

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
96. Sitzung

Berlin, den 09.03.2005, 16:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörsngssaal
Nordallee/Schiffbauerdamm 30

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 15/4924

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Klingbeil, Lars
Kühn-Mengel, Helga
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Roth, Karin
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Seehofer, Horst
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Straubinger, Max
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Singhammer, Johannes
Strebl, Matthäus
Weiß, Peter
Zöllner, Wolfgang

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Hajduk, Anja
Höfken, Ulrike
Krüger-Jacob, Jutta
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,22	SV Jörg Meister (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	5,7,14,17,21
Abg. Erika Lotz (SPD)	5	SV'e Dr. Doris Pfeiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter Ersatzkassen Verband e.V.)	5,7,10,11,17,18,21
Abg. Eike Hovermann (SPD)	6,18	SV Dr. Manfred Zipperer	6,9,12
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	6	SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	7,9,10,15,17,20,21
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	7	SV'e Anja Hollmann (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen)	8,22
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	8	SV Michael Schmitz (BITKOM-Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien)	8,16,22
Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU)	9,11	SVe'e Anne Strobel (Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen)	8,10,20
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	12,13,14	SV Dr. Günther E. Buchholz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	9,11,15,21
Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP)	14,15	SV Dr. Frank Diener (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände)	11,22
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	14,15	SV MR Jürgen Müller (Bundesbeauftragter für Datenschutz)	12,16,18,20
Abg. Peter Dreßen (SPD)	1	SV'e Oda Hagemaijer (Bundesverband Medizintechnologie)	13
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	17	SV Hartmut Scholz (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	13
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	19	SV Klaus Detlef Dietz (Verband der privaten Krankenversicherungen)	13
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	19	SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	14
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	20	SV Detlev Kommer (Bundespsychotherapeutenkammer)	14
		SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände)	14
		SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands)	14
		SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband)	15,16,19
		SV Prof. Dr. C. Fuchs (Bundesärztekammer)	16,19
		SV Harald Flex (Informationstechnische Servicestelle der GKV)	22

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 15/4924

Beginn der Sitzung: 16.04 Uhr

Vorsitzender **Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf Sie alle herzlich begrüßen zur heutigen öffentlichen Anhörung. Wir haben als einzigen Tagesordnungspunkt den Gesetzentwurf der Fraktion SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen, BT-Drs. 15/4924. Von Seiten der Bundesregierung sind Herr Staatssekretär Dr. Schröder und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zuständigen Abteilung anwesend. Ich darf Sie als Sachverständige herzlich begrüßen. Sie wissen, dass eine Bandabschrift erstellt wird.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Bei diesem Gesetz dreht sich viel um Finanzierungsregelungen. Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Angestelltenkrankenkassen: Die Regelungen zur Finanzierung sehen für den Fall des nicht Zustandekommens der Finanzierungsvereinbarung Mechanismen zur Konfliktlösung vor. Dies wurde von den Vertragspartnern der Finanzierungsvereinbarung für sinnvoll erachtet. Sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismen aus Ihrer Sicht ausreichend?

SV **Jörg Meister** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzierungsregelungen, insbesondere die Refinanzierungsregelungen zwingende *conditio sine qua non*, um überhaupt einen Einstieg in die Telematik-Infrastruktur vorzusehen. Die Konfliktlösungsmechanismen knüpfen an die im Krankenhausfinanzierungsrecht üblichen Konfliktlösungsmechanismen an, also an die Schiedsstellen auf Landesebene, so dass hier auf bewährte Konfliktlösungsmechanismen zurückgegriffen werden kann.

Wir haben eine Detailproblematik, bei der sich uns die gesetzgeberische Intention nicht sofort erschließt. Es geht um die Finanzierungs- bzw. Refinanzierungsregelung der Betriebskosten der Leistungserbringer, bei der wir momentan keine Verteilung auf die Sektoren sehen können. Damit stellt sich für uns die Frage, welchen Anwendungsbereich die als Konfliktlösung vorgesehene Sachverständigenkommission noch haben soll, da dort die Verteilung der Refinanzierung auf die Sektoren entschieden werden sollte. Hier besteht ergänzender Erklärungsbedarf durch den Gesetzgeber. Ansonsten passen die Finanzierungsregelungen in das System; sie sind schlüssig und ausreichend.

SV'e **Dr. Doris Pfeiffer** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V. (VdAK/AEV)): Wir haben den Auftrag, im Rahmen der Gesamtvereinbarung zur Infrastruktur der Telematik auch die Finanzierungsfrage zu regeln. Wir haben hierzu eine Vereinbarung geschlossen. Dabei stellte sich heraus, dass wir insbesondere für den Krankenhausbereich eine entsprechende gesetzliche Grundlage und Konfliktlösungsmechanismen für den Fall der Nichteinigung brauchen. Insofern ist es sinnvoll und notwendig, dass dieses Gesetz die Rechtsgrundlage schafft.

Wir haben allerdings an bestimmten Stellen Präzisionsbedarf, insbesondere hinsichtlich des Kostenumfangs. Es gibt bereits eine Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden und den Leistungserbringerorganisationen. Deshalb möchten wir darum bitten zu ergänzen, dass die Finanzierung nach der Maßgabe der Finanzierungsvereinbarung erfolgt, weil hier auf bestimmte Kosten abgestellt wird.

Wir haben in der Telematikfinanzierung das Grundsatzproblem, dass die Kosten, die hier entstehen, zeitlich ungleich verteilt sind: In der

Anfangsphase entstehen höhere Kostenbelastungen, und wir müssen einen Ausgleich über die Zeit vornehmen. Deshalb sind wir gemeinsam mit den Leistungserbringern übereingekommen, dass wir diese Kosten über Zuschläge ausgleichen wollen. Von daher muss hier eine entsprechende Regelung vorgesehen werden, die in der Vereinbarung bereits vorgesehen ist. Allerdings sind dort eine zeitliche Befristung und eine degressive Staffelung für die Erstausrüstungskosten vorgesehen, weil dies in einem entsprechenden Zeitablauf anders geregelt werden muss. Da das Gesetz sehr präzise Regelungen für die Finanzierung vorsieht, sind wir daran interessiert, dass die degressive Staffelung und die zeitliche Befristung explizit aufgenommen werden.

Weiter ist uns wichtig, dass die Kostenträger einen Nutzen aus der Telematik-Anwendung haben, aber auch die Leistungserbringer an verschiedenen Stellen Nutzen regenerieren können. In diesem Zusammenhang müssen wir auch die Gegenrechnung von Kosten und Nutzen vornehmen. Auch dies ist in der Finanzierungsvereinbarung der Selbstverwaltung enthalten. Es gibt bereits eine Ausschreibung für ein Gutachten, in dem diese Kosten und Nutzen ermittelt werden, damit nur die Kosten entsprechend in die Finanzierung eingehen, die den Nutzen in den jeweiligen Sektoren übersteigen. Von daher bitten wir darum, im Gesetz explizit vorzusehen, dass das Kosten-/Nutzen-Verhältnis Berücksichtigung finden muss.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Eine Frage an Herrn Dr. Zipperer: Wir haben den Wandel vom Einstimmigkeitsprinzip zum Mehrheitsprinzip miterlebt. Könnten Sie etwas zur Praktikabilität dieses neuen Prinzips sagen, zumal es nach dem Einstieg über Notfalldaten und elektronische Rezepte auch um Erweiterungen in Richtung ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Nachsorge geht?

SV Dr. Manfred Zipperer: Wir sind es in der Sozialversicherung, insbesondere in der Krankenversicherung, gewohnt, im Konsensprinzip vorzugehen und wegen der Akzeptanz der getroffenen Entscheidungen möglichst Einigungen zu erzielen. Aber dieses Konsensprinzip, das in dem Gebot der Vereinbarungen zur Infrastruktur zum Ausdruck kommt, ist nicht unumstößlich und wird im Sozialgesetzbuch auch nicht vorgeschrieben, siehe z. B. den

Gemeinsamen Bundesausschuss, bei dem das Mehrheitsprinzip gilt. Im Interesse des Vorkommens und des Treffens der schwierigen Entscheidungen im Bereich der Telematik-Infrastruktur halte ich es aufgrund der Erfahrungen des Jahres 2004 für hilfreicher, wenn qualifizierte Mehrheitsentscheidungen vorgesehen werden. Dies gilt auch im Hinblick darauf, dass alle Beteiligten mitwirken müssen, wenn die Vernetzung anfängt, und es darauf ankommt, dass die Lösungen von allen Beteiligten getragen werden. Es wäre nicht vertretbar, wenn Lösungen, die von einer qualifizierten Mehrheit getragen werden, daran scheitern, dass sich jemand widersetzt. Aus dem Grund glaube ich, dass das Vorsehen der qualifizierten Mehrheit in den gesetzlichen Vorgaben für den Gesellschaftsvertrag sinnvoll und ausgesprochen hilfreich ist.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage betrifft den Datenschutz und die Durchgriffsrechte des BMGS und richtet sich an Herrn Dr. Zipperer, den Verband der Angestelltenkrankenkassen, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung bzw. die Gesellschaft für Telematik bekommen durch das Gesetz den Sicherstellungsauftrag zur Schaffung der Telematik-Infrastruktur. Wie ist eine möglichst schnelle konfliktfreie und rechtsichere Umsetzung zu gewährleisten, und welche aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sind hierzu möglicherweise erforderlich?

SV Dr. Manfred Zipperer: Die Aufsicht des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sollte im Hinblick auf die Gesellschaft für Telematik, um die es hier insbesondere geht, in Gestalt einer Rechtsaufsicht erfolgen und nicht dergestalt, dass das BMGS jede einzelne Entscheidung, jeden Beschluss ohne Rücksicht auf dessen Bedeutung nachprüfen und beanstanden könnte. Ich glaube, das BMGS sollte sich in seiner Prüfung darauf beschränken, ob das geltende Recht eingehalten wird und Entscheidungen getroffen worden sind, die mit dem SGB V, mit dem Datenschutzrecht und mit grundgesetzlichen Regelungen übereinstimmen. Es sollte nicht dazu kommen, dass das BMGS selbst in die operative Ebene eintritt und sein Ermessen anstelle dessen der Sozialversicherungsträger stellt.

Von daher glaube ich, dass der Gesetzentwurf in den einschlägigen Passagen hier noch verdeutlicht werden müsste. Darauf habe ich auch in meiner Stellungnahme hingewiesen. So wie das Beanstandungsrecht jetzt ausgestaltet ist, ist es unendlich breit und dient nicht der Sache.

SV'e Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Ich möchte mich dem anschließen, was Dr. Zipperer gesagt hat. Bisher war die Vereinbarung nach § 291a SGB V genehmigungspflichtig. Nunmehr ist vorgesehen, dass die Beschlüsse der gematik gGmbH, also der bereits gegründeten Gesellschaft, vorgelegt und beanstandet werden können. Wir sehen das Problem, dass aus dem Gesetzestext nicht klar ersichtlich ist, ob es sich um eine Fach- oder Rechtsaufsicht handelt. Da wir bei den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses gerade an verschiedenen Stellen eine Diskussion und rechtliche Auseinandersetzungen zu diesem Thema führen, hielten wir es für sinnvoll, wenn hier klargestellt würde, dass es sich um eine Rechtsaufsicht handelt, d. h., dass die Beanstandung sich auf Fälle bezieht, in denen entsprechende Beschlüsse bei einem Rechtsverstoß beanstandet werden.

Der zweite Punkt betrifft die Frage, welche Beschlüsse vorgelegt und beanstandet werden müssen. Hier ist der entscheidende Punkt: Wir wollen gemeinsam dieses Projekt zügig voranbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben immer wieder betont, dass wir ein hohes Interesse an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Anwendungen haben und von daher die Arbeiten in der gematik gGmbH zügig voranbringen wollen. Hier besteht die Gefahr, dass durch die zeitliche Verzögerung weitere Arbeiten behindert werden, insbesondere, wenn es sich um Einzelbeschlüsse handelt, jeder einzelne Beschluss vorgelegt werden muss und eine Beanstandungsmöglichkeit innerhalb eines Monats, möglicherweise sogar zwei Monaten, besteht.

Deshalb möchten wir eine Formulierung, die klarmacht, dass es um die Beschlüsse geht, die die Regelungen der Infrastruktur, deren Aufbau und deren Betrieb betreffen, also um grundsätzliche Entscheidungen und nicht für jeden einzelnen Beschluss. Auch hier wäre eine Präzisierung sinnvoll. Dass das Ministerium seine Aufsichtsrechte wahrnehmen möchte und muss, ist vollkommen klar. Im Sinne des

weiteren Vorangehens ist es sicher hilfreich, dies an manchen Stellen im Hintergrund zu haben. Es muss klar sein, dass es sich um eine Rechtsaufsicht handelt und nicht jeder einzelne Beschluss der Gesellschaft überprüft werden kann.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Auch wir bitten um zwei Präzisierungen. Zum einen sollte die Art der Aufsicht – Rechts- oder Fachaufsicht präzisiert werden, wobei wir für die Rechtsaufsicht bevorzugen. Zum Zweiten muss die Frage geklärt werden, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang die Aufsicht wahrgenommen wird. Grundsätzliche Angelegenheiten sollten der Aufsicht unterliegen. Bei einer anderen Regelung können wir den Zeitplan nicht einhalten.

SV Jörg Meister (DKG): Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist eine rechts- und fachaufsichtsrechtliche Involvierung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sinnvoll. Das begründet sich aus der Konstruktion der gematik gGmbH. Wir haben ein gesetzliches Modell einer starken Betriebsgesellschaft. Wir haben die bisherigen vertraglichen Kernzuständigkeiten der Selbstverwaltung abgelöst und auf die Betriebsgesellschaft in dieser eigenen Rechtspersönlichkeit übertragen. Die Betriebsgesellschaft agiert mit einem beleihungsähnlichen Status. Sie hat einen Sicherstellungsauftrag und Hoheitsrechte übertragen bekommen. Beschlüsse erfolgen mit einem 67 %-Quorum mit der Konsequenz, dass einzelne Leistungssektoren hier deutlich dominiert werden können und die Beschlüsse der gematik gGmbH eine verbindliche Dritt- und Außenwirkung und eine hohe Sensibilität in datenschutzrechtlichen Fragen haben. Das rechtfertigt aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine enge Einbindung des BMGS in die Beschlüsse der gematik gGmbH.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage geht an den Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen und an die BITKOM: Wir haben im Gesundheitswesen die Situation, dass wir zahlreiche Insellösungen haben. Nach Ansicht vieler Firmen bedeutet diese Situation einen enormen Implementationsaufwand, der sich verringern ließe, wenn man bundesweit verbindliche Te-

lekommunikations-Infrastrukturen schaffen könnte. Halten Sie es unter diesem Gesichtspunkt für erforderlich, dass bundesweit eine Stelle wie die im Gesetzentwurf vorgesehene Gesellschaft für Telematik die Gesamtverantwortung für die Infrastruktur übernimmt, damit einheitliche Vorgaben festgelegt und daraus folgend interoperable Produkte entwickelt werden können? Wo liegen die Vorteile einer solchen Vorgehensweise?

SV'e **Anja Hollmann** (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen (VHitG): Die Forderung nach einer solchen Institution, die Standards festlegt und normiert, ist eine lange formulierte Forderung der Industrie und auch festgelegt in der Expertise der Industrie, die BM'n Ulla Schmidt bereits im Jahre 2003 übergeben wurde. Insoweit sind es diese Beweggründe, die dazu führen, dass eine solche Gesellschaft befürwortet wird. Nur so können interoperable Lösungen geschaffen werden.

Wir möchten aber darauf hinweisen, dass wir in unserer damaligen Forderung und auch heute ganz klar festlegen, dass es sich nur um Standardisierungen handelt, also diese Gesellschaft standardisiert und eventuell noch zertifiziert, aber die Anforderungen an Datensätze, an Sicherheitsstrukturen, an die Infrastruktur generell festgeschrieben, festgelegt, anschließend gemeinfrei zur Verfügung gestellt werden, damit danach der Wettbewerb darauf basieren und Dienstleistungen sowie Produkte zur Verfügung stellen kann. Wir haben gerade gehört, dass Herr Meister von hoheitlichen Aufgaben dieser Gesellschaft sprach. Alles andere, was darüber hinausgehen würde, wäre aus unserer Sicht kontraproduktiv. Die Gesellschaft als solche halten wir für zwingend notwendig.

SV **Michael Schmitz** (BITKOM – Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien): Ich kann mich meiner Vorrednerin anschließen. Gestatten Sie mir, das Wort „Inselösungen“ aufzugreifen. Inselösungen haben einen negativen Beigeschmack. Wissen muss man, dass diese Inselösungen, die sicherlich in sich für den jeweiligen Sektor hervorragende technologische Lösungen sind, die beste Voraussetzung für eine Gesamtstruktur bieten.

Wir haben große Sorge, dass Produkte entstehen und deren Exportfähigkeit nicht gegeben ist, wenn das Wettbewerbsrecht nicht eingehalten wird. Dies könnte wiederum Auswirkungen auf Arbeitsplätze haben. Deshalb bitten wir um Präzisierung der Aufgabenstellung für die gematik gGmbH.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Ich möchte zurückkehren zu dem Fragenkomplex, den Abg. Dr. Ober angesprochen hat. Meine Fragen richten sich an die AOK, die KBV, die KZBV und Herrn Dr. Zipperer: Ist es erforderlich, dass das BMGS jeden einzelnen Beschluss der gematik gGmbH genehmigen muss? Wäre eine Begrenzung auf grundsätzliche Weichenstellungen, abschließende Ergebnisse und eine echte Rechtsaufsicht nicht sinnvoller? Birgt das umfassende Beanstandungsrecht des BMGS in Verbindung mit den vorgesehenen Fristen nicht die Gefahr, dass es zu weiteren Verzögerungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kommt bzw. ist das ein Hauptproblem für die mögliche Gefährdung der pünktlichen Einführung? Kann die gematik gGmbH mit der vorgesehenen Konstruktion überhaupt schnelle Entscheidungen herbeiführen? Gibt es Beispiele dafür, dass über umfassende Beanstandungsrechte faktisch eine Fachaufsicht des BMGS über die Arbeiten der Selbsterhaltung konstruiert wird, und wie wäre eine solche Fachaufsicht zu beurteilen? Erfordert nicht das Bestimmtheitsgebot nach Art. 80 Abs. 1 GG eine Eingrenzung und Präzisierung der vorgesehenen weiten Ersatzvornahmemöglichkeiten für das BMGS?

SV'e **Anne Strobel** (Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband)): Es ist schon angeklungen, dass wir uns wünschen, dass sich die Aufsicht des BMGS nicht auf Einzelbeschlüsse bezieht. Wir hatten schließlich mit der Gründung der gematik gGmbH die Erwartung verbunden, eine schnelle und handlungsfähige Gesellschaft zu haben, die es ermöglicht, auf der Basis von Mehrheitsentscheidungen schnell zu unserem gemeinsamen Ziel der Einführung der Gesundheitskarte zu kommen. Wir würden es daher bevorzugen, dass sich die Aufsicht des Ministeriums auf grundsätzliche Beschlüsse und Vereinbarungen bezieht und bevorzugen ganz klar die Rechtsaufsicht.

Hinsichtlich der schnellen Handlungsfähigkeit habe ich bereits ausgeführt, dass es nicht sinnvoll wäre, aufgrund einer solchen Befristung jeweils einen Monat oder zwei Monate zu warten, bis ein Entschluss zustande kommt.

Zur Frage des Bestimmtheitsgebotes: Inhalt und Zweck der erteilten Ermächtigungen müssten im Gesetz festgelegt werden. Das ist im Moment nicht der Fall. Wir haben Zweifel, ob der Gesetzentwurf dem gerecht wird. Wir meinen, dass es zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfrüht wäre und halten es nicht für richtig, die Regelungskompetenz pauschal der Exekutiven zu überlassen.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir begrüßen ausdrücklich eine Begrenzung auf Fragen grundsätzlicher Art im Hinblick auf den Genehmigungsvorbehalt abschließender Ergebnisse und halten die Rechtsaufsicht für sinnvoller. Das Beanstandungsrecht würde, wenn es in Details ausgeübt wird, zu einer Verzögerung führen. Da wir im Hinblick auf die vielen komplexen Elemente der Telematik-Infrastruktur miteinander kommunizieren müssen und die Notwendigkeit besteht, parallel zu arbeiten, kommt es aufgrund einer gesetzlich vorgesehenen Frist zu Verzögerungen.

Zur Frage der Beurteilung einer solchen Fachaufsicht: Die Entwicklung der Telematik-Infrastruktur ist eine Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung. So verstehen wir das auch. Von daher würden wir eine detaillierte Fachaufsicht sehr kritisch betrachten, die auch nicht im Einklang mit dem Bestimmtheitsgebot steht.

SV Dr. Günther E. Buchholz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich möchte mich den Vorrednern anschließen und einen Aspekt zusätzlich einbringen: Es bestehen auch haftungsrechtliche Probleme. Wenn wir bestimmte Entscheidungen treffen, die auch haftungsrechtliche Konsequenzen haben könnten, wären wir zwangsweise auf die Entscheidung des BMGS angewiesen und würden somit viel Zeit verlieren.

SV Dr. Manfred Zipperer: Ich habe bereits gesagt, dass ich für die Rechtsaufsicht plädiere. Wenn man allerdings eine Begrenzung auf grundsätzliche Weichenstellungen und ab-

schließende Ergebnisse vorsieht, geht das über die Rechtsaufsicht hinaus. Eine pure Rechtsaufsicht halte ich deshalb für möglicherweise hinderlich, aber es muss klargestellt werden, dass sich die Aufsicht auf grundsätzliche Fragen beschränkt und nicht in die einzelnen Beschlüsse hineinreicht. Ein umfassendes Beanstandungsrecht halte ich nicht für hilfreich, weil dadurch die Entscheidungsbereitschaft der Selbstverwaltung und insbesondere der gematik gGmbH schwer beeinträchtigt wird.

Zur Frage nach umfassenden Beanstandungsrechten: Im gesamten SGB ist nur ein Fall bekannt, in dem ein Beanstandungsrecht, also eine Fachaufsicht, über Sozialversicherungsträger besteht. Dabei geht es um die Prävention bei der Unfallversicherung. Dies ist ausdrücklich in § 87 Abs. 2 SGB IV geregelt. Im Übrigen gibt es eine Beratungsprüfung bei § 274 SGB V. In diesem Fall reicht die Prüfung des Ministeriums auch in Details hinein und nicht nur in bloße Rechtsfragen. Ich könnte mir vorstellen, dass auch die Prüfung der Vergütungsvereinbarungen nach § 71 Abs. 4 SGB V über die reinen Rechtsfragen hinaus noch weiter geht. Das zeigt, dass es solche Möglichkeiten gibt.

Was das Bestimmtheitsgebot des Art. 80 Abs. 1 GG betrifft: Die weit gefasste Ersatzvornahmemöglichkeit des BMGS im Gesetzentwurf entspricht nach meiner Auffassung – ich habe das auch in meiner Stellungnahme deutlich gemacht – nicht dem Art. 80 GG. Das müsste genauer gefasst werden.

Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU): Meine beiden Fragen richten sich an VdAK/AEV, den AOK-Bundesverband, die KBV, die KZBV und die ABDA: Stimmen die jetzt vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen mit der bereits von der Selbstverwaltung vorgelegten Finanzierungsregelung überein? Können Sie uns etwas zu der Finanzierungsregelung sagen?

Zweitens: Der vorgelegte Gesetzentwurf berücksichtigt in seinen Finanzierungsregelungen in § 291a SGB V nur die Kosten der Telematik-Infrastruktur, nicht aber einen Vergleich zwischen Nutzen und Kosten. Wie beurteilen Sie das?

SV'e Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Wir haben in der Selbstverwaltung gemeinsam eine Finanzierungsvereinbarung geschlossen. Dies haben wir auch vor dem Hintergrund getan, dass wir die Auffassung teilen, dass für alle Beteiligten durch die Telematik ein Nutzen generiert wird, allerdings bei den Leistungserbringern durch den Investitionsaufwand in der Anfangsphase höhere Kostenbelastungen entstehen. Aus diesem Grunde haben wir in der Finanzierungsvereinbarung vorgesehen, dass die notwendigen Investitions- und Betriebskosten durch Vergütungsregelungen seitens der Kostenträger zeitlich befristet und degressiv gestaffelt refinanziert werden und hierfür für die konkreten Regelungen in den einzelnen Sektoren eine Kosten-Nutzen-Analyse vorgesehen ist, die die Basis für die anschließenden Vereinbarungen mit den einzelnen Leistungserbringern bilden soll. Die Vereinbarung sieht zudem vor, dass die laufenden Betriebskosten, also die darüber hinausgehenden Kosten, von den Kostenträgern refinanziert werden, wenn der Nutzen die Kosten dauerhaft übersteigt. Wir wollen auch bei diesen Regelungen den Leistungserbringern erwachsenden Nutzen aus den Telematik-Anwendungen gegenrechnen, weil wir davon ausgehen, dass durch die weiteren Anwendungen – beispielsweise durch die elektronische Patientenakte – auch Nutzen generiert wird.

Bei den Ausstattungskosten haben wir in der Finanzierungsvereinbarung explizit geregelt, dass die Kosten nur insoweit getragen werden, als sie über eine „normale EDV-Ausstattung“ hinausgehen. Wir wollen sicherstellen, dass nicht diejenigen bestraft werden, die dafür gesorgt haben, dass die EDV-Ausstattungen auf modernem Stand sind, und diejenigen einen Nutzen daraus ziehen, die dies nicht getan haben. Zudem sollen die Zuschläge so gestaltet werden, dass die Telematik-Anwendungen genutzt werden. Sie sollen auf die jeweiligen Telematik bedingten Anwendungen bezogen werden, damit ein Anreiz besteht, diese Zuschläge zu bekommen, wenn man diese neuen Anwendungen nutzt.

Wir haben in der jetzigen Regelung eine Differenzierung in drei verschiedene Zuschläge, die dem entsprechen, was wir in den Finanzierungsvereinbarungen haben. Wir sehen allerdings einen entscheidenden Punkt darin, dass in der Gesetzesformulierung die Gegenrechnung der Nutzen nicht vorkommt und wir zudem eine degressive Staffelung und zeitliche

Befristung bei den Investitionskostenzuschlägen vorsehen. Wir brauchen eine Übergangsfinanzierung für die gematik gGmbH, weil wir in der ersten Zeit davon ausgehen müssen, dass es keine transaktionsbezogenen Zuschläge geben kann: In der ersten Phase werden die Anwendungen noch nicht in dem Maße angewandt, dass sie entsprechend durch Zuschläge finanziert werden können. Dies haben wir auch in der entsprechenden Finanzierungsvereinbarung geregelt. Deswegen brauchen wir eine entsprechende gesetzliche Grundlage, insbesondere für den stationären Sektor, damit die entsprechenden Beträge über die Deutsche Krankenhausgesellschaft an die gematik gGmbH weitergeleitet werden können.

Das Kosten-Nutzen-Gutachten, das derzeit ausgeschrieben ist, soll aufzeigen, inwieweit die Gesamt-Infrastruktur einen Nutzen bringt. Wir gehen nach dem Planungsauftrag, den wir schon im vergangenen Jahr oder vorvorletzten Jahr vergeben hatten, davon aus, dass die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte letztlich einen Nutzen generiert, der höher ist als die Kosten, die entstehen. Wir haben aber auch eine differenzierte Analyse vorzunehmen, welche Kosten in den einzelnen Sektoren entstehen und welche Nutzen generiert werden, um daraus die Basis für die zukünftigen Vereinbarungen zu schaffen. Aus dem Grunde halten wir es für sinnvoll, dass im Gesetz hierauf verwiesen wird, weil wir andernfalls hinter das zurückfallen würden, was wir ohnehin schon innerhalb der Selbstverwaltung vereinbart haben.

SV'e Anne Strobel (AOK-Bundesverband): Grundsätzlich schließe ich mich den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer an. Sie hat alles wiedergegeben, was wir dargelegt haben, auch in den Stellungnahmen. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir die Vereinbarung der Finanzierung schon im Sommer letzten Jahres im Konsens aller Beteiligten unterzeichnet hatten und der jetzige Vorschlag deutlich hinter diese Vereinbarung zurückfällt.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir können durchaus mit dieser Regelung leben. Nachdem hier zunächst der erste Aufschlag bei den Vertragspartnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung liegt, gibt es dazu eine Finanzierungsvereinbarung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu korrekt ausgeführt, dass es einen Konsens gibt. Erst in der zweiten Phase,

wenn dieser Konsens aufgelöst würde, würde die gesetzliche Regelung greifen, die aber von nutzungsbezogenen Zuschlägen spricht und von daher das Anliegen der Spitzenverbände in Teilen berücksichtigt.

SV Dr. Günther E. Buchholz (KZBV): Wir möchten nachdrücklich auf das Ergebnis der Kosten-Nutzen-Analyse hinweisen und glauben, dass die Zahnärzteschaft eine Sonderstellung einnehmen wird: Wir lesen aus dem ersten Gutachten heraus, dass es bei der Zahnärzteschaft mit dem Nutzen etwas problematisch wird. Insgesamt sind die Probleme von Frau Dr. Pfeiffer und Herrn Köhler richtig dargestellt worden. Entsprechend unserer Stellungnahme haben wir darauf hingewiesen, dass hier etwas nachgearbeitet werden muss.

SV Dr. Frank Diener (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Die Leistungserbringer und Kostenträger haben im letzten Sommer eine Finanzierungsvereinbarung für die verschiedenen Phasen getroffen, sei es die Erprobungs- und Feldversuchsphase oder die Dauerbetriebsphase, aber auch für die dauerhaften Aufgaben, die im Rahmen der gematik gGmbH anfallen. Wir hatten bewusst das BMGS und die Politik gebeten, diese getroffene Finanzierungsvereinbarung gesetzlich abzusichern. Das wird mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung nach unserer Auffassung erreicht.

Wir haben lediglich eine Anmerkung, die die erforderlichen Kosten betrifft, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematik-Infrastruktur in den Feldversuchen entstehen. In dieser Phase sieht der Gesetzentwurf vor, dass nur die erstmaligen Ausstattungskosten abgedeckt werden. Wir haben natürlich als Leistungserbringer in den Feldversuchen nicht nur erstmalige Ausstattungskosten, sondern auch laufende Kosten während der kompletten Feldversuchsphase. Insofern schlagen wir vor, dass wir in diesem Punkt das Wort „erstmalige Ausstattungskosten“ einfach durch Kosten ersetzen. Damit sind wir bei dem, was gewollt war. Wir halten es nicht für erforderlich, hier weitergehende Änderungen via Gesetz herbeizuführen. Was hier formuliert worden war, ist stabil und sollte es auch bleiben.

Abg. **Matthias Sehling** (CDU/CSU): Meine weiteren Fragen richten sich noch einmal an den VdAK/AEV und Herrn Dr. Zipperer und betreffen den Komplex der Fremdfinanzierung von Forschung: Dort wird heftig die Möglichkeit diskutiert, dass die Kosten des Ministeriums für eigene Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten der Selbstverwaltung übertragen werden. Die rückwirkende Erstattung der Kosten zielt laut Ministerium nur auf das F&E-Projekt der Fraunhofer-Gesellschaft ab. Es ist aber nach unserem Eindruck dem Wortlaut nach nicht ausgeschlossen, dass auch die Kosten des BIT-4-Health erfasst werden könnten. Halten Sie hier eine Klarstellung für erforderlich, auch um das Haushaltsrecht des Parlaments zu wahren?

Die Selbstverwaltungspartner berufen sich in ihren Stellungnahmen auf eine Zusage des BMGS, meines Wissens aus dem August 2003, dass die Kosten für den F&E-Auftrag durch das BMGS oder eventuell das BMF getragen werden sollen. Das Ministerium bestreitet dies. Können sie diesen Widerspruch auflösen?

Es wird in dem Gesetz auch zu einer künftigen Forschungsfremdfinanzierung Stellung genommen. In welchen Fällen könnte es künftig sinnvoll sein, dass das BMGS eigene Forschung betreibt und der gematik gGmbH kostenpflichtig in Rechnung stellt, weil diese daran kein Interesse hat oder dazu nicht in der Lage ist? Sind solche Fälle denkbar? Wie könnte man vermeiden, dass es zu Parallelarbeiten von BMGS und gematik gGmbH kommt?

SV'e Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Wir haben bereits in unserer Stellungnahme dargelegt, dass wir diese Regelung ablehnen. Wir sehen zum einen hinsichtlich der nachträglichen Finanzierung des aktuellen Forschungs- und Entwicklungsprojektes, aber auch zusätzlich die Gefahr, dass dies weitere Projekte umfasst und möglicherweise BIT-4-Health mit einbezogen wird. Ob das beabsichtigt ist, mag dahingestellt sein. Zumindest halten wir die Regelungen auch im Hinblick darauf für sehr problematisch und lehnen sie vom Grundsatz her ab. Wir haben im vergangenen Jahr in der Vereinbarung über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Telematik-Infrastruktur über diesen F-&E-Antrag gesprochen. Wir haben damals deutlich gemacht, dass wir dabei einige Probleme hinsichtlich der Fristsetzung, aber

auch hinsichtlich der Vergabe durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen, weil die Selbstverwaltung generell auch die Frage der Wettbewerbsbedingungen usw. geregelt hat. Damals hat uns das BMGS zugesagt, dies zu übernehmen. Im Haushalt seien entsprechende finanzielle Mittel vorhanden seien. Das wird offensichtlich heute vom Ministerium anders gesehen. Ich kann diesen Widerspruch nicht auflösen. Ich kann nur sagen, wie meine Erinnerung an die damaligen Gespräche ist. Von daher waren wir davon ausgegangen, dass die Finanzierung dieses F-&E-Projektes aus Mitteln des BMGS erfolgt.

Was die zukünftigen Forschungsprojekte angeht, halten wir das für äußerst problematisch und lehnen diese Regelung ab, weil wir eine eindeutige Zuordnung der Verantwortung bei der Selbstverwaltung wollen. Es entspricht auch dem Ziel dieses Gesetzentwurfs, dass die gematik gGmbH handlungsfähig ist. Wenn hier eindeutig die Verantwortung zugeordnet werden soll, wird es problematisch, wenn parallel dazu von anderer Seite Aufträge vergeben werden, die möglicherweise Parallelentwicklungen verursachen und eine entsprechende Zusammenführung erfordern. Jedenfalls wird hier Geld ausgegeben, das für Parallelarbeiten erforderlich ist. Es wird weiterer Aufwand betrieben werden müssen, um diese zusammenzuführen. Insgesamt stellt sich die Frage, ob die Selbstverwaltung noch die Verantwortung für die Ergebnisse in der gematik gGmbH übernehmen kann, wenn hier parallel solche Aufträge vergeben werden. Von daher halten wir eine solche Regelung für nicht zielführend. Sie führt zur Verunsicherung aller Betroffenen und verwischt auch die Verantwortlichkeiten bei der Fortführung der Entwicklung der Telematik-Infrastrukturen.

SV Dr. Manfred Zipperer: Die an mich gestellte Frage betrifft die § 291 b Abs. 6 SGB V betreffenden Regelungen des Gesetzentwurfs. Nach meiner Kenntnis – und ich stütze diese Kenntnis auf Pressemitteilungen des BMGS und auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte – sind Mittel des BMGS für die Erstellung der Rahmenarchitektur, die Konzeption des Sicherheits-Infrastruktur-Projektmanagements, zur Qualitätssicherung und zur wissenschaftlichen Begleitung der Testphase bereit gestellt worden. Ich bin mir nicht ganz sicher, ob die Fassung

des § 291b Abs. 6 SGB V hier deutlich genug ist. Nach meiner Meinung muss sie noch genauer gefasst werden. Da die Begründung des Gesetzentwurfs nicht mehr geändert werden kann, sollte im Ausschussbericht eine Klarstellung erfolgen, was hier in § 291b Abs. 6 SGB V tatsächlich gemeint ist.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): In mehreren Ausführungen und in verschiedenen Stellungnahmen werden die Ersatzvornahmerechte des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gegenüber der Gesellschaft für Telematik und ihren Gesellschaftern als weit reichend bezeichnet. Meine Frage richtet sich deshalb an den Bundesdatenschutzbeauftragten: Wie bewerten Sie diese Regelung unter dem Aspekt datenschutzrechtlicher Erwägungen?

SV MR Jürgen Müller (Bundesbeauftragter für Datenschutz (BfD)): Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, das Persönlichkeitsrecht auch in der Form zu unterstützen, dass der Bundesbeauftragte für den Datenschutz in einem gesetzlich formalisierten Verfahren seine Meinung einbringen kann. Die Regelung ersetzt das bisherige Genehmigungsverfahren, in dem das BMGS den BfD im Vorfeld zu beteiligen gehabt hätte. Das wird in die vorgesehene Form der Beanstandung verlagert. Aus unserer Sicht wäre ein Verzicht auf eine solche Regelung ein falsches Signal. Man könnte dies in der Öffentlichkeit so verstehen, dass dem Datenschutz durch die Verlagerung der jetzigen Organisation auf die gematik gGmbH weniger Bedeutung beigemessen wird.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine zweite Frage an den Bundesdatenschutzbeauftragten: Der Gesetzentwurf ermöglicht die Bildung einer Krankenversicherungsnummer durch den Rückgriff auf die Rentenversicherungsnummer. Dabei soll ein Rückschluss von einer Nummer auf die andere unmöglich sein. Sind Sie mit dieser Regelung einverstanden oder haben Sie da dazu datenschutzrechtliche Bedenken?

SV MR Jürgen Müller (BfD): Diese Regelung ist mit unserem Haus im Vorfeld abgestimmt und entspricht unseren Vorstellungen.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Medizintechnologie und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Seitens verschiedener Homecare-Dienstleister und Medizinprodukteanbieter wird die Befürchtung geäußert, dass es zu Wettbewerbsverzerrungen kommen kann, da zunächst nur die Apotheken in das System des E-Rezepts einbezogen werden. Können damit andere Anbieter in Gefahr geraten, vom Markt gedrängt zu werden? Wie bewerten Sie diese Befürchtung?

SV'e **Oda Hagmaier** (Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)): Wir teilen Ihre Auffassung und sehen sehr wohl eventuelle Wettbewerbsverzerrungen. Bisher wurde immer gesagt, dass sich die Verordnungen des E-Rezeptes ausschließlich auf die apothekenpflichtigen Arzneimittel beziehen sollen. Das sehen wir hier nicht. In der Praxis ist zu hinterfragen, ob ein Arzt, wenn erst einmal anfängt, eine elektronische Verordnung auszustellen, nicht auch Hilfsmittel mit verordnet und damit eine einseitige Vertriebsstruktur in Richtung Apotheken entsteht. Es müsste eine Möglichkeit gefunden werden, wie das ausgeschlossen werden kann. Die Gefahr der Wettbewerbsverzerrung sehen wir hier eindeutig.

SV **Hartmut Scholz** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-Bundesverband)): Wir haben schon mehrfach gehört, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen Anwendung ein sehr komplexes Projekt ist. Um einen Einstieg zu finden, muss man also entsprechende Ausschnitte von Anwendungen definieren, mit denen man anfängt. Man kann nicht flächendeckend mit mehreren Themen gleichzeitig beginnen, denn dann entstehen möglicherweise wieder die schon beschworenen Insellösungen, die hinterher nicht zusammenpassen. Man konzentriert sich deshalb zunächst auf eine Anwendung und baut sukzessive weitere, dann auch komplexer werdende Anwendungen um diese Anwendung herum. Insofern ist eine Konzentration auf die Arzneimittelabgaben in Apotheken aus Projektsicht unbedingt erforderlich, um ein strukturiertes Vorgehen zu gewährleisten.

Andere ärztliche Verordnungen würden auf dem bisherigen Papierweg abgewickelt. Es

wäre kein Problem, diese beiden Verfahren nebeneinander laufen zu lassen. Als Einstieg ist das elektronische Rezept, speziell die Arzneimittelverordnung, gewählt worden, weil darin entsprechende Nutzenpotentiale stecken. Dies soll jedoch nur den Beginn und den Einstieg der Anwendungen im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte sicherstellen.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Verband der privaten Krankenversicherungen: In Ihrer schriftlichen Stellungnahme fordern Sie sicherzustellen, dass Versicherte die elektronische Gesundheitskarte tatsächlich einsetzen. Bitte erläutern Sie, welche Regelung Sie hierzu für erforderlich halten.

SV **Klaus Detlef Dietz** (Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV)): Der Verband der privaten Krankenversicherungen bzw. seine Mitgliedsunternehmen sind in dieser Frage in einer besonderen Situation: Unsere Versicherten haben eine Rechtsbeziehung zum Arzt. Wir können unsere Versicherten nicht zwingen, die Karte einzusetzen. Wir können dies auch über das Bedingungsnetzwerk, welches wir haben, nicht erzwingen bzw. nur für zukünftige Fälle, nicht aber für die Vergangenheit. Das führt dazu, dass unsere Unternehmen die elektronische Gesundheitskarte möglicherweise mit hohen Investitionsaufwendungen einführen und die Versicherten sie nicht einsetzen bzw. die Leistungserbringer – im speziellen Fall die Ärzte – sie nicht abfordern. Wir brauchen deshalb eine Ermächtigung im Gesetz, die klarstellt, dass wir unsere Versicherten dazu veranlassen können, die Karte zu nutzen. Das wird sicherlich nicht im SGB V möglich sein. Hier muss man in Gesprächen prüfen, in welchen anderen Bereichen das möglich sein wird.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sie möchten die Freiwilligkeit also etwas aufweichen?

SV **Klaus Detlef Dietz** (PKV): Ja, wir möchten, dass es für unsere Versicherten, wenn wir die Karte einführen – und wir möchten die Karte einführen –, wie für die gesetzlich Krankenversicherten verbindlich ist, diese Karte zu verwenden.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann richte ich diese Frage auch an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen.

SV **Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK-Bundesverband)): Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen geht es um zwei Ebenen. Wir finden es gut, dass die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen sich an der Einführung der Telematik-Infrastruktur beteiligen und ebenso wie die Spitzenverbände und ihre Krankenkassen ein Interesse, an einer möglichst zügigen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte haben. Haben Sie aber bitte Verständnis dafür, dass die spezielle Regelung, die Herr Dietz für den Bereich der privaten Krankenversicherung für notwendig hält, nicht unser primäres Problem ist. Wir haben in diesem Komplex eine Vielzahl von Problemen für 90 % der Bevölkerung zu lösen. Aber es ist natürlich ein schönes Modell, wenn die auf Freiwilligkeit setzende private Krankenversicherung im Umgang mit ihren Kunden hier nun eine gesetzliche Vorschrift einfordert.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage bezüglich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses an die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Wie schätzen Sie das Kosten-Nutzen-Verhältnis für den Aufbau einer Telematik-Infrastruktur für den Krankenhausbereich ein? Haben Sie Schätzungen zu den entstehenden Kosten und zu den möglichen Einsparungen?

SV **Jörg Meister** (DKG): Wir gehen wie die übrigen Beteiligten davon aus, dass der Nutzen insgesamt die Kosten übersteigen wird, haben aber bis auf die veralteten Zahlen aus dem Planungsauftrag keine aktuelleren. Andernfalls könnten wir uns das Gutachten, die Kosten-Nutzen-Analyse, die jetzt ausgeschrieben wird, ersparen und wären einen wesentlichen Schritt weiter.

Abg. **Dr. Heinrich L. Kolb** (FDP): Ich komme noch einmal auf den Aspekt zurück, den Abg. Selg bereits angesprochen hat, dass bestimmte Leistungserbringer und auch die Psychotherapeuten bisher nicht einbezogen sind. Ich bitte die Bundespsychotherapeutenkammer

und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände um Stellungnahme, ob sie das für sachgerecht halten.

SV **Detlev Kommer** (Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)): Die Psychotherapeutenkammern der Länder sind aufgrund ihrer länderrechtlichen Vorgaben verpflichtet, den elektronischen Berufsausweis an die Berufstätigen auszugeben. Dies macht es aus unserer Sicht zwingend erforderlich, dass wir von Beginn an an der Thematik beteiligt sind, um an dieser Stelle alle technischen Inhalte in distributiven Erfordernissen von vorneherein begleiten zu können, um sie entsprechend auf Länderebene umsetzen zu können.

SV **Heinz Christian Esser** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV)): Wie die Psychotherapeuten möchten auch die Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, also der gesamte Heilmittelbereich, von Anfang an mit dabei sein. Wir haben etwa 30 Mio. Verordnungen im Jahr, davon sind etwa 3 bis 5 Mio. genehmigungspflichtig. Der organisatorische Ablauf in diesem Genehmigungsverfahren und das gesamte weitere Verfahren würde deshalb ungleich erleichtert, wenn wir zu einem möglichst frühen Zeitpunkt an dem Verfahren beteiligt würden.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Die Hauptsorge bei Patientinnen und Patienten ist, dass es zu einer missbräuchlichen Verwendung von sensiblen Daten kommen könnte. Deshalb möchte ich den Verband der Krankenversicherten Deutschlands fragen, ob Sie glauben, dass mit diesem Gesetzentwurf die missbräuchliche Verwendung sensibler Daten unmöglich ist. Reicht hier die Regelung aus, oder sehen sie noch Handlungsbedarf?

SV **Heinz Windisch** (Verband der Krankenversicherten Deutschlands (VKVD)): Wir gehen davon aus, dass die Bundeszentrale der Verbraucherschützer mit der Thematik befasst ist und die Interessen der Versicherten dadurch vertreten werden. Im Moment können wir noch nicht sehen, ob die Sicherheit für die Patienten gewährleistet ist. Noch sehr im Dunkeln liegt die Frage, wie die Versicherten tatsächlich Daten von der Karte abrufen können. Hier besteht noch viel Informationsbedarf.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Dann möchte ich die Gelegenheit nutzen und die gleiche Frage an die Verbraucherzentrale richten.

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Die Sorgen des Patienten betreffen drei Aspekte: den Datenschutz, die Datensicherheit und die Datensouveränität. Das sind die drei Kriterien, unter denen wir es betrachten. Es ist richtig, dass viele Fragen noch nicht schlussendlich geklärt sind, weil die Lösungsarchitektur noch nicht vorliegt und sich das erst im Laufe der nächsten Zeit klarstellen wird. Wenn Kosten-Nutzen-Relationen stattfinden, können sie zu allererst – so unsere Befürchtung – auf Kosten der Datensicherheit gehen. Es kann durchaus sein, dass die Beibehaltung oder Erhaltung eines hohen Sicherheitsniveaus – vergleichbar mit Geheimhaltungsinhalten – auch Kosten nach sich zieht, was dann zu einer negativen Kosten-Nutzen-Relation führen könnte. Also ist es wichtig, dass der Bundesdatenschutzbeauftragte und die Patientenorganisationen darauf achten, dass die Kosten-Nutzen-Relation nicht gegen den Datenschutz, bzw. gegen die Datensicherheit ausschlägt.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage der Datenhoheit: Wie weit verfügen Patientinnen und Patienten über ihre Daten? Wie weit sind ihnen differenzierte Zugriffsmöglichkeiten, auch Zugriffsverweigerungen, möglich? Das sind Dinge, die technisch realisierbar und in der Architektur auch vorgesehen sind – die also auch in der Umsetzung stattfinden müssen.

Ein dritter wichtiger Aspekt ist, dass wir es im Bereich der Telematik generell mit unterschiedlichen Nutzertypen zu tun haben. Wir haben es mit alten Menschen zu tun, die noch nie einen Computer gesehen oder genutzt haben, und wir haben es mit Computerfreaks zu tun. Es fehlen im Moment in der Gesamtplanung noch die Nutzerprofile. Die ganze Planung ist noch sehr von oben - von der Architektur her - gedacht und weniger von unten. Ich denke, dass ist etwas, was in diesem Jahr und in der Umsetzung nachfolgen muss.

Abg. **Dr. Heinrich L. Kolb** (FDP): Meine Frage geht an die KBV: Wenn ich Ihre Stel-

lungnahme richtig gelesen habe, glauben Sie, dass durch das Gesetz die Rechtskonstruktion der Gesellschaft für Telematik so verändert werden könnte, dass eine Umsatzsteuerpflicht ausgelöst werden könnte. Können Sie das bitte erläutern?

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Wir gehen im Moment nicht davon aus, da wir die gematik gGmbH wie schon erwähnt als Zertifizierungsstelle sehen und sie keine eigenen Betreiberfunktionen wahrnehmen wird. Es könnte sich aber im Laufe der Entwicklung möglicherweise eine andere Einschätzung ergeben.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Eben hatten wir schon einmal das Thema Ersatzvornahmemöglichkeiten, aber noch keine Stellungnahme hierzu von Seiten der KBV und der KZBV. Wie stehen Sie zu den Ersatzvornahmemöglichkeiten? Wo halten Sie diese für sinnvoll und hinnehmbar?

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Wir halten eine Rechtsaufsicht für sinnvoll. Wir würden darum bitten, eine ständige Aufsicht aus Gründen der Zeitverzögerung hier nicht zu implementieren.

SV **Dr. Günther E. Buchholz** (KZBV): Auch ich kann nur wiederholen, dass wir durch eine „Absegnung“ jeder Entscheidung durch das BMGS eine Zeitverzögerung hätten und auf haftungsrechtliche Probleme bei getroffenen Entscheidungen und Veränderungen durch das BMGS hinweisen. Dort müsste man abklären, wie dies gehandhabt werden könnte.

Abg. **Dr. Heinrich L. Kolb** (FDP): Die elektronische Versichertenkarte soll in der späteren Phase genutzt werden, um die epidemiologische Datenbasis zu verbessern. Deshalb frage ich BITKOM und Bundesärztekammer, ob es nicht sinnvoll wäre, jetzt schon bei der Auslegung und technischen Ausgestaltung die betroffenen wissenschaftlichen Institutionen einzubeziehen, so dass sichergestellt werden kann, dass das langfristige Ziel erreicht werden kann?

SV **Michael Schmitz** (BITKOM): Das ist sinnvoll. Insbesondere würde ich es darum ergänzen wollen, dass man die bestehenden Lösungen und die bestehende Infrastruktur mit einbezieht. Dies kommt nach unserer Auffassung zu kurz. Hier gibt es bereits hervorragende Lösungen, die in kürzester Zeit in größerem Umfang eingesetzt werden können.

SV **Prof. Dr. C. Fuchs** (Bundesärztekammer (BÄK)): Insgesamt ist es ein berechtigtes Anliegen, die Frage zu stellen, inwieweit die Aspekte der Gesundheitsberichterstattung, der Versorgungsforschung durch die neuen Technologien eine Unterstützung erfahren. Es ist ein altes Anliegen der Wissenschaft, insbesondere der Epidemiologen, hier mehr Daten zur Verfügung gestellt zu bekommen. Ein Zielkonflikt ist allerdings zu sehen im Hinblick auf die Datensicherheit. Es ist heute zu früh, um abzuschätzen, ob wir tatsächlich einen Mehrwert haben oder wie dieser Zielkonflikt gelöst werden kann. Gleichwohl beinhaltet die Karte das Potential, die Anliegen der Versorgungsforschung und der Versorgungsepidemiologie zu nutzen. Man wird sich sinnvollerweise auch mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften ins Benehmen setzen, wenn die technische Konkretisierung weiter voran geschritten ist, um zu überlegen, welche Potentiale zeitnah ausgeschöpft werden können. Insgesamt glaube ich: Für die Versorgungsplanung, auch für politische Entscheidungen, sind wir in Deutschland darauf angewiesen, eine bessere Datengrundlage zu bekommen. Hier sollten wir jedes Mittel unter strenger Beachtung des Datenschutzes nutzen.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesdatenschutzbeauftragten und an die Verbraucherzentrale: Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik innerhalb eines Monats vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beanstandet werden können. Bei der Prüfung der Beschlüsse hat der Datenschutzbeauftragte Gelegenheit zur Stellungnahme zu bekommen. Halten Sie das im Gesetzentwurf vorgesehene Beanstandungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Beschlüsse der Betriebsgesellschaft aus der Sicht des Datenschutzes und aus Sicht der Patienten für notwendig? Wie beurteilen Sie die Länge der Beanstandungsfrist?

SV **MR Jürgen Müller** (BfD): Ich habe vorhin schon geäußert, dass ich die Beteiligung des BfD für unverzichtbar halte, um dem Persönlichkeitsrecht Genüge zu tun und ein formalisiertes Verfahren zu haben. Was die Länge angeht, ist es im Augenblick für uns schwer abschätzbar, wie die Beschlüsse aussehen, die über das BMGS vorgelegt werden, welchen Umfang, welche Komplexität sie haben. Wir halten eine Verlängerung auf zwei Monate für notwendig, weil wir vom Bundesbeauftragten vom Datenschutz aufgrund der föderalen Struktur in bestimmten Fällen die Landesdatenschutzbeauftragten mit einbinden müssen. Die jetzige gesetzliche Regelung sieht vor, dass ein Monat für das BMGS vorgesehen ist. Man muss sich das in der Praxis so vorstellen, dass das BMGS uns die Beschlüsse zuleitet und wir wiederum die Landesdatenschutzbeauftragten informieren müssen. Dieser Abstimmungsprozess kann sich je nach Komplexität bis zu zwei Monate hinziehen.

SV **Dr. Stefan Etgeton** (vzvb): Ich schließe mich den Ausführungen des Datenschutzbeauftragten an. Es ist Verbraucherinteresse, dass die Belange des Datenschutzes Berücksichtigung finden. Wenn die Prüfung länger dauert, sollte entsprechend die Frist verlängert werden. Die Durchgriffsrechte bzw. der Genehmigungsvorbehalt des Ministeriums soll nach dem Gesetz nicht nur rechtliche Fragen klären, sondern sich am Interesse von Patientinnen und Patienten orientieren. Hier stellt sich die Frage, wie das Ministerium das Interesse der Patientinnen und Patienten definiert und welche Rolle dabei den Patientenvertreterinnen und -vertretern im Beirat der gematik zukommt, wenn es um patientenrelevante Genehmigungsvorbehalte geht. Diese Frage ist im Moment noch offen.

Insgesamt begrüßen wir dies, weil es deutlich macht, dass die Beteiligten ihre Organisationsinteressen haben und es sich um eine Sache handelt, die im allgemeinen öffentlichen Interesse ist. Sie kann nur funktionieren, wenn die Akzeptanz durch die Nutzerinnen und Nutzer gegeben ist. Insofern ist es wichtig, dass eine Instanz – in diesem Falle die Genehmigungsinstanz – dieses Interesse berücksichtigt. Das betrifft den Datenschutz, Rechtsfragen, aber auch die Patienteninteressen. Da wünsche ich mir im Rahmen des Genehmigungsverfahrens

eine enge Abstimmung zwischen dem BMGS und den Patientenvertretern im gematik-Beirat.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Frage zu Forschungs- und Entwicklungsprojekten, die sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die KBV und die DKG richtet. In einer gemeinsamen Erklärung haben Selbstverwaltung und BMGS im Oktober 2004 die Durchführung von Entwicklungsprojekten vereinbart. Wir hoffen, dass die ersten Ergebnisse auf der CEBIT vorgestellt werden. Das Gesetz sieht vor, dass die Kosten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen getragen werden. Kosten zukünftiger Forschungs- und Entwicklungsprojekte, deren Ergebnisse der gematik gGmbH zur Verfügung gestellt werden, werden von der GmbH getragen. Gibt es aus Ihrer Sicht Kriterien, die bei diesem Prozedere zusätzlich berücksichtigt werden müssen?

SV'e Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Es ist mehrfach angeklungen: Wir haben mit dieser Formulierung insofern ein Problem, als nicht klar ist, auf welche Forschungs- und Entwicklungsprojekte sich diese Finanzierung bezieht. Zum einen halten wir es für nicht akzeptabel, dass wir im Nachhinein Forschungs- und Entwicklungsprojekte finanzieren sollen. Grundsätzlich sehen wir die größte Gefahr darin, dass hier über das aktuell laufende Forschungsvorhaben hinaus auch andere Projekte in die nachträgliche Finanzierung einbezogen werden. Das halten wir im Interesse der Planungssicherheit der Kassen für nicht akzeptabel. Wir wissen nicht, um welche Summen es geht. Es hat bezüglich des derzeit laufenden F-&E-Projektes im vergangenen Jahr eine Abstimmung gegeben, bei der wir vom Ministerium eine Finanzierungszusage hatten und dem Projekt unter diesen Bedingungen zugestimmt haben. Über die anderen Projekte, die bislang im Ministerium durchgeführt wurden, hat es eine solche Abstimmung nicht gegeben. Hier hat das Ministerium im Zuge der Rahmenarchitektur Projekte vergeben. In diesem Zusammenhang hieß es damals, dass Mittel vorhanden seien, aus denen das Ministerium die Projekte finanziere. Es war nie die Rede davon, dass die Selbstverwaltung diese Projekte finanzieren sollte.

Was zukünftige Projekte angeht, halten wir es nicht für sinnvoll, dass hier parallel Arbeiten vorgenommen werden. Die gematik gGmbH

hat den Auftrag, die Infrastruktur zu entwickeln. Wenn notwendige Aufträge vergeben werden, sollte dies allein über die gematik gGmbH erfolgen, weil nur dort klar ist, wer die Verantwortung trägt und wie die Abstimmung laufen soll. Hier muss klar sein, dass das in dem inhaltlichen Rahmen zu geschehen hat, wie es in der gematik gGmbH entsprechend verabschiedet wird. Hier ist das Ministerium in der Gesellschafterversammlung vertreten. Informationen sind also da. Wir haben auch über die Aufsichtsrechte gesprochen, das heißt hier hat das Ministerium auch Einwirkungsmöglichkeiten. Wir halten es deshalb für falsch, Parallelaktivitäten vorzusehen. Hier würden Gelder verausgabt, die möglicherweise unnötig sind, aber zusammengeführt werden müssten. Wir halten es von daher nicht für sinnvoll, Kriterien zu entwickeln, sondern plädieren dafür, dies allein als Aufgabe der gematik gGmbH vorzusehen.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Für künftige externe Vergaben muss der Auftraggeber die gematik gGmbH sein. Das muss sich klar aus der jetzigen Konstruktion ergeben. Das werden aus meiner Sicht nicht Forschungs- und Entwicklungsvorhaben sein können, da das Projekt mit der Übergabe an die gematik gGmbH das Stadium von Forschung und Entwicklung verlässt. Für die Vergangenheit wäre eine Präzisierung und auch Quantifizierung der Summen, über die hier per Gesetz gesprochen wird, dringend erforderlich.

SV Jörg Meister (DKG): Wir haben uns in unserer Stellungnahme nicht zu den Kosten des F-&E-Projektes geäußert, weil wir uns auf wesentliche Strukturfragen beschränken wollten. Auch nach unserer Kenntnis ist in der Diskussion nicht kommuniziert worden, dass es eine Refinanzierungsoption des BMGS für die Kosten des bisherigen F-&E-Projektes geben sollte.

Hinsichtlich der Neukosten, die eventuell entstehen könnten, sehen wir momentan keine zwingende Notwendigkeit für die im Gesetzesentwurf getroffene Regelung. Letztendlich ist das BMGS relativ stark in die gematik gGmbH eingebunden, auch aufsichtsrechtlich. Künftige Forschungs- und Entwicklungsprojekte können und sollten innerhalb der für diesen Themenbereich zuständigen Organisation der Betriebsgesellschaft abgestimmt werden. Auch dort wä-

ren Kriterien abzustimmen, welche F-&E-Projekte künftig in Angriff genommen werden.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Ich habe Fragen an den Datenschutzbeauftragten und die Spitzenverbände: Es ist die Möglichkeit geschaffen worden, die Rentenversicherung für die Bildung der Krankenversicherungsnummer heranzuziehen, wenn nach Stand der Forschung ausgeschlossen werden kann, dass nicht von der einen Nummer auf die andere zurückgeschlossen werden kann. Gibt es valide Gutachten und Daten, dass bereits heute ausgeschlossen werden kann, dass keine Rückschlüsse gezogen werden?

Ich habe eine weitere Frage: Die Verbraucherzentrale hat gesagt, dass es insbesondere um die Datenhoheit geht, d. h. um die Mitverantwortung des Patienten, was gespeichert und was gelöscht werden kann. In diesem Zusammenhang interessiert mich unter dem Aspekt von Evaluation und Transparenz, was man mit der Karte machen will, ob es Standards jenseits der Notfalldaten und des elektronischen Rezepts gibt, was Pflichtdaten sind, ob es nicht auch Standards bei der weiteren Auftragung von Daten geben muss. Wenn das Prinzip der Freiwilligkeit durchgehalten wird, kann es schließlich passieren, dass wir 1 Mio. unterschiedlicher Daten bekommen.

SV **MR Jürgen Müller** (BfD): Ich kann leider zu diesen Fragen nicht allzu viel beisteuern. Ich muss zugeben, dass uns nicht bekannt ist, ob es ein Gutachten gibt, dass diese Validität tatsächlich gewährleistet.

SV'e **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Die Neuregelung des § 290 SGB V mit der neuen Krankenversicherungsnummer fordert, dass wir ein geeignetes Verfahren finden. Wir haben dem BMGS hierzu in der Vergangenheit eine Richtlinie vorgelegt, die ein Verfahren vorsieht. Das Problem dabei ist, dass wir zum einen eine eindeutige Krankenversicherungsnummer brauchen, zum anderen aufgrund der verfassungsrechtlichen Grundlagen kein eindeutiges Personenkennzeichen nehmen dürfen. Im Gesetz ist deshalb geregelt, dass wir die Rentenversicherungsnummer nicht nehmen dürfen – was das Verfahren vereinfacht hätte, aber diesen Vorgaben widerspricht. Daher haben wir ein Verfahren entwickelt, wie aus

der Rentenversicherungsnummer eine Krankenversicherungsnummer generiert wird.

Allerdings haben wir in dem vorliegenden Gesetzentwurf das Problem, dass die Zusammenführung bzw. der Rückschluss in der Vertrauensstelle nicht mehr möglich sein darf. Dies beinhaltet aber das Problem, dass nicht mehr eindeutig ist, dass jeder nur eine Krankenversicherungsnummer hat, bzw. die Krankenversicherungsnummer nur einmal vergeben wird. Hier ist auch in dem Verfahren, welches wir dem Ministerium vorgelegt haben, und in der Richtlinie, die vom BMGS genehmigt worden ist, vorgesehen, dass dieser Rückschluss in der Datenstelle möglich sein muss, weil ansonsten eine eindeutige Vergabe unmöglich wird. Das ist ein Punkt, den wir als problematisch ansehen, weil er die genehmigte Richtlinie praktisch gesetzeswidrig machen wird.

Ich möchte noch ergänzen, dass wir im Gesetz eine kleine Veränderung hinsichtlich einer Formulierung bräuchten, weil dort auf Versicherte Bezug genommen wird, wenn es um die Vergabe der Nummern geht. An dieser Stelle müsste die Formulierung verändert werden, um Versorgungsberechtigte und andere Personen zu erfassen. Das ist nur eine Formulierungsveränderung, die sicher unproblematisch ist.

Hinsichtlich der Frage der freiwilligen Anwendungen ist es ein wesentlicher Punkt, dass die Datensicherheit gegeben sein muss. Wir haben im Moment als erste Anwendung die Pflichtanwendung des E-Rezepts. Das ist der erste Schritt, den wir angehen, weil dies eine Anwendung ist, bei der wir am ehesten erwarten, dass der entstehende Nutzen die Investitionskosten übersteigt.

Was die weiteren Anwendungen angeht, werden wir uns intensiv damit beschäftigen, wie wir die Sicherheitsfragen lösen. Ich halte das insbesondere im Hinblick auf die Akzeptanz der Karte für wichtig. Damit komme ich zur Frage der Nutzung der Karte. Wir haben alle ein Interesse daran, dass die Karte hinsichtlich der freiwilligen Anwendung genutzt wird. Das können wir nur erreichen, wenn deutlich ist, dass die Sicherheit gewährleistet ist. Das ist unser Interesse. Deshalb werden wir hohe Standards anlegen müssen, weil es um sensible medizinische Daten geht. Das ist der nächste Schritt, wenn es darum geht, diese Anwendungen klar zu beschreiben und zu definieren. Da

müssen die entsprechenden Sicherheitsstandards gewährleistet sein.

SV Dr. Stefan Etgeton (vzbv): Das Letzte kann ich unterstreichen. Tatsächlich müssen höchste Sicherheitsstandards für die freiwillige Anwendung vorliegen. Es macht Sinn, dass der Anteil der freiwilligen Anwendungen größer ist, als der Anteil der Pflichtanwendungen. Ansonsten wäre dies unter Datenschutzgesichtspunkten nicht akzeptabel gewesen. Insofern werden wir tatsächlich mit zunehmender Realisierung der freiwilligen Anwendungen zu differenzierten Lösungen kommen. Das ist auch gewollt. Das heißt aber nicht, dass nicht jedes einzelne Modul – die Patientenakte oder die Arzneimitteldokumentation – ihre eigenen Regeln hat.

Es wird sicher nicht so sein, dass die Daten einer elektronischen Patientenakte vom Patienten direkt und dadurch z. B. versehentlich gelöscht werden können. Die Daten werden in der Regel vom Arzt eingegeben und müssen auch dokumentiert werden. Jede Änderung muss protokolliert und dokumentiert werden. Das ist schon festgeschrieben. Die Frage ist eher: Hat der Patient die Möglichkeit, bestimmten Leistungserbringern bestimmte Inhalte dieser Akte vorzuenthalten, also die Zugriffsrechte auf die Daten differenziert zu gestalten. Da gibt es Patientengruppen, z. B. mit stigmatisierten Erkrankungen, die ein hohes Interesse daran haben, bestimmte Teile dieser Akte vorzuenthalten. Das muss gewährleistet sein, denn ansonsten wäre die Akzeptanz der Karte bei breiten Patientengruppen, selbst wenn es sie persönlich nicht betrifft, nicht gewährleistet.

Insofern werden wir um die Bildung von Nutzertypen nicht herumkommen. Wir werden in Zukunft je nach Nutzertyp sehr differenzierte Nutzergewohnheiten für diese Karte haben.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Eine Frage an die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Der Gesetzesentwurf enthält wichtige Regelungen zum elektronischen Heilberufsausweis, der zusammen mit der elektronischen Gesundheitskarte als zweiter Schlüssel im System den Zugriff auf Gesundheitsdaten ermöglichen soll. Halten Sie es in bestimmten Situationen, wie z. B. der Notfallversorgung, für erforderlich, dass ein

Zugriff auf Daten möglich ist, ohne dass eine Serververbindung aufgebaut werden muss – also offline? Können Sie sich andere technische Lösungen vorstellen, die es im Notfall ermöglichen, Zugriff auf Daten zu bekommen?

SV Prof. Dr. C. Fuchs (BÄK): Im Hinblick auf die Notfalleinwendung der elektronischen Gesundheitskarte halte ich es für geboten, dass die Notfalldaten kartengebunden sind, wie es heute beim Notfallausweis in Papierform der Fall ist. Ich glaube, dass es von der Operabilität her geboten ist, diesen Weg zu gehen, auch im Hinblick auf die Akzeptanz beim Patienten. Ich glaube, auch ein Patient möchte diese Daten als Herr seiner Daten – und damit auch seiner Notfalldaten – bei sich haben, für den Fall, dass ihm etwas passiert. Dieses ganze Geschehen hängt in hohem Maße von der Akzeptanz der Patienten ab. Es hat auch etwas mit dem Datenschutz zu tun. Aber gerade, wenn ich mir die Notfallsituation vorstelle, sollte man eindeutig bejahen, dass hier die kartengebundene Dokumentation vorzuziehen ist.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den AOK-Bundesverband und an die KBV: In dem Gesetz werden der Übergang zum Mehrheitsprinzip, die Rechtsgrundlagen für die Thematik, aber auch andere Dinge geregelt, zum Beispiel die Einzelheiten der gesellschaftlichen Gestaltung der gematik gGmbH, einschließlich der Besetzung des Beirats, die Regelungen zur Finanzierung, die erstmaligen Ausstattungs-kosten, laufende Betriebskosten der Telematik-Infrastruktur. Halten Sie es für notwendig, dass diese Regelungen im Gesetz getroffen werden oder hätten dies nicht die Partner der Selbstverwaltung, bzw. die Gesellschafter der gematik gGmbH regeln können?

Meine zweite Frage richtet sich wiederum an den AOK-Bundesverband und an die KBV, aber diesmal auch an den Bundesdatenschutzbeauftragten: Wir haben viel von dem Spannungsverhältnis gehört, was die Verfügungshoheit über die eigene Krankheitsgeschichte und die entsprechenden Daten anbelangt. Dies spielt auch im Hinblick auf den Nutzen bzw. die Kosten, die durch die Inanspruchnahme und den Einsatz der Krankenversicherungskarte vermieden werden können, eine große Rolle. Ist dieses Spannungsfeld in den Beratungen überhaupt thematisiert worden und in die Fi-

nanzplanung eingegangen? Wenn mit einer geringeren Inanspruchnahme oder Bereitschaft, Informationen zu geben, gerechnet werden muss, könnte unter Umständen die gesamte Finanzplanung fragwürdig sein.

SV'e Anne Strobel (AOK-Bundesverband): Wir haben bereits deutlich gemacht, dass es für uns ausgereicht hätte, die gesetzlichen Grundlagen für die im Moment fehlende Finanzierungsregelung im Krankenhausbereich zu schaffen. Weitere Regelungen sehen wir vom Grunde her nicht. Wir haben hinsichtlich der telematikbedingten Kosten die Befürchtung, dass die Kosten durch die Definition alleine bei den Kostenträgern liegen. Das geht hinter die jetzige Finanzierungsvereinbarung zurück. Deswegen begrüßen wir diesen Vorschlag nicht.

Es sind im Wesentlichen die im Gesellschaftsvertrag der bereits gegründeten gematik gGmbH vorliegenden Organisationsstrukturen wiedergegeben. Das BMGS ist an diesem Vorgang beteiligt gewesen, hat auch einen Sitz in der gematik gGmbH eingeräumt bekommen, ist also an diesem Prozess beteiligt. Deshalb sehen wir im Moment nicht den Bedarf, dass derart detaillierte Beschreibungen erläutert werden müssen, z. B. wie viele Mitglieder einzelner Organisationen im Beirat genannt sind. Wir denken, dass das in die Flexibilität der Gesellschafter und der gematik gGmbH fallen sollte, um das verfolgte Ziel einer schnellen und handlungsfähigen gematik gGmbH mit dem Mehrheitsprinzip im Rücken erzielen zu können.

Zur zweiten Frage hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Analyse: Die vorliegenden Kosten-Nutzen-Analysen aus den vergangenen Jahren und dem letzten Jahres- und Planungsauftrag beziehen sich in erster Linie auf das elektronische Rezept. Hier sehen wir den Einstieg in die Telematik-Infrastruktur, weil hier bei einem Massenvolumen von 600 bis 800 Mio. Rezepten der Hebel liegt. Die Kosten-Nutzen-Analyse, die wir jetzt in Auftrag geben wollen, soll über die angesprochenen Punkte hinausgehen und klären, was an Qualitätsverbesserung möglich ist und was sich beim Inanspruchnahmeverhalten ändert. Deswegen legen wir als Spitzenverbände der Krankenkassen Wert darauf, dass der Nutzenaspekt, der bis heute nicht untersucht worden ist, mit in die Finanzierungsvereinbarung einfließt.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Die jetzigen gesetzlichen Regelungen bilden und unterstützen Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. In der Vergangenheit war es schwierig, bei den vielen Beteiligten einen Konsens zu finden. Von daher unterstützen wir die gesetzliche Regelung. Im Hinblick auf die Frage, was bei einer verminderten Inanspruchnahme der Telematik mit der Kosten-Nutzen-Betrachtung passiert, muss man im kommenden Gutachten verschiedene Szenarien aufbauen. Das bedeutet gleichzeitig, dass wir dringend die Versicherten und die Organisationen motivieren müssen, bei ausreichender Transparenz die Telematikinfrastruktur zu nutzen. Tatsächlich würde eine verringerte Inanspruchnahme die Kosten-Nutzen-Analyse stark in Richtung Kosten verschieben.

SV MR Jürgen Müller (BfD): Eine konkrete Beteiligung unseres Hauses im Rahmen der Frage der Verfügungshoheit der Patienten und des Spannungsverhältnisses im Blick auf den Nutzen und die eventuell entstehenden Kosten hat es nicht gegeben. Allerdings spielt diese Frage im Hintergrund immer eine entscheidende Rolle. Aus unserer Sicht ist dieser Gesichtspunkt bei der Abwägung der Regelungen berücksichtigt worden. Wir halten es für zwingend erforderlich, die Datenhoheit bei den Patienten zu belassen und gehen davon aus, dass die betroffenen Patienten die Vorteile der Gesundheitskarte bei einer entsprechenden Information und Informiertheit schnell erkennen können. Wir halten es im Gegenteil sogar für ein Plus, wenn der Datenschutz besonders in den Vordergrund gestellt wird: Wir gehen davon aus, dass ein Patient, der weiß, dass seine Daten sicher verarbeitet werden, umso eher bereit ist, freiwillig an dieser Aktion teilzunehmen, als wenn er die Sorge haben müsste, dass es datenschutzrechtliche Probleme gibt und er eventuell schlechter gestellt wäre als bei der bisherigen Regelung.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die KBV, die KZBV, die DKG, die ABDA, BITKOM, VHitG und ITSG: Wie viele Versicherte werden am 1. Januar 2006 tatsächlich eine elektronische Gesundheitskarte besitzen? Wann werden alle

Versicherten flächendeckend diese Karte besitzen?

Ich biete Ihnen an zu differenzieren und entweder dazu Stellung zu beziehen, ob die Zeitabschätzung entsprechend dem vorliegenden Gesetz, das wir gerade beraten, vonstatten geht, oder dazu, wie dieser Gesetzesentwurf entsprechend Ihrer Wünsche zu ändern wäre. Denn wie wir gehört haben, gibt es deutliche zeitliche Verschiebungen angesichts der Ausführungen des Bundesdatenschutzbeauftragten zu den Beanstandungen. Können Sie auch diesen dritten Aspekt mit einbeziehen und sich dazu äußern, wie viel Verzögerungen sich ergeben würden, wenn im Hinblick auf die Beanstandungen den Vorschlägen des Datenschutzbeauftragten gefolgt würde? Die Möglichkeit der Differenzierung biete ich Ihnen an, ansonsten reicht mir eine Zahl jeweils in beiden Fragen.

SV'e Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Die Frage des Zeitplans ist immer das spannendste an diesem Thema. Ich möchte an der Stelle deutlich machen, dass dieses Projekt im Wesentlichen genau unter dieser Frage leidet. Ich habe es schon in einem anderen Zusammenhang gesagt: Wir haben ein hohes Interesse daran, dass die elektronische Gesundheitskarte kommt und daran, dass sie schnell kommt. Wir haben in dem angesprochenen Planungsauftrag festgestellt, dass wir mit dem elektronischen Rezept schnell eine Refinanzierung der nicht unerheblichen Kosten für die Infrastruktur erreichen können, so dass wir davon ausgehen, dass insgesamt der Nutzen die Kosten überwiegt.

Wir haben im Moment die Situation, dass wir das in einem anderen Zusammenhang angesprochene Forschungs- und Entwicklungsprojekt vor uns liegen haben und wir nach der Vereinbarung mit dem Ministerium in eine aktive Qualitätssicherung eintreten, wo wir das prüfen werden, was uns von der Fraunhofer-Gesellschaft vorgelegt wird. Wir werden erst auf der Basis dieser Prüfung sagen können, wie der weitere Zeitplan aussieht, weil erst dann klar ist, wie das endgültige Ergebnis für die Lösungsarchitektur aussehen wird.

Wir haben in der Vergangenheit deutlich gemacht, dass wir den im vergangenen Jahr vorgelegten Zeitplan nicht für machbar halten. Wir wollen möglichst zügig in die Erpro-

bungsphase einsteigen. Wir werden sicherlich zum Jahresbeginn nächsten Jahres in der Erprobungsphase sein. Ich kann Ihnen an der Stelle nicht sagen, wie viele Versicherte wie viele Karten haben werden. Wir werden das erst entscheiden und die Phasen festlegen können, wenn wir aktive Qualitätssicherung betrieben haben. Wir gehen nicht davon aus – das ist in der Vergangenheit im BMGS deutlich gemacht worden –, dass wir die Karte im Jahre 2006 flächendeckend haben werden. Das ist nicht leistbar. Das ist in der Vergangenheit deutlich gesagt worden.

Um die Formulierung im Gesetz anzusprechen: Es kommt darauf an, wie die Gesetzesregelungen bezüglich der Möglichkeiten der gematik gGmbH angelegt werden. Sicherlich werden sich weitere Verzögerungen ergeben, wenn hier jeder Beschluss einer Beanstandungsmöglichkeit von einem oder zwei Monaten unterliegt. Das es einer Einbeziehung der Datenschützer bedarf, ist keine Frage. Wir haben in einem anderen Zusammenhang schon deutlich gemacht, dass wir das Beanstandungsrecht und die Einbeziehung des Datenschützers, der ansonsten über den Beirat beteiligt ist, auch dann für notwendig halten, wenn es um grundsätzliche Fragen geht, aber nicht auf jeden einzelnen Beschluss bezogen. Wenn das Gesetz so bleibt und dieses Recht auf jeden einzelnen Beschluss bezogen ist, wird dies weitere Verzögerungen hervorrufen, die eine weitere Zeitplanung zum derzeitigen Zeitpunkt völlig unmöglich machen.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Den Ausführungen der Spitzenverbände gibt es nichts hinzuzufügen. Wir haben das Ziel, Ende des Jahres, Anfang nächsten Jahres in den Testvorhaben zu stehen.

SV Dr. Günther E. Buchholz (KZBV): In Anbetracht der Tatsache, dass es sich um eines der größten IT-Projekte der Welt handelt, sollte dem Projekt auch die gebotene Aufmerksamkeit und Zeit gegeben werden. Deswegen schließe ich mich den Äußerungen von Frau Dr. Pfeiffer an.

SV Jörg Meister (DKG): Es gibt dem wenig hinzuzufügen. Letztendlich ist der Zeitplan einigermaßen stabil, trotz einiger Irritationen. Das F-&E-Projekt ist quasi abgeschlossen. Die

Selbstverwaltung stellt der gematik gGmbH im Moment entsprechend Personal zur Verfügung, baut dort das Personal auf und hat die Arbeit aufgenommen. Die Testphase soll ab dem Sommer beginnen, so dass wir zuversichtlich sind, dass der gesetzliche Zeitplan eingehalten werden kann. Allerdings betonen auch wir: Qualität vor Zeitdruck.

SV Dr. Frank Diener (ABDA): Nicht nur Qualität geht vor Zeitdruck, sondern auch die Akzeptanz, insbesondere bei den Patienten, aber auch bei allen anderen Beteiligten.

SV Michael Schmitz (BITKOM): Die Industrie sitzt am Ende der Kette. Wenn wir die nötigen Vorgaben und Spezifikationen haben und man die bestehende Infrastruktur konsequent einbindet, sind wir nach Vorlage der Spezifikationen in der Lage, binnen sechs Monaten die Umsetzung vorzunehmen.

SV'e Anja Hollmann (VHitG): Ich kann mich dem nur anschließen. Ich glaube, zunächst brauchen wir die Lösungsarchitektur. Daran

werden sich die Spezifikationen anschließen. Hier werden die Interessen und Befindlichkeiten der Leistungserbringer und Leistungsträger spezifiziert. Um das auszuarbeiten, benötigt man viel Zeit. Das ist auch richtig und gut so. Bezüglich der Technik folge ich Herrn Schmitz: Das machen wir nachher relativ zügig, wenn im Vorfeld die belastbaren Ergebnisse da sind.

SV Harald Flex (ITSG): Ich schließe mich allen Ausführungen der Vorredner und Vorrednerinnen an.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner (SPD):** Somit wären wir am Ende dieser Anhörung. Ich bedanke mich bei den Damen und Herren Sachverständigen, dass Sie uns zu diesem sehr schwierigen Komplex und großen Vorhaben zur Verfügung standen. Ich schließe die Sitzung und wünsche Ihnen gutes Nachhausekommen.

Ende der Sitzung: 17.37 Uhr.