstützen, sich weiter zu digitalisieren. Das gilt in jedem Fall für die Pandemiebekämpfung und den gesamten Bereich des Infektionsschutzes, aber im Grunde auch für alle anderen Aufgaben.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU-Fraktion): Dann kann ich vielleicht daran noch einmal anknüpfen. Herr Dr. Stachwitz, Sie hatten zwar schon einiges angesprochen, aber vielleicht noch einmal ganz kurz zu Ihrer generellen Einschätzung, wie der digitale Fortschritt in den Arztpraxen ist. Es hat einiges an Gesetzgebung zum Bereich Digitalisierung im Gesundheitswesen in dieser Wahlperiode gegeben. Wie ist Ihre Einschätzung in Bezug auf die Arztpraxen und wie schätzen Sie die Auswirkungen der Digitalisierung und der digitalen Formate auf das Patienten-Arzt-Verhältnis ein und was sind Ihre Empfehlungen?

ESV **Dr. Philipp Stachwitz** (health innovation hub (hnh)): Wir sehen, dass die Arztpraxen im Moment allein durch die Pandemie vor sehr großen Herausforderungen stehen, sowohl durch die Behandlung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten

als auch durch das Thema Impfen. Die Arztpraxen sind das Rückgrat der ganzen Impfkampagne. Jetzt steht die Aufgabe vor den Arztpraxen, sich stärker mit dem Gesundheitswesen zu vernetzen, also mit allen anderen Stellen im Gesundheitswesen, und sich selber auch noch stärker zu digitalisieren. Arztpraxen sind bereits sehr hoch digitalisiert, aber die Ärztinnen und Ärzte brauchen Unterstützung. Aus unserer Sicht wäre es durchaus sinnvoll, wenn es hier eine stärkere Unterstützung für die digitalen Tools in den Arztpraxen gibt. Diese müssen modernisiert werden. Hinzu kommt, dass die Ärztinnen und Ärzte eine ganz wichtige Rolle als Unterstützerinnen und Unterstützer und auch als Erklärer für die Patientinnen und Patienten einnehmen. Denn wenn die Patientinnen und Patienten in Zukunft stärker digitale Werkzeuge nutzen wollen und müssen, und wenn wir das auch befördern wollen, müssen wir die Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen befähigen. Was man sich vielleicht auch vorstellen kann, und das bezieht sich im Übrigen nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf die anderen Gesundheitsberufe, dass hier die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine wichtige Rolle spielen könnte. Ich glaube, zur Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte brauchen wir noch mehr Wertschätzung in Bezug auf deren Beratungstätigkeit im ambulanten, aber auch im stationären Bereich, wenn sie zum Beispiel eine elektronische Patientenakte nutzen wollen. Das wird im Moment beispielsweise nicht vergütet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat das zwar gefordert, es gibt bisher aber noch keine Vergütungsziffer dafür. Jetzt zum Arzt-Patienten-Verhältnis: Es wird häufig die Frage gestellt, ob die Digitalisierung das Arzt-Patienten-Verhältnis stören kann. Ich bin ganz klar der Auffassung, dass sie dieser Beziehung eine Unterstützung geben kann. Auf den Weg gebracht worden ist die Kommunikation durch einen Sofort-Nachrichtendienst, einen Messenger-Dienst. Er wird zunächst zwischen Ärztinnen und Ärzten eingeführt. Das ist eine sehr sinnvolle Maßnahme, davon profitieren auch Patientinnen und Patienten. Was mir aber auch sehr wichtig erscheint, ist, dass wir heute an keiner Stelle einen digitalen Austauschweg zwischen Ärzten und Patienten haben. Es ist vorhin bereits auf die Identitäten hingewiesen worden. Wir brauchen hier



sichere Austauschwege. Häufig sehen wir, dass im Gesundheitswesen unsichere digitale Wege genutzt werden, vielfach auch von Patientinnen und Patienten selbst. Diese schicken uns E-Mails, obwohl wir sie darauf hinweisen, dass das unsicher ist. Wir brauchen hier einen sicheren Weg. Wir haben diesen Weg dann, wenn die Patientinnen und Patienten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit PIN bekommen. Es fehlen noch mehrere zehn Millionen Patientinnen und Patienten, die derzeit noch keine eGK mit PIN haben. Das heißt, sie können ihre digitale Identität nicht wirklich wahrnehmen und ein Kommunikationspartner der Ärztinnen und Ärzte sein. Ich glaube, die Digitalisierung führt eher zu einer Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und nicht zu einer Schwächung. Wir können hier ganz wichtige Wege gehen, wenn wir die Patientinnen und Patienten und auch die Bürgerinnen und Bürger noch stärker befähigen. Denn Kommunikation zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Bürgerinnen und Bürgern findet der Not geschuldet häufig per E-Mail statt.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU-Fraktion): Dann hätte ich jetzt eine Frage an Herrn Dr. Bornhofen: Welche Erfahrungen haben Sie mit dem digitalen Impfnachweis sammeln können? Wie ist bei Ihnen grundsätzlich der Stand der Impfungen und konnten Sie schon Erkenntnisse mit der Impfspringerliste sammeln, die in Offenbach am Main zum Einsatz kommt?

ESV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Stadtgesundheitsamt Offenbach am Main): Zum digitalen Impfausweis kann ich sagen, dass es in Hessen verschiedene Varianten gab. In Offenbach haben wir die Variante gewählt, dass die Informationen vom Land verschickt werden. Das ist auch erfolgt. Wir haben hier einen wichtigen Fußballclub für die Stadt. Da hat sich die Frage gestellt, wen lassen wir alles rein und wie können wir das nachweisen. Dabei hat dieser Nachweis leider noch keine so große Rolle gespielt, es ist alles erst im Aufbau befindlich. Dann war die Frage: Wie ist der Stand? Offenbach ist eine kleine Großstadt mit einem hohen Migrationshintergrund. Wir haben uns

mit wechselnden Erfolgen sehr bemüht, gerade auch in die Migrationskreise hineinzukommen. Die Moscheen haben das teilweise gut angenommen und wir impfen auch in Moscheen. Aber trotzdem spüren wir jetzt, dass wir an eine Sättigungsgrenze kommen. Die Menschen, die sehr stark hinterher waren, sind jetzt fast alle geimpft. Jetzt wird es schwierig, den Rest noch zu erreichen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat vor kurzem das Papier Nummer 8 herausgegeben, in dem noch einmal die Szenarien für den Herbst dargestellt worden sind. Ein Szenario war, dass wir, wenn wir keine Impfquote von 65 Prozent erreichen, eine vierte Welle erleben werden. Von einer solchen Impfquote sind wir noch entfernt und müssen uns wirklich sehr anstrengen, um dorthin zu kommen. Wir bemühen uns wirklich sehr. Wir machen Wurfsendungen, aber in so einer großen Stadt wie Offenbach werden diese Sachen eben manchmal auch weggeworfen. Und nicht alle sind so digitalaffin. Wir haben auch ein Problem mit den vielen Fremdsprachen. Ich glaube, wir sind wirklich vorbildlich, aber trotzdem haben wir Schwierigkeiten, alle Kreise zu erreichen. Hinzu kommen noch Probleme dadurch, dass der AstraZeneca-Impfstoff mehr oder weniger schlecht geht, obwohl die Kombination aus AstraZeneca und dem mRNA-Impfstoff den besten Impfschutz bietet. Da gibt es noch ein großes Kommunikationsproblem. Die Impfspringerliste war eine Idee, die bei uns angekommen ist, um die sogenannten No-shows auszugleichen, also die Leute, die gar nicht kommen, und diese Rate ist relativ hoch. Es gibt mittlerweile verschiedene Wege, wie man sich impfen lassen kann. Man kann zu seinem Hausarzt oder teilweise auch zum Betriebsarzt gehen. Die Impfspringerliste hat so funktioniert, dass Menschen, die früher eine Impfberechtigung hatten, das hat sich inzwischen alles geändert, sich anmelden konnten und sich bereit erklären haben, kurzfristig innerhalb von 30 Minuten zur Impfung zu erscheinen. Wenn die Vials einmal angestochen sind, muss der Impfstoff in einer gewissen Zeit verbraucht werden. Das hat am Anfang gut funktioniert. Am Ende gab es das eine oder andere Problem, weil sich viele Menschen schon beim Hausarzt hatten impfen lassen. Aber grundsätzlich war das eine gute Idee. Wir kämpfen wirklich weiter und sind bemüht, unsere Impfquote weiter hochzu-



treiben. Unsere Impfquote liegt etwa im Durchschnitt, es gibt immer mal wieder Probleme bei der Berechnung. Wir sind insgesamt weder besonders schlecht noch so gut wie beispielsweise Israel. Und auch da hat es ja eine gewisse Sättigung erreicht.

Der **Vorsitzende**: Wir haben jetzt noch für jede Fraktion eine Runde vor uns. Den Anfang macht die SPD-Fraktion. Frau Kollegin Mattheis, Sie haben sechs Minuten zuzüglich 30 Sekunden aus der früheren Runde.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Die Fragerunde übernimmt der Kollege Hartmann.

Abg. **Sebastian Hartmann** (SPD): Mit Ihrem Einverständnis, Herr Vorsitzender, würde ich die erste Frage gerne an Herrn Tillmann richten. Wir haben bereits einige Ausführungen zur Entwicklung der Corona-Warn-App vernommen. Angesichts der Kürze der Zeit frage ich sehr offensiv auf den Punkt: Was macht man mit einer solchen Corona-Warn-App nach der Pandemie? Wie kann diese App anderweitig eingesetzt werden? Der Bund hat schon seit 2015 zum Beispiel die NINA-Warn-App mitentwickelt und finanziert. Können Sie das noch einmal vor der europäischen Landkarte einordnen? Wir sind ein vereinter Kontinent, da gibt es sicher eine unterschiedliche Akzeptanz für solche Modelle. Gibt es einen europäischen Ansatz? Gibt es eine Möglichkeit, diesen beispielsweise für Bevölkerungs- oder im Zivilschutz weiterzuentwickeln? Was haben Sie sich in Ihren Kreisen gedacht? Meine zweite Frage geht an Herrn Tschirsich: Könnten Sie noch einmal die europäische Dimension hinsichtlich der Vernetzungsmöglichkeiten und des Datenschutzes erläutern? Und schließlich noch ein dritter Punkt: Wir haben als Kolleginnen und Kollegen schon sehr oft über den Datenschutz gesprochen. Es liegt auch an uns im Deutschen Bundestag, ob wir bei Sachverständigen-Anhörungen Herrn Prof. Ulrich Kelber, den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), vor die Klammer ziehen und regelmäßig einbeziehen. Er hat eine sehr deutliche Stellungnahme dazu abgegeben, wie langsam die Einbeziehung war oder wie knapp auch die

Zeiten waren, wenn es um Datenschutz ging. Da hätten wir den Bundesdatenschutzbeauftragten in den letzten anderthalb Jahren auch direkt einbeziehen können. Es gab eine Menge guter Hinweise.

ESV **Henning Tillmann** (Softwareentwickler, D64 – Zentrum für digitalen Fortschritt): Zur Frage, wie geht es weiter: Ich fange einmal mit den Apps generell an. Die Frage ist, ob wir uns auch dann noch, wenn die schlimmste Phase der Pandemie vorbei ist, vorstellen können, uns in Listen einzutragen oder uns mit einer App einchecken zu müssen. Aus meiner Sicht ein ganz klares Nein. Das muss irgendwann enden. Die harten Maßnahmen, auch die Einschränkungen innerhalb des Datenschutzes, müssen beendet werden. Nun ist die Corona-Warn-App aber etwas anderes. Sie greift nicht in meine persönliche Freiheit und meine Selbstbestimmung ein. Die könnte man theoretisch weiterlaufen lassen. Dann würde man über Risikokontakte informiert, wenn man mit jemandem Kontakt hatte, der positiv getestet ist und der das auch über die App teilt. Die Frage ist, ob es dann überhaupt noch eine weitere Akzeptanz gibt, insbesondere wenn sie „Corona-Warn-App“ heißt. Es wird sicherlich einen Punkt geben, an dem man sie wieder in die Schublade stecken kann. Allerdings hat man dann ein Grundmodell, das man wieder verwenden kann. Wichtig ist, und das möchte ich immer wieder betonen, die Grundlage der Corona-Warn-App ist keine eigenständige deutsche Entwicklung. Es ist vielmehr ein Grundmodell, das von den Betriebssystemherstellern ermöglicht wurde. Wenn die Betriebssystemhersteller jedoch unsere Schnittstelle dichtmachen, und das haben sie für den Zeitpunkt angekündigt, zu dem die Corona-Pandemie abebbt, wäre auch die Corona-Warn-App tot. Das ist aber weltweit noch längst nicht der Fall. Diese Abhängigkeit muss einem klar sein, insbesondere da die anderen europäischen Apps auch auf diesem Modell basieren. Mittlerweile gibt es auch gemeinsame Schnittstellen. Vielleicht sind wir bei der nächsten Pandemie weiter und schaffen das dann auch auf europäischer Ebene.

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Vielen Dank, dass die Frage zum Thema europäische Dimension



der Vernetzung und Datenschutz auch an mich gerichtet worden ist. Bei der Corona-Warn-App haben wir gemerkt, dass Vernetzung hilft. Das hier ist aber eine dezentrale, eine Hand-Over-Vernetzungsmöglichkeit, bei der wir eine absolut vorbildliche Lösung beim Datenschutz haben. Herausforderungen beim Datenschutz stellen sich dagegen auf anderen Ebenen. Es wurde schon angesprochen, dass wir teilweise eine unterschiedliche Umsetzung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in verschiedenen Ländern erleben. Ein Beispiel hierfür ist, ob Gesundheitsdaten auf US-amerikanischen Cloud-Plattformen verarbeitet oder EU-Töchter dazu herangezogen werden dürfen. Hier gibt es Unklarheiten. Anbieter, die in Deutschland solche Daten verarbeiten, wandern gerne schon mal in andere Länder ab. Doctolib ist eine Plattform, über die Impftermine vereinbart werden können, und in Frankreich ansässig. Sie verarbeitet ihre Daten aber über die Amazon-Cloud. Wir hatten hier ein riesiges Datenleck, durch das 150 Millionen Patientenbesuchsdaten frei zugänglich waren. Wir brauchen zur Durchsetzung der EU-weit bestehenden Regularien auf EU-Ebene mehr Koordination. Ich möchte mich dem Vorschlag anschließen, den Bundesdatenschutzbeauftragten vor die Klammer zu ziehen. Es ist sicher hilfreich, diese Perspektive mit einzubeziehen. Auch beim Thema der Video-Sprechstunde haben wir wieder das Problem der unterschiedlichen Standards. Bei uns haben wir das Video-Ident-Verfahren, bei dem wir per Video identifiziert werden. In anderen Ländern gelten aber andere Kriterien als in Deutschland. Wir müssen einen Wettbewerb hin zu dem Anbieter mit den niedrigsten Standards verhindern. Es werden zwar schon Standardisierungen vorgebracht, aber wir müssen auf der Durchsetzung unseres hohen Datenschutz- und Sicherheitsniveaus der DSGVO bestehen. Es darf nicht sein, dass wir mit dem lowest common Denominator, das heißt dem unsichersten, aber kostengünstigsten Anbieter in der EU im Wettbewerb stehen müssen.

Abg. **Sebastian Hartmann** (SPD): Mir bleiben der Dank und das Unterstreichen des Hinweises von Herrn Tillmann, dass die Schnittstellen nicht in europäischer oder deutscher Hand liegen, auch nicht in unserer Regierungsverantwortung, sondern in den

Händen globaler Tech-Konzerne. Daher müssen wir uns dann, wenn wir solche Apps programmieren, Gedanken darüber machen, sie nicht nur für den Fall der Corona-Pandemie und nicht nur in Abhängigkeit herzustellen. Die DSGVO gilt es auch weiter einzuhalten.

Der **Vorsitzende**: Dann wandert das Fragerecht weiter zur Fraktion der AfD. Herr Münzenmaier, Sie haben fünf Minuten das Wort.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Meine ersten Fragen gehen an Herrn Fassung. Die Corona-Warn-App war schon mehrfach Thema. Nach meinem Kenntnisstand gibt es ca. 30 Millionen Downloads. Haben Sie Erkenntnisse darüber, wie viele Deinstallationen es im Zeitverlauf gab und wie viele Personen die App momentan noch auf ihrem Handy haben?

ESV **Martin Georg Fassung** (Projektleiter Corona-Warn-App, SAP SE): Wir haben Stand heute 30,6 Millionen Downloads. Über das Uninstall-Verhalten haben wir keine genauen Daten, das liegt an den App-Store-Regelungen. Wir rechnen mit einer Netto-Benutzerzahl zwischen 23 und 25 Millionen Nutzern.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Dann noch einmal zur Warn-App. Auf dem Informationsblatt zu den Kennzahlen der Corona-Warn-App ist zu lesen, dass 39 Prozent der Nutzer mit einem positiven Eintrag darauf verzichtet haben, andere zu warnen. Haben Sie Informationen darüber und gibt es irgendwelche Statistiken dazu, wie viele Nutzer positiv getestet wurden, das Ergebnis aber nicht eingetragen haben? Haben Sie irgendwelche Informationen darüber, warum die Leute darauf verzichtet haben, andere zu warnen?

ESV **Martin Georg Fassung** (Projektleiter Corona-Warn-App, SAP SE): Wir haben genau diesen Punkt natürlich intensiv untersucht. Das hat zum Teil etwas mit der Benutzerführung zu tun, die gerade an-



gesprochen wurde. Da wir keinen allgemeinen gesetzlichen Rahmen haben, liegt für jede Aktivität die Konsenspflicht beim Benutzer der App. Wie Sie sich vorstellen können, reagieren die Menschen, wenn sie eine rote Kachel sehen, vollkommen unterschiedlich. Eigentlich ist man davon ausgegangen, dass die Menschen mit der Installation der App auch andere warnen wollen. Wir nennen das altruistische Hilfe. In dem Moment, in dem ich die rote Kachel erhalten habe, habe ich davon keinen „egoistischen“ Nutzen. Wir haben viel mit Gaming Theory (Spieltheorie) und mit der Universität Passau daran gearbeitet und haben die Warnquote auf über 60 Prozent gesteigert. Wir kommen damit in Werte hinein, wo wir genauere User-Studies in dem Sinne machen müssten: Was hält den Nutzer davon ab, anderen zu helfen? Dazu müsste man sehr stark mit Emotionalität arbeiten. Wir haben jetzt einen Wert zwischen 60 und 70 Prozent erreicht. Ich glaube, das ist in Ordnung. Das ist in der Pandemie bei vielen Aktivitäten ein Wert, mit dem man kooperativ arbeiten kann. Mir ist es sehr wichtig, bezüglich der App Folgendes zu sagen: Mit einer App 35 Millionen Downloads zu erreichen, ist eine wirkliche Challenge. Damit ist es der Bundesregierung und uns in der Pandemie gelungen, eine wirklich hohe Download-Quote zu erreichen. Dazu brauchen die Nutzer als oberstes Gut Vertrauen. Wenn wir über Datenschutz reden, muss man sich genau diesen Vertrauensaspekt vor Augen halten. Der Vertrauensaspekt spielt auch beim Teilen eine Rolle. Man muss sich sicher sein, dass die Daten nicht verfolgt werden können. Bei der Frage, warum nicht geteilt wird, ist es komischerweise so, dass knapp 40 Prozent der User angeben, sie sind sich nicht sicher, was mit ihren Daten passiert. Wir müssen in der Bevölkerung so etwas wie digitale Fitness hinkriegen. Es ist ganz schwierig, ein solches Tool in einer Pandemie einzusetzen. Ich glaube, über die Jahre wäre das besser hinzukriegen. Meine größte Sorge für die Zeit nach der Pandemie ist, dass wir den Pandemieplan wieder in die Ecke legen und weitere zehn Jahre warten, bevor wir wieder damit anfangen. Ich möchte stark dafür werben, an dem Thema der Nachhaltigkeit zu arbeiten. Wir müssen klären, wie wir die Prozesse in den Griff kriegen und wie man die Fitness in der Bevölkerung hinkriegt. Wenn so ein Tool permanent im Einsatz ist, müssen

Fragen und Befürchtungen, die man in einer kritischen Situation hat, geklärt werden.

Der **Vorsitzende**: Eine halbe Minute des Zeitkontingentes ist noch übrig.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Es geht um die Funktion des Symptom-Tagebuchs. Dazu hätte ich noch einige Fragen. Herr Fassung, vielleicht könnten Sie mir sagen, ob diese Funktion an eine zentrale Datenbank des RKI angeschlossen ist. Wenn nein, arbeitet man daran bzw. warum ist das noch nicht passiert? Wie viele positive Tests sind inzwischen in die Warn-App insgesamt eingetragen worden? Wie viele davon hatten einen schweren Krankheitsverlauf mit einer Hospitalisierung oder einen kritischen Krankheitsverlauf mit einer Intensivbehandlung? Haben Sie Erkenntnisse darüber, in wie vielen Fällen es überhaupt keine Symptome nach Eingabe eines positiven Tests gab?

ESV **Martin Georg Fassung** (Projektleiter Corona-Warn-App, SAP SE): Das sind sehr viele Fragen. Das RKI veröffentlicht dazu entsprechende Statistiken. Ich glaube, der Punkt, den Sie ansprechen, ist, dass man die Datenlage verbessern muss. Wir haben hier eine eindeutige Indikation. Wir haben zusammen mit dem RKI eine freiwillige Datenspende angeregt, die sehr stark angenommen wird und wo genau diese Fragen angegangen werden. Diese Daten werden vom RKI ausgewertet.

Der **Vorsitzende**: Die Redezeit ist ausgeschöpft. Wir kommen zur Fraktion der CDU/CSU, die so freundlich war, den Vorsitzenden, der ihr angehört, zu bemächtigen, Fragen zu stellen. Eine Frage möchte ich direkt an Herrn Fassung richten: Was passiert, wenn alle Deutschen, außer den Kindern und denen, die eine Impfung verweigern, durchgeimpft sind und wir die Situation soweit im Griff haben? Das in die Warn-App integrierte Zertifikat ist, wenn ich das richtig verstehe, ein COVID-Zertifikat der EU. Wir werden die Sorgen innerhalb der EU aber nicht gleichzeitig loswerden und auf der ganzen Welt werden wir sie erst recht nicht gleichzeitig loswerden.



Ich stelle mir vor, dass die Impfkampagne weltweit noch lange dauern wird, bis wir 7,5 bis 8 Milliarden Menschen geimpft haben werden. Dann werden wir auch Auffrischungsimpfungen brauchen, wenn der Impfschutz wieder zurückgeht. Wie steht es denn angesichts der Eigentumsverhältnisse um die Verlässlichkeit, dass ich dieses digitale Zertifikat weiter pflegen kann? Müssen wir politisch dafür noch etwas tun?

ESV Martin Georg Fassung (Projektleiter Corona-Warn-App, SAP SE): Das digitale Zertifikat in der Bundesrepublik hat momentan eine technische Laufzeit von einem Jahr. Die ersten Zertifikate werden in der Bundesrepublik technisch im Mai nächsten Jahres ablaufen. In der EU gibt es verschiedene Zeiträume, von einem halben Jahr bis zu zwei Jahren. Wir sind gerade mit dem Bundeskanzleramt und dem BMG in Gesprächen, wie der Forecast für die vierte Welle ist und wie mit diesen Dingen weiter umgegangen wird.

Der Vorsitzende: Dann hätte ich noch eine Frage an Herrn Dr. Stachwitz, der auch über Digitalisierung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich gesprochen hat. Ich hoffe, dass meine Frage nicht zu philosophisch ist. Ich habe heute manchmal das Gefühl, dass die Vorstellung existiert, es wäre möglich, den Menschen digital abzubilden und seine ganze Krankheitsgeschichte in digitalen Dokumenten niederzulegen. Ich würde mich persönlich weigern, mich vollständig beschrieben zu finden, wenn man auf meinen Avatar verweist. Ich würde sagen, der Avatar mag eine Karikatur von mir sein, aber er ist sicher keine vollständige Wiedergabe. Wie stehen Sie zu der Frage der Ergänzung dessen, was ich in der elektronisch geführten Akte vorfinde, durch persönliche Begegnungen mit Anamnese und Befunderhebung?

ESV Dr. Philipp Stachwitz (health innovation hub (hih)): Ich glaube, in der Frage, ob man einen digitalen Avatar als Ersatz für den Menschen nehmen kann, sind Sie und ich einer Meinung. Als Arzt bin ich der Meinung, dass wir zum Glück sehr weit davon entfernt sind und auch sein sollten, so etwas zu

tun. Die Patientenversorgung, sei es in der Pandemie oder auch bei sämtlichen anderen Erkrankungen, ist sehr komplex und wir sollten sie durch Informationen ergänzen. Aber Anamnese, Befunderhebung und den persönlichen Kontakt dürfen und können wir in vielen Fällen nicht durch Digitalisierung ersetzen. Die Informationen, die wir digital gesichert zur Verfügung stellen, müssen immer eine Ergänzung sein. Ich glaube aber, und das ist mein Erleben in meiner ärztlichen Praxis, dass viele Informationen fehlen, obwohl sie da sind und obwohl mir die Patientinnen und Patienten diese auch gerne geben würden. Sie haben diese Informationen aber einfach nicht. Ich glaube, hierin liegt die Stärke dessen, was wir gerade tun und über das schon mehrfach gesprochen wurde. Das ist der Aufbau einer Infrastruktur, bei der wir zum Glück große Schritte vorangekommen sind. Eine Basisdigitalisierung kann uns wirklich helfen. Dass wir jedoch die Anamnese, die Befunderhebung und den gesamten Menschen durch Digitalisierung ersetzen, erscheint mir nicht sinnvoll und sehr weit in einer Zukunft zu liegen, die ich wahrscheinlich auch nicht mehr erleben werde.

Der Vorsitzende: Dann noch eine kurze Frage an Frau Dr. Köster-Steinebach. Bei COVID-19-Betroffenen mit Long-COVID-Erscheinungen registrieren wir inzwischen 50 verschiedene Symptome. Eine ganze Fülle von Fachgebieten ist in die Versorgung und in die Rehabilitation dieser Patientinnen und Patienten eingebunden. In Gesprächen mit Betroffenen treffe ich auf die Erwartung, dass das Gesundheitswesen alle Erkenntnisse, die dort gesammelt werden, zusammenführt und allen Patienten nutzbar werden lässt. Jeder kleine Erfolg, der irgendwo erzielt wird, jede neue Erkenntnis soll in eine Gesamtauswertung einfließen. Wie bewerten Sie dieses Verhältnis von Datenschutz und Integration aller verfügbaren Daten bei unbekanntem Krankheitsbildern?

ESV Dr. Ilona Köster-Steinebach (Aktionsbündnis Patientensicherheit): Wir hatten vorhin darüber gesprochen, den Bundesdatenschutzbeauftragten, Herrn Prof. Kelber, frühzeitig in Diskussionen einzubeziehen. Ich bin davon überzeugt, dass es genauso wichtig ist, Vertreterinnen und Vertreter der Sichtweise einzubeziehen, dass es auch um den Schutz



von Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten geht. Dazu ist es wichtig, dass Daten sowohl über erfolgreiche Behandlungen als auch über die Geschichte von Patientinnen und Patienten einschließlich deren Vorerkrankungen und Begleitumständen zur Verfügung stehen. Nur dann stehen sie auch zur Verfügung, wie Dr. Stachwitz es eben sehr gut formuliert hat.

Der **Vorsitzende**: Ich habe Ihnen zwar die Frage gestellt, muss Sie aber trotzdem unterbrechen, weil unsere Zeit leider um ist. Es tut mir leid, aber vielleicht kommen wir an anderer Stelle noch einmal darauf zurück. Das Fragerecht geht an den Kollegen Höferlin von der Fraktion der FDP. Er hat fünf Minuten.

Abg. **Manuel Höferlin** (FDP): Ich greife zwei Punkte auf und habe dazu eine Frage an Herrn Tschirsich und danach noch eine an Herrn Fassung. Herr Tschirsich hatte vorhin zur digitalen Grundstruktur ausgeführt. Es ging dabei auch darum, wie wir in Zukunft damit umgehen können. Sie schreiben auch, dass bei der Vergabe von Impfterminen keine skalierbare Lösung vorhanden ist, Impftermine zwischen Ärzten und Impfwilligen zu organisieren. Unter anderem hat Frau Staatsministerin Bär die Initiative „sofort-impfen“ aus dem Projekt „Update Deutschland“ vorgestellt. Ist das Ihrer Einschätzung nach eine skalierbare Lösung? Oder wäre vielleicht eine andere skalierbare Lösung vorstellbar gewesen und wie sähe diese aus? Ich schließe auch gleich die Frage an Herrn Fassung an. Es geht um die Zukunft der Apps und Systeme. Wie sieht es aus, wenn die Hersteller künftig die Hardware des Kontakterfassungsmoduls abschalten? Als Projektmanager sind Sie wahrscheinlich viel stärker als die Bundesregierung mit den Herstellern in Kontakt. Gibt es denn irgendwelche Planungen, so etwas jederzeit wieder reaktivierbar zu machen, für den Fall, dass die Corona-Lage wieder aufflammt oder eine andere Epidemie beginnt? Um eine solche Funktion sehr schnell wieder aktivieren zu können, müsste sie durchgehend im Hintergrund gepflegt werden. Gibt es dazu Pläne oder Ideen?

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Zum Thema Impfterminvermittlung: Warum ist das überhaupt ein lohnenswertes Thema, um sich damit auseinanderzusetzen? Herr Dr. Bornhofen hat bereits gesagt, dass die Koordination von Impfterminen teils Probleme bereitet, weil viele sich schon haben impfen lassen. Es gibt keine übergeordnete Koordination, auch nicht mit den niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, die impfen. Es steht außer Frage, dass eine einfachere Vergabe von Impfterminen hilfreich wäre, das Problem zu lösen. Es gibt auch den Bedarf. Frau Staatsministerin Bär hat für die Initiative „sofort-impfen“ geworben. Leider skalieren solche Initiativen nicht. In solchen Systemen werden die Ärzte, die dabei die wichtigsten Akteure sind, händisch erfasst. Es war mir beispielsweise möglich, den Prozess zu täuschen und eine fiktive Arztpraxis einzuschleusen, sodass Impfwillige zu jemandem geschickt worden wären, der gar kein Arzt ist. Es ist natürlich dem Bemühen gegenüber, die Impfquote hochzutreiben, konträr, wenn es zu solchen Vertrauensverlusten kommt. Gelöst werden kann dies nur, indem wir einfach nutzbare Identitäten aufseiten der Ärzte, also eine Basisinfrastruktur, bereitstellen. Es gibt dort Ansätze, die beispielsweise bei der Ausstellung der Impfzertifikate eingesetzt worden sind. Wichtig ist, dass wir nicht den Bedarf erzeugen dürfen, lokale Software in den Praxen installieren zu müssen, aus Sicherheitsgründen, aber auch aus Gründen der einfachen Nutzbarkeit.

ESV **Martin Georg Fassung** (Projektleiter Corona-Warn-App, SAP SE): Machen wir es kurz. Herr Höferlin hat Recht, wir sind sehr eng im Austausch mit Apple und Google bezüglich der Verwendung des Exposure Notification Framework, das ist der technische Name der Schnittstelle. Ich glaube, Apple und Google sind selber überrascht, dass dieses Framework länger in Benutzung bleibt, als von ihnen terminiert, so lange nämlich, wie die Pandemielage andauert. Anmerken wollte ich noch einen Punkt: Technisch muss man im Rahmen der Pandemie, aber auch generell, diese Abhängigkeit akzeptieren. Wir werden mit Apple und Google darüber reden, wie sich so ein Framework auch in den Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit einbringen lässt. Die Wahr-



scheinlichkeit ist nun einmal hoch, dass respiratorische Viren das höchste Pandemiepotenzial haben. In die aktuellen Gespräche fließt auch der Aspekt der Nachfolgeplanung mit ein.

Der **Vorsitzende**: Herr Kollege Höferlin, Ihnen steht noch eine Dreiviertelminute Redezeit zu.

Abg. **Manuel Höferlin** (FDP): Vielen Dank, aber ich verzichte und schenke uns allen die Zeit.

Der **Vorsitzende**: Der Fraktion DIE LINKE. steht jetzt ein Zeitkontingent von vier Minuten zur Verfügung. Frau Kollegin Domscheit-Berg, bitte.

Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Ich nehme die restliche Redezeit des Kollegen Höferlin mit dessen Einverständnis dazu. Vielen Dank. Ich hätte zuerst eine Frage an Herrn Fassung. Wir haben in der ersten Runde von Frau Kastl gehört, dass es die Möglichkeit gibt, die Corona-Warn-App über das IRIS-Gateway anzuschließen. Darüber hatten wir im Mai auch schon im Digitalausschuss gesprochen. Sie hatten gesagt, Sie könnten diese Funktion umsetzen, das würde auch nur ein paar Wochen dauern. Jetzt sind aber zehn Wochen vorbei und sie ist nicht umgesetzt. Woran liegt es denn, dass wir diese Integration nicht haben? Fehlt es noch an einem Auftrag durch das BMG?

Der **Vorsitzende**: Frau Kollegin Domscheit-Berg, ich denke, dass das Schenken im Sinne von Freizeit gewähren gedacht war. Ich bin aber großzügig. Bitte, Herr Fassung.

ESV **Martin Georg Fassung** (Projektleiter Corona-Warn-App, SAP SE): Wir haben im Mai darüber gesprochen, dass wir uns das IRIS-Gateway angeschaut und geklärt haben, wie eine technische Interoperabilität möglich ist. Wir werden in der nächsten Woche diese Gespräche vertiefen. Das BMG unterstützt dies mittlerweile auch. In der Zeit von Mai bis jetzt waren wir mit der Integration der Impfzertifikate und so weiter ausgebucht, sodass wir uns jetzt anschauen

werden, wie und in welchem Szenario wir die Corona-Warn-App mit den IRIS-Gateways unterstützen können. Es ist vorhin gefragt worden, warum die Corona-Warn-App nicht mit den Gesundheitsämtern verbunden ist. Am Anfang der Anhörung wurde sehr viel über die Situation von SORMAS gesprochen. Es war im Rahmen der konkreten Pandemie und wegen des Nichtvorhandenseins der Infrastruktur unmöglich, die Corona-Warn-App eher anzuschließen. Deswegen werden wir versuchen, das jetzt mit dem IRIS-Gateway zu projektieren.

Der **Vorsitzende**: Das war jetzt die Antwort auf eine Frage, die Frau Domscheit-Berg gar nicht gestellt hatte. Die rechnen wir ihr daher auch nicht an. Frau Kollegin Domscheit-Berg, bitte.

Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Das ist sehr freundlich, ich habe nämlich auch noch weitere Fragen. Die nächste Frage geht an Herrn Tschirsich: Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf verwiesen, dass man mit dem Projekt IRIS-Connect für die Gesundheitsämter eine eigene Identitätsinfrastruktur aufbauen musste. Das kostet jede Menge Zeit und Aufwand und macht Prozesse auch komplizierter. Warum musste das überhaupt gemacht werden? Laut BMG besteht bereits eine technische Vernetzung zwischen den über 370 Gesundheitsämtern, die eine sichere Datenübermittlung ermöglicht. Warum also noch einmal?

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Das zeigt wieder einmal exemplarisch auf, wo die Probleme liegen, wenn man Vernetzungsrechte schaffen will oder wenn man versucht, eine Basisinfrastruktur durch zivilgesellschaftliches Engagement aufzubauen. Das ist schwierig. Es musste beispielsweise in Gesprächen mit der Bundesdruckerei die Nutzbarkeit von den schon ausgegebenen Identitäten für die Gesundheitsämter erörtert werden. Das ist abschlägig beschieden worden, sodass man eine Doppelstruktur aufbauen musste. Hier braucht es eine koordinierende und ordnende Hand, die jedoch nicht von außen kommen kann.



Abg. **Anke Domscheit-Berg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht noch einmal an Herrn Tschirsich. Sie haben mehrfach davon gesprochen, wie wichtig es ist, eine Basisinfrastruktur zu haben. Diese Basisinfrastruktur sollte die Telematikinfrastruktur sein. Mich interessiert, wie der Status quo ist. Wie viele Arztpraxen, wie viele Apotheken sind angeschlossen? Wir haben gehört, wir bräuchten das für die Impfterminvermittlung. Für die digitalen Impfbzertifikate musste man in Apotheken auf Benutzername und Passwort umsteigen, die dort wahrscheinlich auf gelben Zetteln an PCs kleben und entsprechende Sicherheitsrisiken darstellen. Wie ist der aktuelle Stand des Anschlusses?

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Wir waren im März schon so weit, dass 90 Prozent der Apotheken Identitäten hatten und 75 Prozent der Apotheken waren an die Telematikinfrastruktur angeschlossen. Diese sind aber nicht nutzbar, das ist das große Problem. Genau deswegen konnte man sie auch nicht für den Impfbzertifikatservice nutzen. Deswegen ist man dann auch auf so ein krudes externes Konstrukt umgestiegen. Genau das muss analysiert und untersucht werden. Prioritär muss die Nutzbarkeit und Verfügbarkeit bei vorhandenen Identitäten geschaffen werden.

Der **Vorsitzende**: Damit ist mit großer Großzügigkeit das Zeitkontingent erschöpft. Wir gehen weiter zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Frau Kollegin Schulz-Asche, Sie haben vier Minuten Zeit und jetzt das Wort.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Frau Dr. Köster-Steinebach: Was ist aus Ihrer Sicht zu den derzeit gängigen Apps, wie Corona-Warn-App oder Luca-App, zu der jeweiligen Wirkungsweise, dem Nutzen, den Risiken und zum Umgang mit den erhobenen Daten kommuniziert worden? Glauben Sie, dass man durch eine bessere oder eine andere Kommunikation den Nutzungsgrad erhöhen könnte?

ESVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Aktionsbündnis Patientensicherheit): Aus unserer Sicht ist eine gute Patientenkommunikation das A und O für die Nutzung solcher Apps. Wir haben heute von der Weitergabe von positiven Testergebnissen gehört. Vor diesem Hintergrund sehen wir große Defizite, vor allen Dingen bezüglich der Funktion und Rolle, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gespielt hat. Wir brauchen eine zentrale, gut koordinierte, aber auch verständliche Kommunikation zur Nutzung, Funktionsweise und Interaktion der verschiedenen Apps. Diese Funktion der BZgA ist weitestgehend ausgefallen. Dadurch kam es zu sehr vielen Störgeräuschen aus Richtung von Verschwörungstheoretikern, Datenschutzfundamentalisten und anderen Formen der Instrumentalisierung. Wir sind davon überzeugt, dass eine intensivere Beauftragung und auch eine intensivere Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine ganz wichtige Funktion für die Patientensicherheit gespielt hätte. Wenn die Menschen den Nutzen oder die Funktionsweise nicht verstehen, können diese Apps, diese Tools, die an sich sehr wirkmächtig sind, ihre Funktion und ihre Wirkung nicht entfalten. Hier wäre noch sehr viel Verbesserungspotenzial vorhanden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Herrn Tschirsich. Ich hatte vorhin schon gefragt, aber Sie waren nicht zu einer Antwort gekommen. Könnten Sie Ihre Idee eines virtuellen, modular aufgebauten Gesundheitsamtes noch einmal kurz in den Kernpunkten skizzieren?

ESV **Martin Tschirsich** (Informatiker): Mit Ihrem Einverständnis würde ich die Beantwortung gerne Frau Kastl überlassen wollen, da es ihre Idee ist, die Sie in ihrem Statement zitiert haben.

ESVe **Bianca Kastl** (Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG)): Wir sind bei einem modularen Gesundheitsamt. In einem Gesundheitsamt haben Sie immer verschiedene Teilbereiche, wie Infektionsschutz, Schuleingangsuntersuchungen, Hygiene-



kontrollen etc. Hier hat man digital erst einmal Basisanforderungen. Man braucht Schnittstellen zu verschiedenen Apps oder zur Terminvermittlung, zu Datenbanken, zu verschiedenen Szenarien, die man technisch braucht. Dafür braucht man erst einmal eine ganz abstrakte Basisinfrastruktur, mit der man kommunikationsfähig im digitalen Raum ist. Auf der Basis einer solchen Infrastruktur kann man dann entsprechende Prozesse digital sinnvoll gestalten. Was man nicht will, ist, dass man einen analogen Prozess einfach nur digitalisiert. Damit würde man ihn digital genauso schlecht machen, wie er analog war. Man muss Prozesse sinnvoll digital transformieren. Das sind Grundgedanken, wie die Digitalisierung der Gesundheitsämter funktionieren kann. Es geht um Vernetzung und um modularen Aufbau und es geht um Bausteine, die man für die Digitalisierung braucht. Man braucht Schnittstellen und Datenformate. Auf dieser Basis kann man dann ganz bewusst sehr individuelle und flexible Prozesse gestalten, die auch in Gesundheitsämtern sehr unterschiedlich sein können.

Der **Vorsitzende**: Das waren die vier Minuten, die zur Verfügung gestanden haben. Damit sind wir am Ende der heutigen Sitzung angekommen. Ich bedanke mich bei den Kolleginnen und Kollegen für die vielen interessanten Fragen und bei den Sachverständigen für die vielen klugen Antworten. Es ist die Frage aufgekommen, warum wir die Anhörung von Sachverständigen einmal mit einem Eingangsstatement machen und einmal nur Fragen an die Sachverständigen richten. Das hat etwas mit der Zahl der Sachverständigen zu tun. Wenn sich die Fraktionen auf eine Anzahl von vier oder fünf Sachverständigen verständigen könnten, hätten wir zu Beginn genügend Zeit, um auch ein Eingangsstatement zuzulassen. Aber bei der großen Zahl von Sachverständigen, wie sie heute angemeldet worden ist, würden wir mit den vereinbarten 90 Minuten nicht durchkommen. Das ist der Grund dafür, warum wir das in unserem Gremium unterschiedlich handhaben. Die Ausschüsse des Deutschen Bundestages halten das sowieso ganz unterschiedlich. Jeder Ausschuss entwickelt seine eigene Frage-, Antwort- und Stellungnahmekultur. Ich stelle fest, dass wir

am Ende der digitalen Fernsehübertragung im Parlamentsfernsehen sind. Ich wünsche Ihnen noch einen guten Tag. Zum Schluss erinnere ich noch einmal an die vielen, die sich dafür einsetzen, Menschen zu retten und denjenigen zu helfen, die von der Flut bedroht sind. Bleiben Sie uns gewogen und bleiben Sie gesund. Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 12:16 Uhr

gez.

Rudolf Henke, MdB

Vorsitzender