



Wortprotokoll der 58. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

den 4. November 2015, 14.00 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 18/5293

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss Digitale Agenda

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

-18/5293-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/6012

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss Digitale Agenda



- c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Elektronische Gesundheitskarte stoppen - Patientenorientierte Alternative entwickeln

BT-Drucksache 18/3574

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss Digitale Agenda

- d) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Konstantin von Notz, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sicher vernetzt, gut versorgt - Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der Patienten gestalten

BT-Drucksache 18/6068

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur

Ausschuss Digitale Agenda

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 4. November 2015, 09:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

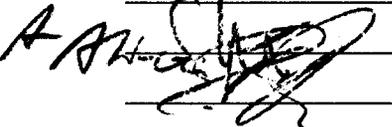
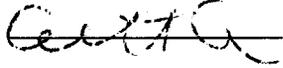
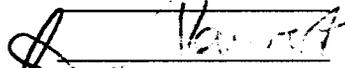
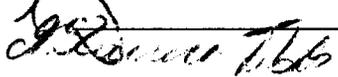
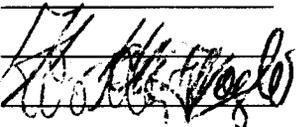
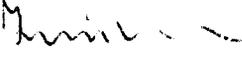
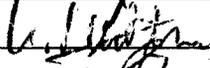
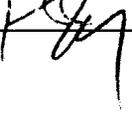
Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	_____
Henrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	_____
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	_____
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	_____
Kühne Dr., Roy		Nüßlein Dr., Georg	_____
Leikert Dr., Katja		Pantel, Sylvia	_____
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	_____
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	_____
Monstadt, Dietrich		Steineke, Sebastian	_____
Riebsamen, Lothar		Steiniger, Johannes	_____
Rüddel, Erwin		Stockhofe, Rita	_____
Schmelzle, Heiko		Stracke, Stephan	_____
Sorge, Tino		Fimmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	_____

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

Mittwoch, 4. November 2015, 09:30 Uhr

Anwesenheitsliste

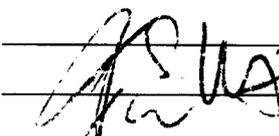
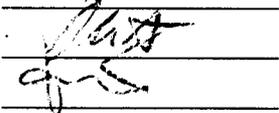
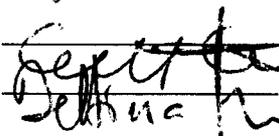
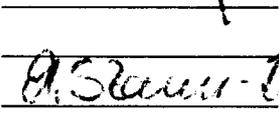
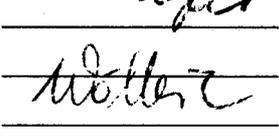
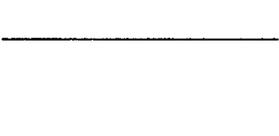
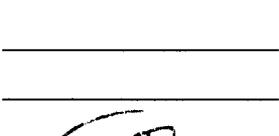
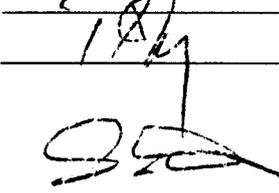
gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard	_____	Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk	_____	Hinz (Essen), Petra	_____
Kermer, Marina		Katzmarek, Gabriele	_____
Kühn-Mengel, Helga	_____	Lauterbach Dr., Karl	_____
Mattheis, Hilde		Tack, Kerstin	_____
Müller, Bettina	_____	Thissen Dr., Karin	_____
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin	_____	Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit	_____	Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
 Mittwoch, 4. November 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard	_____	Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Hinz (Essen), Petra	_____
Kermer, Marina	_____	Katzmarek, Gabriele	_____
Kühn-Mengel, Helga		Lauterbach Dr., Karl	_____
Mattheis, Hilde	_____	Tack, Kerstin	_____
Müller, Bettina		Thissen Dr., Karin	_____
Rawert, Mechthild	_____	Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald	_____	Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria	_____	Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____
Esken, Saskia			



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
 Mittwoch, 4. November 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	_____
Henrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	_____
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	_____
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	_____
Kühne Dr., Roy		Nüßlein Dr., Georg	_____
Leikert Dr., Katja		Pantel, Sylvia	_____
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	_____
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	_____
Monstadt, Dietrich		Steineke, Sebastian	_____
Riebsamen, Lothar		Steiniger, Johannes	_____
Rüddel, Erwin	Stockhofe, Rita	_____	
Schmelzle, Heiko	Stracke, Stephan	_____	
Sorge, Tino	Timmermann-Fechter, Astrid	_____	
Stritzl, Thomas	Wiese (Ehingen), Heinz	_____	
Zeulner, Emmi	Zimmer Dr., Matthias	_____	
<i>Bertram, Ute</i>			



öff

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 4. November 2015, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Alona Schinke	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>
Be Brau	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Lang, Manfred	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Nimbus	SPD	<i>[Handwritten Signature]</i>
Stephan Wilke	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Y. J.	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>

4e

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	Enrich		ORRN
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz	Neumann, Clemens		ORR
Saarland			
Sachsen	Pius		RR
Sachsen-Anhalt	Richter		Rang.e
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Ministerium bzw.
Dienststelle
(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-
bezeichnung

BRH	Schützler	J. Schützler	CA 11
BRH	Bienstertl	J. Bienstertl	Vize
BMG	Kahl	V. Kahl	Ref'in
BMG	John	D. John	SB
BMG	Wepser	M. Wepser	SB
BMG	Schelling	S. Schelling	SB
BMG	Hoffmann	H. Hoffmann	Ref'in
BMG	Heinrich	M. Heinrich	Ref
BMG	Peters	S. Peters	Ref'in
BMG	Widmann-Franz	A. Widmann-Franz	Ref
BMG	GERLACH	B. Gerlach	Per Ref
WFOI	KWITELZIS	C. Kvitelzis	Ref
BMG	Grabowski	A. Grabowski	Ref
BMG	Wagner	M. Wagner	ML
BMG	Gruber	M. Gruber	Ref
BMG	Reichmann	M. Reichmann	Ref
BMG	Klein-Wiele	W. Klein-Wiele	Ref
Presse	SKET, Kosti	K. Kost	Fotograf

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 18/5293

sowie den Änderungsanträgen auf A.Drs.: 18(14)0136.1

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

-18/5293-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/6012

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Elektronische Gesundheitskarte stoppen - Patientenorientierte Alternative entwickeln

BT-Drucksache 18/3574

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sicher vernetzt, gut versorgt - Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der Patienten gestalten

BT-Drucksache 18/6068

am Mittwoch, dem 4. November 2015,

in der Zeit von 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr,

im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)

Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Verbände

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände



Prof. Dr. Martin Schulz

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

Dr. Ilona Köster-Steinebach

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

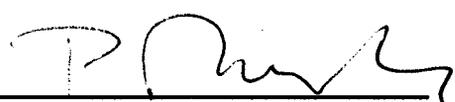
Dr. Monika Nothacker

Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung



Kai-Uwe Steffens

BITKOM - Bundesverband Informationswirtschaft,
Telekommunikation und neue Medien e. V.



Dr. Pablo Mentzins

Bundesapothekerkammer (BAK)



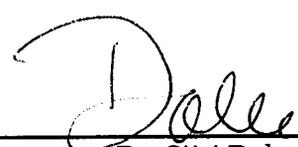
Prof. Dr. Martin Schulz

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
und -Initiativen (BAGP)



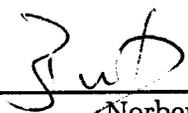
Michael Bialek

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen
mit Behinderung und chronischer Erkrankung und
ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)



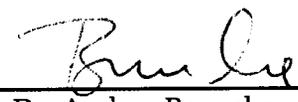
Dr. Siiri Doka

Bundesärztekammer (BÄK)



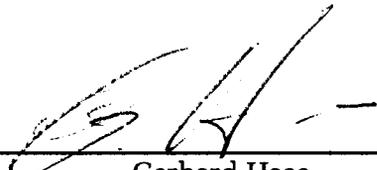
Norbert Butz

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Dr. Andrea Benecke

Bundesverband der Deutschen
Apothekensoftwarehäuser e. V. (ADAS)



Gerhard Haas

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.
(BPI)



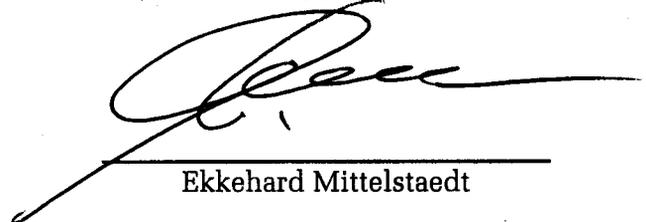
Dr. Norbert Gerbsch

Bundesverband Deutscher Versandapotheken
(BVDVA)



Christian Buse

Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)



Ekkehard Mittelstaedt

Bundesverband Internetmedizin e. V. (BIM)



Dr. Markus Müschenich

Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)



Prof. Dr. Volker Amelung

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)



Jürgen Herbert

Bündnis Stoppt die eCard



Dr. Silke Lüder

BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e. V.

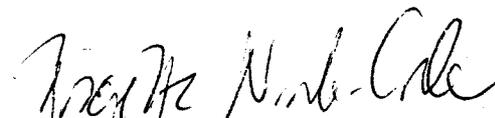


Dr. Manfred Elff

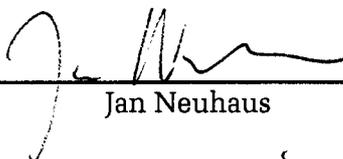
Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V.
(DGTelemed)


Prof. Dr. Hans-Jochen Brauns

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und
Wundbehandlung e. V. (DGfW)


Brigitte Siglinde Nink-Grebe

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)


Jan Neuhaus

Deutsche Rentenversicherung Bund


Dr. Wolfgang Binne

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.
(DBSV)


Christiane Möller

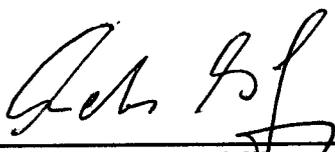
Deutscher Caritasverband e. V.


Dr. Elisabeth Fix

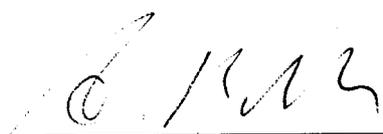
Deutscher Hausärzteverband e. V.


Ulrich Weigeldt

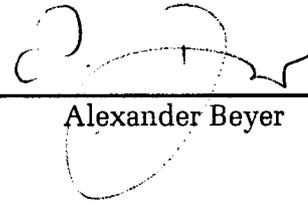
Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)


Andreas Westerfelhaus

Deutsches Studentenwerk


Achim Meyer auf der Heyde

gematik - Gesellschaft für Telematikanwendungen
der Gesundheitskarte mbH

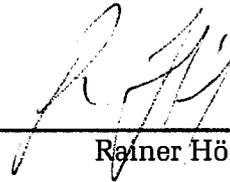


Alexander Beyer

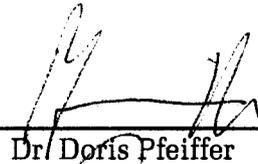
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

KEINE TEILNAHME

GKV-Spitzenverband



Rainer Höfer



Dr/ Doris Pfeiffer

HL7 Deutschland e. V.



Prof. Dr. Sylvia Thun

Initiative Chronische Wunden e. V.



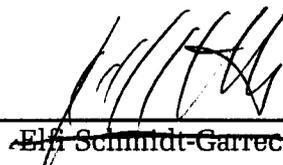
~~Dr. Karl-Christian Münter~~

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Dr. Thomas Kriedel

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)



Elfriede Schmidt-Garrecht

Dr. Günther E. Buchholz

Pro Generika e. V.



Gloria von Schorlemer

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)



Ragnar Hbenig

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Dr. Ines Verspohl

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)



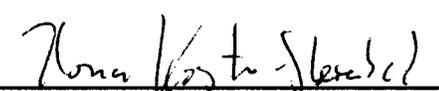
Dr. Dirk Heinrich

Technologie- und Methodenplattform für die
vernetzte medizinische Forschung e. V. (TMF)



Sebastian C. Semler

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)



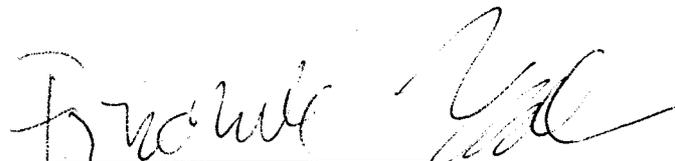
Dr. Ilona Köster-Steinebach

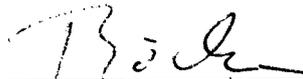
Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund
und Kieferheilkunde e. V. (VHZMK)

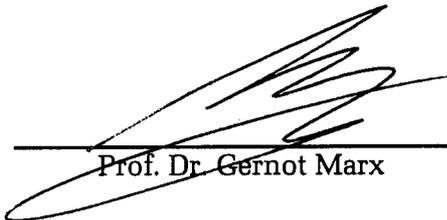


Prof. Dr. Jörg Lisson

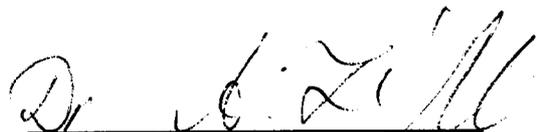
Einzelsachverständige

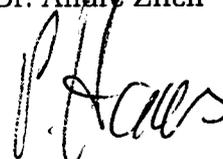

Prof. Dr. Friedrich Köhler


Prof. Dr. Britta Böckmann


Prof. Dr. Gernot Marx


Dr. Christian Peters


Dr. André Zilch


Prof. Dr. Peter Haas



Beginn der Sitzung: 14.02 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Vertreter der Medien, ich bitte Sie, Platz zu nehmen. Ich darf Sie herzlich zur 58. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. E-Health und digitale Kommunikation sind, wenn man die gefüllten Zuschauerbänke sieht, Themen, die nicht nur eine politische Bedeutung haben, sondern auch viele Bürger interessieren. Ich darf die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Widmann-Mauz und Herr Staatssekretär Laumann, der gleich da sein wird, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung und Sie, liebe Sachverständigen und die Vertreter der Medien sowie Sie, liebe Zuschauer, ganz herzlich begrüßen. Die heutige öffentliche Anhörung beschäftigt sich mit einem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ auf BT-Drs. 18/5293 und der dazugehörigen Unterrichtung der Bundesregierung mit demselben Titel sowie der dazugehörigen Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung auf BT-Drs 18/6012. Wir beschäftigen uns ferner mit einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Elektronische Gesundheitskarte stoppen - Patientenorientierte Alternative entwickeln“ auf BT-Drs. 18/3574, sowie mit dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Sicher vernetzt, gut versorgt - Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der Patienten gestalten“ auf BT-Drs. 18/6068.

Wie immer kurz einige Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung. Uns stehen zwei Stunden für die Fragen und Antworten zur Verfügung. Die Gesamtzeit der Fragen wird auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt. Allerdings hat die Fraktion der CDU/CSU 9 Minuten und die Fraktion der SPD 7 Minuten ihrer Gesamtfragezeit an die Oppositionsfraktionen abgetreten. Da wir die Experten in zwei Runden befragen, ergeben sich für die erste Fragerunde folgende Fragezeiten: 25 Minuten CDU/CSU, dann folgt die SPD mit 15 Minuten und die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 20 Minuten. In der zweiten Runde fragen dann noch einmal die CDU/CSU 25 Minuten und die SPD 15 Minuten.

Auf der Medienampel über ihnen läuft, für alle Anwesenden sichtbar, die Zeit mit. Dadurch haben wir Transparenz. Es wird niemand zu kurz kommen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern sich auch mit Namen und Verband vorzustellen. Der Grund ist ganz einfach, viele Zuschauer schauen sich die digitale Kommunikation nur zum Teil an und dann kann man, auch wenn man sich nur einen Ausschnitt anschaut, Verband und Person zuordnen. Ich bitte Sie auch, die mobilen Telefone auszuschalten und ich darf darauf verweisen, dass das Wortprotokoll der Anhörung auf unserer Homepage veröffentlicht wird. Sie können sich die Anhörung auch im Internet und im Parlamentsfernsehen noch einmal anschauen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Professor Köhler und Frau Prof. Böckmann. Ich möchte von Ihnen wissen, ob Sie den vorliegenden Gesetzentwurf grundsätzlich für geeignet halten, dass durch die Nutzung der elektronischen Kommunikation das Potenzial zur Verbesserung der medizinischen Versorgung zeitnah genutzt werden kann? Bitte gehen Sie insbesondere darauf ein, wo konkret spürbare Verbesserungen für Patienten sichtbar sind.

ESV **Prof. Dr. Friedrich Köhler**: Die Frage nach dem grundsätzlichen Nutzen kann ich uneingeschränkt mit Ja beantworten. Die Digitalisierung der Medizin wird einer der Haupttreiber für medizinischen Fortschritt sein und hat ein, das ist zweifelsfrei, großes Potenzial, Patienten länger leben zu lassen, Hospitalisierung zu verhindern und nicht zuletzt regionale Unterschiede überwinden zu können. Von vielen wird diese Innovation oder dieser Innovationsschub in der Medizin genauso gesehen wie beispielsweise die Antibiotika-Therapie. Brauchen wir dazu feste Regeln? Nicht erst seit dem G7-Gipfel zum Thema Antibiotikaresistenzen wissen wir, dass aus einem Segen sehr leicht ein Fluch werden kann. Aber ich denke, dass wir, indem wir die digitale Medizin bestimmten Regeln unterwerfen, Standards wie Vertraulichkeit, die die Patienten aus der Präsenzmedizin kennen, etablieren, einen großen Schritt tun. Darüber hinaus werden neue Formen der medizinischen Leistungserbringung, z. B. die telemedizinische Mitbetreuung in



der Häuslichkeit, es möglich machen, dass Patienten länger und besser außerhalb des Krankenhauses leben können. Das ist ein Wunsch des Patienten, aber das ist auch eine Herausforderung durch den demografischen Wandel, weil wir immer mehr Patienten in diesen besonderen Situationen haben werden. Die ambulante Versorgung in dem Fall auch die kostengünstigste. Im Grundsatz ist es ein wesentlicher Fortschritt in der Medizin. So trocken wie der Gesetzentwurf klingt, ist er ein Meilenstein.

ESVe **Prof. Dr. Britta Böckmann:** Ich begrüße dieses Gesetz, wenn es so kommen sollte, von ganzem Herzen. Denn mit der Frage, wie wir eine sichere Infrastruktur für den digitalen Datenaustausch im Gesundheitswesen schaffen, befassen wir uns nun schon sehr lange. Im ersten Entwurf stand, dass es die Gesundheitskarte 2006 geben sollte. Wenn man in der Szene unterwegs ist, dann hat man sich auch immer wieder von Jahr zu Jahr darauf verlassen, dass sie kommt. Insofern muss man zunächst einmal ganz klar sagen, dass es ein wichtiger und richtiger Schritt ist, mit Fristen und mit einem gewissen Druck auf der einen Seite und Anreizen auf der anderen Seite. Wir schaffen damit eine Basis, auf der dann entsprechende inhaltliche Anwendungen tatsächlich auch stattfinden können. Insofern ist es gut und ganz klar positiv, dass das an dieser Stelle kommt. Für den Patienten spürbar, das war ja auch die Frage, sind insbesondere zwei Punkte in dem Gesetzentwurf. Das ist zum einen der Notfalldatensatz. Das wird für jeden Patienten spürbar sein, der in die sicher nicht präferierte Lage kommt, dass sein Notfalldatensatz benötigt wird. Es ist aber sicherlich ein Fortschritt, wenn diese zentralen Daten tatsächlich jedem zur Verfügung stehen, der an der Behandlung in diesem Moment beteiligt ist und insofern wichtige Informationen nicht verloren gehen. Das Zweite ist der Medikationsplan, der leider zunächst papierbasiert ist. Ich hoffe, dass es dann schnell einen Schritt weitergeht. Aber auch papierbasiert ist die Verpflichtung zu einem Medikationsplan, der dann ausgetauscht und fortgeschrieben wird, ein wichtiger Schritt, der auch für den Patienten spürbar sein wird.

Ein dritter Bereich, der für den Patienten - glaube ich - erstmal nicht direkt spürbar ist, wird der Austausch von elektronischen Arztbriefen sein. Der Patient sieht diese zunächst erstmal nicht, ist aber

vielleicht indirekt davon positiv betroffen, wenn die Informationen dann tatsächlich ausgetauscht werden. Wirklich sehen würde er selber diese Informationen nur, wenn man sich dann tatsächlich dem nächsten Schritt, einer elektronischen Patientenakte, widmen würde, zu der auch der Patient selbst Zugriff hat. Das sind sicher erstmal die Dinge, die der Patient mitbekommt. An der Stelle ist deutlich mehr wünschenswert, aber darauf kommen wir bestimmt heute auch noch zu sprechen.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den bvitg, den GKV-Spitzenverband und die Bundesärztekammer mit Blick auch auf die elektronische Patientenakte. Wäre es aus Ihrer Sicht vorteilhaft, wenn die Notfalldaten, die geplant sind, der elektronische Medikationsplan sowie Entlass- und Arztbriefe dem Patienten als erste Bestandteile einer elektronischen Patientenakte auch direkt zur Verfügung gestellt werden, die dann später um weitere Inhalte erweitert werden könnten?

SV **Ekkehard Mittelstaedt** (Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)): Frau Dr. Leikert, Sie sprechen hier etwas an, was wir als bvitg glauben, der richtige Weg ist. Wir müssen den Patientennutzen bei der Anwendung und auch bei der Akzeptanz der IT im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt stellen und unseres Erachtens geht das nur über sinnvolle Anwendungen. Zu diesen sinnvollen Anwendungen gehören mindestens die von Ihnen eben beschriebenen Anwendungen für den Versicherten, für den Patienten selbst, der dann in einer entsprechenden Akte diese Daten zur Verfügung bekommen muss. Der dann über diese Akte – und das ist das Interessante, auch ein Problem, was wir mit Sicherheit heute hier noch erörtern werden, und durch die Nachfrage dafür Sorge tragen kann, dass Interoperabilität im Gesundheitswesen hergestellt werden kann. Das heißt, ja, wir brauchen die elektronische Patientenakte als sinnvolle Anwendung für den Versicherten, für den Patienten und als Voraussetzung der Akzeptanz der Telemedizininfrastruktur von E-Health in Deutschland.

SV **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Auch wir sind der Meinung, dass die elektronische Patientenakte ein wichtiges Mittel ist, um die Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten zu stärken und die Versorgung zu verbessern. Die genannten



einzelnen Anwendungen werden sicherlich auch zu der elektronischen Patientenakte führen. Hier ist es allerdings wichtig, dass wir erstens Schritt für Schritt vorgehen, um dieses Projekt nicht zu überfrachten und zweitens sicherstellen, dass dies auch dann entsprechend auf Online-Speicherung beruht und wir die Daten nicht auf der Karte haben, weil es dann realistischerweise nicht machbar sein wird.

SV Norbert Butz (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich schließe mich meiner Vorrednerin an und bin auch der Meinung, dass es nicht nur sinnvoll ist, sondern, dass es auch an der Zeit ist, jetzt die Grundlagen dafür zu legen. In dem E-Health-Gesetz legen Sie den Grundstein für das systematische Erstellen von elektronischen Dokumenten, z. B. den Notfalldatensatz, den Medikationsplan, Arztbriefe, Entlassbriefe, aber auch Informationen wie Hinweise zur Erklärung hinsichtlich der Organspende, Patientenverfügungen oder Betreuungsvollmachten. Diese Informationen sollten in einer Hand zusammengeführt werden und diese Hand sollte die des Patienten sein. Der Patient hat bislang noch keine – ich sage es jetzt technisch – Schnittstelle zur Telematikinfrastruktur. Er sollte in der Lage sein, zu entscheiden, welchen Behandlern er diese Informationen zur Verfügung stellt. Er könnte dies über seine eigene PIN steuern. Insofern ein uneingeschränktes Ja dazu und die Bitte, das noch in das laufende Gesetzgebungsverfahren mit aufzunehmen.

Abg. Reiner Meier (CDU/CSU): Meine Frage geht in Richtung Medikationsplan an die Bundesärztekammer und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten können auftreten, wenn ein Patient verschreibungs- und nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel nebeneinander einnimmt. Deshalb meine Frage, was wird aktuell zur Vermeidung von solchen Wechselwirkungen unternommen und welche Entwicklungsmöglichkeiten sehen Sie? Könnte durch die Einbeziehung weiterer Akteure in der Erstellung des Medikationsplanes die Medikationssicherheit verbessert werden?

SV Norbert Butz (Bundesärztekammer (BÄK)): Der Medikationsplan, der zunächst in einer Papierversion zur Verfügung gestellt werden soll, ist ein In-

strument, um dem Patienten selber, den behandelnden Ärzten, aber auch den Apothekern einen Überblick über die Medikation zu geben. Insofern ist es ein Instrument, das in hohem Maße sinnvoll ist. Wir brauchen bei der Anlage und Pflege dieses Instrumentes ein Miteinander von Ärzten und Apothekern. Wir sehen die Situation so, dass seitens der Ärzte die erstmalige Anlage, richtig verortet ist, weil insbesondere der Hausarzt den Überblick über bestehende Medikation, aber auch über Vorerkrankungen, Organfehl- oder Minderleistungen, Niereninsuffizienz und Schwangerschaft hat. Solche Informationen liegen beim Arzt. Wir brauchen aber auf jeden Fall aus zwei Gründen Apotheker in der Aktualisierung des Medikationsplanes. Zum einen, der ganze Bereich Selbstmedikation, die der Patient sich selber in der Apotheke erwirbt/kauft. Nur da hat der Apotheker die Transparenz und auch die Prozesse der Dispensierung in der Apotheke, wenn beispielsweise aufgrund eines Rabattvertrages ein anderes Präparat dispensiert wird, als das, was verordnet wurde. Aus diesen Gründen brauchen wir ein Miteinander von Ärzten und Apothekern bei einer sinnvollen Anwendung des Medikationsplans.

SV Prof. Dr. Martin Schulz (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Sie sprechen einen enorm wichtigen Teil an, den der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, nämlich die Zusammenführung der Selbstmedikationsdaten und der Daten der verordneten Arzneimittel durch die Ärzte. Hier muss man wissen, dass mehr als 40 Prozent der abgegebenen Packungen in deutschen Apotheken nicht ärztlich verordnet sind. Das ist fast die Hälfte der Arzneimittel, die angewendet werden. Wir sehen hier einen klaren Verbesserungsbedarf, nämlich von vornherein die Einbindung der Apotheken in die Erstellung, Aktualisierung und Fortschreibung des Medikationsplans. Weil, wie auch richtig von der Bundesärztekammer angesprochen wurde, wir um einen konsolidierten Medikationsplan erstellen zu können, nicht nur die Fertigarzneimittelbezeichnung durch die in der Apotheke abgegebenen Packungen, sondern auch eine Prüfung auf Arzneimitteltherapiesicherheit brauchen. Die häufigsten Fälle sind diese Wechselwirkungen und die müssen geprüft werden, bevor der Patient diesen konsolidierten Medikationsplan erhalten kann. Denn wir wollen die Sicherheit der Arzneimitteltherapie verbessern. Wir wollen nicht



nur ein Medium erstellen, damit der Patient einen Plan hat. Unser gemeinsames Ziel ist a die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit – was ich sehr begrüße in diesem Gesetzentwurf – und wofür wir in den vergangenen Jahren mit Hilfe des Bundesministeriums für Gesundheit gekämpft und gearbeitet und diesen Medikationsplan erstellt haben. Dafür gibt es im Übrigen abgestimmte Verantwortlichkeiten. Ich sehe hier eine klare Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und ihren Patienten. Wir haben klare Zuständigkeiten vereinbart und die werden in der Praxis auch umgesetzt, sodass diese Prozesse sehr gut laufen. Die Software, die flächendeckend bereits in den Apotheken verfügbar ist und bereits alle zwei Wochen aktualisiert wird, hilft gerade bei der Erkennung und Vermeidung von Wechselwirkungen in der täglichen Betreuung und Beratung der Patientinnen und Patienten. Insofern noch mal unsere Anregung, die Apotheken von vornherein in diesem Gesetz mit in die Ersterstellung und die Abstimmung mit den ärztlichen Kollegen einzubinden.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Herrn Prof. Haas, Frau Prof. Böckmann und Herrn Prof. Köhler. Wir haben bezüglich der elektronischen Patientenakte schon einen Blick in die Zukunft gewagt. Mich würde interessieren, was aus ihrer Sicht noch perspektivisch erforderlich ist und wir an Initiativen im E-Health-Gesetz ergreifen sollten. Bitte erläutern Sie das mit Bezug auf internationale Erfahrungen.

ESV **Prof. Dr. Peter Haas**: Die Potenziale sind zunächst einmal unerschöpflich. Denn im Ziel muss es darum gehen, eine geführte, koordinierte, multi-professionelle, integrierte Versorgung mit Elementen des Case-Managements zu realisieren. Die Basis dafür ist und bleibt eine elektronische Patientenakte, die aber nicht eine Sammlung von Dokumenten sein darf, denn dann wird sich der Arzt in hunderten von Dokumenten verlieren. Sondern sie muss mit einer gewissen Strukturierung und Granularität nach vorne schauend die medizinische Phänomenologie des Patienten abbilden. Insofern brauchen wir dafür erst einmal – und da existieren viele internationale Standards – die Spezifikation, was die erste Stufe einer solchen Akte inhaltlich ist. Die Selbstbestimmung bleibt erhalten, aber der Patient muss seine Ärzte ermächtigen können,

diese inhaltliche Führung sachgerecht vorzunehmen. Es gab Projekte, in denen der Patient jedes einzelne Element freischalten musste. Diese zeigten, dass die Akzeptanz nicht da ist. Dann muss man darüber diskutieren, wie man aus den Zielen, die man funktional hat, funktionale Dinge ableitet, die auch die Kooperationen Patient-Arzt verbessern. Wir haben das in den Staaten gesehen, wie Patienten auch in diese Daten schauen können, Mails schicken, Antworten bekommen und nicht immer Besuche machen müssen. Das Dritte ist, wenn wir diese „Use-Case-Funktionalitäten“ haben, dass wir uns über die entsprechenden Schnittstellen der Primärsysteme im Klaren sind. Sie wissen, die ersten Notfalldatenprojekte sind gescheitert, weil der Arzt in den Notfalldatensatz alles doppelt erfassen sollte. Das macht keinen Sinn. Das heißt, die Primärsysteme müssen über kontrollierte Schnittstellen diese erstmal kleineren Akte – aber das kann dann wachsen – ihre Information einstellen können.

Als letzten Punkt bin ich der Meinung, dass es enorm wichtig ist, dass die Menschen sich verstehen, nicht die Maschinen. Dazu muss man gemeinsam die Semantik definieren, dass man auch in diesen Akten Begriffe gleich benennt, sonst haben sie ein Sammelsurium an Begriffen, die so unterschiedlich sind, dass die Akte nicht lesbar wird. Ich glaube diese drei Schritte müssen wir gehen und dann sukzessive über die nächsten acht Jahre ausbauen.

ESV **Prof. Dr. Britta Böckmann**: Ich würde gerne bei dem Punkt „Beteiligung des Patienten“ ansetzen. Das ist nicht nur die elektronische Patientenakte, über die wir hier reden. In der Perspektive müssen wir darüber reden, wie stärken wir den Patienten insgesamt in seiner Rolle? Wie nehmen wir das Thema „patient empowerment“ ernst in dem Sinne, den Patienten wirklich als Partner in der Gesundheitsversorgung einzubinden. Dazu gehört, dass der Patient derjenige ist, der seine Daten managt und der das Recht hat, seine Daten einzusehen und zu entscheiden, wer auf seine Daten zugreifen darf und was in diese elektronischen Patientenakte eingestellt wird. Dazu gehört, dass wir uns Gedanken machen, wie wir die Daten integrieren können, die der Patient selber sammelt. Der Patient, gerade Chroniker, führen häufig heute schon Diabetes-Tagebücher und messen alles Mögliche. Dies sind



wichtige Informationen auch für den Hausarzt und für andere behandelnde Ärzte. Dazu müssen wir uns Gedanken machen. Es gab auch die Frage nach internationalen Beispielen. Das kann man sehr unterschiedlich umsetzen. In den USA beispielsweise gibt es einen „blue button“. Damit kann sich der Patient seine Daten aus jedem beliebigen System herunterladen. Wie er damit umgeht, ist seine Sache. Das ist keine Strategie, die zu uns hier in Deutschland passen würde. Ein anderes Beispiel ist die E-Health in der Schweiz, die sich sehr gut über die Frage Gedanken gemacht hat, wie ein solches E-Patienten-Dossier zu gestalten ist, welche Berechtigungen es braucht sowie über die Frage, wie man den Patienten bzw. den Bürger schulen und informieren muss, damit er damit gut umgehen kann. Das ist ein Beispiel, von dem man gut lernen kann.

Das ist der eine Bereich, den wir angehen müssen. Ein zweiter Bereich ist das Thema Telemedizin. Wir haben in dem Gesetz eine Indikation beschrieben und es gibt eine gewisse Aufforderung, sich mit dem Thema Telemedizin zu beschäftigen, inwieweit das abrechenbar sein kann oder nicht. Das reicht aus meiner Sicht nicht. Was wir brauchen sind andere Bewertungskriterien für telemedizinische Leistungen. Telemedizinische Leistungen sind nicht wie ein neues Medikament oder wie eine völlig neue medizinische Leistung, sondern es sind häufig einfach andere Kommunikationswege und Technologien. Das heißt, wir brauchen andere Bewertungskriterien, auf deren Basis der G-BA entscheiden kann, ob das eine regulär abrechenbare Leistung wird oder nicht. Wir sehen, dass viele Modellprojekte, die wir in der Telemedizin haben, leider trotz guter Technologie und guter Patientenakzeptanz nicht den Weg ohne diese Unterstützung in die Regelversorgung schaffen.

Der dritte Bereich, den wir strategisch angehen müssen, ist das Thema „Interoperabilität“. Wir haben in dem Gesetz ein Interoperabilitätsverzeichnis festgelegt. Das ist zunächst einmal eine Verwaltung dessen, was schon passiert. Das ist eine Verwaltung und eine Bewertung von „best-practices“. Es ist aber keine Gestaltung. Das ist ein ganz wichtiger Unterschied. Das Thema semantische Interoperabilität, das mein Kollege auch schon angesprochen hat, also gleiche Terminologien schaffen, werden wir über ein reines Interoperabilitätsverzeichnis

nicht hinbekommen. Damit man über gleiche Inhalte reden kann, beispielsweise mit SNOMED CT, was in allen Ländern, die uns in E-Health voraus sind, die Terminologie der Wahl ist, müsste Deutschland ganz praktisch gesehen zunächst Mitglied bei der entsprechenden Trägerorganisation von SNOMED CT werden. Das braucht einen Willen, dieses Thema wirklich inhaltlich zu gestalten. Da das komplexe Themen sind, würde ich mir wünschen, dass wir einen Prozess initiieren, bei dem wir – ähnlich wie in anderen Ländern – eine konsenterte E-Health-Strategie entwickeln, die einen Masterplan über die nächsten Jahre beinhaltet, die wichtigen nächsten Schritte in Zusammenhang bringt und für Patienten nachvollziehbar darstellt. Das Thema E-Health ist weder mit diesem Gesetz beendet, noch wird es mit möglicherweise einem zweiten Gesetz beendet werden. Das ist ein Prozess, der kontinuierlich begleitet werden muss. Ich würde mir wünschen, dass man den Start dieser E-Health-Strategie bzw. dieses Prozesses, dass man tatsächlich in eine solche Richtung geht, in diesem Gesetz verankert.

ESV Prof. Dr. Friedrich Köhler: Ich möchte auch sehen, dass diese digitale Vernetzung, die wir in vielen Facetten jetzt für alle bundesdeutschen Patienten als Medienwechsel auf der Datenaustauschseite sehen, geeignet ist, Telemedizin im Sinne von ärztlicher Tätigkeit, die den Standards der Präsenzmedizin genügt, über Entfernungen realisiert. Das ist ein wichtiger Punkt. Es geht also um Facharztstandards und Aufklärungspflicht. Die Chance, den Patienten die gewohnten Standards auch in der digitalen Welt zu bieten, ist mit dieser modernen Technologie vorhanden. Sie ermöglicht insbesondere den Ausgleich von regionalen Unterschieden. Wenn keine Fachärzte in der Nähe sind, diese aber aufgrund einer komplexen Erkrankung benötigt werden, wenn das nächste Herzzentrum 80 Kilometer entfernt ist, dann wird der Hausarzt über Telemedizin oder Telekardiologie seinen Patienten auf dem Dorf mittels eines Assists-Systems betreuen können. Der Patient kann weiter zu Hause leben, was für ihn einen großen Gewinn darstellt. Zudem werden weniger Ressourcen benötigt. Dieser Teil der telemedizinischen Leistungen muss vorangetrieben werden. Das ist aber weniger ein technologisches, als vielmehr ein Edukationsproblem für die künftige Ärztegeneration an den Hochschu-



len. Die Ärzte, aber erstaunlicherweise auch die Patienten sind sehr offen für die neuen Möglichkeiten. Unsere älteste Patientin ist 92 Jahre alt. Sie beherrscht ein Bluetooth-Netzwerk, ohne es zu wissen und ist froh, dass sie nicht wieder, wie die Jahre zuvor, ins Krankenhaus muss. Ihr Ziel ist es, Weihnachten mit den Enkeln zu verbringen. Das ist kein Einzelbeispiel. Es ist ein Konzept zum Wohl der Patienten, das diese Technologie hervorhebt und das wir befördern sollten.

Ein Punkt sind die internationalen Vergleiche. Es wird immer behauptet, alle anderen Staaten seien führend. Es klingt, als ob das Bodenseeufer im Nebel immer das schönere ist. Dem ist aber nicht so. In Deutschland wurden mit sehr viel öffentlicher Förderung Landmark-Studien im Bereich Telemedizin-Kardiologie-Telekardiologie durchgeführt. Wir erhalten in nahezu jeder Woche Besuch von ausländischen Delegationen. Der Tenor ist dann regelmäßig, wenn Deutschland eine Telematikinfrastruktur erstellen kann und wenn diese auch für den Teilbereich E-Health, also Telemedizin und ärztliche Tätigkeit in der digitalen Welt, eingesetzt werden kann, dann wird dies in den anderen Ländern Folgen haben. Zusammengefasst sage ich, dass wir auch im internationalen Wettbewerb große Chancen haben. Deshalb benötigen wir jetzt das Gesetz.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Marx, Prof. Dr. Köhler und an Frau Dr. Pfeiffer vom GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie vor dem Hintergrund des Gesetzentwurfs die Möglichkeit, laufende Modellprojekte in die Regelversorgung zu überführen, und für welche weiteren Indikationen sind telemedizinische Anwendungen denkbar, sinnvoll und eventuell bereits evaluiert?

ESV **Prof. Dr. Gernot Marx**: Wir haben bereits bei sehr vielen Beispielen evaluiert, dass die Telemedizin sowohl im stationären Bereich als auch im ambulanten Sektor für den Patienten einen erhöhten Nutzen hat. In Aachen haben wir diesen Nutzen z. B. für die Intensiv- und für die Notfallmedizin zeigen können. Durch sie kann die Versorgung in der Fläche und rund um die Uhr, sozusagen unabhängig von Zeit und Raum, sichergestellt werden. Das heißt, es kann eine wohnortnahe Versorgung

mit entsprechender Lebensqualität gesichert werden. Das ist eine wichtige Antwort auf die epidemiologische Herausforderung. Um zu einer umfangreichen Etablierung in der Fläche zu kommen, muss das zentrale Hindernis, die fehlende Abrechenbarkeit der Telemedizinleistungen, beseitigt werden. Im ambulanten Bereich gibt es neben der Teleradiologie viele andere Beispiele, für die über das Telemonitoring die Evidenz erbracht wurde. Es gibt das Monitoring zu Gerinnungstherapien, zu Bluthochdruck oder zu Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Wir müssen nun den nächsten Schritt gehen und von der Projektphase zur Regelversorgung kommen, denn das sind wir unseren Patienten schuldig.

ESV **Prof. Dr. Friedrich Köhler**: Die Projekte, die bereits Evidenz gezeigt haben, sind die Vorreiter Kardiologie und chronische Erkrankungen, z. B. COPD. Der Nutzen für bestimmte, klar definierte Patientengruppen – das gilt nicht für alle Patienten – sollte sehr schnell in die Regelversorgung überführt werden. Deshalb müssen mehr als eine Indikation, z. B. Kardiologie, in verschiedenen Facetten aufgenommen werden. Bei diesen Projekten war man gezwungen, technologische Insellösungen zu entwickeln. Das erste Förderprojekt hatte die Kompatibilität zur Telematikinfrastruktur zum Ziel. Hätten wir auf die Kompatibilität gewartet, hätten wir heute noch keine Ergebnisse. Die neuen Projekte sollten auf den neuen Datenautobahnen fahren und nicht mehr über die Feldwege und durch die Stürme, die sie bisher durchlaufen haben, ans Ziel kommen müssen.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Bitte seien Sie nicht überrascht, dass ich hinsichtlich der Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen und Studien etwas Wasser in den Wein gießen muss. Wir führen bereits die Diskussion, so wie es der Auftrag des Gesetzgebers ist, über die Einführung telemedizinischer Maßnahmen im Bewertungsausschuss und im erweiterten Bewertungsausschuss mit der KBV. Leider müssen wir feststellen, dass die Evaluationen nicht so aussagekräftig sind, wie es gerade dargestellt wurde. Wir diskutieren dort beispielsweise über die Überwachung der Funktionsfähigkeit von Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Nach den Vorgaben des Herstellers soll die Prüfung der Funktionsfähigkeit halbjährlich erfol-



gen. Jetzt diskutieren wir mit der Ärzteschaft darüber, ob die Überwachung nicht monatlich durchgeführt werden soll, weil dies technisch möglich und damit abrechenbar ist. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung muss eine solche Prüfung im Blick haben, ob die Prüfung für den Patienten einen zusätzlichen Nutzen darstellt und ob sie wirtschaftlicher ist. An dieser Stelle zeigt die Erfahrung, dass die Telemedizin eigentlich nur mehr Abrechnungsmöglichkeiten für die Ärzte darstellt. Dies kann nicht im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Deshalb sind wir der Meinung, wenn telemedizinische Anwendungen dem Patienten nützen, sollten diese auch eingeführt werden.

Wenn es sich um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt, müssen diese im Gemeinsamen Bundesausschuss mit den gültigen Kriterien bewertet werden. Das gilt auch für alle anderen medizinischen Leistungen. Ich kann nicht erkennen, warum es hier eine andere Bewertung geben soll. Wenn es keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist, kann der Bewertungsausschuss auch eine Entscheidung unter dem Gesichtspunkt der Gleichwertigkeit oder der besseren Versorgung oder/und z. B. der Wirtschaftlichkeit oder vielleicht der besseren Erreichbarkeit für den Patienten treffen. Es ergibt aber keinen Sinn, dass bei einem Patienten, der in der Reinhardtstraße wohnt, von der Charité aus die telemedizinische Überwachung durchzuführen. Anders ist es vielleicht, wenn er in Mecklenburg-Vorpommern wohnt. Für uns stellt sich die Situation im Moment so dar, dass es lediglich darum geht, die Geräte einzusetzen, und dass es nicht darum geht, einen zusätzlichen Nutzen für den Patienten zu erzielen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich richte meine Fragen an die Verbraucherzentrale und den Einzelsachverständigen Professor Haas. Für die Patientinnen und Patienten sind die Datenhoheit und der Datenzugang wesentliche Aspekte. Deswegen frage ich Sie, ob Sie das Gesetz für zielführend und vor allen Dingen auch praktikabel halten. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, möchte ich wissen, wie aus Ihrer Sicht für die Patientinnen und Patienten ein sicherer und praktikabler Zugriff auf die Daten möglich und gestaltbar wäre.

SVe **Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale

Bundesverband (vzbv): Mit dem Datenzugang seitens der Patienten steht und fällt für uns zum großen Teil auch der Nutzen für Patienten. So wie wir das Gesetz lesen, ist nach wie vor der Datenzugang über E-Kioske bei den Krankenkassen angedacht. Dies entspricht nach unserer Einschätzung nicht mehr dem derzeitigen Stand der Technik und auch nicht dem Stand der gesellschaftlichen Entwicklung. Viele Krankenkassen unterhalten beispielsweise gar kein so dichtes Filialnetz, um diesen Zugang zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund halten wir es für notwendig, dass die Patienten einen direkten Zugang auf ihre Daten erhalten. Dieser sollte idealerweise an bereits vorhandenen Systemen anknüpfen, beispielsweise mit der elektronischen Krankenversichertenkarte und einer Pin. Es genügt mittlerweile nicht mehr, den Zugang nur über den eigenen Computer zu sehen. Wir werden insbesondere mit mobile devices und ähnlichem eine sehr intensive Einbindung von mobilen Geräten, vor allen Dingen von Handys und Smartphones, haben, so dass auch hier ein Zugang mit entsprechender Authentifizierung vorgesehen werden müsste. Es könnte auch sein, dass man das an einen elektronischen Personalausweis anhängt oder eine ähnliche Lösung findet.

ESV **Prof. Dr. Peter Haas**: Ich glaube, man muss das ein bisschen differenzieren. Die Frau Kollegin Böckmann sprach es schon an, der Patient modifiziert seine Akte. Ich denke, wir müssen differenzieren. Es gibt Menschen, die das nicht mehr können oder wollen, z. B. im Palliativ- oder im Demenzbereich. Wir bauen Infrastrukturen, damit die Versorger besser versorgen. Das ist der eine Bereich. Der andere Bereich, und da gebe ich Ihnen völlig recht, ist der Bereich der Chroniker, der jüngeren, der souveränen Patienten, die im Grunde die Möglichkeit haben sollten, diese Daten nicht nur einzusehen. Eine große Sache, die heute fehlt, ist, die patientenbezogene Anwendung zu betrachten. Wenn wir einen Medikationsplan haben, können wir – wir haben das gemacht – den Patienten etwas zur Verfügung stellen, damit er seine eigene Medikation managt. Das geht aber nicht mit einer PDF-Datei oder einem Papierausdruck, sondern nur mit einem interoperablen Datensatz, den er nicht nur irgendwo einsehen, sondern auch abrufen kann. Damit wird zur Patientensouveränität, zum Selbstmanagement und zum Patienten-Empowerment beigetragen. Insofern denke ich, die Hoheit ist natürlich



auch die Hoheit, diese informationelle Selbstbestimmung zu entscheiden, ob Anwendungen für mich genutzt werden. Aber gefährlich wird es, wenn wir dann beginnen, wie beim Beispiel Notfalldatensatz, das eine Attribut möchte ich nicht haben, das nächste soll rein. Es gibt ja auch eine Ordnungsmäßigkeit des medizinischen ärztlichen Handelns. Darüber müssen wir gesellschaftlich Konsens schaffen, in welcher Granularität Zustimmung und Selbstbestimmung möglich ist, und wo sie nachher keinen Sinn mehr ergibt, weil die Verlässlichkeit für ärztliches Handeln verlorengeht. Nehmen Sie an, ein Patient managt seinen eigenen Medikationsdatensatz und löscht ein Medikament raus. Dann muss ihm entweder bewusst sein, was die Konsequenzen sind, oder ich muss gesellschaftlich entscheiden, wer quasi selbst den „Schweizer Käse“ gestaltet, darf nicht mehr den Anspruch haben, dass das System mit diesem „Schweizer Käse“ optimal behandelt. Das Thema Hoheit und Zugänge ist tatsächlich ein sensibles, ein komplexes Thema, und ich bitte Sie, immer diese zwei Kohorten zu betrachten. Patienten, die wirklich Selbstmanagement können, junge Chroniker usw. und multimorbide Schwerkranke, die multiprofessionell – ich hatte es schon gesagt – integriert und zeitnah retrospektiv und prospektiv transparent versorgt werden müssen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Peters und an den GKV-Spitzenverband. Die Telematikinfrastruktur soll und wird in Zukunft die einzige und die sicherste Kommunikationsplattform für das Gesundheitswesen sein. Kommt das aus Ihrer Sicht im Gesetz ausreichend klar zum Ausdruck? Wenn das nicht der Fall ist, was müsste ggf. geändert werden?

ESV **Dr. Christian Peters**: Die Festlegung, dass Anwendungen nach § 291 ausschließlich über die Telematikinfrastruktur abzubilden sind, ist richtig. Darüber hinaus ist die Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere Anwender z. B. aus der Pflege ein folgerichtiger Schritt, ebenso für die Nutzung in der Gesundheitsforschung. Richtig ist ebenfalls, dass Anbieter von außerhalb der Telematikinfrastruktur nachweisen müssen, dass sie sämtliche Sicherheitsanforderungen erfüllen. Es ergibt sich jedoch weiterer Konkretisierungsbedarf im Hinblick auf die Telematikinfrastruktur als einheitliches und

zentrales System. Wenn wir schon übergangsweise davon ausgehen müssen, dass Bestandsnetze zumindest zeitweise genutzt werden, ist es sicherlich angemessen sicherzustellen, die Entwicklung von sektorspezifischen Netzen insgesamt zu verhindern und der GKV nicht auch noch eine Finanzierung der Zementierung von Sektoren über sektorspezifische Netze aufzuerlegen.

Zweitens ist es sicherlich angemessen, die Verwendung von Versorgungstaten außerhalb der eigentlichen Versorgungserbringung weiter zu konkretisieren, um kommerzielle Nutzung beispielsweise durch Weitergabe von Daten an Pharmaunternehmen oder ähnlich interessierte Dritte zu unterbinden. Auch Anbieter von elektronischen Fallakten oder ähnlichen Lösungen müssen sicherstellen, dass die Daten der Versicherten nach ebenso hohen Standards wie die der gesetzlichen Krankenversicherung gesichert sind. Drittens ist es sicherlich angemessen, Spielräume für regionale Versorgungsnetze zu erhalten, damit diese ihre Kommunikation untereinander und mit ihren Patienten gestalten und nutzen können und die dort im Augenblick bestehenden Projekte nicht zu sehr durch bundeseinheitliche Regelungen einzuschränken.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): In der eben schon erwähnten ersten Gesetzgebung zur Einführung der Telematikinfrastruktur bzw. im Vorfeld ist entschieden worden, dass die Finanzierung der Infrastruktur durch Beitragsgelder der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll. Es ist damals dezidiert eine Diskussion geführt worden, ob das nicht eigentlich eine staatliche Aufgabe ist. Es ist entschieden worden, dass die Finanzierung aus GKV-Beitragsmitteln geschehen soll. Vor dem Hintergrund ist es wichtig, dass diese Telematikinfrastruktur nun auch für alle Anwendungen genutzt wird, die jetzt im Gesundheitswesen erfolgen, d. h., dass sämtliche medizinische Daten über diese eine Telematikinfrastruktur geführt werden. Der Punkt der Sicherheit ist eben schon angesprochen worden. Nur hier gelten die höchsten Sicherheitsanforderungen, die das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) an eine solche Infrastruktur stellt. Es geht hier um sensible Gesundheitsdaten und deshalb begrüßen wir es, dass in dem Gesetzentwurf klargestellt wird, dass dies auch künftig die einzige Infrastruktur ist, über die solche sensiblen Gesundheitsdaten geleitet werden.



In dem Zusammenhang ist es für uns völlig unverständlich, dass es in der Übergangszeit möglich ist, andere Netze zu nutzen, die zumindest potenziell unsicher sind und keine Bestätigung ihrer Sicherheit durch das BSI haben. Wir wissen alle, dass einige der Probleme im Aufbau der Telematikinfrastruktur mit den hohen Sicherheitsanforderungen zusammenhängen. Deswegen ist es völlig unverständlich, dass man jetzt für Übergangszeiten andere Netze zulässt, die diese Sicherheitsanforderungen nicht erfüllen. Hinzu kommt, dass die gesetzlich Krankenversicherten bzw. die Beitragszahler auch noch den weiteren Auf- und Ausbau dieser Netze finanziell fördern sollen. Deswegen halten wir es für einen Fehler, dieses hier so festzulegen. Es ist richtig, die Telematikinfrastruktur als einzige und sicherste Kommunikationsplattform festzulegen. Das sollte aber auch für die Übergangszeit gelten.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage greift fremden Änderungsbedarf auf und richtet sich an die Caritas, an Frau Dr. Fix. Wie bewerten Sie die im Änderungsantrag 7 vorgesehene Regelung zu § 132a SGB V – häusliche Krankenpflege – und den darin vorgesehenen Transparenzvorschriften zum Nachweis der tatsächlichen Bezahlung von Tarifen? Ist diese Regelung aus Ihrer Sicht sachgerecht oder sehen Sie ggf. Änderungsbedarf?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband): Wir begrüßen nachdrücklich die Regelung, dass jetzt in die Bundesempfehlungen Transparenzvorgaben für Nachweispflichten für die Bezahlung von Tariflöhnen, aber auch für nichttarifliche Arbeitsentgelte aufgenommen werden. Der Nachweis von Tarifen oder auch nichttariflichen Arbeitsentgelten ist jedoch kein Selbstzweck. Das Gesetz oder die Begründung zu diesem Änderungsantrag sieht vor, dass der Änderungsantrag dazu dienen soll, dass es zu einer besseren Anerkennung der tariflichen Entlohnung kommt. Bereits hier sehen wir schon Nachbesserungsbedarf. Es muss im Gesetz ausdrücklich festgelegt werden, dass tarifliche Bezahlung stets als wirtschaftlich anzuerkennen ist. Mit dem PSG II wurden im § 84 und 89 SGB XI entsprechende Regelungen eingeführt, von denen wir jetzt schon sehen können, dass es sich in der Praxis dahingehend außerordentlich bewährt. Wir würden es begrüßen, entsprechende Formulierungen auch in den § 132a SGB V aufzunehmen. Ich möchte –

wie schon mehrfach hier in diesem Saal gesagt, dass in § 132a SGB V auch das Wörtchen „preisgünstig“ aus der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie einmal zu streichen ist. Es ist klar zu sagen, dass die Leistung der häuslichen Krankenpflege wirtschaftlich erbracht werden muss, das steht auch schon im Gesetz. Preisgünstig hingegen halten wir nicht für angemessen. Es ist eine professionelle Leistung, eine hochwertige Leistung, und das Kriterium „preisgünstig“ steht dazu im Widerspruch. Wir bitten daher den Gesetzgeber, zu überdenken, ob im Zuge einer Novellierung des §132a SGB V auch diese Baustelle bereinigt werden könnte.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Peters. In der Vergangenheit waren die Verzögerungen beim Aufbau der Telematikinfrastruktur teilweise den Entscheidungsstrukturen geschuldet. Haben Sie konkrete Vorschläge, wie man diese Verzögerungen insbesondere im Hinblick auf die technische Umsetzung und den Betrieb in Zukunft vermeiden kann, um die Umsetzung des Projektes zu beschleunigen?

ESV Dr. Christian Peters: Den meisten Anwesenden ist sicherlich bewusst, dass das zentrale Problem des Telematik-Projektes die Governance-Struktur der Gesellschaft für Telematik ist. Dieses Problem bleibt auch mit dem aktuellen Gesetzesentwurf im Wesentlichen ungelöst. Die doppelte Zuständigkeit der gematik-Gesellschafter sowohl für die Entwicklung der fachlich-inhaltlichen Anwendung, also Versichertenstammdienst, E-Rezept, Notfalldatenfallakte usw., als auch für die operative Umsetzung bleibt erhalten und bietet insbesondere bei der technischen Umsetzung ein enorm hohes Blockadepotenzial. Diese Form der doppelten Aufgabenzuständigkeit wird auch in Zukunft einer zielgerichteten und effizienten Umsetzung der gesetzgeberischen Vorgaben zur Telematikinfrastruktur im Wege stehen, weil einige Leistungserbringergruppen durch ihr Interesse an der Wahrung eines versorgungsinhaltlichen Status quo kaum motiviert sein können, zentrale Entscheidungen innerhalb der gematik zu treffen. Zur Lösung dieses Problems könnte eine „objektivierende“ Governance-Studie erwogen werden, die eine Diskussionsbasis für alternative Lösungen außerhalb des konkreten Gesetzgebungsprozesses schaffen könnte.



Damit ein solch komplexes Projekt wie die Einführung der Telematikinfrastruktur funktioniert, sollte möglicherweise Folgendes bedacht werden: Erstens: Die Projektverantwortung sollten grundsätzlich diejenigen tragen, die das größte Interesse an einer zügigen Umsetzung haben. Das sind die Kostenträger. Der Bauherr bestimmt die Vorgänge auf der Baustelle. Zweitens: Die von mir schon adressierte Trennung von politischen Entscheidungen und Umsetzungsverantwortung. Drittens: Die konsequente Trennung von Verantwortung für die Konnektivität, also für die Verbindung der einzelnen Systeme mit der Telematikinfrastruktur, und für die Inhalte, also für Anwendungen, Datenkennzahlenberechnung etc. des Netzes. Damit kann die Kontrolle über die technischen Funktionen des Netzes interessensneutral erfolgen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an das Bündnis Stoppt die e-Card. Die elektronische Gesundheitskarte sollte laut Gesetz Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit verbessern. Wie ist Ihre Einschätzung, inwieweit das gelungen ist oder in Zukunft absehbar gelungen wird?

Sve **Dr. Silke Lüder** (Bündnis Stoppt die e-Card): Ich möchte kurz zu diesen drei Aspekten Stellung nehmen und einige kritische Anmerkungen machen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben bisher mehr als 1,3 Milliarden Euro ausgegeben. Dies zur Frage der Wirtschaftlichkeit. Die Gesamtkosten des Projektes betragen ein Vielfaches davon, wenn man die Kosten aller beteiligten Institutionen berücksichtigt. Bis 2017 müssen alle Karten neu ausgegeben werden. Zudem müssen die stationären Kartenlesegeräte, wie wir jetzt gehört haben, wider aller Versprechungen vorher in den Praxen erneuert werden, weil sie nicht sicher sind. Das allein verursacht erneut Kosten von mehreren 100 Millionen Euro. Wirtschaftliche Abläufe im Gesundheitswesen sind in den letzten 10 Jahren der Planung noch nicht erreicht worden. Es liegt bis heute keine Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) vor, die eine belastbare Planung ermöglichen würde. Die einzige KNA ist zehn Jahre alt. Die Zielanwendung einer Totalvernetzung des gesamten Gesundheitswesens mit der Patientenakte in einer zentralisierten Infrastruktur ist nicht spezifiziert. Dieses Projekt gleicht unserer Meinung nach einem Flugzeug, das man ohne Kurs und Landebahn am Zielort starten lässt. Es ist auch

ein Irrtum zu glauben, dass man per se große Einsparpotenziale mit Hilfe einer zentralisierten elektronischen Patientenakte realisieren und die Qualität automatisch verbessern kann. Davon gehen wir nicht aus. Internationale Erfahrungen sprechen dagegen, auch wenn das immer anders dargestellt wird. In Frankreich hat der Rechnungshof zehn Jahre nach Einführung einer elektronischen Patientenakte 2014 ein verheerendes Ergebnis konstatiert: Nicht einmal zehn Prozent der geplanten E-Akten waren im Umlauf und die Kosten im Vergleich zum Nutzen gigantisch. Im Jahr 2012 veröffentlichten US-Forscher das Ergebnis einer großen Studie in der New York Times. Demnach hatten in den USA Ärzte, die mit einer zentralisierten E-Akte arbeiteten, deutlich mehr teure technische Untersuchungen in Auftrag gegeben als die anderen Ärzte.

In Deutschland sind bisher alle Projekte für elektronische Gesundheitsakten mangels Interesse von Versicherten wieder eingestellt worden, so z. B. die Akte der BARMER GEK, die ersten Patientenakten von Google und Microsoft. Das wird manchmal vergessen. Im vorliegenden Entwurf zum E-Health-Gesetz der Bundesregierung werden freiwillige Anwendungen forciert. Elektronisch gespeicherte Notfalldaten retten Leben, sagt Minister Gröhe. Als praktisch tätige Allgemeine- und Notärztin kann ich dem aber so nicht zustimmen. Der Notfalldatensatz auf eCard hat sich inzwischen in eine kleine elektronische Patientenakte verwandelt, die aber nach den neuen Plänen ohne verpflichtende Pin auslesbar sein soll. Der Notfalldatensatz, den ich mir ausführlich angeschaut habe, ist sehr komplex strukturiert. In einem bundesweiten Test im Jahr 2008 haben die Ärzte mindestens 20 Minuten benötigt, um den Datensatz anzulegen. Im Notfall benötigt der Notarzt jede Sekunde und einige wichtige Daten, die der Patient oder ein Angehöriger liefern. Außerdem sollten alle chronisch Kranken den europäischen Notfallausweis – ENA – besitzen. Dieser ist in neun Sprachen international auslesbar und kostet wenige Cent. Die eCard nutzt im Ausland nichts. Das ist diese kleine Karte, die es schon lange gibt. Transparenz sehe ich für die Patienten überhaupt nicht verwirklicht. Das ist heute schon mehrfach angesprochen worden. Die Patienten, um deren Daten es geht, sind bei der gesamten Planung genauso außen vor, wie die Praxisärztinnen und -ärzte, die dieses Gesetz umsetzen müssen. Für die



Ärzte hält das Gesetz nur Zwangsmaßnahmen bereit. Das finde ich wenig überzeugend. Mit dem Versichertenstammdatenmanagement werden die Arztpraxen in Kontrollstellen der Krankenkassen umgewandelt. Eine Identitätsprüfung soll stattfinden, die aber mit ungeprüften Fotos überhaupt nicht stattfinden kann. Der Zwangsanschluss aller Praxen an die zentrale VSDM-Infrastruktur, die es bei Arvato-Systems bereits seit 2014 gibt, wird bundesweit ziemlich flächendeckend von den Haus-, Fach- und Zahnärzten abgelehnt. Das wird man also politisch gegen den Widerstand der praktischen Ärzte durchsetzen müssen.

Für eine weitere Planung schlagen wir als bundesweite Bürgerinitiative aus 54 Verbänden und Organisationen aus allen Bereichen der Gesellschaft ein Moratorium des gesamten Projektes vor, also den sofortigen Stopp der weiteren Anwendung, eine ehrliche, neue Kosten-Nutzen-Analyse und die Entwicklung einer dezentralen Alternative, die patientenfreundlich ist und für die Ärzte eine Punkt zu Punkt-Kommunikation umfasst. Man müsste den Kurs also neu ausrichten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung. Ein wichtiger Kritikpunkt, der auch von der Ärzteschaft immer wieder formuliert wurde, bezieht sich auf die Speicherung von sensiblen Daten auf Megaservern. Neuerdings sprechen sowohl die Bundesregierung als auch die gematik und andere davon, dass es sich um ein reines Vernetzungsprojekt handeln würde. Wie bewerten Sie dies und würden Sie sagen, dass nun die Gefahr für unsere sensiblen Gesundheitsdaten ausgeräumt ist?

SV **Kai-Uwe Steffens** (Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung): Nein, die Gefahr ist nicht vorüber, sie ist nur besser getarnt worden. Zu dem gesamten Projekt der Telematikinfrastruktur und elektronischen Gesundheitskarte gehören nicht nur die Punkte, die derzeit etabliert werden. Es gehören, damit das Ganze ökonomisch überhaupt Sinn macht, weitere Anwendungen dazu, die eine Datenhaltung auch an zentralen Stellen vorsehen. Genannt seien die elektronische Patientenakte oder andere Anwendungen. Damit das Ganze ökonomisch sinnvoll ist, wird man erreichen müssen, dass diese freiwilligen Anwendungen bei den Patienten eine gewisse Durchdringung erreichen. Eine

Studie zu dem Thema ist zu dem Ergebnis gekommen, dass dafür hohe Prozentzahlen nötig wären. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in anderen Ländern werden wir damit rechnen müssen, dass das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung und die Freiwilligkeit der Zustimmung zur Datenverwendung durch monetäre Anreizsysteme oder vielleicht sogar durch direkte oder indirekte Sanktionsmaßnahmen unterlaufen wird. In vielen Fällen werden die Patienten überhaupt nicht in der Lage sein, die Tragweite ihrer Entscheidung, die Datennutzung freizugeben, beurteilen zu können. Das können vielleicht Fachleute, die sich richtig damit beschäftigen. Für die Vielzahl der Patienten wird das nicht möglich sein. Meiner Meinung nach entspricht es nicht dem Prinzip der staatlichen Daseinsversorger, ein System zu etablieren, das existenziell darauf angewiesen ist, dass Patienten aus Unwissenheit und Sorglosigkeit einer Datennutzung zustimmen.

Zweitens: ein System ist eben nicht nur dadurch angreifbar, dass es an zentralen Stellen Daten vorhält, sondern auch dann, wenn es an zentralen Stellen Daten hindurchtransportiert, also an sogenannten Datenknoten. Ich erinnere an den DE-CIX in Frankfurt und die Angriffe fremder Geheimdienste auf unsere Daten. Die Telematikinfrastruktur weist eben auch solche Strukturen auf. Ich bin der Meinung, dass eine solche Struktur im Jahr drei nach Snowden, in dem wir jetzt leben, schlicht und ergreifend nicht mehr zeitgemäß ist. Hier sind ein Umdenken und eine Neukonzeption erforderlich. Drittens kann man schon jetzt feststellen, ich entnehme das den Stellungnahmen einzelner Verbände zu diesem heutigen Termin, wo nur begrenzt von Datenaufkommen die Rede ist, Begehrlichkeiten entstehen. Das heißt, es wollen Instanzen an Daten heran, wo es bis jetzt noch nicht vorgesehen ist. Genannt sei, Sie mögen es mir verzeihen, die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, der aus einer mir nicht tragfähig erscheinenden Argumentation heraus Zugriff auf die Daten des Stammdatenmanagements haben will. Das würde die Krankenkassen in die Lage versetzen, Bewegungsprofile und ähnliche Dinge zu den Patienten anzulegen. Das Stichwort lautet „Aufweichung des Datenschutprinzips der Zweckbindung“. Lassen Sie mich, um das etwas blumiger zu formulieren, generell eine Gefahr darstellen: Vor zwei Tagen hat die Bundeskanzlerin davon gesprochen, dass Daten der



Rohstoff des 21. Jahrhunderts seien. Sie führte weiter aus, ich zitiere wörtlich: „Wir müssen aufpassen, dass der Datenschutz nicht die Oberhand über die wirtschaftliche Verarbeitung gewinnt.“ Ich sage es Ihnen ganz ehrlich, gerade bei den Themen E-Health-Gesetz oder Telematikinfrastruktur wird mir angst und bange, da wir hier von sehr persönlichen Daten reden. Mein Verständnis vom Gesundheitswesen ist, dass es ein soziales Sicherungssystem ist und auch als solches erhalten werden sollte. Es sollte eben nicht, weder direkt noch indirekt, zu einer Rohstoffhalde, zu der man Schürfrechte verleiht, umgebaut oder umdeklariert werden. In diesem Sinne plädiere ich eindringlich dafür, und das gilt insbesondere für die Abgeordneten des Bundestages, sich einem Umbau oder eine Umstrukturierung des Gesundheitswesens vehement zu widersetzen und stattdessen Alternativen zu fördern, die die oben genannten Risiken eben nicht aufweisen. Dazu gehören beispielsweise die Förderung von sicherer, echter Punkt-zu-Punkt-Kommunikation und andere Vorschläge, die auf dem Tisch liegen. Andere Kurse, so wie sie jetzt mit dem E-Health-Gesetz vorgesehen sind, sind meiner Meinung nach eine direkte oder indirekte Aushöhlung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung. Ich hoffe, dass wir uns einig sind, dass wir das nicht wollen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen zur Patientensicht. Was bewirkt das E-Health-Gesetz für oder auch gegen die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und wie bewerten Sie dahingehend den Antrag der Fraktion DIE LINKE.?

SV **Michael Bialek** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Die Patienten haben per Gesetz Zugriff auf ihre eigenen Daten. Leider ist bisher noch nicht geregelt worden, wie und wann das umgesetzt wird. Der Datenzugriff sollte ursprünglich in Datenkiosken in Krankenkassen oder auch in Arztpraxen geschehen. Das halten wir für unpraktikabel, weil es den Betrieb in der Arztpraxis aufhalten würde. Im Moment ist das überhaupt nicht in Sicht. Allerdings sind wir natürlich dafür, dass die Patienten Transparenz über ihre Daten haben. Also nicht nur, dass man Transparenz über den Patienten hat.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage zu dem Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen zum Thema „chronische Wunden“. Die Frage geht an die Initiative chronische Wunden. Der Änderungsantrag eröffnet für Wundzentren die Abrechnungsmöglichkeit über die häusliche Krankenpflege. Wie bewerten Sie als vom G-BA anerkannte Fachgesellschaft den Begriff „Wundzentrum“, wie er in diesem Änderungsantrag verwendet wird und welche Auswirkungen sehen Sie auf die Behandlungsqualität chronischer Wunden?

SVe **Madeleine Gerber** (Initiative Chronische Wunden e. V.): Bislang wird die Leistungserbringung für häusliche Krankenpflege im Bereich der Wundversorgung in der Häuslichkeit erbracht. Die Erweiterung des Gesetzes sieht vor, dass der Leistungsort an anderen Orten erbracht und dort auch abgerechnet werden kann. In der Begründung zum Gesetzesentwurf heißt es, man will mit dieser Erweiterung des Leistungsortes sogenannten Wundzentren die Möglichkeit schaffen, qualifizierte Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Eine Abrechnung ist an diesen Orten bislang nicht möglich.

Sie haben gefragt, wie die Fachgesellschaft ICW zu der Bezeichnung „Wundzentrum“ steht. Wir haben als Fachgesellschaft ein Qualifizierungssystem entwickelt, mit dem Wundzentren in Deutschland zertifiziert werden. In Berlin haben wir zum Beispiel das Bundeswehrkrankenhaus zertifiziert. Dort kann man unsere Anforderungen erfragen. Ein Wundzentrum sollte zum Beispiel gewährleisten, dass in räumlicher und organisatorischer Nähe Behandler von allen Professionen vorhanden sind. Also nicht nur Pflegende, sondern auch ärztliche Disziplinen unterschiedlicher Fachrichtungen, so dass das Thema „chronische Wunde“, das letztlich nur ein Symptom für eine Grunderkrankung ist, in einem Wundzentrum ausreichend diagnostiziert und therapiert werden kann. Ein Wundzentrum auf rein pflegerischer Basis lehnt die Initiative Chronische Wunden in diesem Zusammenhang ab. Die Finanzierung eines pflegerischen Wundzentrums nach der aktuellen Vergütungsstruktur ist nicht möglich, weil ambulante Pflegedienste die häusliche Krankenpflege erbringen. Diese haben in den unterschiedlichen Bundesländern unterschiedliche Sätze, die sie abrechnen. Eine Finanzierung eines Wundzentrums mit den Qualitätsstandards, wie



wir es uns vorstellen, ist über dieses Vergütungssystem nicht möglich. Es bleibt die Frage offen, wie eine Finanzierung aussehen könnte. Die Erbringung der Leistungen Wundversorgung in Diagnostik und Therapie sollte mit einem Medizinprodukthandel der Wundaufgaben, der Dinge in der Wundversorgung verkauft, aus einer Hand erfolgen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Zilch. Wie wir wissen, wurde es versäumt, die Übereinstimmung der auf dem Foto der Gesundheitskarte abgebildeten Person mit der oder dem tatsächlich Versicherten zu überprüfen. Die elektronische Gesundheitskarte kann also heute nicht zur Identifikation etwa in der Arztpraxis herangezogen werden. Welche Folgen hat das für das Projekt als Ganzes und für die im Gesetzentwurf geplanten Regelungen im Besonderen?

ESV **Dr. André Zilch**: Wie wir heute schon mehrfach gehört haben, gehören die Sozialdaten zu den schützenswertesten Daten überhaupt. Der Schutzbedarf geht deutlich über den von Bankdaten hinaus. Der internationale Standard ISO 29115 beschreibt, wie eine Authentifizierung in Geschäftsprozessen zu erfolgen hat. Dort werden insbesondere die unterschiedlichen Vertrauensniveaus für Authentifizierung und die Richtlinien zur Erreichung dieser entsprechenden Niveaus spezifiziert. Dieser Standard definiert sowohl die technischen als auch die organisatorischen Bedingungen, um diese jeweiligen Niveaus zu erreichen.

Wir hatten vorhin das Thema BSI. Das BSI hat diesen internationalen Standard auch in deutsche Norm umgesetzt. Wichtig ist dabei, dass dieses Niveau nur im Zusammenspiel zwischen den technischen und organisatorischen Maßnahmen einerseits und dem Einhalten der Vorgaben für das jeweils angestrebte Vertrauensniveau andererseits erreicht werden kann. Das ist wie bei der Einhaltung von Abgasstandards in den USA. Entweder man hält die Standards ein, dann klappt es oder man hält die Standards nicht ein und dann hat man das angestrebte Vertrauensniveau nicht erreicht. Für die Erreichung des Vertrauensniveaus für Sozialdaten sind vier organisatorische Maßnahmen zwingend vorgeschrieben. Es muss einerseits eine persönliche Registrierung des Antragstellers erfolgen, bei der Beantragung einer elektronischen Identität

muss der Beantragende seine Identität durch Vorlage seines Ausweises mit Bild nachweisen und ein neutraler Dritter muss diese Identitätsprüfung durchführen. Es kann nicht sein dass eine Krankenkasse per Internet-Upload oder der Versicherte selbst diese Informationen bestätigt. Und der die Identitätsprüfung vornehmende Dritte muss bestimmten Sicherheitsanforderungen genügen. Hier muss gesagt werden, dass Arbeitgeber diese Sicherheitsstandards üblicherweise nicht erfüllen, weil sie dafür keine Ausbildung haben. Werden diese Maßnahmen nicht genauso durchgeführt, so hat man zwar möglicherweise die technischen Standards alle eingehalten, aber auf Grund der Mängel in der organisatorischen Umsetzung kann das Vertrauensniveau nicht erreicht werden. 2004 ist dieser Fakt in der Sicherheitsarchitektur von b4health bereits abgebildet worden. Es heißt dort: „...werden festgestellte Identitäten als Basis zur Ausstellung von digitalen Zertifikaten verwendet, so muss die Qualität des Identifizierungsprozesses dem Sicherheitsniveau des auszustellenden Zertifikats entsprechen“. Und daraus wurde abgeleitet, dass die derzeitigen Fachverfahren zwischen den Versicherten und den Kassen auf das Sicherheitsniveau der eGK anzupassen sind. Das heißt, die gesamten Beantragungs- und Ausgabeprozesse so wie sie bei der KVK (Krankenversicherungskarte) wunderbar funktioniert haben, lassen sich nicht eins zu eins auf die eGK übertragen. Denn im Gegensatz zur alten KVK ist die eGK nicht nur Versicherungsnachweis, sondern, wir haben es auch heute schon mehrfach gehört, zentraler Schlüssel zum Zugriff auf die persönlichsten Daten überhaupt. Man kann zwar trefflich darüber streiten, ob man diese organisatorischen Anforderungen für sinn- und sachgerecht hält oder nicht, aber man kann sie von diesen Standards nicht so einfach befreien.

Wenn man den Datenschutz einhalten möchte und wir hatten vorhin das Thema, der Datenschutz steht an erster Stelle, dann gelten diese internationalen Standards und man muss sie einhalten. Macht man das nicht, hält man den Datenschutzstandard nicht ein. Und wenn man diesen Datenschutzstandard nicht einhält, dann läuft man Gefahr, dass es den Kassen genauso geht wie VW. Nur dass man keine 10 Millionen Fahrzeuge zurückrufen muss, sondern 70 Millionen Krankenversicherungskarten bzw. eGKs. Dann steht man vor einem



Scherbenhaufen der Glaubwürdigkeit der Telematik und einem entsprechend großen finanziellen Schaden. Wenn man den Kassen suggeriert, dass die eGK nur ein eingeschränkter Identitätsnachweis ist und diese die Identität des Versicherten nicht bestätigt, dann kann man die eGK nicht als zentralen Schlüssel im Gesundheitswesen einsetzen. Nur im Zusammenspiel zwischen verbindlichem Nachweis der Krankenversicherung und dem verbindlichen Nachweis der Identität der eGK, den die Person vorlegt, passt alles zusammen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Haas. Sie haben in Ihren Ausführungen deutlich gemacht, dass die patientenbezogenen Möglichkeiten, die wir bereits im Gesetz haben, nämlich das Patientenfach und auch das eKiosk, nicht mehr unbedingt zeitgemäß sind. Wie schätzen Sie insgesamt die Situation ein? Was können wir tun, um eine höhere Patientenorientierung und ein höheres Maß an Autonomie möglich zu machen? Müssen wir diese beiden gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten abschreiben und alternative Wege entwickeln oder können wir eine Kombination aus diesen beiden schon vorhandenen und neueren Medien nutzen und verhaltensgerechte Möglichkeiten schaffen?

ESV Prof. Dr. Peter Haas: Die ubiquitäre Digitalisierung hat dazu geführt, dass die Menschen heute Geräte - mobile und feste - zur Hand haben, überall. Das wissen Sie alle hier im Saal. Insofern kann vermutlich jeder diese Frage beantworten. Ich möchte trotzdem die Praxis in das Hohe Haus lassen: Wenn Sie heute die Karte mit Patientenfach haben, dann hat diese 64 KB. Ich habe hier einen hardwareverschlüsselten Stick, der hat 8 GB. Das ist etwa das Hunderttausendfache der Karte. Auf diesem Stick befinden sich alle Patientendokumente meiner seit sechs Jahren andauernden zwei Krebserkrankungen. Darüber bin ich froh. Aber wie kommen die Daten da drauf? Mit einer Übersicht und mit einem Patient Summary Record. Denn als Patient wollen wir natürlich diese Transparenz. Sie müssen aber den Arzt danach fragen, die Übersicht manchmal sogar erbetteln. Diese können sie sich dann mit nach Hause nehmen, einscannen und dann haben Sie Ihre Akte persönlich zumindest mal hier drauf. Soweit, so gut. Das schafft Ihnen Sicherheit und Sie schreiben das fort, wenn Sie im Urlaub sind, für

eine Zweitmeinung, nur - das liest Ihnen keiner ein. Wir werden ihren Stick nicht nutzen, sagt Ihnen ihr Arzt. Also gut, dann drucken Sie alles aus, nehmen einen dicken Ordner mit. Sie wissen ja nicht, was er möchte. Das ist das Eine. Also wie schon gesagt, das Hunderttausendfache, aber wirklich genutzte 320 Megabyte für sechs Jahre komplexe Behandlung. Kein Problem, da bräuchte ich 4800 eGKs. Nur wie sieht aber die Welt heute aus?

Wir haben in unserer Arbeitsgruppe einen Patient Summary Record auf einem mobilen Gerät realisiert, genauso kryptographisch gesichert wie auf dem Stick. Nun was hat das für einen Vorteil? Der erste Vorteil ist, sie können die wichtigen Daten visualisieren. Das zweite ist - und jetzt komme ich auf meine Forderung - diese Geräte sind kommunikativ. Wer hier im Saal meint, dass ein Patient künftig aus der Praxis geht und im Kiosk seine Daten anguckt und abschreibt, damit er sich dann erkundigen kann, was die Begriffe bedeuten, ist lebensfremd. Was wäre die Forderung? Warum ist es so schwer zu sagen, wenn wir die Kraft des Kiosks eher in patientenbezogene Aspekte investieren, dass ich aus der Arztpraxis hinausgehe und mittels near field communication - da muss man sicher diskutieren, aber das ist schon recht sicher - die wichtigsten Daten einfach mitbekomme. Dass ich meine Dokumente per sicherer Email übermittelt bekomme, auch sowas gibt es, Email zwischen Patienten und Ärzten. Das heißt, Frau Dr. Pfeiffer, da wird das Projekt nicht aufwendiger und länger, wenn Sie KOMLE (Kommunikation Leistungserbringer) zum Briefe verschicken haben, kann auch auf der Karte mit einem Kennzeichen hinterlegt sein, dass der Patient eine Kopie erhalten möchte und diese bekommt er dann zugeschickt. Ich sage nicht, dass das die professionelle EPA (Elektronische Patientenakte) ersetzt, aber ich glaube, dass wir tatsächlich mit Kiosk und Patientenfach, die dann in drei Jahren kommen werden, etwas schaffen, was überhaupt keine Akzeptanz finden wird. Lassen Sie uns dieses Geld und diese ganzen Ansätze in Standardisierung von sicheren Schnittstellen und Infrastrukturen auch für sichere Anwendungen für Patientinnen und Patienten investieren und dann kommen wir gemeinsam in dieser Branche weiter.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine weitere Frage in Richtung



Patientenorientierung und zwar an Frau Christiane Möller vom Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband. Welchen Änderungsbedarf sehen Sie bezüglich Barrierefreiheit bei der eGK?

SVe Christiane Möller (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV)): Wir haben heute schon oft gehört, dass es um die Patientenorientierung geht und dass es auch künftig eine Weiterentwicklung geben wird. Für uns ist wichtig, dass der Prozess so gestaltet wird, dass alle Patienten an E-Health teilhaben können. Das betrifft zum einen ganz konkret den Medikationsplan, der momentan nur in Papierform ausgegeben werden soll. Das ist etwas, was sich Oma Müller an den Kühl-schrank hängen kann, um nachvollziehen zu können, was sie wie einnehmen muss. Wir sind der Auffassung, dass der Medikationsplan so gestaltet werden muss, dass auch Menschen mit Behinderung diesen mit nach Hause nehmen können und ihn nicht nur erläutert bekommen.

Das Zweite ist die elektronische Gesundheitskarte und deren Anwendung. Es ist wichtig, dass diese barrierefrei gestaltet wird, denn die Anwendungen werden in der Zukunft zunehmen und wenn wir jetzt nicht handeln, dann geht es uns wie den Rollstuhlfahrern heute, die nicht in die Arztpraxen kommen, weil dort Stufen sind. Für uns sind digitale Barrieren wie Stufen, um das in einem Bild zu beschreiben. Uns geht es aber auch darum, wenn zukünftig andere Leistungserbringer wie zum Beispiel Heilmittelerbringer einbezogen werden. Es gibt viele Menschen mit Blindheit und Sehbehinderung, die in diesen Berufen arbeiten. Hier dürfen digitale Barrieren nicht zu zusätzlichen Barrieren werden. Das heißt, die elektronische Kommunikation von Anfang an ordnungsgemäß barrierefrei auszugestalten. Das ist uns ein wesentliches Anliegen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an Frau Dr. Elisabeth Fix von der Caritas. Welchen Vorteil hat es gegebenenfalls, die Apotheker in das Arzneimittelmanagement mittels Medikationsplan einzubeziehen? Sollten diese den Ärzten in der Erstellung des Medikationsplans gleichberechtigt sein?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ja, aus unserer Sicht sollten die Apotheker

gleichberechtigt in die Erstellung des Medikationsplans einbezogen werden. Die Apotheke verfügt über Informationen, über die der Hausarzt oder andere Ärzte unter Umständen, und sehr wahrscheinlich, nicht verfügen. Beispielsweise nehmen viele Patienten OTC-Präparate ein, von denen die Ärzte häufig nichts wissen. Die Apotheke hat davon hingegen sehr wohl Kenntnis, weil die Medikamente entsprechend registriert sind. Der Apotheker verfügt über das pharmazeutische Wissen, um unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen erfassen zu können. Von daher ist er bestens qualifiziert, in die Erstellung des Medikationsplans einbezogen zu werden. Wir unterstützen dahingehend auch den Vorschlag des Bundesrats.

Ich darf auf das sehr positiv evaluierte Projekt der AOK-Nord-Ost „Optimierte Arzneimittelversorgung im Pflegeheim“ hinweisen, wo sich eindeutig erwiesen hat, dass durch die Zusammenarbeit von Pflegekräften und Apothekern bei der Vorbereitung der ärztlichen Visite tatsächlich unerwünschte Nebenwirkungen um bis zu 90 Prozent reduziert werden konnten. Stürze sowie unerwünschte Arzneimittelereignisse konnten um bis zu 60 Prozent und Krankenhauseinweisungen um bis zu 25 Prozent reduziert werden. Das ist für mich schon ein schlagender Beweis für die positive Rolle des Apothekers beim Medikationsplan.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage zum Datenschutz an Frau Dr. Ilona Köster-Steinebach: Wir haben eine Reihe von externen Dienstleistern, die gerade in diesem Bereich mit einbezogen werden. Sehen Sie dort den Datenschutz gesetzlich gewährleistet oder müssten wir besondere Regelungen zum Vertraulichkeitsschutz im Gesetz vorsehen?

SVe Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Tatsächlich sehen wir dort weiteren Handlungsbedarf. Wie ich vorhin schon ausführen durfte, wird es wichtig sein, verschiedene Anwendungen in die elektronische Gesundheitskarte und die Telematik zu integrieren. Auch bei den Ärzten wird es notwendig sein, verschiedene Datenströme zu managen, auszuwerten und ähnliches. Dafür wird es externe Dienstleister brauchen. Damit das aber datenschutzrechtlich sicher abgearbeitet und gestaltet werden kann, wäre es wichtig festzulegen, dass diese Dienstleister den



gleichen Datenschutzvorgaben unterliegen, wie die beauftragenden Institutionen, also wie beispielsweise Ärzte oder Krankenkassen. Es müssen auch ähnliche Schutzrechte, z. B. im Bereich „Beschlagnahmeschutz“ bestehen. Das wäre eine ganz wichtige Grundlage, damit nicht das Datenschutzargument der Einführung wichtiger Inhalte und medizinisch für den Patienten nutzenstiftenden Inhalten entgegensteht.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann noch eine weitere Frage von den Patientenvertretern. Die Patientenvertreter sind in der Gesellschafterversammlung nicht vertreten. Wären Sie dafür, dass diese einbezogen werden und wenn ja, warum?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Wie vorhin schon von Herrn Peters ausgeführt wurde, ist die Governance-Struktur der Telematik heute ein großes Problem. Wir sehen nicht, wie für die Zukunft Blockadehaltungen aufgebaut und wir sehen auch nicht, wie sie abgearbeitet und schnell entschieden werden können. Vor dem Hintergrund ist dringender Handlungsbedarf gegeben. Eine Möglichkeit wäre eine Stärkung des Beirats der gematik oder auch eine Stärkung von Querschnittsarbeitsgruppen zum Thema „Patientenorientierung“. Es wäre aber auch eine Möglichkeit, an der Stelle eine Struktur zu schaffen, die eher dem des Gemeinsamen Bundesausschusses ähnelt, wo es einen unparteiischen Vorsitzenden mit Entscheidungsgewalt gibt und wo es, ganz wichtig, Einsichts-, Mitberatungs- und Antragsrechte der Patientenorganisationen gibt. Denn letztlich geht es darum, in dem ganzen System Patientennutzen zu stiften.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an HL7 Deutschland e. V. Wie bewerten Sie die Regelungen zum Interoperabilitätsverzeichnis und insbesondere die fehlende Verbindlichkeit von entsprechenden Standards?

SVe **Prof. Dr. Sylvia Thun** (HL7 Deutschland e. V.): Wir begrüßen und unterstützen das Anliegen des BMG, die Interoperabilität der informationstechnischen Systeme im Gesundheitswesen zu verbessern. Unserer Meinung nach ist jedoch an einigen Stellen sehr viel zu verbessern, vor allen Dingen im

Bereich der Verbindlichkeit des Interoperabilitätsverzeichnisses. Da fehlt es tatsächlich genau an dieser Verbindlichkeit. Wir brauchen für E-Health einen Rahmen und eine Plattform, um Basisstandards zur Verfügung zu stellen und um diese dann konsentiert, in einem möglichst öffentlichen Rahmen, abzustimmen. Wenn wir das nicht in diesen Gesetzesentwurf nach internationalen Standards einbinden, wird es Doppelentwicklungen, und noch viel schlimmer, semantische Missinterpretationen von medizinischen Fachbegriffen geben. Da passieren auch heute schon Fehler. Dazu ein kleines Beispiel: Es gibt einen ISO-Standard 11240. Dieser ist in Deutschland gänzlich unbekannt, ist aber von einem Deutschen erstellt worden. Der wird nicht angewendet. Der ist für die Maßeinheiten im Gesundheitswesen, denn es ist physikalisch doch recht schwierig, diese eindeutig zu beschreiben. Es gibt diese Maßeinheit, aber sie ist nicht vorgeschrieben. Hier noch einmal der Ruf von HL7 Deutschland e. V. nach internationalen Standards. Wir koppeln uns auch von Europa gerade ein wenig ab. Es gibt dort erfolgreiche Projekte und Initiativen zum Beispiel in den Niederlanden, die schon lange mit HL7-, IHE- und ISO-Standards arbeiten.

Ein weiterer Punkt ist die Erhebung von Gebühren, die jetzt tatsächlich im Gesetz verankert sind. Die haben wir nicht ganz verstanden, weil gerade die Standardisierungsorganisationen die Standards kostenlos und öffentlich zur Verfügung stellen. Wir stellen uns die Frage, wie eine Standardisierungsgesellschaft oder ISO die Gebühren aufbringen. So werden diese letztendlich aus diesem Interoperabilitätsverzeichnis ausgeschlossen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den deutschen Pflegerat, Herrn Westerfellhaus. Wie kann die Pflege als Anwendungsfeld für telemedizinische Leistungen gestärkt werden und inwieweit sollten die Pflege- und andere Gesundheitsberufe in den Beirat der gematik einbezogen werden?

SV **Andreas Westerfellhaus** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Seit über 10 Jahren beschäftigen wir uns als Deutscher Pflegerat und Interessensgemeinschaft der Gesundheitsberufe mit der Frage, wie Pflege- und anderer Heilkundeberufe gestärkt und unterstützt werden können. Wir haben uns sehr ge-



wundert, warum beim Umschwenken und der Weiterentwicklung in Richtung einer digitalen Kommunikation Unterschiede zur analogen Kommunikation gemacht werden sollen. Im Sinne der Patientensicherheit ist es zwingend erforderlich, diese Kommunikationsmöglichkeiten für die durchgängigen Leistungen der unterschiedlichen Berufe schnell und effizient zur Verfügung zu stellen und zu nutzen. Wir haben in den letzten zehn Jahren sehr viele unterschiedliche Hinderungsgründe vorgeführt bekommen. Angefangen von nicht vorliegenden Heilberufeausweisen bis hin zur Absprache eines Heilberufes als solches. Das hat sich für die Pflege in einigen Bereichen geändert, indem wir jetzt die Selbstverwaltung in einigen Ländern haben oder bekommen werden. Was wir brauchen ist die Lesefunktion. Wir waren nicht einmal in den ersten Entwürfen vorgesehen. Neben der Lesefunktion brauchen wir auch die Schreibfunktion. Ich möchte das an zwei Bereichen deutlich machen. Wenn wir heute über einen elektronischen Pflegebericht über Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen verfügen, die für andere Berufe für ihre konsequente Umsetzung und Ausübung ihres Berufes notwendig sind, müssen diese auch elektronisch sicher und sehr schnell zur Verfügung gestellt werden. Das ist auch das, was die Patienten letztendlich erwarten. Und wir sprechen hier nicht vom Status aus dem Jahr 2015, sondern wir wollen weiter in die Zukunft blicken. Ich sage Ihnen voraus, wenn wir an die regionalen Versorgungskonzepte überregional denken, werden wir ganz andere Vernetzungssysteme sowohl im städtischen wie auch im ländlichen Bereich haben müssen. Im Sinne der Patientensicherheit bleibt dann für die Telekommunikation, die Telematik und die Beteiligung aller Berufsgruppen kein anderer Weg. Ich spreche mich natürlich dafür aus, dass unsere Berufsgruppe in den Beirat der gematik einbezogen wird. Dies tue ich auch als einer von drei Sprechern der Interessensgemeinschaft der Gesundheitsberufe, weil uns alle diese Fragestellung angeht, und zwar sowohl die Physio- als auch die Ergotherapeuten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an Frau Dr. Doka, BAG Selbsthilfe, zum Änderungsantrag Nr. 8. Wie bewerten Sie die dort vorgesehene erweiterte Beteiligung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss? Sind die vorgeschlagenen Änderungen ausreichend?

SVe Dr. **Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen die vorgesehene Regelung. Sie wird keinen sehr breiten Anwendungsbereich haben. Insofern konnten wir die Besorgnis in den anderen Stellungnahmen, dass eine Verzögerung eintreten wird, so nicht ganz nachvollziehen. Wir weisen darauf hin, dass schon bei der Implementierung der Patientenvertretung 2004 Verzögerungen befürchtet wurden, die überhaupt nicht eingetreten sind. Wir treten eher für Beschleunigungen ein. Wir würden uns allerdings noch einen Änderungsantrag wünschen, in dem das Recht für die Ausübung den maßgeblichen Organisationen zugesprochen wird. Nach der derzeitigen Fassung ist nicht wirklich klar, wer dieses Recht hat. Bezüglich der maßgeblichen Organisationen gibt es bestimmte Regelungen in der Geschäftsordnung, wie eine einverständliche Haltung zu bestimmten Punkten hergestellt wird, sodass klar ist, was die Position der Patientenvertretung ist. Insgesamt würden wir dafür eintreten, ein Stimmrecht in Verfahrensfragen zu implementieren. In der Gesetzesbegründung wird angesprochen, dass es einverständliche Verfahrensweisen, auch bei Tagesordnungen, gibt. Insofern halten wir das nicht für eine allzu große Veränderung, wenn die Patientenvertretung insgesamt ein Stimmrecht in Verfahrensfragen bekommen würde. Es wäre wichtig, um Aspekte der Patientenvertretung stärker einbringen zu können. Zum Beispiel ist uns die Schaffung von Patienteninformationen sehr wichtig. Es ist uns vor allem wichtig, dass diese Punkte relativ früh in den Verhandlungen besprochen werden.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich möchte auf den bestimmt sehr technischen Punkt der Interoperabilität zu sprechen kommen. Ich denke, dies ist ein sehr zentraler Punkt in diesem Gesetzgebungsprozess. Vorhin wurde erwähnt, dass es sich bei dem IOP-Verzeichnis mehr um eine Verwaltung und weniger um eine Gestaltung handeln würde. Wir wollen natürlich gerne gestalten. Ich würde gerne von Herrn Mittelstadt vom Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg) und von dem viel fragten Einzelsachverständigen Professor Haas erfahren, was es dazu braucht.

SV **Ekkehard Mittelstaedt** (Bundesverband Ge-



sundheits-IT e. V. (bvitg)): Es geht darum, Interoperabilität herzustellen, damit Systeme zusammenarbeiten können. Wenn ich mir ansehe, was im Gesetz darüber steht, dass es ein Verzeichnis geben soll in dem, wie gesagt wurde, Vorhandenes gesammelt wird, muss festgestellt werden, dass wir allein damit keine Interoperabilität im Gesundheitswesen herstellen können. Wir brauchen die Anwendungen und wir brauchen die Nachfrage dafür. Dann klappt es letztendlich auch mit der Interoperabilität. Ich mache das immer sehr gerne an Handy und Smartphone fest. Man kann nicht miteinander telefonieren, weil eine Bundesbehörde oder ein Bundesgesetz festgeschrieben hat, dass die Smartphones international miteinander kommunizieren müssen. Es ist eine Nachfrage entstanden, auf die die Industrie reagiert und festgestellt hat, dass Interoperabilität ein Geschäftsmodell ist. Das fehlt im Gesundheitswesen ganz wesentlich. Der zweite Punkt ist, wir brauchen verbindliche Prozesse, die feststellen, welche internationalen Standards für welche Anforderungen genutzt werden müssen. In der Interoperabilitätsstudie, die im Vorfeld des E-Health-Gesetzes sehr viel Furore gemacht hat, steht explizit, dass es für die Entwicklung von interoperablen E-Health-Anwendungen nicht ausreicht, einen Katalog herzustellen, in dem ein paar Standards stehen. Infolgedessen verstehen wir nicht, warum dieser Konsens, dessen Herstellung bei der Interoperabilitätsstudie schwierig war, nicht die Blaupause für das Gesetz gewesen ist. So könnten wir gemeinsam mit den Leistungserbringern, den Anwendern und der Industrie dafür Sorge tragen, dass es verbindliche Prozessbeschreibungen gibt, verbunden mit den Anwendungen, Interoperabilität im Gesundheitswesen herzustellen. Dann wird meines Erachtens auch ein Schuh daraus.

ESV **Prof. Dr. Peter Haas**: Die gematik hat nicht wie jetzt die alleinige Deutungshoheit für E-Health und E-Health-Standards. Ich fühle mich sehr an meine Universitätszeit zurückerinnert, wo wir als junge Informatiker der Meinung waren, wir können alle Anwendungen definieren und den Chefarzten etc. vorschreiben. So tickt die Welt aber nicht. Wir haben heute viele Projekte, die gute Dinge spezifiziert haben, die aber in keinem Prozess vorgesehen sind, weder in der Pflegeinformatik noch in der Teleintensivmedizin. Wollen wir das alles ausblenden, weil es keine SGB-Anwendung gibt? Oder wollen

wir uns nur belanglos bemühen, ohne Verbindlichkeit? Wir brauchen eine nationale Governance für unser nationales Know-how, sonst machen wir das Gleiche wie beim Transrapid. Wir haben die Ingenieurskunst und die Intelligenz, aber am Ende nutzen wir es nicht, weil wir nicht den Mut dazu haben. Wir benötigen eine Governance, die national und nicht selbstverwaltungsbezogen ist. In dieser müssten die Zuständigkeiten der Selbstverwaltung verbindlich festgeschrieben werden. Wir müssen aber zusätzlich ein Instrument schaffen, hier war der E-Health-Rat im Gespräch, wo gute Anwendungen, die nicht wieder neu erfunden werden müssen, zusammengeführt werden. Wir verbrennen derzeit Geld und nationales Know-how, indem jeder immer wieder von vorne beginnt. Deshalb benötigen wir auch dieses Verzeichnis. Aber es muss weitergehen. Auf höherer Ebene muss entschieden werden, was ein gutes Projekt ist und was weiterverfolgt werden soll. Gibt es ein solches Projekt zum Beispiel in der Pflege, sollte man nicht darauf warten, bis die gematik eine Pflegeanwendung aus dem Gesetz ableitet, sondern national festlegen, was zu tun ist. Dies sollte bei Projekten im Kern verbindlich sein, wenn Implementierungen erfolgen sollen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Pfeiffer. Perspektivisch werden für den Aufbau der Telematikinfrastruktur erhebliche Mittel, unter anderem für die Investitionsaufwendung, benötigt. Wäre es nach Ihrer Auffassung sachgerecht, diese einmalig anfallenden Investitionsaufwendungen in den nächsten Jahren über eine entsprechende Entnahme aus der Liquiditätsreserve zu finanzieren?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Das ist eine interessante Idee, die aber nichts daran ändert, dass es sich um Beitragsmittel handelt. Die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds wird aus Beitragsmitteln der gesetzlich Versicherten gespeist. Die umgekehrte Frage, ob die Liquiditätsreserve in den nächsten Jahren abgebaut werden sollte, weil das Geld bei 0 Prozent Zinsen oder vielleicht sogar bei Minuszinsen immer weniger wird, sollte man sicherlich stellen. Es wäre in der aktuellen Situation für die Kassen hilfreich, wenn sie weitere Mittel aus der Liquiditätsreserve erhalten würden. Ich würde aber ungern eine Koppelung vornehmen, weil es leider in der letzten Zeit Mode geworden



ist, immer wieder neue Ausgaben aus der Liquiditätsreserve zu finanzieren. Es macht zwar den Eindruck, dass irgendjemand Geld übrig hat, das zur Finanzierung genutzt werden könnte, aber das sind Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten. In der Regel sind solche Ausgaben auch basiswirksam bzw. dynamisch für die Zukunft gerichtet und müssten dann weiterhin aus den Beitragsmitteln finanziert werden. Insofern sollte die Frage, was aus GKV-Mitteln und was aus der Liquiditätsreserve zu finanzieren ist, nicht separat diskutiert werden. Es sind GKV-Mittel. Diese könnten den Kassen aktuell bei finanziellen Schwierigkeiten helfen. Dadurch wird aber das Grundproblem nicht gelöst, dass eine Infrastrukturmaßnahme, die eigentlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, aus Beitragsmitteln finanziert werden muss.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den bvitg und den Sozialverband VdK. Wie beurteilen Sie die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen erweiterten Möglichkeiten des Patientenzugriffs auf seine Gesundheitsdaten?

SV Ekkehard Mittelstaedt (Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)): Wir haben in allen abgegebenen Stellungnahmen deutlich gemacht, dass das Patienteninteresse im Mittelpunkt stehen muss. Infolge dessen ist jede Erweiterung des Zugriffs seitens der Patienten nur zu begrüßen. Wir gehen allerdings einen wesentlichen Schritt weiter und sagen: Was wir von der Zieldefinition ausgehend benötigen ist eine Patientenakte, die in der Verwaltung des Patienten liegt. Dazu gehört aber der Anspruch des Versicherten gegenüber allen Leistungserbringern in der Bundesrepublik Deutschland, die Daten, die über ihn im Behandlungskontext erhoben werden, auch in elektronischer und wiederverwertbarer Form zur Verfügung gestellt zu bekommen. Ansonsten nützt das Recht des Versicherten ausschließlich Daten einsehen zu können, herzlich wenig. Das gehört zum Gesetz.

Der Vorsitzende: Herr Dr. Kippels, der VdK ist nicht anwesend.

Abg. Michael Henrich (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Frage an den GKV-Spitzenverband Bund zur Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Wie beurteilen Sie

die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Ausweitung der Beteiligungsrechte der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss und welche Auswirkungen werden die vorgesehenen Mitentscheidungsrechte Ihrer Ansicht nach bei den dortigen Arbeitsabläufen haben?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Es wurde bereits erwähnt, dass die Patientenvertretung mit dieser Regelung in den Unterausschüssen faktisch ein Vetorecht erhält. Wir haben bereits heute die Situation, dass Entscheidungen über die Einsetzung von Arbeitsgruppen und über die Hinzuziehung von Sachverständigen in der Regel einvernehmlich erfolgen. Insofern wird es für die Patientenvertretung keine wesentliche Verbesserung geben. Aber sie hat nun die Möglichkeit, über das Vetorecht eine Blockade herbeizuführen. Das würde natürlich die Arbeit des G-BA erschweren. Wir gehen davon aus, dass eine solche Entscheidung gegebenenfalls im Plenum aufgehoben werden könnte. Das muss aber rechtlich geprüft werden. Allerdings würden die Abläufe verzögert.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Die Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Sie geben in Ihrer Stellungnahme an, dass Sie Benachteiligungen der pflegerischen Versorgung auf Grund der Nichtberücksichtigung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen und der sonstigen Leistungserbringern im E-Health-Gesetz sehen. Bitte führen Sie dieses auch vor dem Hintergrund der Zusammenarbeit zwischen den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und den sonstigen Leistungserbringern in der Pflege näher aus. Sie schlagen eine Entkopplung der Grundlohnsumme bei den Heilmittelerbringern vor. Warum ist das für Sie ein Lösungsvorschlag?

SV Andreas Westerfellhaus (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Ich möchte es an zwei Beispielen deutlich machen. Es geht nach wie vor um die Patientensicherheit. Ich denke, gerade im Entlassungsmanagement ist es immens wichtig, dass schnellstmöglich von der einen Institution zur anderen und von einem Sektor in den anderen darüber informiert wird, welche Medikation, z. B. welches Schmerzmittel, für diesen Patienten zur Verfügung steht. Alles andere hätte möglicherweise Doppelgaben mit risikobehafteten Konsequenzen zur Folge. Ein anderes Beispiel: Nach einer Hüft-Endopro-



these und der Entlassung in den häuslichen Bereich, wo ein Physiotherapeut zum Einsatz kommt, finden Sie in den Entlassungsberichten häufig als einzige Information die Diagnose mit dem Zustand der Hüfte und den entsprechenden Maßnahmen. Es kann aber für den Physiotherapeuten durchaus interessant sein, dass bei dem gleichen Krankenhausaufenthalt auch eine Osteoporose festgestellt wurde oder dass der Patient gerade frisch an der Leiste operiert wurde. Diese fehlenden Informationen könnten zu einer potentiellen Patientengefährdung führen. Die Vergütungsverhandlungen der Heilmittelerbringer mit den Kassen sind durch die Grundlohnsumme bzw. deren Veränderungsrate begrenzt. Da diese Begrenzung derzeit keine auskömmliche Vergütung nach sich zieht, lohnt sich für viele Physiotherapeuten der Mehraufwand u. a. für Hausbesuche in Pflegeeinrichtungen nicht. Eine minimale Fahrkostenvergütung von rund 30 Euro pro Stunde rechtfertigt diesen Aufwand nicht. Das bezieht sich übrigens sowohl auf ländliche Regionen, wegen der weiten Anfahrtswege, als auch auf städtische Zentren, wo die Anfahrtszeiten verkehrsbedingt länger sind. Aus Kosten-Nutzen-Gründen kommt dies für Therapeuten häufig nicht in Frage. Das führt dazu, dass immobile Betroffene nicht mehr im notwendigen Maße therapeutisch behandelt werden können und deren Beweglichkeit sowie die Teilhabe am Leben in der Einrichtung weiter abnimmt. Die Pflegekräfte wiederum haben es dadurch bei der täglichen Betreuung, insbesondere bei der Körperhygiene, der Betroffenen deutlich schwerer. Physische und psychische Mehrbelastungen der Pflegekräfte werden die Konsequenz sein bzw. sind es bereits. Die Heilmittelerbringer leisten einen sehr wichtigen Beitrag für das Zusammenwirken einer erfolgreichen Pflege und für die Entlastung der Pflegekräfte. Das darf nicht gefährdet werden. Deswegen sprechen wir uns im Heilmittelbereich für eine Entkopplung von der Grundlohnsumme aus. Das wird den Heilmittelverbänden einen besseren Spielraum für die Vergütungsverhandlungen eröffnen und den Therapeuten wieder eine finanzielle Perspektive geben. Die Mehrkosten für die GKV sehen wir an dieser Stelle nicht, da es sich zunächst nur um die Aufhebung einer Begrenzung handelt. Die Verhandlungsergebnisse bleiben in der Hand der Verhandlungspartner.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die KBV und

die DGfW zum § 37 SGB V, den sogenannten Wundzentren. Der Änderungsantrag ist in den Stellungnahmen positiv begrüßt worden, aber es wäre uns recht, wenn sie erläutern würden, wie sich diese neue Regelung im Angebot in der Fläche auswirken könnte. Vielleicht könnten Sie noch etwas dazu sagen, wie sich der Prozess der Lenkung von Patientenströmen in diese speziellen Wundzentren im Vergleich zur jetzigen Situation darstellt.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben ein Problem mit diesem Änderungsvorschlag. Wir sehen, dass es bereits heute eine ganze Reihe von Angeboten zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden gibt. Das sind Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der ärztlichen Versorgung und auch Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Zielsetzung des Antrags, die Versorgung zu verbessern, ist zu unterstützen. Dazu müsste man unseres Erachtens die heutigen Grundlagen mit Blick auf die aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse weiterentwickeln. Das ist im Rahmen des schon bestehenden Evaluationsauftrages des Gemeinsamen Bundesausschusses sichergestellt. Und wir sind der Meinung, dass es keines neuen gesetzlichen Auftrags bedarf. Wir haben ein sehr schwerwiegendes Problem mit diesem Änderungsantrag, weil wir hier eine Definitionsfrage aufgeworfen sehen, die große Rechtsunsicherheit bringt. Denn der genannte Einrichtungsbegriff dieser neuen Spezialzentren ist nicht bestimmt genug. Es ist nicht klar, um welche Art von Einrichtung, ob ambulant oder stationär, unter ärztlicher Leitung oder als Pflegeeinrichtung, es sich handelt. Es ist nicht klar, welche Anforderungen an die Einrichtungsstruktur gestellt und in welchem Verhältnis die Leistungsansprüche nach diesen Regelungen im Verhältnis zu anderen Anspruchsgrundlagen stehen. Im Ergebnis wird damit ein neuer Typus Leistungserbringer geschaffen und wir sehen verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten die darunter fallen könnten. Das könnten beispielsweise auch Vertragsärzte sein, sofern sie Pflegekräfte anstellen und dann Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Wir müssen damit rechnen, dass mit dieser Formulierung zu allen Leistungen der häuslichen Krankenpflege Spezialzentren entstehen. Unser wesentliches Problem mit der Regelung ist die weitgehende Unbestimmtheit. Und wir fürchten eine deutliche Rechtsunsicherheit. Wir



können zur heutigen Situation und den möglichen Entwicklungen der Fallzahlen wenig sagen, da sie keine Vertragspartner von Krankenkassen sind. Wir haben nur rudimentäre Informationen zu den Fallzahlen von Menschen mit chronischen Wunden. Die uns vorliegenden Zahlen hinsichtlich der unterschiedlichen Leistungsarten innerhalb der häuslichen Krankenpflege, also was Wundversorgung, Medikamentengabe etc. angeht, sind nicht ausreichend differenziert.

SV Dr. Thomas Kriedel (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich kann mich den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer weitgehend anschließen. Auch für uns ist die leistungsrechtliche Frage unbestimmt. Wir sind uns nicht im Klaren über den Rechtsstatus der Wundzentren. Für uns ist es wichtig, dass die Wundversorgung in die allgemeine hausärztliche bzw. regionale fachärztliche Versorgung eingebettet wird. Aus unserer Sicht ist es geschickter, das in regionalen Vereinbarungen in den KVen zu lösen und die regionalen Strukturen einzubeziehen. In diesen Verträgen kann man auch die Frage der leistungsrechtlichen Abgeltung besser klären und insbesondere, das ist das Wichtigste aus unserer Sicht, die Koordinierung zwischen der ärztlichen, hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung der Wundversorgung. Es gibt regionale Ansätze, aber wir haben keinen bundesweiten Überblick. Wir bitten darum, das zunächst einmal auf die Ebene der Vertragspartner zurückzugeben, bevor leistungsrechtliche Ansprüche geschaffen werden, für die keine Grundlage besteht.

Sve Brigitte Sigline Nink-Grebe (Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW)): Wir begrüßen die Initiative, weil sie die Chance bietet, eine besondere spezialisierte und strukturierte Versorgung für Menschen mit chronischen Wunden über das bestehende Potenzial hinaus zu erproben und den Patientennutzen als auch die Wirtschaftlichkeit solcher Maßnahmen zu evaluieren. Wir sehen aus der Patientenperspektive die Chance einer wohnortnahen speziellen Versorgung, z. B. eine Wunddekontamination. Diese ist erforderlich, wenn der Wundpatient mit multiresistenten Keimen besiedelt ist. Dies ist eine Maßnahme, die sich im häuslichen Umfeld häufig nur schwer realisieren lässt. Eine erfolgreiche Dekontamination von multiresistenten Keimen wäre

nicht nur ein Gewinn für die Wundheilung, sondern auch für andere spezifische Gesundheitsversorgungsbedarfe. Die wenigen in Deutschland zur Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden publizierten Studien kommen hinsichtlich des Erlebens sozialer, physischer und psychischer Einschränkungen zu vergleichbaren Ergebnissen. Das heißt, Patienten erleben neben Schmerz, Geruch und sozialer Isolation auch eine Einschränkung der Lebensqualität, weil sie die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofession und das Erleben der Behandlung als bedeutsamen Aspekt für ihre Lebensqualität bewerten.

Abg. Saskia Esken (SPD): Meine Frage geht an den Vertreter von BITKOM. Wie bewerten Sie das Sicherheitsniveau der bereits bestehenden Netze von Leistungserbringern im Vergleich mit der Telematikinfrastruktur und auch mit den Vorgaben des BSI? Und eine weitere Frage: Welche Empfehlungen geben Sie uns mit Blick auf die Implementierung von Bestandsnetzen in die Telematikinfrastruktur?

SV Dr. Pablo Mentzini (BITKOM - Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.): Es ist schon vieles gesagt worden, deswegen kann ich mich kurz fassen. Die Komponenten der Telematikinfrastruktur müssen vom BSI überprüft werden. Das gilt für andere Netze nicht. Frau Dr. Pfeiffer hat vorhin schon gesagt, dass es gerade wegen des sehr hohen Sicherheitsniveaus, das das BSI vorschreibt, eine ganze Reihe von Herausforderungen bei der Entwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) gab und gibt. Wir haben ein bisschen Bauchschmerzen mit der Regelung zu den elektronischen Arzt- und Entlassbriefen. Hier soll für eine Übergangszeit von zwei Jahren die Nutzung von alternativen Netzen erlaubt sein und für Ärzte vergütet werden. Wir sehen dort ein Problem: Zurzeit besteht die Telematikinfrastruktur noch nicht und Ärzte werden zunächst die anderen Dienste, die anderen Netze nutzen und sich dort einkaufen. Zu erwarten, dass ein Arzt, der ein funktionierendes System hat, wiederum in die TI wechselt, halten wir nicht für selbstverständlich. Wir glauben, dass es sehr schwierig sein wird, diesen Wechsel zu bewerkstelligen. Wenn man sagt, dass der Entlassbrief und der elektronische Arztbrief einen Anreiz schaffen sollen für die Nutzung der TI, dann muss man das anders regeln. Wenn



dieser Anreiz nicht funktioniert, d. h., wenn der Arzt nicht wechselt, muss man über eine Rückzahlung oder Ähnliches nachdenken. Ansonsten geht dieser Anreiz ins Leere. Und ich glaube, das ist eine Fehlentwicklung.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die gematik und an die KZBV. Die Gesellschafter der gematik haben zuletzt einmütig die Industrie für die Verzögerungen beim Start der Testphase verantwortlich gemacht. Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit der Fristvorgabe im Gesetz?

SV **Alexander Beyer** (gematik - Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH): Nach den derzeitigen operativen Plänen der Industrie werden wir zum 30. Juni 2016 erste Erprobungserkenntnisse haben, die aber aus unserer Sicht nicht ausreichend sind, um erfolgreich nachweisen zu können, dass die Sicherheit und Funktionsfähigkeit gegeben sind. Wir werden es auf dieser Basis nicht schaffen können, diskriminierungsfreie Zulassungsverfahren aufzusetzen, um Dritten die Möglichkeit zu geben, in den Produktivbetrieb zu gehen. Aus unserer Sicht ist der 30. Juni 2016 nicht zu schaffen.

SV **Dr. Günther E. Buchholz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich kann das, was Herr Beyer gesagt hat nur unterstützen, möchte das aber auch in Verbindung setzen mit den dann im Gesetz verbundenen Sanktionsmaßnahmen. Diese sind aus unserer Sicht absolut abzulehnen, da sie unverhältnismäßig sind. Es gibt keinerlei Gesichtspunkte aus denen ersichtlich wird, dass der Anwendung einer bestimmten Funktionalität der eGK eine derart überragende Gemeinwohlbedeutung zukommt, dass ein solcher erheblicher Eingriff in das Haushaltsrecht von Selbstverwaltungskörperschaften gerechtfertigt wäre. Die Maßnahmen würden in ihrer Auswirkung am Ende die Wahrnehmung der ureigenen Aufgaben der Selbstverwaltung unterminieren. Das halten wir auch aus rechtlicher Sicht so für nicht umsetzbar. Außerdem trifft es die Faltschen, denn selbst wenn die Gesellschafter einen Beschluss fassen würden, stellt sich die Frage, welchen sie fassen sollten. Festgestellt werden muss, dass damit wohl kaum eine Beschleunigung der Bereitstellung der technischen Komponenten durch unabhängige Dritte, nämlich die Industrie, erwirkt

werden könnte. Die Komplexität ist zum einen offensichtlich unterschätzt worden und zum anderen sind die notwendigen Sicherheitsprüfungen durch das BSI sehr aufwendig. Unter Beibehaltung der in der Ausschreibung geforderten Spezifika sehen wir nicht, dass dieser Termin gehalten werden kann. Wir befürchten im Gegenteil, und das mit durchaus realem Hintergrund, dass bereits diskutiert wird, dass die Tests durch Aufweichung von Anforderungen zur Farce geraten und die qualitativen Ansprüche, die nicht zuletzt auch durch das BMG gestellt wurden, von diesem zu Disposition gestellt werden. Das werden wir, die KZBV und mit mir wahrscheinlich auch andere Gesellschafter, vor dem Hintergrund der für uns bestehenden Vorstandshaftung, nicht zulassen können. Wir sehen insgesamt die Tests, auch in der ausgeschriebenen Folge, als notwendig an, um das qualitativ hohe Bewertungsniveau erhalten zu können.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den bvitg und den Sozialverband Deutschland. Das Gesetz führt eine Reihe von neuen Anwendungen auf, die für die Patientinnen und Patienten Zusatznutzen bringen sollen. Wir haben schon mehrfach über einen Medikationsplan oder den Notfalldatensatz gesprochen. Fehlen aus Ihrer Sicht weitere Anwendungen und welche Anforderungen haben Sie an solche Zusatzanwendungen?

SV **Ekkehard Mittelstaedt** (Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)): Aus Sicht des bvitg ist es begrüßenswert, dass jetzt im Gesetz Anwendungen genannt oder beschleunigt werden sollen, so dass diese in die Telematikinfrastuktur aufgenommen werden. Wir sind allerdings der Meinung, dass die Anwendungen und die Entwicklung der Anwendungen wesentlich davon abhängen wird, was einerseits seitens der Patienten, andererseits seitens der Anwender, der Ärzte, tatsächlich gewünscht und gebraucht wird. Das heißt, wir sprechen uns dafür aus, dass die im Gesetz genannten Anwendungen auf der Gesundheitskarte, in der Telematikinfrastuktur, höchstens ein Beginn bzw. eine kleine Liste dessen sein können, was tatsächlich schon möglich ist. Und wenn wir ins europäische oder außereuropäische Ausland gehen und uns in diesem Zusammenhang die Innovationskraft der deutschen Industrie vor Augen halten, stellen wir fest, dass die Fantasie und die Möglichkeiten, dessen was man heute mit E-Health und Telemedizin



machen kann, uneingeschränkt sind. Sie brauchen nur auf Ihr Smartphone zu schauen, um zu sehen welche Anwendungen in Amerika teilweise bereits als Medizinprodukt zugelassen und möglich sind. Und ich bin der festen Überzeugung, dass die Telematikinfrastruktur, so wie sie aufgebaut wird, mit all ihren Sicherheits- und Sicherungsmaßnahmen dazu geeignet ist, E-Health auch in der Bundesrepublik Deutschland signifikant nach vorne zu bringen. Ein Stück weit sollten wir es aber den Anwendern, der Nachfrage und dem Markt überlassen, welche Anwendungen letztendlich zum Erfolg führen.

SV Ragnar Hoenig (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Ich will an dieser Stelle nochmal betonen, dass uns vor allem wichtig ist, bei Patientinnen und Patienten Vertrauen zu schaffen, was diese Anwendung angeht. Ich will Ihre Frage nach der Entwicklung von Anwendungen im Interesse der Patientinnen und Patienten so beantworten. Aus unserer Sicht sind drei Dinge erforderlich: Erstens müssen die Anwendungen für alle zugänglich sein. Und die Kollegin vom Blinden- und Sehbehindertenverband hat vorhin schon deutlich gemacht, wie wichtig uns auch der Aspekt der Barrierefreiheit ist. Und zwar Barrierefreiheit insgesamt, nicht nur auf einzelne Behinderungsgruppen, sondern auf Barrierefreiheit im Sinne des Universal Designs bezogen. Ein zweiter, für uns wichtiger Punkt, ist die freiwillige Nutzung dieser Anwendungen, freiwillig im Interesse der Patientinnen und Patienten. Und drittens, das ist jetzt auch schon mehrfach deutlich geworden, ist uns der Aspekt der Sicherheit der Daten, der Sicherheit der Anwendung und vor allem auch des direkten Zugangs der Patientinnen und Patienten zu diesen Daten, wichtig.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Sicherheit und Zugang bieten mir eine gute Überleitung. Ich würde gerne noch einmal auf die elektronische Gesundheitskarte zu sprechen kommen, die hier schon ein paar Mal in Rede stand und würde meine Frage an den GKV-Spitzenverband und Frau Professor Böckmann richten. Schildern Sie doch bitte aus Ihrer Sicht, wie Sie die aktuelle Situation der elektronischen Gesundheitskarte sehen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der hier zahlreich geäußerten kritischen Anmerkungen, gerade was Sicherheit und Ähnliches angeht.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): In Anbetracht der Minuten die noch zur Verfügung stehen, will ich das nicht tun. Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass wir mit der elektronischen Gesundheitskarte ein sicheres Medium besitzen. Wir haben seit Beginn dieses Projekts eine enge Einbindung des Bundesdatenschutzbeauftragten und später der Bundesdatenschutzbeauftragten gehabt. Beide haben immer wieder betont, dass die hohen Sicherheitsanforderungen, was die Infrastruktur und die Verschlüsselung angeht, sehr positiv hervorzuheben sind. Das Gleiche gilt für das BSI. Und wir haben im Zusammenhang mit dem Aufbringen des Fotos auf der Karte die Frage diskutiert, ob das praktizierte Verfahren ausreicht, um die Sicherheit zu gewährleisten. Hier muss man ganz klar sagen, dass die eGK kein Identitätsnachweis ist und sie kann, was den Zugriff auf Patientendaten angeht, nur zusammen mit einem Heilberufsausweis genutzt werden. Das ist das sogenannte Card-to-Card-Verfahren, dass zwei Karten zusammenkommen müssen. Dazu kommt das Verschlüsselungsmoment auf der Karte. Und wenn es Zweifel an der Identität des Versicherten gibt, ist der Arzt in der Praxis auf Grund des Bundesmantelvertrages verpflichtet, eine Identitätsprüfung, ggf. anhand des Personalausweises, vorzunehmen. Hier sind also verschiedene Vorkehrungen getroffen. Im Übrigen muss man sich ganz praktisch die Frage stellen, welchen Sinn es macht, wenn ich meine Versichertenkarte mit einem Bild meines Mannes ausstatte und mit dieser Karte zum Arzt gehe. Dann kann ich sie nicht mehr nutzen, denn wenn die Mitarbeiter in der Praxis sich dieses Bild ansehen, werden sie fragen ob das meine Karte ist. Von daher muss man an der Sinnhaftigkeit zweifeln. Deshalb haben wir hier die Anforderungen erfüllt, weil es sich nicht um einen Identitätsnachweis handelt, sondern ggf. der Personalausweis als weiterer Nachweis hinzukommen muss.

ESVe Prof. Dr. Britta Böckmann: Ich glaube zum Thema Sicherheit ist alles und schon viel gesagt worden. Das möchte ich nicht nochmal wiederholen. Die Gesundheitskarte ist ein wichtiger Schritt und wir sollten nicht zögern, diesen jetzt auch umzusetzen. Wir dürfen aber an der Stelle nicht stehenbleiben und die Gesundheitskarte darf nicht das einzige Medium sein, mit dem die Patientin oder der Patient Zugang zu ihren/seinen Daten erhält. Wir müssen den nächsten Schritt gehen und



definieren, wie wir Anwendungen schaffen, die jenseits der Gesundheitskarte und ohne Gesundheitskarte zu realisieren sind. Und das bedeutet, die Patientin bzw. den Patienten in die Lage zu versetzen, mit anderen sicheren Technologien auf ihre Daten Zugriff zu nehmen. Wenn wir jetzt im Bereich zum Beispiel von Smartphones sind, dann können wir auch über Fingerabdruck und Ähnliches nachdenken. Da gibt es sichere Mechanismen und die werden auch in anderen Ländern genutzt. Ich möchte vielleicht auch auf Grund der Zeit abschließend noch darauf hinweisen, dass die europäische Kommission zwei Pilotprojekte zur Erprobung, wie es denn mit dem Zugriff von Patienten auf ihre Akten aussieht, durchgeführt hat. Beide Projekte beschäftigten sich mit der Befürchtung, dass die Patienten mit der Karte nicht gut mit umgehen und möglicherweise wichtige Daten sperren würden. Eines der Projekte wurde in Estland und eines in Schweden durchgeführt. Die gemeinsame Erkenntnis aus beiden Projekten ist, dass sich diese Befürchtungen nicht bestätigt haben, dass Patienten, wenn sie ausgebildet und entsprechend geschult und informiert sind, sehr sorgfältig und kompetent mit ihren Daten, mit dieser Patientenakte umgehen.

Aber es gibt einen Bedarf an technischen und semantischen Standards, um die Informationen für Patientinnen und Patienten verständlich zu machen. Und dann müssen wir uns um den kompetenten und guten Umgang keine Sorgen machen.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich ganz herzlich für Ihre Disziplin über die vergangenen zwei Stunden bedanken, sowohl bei Ihnen liebe Zuschauerinnen und Zuschauer als auch bei Ihnen, sehr geehrte Sachverständige. Kommen Sie gut nach Hause.

Schluss der Sitzung: 16.12 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender