

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
122. Sitzung

Berlin, den 25.05.2009, 13:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte

BT-Drucksache 16/11245

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gewährleisten

BT-Drucksache 16/12289

Anwesenheitsliste***Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hennrich, Michael
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Michalk, Maria
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Schummer, Uwe
 Zöller, Wolfgang

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Die Vorsitzende , Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5, 23	SV Dr. Manfred Zipperer	5, 11
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5, 20	SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH)	6, 8, 12, 16, 19, 21, 22
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	6	SV Dietrich Bär	6, 7
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	7	SV Bernd Greve (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	7, 8, 11
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	8, 20, 22, 23	SV Rainer Höfer (GKV-Spitzenverband)	7, 12, 19
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	9, 10	SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer (BÄK))	8, 12, 19
Abg. Eike Hovermann (SPD)	10, 21	SV Dr. Günther Buchholz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	9
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	11, 12	SV Jörg Meister (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	9
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	13	SV Andreas Bogk (Chaos Computer Club e.V.)	10, 13, 16, 22, 23
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	14	SV Prof. Dr. Peter Haas	10
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	14, 15, 16	SV Jürgen Albert (GKV-Spitzenverband)	11, 14, 19, 21
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	17, 18, 19	SVe Dr. Silke Lüder (Aktionsbündnis „Stoppt die e-Card“)	13, 15
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	20	SV Franz John (Deutsche Vereinigung für Datenschutz e.V. (DVD))	13
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	21	SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.)	14
		SV Kai-Uwe Steffens	15
		SV Peter Bonerz (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH)	16
		SV Dr. Thilo Weichert	17, 18
		SV Jürgen Herbert (Bundeszahnärztekammer (BZÄK))	20
		SV Karl-Heinz Resch (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	20
		SV Klaus-Detlef Dietz (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	22

Sitzungsbeginn: 13.01 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte Sie alle recht herzlich begrüßen zu unserer heutigen 122. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Einziger Tagesordnungspunkt ist eine Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen: Antrag der Fraktion der FDP – Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte – auf Drucksache 16/11245 sowie der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gewährleisten – auf Drucksache 16/12289. Ich darf ganz herzlich auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung begrüßen. Ich begrüße ganz herzlich die Sachverständigen. Und ich begrüße auch die Medienvertreterinnen und -vertreter und Gäste, die sich heute zu dieser Anhörung eingefunden haben. Diejenigen, die schon einmal hier waren, kennen das Prozedere. Sie werden gefragt und bekommen von mir dann das Rederecht. Soweit ich den Namen und den Verband noch nicht genannt habe, wiederholen oder ergänzen Sie die Angaben bitte oder stellen sich vor. Benutzen Sie für die Antwort bitte das Mikrophon und machen es hinterher wieder aus.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Die FDP lehnt in ihrem Antrag die Gesundheitskarte, zumindest das bisherige Konstrukt, als unzureichend ab. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN will auch den Zeitdruck herausnehmen. Ich bitte den Sachverständigen Dr. Zipperer, zu diesen beiden Anträgen Stellung zu nehmen. Welches Potenzial sehen Sie bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte? Ich wäre dankbar, wenn die Gematik zum zweiten Teil der Frage nach dem Potenzial der Gesundheitskarte ihre Sicht darstellen könnte.

SV **Dr. Manfred Zipperer**: Ich begrüße es, dass sich die beiden Anträge mit dem Konzept der elektronischen Gesundheitskarte befassen. Angesichts der Bedeutung, die die Telematik für die Zukunft des Gesundheitswesens hat, finden solche Initiativen viel zu selten statt. Leider verfolgen beide Anträge eine Tendenz, die man bei Innovationen im Gesundheitssektor besonders

häufig antrifft. Es werden entwicklungsbremsende Bedenken vorgetragen, die sich zum Teil an Selbstverständlichkeiten orientieren. Zum Teil werden so hohe Anforderungen gestellt, dass jede Neuentwicklung daran scheitern muss. Von einer übereilten Einführung, wie sie der Antrag der FDP-Fraktion unterstellt, kann nach meiner Einschätzung keine Rede sein. Ganz im Gegenteil. Die Kritik entzündet sich immer mehr daran, dass der Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte zu langsam verlaufe. Zur aktuellen Bewertung unter Einbeziehung der bisher gewonnenen Erkenntnisse: Ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis lässt sich leider erst dann ermitteln, wenn die freiwilligen Anwendungen und die Mehrwertdienste praktiziert werden. Dies ist konzeptionsbedingt erst in einer späteren Phase der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte der Fall. Zuerst muss natürlich die Telematikinfrastruktur stehen. Das Konzept der elektronischen Gesundheitskarte stellt schon jetzt sicher, dass Dritte keinen Zugriff auf die sensiblen Gesundheitsdaten haben. Die Gesundheitskarte baut auf dem Prinzip der Freiwilligkeit auf. Es darf und wird auch durch die Praxis der Umsetzung nicht eingeschränkt werden. Der besondere Schutz individueller medizinischer Daten bringt es mit sich, dass erhöhte Sicherheitsanforderungen gestellt werden müssen. Die Tests werden zeigen müssen, und das ist ja der Sinn der Tests, welches Verfahren für die Beteiligten am anwenderfreundlichsten ist. Was alternative Speichermöglichkeiten betrifft, so prüft die Gematik diese Speichermöglichkeiten zurzeit. Eine Überprüfung der technischen Konzeption im Hinblick auf die Sicherheit der Daten halte ich nicht für erforderlich, da das Datenschutzkonzept der elektronischen Gesundheitskarte den höchsten Anforderungen genügt. Nach meiner Einschätzung ist das von der FDP-Fraktion geforderte Moratorium für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sachlich nicht begründet. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN begrüßt grundsätzlich die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, weist aber mit Recht auf das Kontrollpotenzial der Informationstechnik hin. Die im Gesetz und bei der Umsetzung dieser Vorschriften geschaffenen Rahmenbedingungen betonen das Freiwilligkeitsprinzip. Das kann man nicht oft genug sagen. Dies ist für die Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte von essenzieller Bedeutung und muss deshalb von Kostenträgern wie Leistungserbringern sorgfältig beachtet werden.

Es versteht sich natürlich von selbst, dass die kommerzielle Verwertung aller gespeicherten Patientendaten wirksam ausgeschlossen sein muss. Ich unterstütze die Forderungen des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Leistungserbringer wie Patienten intensiver über die neue Technologie und die damit verbundenen Möglichkeiten aufzuklären. Da ist noch viel zu tun. Die Evaluierung der einzelnen Entwicklungsstufen gehört zum Einführungskonzept. Ich warne allerdings vor zu hohen Erwartungen an die Evaluierung, wenn in der Konsequenz das Projekt unzumutbar verzögert wird. Zum Potenzial der elektronischen Gesundheitskarte: Die elektronische Gesundheitskarte soll den Kommunikationsprozess in unserem Gesundheitswesen modernisieren und auf die Anforderungen der digitalen Welt vorbereiten. Sie ist, zusammen mit dem elektronischen Heilberufsausweis, das zentrale Verbindungselement, mit dem alle Beteiligten, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, miteinander kommunikativ und informatorisch vernetzt werden sollen. Lassen Sie mich dazu einen Vergleich bringen, der diese komplizierte Materie vielleicht ein bisschen anschaulicher macht. Die elektronische Gesundheitskarte ist gewissermaßen der Wasserhahn, der das im Leitungsnetz der Infrastruktur des Gesundheitswesens befindliche Wasser an Gesundheitsdaten fließen lässt. Nur mit Hilfe dieses Zapfinstruments können die Daten im Gesundheitssystem elektronisch transportiert und im Bedarfs- und Behandlungsfall angezapft werden. In der dürren abstrakten Gesetzessprache des § 291a Abs. 1 SGB V heißt das dann, dass die elektronische Gesundheitskarte der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlungen dient. So sieht es im Gesetz aus.

SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Wie Sie wissen, wird die EGK und die Telematikinfrastuktur der EGK in Stufen eingeführt. Deswegen macht es Sinn, auch bei der Bewertung des Potenzials in Stufen zu denken und zwischen kurzfristigem und mittelfristigem Potenzial zu unterscheiden. Kurzfristig kann auch die erste Stufe der Einführung der Karte bewirken, dass die Krankenversichertenkarte, die heute im Einsatz ist und die datenschutzrechtlich und auf Grund ihrer Sicherheitsmerkmale nicht mehr zeitgemäß ist, durch eine manipulationsfeste Karte abgelöst werden kann. Die Telematikinfrastuktur ist in ihrer ersten Aus-

baustufe in der Lage, einen sicheren Kern zu schaffen, über den Leistungserbringer sicher kommunizieren können. Dadurch kann sie die im Augenblick im Entstehen befindlichen In-sellösungen, die nicht alle Leistungserbringer erreichen und die nicht interoperabel sind, ersetzen. Ein dritter wesentlicher Punkt ist, dass Telematik und Telematikinfrastuktur nicht nur ein deutsches, sondern auch ein europäisches Thema sind. Die gematik hat zurzeit eine führende Stellung in europäischen Projekten und bemüht sich konkret darum, die deutschen Standards einer IT-Sicherheit und des Datenschutzes – insbesondere auch bei der Umsetzung des Rechts der informationellen Selbstbestimmung – in den europäischen Rahmen einzubringen und dort in die Projekte einfließen zu lassen. Das ist das kurzfristige Potenzial, das durch die Telematikinfrastuktur geschaffen wird. Auf das mittelfristige Potenzial ist eben schon eingegangen worden. Es erschließt sich im Wesentlichen mit den weiteren Anwendungen – neben den Pflichtanwendungen auch weitere freiwillige Anwendungen, die dann auf dieser Plattform sukzessive eingeführt werden.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Bär, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an den Spitzenverband Bund. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gestaltet sich in einem mehrstufigen Prozess. Uns würde interessieren, welche Bewertung im Sinne einer Kosten- und Nutzenabwägung aus Ihrer Sicht auf Grund der bisher durchgeführten Schritte vorgenommen werden kann.

SV Dietrich Bär: Es hat bisher bereits mehrere Kosten- und Nutzenberechnungen zur Telematik und zu dem Einsatz von Karten gegeben, die ich jetzt nicht weiter aufzählen will, z. B. die von Debold & Lux oder von Booz Allen Hamilton. Grundsätzlich stehen bei solchen Berechnungen die Kosten der Einführung der EGK und des Aufbaus der Telematikinfrastuktur und der Nutzen gegenüber. Wenn man z. B. die Vorteile differenziert nach Anwendungen darstellen würde, muss man an die Verfügbarkeit von Notfalldaten oder an die Arzneimittelunverträglichkeitsprüfung denken, die vor allem dem Patienten zugutekommt. Zweitens daran, dass der Arzt einen schnellen Zugriff auf behandlungsrelevante Daten hat. Wenn man die Kassen betrachtet, kann durch die Aktualisierung administrativer

Daten Missbrauch verhindert werden. Bei den Kosten kann man die Kosten der Einführung und Ausgabe der Karte ansetzen, die Kosten der Kartenleser, Konnektoren oder sonstiger Komponenten. Man kann dann eine Gegenüberstellung je nach dem Einführungsstand vornehmen. Eine Bewertung aus Sicht der bisher durchgeführten Schritte ist kaum möglich, da es bisher von den vorgesehenen Stufen nur eine Offline-Funktionsprüfung gab. Man muss zwischen den Stufen und den Abschnitten der Tests, die alle in der Verordnung über Testmaßnahmen vorgeschrieben sind, unterscheiden. Aus den jetzt durchgeführten Tests lässt sich ein Nutzen nicht direkt berechnen. Der Versichertenstammdatendienst zum Beispiel lässt sich letztlich erst bewerten, wenn man eine Onlineanwendung hat. Der Hauptnutzen wird in den freiwilligen Anwendungen Notfalldatendienst, Arzneimitteltherapiesicherheit, elektronische Arztbriefe und elektronische Patientenakte gesehen. Es ist zwar jetzt der Notfalldatensatz getestet worden. Aber auf der Basis der 10.000er-Tests kann man noch keine Aussagen machen. Die Evaluation ist noch nicht abgeschlossen. Sie kann evtl. Aufschluss darüber geben. In der Testregion Ingolstadt ist eine Untersuchung über Nutzenpotenziale in Auftrag gegeben worden, deren Abschluss auch noch nicht feststeht.

SV Bernd Greve (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Bezüglich Kosten-Nutzen gab es, wie auch schon von Herrn Bär ausgeführt, verschiedenste Untersuchungen, die immer bestimmte Schritte vorausgesetzt haben. Die Schritte, die wir jetzt aktuell in der Planung haben, weichen davon etwas ab, so dass man die älteren Untersuchungen nicht mehr direkt heranziehen kann. Auch für uns sind abschließende Aussagen zum Kosten-Nutzen-Aspekt derzeit nicht möglich. Dennoch ist es so, dass wir die Schrittfolge zum Roll-Out der Gesundheitskarte und dann im Folgenden zum Roll-Out der Telematikinfrastruktur prinzipiell als sinnvoll erachten. Im ersten Schritt werden wir die Karte als Ersatz für die heutige Krankenversichertenkarte einführen. Auch hier ist für uns durchaus schon ein erster Nutzen erkennbar. Auf der Karte ist das Bild aufgebracht. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur Verhinderung von Missbrauch. Der kryptographische Chip auf der Karte verhindert ein Kopieren der Krankenversichertenkarte, so wie es heute technisch zumindest möglich ist. Beide Aspekte sorgen dafür, dass der Missbrauch schon in die-

ser Phase eingedämmt werden kann. Ein weiterer Nutzen, von dem wir ausgehen, ist der, dass dieser Schritt zur Akzeptanzbildung bei den Leistungserbringern beiträgt. Der zweite Schritt, der im Roll-Out vorgesehen ist, ist die Einführung der Onlinetelematik-Infrastruktur. Hier sollen zunächst Arztbriefe und damit die Punkt-zu-Punkt-Verbindungen von einzelnen Leistungserbringern in den Vordergrund treten und es soll eine Aktualisierung der Karte ermöglicht werden. Auch in diesem Schritt sehen wir ein Nutzenpotenzial. Der größte Nutzen wird aus unserer Sicht eintreten, wenn wir in die dritte Phase einsteigen und die freiwilligen Anwendungen nach SGB V realisieren können.

SV Rainer Höfer (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband unterstützt natürlich die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Wir sehen drei wesentliche Phasen. Zum einen die Phase des Basis-Roll-Outs als die kostenintensive Phase, wo der Nutzen nahezu gegen Null geht. Dann die zweite Phase, wo wir den ersten potenziellen Nutzen sehen. In diese Phase fällt die Onlineüberprüfung der Versichertendaten, um Missbrauch zu verhindern und die Potenziale der Zuzahlung ausnutzen zu können. Und die dritte Phase, wie eben auch von den Vorrednern beschrieben, im Bereich der Mehrwertanwendungen.

Abg. Max Straubinger (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Bär und an die Gematik. Die Datensicherheit ist natürlich ein wichtiges Thema bei dieser Gesundheitskarte. Deshalb interessiert es mich, wie das Verschlüsselungskonzept bei der Gesundheitskarte funktioniert. Wird dabei Ihrer Meinung nach ausreichend berücksichtigt, dass damit die hochsensiblen Gesundheitsdaten geschützt sind?

SV Dietrich Bär: Zunächst zum Verschlüsselungskonzept. Das Stichwort dazu ist das sogenannte Zwei-Schlüssel-Prinzip. Die elektronische Gesundheitskarte und der elektronische Arztausweis müssen gleichzeitig eingesetzt werden, um den Zugriff auf Daten zu erlauben. Mit Hilfe eines auf der Karte gespeicherten Schlüssels können an anderer Stelle gespeicherte Daten entschlüsselt werden. Zur zweiten Frage nach dem Schutz hochsensibler Daten möchte ich mich auf eine Aussage des Fraunhofer-

Instituts FOKUS beziehen, das zu dem Ergebnis kommt, dass die Telematikinfrastruktur die besonderen Datenschutzerfordernungen des Gesundheitsbereichs berücksichtigt. Ich glaube, diese Auffassung kann man mit guten Gründen vertreten. Noch einige Punkte zur Verschlüsselung. Es sind noch mehrere Komponenten dabei im Spiel. Der Konnektor verschlüsselt symmetrisch die Daten. Es findet dann nochmals eine asymmetrische Verschlüsselung durch die elektronische Gesundheitskarte statt. Ich will auch nicht zu sehr ins Detail gehen, zumal ich selber kein Informatiker bin. Es ist wohl so, dass der asymmetrische Schlüssel der Gesundheitskarte aus einem öffentlichen Schlüssel und einem privaten Schlüssel besteht, der auf der EGK aufgebracht ist. Zusätzlich ist zu bemerken, dass es einige Ausnahmen von der Verschlüsselung gibt. Die Versichertenstammdaten sind zunächst unverschlüsselt auf der Gesundheitskarte aufgebracht. Der Notfalldatensatz muss als freiwillige Anwendung, wie alle anderen freiwilligen Anwendungen, aber mit der EGK verschlüsselt werden.

SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Ich denke, es ist wichtig zu ergänzen, dass Datenschutzsicherheit und informationelle Selbstbestimmung bei der Gesundheitskarte durch weitreichende Vorkehrungen sichergestellt sind. Es gibt ein grundlegendes Konzept, das insbesondere auch in enger Zusammenarbeit mit den Datenschützern abgestimmt wurde. Wesentliche Elemente hatte Herr Bär schon erwähnt. Es gibt das Vieraugenprinzip und das Hybridprinzip, d. h. ein Versicherter kann Zugang zu seinen Daten bekommen, die er selbst verschlüsselt, wenn außerdem ein Heilberufsausweis gesteckt worden ist. Das heißt, man benötigt immer zwei Karten, um an medizinische personenbezogene Daten heranzukommen. Wichtig ist auch, dass nicht nur Konzepte erstellt worden sind, sondern dass das Einhalten dieser Konzepte auch kontinuierlich überprüft wird. Es gibt ein Zertifizierungskonzept, das sowohl die Komponenten als auch alle Elemente der Telematikinfrastruktur einer ständigen Überwachung darauf hin unterzieht, ob diese datenschutzrechtlichen und Informationssicherheitsaspekte eingehalten werden.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich möchte die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft fragen. Die KBV und die KZBV bieten ihren Ärzten bzw. Zahnärzten Onlineplattformen zur Kommunikation an und zahlen Prämien für die Teilnahme. Die DKG arbeitet an elektronischen Fallakten. Der Hausärzteverband hat für den Betrieb eines Onlinehausärztenetzes eine eigene Firma gegründet. Ich möchte fragen, ob das bedeutet, dass eine moderne Praxis oder ein modernes Krankenhaus künftig ohne elektronischen Datenaustausch gar nicht mehr auskommen wird?

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich denke, das Ganze muss man als einen Megaprozess einordnen, wo man klein und bescheiden beginnt, Erfahrungen sammelt und dann eben über die Jahre mutmaßlich feststellen wird, dass es ohne elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen und ohne eine elektronische Gesundheitskarte nicht geht. Ich bin fest davon überzeugt, dass es ganz wichtig ist, einen breiten innerärztlichen Konsens zu bekommen. Das heißt, wir sollten versuchen, die Bedenken, die in der Ärzteschaft gegen solche neuen Technologien bestehen und die nicht prinzipieller Natur sind, abzubauen. Das Anliegen „Freiwilligkeit“ ist von ganz zentraler Bedeutung. Ich bin sehr zuversichtlich, dass die Ärzteschaft insgesamt einer solchen Entwicklung gegenüber aufgeschlossen ist. Denn wenn man sich anschaut, in welchem Ausmaß IT-Anwendungen in Praxen und in Kliniken genutzt werden, dann kann man nicht sagen, die Ärzteschaft sei technikfeindlich. Ganz im Gegenteil. Die Einführung muss unter geordneten Bedingungen erfolgen und die Bedenken müssen ernst genommen werden. Deshalb steht die Freiwilligkeit an vorderster Stelle.

SV Bernd Greve (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir bieten schon seit einiger Zeit erste Onlinekommunikationsmöglichkeiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen an. Wir sehen, dass hier ein erhebliches Potenzial besteht. Wir gehen davon aus, dass es in Zukunft noch wachsen wird. Die Onlineanwendungen, die wir im KV-System realisieren, sind allerdings anders gelagert als die Anwendungen, die das SGB V in § 291a vorsieht. Wir haben keine zentrale Datenspei-

cherung. Wir gehen im Wesentlichen davon aus, dass Abrechnungen und weitere formularbasierte Kommunikation aus der Arztpraxis in die KV betrieben werden. Es werden also keine Akten o. ä. angelegt. Elementar wichtig ist nach unserem Dafürhalten, dass die Handhabbarkeit für die Arztpraxen im Vordergrund steht. Bei den Tests der elektronischen Gesundheitskarte war dies nicht der Fall. Dort wurde in den Arztpraxen mit erheblichen Schwierigkeiten bei den PIN-Eingaben und beim parallelen Kartenstecken des Heilberufsausweises und der EGK gekämpft. Wir gehen davon aus, dass die Kommunikation, die wir aufgebaut haben, für die Arztpraxen eine Erleichterung und keinen zusätzlichen bürokratischen Aufwand darstellt, durch die letztendlich die Prozesse in der Arztpraxis effizienter gestaltet werden. Als wir uns für diese Onlinekommunikation entschieden haben, sind wir auch davon ausgegangen, dass die Telematikinfrastruktur für diese Zwecke schon genutzt werden kann. Wegen der Verzögerungen im Aufbau der grundlegenden Telematikinfrastruktur haben wir uns bemüht, ähnliche Lösungen anzubieten. Wir haben durchaus das Ziel, sie wieder mit der Telematikinfrastruktur zusammenzuführen.

SV Dr. Günther Buchholz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Im Prinzip kann ich das unterstützen, was Herr Greve gesagt hat. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bzw. die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen betreiben seit ca. fünf Jahren eine Sicherheitsinfrastruktur mit Möglichkeiten zur Verschlüsselung und zur elektronischen Signatur zur Erleichterung der administrativen Dinge. Man muss aber zwischen einer Punkt-zu-Punkt-Kommunikation und den freiwilligen Anwendungen innerhalb der Telematik und im Zusammenhang mit der EGK unterscheiden. Hier geht es um Anwendungen und um Haltung von Daten. Wir fordern eigentlich nur eine sichere Punkt-zu-Punkt-Kommunikation. Darauf legen wir sehr großen Wert. Zur Frage nach dem Bedarf an elektronischer Kommunikation in Zukunft: Wir werden elektronische Kommunikation benötigen, aber wir brauchen Zeit, die Leistungsanbieter mit diesen Kommunikationsmitteln vertraut zu machen, denn wir sehen auch beim Umsetzen dieser Punkt-zu-Punkt-Kommunikation bei den Zahnärzten eine sehr große Zurückhaltung. Es ist trotz Prämie nicht so, dass die Zahnärzte nur darauf gewartet hätten und nun mit Freude auf dieses Mittel springen. Wir

sind von daher für eine zeitgerechte, aufeinander abgestufte Einführung.

SV Jörg Meister (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Gerade der Krankenhausbereich hat einen erheblichen Bedarf an einer sektorübergreifenden, standardisierten Kommunikation über die Telematikinfrastruktur. Die Krankenhäuser sind in Disease-Management-Programme eingebunden, über die sie insbesondere mit Vertragsärzten kommunizieren. Sie sind in Integrationsversorgungsverträge eingebunden, die sogar nach heutiger gesetzlicher Regelung eine gemeinsame Dokumentation der Beteiligten und damit auch einen adäquaten Datenaustausch fordern. Sie kooperieren in elektronischer Weise mit medizinischen Versorgungszentren oder auch mit Ärzten, die ins Krankenhaus zuweisen. Der Krankenhausbereich ist auch ein Bereich, in dem das Thema Zweitmeinung eine erhebliche Rolle spielt, für die eine adäquate Information aller Beteiligten auf elektronischem Wege sichergestellt sein muss. Wir haben im § 11 SGB V einen neuen Rechtsanspruch der Versicherten auf ein sektorübergreifendes Versorgungsmanagement, das sich aus unserer Sicht ohne eine Kommunikation über die Telematikinfrastruktur nicht adäquat realisieren lässt. Wir benötigen eine rechtlich gesicherte Kommunikation, die den juristischen Vertrauensgrundsatz sicherstellt. Das bedingt die eindeutige Authentifizierung der Beteiligten, die sichere Verschlüsselung und die qualifizierte elektronische Signatur. Letztlich haben wir auch einen Auftrag, eine wohnortnahe Krankenhausversorgung sicherzustellen. Das lässt sich insbesondere in strukturschwachen Gebieten nur dann realisieren, wenn man auf intelligente telemedizinische Konzepte, z. B. das Konzept der Teleportalklinik, zurückgreifen kann. Daher die kurze Antwort auf die Frage: Wir benötigen die Telematikinfrastruktur. Wir forcieren sie. Wir würden ein Moratorium aus momentaner Sicht als eine Verzögerung des Aufbaus und der Nutzung einer modernen und sicheren Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen betrachten.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an den Chaos Computer Club. Ich möchte gerne von Ihnen wissen, ob Ihnen aus dem Gesundheitsbereich oder aus anderen Bereichen Sicherheitsarchitekturen bekannt sind, bei denen höhere Schutzmechanismen oder zu-

mindest gleiche Schutzmechanismen eingesetzt werden wie bei der elektronischen Gesundheitskarte.

SV Andreas Bogk (Chaos Computer Club e.V.): Es gibt selbstverständlich Bereiche, in denen auf die Daten besser als im Gesundheitssektor aufgepasst wird. Das Projekt Gesundheitskarte ist, muss man sagen, insofern vorbildlich, als die Anforderungen an den Datenschutz sehr hoch angelegt werden und in vielen Bereichen die Erfolge dabei relativ gut sind. Nichtsdestotrotz muss man sagen, dass der Sicherheitsstandard, der gewünscht wird, nicht erreicht wird. In anderen Projekten ist es z. B. üblich, dass eine Analyse der Bedrohungsmodelle gemacht wird, wer denn mögliche Angreifer für solche Daten sind. Diese habe ich bei der Gesundheitskarte noch nicht gesehen. Ein Beispiel: Die Verschlüsselung soll ja angeblich vor Datenmissbrauch durch die Krankenkassen schützen. Jetzt braucht man zur Entschlüsselung nur den Schlüssel. Dieser Schlüssel wird von der Krankenkasse generiert und dann zur Personalisierung geschickt. Also die Instanz, vor der ich durch Verschlüsselung geschützt werden soll, erzeugt den Schlüssel, der den Missbrauch verhindern soll. Und das ist etwas, was eigentlich nicht passieren darf. Es gibt selbstverständlich Projekte, in denen so etwas nicht passiert. Im Gegensatz zu der hier geäußerten Meinung gibt es noch Probleme. Die Schlüsselerstellung ist eines der Probleme. Ein anderer Problembereich ist die Schlüsselwiederherstellung bei Verlust der Karte oder bei Wechsel des Anbieters. Hier sind die versprochenen Konzepte, mit denen das datenschutzgerecht umgesetzt werden soll, bislang nicht veröffentlicht. Insofern sind wir noch nicht auf dem Stand, den wir gerne hätten. Ebenso ist es in vielen Bereichen üblich, dass auch die Architektur einer Lösung an den Sicherheitsaspekten ausgerichtet wird. Stichwort ist hier die zentrale Speicherung bzw. Offlinespeicherung. Ich kann z. B. aus dem Sozialgesetzbuch auch gar keine Notwendigkeit für die Telematikinfrastruktur ersehen. Man kann nur vermuten, dass dabei andere Interessen eine Rolle gespielt und diese teilweise auch die Sicherheitsinteressen zurückgedrängt haben.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich stelle die gleiche Frage an Herrn Prof. Haas.

SV Prof. Dr. Peter Haas: Die Kassen generieren diese Schlüssel nicht selbst, sondern beauftragen entsprechende Trustcenter (Anmerkung: Hinweis bezogen auf die vorangehenden Ausführungen des Chaos Computer Clubs). Bezogen auf den internationalen Rahmen kann ich sagen, dass kein Land so viele Anstrengungen unternimmt wie die Bundesrepublik. Ich habe gerade letzte Woche in Österreich an einem Kongress teilgenommen. Was die Österreicher planen, was die Schweiz plant, was in Norwegen und in Schweden passiert, ist weit unterhalb des Niveaus, das hier gefahren wird. Sicherheitstechnisch hervorragend ist die Entkopplung der Telematikinfrastruktur von den Primärsystemen durch den sogenannten Konnektor, den man als eine Art verplombte Wasseruhr ansehen kann. Er trennt das öffentliche Netz von den Primärsystemen, auf die wir ja sicherheitstechnisch von der Telematikinfrastruktur aus keinen Einfluss haben. Ich bin der Meinung, dass wir durch die kryptographischen Verfahren, die hier schon angesprochen wurden, und die Verteilung der Daten auf diverse Server ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen. Wir müssen auch sehen, dass sich alle Teilnehmer durch Zertifikate – wie z. B. heute Handynutzer – gegenüber der Infrastruktur technisch identifizieren müssen. Die Daten werden in der Infrastruktur zum Teil nur zum Transport genutzt und danach wieder gelöscht. Nur Protokolldaten sind dort. Wir haben ein Sicherheitsniveau, das wirklich vorbildlich ist. Man muss natürlich Vorkehrungen in Bezug auf die entsprechenden Protokolldaten, in Bezug auf die Langzeitarchivierung, in Bezug auf schwächer werdende Schlüsselalgorithmen treffen, um die Vertraulichkeit der Kommunikation im Patienten-Arztverhältnis auch auf lange Sicht sicherzustellen. Dazu gibt es aber Konzepte.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Herr Dr. Zippe. Sie sprachen von entwicklungshemmenden Bedenken in Bezug auf die Chipkarte. Könnten Sie bitte noch einmal auf die Schnittstelle Datentransfer zwischen ambulantem Bereich und stationärem Bereich eingehen? Könnte es denn sein, dass unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten in einem Sektor und im anderen Sektor möglicherweise Hindernisse aufwerfen? Die zweite Frage: Wir sprechen so viel von Datenunsicherheiten im neuen System. Könnten Sie einiges dazu sagen, wie sicher der Transfer von Daten im alten System war? Meiner Meinung nach war der Schutz löchrig wie der Schweizer Käse. Das Dritte, was mich interessieren würde,

ist die Frage: Entstehen aufgrund der Regelungen im SGB V Insellösungen? Ich will den § 73b, den Sie ja sicherlich auch kennen, nicht direkt ansprechen.

SV Dr. Manfred Zipperer: Ich fange mit der dritten Frage an. Es besteht insbesondere im Bereich der Telemedizin die Gefahr, dass wir in Deutschland ein Mosaik von telemedizinischen Lösungen bekommen, die miteinander nicht kompatibel sind. Das ist deshalb besonders bedauerlich, weil die Telemedizin sich sehr leicht den Anwendern, Patienten wie Leistungserbringern, erklären lässt. Der Nutzen ist auch sehr leicht evaluierbar. Dennoch bringt es nichts, wenn wir in Deutschland tausende von Insellösungen bekommen. Die Kompatibilität und Interoperabilität der einzelnen Lösung ist ungeheuer schwierig. Die zweite Frage bezog sich auf den Unterschied Datenschutz alt und neu. Bei der Krankenversichertenkarte, die vor 15 Jahren eingeführt worden ist, sind praktisch keine Datenschutzaspekte berücksichtigt worden, denn die zehn im Gesetz akribisch aufgeführten Angaben, die in der Krankenversichertenkarte stecken, sind administrative Daten, die schon vorher bekannt waren. Von daher gibt es da keine Fragen in dieser Richtung. Die Krankenversichertenkarte hätte zwar einen kleinen Speicherplatz für medizinische Daten. Aber sie darf nach dem Gesetz nur für die Abrechnung von Daten und als Berechtigungsausweis für den Versicherten dienen. Insofern gibt es sehr große Unterschiede zwischen der Krankenversichertenkarte, die 1993/94 eingeführt worden ist, und der Krankenversichertenkarte als elektronischer Gesundheitskarte. Beide sind nicht miteinander vergleichbar, obwohl sowohl 1993/94 als auch heute vom gläsernen Patienten gesprochen wurde. Wir alle wissen, dass die Bedenken, die vor 15 Jahren erhoben worden sind, gegenstandslos sind. Zur ersten Frage nach den Schnittstellen: In der gegenwärtigen Situation haben wir bei der Kommunikation der Beteiligten im Gesundheitswesen ungeheuer viele Schnittstellen und je mehr Schnittstellen existieren, desto größer ist die Gefahr, dass es Missverständnisse gibt. Um so größer ist die Gefahr, dass Informationen unterbleiben oder nicht an den Richtigen kommen. Die elektronische Gesundheitskarte ist nun mal ein sehr geeignetes Instrument, diese Schnittstellen zu beseitigen und zu beheben. Zusammen mit dem elektronischen Heilberufsausweis, der nicht der Bundeskompetenz unterliegt, ergibt sich ein Konzept, das das Problem der

Schnittstellen im Gesundheitswesen weitgehend zum Verschwinden bringen wird.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband, die KBV und die Bundesärztekammer. Herr Dr. Zipperer hat in seiner Stellungnahme gesagt, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte aus seiner Sicht sehr langsam erfolgt. Gemessen an den Ankündigungen und den Zeitvorgaben müsste man schon viel weiter sein. Deswegen möchte ich Sie bitten, Stellung zu beziehen, was in Nordrhein los ist. In der Presse liest man andauernd, dass es gerade dort sehr hapert. Angesichts der Ankündigung in Nordrhein müssten wir viel weiter sein. Anscheinend gibt es gegenseitige Vorwürfe und gegenseitige Behinderungen. Können Sie aus Ihrer Sicht darstellen, warum wir gemessen an den Zeitplänen in Nordrhein noch nicht weiter sind?

SV Jürgen Albert (GKV-Spitzenverband): Das Problem in Nordrhein ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vor allem ein Kommunikationsproblem. Wir haben heute eine Anhörung, die auch ein bisschen widerspiegelt, wie in der Öffentlichkeit zum Thema EGK gedacht wird, nämlich kontrovers. Es gibt in Nordrhein Vereinbarungen der dortigen Projektpartner zur Einführung der EGK im sogenannten Basis-Roll-Out-Szenario. Die Beschlüsse und die Finanzierung hierfür stehen, werden aber noch nicht umgesetzt, weil es gerade von Leistungserbringerseite noch Vorbehalte gibt. Der GKV-Spitzenverband geht aber davon aus, dass wir in dem vorgegebenen Basis-Roll-Out-Schema sowohl zeitlich wie auch organisatorisch bleiben können und dass es sich in Nordrhein dann auch abwickelt.

SV Bernd Greve (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Aus unserer Sicht sind wir, was den Nordrhein angeht, durchaus im Zeitplan. Wir haben für den vertragsärztlichen Bereich eine Frist mit dem GKV-Spitzenverband zur Refinanzierung der notwendigen Kartenterminals bis Ende Juli vereinbart. Noch letzte Woche hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die Ärzte nochmals aufgefordert, die Kartenterminals zu beschaffen. Man war vorher auch von der KV Nordrhein etwas zögerlich mit der Aufforderung zum Kauf, weil es noch keine mobilen Kartenterminals gab, die migrationsfähig

hig waren und damit für die Ärzte investitions-sicher angeschafft werden konnten. Das ist jetzt mit der Zulassung von zwei Geräten durch die gematik der Fall. Daher hat man die Ärzte noch einmal aufgerufen, diese Geräte zu kaufen. Wir sehen uns von daher genau im Zeitplan der gematik. Wenn die Geräte bis Ende Juli angeschafft werden, liegen Verzögerungen zumindest nicht am vertragsärztlichen Bereich. Wir haben im Gegenteil eher die Sorge, die auf Pressemitteilungen beruht, dass einzelne Krankenkassen keine Karten herausgeben wollen, weil sie bestimmte Bedingungen stellen, die die Onlinephase betreffen. Sie sagen, wenn jetzt Karten herausgegeben werden, dann muss sichergestellt sein, dass in Zukunft alle Ärzte verpflichtend online gehen. Eine derartige Bedingung ist nicht beschlossen worden und aus unserer Sicht gibt es dafür auch keinen inhaltlichen Grund. Insgesamt gehen wir also davon aus, dass zumindest die Kartenterminalausstattung im Zeitplan erfolgen kann.

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer (BÄK)): Für mich stellt es sich so dar, dass ein Großteil der Ärzteschaft in Nordrhein wie auch in der gesamten Bundesrepublik nach wie vor Bedenken hat. Diese sind nicht immer von tiefem technischem Verständnis geprägt, sondern es ist eine emotionale Ebene berührt. Sie sind auch Ausdruck mangelnder Kommunikation und von mangelndem Wissen. Vielen Kolleginnen und Kollegen ist auch der Nutzen dieser neuen Technologie noch nicht klar. Man muss auch ein bisschen Geduld mit ihnen haben. Es ist auch ganz wichtig, dass hinsichtlich der Geräte Klarheit hinsichtlich ihrer Kompatibilität ihrer Anwendbarkeit besteht. Dies müsste durch Kreuztests gewährleistet sein. Insofern wundert es mich nicht, dass bisher nach meiner Kenntnis nur etwa 100 Geräte verkauft worden sind. Das ist keine Basis um einen satten Fundus an Erfahrungen zu sammeln. Insofern muss die Kommunikation verbessert werden. Wenn das Ganze dann auch noch durch die Forderung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach der Pflicht zur Onlineanbindung überlagert wird, dann schürt es Misstrauen und führt zur mangelnden Akzeptanz. Ich kann nur das wiederholen, was ich vorhin schon sagte. Das Primat der Freiwilligkeit ist unabdingbar.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzen-

verband. In den letzten Monaten hatten wir eine Berichterstattung, dass mit Gesundheitsdaten von Versicherten nicht gerade sorgfältig umgegangen worden ist, dass von gesetzlichen Krankenkassen Daten an private Krankenversicherer gegeben worden sind. Was wollen Sie tun, um dafür zu sorgen, dass medizinische Daten zukünftig vor solchen Fehlnutzungen sicher sind?

SV Rainer Höfer (GKV-Spitzenverband): Also wir gehen bei der Telematikanfrastruktur zunächst davon aus, dass noch gar nicht geklärt ist, wo die medizinischen Daten zukünftig liegen. Wir sagen, der Speicherort der medizinischen Daten hängt von der jeweiligen Fachanwendung ab. Für die Fachanwendungen entstehen zurzeit viele Konzepte. Insofern gibt es auch kein endgültiges Konzept für die Datenablage, bei der ein solcher Missbrauch überhaupt denkbar ist.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Vielleicht einen Satz vorweg: Auch in unserem Antrag wird der Nutzen der Telematikanwendung nicht infrage gestellt, sondern es wird ausdrücklich begrüßt, dass wir da ganz neue Techniken haben, die auch große Vorteile und großen Nutzen bringen können. Diese Sicht ist von der Debatte über das so umfassende System der elektronischen Gesundheitskarte zu trennen. Deswegen geht meine nächste Frage an die gematik, den Chaos Computer Club, die Deutsche Vereinigung für Datenschutz und das Aktionsbündnis „Stoppt die e-Card“. Ist in dem umfassenden System der elektronischen Gesundheitskarte sichergestellt, dass nur die wirklich notwendigen Daten gespeichert werden? Zweitens: Sind die Daten so sicher gespeichert, dass der Zugriff Unbefugter 100%ig ausgeschlossen ist, auch wenn genug kriminelle Energie aufgebracht wird? Drittens: Werden die Daten umgehend wieder gelöscht, wenn sie für die im Gesetz vorgesehenen Zwecke nicht mehr benötigt werden und wie lange dauert das dann?

SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Ich denke, all diese Themen sind Bestandteil des Sicherheitskonzepts der gematik bzw. auch klassische Fragen des Datenschutzes. Es werden in der Tat bei jeder Fachanwendung Betrachtungen angestellt, welche Daten wirklich erforderlich sind, um eben dem Gebot der Datensparsamkeit Rechnung zu tragen. Diese Da-

ten werden auch nur denen zur Verfügung gestellt, die in einem zugewiesenen Rollenmodell dazu berechtigt sind. Das ist keine Kann-Anforderung, sondern diese Dinge werden durch die Telematikinfrastuktur der EGK, durch geeignete technische Maßnahmen erzwungen. Was den Schutz vor Angriffen angeht, so sind grundsätzlich alle personenbezogenen medizinischen Daten in der Telematikinfrastuktur als extrem schützenswert anzusehen. Das bedeutet, dass immer die höchsten bekannten Schutzmaßnahmen anzuwenden sind. Die dritte Frage bezog sich auf das Löschen der Daten. Dies ist ein unverzichtbarer Teil des Datenschutzes. Daten die nicht mehr benötigt werden, müssen gelöscht werden. Auch das ist in den Konzepten verankert.

SV Andreas Bogk (Chaos Computer Club e.V.): Trotz der getroffenen Vorkehrungen ist es unsere Ansicht, dass bei der derzeit geplanten Architektur nach wie vor Risiken bestehen, die es einem Angreifer erlauben, gezielt an diese Daten - auch an große Mengen von Gesundheitsdaten auf einmal - heranzukommen. Ich habe die Punkte schon konkret genannt. Ich nenne sie gerne noch mal und ich würde mich freuen, wenn sie tatsächlich einmal technisch bearbeitet würden. Das eine ist die Generierung der Schlüssel durch die Krankenkassenkarten. Herr Kollege, ich kann Ihnen gerne das Dokument zur Verfügung stellen, wo spezifiziert wird, dass die Krankenkasse entscheiden darf, wer diesen Schlüssel generiert. Das Zweite ist der Trustserver, der eine Kopie des Schlüssels bereithält. Es gibt hier einen zentralen Server, auf dem der Schlüssel in Kopie gespeichert werden soll. Das sind die Angriffspunkte. Wenn man bei einer Architektur wie der derzeitigen bleiben will, muss sichergestellt sein - und die derzeitige Architektur stellt das nicht sicher - dass der Schlüssel ausschließlich auf der Chipkarte gespeichert wird und nicht außerhalb. Also muss er auf der Chipkarte generiert werden. Dazu muss nachgewiesen werden, dass die Software auf der Chipkarte diesen Schlüssel auch niemals nach Außen weitergibt. Dann kann man mit der derzeitigen Architektur eine gewisse Sicherheit erreichen. Momentan ist diese nicht da. Die Alternative, die mehrere Bereiche berührt, ist tatsächlich die dezentrale Speicherung. Ein neues Konzept für eine Karte, das auch die Probleme löst, die man in anderen Ländern wie in Österreich gesehen hat, wenn Clientsoftware auf dem Rechner die Schutzmechanismen um-

geht, könnte z. B. darin bestehen, dass ein Display in eine Tastatur integriert wird. Die Gesundheitskarte könnte als Leuchtturmprojekt verstanden werden mit einem sicheren persönlichen Modul zur Verwaltung von Schlüsseln, das auch in anderen Bereichen genutzt werden könnte. Auf dieses Ziel müssen wir uns hinbewegen. Zusammengefasst: Derzeitig ist das Konzept nicht ausreichend, aber ich denke, die Probleme sind heilbar.

Sve Dr. Silke Lüder (Aktionsbündnis "Stoppt die e-Card"): Unsere Bürgerinitiative aus 46 Organisationen ist der Meinung, dass man grundsätzlich auf die zentrale Datenspeicherung von Krankheitsdaten auch in verteilten Serverstrukturen verzichten sollte. Einziger sinnvoll ist eine Punkt-zu-Punkt-Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens - Hausarztpraxen, Facharztpraxen und Krankenhäusern. Wir sind der Meinung, dass grundsätzlich eine solche Menge an Daten zwar zentral relativ gut geschützt werden kann, aber Herr Prof. Pohl von der Gesellschaft für Informatik hat vor kurzem darauf hingewiesen, dass die Millionen angeschlossener Rechner nicht dasselbe Sicherheitspotenzial wie der zentral angelegte, vermeintliche „Hochsicherheits-trakt“ haben. Deswegen sei die Gesamtstruktur nicht in der Weise zu sichern, wie es von der gematik bisher behauptet worden ist. Zur Frage nach der Löschung der Daten: Daten, die zentral gespeichert werden, werden in jeder Art von Struktur benutzt werden. Je größer die Menge an Daten ist, desto größer werden kommerzielle und politische Begehrlichkeiten sein.

SV Franz John (Deutsche Vereinigung für Datenschutz e.V. (DVD)): Die EGK ist zum Zeitpunkt der Erstaussgabe datenschutztechnisch unbedenklich, da sich außer diesen Stammdaten tatsächlich keine weiteren personenbezogenen Daten auf der Karte befinden. Alle weiteren Daten, die dazukommen sollen, unterliegen dem Primat der Freiwilligkeit. Zur Bewertung der Hintergrundsysteme ist derzeit noch keine Aussage möglich, da, wie wir vorhin gehört haben, die Speicherorte von den Fachanwendungen abhängen. Diese liegen erst in den Konzepten vor und daher ist noch keine Bewertung möglich.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage geht an den Hartmannbund. Wie sehen Sie die

Auswirkungen der elektronischen Gesundheitskarte auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und wie beurteilen Sie diese Auswirkungen?

SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V.): Wir teilen die Einschätzung der Bundesärztekammer und auch die Bedenken Ihrer Fraktion hinsichtlich der Datensicherheit. Es ist natürlich ein wesentliches Anliegen der Ärzteschaft, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis, in dem die Datensicherheit eine zentrale Rolle spielt, in keiner Weise gefährdet wird. Es geht auch um vernünftige Abläufe in der Praxis, damit keine erheblichen bürokratischen Mehraufwendungen entstehen. Wir wissen von den ersten Erfahrungen, dass beispielsweise das Einlesen eines Rezeptes deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Dies trägt natürlich dazu bei, dass die Ärzteschaft diesem Projekt sachlich, emotional aber auch aus ganz praktischen Gesichtspunkten sehr skeptisch gegenübersteht.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich hätte noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Nun gibt es offensichtlich Menschen, die von der Sache nichts halten. Wenn sie in Zukunft diese Karte nicht benutzen wollen, wie wird denn dann die Gesundheitsversorgung dieser gesetzlich versicherten Menschen sichergestellt?

SV Jürgen Albert (GKV-Spitzenverband): Aus unserer Sicht gilt das Primat der Freiwilligkeit. Menschen, die die freiwilligen Anwendungen der Gesundheitskarte nicht nutzen möchten, sind auch nicht gezwungen, das zu tun. Diese Prämisse gilt. Das kann nicht gelten für die administrativen Dinge, die mit der EGK angedacht sind, d. h. eine Prüfung, ob diese Karte überhaupt noch gültig ist, ob die Mitgliedschaft noch besteht, müsste man davon ausnehmen. Aber alles andere ist nach wie vor die freiwillige Entscheidung eines Versicherten. Und ein Anspruch gegenüber einer Krankenkasse besteht, auch ohne im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte zu sein. Sie werden trotzdem eine Versorgung bekommen. Das geht über Ersatzverfahren, wie das heute bei einer defekten KVK beispielsweise auch der Fall ist. Der Arzt kann behandeln und kann auch abrechnen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich will da gleich anschließen. Wenn vom Bündnis „Stoppt die e-Card“ mittlerweile knapp 700.000 Unterschriften gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gesammelt wurden, ist die Akzeptanz für die Einführung der Gesundheitskarte möglicherweise nicht gegeben. Möglicherweise wird sich die Hälfte der gesetzlich Krankenversicherten nicht beteiligen. Können Sie uns eine Kosten-Nutzen-Bewertung des ja nicht ganz preiswerten Systems der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte samt aller Hardwarelösungen darstellen und den Aufwand, der darüber hinaus für ein Parallelsystem entsteht?

SV Jürgen Albert (GKV-Spitzenverband): Die Kosten für die Einführung der Karte umfassen nicht nur die Karte selbst, sondern die komplette Infrastruktur. Die Zahlen gehen auseinander. Die Karte wird ungefähr um die 700 Millionen Euro kosten. Karte plus Chip plus die nötige Infrastruktur schätzen wir auf einen hohen einstelligen Milliardenbereich. Genaue Zahlen liegen uns auch noch nicht vor, weil bestimmte Komponenten noch keine Marktpreise besitzen. Die Alternative dazu wäre es, den Status quo zu erhalten, wie er heute ist. Der Status quo bedeutet, die KVK mit all ihren Schwächen und mit all ihrem nicht vorhandenen Potenzial im Einsatz zu halten.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Noch mal eine Nachfrage an den Spitzenverband. Sind Sie davon überzeugt, dass dies nicht ein unheimlicher Mehraufwand wird, wenn man zwei Systeme nebeneinander laufen lassen muss?

SV Jürgen Albert (GKV-Spitzenverband): Wir gehen davon aus, dass die Telematikinfrastruktur die Menschen und auch die Leistungserbringer überzeugen wird. Wir schätzen die Nutzenpotenziale als sehr hoch ein und gehen nicht auf Dauer davon aus, ein Parallelszenario fahren zu müssen. Wir werben dafür und wir sind auch der Auffassung, dass wir gute Gründe dafür haben, dass die freiwilligen Anwendungen bei den Versicherten ankommen und genutzt werden. Dann entstehen dort auch monetäre Nutzenpotenziale.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an das Aktionsbündnis. Sind

Sie der Auffassung, dass diese Karte auf Akzeptanz stoßen wird? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Sve Dr. Silke Lüder (Aktionsbündnis "Stoppt die e-Card"): Die Patienten sind in industriegeleiteten Umfragen gefragt worden: „Willst du, dass deine Notfalldaten auf der Karte stehen und du dann auf der Straße gerettet wirst oder willst du, dass die Ärzte besser untereinander kommunizieren?“ So eine Frage würde jeder mit ja beantworten. Wenn die Patienten aber über die Implikationen dieses Gesamtprojektes besser aufgeklärt wurden, haben sie dieses Projekt im Großen und Ganzen abgelehnt. Und in Hamburg ist es so, dass die IKK Hamburg jetzt schon großen Druck auf die Versicherten ausübt und sagt, sie müssten sofort ihre Fotos abgeben, damit sie überhaupt noch weiter medizinisch versorgt würden. Mit dieser nicht zutreffenden Behauptung wird Druck ausgeübt. Ich glaube, dass man von Seiten der Krankenkassen mit diesem Vorgehen eher das Gegenteil erreichen wird. Alle, die in der Öffentlichkeit in einer demokratischen Diskussion etwas klarer sehen, würden nach den ganzen Datenskandalen die „Karte“ eher ablehnen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Steffens: Wir haben vorhin gehört, dass die Frage der Freiwilligkeit eine zentrale Thematik bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist. Es wird gesagt, es gilt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und zwar ausschließlich. Mich würde interessieren, wie sehen Sie dieses Selbstbestimmungsrecht der Patienten? Können Patienten besser als Ärzte und andere beurteilen, wie die Daten verwaltet werden?

SV Kai-Uwe Steffens: Um die Frage direkt zu beantworten. Nein, natürlich nicht. Die allermeisten Patienten werden durch die Strukturen, die dort angesteuert werden, mit Sicherheit überfordert sein. Sie werden nicht wissen, welche Daten sie mit einem Kreuz an der einen oder an der anderen Stelle freigeben. Und insofern wird ein Großteil der Patienten natürlich für den Versuch anfällig sein, Entscheidungen zu treffen, die sie eigentlich gar nicht treffen wollen. Wir haben gerade gehört, dass die Kosten-Nutzen-Analyse des Gesamtprojektes elektronische Gesundheitskarte entscheidend davon ab-

hängt, inwieweit die freiwilligen Anwendungen Verbreitung finden werden, inwieweit die elektronische Patientenakte von den Patienten auch genutzt werden wird. Wenn das nicht eintritt, wie sich das schon mit Unterschriftenlisten andeutet, dann befürchten wir, dass auf die Patienten Druck ausgeübt werden wird. Sei es ein positiver Druck in Form von Anreizen wie dem Erlass der Praxisgebühr oder durch einen negativen Druck z. B. durch eine öffentliche Diskussion, dass alle diese Patientenakte nutzen, oder es kommt zu einer Beitragserhöhung. Die Patienten könnten dazu bewegt werden, freiwillig der Nutzung ihrer Daten zuzustimmen, obwohl diese Entscheidung eigentlich gar keine freiwillige ist. Sie haben gerade auf das Recht der informationellen Selbstbestimmung hingewiesen. Ich sehe noch einen anderen großen entscheidenden Schwachpunkt in der Gesamtkonstruktion. Beim Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte wird ein großer Datenberg entstehen, der, das haben wir vorhin schon gehört, Begehrlichkeiten wecken wird. Wir haben in den letzten Jahren, das werden auch die Vertreter der großen Koalition nicht bestreiten, eine Verschiebung von den bürgerlichen Freiheitsrechten hin zu den Sicherheitsrechten gehabt. Und jetzt stellen Sie sich vor, es gibt ein Gewaltverbrechen mit einem Polizisten oder einem Kind als Opfer und am Tatort finden sich Spuren, die auf eine seltene Erkrankung des Täters hindeuten. Dann werden wir sehr schnell eine öffentliche Diskussion mit dem Tenor haben, wir brauchen unbedingt Zugriff auf diese Daten zu Zwecken der Strafverfolgung. Wir befürchten, dass dann für diese politischen Ziele Mehrheiten gesucht und auch gefunden werden. Und spätestens dann ist von einem Recht des Bürgers auf informationelle Selbstbestimmung keine Rede mehr, weil dann die Hoheit darüber, wer auf diese Daten zugreifen kann, nicht mehr gewährleistet ist.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Herrn Bogk: Sie hatten ja schon darauf hingewiesen, dass Sie das jetzige System unter den gegebenen Bedingungen mit einigen Veränderungen als das am besten machbare ansehen. Ich weiß aber auch, dass Sie in der Vergangenheit sehr stark für dezentrale Speichermedien wie die patientenorientierte USB-Stick-Lösung eingetreten sind, wo der Einzelpatient mit seinem USB-Stick an die entsprechende Hardware des Arztes gehen kann. Können Sie kurz erklären, worin Sie in diesem

System den Vorteil gegenüber dem jetzt angebotenen System sehen?

SV Andreas Bogk (Chaos Computer Club e.V.): Es müssen Änderungen am derzeitigen System vorgenommen werden. Es ist nicht das beste System, das man sich vorstellen kann. Es wäre vertretbar, wenn die benannten Probleme behoben werden. Eine bessere Lösung wäre tatsächlich die Speicherung auf einem USB-Stick. Es wird wahrscheinlich aus diversen Gründen technisch nicht wirklich ein reiner USB-Stick sein. Wir reden von einem Prinzip, dass die Gesundheitskarte eine Speichermöglichkeit für die Daten enthält und die Daten direkt auf der Gesundheitskarte statt auf einem zentralen Server gespeichert werden. Das hat große Datenschutzvorteile. Dadurch, dass die zentrale Speicherung nicht anfällt, fällt auch der zentrale Angriffspunkt nicht an. Es gibt erhebliche Kostenersparnisse, weil die teure Telematikinfrastruktur nicht gebraucht wird. Die Erfüllung der Anforderungen aus dem Sozialgesetzbuch lässt sich auch offline erreichen. Ich höre hier, man könne ein Update der Daten auf der Karte vornehmen. Ich glaube nicht, dass sich daraus eine Kostenersparnis von einer Milliarde ergeben wird. Was man sicherlich sehen muss ist, dass die Entwicklung schon sehr weit vorangeschritten ist. Wenn man Tests macht, muss man auch die Lehren aus den Tests ziehen. Wenn gesagt wird, wir müssen jetzt schnell vorwärts gehen und können die Ergebnisse der Tests nicht verarbeiten, hat man nicht verstanden, wie Projektmanagement in der Software funktioniert. Man muss hingucken, was haben wir gelernt. Möglicherweise ist es notwendig, tatsächlich die Handbremse zu ziehen und noch einmal einen Schritt zurückzugehen. Das betrifft nicht nur die Sicherheit, das betrifft auch die Anwendbarkeit. Die Chipkartenarchitektur, die da derzeit geplant wird, birgt das Problem, dass die Kommunikation mit der Chipkarte sehr langsam ist. Wir reden von Technologie der achtziger Jahre. Das heißt, wenn man eine Gesundheitsakte eines Patienten mit mehreren hundert Einträgen aufmacht, dann dauert das zehn Minuten. Das ist ein praktisches Problem, darüber haben wir noch gar nicht geredet. Und solcherlei Probleme gibt es viele. Ich denke, dass es zum derzeitigen Zeitpunkt tatsächlich sinnvoll ist, innezuhalten, die Lage anzugucken, noch einmal mit den Beteiligten zu reden und sich zu überlegen, ob es nicht sinnvoll ist, technische Änderungen und Änderungen der Architektur durchzuführen, nicht nur

aus Datenschutzgründen, wo wir das sehr begrüßen würden, sondern auch aus technologischen Gründen und aus Projektmanagementgründen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine nächste Frage wendet sich an die gematik. Halten Sie es für vertretbar, dass mit dem Ausrollen der elektronischen Gesundheitskarte in Nordrhein begonnen wird, bevor abschließend die Auswertung aller Untersuchungsergebnisse aus diesen 100.000er-Tests stattfindet? Wie werden Sie mit dem Versprechen umgehen, dass die USB-Stick-Lösung getestet werden soll?

SV Peter Bonerz (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): 100.000er-Tests sind für den Basis-Roll-Out nicht erforderlich, einfach deswegen, weil ein Lasttest mit dem 100.000er-Test auf der Netzinfrastruktur gefahren werden soll. Die Belastungen treten in der Praxisinfrastruktur nicht auf. Die Frage nach der dezentralen Speicherung und den dezentralen Speichermedien wurde von der gematik in einem Gutachten angesprochen. Es wurde von den Gesellschaftern der gematik beauftragt. Die Möglichkeiten der dezentralen Datenhaltung im Rahmen der Telematikinfrastruktur mit deren Schutzmechanismen sind durch die bestehenden Konzepte nicht ausgeschlossen. Es ist im Hinblick auf die Wahrung des sehr hohen Schutzniveaus, das die Telematikinfrastruktur bietet, genau zu untersuchen, wie diese dezentralen Speichermedien aussehen. Zunächst einmal bietet die elektronische Gesundheitskarte selber hierfür eine sehr gute Ausgangsvoraussetzung.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Das heißt doch auf deutsch, dass eigentlich alternativ der USB-Stick nicht einmal in der Praxis getestet würde, weil es hieße, wenn Sie in eine neue Testung einsteigen würden, dass alles auf Los zurückgeht und nach der Verordnung, die vorliegt, die gesamte Technologie in der Folge praktisch neu entwickelt werden müsste.

SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Vielleicht müsste man den Kontext dezentraler Medien noch mal etwas beschreiben. Die Untersuchung, die wir auf Antrag unserer

Gesellschafter durchgeführt haben, handelte von einer Erweiterung der Telematikinfrastruktur durch dezentrale Speichermedien, nicht von einem Ersatz dieser Telematikinfrastruktur durch neue Konzepte und neue dezentrale Speichermedien. Und das ist wichtig zu verstehen. Es ist so, dass gerade die datenschutzrechtlichen Anforderungen und insbesondere auch die Umsetzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung nur mit dem Rollenspiel umsetzbar sind, das die Telematikinfrastruktur bietet. Wir haben heute schon einige Male von dem Zwei-Karten-Prinzip gehört, wo die Karte des Versicherten und der HBA, der Heilberufsausweis, zum Einsatz kommen, um zu verdeutlichen, wer kann wann welche Daten einsehen oder auch modifizieren. Dieses komplexe Rollenspiel ist nur im Rahmen der Telematikinfrastruktur umsetzbar. Insofern war der Prüfauftrag in diese Richtung gerichtet: Kann man zusätzlich zu dem, was in der Telematikinfrastruktur getan wird, noch ein dezentrales Speichermedium einführen, um Daten alternativ zu Onlinekonzepten anwendungsspezifisch lokal zu speichern?

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Sachverständigen Dr. Weichert. Vor einer Frage nach dem Speicherort würde ich erst einmal die Frage nach dem Sinn der Gesundheitskarte stellen. Wir erleben ja, dass im Gesundheitswesen Informations- und Kommunikationstechnologien eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Patientenakte, Arztbriefe und Abrechnungsvorgänge werden digitalisiert. Wir sehen auch, dass kommerzielle Unternehmen internetbasierte Patientenakten anbieten. Wie bewerten Sie diesen Wandel unter Aspekten des Datenschutzes und wie kommt da die e-Card ins Spiel?

SV Dr. Thilo Weichert: Ich sehe die Entwicklung, die wir derzeit nicht nur in der Bundesrepublik, sondern weltweit durchmachen, insbesondere bei elektronischen Gesundheitsdaten, sehr mit Sorge, weil auf einem sehr niedrigen Sicherheitsniveau Daten kommuniziert werden. Wir haben eine generelle Digitalisierung. Insofern kommen wir früher oder später auch im Gesundheitswesen an elektronischer Datenverarbeitung nicht vorbei. Dann stellt sich die Frage, wie sicher diese Datenverarbeitung stattfindet. Das, was von Google, Microsoft und anderen kommerziellen Anbietern bisher angeboten

wird, ist teilweise eine Katastrophe. Die haben ausschließlich kommerzielle Interessen, die sie im Hintergrund verfolgen. Da geht es einmal natürlich um das Angebot von Diensten, oft mit Werbeleistungen verbunden. Insbesondere Google hat ein großes Interesse an den Gesundheitsdaten, um mit ihnen auch weitere Verarbeitungen vorzunehmen, zum Beispiel irgendwelche Prädiktionen für alles Mögliche – Pandemien oder anderes - vorzunehmen. Das ist eine sehr große Gefahr. Ich sehe die Chance, dass wir mit der Telematikinfrastruktur, in der die EGK nur ein kleiner Strukturbestandteil – der Wasserhahn sozusagen – ist, eine sichere Struktur haben, auf die die Hintergrundsysteme von Microsoft und Google aufsetzen und die auch die Schnittstellen mit den Konnektoren akzeptieren müssen. Die Sicherheit wird den Dienstleistern sozusagen auferlegt. Insofern bin ich im Interesse des Datenschutzes sehr für ein solches System, um der Gewährleistungspflicht des Staates gerecht zu werden.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Weichert. Die Frage des Speicherortes für Gesundheitsdaten hat vorhin schon eine Rolle gespielt. Wie sehen Sie die Kritik, dass die Speicherung auf zentralen Servern unvermeidbare Risiken für den Datenschutz beinhaltet?

SV Dr. Thilo Weichert: Diese Diskussion ist so alt wie die Diskussion über die elektronische Gesundheitskarte. Und ich habe sie von Anfang an nicht verstanden. Die Überlegung, wir hätten es mit einer zentralen Speicherung zu tun und deswegen wäre das Missbrauchsrisiko besonders hoch, ist nicht ansatzweise technisch begründet. Die Argumentation war von Anfang an falsch. Es geht in Netzwerken, das kennen wir vom Internet, nicht darum, wo Daten gespeichert sind, sondern wie sie ausgewertet und wie sie vernetzt werden können. Es ist unstrittig, dass wir natürlich eine Netzstruktur brauchen, um mit Gesundheitsdaten kommunizieren zu können. Wir wissen, dass Google im Internet recherchieren kann. Das sind alles dezentrale Speicherungen und sie werden trotzdem zusammengeführt. Insofern geht es darum, wie diese zentral oder dezentral gespeicherten Daten geschützt sind. Da kommt es ganz zentral auf die asymmetrische Verschlüsselung an. Die asymmetrische Verschlüsselung, die schon von der Gematik und von Herrn Bär erklärt worden

ist, gewährleistet, dass nur auf jeden einzelnen Datensatz separat zugegriffen werden kann. Deswegen ist auch das Missbrauchsrisiko durch die Polizei oder durch irgendeinen anderen Bedarfsträger nicht größer, als wenn dezentral gespeichert würde. Alles andere kann ich mit irgendwelchen technischen Erklärungen nicht nachvollziehen, auch die Argumentation des Chaos Computer Club nicht. Es geht darum, diesen Schlüssel so sicher wie möglich zu machen. Es ist natürlich richtig, dass die Generationen immer fortgeschrieben werden müssen, d. h. nach einem gewissen Zyklus müssen die Verschlüsselungen erneuert werden. Aber das ist ein generelles Problem, was wir bei dezentraler oder zentraler Speicherung so oder so haben. Lassen Sie mich noch eine Aussage zu diesen USB-Sticks machen. Auch diese Diskussion verfolgt uns schon seit fünf, sechs Jahren. Wir haben die Anbieter gebeten, die mit diesem Werkzeug auf den Markt gegangen sind, es uns doch einmal vorzustellen. Wir bieten in Schleswig-Holstein eine Gütesiegelung an und haben ein entsprechendes Angebot gemacht. Die haben das bisher nicht gemacht. Aus einem ganz einfachen Grund, weil die Sticks nicht sicher sind. Sie müssen die gesamten Sicherheitswerkzeuge, die sie ansonsten im Netz zur Verfügung stellen können, vor Ort auf diesen mobilen Speicher draufsetzen, weil der nicht unbedingt online ist. Dies hat die Konsequenz, dass diese USB-Sticks aus meiner Sicht derzeit definitiv keine Alternative zur Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte darstellen. Mobile Datenspeicherung ist grundsätzlich okay. Man kann darüber diskutieren, was dann auf einer Karte gespeichert werden soll. USB ist im Prinzip nur die Schnittstelle zwischen der Netzinfrastruktur und dem Hintergrundsystem. Und ich würde mal sagen, USB ist da definitiv eine der Lösungen, die sich bisher eher diskreditiert haben.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch meine nächste Frage geht an Herrn Weichert. Es wurde ja auch gefordert, man solle auf das Anlegen großer Datensammlungen verzichten und sich stattdessen auf die Optimierung der elektronischen Kommunikation zwischen den Leistungserbringern konzentrieren. Was sagen Sie dazu?

SV Dr. Thilo Weichert: Das ist natürlich eine richtige Argumentation. Es hat sich erwiesen,

dass der Hauptbedarf an Kommunikation ein Arzt-zu-Arzt-Kommunikationsbedarf ist. Das ist gar keine Frage. Große Datensammlungen wurden bisher nicht intendiert. Die elektronische Patientenakte, die im Prinzip eine zentrale große Datensammlung darstellt, spielt in der Diskussion bisher keine große Rolle. Die Strategie, die von allen Beteiligten in der Zwischenzeit verfolgt wird, besteht darin, diese Kommunikation von Arzt zu Arzt zu erleichtern und sie in den Vordergrund zu stellen, auch um die Akzeptanz der Ärzte zu gewinnen. Aber das ändert nichts an der Konzeption insgesamt. Diese Telematikinfrastruktur ist geeignet sowohl für das Abrufen von irgendwelchen Datenbanken als auch für die Eins-zu-eins-Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungsträgern. Insofern, denke ich, ist das keine Grundsatzüberlegung für die Gesamtstruktur.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage noch einmal Herrn Weichert. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass die Realisierung der informationellen Selbstbestimmung mit Hilfe der Gesundheitskarte gewisse intellektuelle Kompetenzen voraussetze. Wird Datenschutz zur Bildungsfrage?

SV Dr. Thilo Weichert: Das war Datenschutz leider schon immer. Wir mussten feststellen, dass die Kompetenz, entschuldigen Sie, wenn ich das jetzt so sage, auch manches Politikern noch nicht so weit ging, die modernsten Entwicklungen des Datenschutzes nachzuvollziehen. Datenschutz ist immer auch eine Frage der technischen Kompetenz und der Medienkompetenz. Insofern ist es wichtig, sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten, den sonstigen Leistungserbringern und auch bei den Patienten das Verständnis für die Funktionsweise der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte zu stärken und zu verbessern. Weil das natürlich ein Angebot für 100 Prozent der Bevölkerung sein soll, müssen wir davon ausgehen, dass es die Digital-not-haves oder die digital nicht so Kompetenten gibt, denen auch geholfen werden muss. Wir haben immer vorgeschlagen, dass hier staatliche Hilfen oder Hilfen durch unabhängige Interessensvertreter gegeben werden müssen. Die unabhängigste Interessenvertretung im Gesundheitsbereich, im Interesse des Patienten ist der Arzt, wenn es nicht zu Interessenkonflikten kommt. Es ist sehr wichtig, insbesondere die Ärzteschaft in die Lage zu ver-

setzen, z. B. Probleme lösen zu können. Diese haben wir jetzt in den Tests immer wieder beim Umgang mit der PIN festgestellt, mit dem sich Erinnern an ganz bestimmte Eingaben, insbesondere auch mit der Wahrnehmung des Wahlrechtes. Es wurde schon ein paar mal darauf hingewiesen, dass dies ein riesiges Problem ist. Der Patient könnte schnell dazu veranlasst werden, alles für sämtliche Ärzte freizugeben. Dies wäre definitiv nicht gut im Sinne des Datenschutzes. Um verantwortungsvoll mit diesen Menschen umzugehen, die jetzt vielleicht multimorbid und vielleicht auch nicht so fähig sind, mit den neuen Medien umzugehen, ist es wichtig, die Ärzte stellvertretend für die Patienten ins Boot zu holen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer. Was sagen Sie zu dem Argument, dass die Ausweitung des Freiwilligkeitsprinzips auf die Ärztinnen und Ärzte eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten auf Patientenseite mit sich bringe, weil sie, falls sie die e-Card voll nutzen wollen, auf die Onlineanbindung aller Leistungserbringer angewiesen seien.

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich denke das Prinzip „Freiwilligkeit“ muss sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch für die Ärzte gelten, und dies unabhängig voneinander. Eine Verquickung dieser beiden Prinzipien, die ich als unabdingbar klassifiziere, darf es nicht geben.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann gehen wir weiter zum GKV-Spitzenverband und auch noch zur Bundesärztekammer. Im SGB V ist die Freiwilligkeit auf Patientenseite festgeschrieben, wenn es über die administrativen Daten hinausgeht. Müssen Leistungserbringer dann mit der Unvollständigkeit der Daten rechnen, auf die sie online Zugriff nehmen, und was bedeutet das für den Gebrauchswert der Gesundheitskarte?

SV **Jürgen Albert** (GKV-Spitzenverband): Klare Antwort: Ja. Wie heute auch. Die elektronische Gesundheitskarte ist aus unserer Sicht kein Zwangshebel, um medizinische Daten eines Versicherten auf indirektem Weg zu erhalten.

Hier gilt das Prinzip der Freiwilligkeit für medizinisch sensible Daten. Die Patientinnen und Patienten sollen diese Möglichkeiten freiwillig nutzen können. Für uns entsteht kein Zwangmechanismus daraus. Es ist Aufgabe der Kostenträger und Leistungserbringer, dafür zu werben und die Sinnhaftigkeit darzustellen, aber kein Zwangsszenario zu entwickeln.

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann mich dem nur anschließen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich die GKV. Es gab ja inzwischen Erfahrungen in sieben Testregionen mit der e-Card. Welches Zwischenfazit würden Sie ziehen?

SV **Rainer Höfer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben die Testergebnisse und unterschiedliche Gutachten dazu. Zunächst einmal muss man sagen, dass da draußen mehr getestet wurde, als der Basis-Roll-Out heute zur Verfügung stellt. Es sind auch die ganzen bisher existierenden Onlineanwendungen – im Wesentlichen drei Stück – getestet worden. Und für die Basisfunktionalität haben sich keinerlei Stoppkriterien ergeben. Das heißt, das, was seitens der gematik hinsichtlich des Roll-Outs geplant wurde, kann so durchgeführt werden. Richtig ist, dass wir bei den drei Onlineanwendungen Versichertenstammdatendienst, Verordnungsdienst und Notfalldatensatz Probleme und Entwicklungsoptimierungspotenzial entdeckt haben, die in der gematik schon in die Konzeptphase für weitere Planungen eingeflossen sind. Im Versichertenstammdatendienst ist der Schwerpunkt die Performance. Bei den anderen beiden Anwendungen muss das Ganze hinsichtlich Praxistauglichkeit noch mal überarbeitet werden. Das haben wir auch in anderen Äußerungen schon gehört.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die gematik. Wie soll das Recht der Versicherten auf Einsichtnahme in ihre Daten technisch umgesetzt werden?

SV **Cord Bartels** (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte)

mbH): Es gilt zunächst bei den Daten zu unterscheiden, die man als Versicherter ansehen kann. Das sind zunächst mal die Stammdaten, die für administrative Zwecke genutzt werden. Dann gibt es Daten, die gegebenenfalls in freiwilligen Anwendungen gespeichert sind, sofern es denn durch den Versicherten gewünscht ist. Und als Drittes gibt es die Daten, die aus sogenannten Auditdiensten stammen. Da kann der Versicherte sehen, wer hat gegebenenfalls mal auf meine Daten zugegriffen. Für diese drei Typen von Daten gibt es unterschiedliche Berechtigungskonzepte. Grundsätzlich gilt das Zwei-Karten-Prinzip. Das heißt, der Versicherte kann seine Daten, die jetzt in freiwilligen Anwendungen z. B. in einem AMTS, in einem Medikationsdatendienst oder in einer elektronischen Patientenakte gespeichert sind, zusammen mit seinem Arzt anschauen. Der Arzt muss seinen Heilberufsausweis dazu verwenden, um den Kanal zu diesen Daten zu öffnen.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundeszahnärztekammer. Können Sie bitte kurz beschreiben, weshalb sich die Bundeszahnärztekammer für die strenge Freiwilligkeit der Onlineanbindung für niedergelassene Zahnärzte einsetzt. Sind mit Blick auf die auf der Karte gespeicherten Versicherungsstammdaten für die Patienten aus datenschutzrechtlicher Sicht damit Nachteile verbunden?

SV Jürgen Herbert (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Wir Zahnärzte begrüßen gerade mit Blick auf die Datensicherheit die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des Heilberufsausweises. Es ist schon mehrmals gesagt worden, dass die Telematikinfrastruktur sich entwickelt und zurzeit eine ganze Menge schwacher und unverschlüsselter Daten durch die Gegend geistern. Wir glauben, dass mit der Einführung dieser beiden technischen Mittel Besserung eintreten wird. Gleichzeitig haben wir uns von Anfang an für die strikte Freiwilligkeit aller Anwendungen eingesetzt, und zwar sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer. Das ganze Projekt wird nur dann zu einem Erfolg werden, wenn es Akzeptanz findet. Es muss nicht nur bei den Politikern Akzeptanz finden, sondern vor allem bei den Patientinnen und Patienten und bei den Ärztinnen und Ärzten. Im Moment haben wir ein breites Misstrauenspotenzial. Die Bevölkerung und

auch die Zahnärzte empfinden das Projekt Telematik im Moment als ein aufgesetztes Projekt. Wir haben in den Testregionen ernüchternde Ergebnisse. Auf der anderen Seite fragen sich natürlich die Kollegen, wieso rollen wir so ein Instrument schon aus? Warum wird nicht eine entsprechende Verbesserung vorgenommen? Bringt das in meiner Praxis Vorteile oder nicht? Es ist schon mehrmals gesagt worden, dass es Vorteile bringen wird. Aber ob es im jetzigen Zustand Vorteile bringen wird und ob man nicht Schwierigkeiten in der Nachfinanzierung bekommt, das weiß ich nicht. Deswegen haben wir von Anfang an gesagt, alle Leistungen müssen freiwillig sein, sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte aller Anwendungen. Zu dem Argument, dass man bestimmte Patienten von bestimmten Leistungen ausschließt: Es ist doch heute schon so, dass nicht jede Arztpraxis alle technischen Einrichtungen vorrätig halten kann und dass sich Patienten schon einmal danach ausrichten, was für ein Ultraschallgerät oder was für ein Röntgengerät in der Praxis zu Verfügung steht. Ich bin auch der Meinung, dass das auch später für die elektronische Gesundheitskarte gelten muss.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Wir sind in vollem Umfang informiert und stellen keine weiteren Fragen.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Die Einführung der Karte ist auch im Zusammenhang mit Diskussionen um Arzneimittelsicherheit und mit den Dingen, die bei Lipobay passiert sind, ehergegangen. Deswegen frage ich die ABDA, ob sie nach wie vor daran festhalten, dass die Speicherung von Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit eine wichtige Anwendung zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung darstellt?

SV Karl-Heinz Resch (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Sie haben, Frau Dr. Reimann, Frau Dr. Bunge, völlig Recht mit dem Hinweis auf Arzneimittelsicherheit. Wir haben diese Anwendung im Gesamtprojekt als freiwillige Anwendung vorgesehen. Wir halten sie für sehr wichtig. Vorhin ist auch mehrfach darauf hingewiesen worden, dass echter Nutzen im Wesentlichen durch die freiwilligen Anwendungen kommt. Wir plädieren sehr stark dafür, dass das Projekt

Arzneimitteltherapiesicherheit möglichst vorrangig bedient und damit im laufenden Verfahren vorgezogen werden soll, weil es von der Sache her absolut gerechtfertigt ist. Wir haben eben Wechsel- und Nebenwirkungen bei Arzneimitteln. Wir haben Systeme wie z. B. das CAVE-Modul in der ABDA-Datenbank, die wir grundsätzlich schalten können und die einen hohen Mehrwert für die Bevölkerung bringen. Insofern wollen wir dieses Projekt vorrangig bedient wissen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Es fehlt an Kompetenzen, wurde gesagt. Wenn ich mich richtig erinnere, ist in § 1 SGB V auch von der Pflicht des Patienten, sich zu informieren, die Rede. Meine Frage an den Spitzenverband Bund lautet: Wie gehen Sie mit dem Argument um, dass die Patienten im Grunde unmündig seien und durch positiven wie negativen Druck gezwungen würden, ihr Einverständnis zu erklären? Es ist interessant, dass 700.000 Unterschriften gesammelt worden sind. Wie ich mich erinnere, haben wir aber 53 Millionen Versicherte. Ich bitte Sie auf das Argument einzugehen, dass wir uns von einem Staat, der die Bürgerrechte verteidigt, zu einem Staat, der Sicherheitsrechte ausbaut, verändern. Es bestünde die Gefahr, dass nach einem Verbrechen das Potenzial dieser Karte genutzt würde. Ich halte dieses Argument für abwegig. Wie gehen Sie damit um? Denn Sie werben damit, dass dies der erste Schritt sei und dass weitere Anwendungen folgen sollen. Es gab noch den Vorwurf der hohen Kommerzialisierung. Natürlich ist die Gefahr der Kommerzialisierung immer im ganzen Gesundheitssystem gegeben. Was sagen Sie Ihren Versicherten, wie man sich davor schützen kann?

SV Jürgen Albert (GKV-Spitzenverband): Zunächst mal ist es so, dass die Krankenkassen eine Informationspflicht gegenüber ihren Versicherten haben, was mit der elektronischen Gesundheitskarte passiert und was mit ihren Daten dort passieren soll. Diese Verpflichtung nehmen wir sehr ernst. Es ist heute schon zu beobachten, dass die Krankenkassen ihre Versicherten darüber informieren, was dort passiert. Das wird sich im Rahmen des Basis-Roll-Outs und mit der Einführung der ersten flächendeckenden Anwendungen mit Sicherheit noch verbessern, auch verbessern müssen. Unsere Erfahrung ist es, dass die Menschen durchaus bereit sind, eine

Telematikinfrastruktur und die Mechanismen zu nutzen, wenn man ihnen gut erklärt, was da passiert. Damit nimmt man auch Ängste. Die Frage des Zwangszugriffs halte ich für ein absurdes Szenario. Wenn ich mir vorstelle, dass man solche Daten braucht, ist es viel einfacher, in eine Arztpraxis einzubrechen und die Krankenakte zu stehlen. Nach dem heutigen Stand liegt die nämlich unverschlüsselt im Schrank. Die Sicherheitsmechanismen, die die Telematikinfrastruktur bietet, sind vorbildlich, auch weltweit vorbildlich. Vor allem das Zwei-Schlüssel-Prinzip und die Verschlüsselungsalgorithmen sind die Stichworte. Zum dritten Punkt der Kommerzialisierung: Versicherte sollten nicht bereitwillig Daten freigeben, wie es übrigens heute in anderen gesellschaftlichen Bereichen ja gang und gäbe ist, ohne darüber nachzudenken. Wir sehen gute Chancen, durch Aufklärung und Information die Versicherten entsprechend zu sensibilisieren.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich frage die gematik, Herrn Bartels oder Herrn Bonerz. Welche datenschutzrechtlichen Konsequenzen hätte ein Stopp des Projektes im Hinblick auf vergleichbare Vorhaben in Zukunft in Europa? Dann möchte ich den Verband der privaten Krankenversicherung, Herrn Dietz, fragen. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie eine gesicherte rechtliche Grundlage für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte auch für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Wie sollte Ihrer Meinung nach eine solche rechtliche Grundlage oder Regelung aussehen? Und was wäre die Konsequenz, wenn es eine solche Regelung nicht gäbe?

SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Die Auswirkungen wären in der Tat nicht gut. Es ist so, dass die Datenschutzerfordernungen, die in Deutschland existieren, durchaus nicht von allen Ländern in Europa geteilt werden. Und im Augenblick haben wir auch eine führende Position in den entsprechenden Arbeitsgruppen. Die gematik ist dort sehr aktiv. Wir können unsere Ideen in die entsprechenden europäischen Gremien einbringen. Wir haben die Möglichkeit zu gestalten. Wenn wir die Arbeit nicht fortsetzen, dann wird man uns auch nicht mehr glauben, dass das, was wir hier tun, für Europa relevant sein kann. Dann wären wir nicht mehr überzeugend. Es wäre ein schwerer

Rückschlag. Die Erfahrung zeigt, dass Lösungen von außerhalb in Bezug auf Datenschutz und in Bezug auf die informationelle Selbstbestimmung längst nicht so anspruchsvoll sind, wie das, was hier im Lande entwickelt worden ist. Ich kann das sehr gut sagen, weil ich in meiner früheren Tätigkeit in der Industrie tätig war und da einen sehr guten Überblick über die europäischen Aktivitäten habe.

SV Klaus-Detlef Dietz (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Weil das Projekt zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte das informationstechnologisch weitreichendste in Europa ist, haben sich die Unternehmen der privaten Krankenversicherung darauf verstanden, auf freiwilliger Basis an diesem Projekt mitzuwirken, obwohl das gesetzlich nicht vorgesehen ist. Das entspricht durchaus auch unserem Selbstverständnis. Es gibt aber in diesem Falle eine Frage, die auf dem Wege von Vertragsverhandlungen oder freiwilligen Vereinbarungen nicht lösbar ist. Die Frage, ob die Unternehmen die Karte ausgeben müssen, können wir im Wege der Selbstregelung klären. Die Frage, dass die Versicherten die Karte in Anspruch nehmen müssen, soweit es verpflichtende Anwendungen sind, können wir im Wege der Musterbestimmungen regeln. Was wir nicht regeln können, ist die Frage, ob die Vertragspartner, also Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, die von den Versicherten präsentierte Karte auch akzeptieren. Dafür brauchen wir eine gesicherte rechtliche Grundlage. Das hängt mit dem Freiwilligkeitsprinzip zusammen. Ich muss noch einmal daran erinnern, das Recht zur freiwilligen Inanspruchnahme ist ein Recht des Versicherten und kein Recht Dritter. Es geht um die Versichertendaten. Deshalb muss er freiwillig entscheiden können. Wenn er entschieden hat, zum Arzt oder zum Apotheker zu gehen, und sagt, ich möchte, dass die Karte angewendet wird, dann muss bei uns ebenso wie bei den Kollegen der GKV gelten, dass die Karte zu akzeptieren ist. Das hängt nicht zuletzt auch damit zusammen, dass die Karte auch für unsere Unternehmen ein relativ hohes Investitionsvolumen zur Folge hat. Wenn man von den unterschiedlichen Schätzungen ausgeht, dann landen wir bei einer hohen dreistelligen Millionensumme. Die für ein Projekt in Anschlag zu bringen, für dessen Anwendung hinterher die Erlaubnis Dritter erforderlich ist, das kann ich mir nicht vorstellen. Das sind Versichertengelder, die wir dafür ausgeben müssen. Es muss auch von Versicherten

bestimmt werden können, wie damit umgegangen wird. Wenn solch eine gesicherte gesetzliche Regelung nicht käme, dann muss ich sagen, sähe es im Moment sehr danach aus, dass wir die Karte für unseren Bereich nicht einführen können.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Frage an die gematik. Es ist mehrfach die Frage nach der Speicherstruktur gestellt worden. Sie haben gesagt, es gebe einen Prüfauftrag, um bei dezentralen Speichermedien die Nutzung und Sicherheit zu klären. Können Sie skizzieren, wie so eine Erweiterung durch dezentrale Speichermedien aussehen könnte?

SV Cord Bartels (gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Sie ist durchaus denkbar. Die Telematikinfrastruktur unterstützt sowohl die dezentrale als auch die fachdienstbasierte Speicherung. Eine Randbedingung haben Sie schon genannt. Auch das Medium muss Sicherheitseigenschaften aufweisen. Sonst ergeben sich Lücken, die durch die Maßnahmen der Telematikinfrastruktur nicht geschlossen werden können. Damit sind wir ganz schnell bei der Funktionalität, die heute auch die EGK aufweist. Das kann man in was weiß ich für einen Formfaktor verpacken. Die einfachste Variante wäre es, wenn man das Ganze so aufsetzt, dass man rückwärtskompatibel bleibt. Das heißt, man könnte die zusätzlichen Möglichkeiten einführen oder testen, ohne das man jetzt irgendetwas in der Telematikinfrastruktur ändern müsste. Dazu gibt es Möglichkeiten, die weiter untersucht werden könnten, wenn die Gesellschafter dem zustimmen. Das wäre aus meiner Sicht ein vielversprechender Weg.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe noch eine Frage an den Chaos Computer Club. Sie haben gesagt, es sind hohe Sicherheitsstandards, aber es gibt auch durchaus Bereiche und Anwendungen, wo das noch besser gelöst ist. Könnten Sie dieses Beispiel nennen, wo man noch Erkenntnisse gewinnen kann?

SV Andreas Bogk (Chaos Computer Club e.V.): Im Gesundheitswesen ist mir jetzt kein Projekt bekannt, wo es besser gelaufen wäre. Es gibt teilweise Projekte, die dem Geheimschutz

unterliegen. Ich kann jetzt leider nichts mit Namen zitieren. Da wird sich mehr Mühe gegeben. Ich muss noch mal auf die dezentrale Speicherung eingehen, weil uns der Vorwurf gemacht wird, wir hätten da etwas nicht richtig verstanden. Es ist genau so, wie es im Prinzip von der Gematik bestätigt wurde. Es geht nicht darum, das Rad neu zu erfinden. Es geht auch nicht um die USB-Lösung einer bestimmten Firma, sondern es geht einfach darum, die existierende, bereits entwickelte Chipkarte zu nehmen, um ein wenig Speicher zu erweitern und sie in einen anderen Formfaktor zu stecken. Dadurch kann die Funktionalität, die ja bereits entwickelt wurde und die vorbildlich ist, weiter genutzt werden. Man ist trotzdem nicht auf eine zentrale Speicherung angewiesen. Denn das ist der Punkt, an dem ich Herrn Dr. Weichert widerspreche. Wenn der Stick sich in meiner Tasche befindet, dann kommt da keiner heran, auch nicht, wenn er den Schlüssel hat. An dieser Stelle wird Sicherheit gewonnen und das ist eine Richtung, die man fördern sollte. Es ist fraglich, ob man das in dieser Phase noch machen kann. Das bedeutet natürlich einen anderen Formfaktor, das hieße, ein anderes technisches Interface, andere Lesegeräte. Der ganze Roll-Out, der gerade stattfindet, würde hinfällig. Das ist eine Projektmanagemententscheidung, die man treffen muss, ob denn die Summe der Nachteile der derzeitigen Lösung ausreicht, um ein weiteres Jahr Verzögerung in Kauf zu nehmen oder nicht. Die Meinung aus Datenschutzsicht ist, es lohnt sich. Für die Bewertung insgesamt sind andere zuständig.

Die Vorsitzende: Die Anfangsfrage war rein akustisch nicht angekommen. Wenn Sie die noch mal wiederholen würden?

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Wir wären dankbar für eine Information über eine gute Anwendung, eine vorbildliche Anwendung, wo man noch etwas abkupfern könnte. Sie müssen ja nicht die Firma nennen, aber ein Anwendungsbereich wäre hilfreich.

SV Andreas Bogk (Chaos Computer Club e.V.): Es gibt z. B. diverse Zugangssysteme für VPNs, wo die Schlüssel auf dem Sicherheitsmodul erzeugt werden, das man mit sich herumträgt. Es existiert keine Kopie des Schlüssels auf irgendwelchen anderen Systemen. So etwas gibt es. Es existieren andere Systeme, wo bei der Architektur von vornherein ein Bedrohungsmodell entworfen und die Architektur des Systems an dieses Bedrohungsmodell angepasst wurde. Ich kann keine Namen von wirklich bekannten großen Projekten nennen. Das sind immer nur kleinere.

Die Vorsitzende: Dankeschön. Ich sehe auch bei der SPD-Fraktion keine weiteren Fragen. Damit beende ich die Anhörung. Ich bedanke mich für Ihr Kommen. Es wird in unser Denken einfließen. Wir sind ja in keinem gesetzgeberischen Prozess. Wir werden die Anträge demnächst abschließen. Ich wünsche Ihnen für heute einen guten Nachhauseweg. Auf Wiedersehen.

Sitzungsende: 14.45 Uhr