

Stenografischer Bericht

(ohne Beschlussprotokoll)

öffentliche Anhörung

73. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

27. Sitzung – Ausschuss für Digitales und Datenschutz

3. März 2022, 12:06 bis 18:58 Uhr

Anwesend:

Vorsitz SIA: Moritz Promny (Freie Demokraten)

Vorsitz DDA: Joachim Veyhelmann (CDU)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Sandra Funken
Hartmut Honka
Petra Müller-Klepper
Jan-Wilhelm Pohlmann
Claudia Ravensburg
Max Schad
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Nina Eisenhardt
Torsten Leveringhaus
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Nadine Gersberg
Heike Hofmann (Weiterstadt)
Bijan Kaffenberger
Angelika Löber
Dr. Daniela Sommer
Turgut Yüksel

AfD

Arno Enners
Claudia Papst-Dippel
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün
Oliver Stirböck

DIE LINKE

Christiane Böhm

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel, Ilka Heil, Johannes Schäfer
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Jana Widdig
 SPD: Bettina Kaltenborn, Franziska Pautsch
 AfD: Dagmar Tröger
 Freie Demokraten: Lars Ruckstuhl, Christoph Stapelfeldt
 DIE LINKE: Thomas Völker

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amts- bezeichnung	Ministerium, Behörde
Jane Aune	STS	HSU
Arnold, Franziska	VA	HMSI
Dr. Risch, Ben		
Dr RISCHE BEN MICHAEL	MR	HMSI
Gernia, Christa		HMS
von Gordon, Lorea		HKind
Sinegrus, Kristina	Min	HMinD
Bryant, Phil	STS	HMinD
Richter-Ferenczi, Christian	MR	HMinD

Protokollführung: Maximilian Sadkowiak, Iris Staubermann, Stefan Kampf, Brigitte Britzke

Themenblock 1 Nutzung von Patientendaten	
Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH	Sebastian Polag (Vorstand)
APOLLON Hochschule der Gesund- heitswirtschaft GmbH	Dr. Felix Hoffmann (Professor für Digital Health)
Bundesverband Gesundheits-IT bvitg e. V.	Dennis Geisthardt
Bundesverband Internetmedizin	Pia Maier
BVMed - Bundesverband Medizintechno- logie	Natalie Gladkov
Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- telematik	Dr. med. Dipl.-Psych. Stephan Schug (Vorsitzender)
Deutscher Berufsverband für Pflegebe- rufe	Uwe Seibel (Geschäftsführer)
Gesundheitswirtschaft rhein-main e. V.	Stefan Grüttner (Vorsitzender)
Hausärzteverband Hessen	Christian Sommerbrodt

Hessischer Apothekerverband e. V.	Berit Gritzka (Geschäftsführerin)
Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit	Dr. Nils Gaebel (Referatsleiter Bereich Gesundheit)
Innovationsverbund Öffentliche Gesund- heit	Bianca Kastl
Klinikverbund Hessen GmbH	Reinhard Schaffert (Geschäftsführer)
Kompetenzzentrum Digitale Medizin e. V.	Prof. Dr. Nawid Khaladj (Vorstand)
Kompetenzzentrum für Informationstech- nologie (KITE)	Prof. Dr. Michael Guckert (Sprecher)
Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health Hessen (KTE Hessen)	Armin Häuser (Geschäftsführer)
Landesärztekammer Hessen	Daniel Libertus
Load e. V.	Uwe Probst
Techniker Krankenkasse Landesvertre- tung Hessen	Dr. Barbara Voß (Leiterin der TK-Landesvertretung Hes- sen)

Telearzt in Hessen	Dr. Thomas Aßmann
Universitätsklinikum Frankfurt	Dr. med. Michael von Wagner
Ver.di Landesbezirk Hessen	Georg Schulze (Fachbereich Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft)
VdeK Landesvertretung Hessen	Dr. Axel Kortevoß
Vitagroup AG	Stefan Schrap
Vitos GmbH	Reinhard Belling

Vorsitzender **Moritz Promny**: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich heiße Sie ganz herzlich willkommen zur 73. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses und darf Sie auch im Namen des Kollegen Veyhelmann, der Vorsitzender des Ausschusses für Digitales und Datenschutz ist, zur 27. Sitzung herzlich willkommen heißen.

Die heutige Anhörung findet in vier separaten Themenblöcken statt. Jede Institution erhält genau 3 Minuten Zeit, um sich zum aktuellen Thema zu äußern. Dabei können Sie sich an den Leitfragen, die Ihnen mit dem Fragebogen im Vorfeld zugegangen sind, orientieren. Es steht den Institutionen frei, die vorhandene Redezeit gegebenenfalls auf mehrere Sprecher aufzuteilen.

Nachdem alle gemeldeten Institutionen eines Themenblocks gesprochen haben, steht die verbleibende Zeit bis zum Beginn des nächsten Themenblocks den Abgeordneten zur Verfügung, um Rückfragen zu stellen. Ich unterstreiche das Wort Rückfragen. Koreferate brauchen wir angesichts der Anzahl an Anzuhörenden heute nicht. Sollten aus zeitlichen Gründen Fragen ungestellt bzw. unbeantwortet bleiben, so können diese im Nachhinein über die Ausschussgeschäftsführung gesammelt und an die betreffenden Anzuhörenden übermittelt werden.

Es steht den Anzuhörenden ebenso frei, auch unaufgefordert weitere Ausführungen zur Thematik schriftlich einzureichen. Sämtliche Eingänge werden dann als Anhang zum Stenografischen Bericht der heutigen Anhörung veröffentlicht werden. Ich eröffne die gemeinsame öffentliche Anhörung zu dem Antrag der Fraktion der CDU, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Das Gesundheitswesen und die Pflege zukunftsfähig machen – Ausbau der Digitalisierung“, Drucks. 20/5672.

Wir kommen zum Themenblock 1, Nutzung von Patientendaten. Es beginnt Sebastian Polag.

Sebastian Polag: Auch wenn die Redezeit kurz ist, ganz kurz zu meiner Person: Sebastian Polag. Ich bin Vorstand der AGAPLESION gemeinnützigen Aktiengesellschaft mit Sitz in Frankfurt und damit in Hessen. Ich beschäftige mich schon seit vielen Jahren – im Vorstand bin ich für den Bereich IT zuständig – mit dem Thema Digitalisierung, mit dem Thema Business Intelligence, künstliche Intelligenz und Big Data. So haben wir bei uns im Konzern schon vor zehn Jahren ein sogenanntes Business-Intelligence-Team gegründet. Das sind heute bei uns sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich genau mit diesem Thema beschäftigen. Allein im letzten Jahr haben wir über 3 Millionen € in diesen Bereich investiert. Das sind im weltweiten Vergleich natürlich kleine Beträge.

An der Stelle kann ich sagen, es hat Grenzen, jedenfalls Grenzen für uns, obwohl wir ein bundesweit agierender gemeinnütziger Konzern sind. Wir beschäftigen 22.000 Mitarbeiter und machen über 1,7 Milliarden € Umsatz, sind also je nach Ranking dritt- oder viertgrößter Konzern in Deutschland. Dennoch kann ich an der Stelle sagen, Big Data im eigentlichen Sinne können wir nicht machen. Wir behandeln und begleiten über 1 Million Patientinnen und Patienten jedes Jahr. Trotzdem haben wir nicht die notwendigen Massendaten, um richtiges Big Data zu betreiben. So sind wir hier auch auf Lösungen von anderen Anbietern angewiesen, die wir für verschiedene Anwendungen nutzen.

Um direkt in die Praxis einzuführen: Was machen wir im Bereich KI, im Bereich Business Intelligence in der Medizin? Beispielsweise geht es um die Wechselwirkung von Medikamenten. Das ist ein großer Bereich, in dem wir wirklich schon mit künstlicher Intelligenz und mit Massendaten arbeiten. Auch Früherkennung, gerade in der Bildgebung, ist ein Bereich, den wir schon aktiv nutzen, wenn es zum Beispiel darum geht, aus Röntgenbildern, CT-Bildern oder MRT-Bildern mögliche Krebsherde zu finden. Auch das Thema „Prävention und Diagnosestellung“ wird bei uns mit einzelnen Pilotprojekten schon im Bereich Big Data betrieben.

Generell ist es schwierig und eine Herausforderung, die nötigen Massendaten für uns selbst aufzutreiben. Es gibt ja auch noch keine Logik oder kein System, das Massendaten für uns in Deutschland zusammenführt, sodass wir alle gemeinsam darauf zugreifen könnten. Ich denke, das wäre mit Sicherheit eine Möglichkeit, wie Sie sich politisch in der Bundesrepublik bzw. in den einzelnen Ländern abstimmen könnten, damit wir im Grunde ein Stück weit gegen die profitorientierten Unternehmen wie Google, Apple und Co, die wir alle kennen, mit unseren Massendaten unter den Gesichtspunkten des Datenschutzes vernünftig umgehen können.

Sie alle kennen das. Wir haben solche Wearables am Arm, ich selbst sogar heute mal zwei – rechts und links –, mit denen wir Daten erhalten. Das ist etwas, was wir in der Praxis schon sehr gut einsetzen. Patientinnen und Patienten kommen zu uns, nutzen diese Daten, beispielsweise die Protokollierung ihrer Beatmung, die Protokollierung ihrer Sauerstoffsättigung, die Protokollierung ihres Herzschlages, ihres EKGs mit einer Apple Watch oder sogar auch schon Langzeitblutdruckmessungen mit kleinen Geräten, die exemplarisch in der Kardiologie unsere Ärztinnen und Ärzte bei der entsprechenden Diagnosestellung unterstützen.

Prof. Dr. Felix Hoffmann: Mein Name ist Felix Hoffmann. Ich bin Professor für Digital Health an der APOLLON Hochschule in Bremen und leite die Stabsstelle für medizinische Prozessentwicklung am Klinikum Darmstadt. Mein Aufgabenbereich umfasst insbesondere die Restrukturierung und Digitalisierung von Prozessen innerhalb des Klinikums und auch krankenhausübergreifend.

Die Auswertung großer Datenmengen kann dazu beitragen, dass neue Erkenntnisse über medizinische Zusammenhänge gewonnen werden, die völlig neue Therapiemöglichkeiten eröffnen. Mehr Digitalisierung kann auch dazu beitragen, dass die bestehende Behandlung vom Krankenhaus oder der Praxis hin die häusliche Umgebung verlagert wird. Telemonitoring kann hier eine Rolle spielen, indem dauerhaft Daten erhoben werden, die im Falle einer Verschlechterung im Sinne eines Frühwarnsystems einen Arzt oder eine Ärztin informieren.

Auch Gesundheits-Apps können zu mehr Selbstständigkeit führen, wenn einfache Aufgaben vom Menschen auf die Technik übertragen werden. Eine Vernetzung ist also zweifellos sinnvoll. Allerdings ist hier unbedingt auf eine Interoperabilität zu achten. Kleine Fürstentümer, die nicht miteinander kommunizieren können, helfen uns nicht weiter. Wir brauchen eine einheitliche digitale Infrastruktur.

Sie fragten nach Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes. Ich habe zweierlei Bedenken: Daten können in falsche Hände gelangen. Trotz aller Sicherheitsvorkehrungen lässt sich dies nicht ganz ausschließen. Hier ist eine transparente Information der Dateneigentümerinnen und -eigentümer erforderlich, um eine individuelle Risikoabschätzung treffen zu können. Das größere Risiko sehe ich allerdings darin, dass wir uns durch Datenschutzbedenken lähmen lassen.

Ich appelliere deshalb an alle Beteiligten, den Datenschutz ernst zu nehmen, andere Interessen jedoch im Rahmen einer Güterabwägung nicht zu vernachlässigen.

Dennis Geisthardt: Ich kann Ihnen sagen, wir reden bei uns im Verband zusammen mit unseren Mitgliedsunternehmen natürlich tagtäglich über die Probleme und die Herausforderungen der Digitalisierung. Es führt eigentlich kein Weg an dem Thema „Datennutzung und Umgang mit Gesundheitsdaten“ vorbei. Für uns ist das dementsprechend ein sehr zentrales Anliegen, das wir haben und umsetzen wollen, wenn wir dieses Mammutprojekt der Digitalisierung im Gesundheitswesen aufbauen wollen.

Ich glaube, die zentrale Herausforderung ist dabei weniger eine Frage der tatsächlichen Umsetzung, sondern der Möglichkeiten und Mehrwerte, die wir daraus ableiten können. Ich glaube, die Mehrwerte, die wir insbesondere bei der Datennutzung im Bereich der Anwendung der künstlichen Intelligenz sehen, werden heute noch sehr tiefgehend debattiert. Ich glaube aber, bei den Dingen, die wir gerade machen können, sind wir noch weit davon entfernt, die kompletten Potenziale auszunutzen. Wir sehen bei uns in der Mitgliedschaft sehr deutlich, dass wir über verschiedene zukunftsfähige Aspekte, insbesondere bei der KI-basierten Simulation von Kontrastmitteln oder der Vermeidung invasiver Maßnahmen umzusetzen – – Das ist ein ganz wesentlicher Punkt, wenn wir darüber nachdenken, wie wir im weiteren Verlauf Mehrwerte für die Versorgung gestalten wollen.

Grundvoraussetzung für den Einsatz der innovativen Technologien bildet nach wie vor die Verfügbarkeit hochqualitativer Datensätze. Da sehen wir insbesondere die Bürgerinnen und Bürger in einer zentralen Rolle. Wir wissen bis dato, dass circa 45 % der Patienten bereit sind, ihre Daten zu teilen, wenn sie damit anderen helfen bzw. einen gesellschaftlichen Nutzen stiften. Wir haben aber auch gesehen, dass speziell im Zuge der Pandemie die Bereitschaft, Daten für den eigenen Nutzen zu teilen, wesentlich höher war. Hier sehen wir unbedingten Handlungsbedarf, um sowohl die Bereitschaftslevel zu erhöhen als auch um den Menschen, die schon bereit sind, ihre Daten zu teilen, die Möglichkeit und die technische Umsetzung dafür zu geben.

Wir sehen insbesondere eine Lösung, die keine Einzelnorm oder einen regulatorischen Einzelfall darstellt, sondern wir brauchen dafür was Größeres. Wir gehen davon aus oder hoffen zumindest, dass wir auf Bundesebene bald eine E-Health-Strategie bekommen. Wir haben uns jahrelang dafür eingesetzt. Wir sehen insbesondere den Ansatzpunkt auf der Landesebene, um kooperativ mit den anderen Bundesländern einen erfolgreichen größeren Prozess als nur Einzelnormen anzusetzen und die Digitalisierungsaktivitäten der Akteure miteinander zu verknüpfen. Wir als Bundesverband stehen natürlich auch auf Landesebene sehr gerne dafür zur Verfügung.

Pia Maier: Ich würde gerne den Faden des ersten Redners weiterspinnen und seinen Schluss aufgreifen: Wir alle tragen Wearables. – Diese Wearables werden in der Reihenfolge derzeit hauptsächlich von Fitbit, Google, Apple, Samsung, Huawei und noch einem chinesischen Hersteller in die Welt verschifft. Das sind die größten Hersteller dieser Wearables. Wir brauchen uns gar nichts vorzumachen, auch wenn wir keine Einwilligung zur Nutzung dieser Daten geben, werden die damit erfassten Gesundheitsdaten in den USA und in anderen Ländern massenweise verarbeitet.

Wir haben keine vergleichbare Struktur, keinen vergleichbaren Zugang zu solchen Daten, solange hier nicht Daten in der elektronischen Patientenakte vernünftig gesammelt, zugänglich gemacht und mit einem europäischen Verständnis von Datenschutz für die medizinische Versorgung eingesetzt werden können. Ich glaube fest daran, dass das geht, dass das mit einem guten Verständnis für Datenschutz funktionieren kann. Aber man muss ihn anders denken. Dazu würde ich Ihnen gerne das Sachverständigenratsgutachten Gesundheit aus dem Jahr 2021 ans Herz legen. Darin ist sehr deutlich gemacht worden, was für einen Nutzen Gesundheitsdaten haben können, wenn man sie der Forschung und der Arbeit zugänglich macht. Dazu muss man den Datenschutz ein bisschen vom Kopf auf die Füße stellen und darf nicht davon ausgehen, dass das Verhindern von Datensammlung das höchste Gut ist, sondern dass der geschützte und vor Missbrauch geschützte Gebrauch der Daten das Notwendige ist, um mit den Gesundheitsdaten erfolgreich und im Sinne aller arbeiten zu können.

Sie haben nach den konkreten Vorteilen gefragt. Natürlich bringt es jeder und jedem in Hessen, in Deutschland und in Europa Vorteile, wenn wir möglichst viele Erkenntnisse haben, mit denen Forschung betrieben werden kann, mit denen Unternehmen ihre Produkte entwickeln können. Wenn schon ein Konzern wie AGAPLESION mit seinen Daten nicht wirklich arbeiten kann, dann haben Sie ein Bild davon, wie schwierig es ist, wenn wir über seltene Erkrankungen nachdenken, an denen nur wenige Menschen in Europa überhaupt leiden. Davon Daten zusammenzuführen, ist enorm wichtig, um damit arbeiten zu können. Dafür müssen die Daten in Europa natürlich interoperabel zur Verfügung stehen. Dabei kann uns der Weg in die Digitalisierung wesentlich helfen, wenn wir das gut bauen, wenn wir das mit einem europäischen Datenschutzverständnis bauen, die Daten aber nutzbar machen.

Die Bereitschaft zur Datenspende ist wirklich hoch. Auch dazu ein Lektüretipp, um nicht so viel dazu sagen zu müssen: Die Bitkom hat 2020 eine Untersuchung dazu gemacht. 83 % der repräsentativ Befragten sind mit einer Datenspende für eine verbesserte Behandlung einverstanden. Wenn die Leute wissen, wofür ihre Daten genutzt werden, und sie können für solche Forschung weitgehend völlig entpersonalisiert genutzt werden, dann ist die Bereitschaft da, die Daten zu spenden. Wir haben sicherlich noch große Potenziale zu heben, was man mit diesen Daten tun kann.

Natalie Gladkov: Ich möchte mich bei dem Thema KI-Medizinprodukte an meine Vorredner anschließen. Wir haben festgestellt, das sind Produkte für die Zukunft in der Prävention, in der Diagnose, in der Therapie. Es gibt Beispiele aus der Alzheimerforschung. Danach kann man sechs Jahre vorher eine Erkrankung feststellen und entsprechende Optionen finden, um die Person frühzeitig zu behandeln und die Erkrankung zu verzögern. Es gibt KI-Roboter, die eventuell einfache Behandlungen übernehmen können und dem Arzt die Möglichkeit geben, sich selbst mit komplexeren Fällen zu beschäftigen bzw. die Person in dem Kontext zu behandeln. Zu nennen ist auch das Thema der Entscheidungsunterstützung.

All das sind Medizininnovationen. Ich möchte Ihnen eine Zahl mitgeben, nämlich dass 70 % der Forschung zu Medizininnovationen in Deutschland durch Unternehmen der Gesundheitswirtschaft stattfinden. Das ist ein hoher Wert. Ich möchte den Blick darauf lenken, dass Hessen im Kontext von Medizintechnik ein Innovationsstandort ist, der gefördert und ausgebaut werden kann. Wichtig hierfür wäre, dass die Unternehmen den Zugang zu Gesundheitsdaten erhalten. Das wäre in dem Fall möglich, dass es in Zukunft ein Forschungsdatenzentrum auf Bundesebene geben soll und die Industrie Zugang dazu bekommt. Wichtig ist das auch für die Entwicklung der KI-Medizinprodukte; denn wir müssen solche Fälle wie Bayes verhindern. Bei Krebsfrüherkennung auf Hautkrebs kennen wir es schon, dass bei dunkler Haut Melanome nicht erkannt werden, weil man nicht genügend Daten hat, um die Maschine zu trainieren. Deswegen ist es sehr wichtig, dass wir da Zugang schaffen.

Anschließend an meine Kolleginnen und Kollegen kann man tatsächlich feststellen, dass die Patientinnen und Patienten immer aufgeschlossener dafür sind, Daten zur Verfügung zu stellen. Als BVMed haben wir zusammen mit Civey eine Umfrage gemacht und festgestellt, dass 48 % ihre Daten für Behandlungen übergeben würden. Für die Gesundheitsforschung sind es 42 %. Das sind wesentlich mehr als zum Beispiel im Kontext von Terrorbekämpfung oder autonomem Fahren. Patientensouveränität kann durch die Erhebung von Metadaten gestärkt werden und auch ein Monitoring von Behandlungsverläufen. Das ist durch digitale Medizinprodukte und E-Health-Anwendungen möglich.

Noch ein kurzer Hinweis zu den datenschutzlichen Anforderungen: Wir sind da in Deutschland sehr, sehr weit und sehr gut aufgestellt. Die Medizinprodukte, zum Beispiel digitale Gesundheitsanwendungen, unterliegen hohen Vorgaben, wobei man fragen muss, wie hoch die sein müssen, wenn man vergleicht, dass DiGAs eventuell auf gleicher Ebene wie Informationssicherheit von kritischen Infrastrukturen geprüft werden. Grundsätzlich darf man nicht davon absehen, dass wir Cyberangriffen in Zukunft wirklich noch deutlich stärker ausgesetzt werden. Das sehen wir an der aktuellen Situation. Es ist wichtig, dass man auf Landesebene den Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäusern entsprechende Vergütung zur Verfügung stellt, um personelle und finanzielle Ressourcen aufzubauen, um gestärkt Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben.

Dr. Stephan Schug: Die Gesellschaft für Gesundheitstelematik und auch ich persönlich sind seit gut 20 Jahren in dem Thema unterwegs. Ich habe ebenfalls ungefähr 20 Jahre die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Telematik im Gesundheitswesen“ begleitet und kenne die Situation in verschiedenen Bundesländern daher sehr, sehr gut. Als Chief Medical Officer von ETHEL bin ich sehr viel in anderen europäischen Ländern herumgekommen. Beide Dinge möchte ich einfließen lassen.

Die Vernetzung von Patientendaten beruht letztlich darauf, dass ich eine elektronische Patientenakte als Kernelement der Digitalisierung und sektorübergreifenden Vernetzung habe. Da sind wir in Deutschland noch nicht so richtig weit. Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass man sehr systematisch und mit sehr langem Atem mit Stufenplänen arbeiten muss. Die USA machen das meines Erachtens vorbildlich mit der stufenweisen Einführung eines interoperablen Datensatzes. In Deutschland gibt es ähnliche Ansätze. Ich denke, da brauchen wir noch ein bisschen Geduld.

Die Patientenakten sind im Moment noch relativ wenig gefüllt. Auf die TI kommen wir nachher im zweiten Themenblock.

Was die KI angeht, so hatte auch ich mir die ganzen Beispiele notiert. Vor allem in der digitalen Pathologie, in der digitalen Bildverarbeitung gibt es wirklich tolle Beispiele. Vor allem ist das ein Beispiel dafür, dass Ärztinnen und Ärzte tatsächlich mit diesen Technologien kooperieren und in Arbeitsteilung arbeiten können. Deswegen schwenke ich jetzt auf das Thema der Datennutzung, der Datensolidarität ein. Der Begriff der Datenspende, den wir im deutschen Gesetz haben, wird international nicht so ganz geteilt, weil der Begriff Spende mehrdeutig ist. Wie auch immer.

Ich möchte Frau Gladkov gratulieren. Sie sind Leiterin eines neuen Fachbereichs Daten bei BVMed geworden. Das habe ich gestern gelesen. Herzlichen Glückwunsch. Das ist sehr passend zum heutigen Zusammentreffen.

Die Mehrzahl der Patienten ist bereit, ihre Daten zu teilen. Data-Sharing. Es ist noch nicht so rausgekommen, dass die Bereitschaft, die Daten zu teilen, je nach Verwendungszweck unterschiedlich ist. Ein gewisses Problem ist, dass die Industrie sehr gerne ausgegrenzt wird. In unserer Gesetzgebung ist sie durchgängig ausgegrenzt. Die Patienten sehen das auch nicht so gerne. Da hilft der Blick nach Europa. Dort hat man inzwischen tolle Initiativen wie Data Saves Lives. Die französische Ratspräsidentschaft kümmert sich aktuell darum. Es gibt viele Dinge wie Data Strategy, Data Governance usw., aber es gibt auch viele industrielle Initiativen, die sich in Projekte einbinden. Obwohl ich da persönlich ein bisschen skeptisch bin, möchte ich dafür plädieren, dass wir das in Deutschland ein bisschen offener sehen. Auch die Pharmaindustrie hat es inzwischen geschafft, in ihren eigenen Organisationen Extrabereiche abzutrennen, die sich in Projekte einbringen können. Warum braucht man das? Diese sogenannten Real World Data, die wir uns in den nächsten Jahren erschließen werden, also Daten unmittelbar aus der Versorgung, sind unter anderem für die Arzneimittelzulassung wichtig. Sie sind für Medizintechnik, für Wearables usw. wichtig. Da müsste mal überprüft werden, ob die Industrie tatsächlich so grundsätzlich ausgeschlossen bleiben muss.

Jetzt ist sicher keine Zeit, um diese ganzen Regelungen vorzustellen, die es gibt. Ich schwenke kurz zum Datenschutz und den Sicherungsmaßnahmen. Es ist erkannt worden, dass Cyber Security wirklich ein absolutes Schwerpunktthema sein muss. Es gab wirklich unappetitliche Fälle zum Beispiel in Finnland, wo ein staatlicher Psychiatrieversorger gehackt worden ist und die Patienten damit erpresst worden sind. Auf der anderen Seite müssen wir wissen, dass es keinen perfekten Schutz gibt. Aber auch hier gibt es sehr interessante Wege nach vorne. Man kann für diese Big-Data-Forschung mit synthetischen Daten arbeiten. Auch da gibt es eine ganze Reihe von konkreten Projekten.

Uwe Seibel: Ich möchte auf ein paar wenige Punkte hinweisen, die aus unserer Perspektive wichtig sind. Der Vorteil beim Einsatz von vernetzten Daten liegt für die Pflegeberufe und vor allem für die von ihnen Betreuten darin, Versorgungsbrüche zu vermeiden. Versorgungsbrüche entstehen dadurch, dass Informationen aktuell – häufig noch per Papier – vielfach verspätet bis

gar nicht weitergegeben werden. Eine vollumfängliche Anbindung der beruflich Pflegenden in die Telematikinfrastruktur würde unter Hinzunahme weiterer digitaler Anwendungen – ein Beispiel dazu habe ich gleich – im pflegerischen Bereich für deutlich mehr Qualität und vor allen Dingen mehr Schnelligkeit bei der Datenweitergabe sorgen. Der Datenfluss zwischen Pflege im Krankenhaus und Pflege in der nachstationären Versorgung ist dann einfacher und ohne Zeitversatz möglich. Zu bedenken ist dabei vor allem auch, dass Verlegungen zwischen Krankenhaus und Pflegeheim bzw. ambulanter Betreuung keine Einbahnstraße darstellen. Das heißt, Patienten sind mal da und mal wieder im anderen Bereich. Die Pflege könnte so auf bestehende Daten zugreifen und direkt am Prozess weiterarbeiten. Dazu gibt es bereits die Entwicklung eines elektronischen Pflegeüberleitungsberichts. Das gestaltet sich allerdings schwierig. Das Stichwort Fürstentümer ist vorhin schon angesprochen worden. Hier sind alle Akteure aufgefordert, sich zu einigen und eine Sprache zu finden; dann kämen wir deutlich besser voran.

Wichtig ist auch, dass für Akzeptanz gesorgt wird. Wenn man die Zahlen der Gematik anschaut, ist die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte noch nicht in dem Maße gegeben, wie sie für das von mir genannte Beispiel sinnvoll wäre.

Für uns ist wichtig, dass der elektronische Heilberufsausweis für die Fachkräfte möglichst zügig ausgegeben wird. Das elektronische Gesundheitsberuferegister ist ja im Aufbau. Hier ist zumindest ein Fortschritt zu sehen. Entsprechende Berechtigungskonzepte sind dann zu verteilen.

Ein letzter Punkt an die Adresse derjenigen, die sich in Einrichtungen mit EDV und Informationstechnologie befassen und entsprechende Software anschaffen: Man sollte die Pflege rechtzeitig mit ins Boot nehmen, um die Anforderungen der Anwender mitzunehmen.

Stefan Grüttner: Es geht um ein Thema, das uns von der Gesundheitswirtschaft rhein-main nicht zuletzt bei dem mit unseren Partnern durchgeführten E-Health-Kongress im Herbst letzten Jahres beschäftigte. Dabei ging es darum, wie KI im Bereich der Medizin auch in Zukunft ihren Stellenwert hat. Insofern gestatten Sie mir zu Anfang den Satz: Wir dürfen das Rad nicht zurückdrehen und fragen, ob Big Data und KI einen Patientennutzen haben. Natürlich. Es ist seit vielen Jahren bekannt, dass sie einen Patientennutzen haben. Ich glaube, Hessen ist einer der Pioniere mit ZusE, also dem Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen an der Uniklinik in Marburg mit IBM Watson. Wenn Prof. Schäfer erklärt, dass sein Wissen über IBM Watson mehr ist, als Hunderte von Ärzten generieren können, dann wird sehr deutlich, welchen Nutzen Big Data und KI für Patienten an dieser Stelle haben.

Insofern erscheint es uns als sinnvoll, und so verstehen wir uns auch als Gesundheitswirtschaft, eine Plattform für ein Netzwerk zu bilden. Das ist sicherlich auch eine Aufgabe, die seitens des Landes wahrgenommen werden kann. Herr Polag hat von den Aktivitäten berichtet. Es gibt Aktivitäten von BVMed und von vielen anderen. Dort werden Aktivitäten gebündelt und zusammengetragen und die Frage erörtert, an welcher Stelle wir Gemeinsamkeiten haben und wo ein Land versuchen kann, eine Plattform mit zu schaffen, damit die dort vorhandenen Daten tatsächlich umgesetzt und im Sinne von Patienten genutzt werden können. Dass es hier Patientennutzen

gibt, ist unbestritten. Da brauchen wir nur auf die letzten eineinhalb Jahre zurückzuschauen. Ich glaube, dass das Joint Venture zwischen Pfizer auf der einen Seite und dem Staat Israel auf der anderen Seite relativ viel geholfen hat, um Impfstoffe stark weiterzuentwickeln und in der Pandemie hilfreich zur Seite zu stehen. Insofern ist auch vor dem Hintergrund einer zunehmend personalisierten Medizin die Nutzung von Big Data und KI unerlässlich. Wirklich unerlässlich. Hier gibt es in der Tat die Notwendigkeit, die unterschiedlichsten Bereiche zusammenzuführen.

Noch zwei Sätze zur Akzeptanz von digitalen Anwendungen. Die Gesundheitswirtschaft rhein-main macht jährlich eine Umfrage, in der wir auch die Akzeptanz von digitalen Anwendungen erfragen. Es mag viele überraschen, aber die höchste Akzeptanz für digitale Anwendungen haben diejenigen, die 60 Jahre und älter sind. Wer der Überzeugung ist, dass Ältere über digitale Entwicklungen eventuell abgehängt werden, liegt unseres Erachtens falsch.

Nur noch einen Satz zum ÖGD, weil ich Redundanzen vermeiden möchte. Es ist als allererstes wichtig, dass der ÖGD in die Lage versetzt wird, überhaupt an die Telematikinfrastruktur angeschlossen zu sein. Hier hinkt der ÖGD den Entwicklungen ewig hinterher. Ich denke, das ist eine Notwendigkeit, die nicht von der Hand zu weisen ist. Der technische Fortschritt ist sehr viel schneller als das, was der ÖGD an Plattformen zur Verfügung hat, um dieser Entwicklung folgen zu können. Dazu gehört auch der Abbau von eigenen Maßnahmen der regionalen Gebietskörperschaften. Das muss in Zukunft breiter aufgestellt werden; sonst wird der ÖGD in Zukunft nicht mit den Entwicklungen Schritt halten können.

Christian Sommerbrodt: Um auch von meiner Seite Redundanzen zu vermeiden, fasse ich mich zu den Vorteilen von Big Data und künstlichen Intelligenz kurz. Da sehen die hessischen Hausärzte, ähnlich wie die Vorredner das gesehen haben, eine Verbesserung in der Patientenversorgung. Wir stehen diesen Entwicklungen insgesamt positiv gegenüber, und zwar vor allen Dingen bei der Versorgung chronisch kranker Patienten.

Die Versorgungsrealität zum aktuellen Zeitpunkt ist allerdings eine andere. Die Wearables, die schon mehrfach erwähnt worden sind, produzieren ganz, ganz viele Daten, die einen erheblichen Beratungsanlass mit irrelevanten Datenmengen in der Praxis darstellen. Wir müssen uns vielfach mit Patienten auseinandersetzen, die mit Datenmengen ankommen und die Sprechstunden dadurch erheblich verlängern und gerade für die chronisch kranken Patienten verstopfen.

Im Weiteren ist es so, dass die Kommunikation mit dem ÖGD, auch das wurde schon angesprochen, geradezu steinzeitlich ist. Im Rahmen der Corona-Pandemie war es stellenweise kaum möglich, überhaupt vernünftig mit dem ÖGD zu kommunizieren, wenn man keine privaten Handynummern hatte.

Was die Sicherheit betrifft, und das ist ein ganz wesentlicher Punkt, muss man sagen, dass die Arztpraxen – wir reden von 10.000 Ärzten in Hessen – ziemlich alleingelassen werden. Wir haben keine Digitalabteilung wie Krankenhäuser, die sich darum kümmern, das datensicher zu machen. Es gibt vielfache Gefahren. Der jüngste bekannte Datenschutzverstoß sind die von der Gematik

zertifizierten Router in der Praxis, die Log-Dateien mitgeschnitten haben. Die Ärzte sind laut Bundesdatenschutz dafür verantwortlich. Das ist eine Situation, bei der die Ärzte kaum mithalten können, um vernünftig Sicherheit aufbauen zu können. Die Datensicherheit beeinflusst die Behandlungsqualität, vor allen Dingen, wenn es zum Beispiel um Blutdruck- oder Herzdaten geht, die ambulant übermittelt oder eventuell verändert werden.

Die andere Gefahr ist die aktuelle Überregulierung des Gesundheitssystems. Wir befürchten, dass diese durch die Digitalisierung sogar noch weiter eskalieren könnte. Die Digitalisierung in den Hausarztpraxen hat sich mittlerweile zu einem Hauptzeitfresser in der Patientenversorgung entwickelt: Datenprobleme, Computerprobleme, Druckerprobleme, Anbindung an die Telemedizininfrastruktur. Im Zweifel muss es der Arzt machen, wenn man nicht das Glück hat, eine MFA, eine Medizinische Fachangestellte, zu haben, die sich drum kümmern kann. All das frisst uns die Zeit auf. Insofern fordern wir von einer digitalen Umsetzung eine Entlastung. Sie wird hier zwar immer wieder versprochen und perspektivisch aufgezeigt; in der Realität sehen wir aber nichts davon.

Berit Gritzka: Ein Thema, das bei uns im Moment ansteht, ist das E-Rezept. Das ist zunächst verschoben worden, bis 30.000 E-Rezepte abgerechnet werden. Stand heute sind wir bei etwas mehr als 3.000 E-Rezepten in der Abrechnung. Wir haben in Hessen 1.400 Apotheken. Wir bauen auf das E-Rezept. Wir hatten in Hessen schon Modellprojekte, die gut gelaufen sind. Durch das E-Rezept hoffen wir, dass die Kommunikation zwischen dem Arzt und der Apotheke auch zur Erleichterung des Patienten zügiger funktioniert. Wir erhoffen uns auch, dass dadurch aus den Verschreibungs- und Versorgungsdaten schneller etwas festgestellt werden kann, was das Thema Lieferengpässe angeht. Wir haben erhebliche Lieferengpässe, wir haben vollständige Lieferabrisse und Ausfälle von Arzneimitteln. Das ist ein Thema der Kommunikation zwischen dem Arzt und der Apotheke, weil wir auf verschiedenen Systemen arbeiten. Das heißt, weder Arzt noch Apotheke können abgleichen, welche Arzneimittel verfügbar sind und welche Arzneimittel nicht verfügbar sind. Der Arzt verschreibt ein Arzneimittel, und der Apotheker stellt fest, es ist nicht lieferbar. Das Ganze geht dann per Telefon hin und her. Da ist ein Thema, ob der Apotheker Zugriff auf Diagnosedaten hat. Nein, das hat er nicht. Das ist vielleicht ein Thema, dass man im Rahmen dessen mal überdenken sollte, sodass eine zügige Versorgung der Patienten gewährleistet werden und ein zügiger Austausch erfolgen kann.

Ein weiteres Thema ist die Datennutzung, was das Medikationsmanagement und den Ausbau der pharmazeutischen Dienstleistungen angeht. Hier arbeiten wir noch mit Papieren, die wir vom Arzt bekommen und händisch von der Apotheke weiter ausgefüllt werden.

Es gibt hier sicherlich einige Themen, auch was den Notdienst bzw. den ärztlichen Bereitschaftsdienst angeht. Patienten gehen mit ihrem Muster 16 durch die Landschaft und sind auf der Suche nach einer Apotheke, bei der dieses Arzneimittel zur Verfügung steht. Das sind sicherlich Themen, für die man möglicherweise über eine bessere Vernetzung zwischen Arzt und Apotheke aber auch über die Daten der Warenlagerbestückung nachdenken könnte.

Dr. Nils Gaebel: Ich bin als Leiter des Referates Gesundheit, Wissenschaft und Forschung beim Hessischen Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hier. Das ist für uns ein sehr, sehr wichtiges und spannendes Thema.

Ich habe mir die Frage herausgesucht: Welche datenschutzrechtlichen Bedenken gibt es bezüglich E-Health-Anwendungen? – Diese Frage scheint wie gemacht für die Datenschutzaufsicht zu sein. Wir gelten ja oft als Schutzheilige der Bedenkenträger. Dass dem nicht so ist, will ich hier ausführen. Uns geht es gar nicht darum, Bedenken zu äußern oder Projekte kritisch zu sehen, sondern wenn wir Projekte beraten, geht es uns primär darum, zu gucken, was vernachlässigt wurde und was man besser machen kann. Das ist unser Ansatz, und das ist unsere tägliche Praxis.

Es gibt Punkte, bei denen es dort oft hakt, wenn Projekte bei uns vorgestellt werden. Es gibt häufig keine klare Festlegung der Verantwortlichkeiten, gerade dann, wenn mehrere Stellen beteiligt sind. Es fehlen ausführliche Überlegungen und Begründungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten: beispielsweise getrennte oder gemeinsame Verantwortlichkeit AV. Da müssen wir immer wieder reingehen und gucken: Wie habt ihr euch das vorgestellt? Habt ihr euch da Gedanken gemacht?

Ein weiterer Punkt, der oft ein bisschen vernachlässigt wird, ist die Transparenz gegenüber den Anwendern, insbesondere das Fehlen von Informationen nach Art. 13 DSGVO. Oft stellen wir fest, dass der Datenschutzbeauftragte der Einrichtung selbst leider oft gar nicht in die Projekte eingebunden wird. Das heißt, man kommt zu uns, und der Datenschutzbeauftragte selbst weiß gar nichts von diesem Projekt. Das ist nicht immer sehr schön und förderlich.

Ich selbst sehe manchmal als Problem, dass Fördermittel oft unabhängig vom Vorliegen eines Datenschutzkonzeptes ausgeschüttet werden. Das heißt, die Förderung ist da, und man kann mit dem Projekt beginnen, aber zum Thema Datenschutz wurde bislang gar nichts gesagt. Dann fängt man plötzlich an, zu überlegen, wie man das noch abgebildet kriegt.

Auch wichtig ist die Berücksichtigung der besonderen datenschutzrechtlichen Anforderungen bei der Verarbeitung von Art.-9-Daten. Da muss man gucken, was in dem Kontext zu berücksichtigen ist, zum Beispiel eine Datenschutzfolgenabschätzung oder ähnliches.

Wichtig ist eine risikobasierte und am Schutzbedarf der personenbezogenen Daten orientierte Technikgestaltung, indem man guckt, wie man Datenminimierung und -zweckbindung bei den Projekten unterbringt.

Wenn man an diese Punkte denkt, hat man aus meiner Sicht einen guten Motor für die Umsetzungsgeschwindigkeit. Das heißt, da bleiben die Projekte nicht lange auf dem Tisch liegen.

Wir haben uns noch eine zweite Frage herausgesucht: Welche Sicherungsmaßnahmen können bis zu welchem Grad verhindern, dass sensible Gesundheitsdaten in falsche Hände geraten? – Diese Fragestellung haben wir oft im Bereich der Krankenhausinformationssysteme. Da geht es primär darum, Zugriffe zu beschränken und an den Erforderlichkeiten auszurichten. Da ist die OH KIS, die Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme aus dem Jahr 2014, sicherlich ein

Baustein. Wir werden uns zusammen mit den Kollegen der anderen Länder daran begeben, die auf den neuen Stand der Technik zu bringen. Seit 2014 ist halt doch schon wieder viel Zeit vergangen. Im Bereich der Digitalisierung sind acht Jahre viel. Da werden wir noch mal ansetzen.

Ein weiterer Punkt, der für uns wichtig ist, sind die Meldungen nach Art. 33 DSGVO, also die Meldung von Datenschutzverletzungen. Daran sehen wir: Wo sind Probleme? Wo kann man nachbessern? Eine hundertprozentige Sicherheit gibt es tatsächlich nicht. Es ist für uns immer gut, zu sehen: Wie ist was passiert? Kann man das für die Zukunft vermeiden?

Bianca Kastl: Kurz ein paar Worte zum Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit: Wir verbinden den Öffentlichen Gesundheitsdienst, also die Gesundheitsämter, mit Open-Source-Lösungen. Wir machen das gemeinwohlorientiert, und wir sehen uns in gewisser Weise als eine Art digitales Hilfswerk, weil Gesundheitsämter und Steinzeit – Sie können sich vorstellen, da muss man ein bisschen helfen.

In der Pandemie haben wir mit IRIS Connect unterschiedliche Kontaktnachverfolgungslösungen mit Gesundheitsämtern in vier Bundesländern vernetzt. Also Vernetzung können wir. Darüber hinaus haben wir eine vernetzte Impfplattform entwickelt und unterstützen den ÖGD mit weiteren Digitalisierungsvorhaben und beim Datenaustausch.

Ich möchte kurz auf die Frage eingehen: Wie können die Digitalisierung und der Austausch von Daten den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen voranbringen? – Wissen Sie eigentlich, worum es unter anderem beim öffentlichen Gesundheitsdienst unter anderem geht? Es geht um Prävention. Eigentlich geht es um Prävention. Aber versuchen Sie mal, Dingen zuvorzukommen, wenn Ihnen die Daten dafür zu spät vorliegen.

Die Pandemie ist immer wieder ein digitales Problemfeld, in dem dieser Datenaustausch nicht wirklich klappt. Das liegt gar nicht so sehr an Faxen. Faxe gibt es in Gesundheitsämtern gar nicht mehr so viele. Aber es gibt andere Probleme. Was sind das für Probleme? Es liegt nicht daran, dass es diese Daten nicht gibt, sondern es liegt immer wieder daran, dass es keine einheitlichen Datenaustauschformate gibt. Es gibt keine sich daraus ergebenden Schnittstellen, und es fehlt generell an Interoperabilität. Es mangelt einfach an sinniger Vernetzung.

In Gesundheitsämtern wird heutzutage viel händische Arbeit erledigt: digitale Sekretariatsaufgaben, die mit der eigentlichen Gesundheitsvorsorge wenig zu tun haben. Erst wenn diese Vernetzungsprobleme gelöst sind und es sinnvolle digitale Unterstützung gibt, kann der Fokus wieder auf die eigentliche Gesundheitsfürsorge gelegt werden.

Die für die Digitalisierung notwendigen Daten bekommen Sie nur dann, wenn die Menschen akzeptieren und vertrauen. Das führt uns zur zweiten Frage, zur IT-Sicherheit, die schon vom Vertreter des Hessischen Datenschutzbeauftragten angesprochen wurde: Welche Sicherungsmaßnahmen können verhindern, dass sensible Gesundheitsdaten in falsche Hände geraten? – Unser Vertrauen in die Sicherheit digitaler Systeme ist generell eher beschränkt. Wir entwickeln unsere Systeme immer nach der Vorstellung Assume Breach, das heißt, wir gehen immer davon aus,

dass unser System ein Datenleck haben könnte. Um dieses Datenleck möglichst klein zu halten, versuchen wir, keine unnötigen Daten anzuhäufen, die wir gar nicht brauchen. Wir versuchen, unsere Systeme immer so zu bauen, dass sie keine großen Datenhaufen erzeugen. Deswegen ist Dezentralität bei unseren Systemen ein wesentliches Merkmal, um die Sicherheit zu erhöhen. Bei dezentralen Systemen ist es gar nicht mal so einfach, besonders viele Daten abzuziehen, sondern Sie müssen sehr, sehr viele Akteure angreifen.

Unsere Software basiert auf dem Prinzip von Zero Trust. Das heißt, wir vertrauen keinem Akteur in unseren Systemen uneingeschränkt und versuchen, immer so viel wie möglich zu verifizieren. Ein Merkmal dafür sind klassische Zertifikatsketten, die wir zum Beispiel brauchen, um Gesundheitsämter eindeutig zu identifizieren, damit diese berechtigt sind, Daten zu erheben.

Zusammengefasst kann die sinnvolle Vernetzung den ÖGD weiterbringen. Aber es ist auch sehr wichtig, dass es wirklich sicher geschieht.

Reinhard Schaffert: Zunächst zu den Daten. Ich möchte klar zwischen den individuellen Daten des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin unterscheiden, die er oder sie auf dem Weg durch unsere Gesundheitswelt und Sektoren mitnimmt, und den Gesundheitsdaten – von mir aus Big Data – insgesamt.

In beiden Fällen leben wir in einer Inselwelt, was den Datenaustausch betrifft. Wir haben ganz, ganz viele Daten. Das ist, glaube ich, nicht das Problem der Datenmenge. Aber wir haben lauter Insellösungen. Hier ist schon häufiger angesprochen worden, dass die Vernetzung dieser Daten ganz wichtig ist, und zwar auch für den einzelnen Patienten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Patient seine Daten immer wieder neu angeben muss, meinetwegen in einer der Klinik angeschlossenen MVZ seine Daten und wieder, wenn er ins Krankenhaus kommt, obwohl die eigentlich zusammengehören. Das verstehen auch die Menschen nicht. Das gilt genauso, was die Gesundheitsdaten betrifft. Die Informationen, die in dem einen System vorliegen, liegen nicht im anderen System vor. Da ist sicherlich ein Patientennutzen gegeben.

Gleiches gilt für die Gesundheitsdaten insgesamt. Ich glaube tatsächlich, das ist ein riesiger Datenschatz. Man kann unheimliche Erkenntnisse aus diesen Daten herausziehen. Ich habe selbst schon mal mit den Daten beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gearbeitet. Dort liegen alle Krankenhausdaten vor. Da lassen sich durchaus Erkenntnisse für die Versorgung und für die medizinische Behandlung gewinnen, die das Gesundheitssystem weiterbringen. Da braucht es aber einen guten Datenaustausch, und der fehlt. Die Schnittstellen sind schon vorhanden, aber jeder isoliert sich da ein Stück ab.

Ich denke, Datenschutz und die Nutzung von Daten sind erst mal kein Widerspruch. Es wäre letztlich auch keine Herausforderung, ohne Datenschutz mit den Daten zu arbeiten. Es geht natürlich darum, dass wir die individuellen Patientendaten so gut schützen, wie es technisch möglich ist. Gleichzeitig ist die Nutzung von richtig anonymisierten Daten auch hinsichtlich des Datenschutzes eigentlich unproblematisch. Es wird immer irgendwelche Gruppierungen geben, die das

ablehnen. Aber wir haben schon gehört, dass viele Menschen durchaus bereit sind, ihre Daten zu teilen. In einem durch Pflichtbeiträge finanzierten Gesundheitssystem hat es auch durchaus einen gewissen Sinn, wenn es durch die Nutzung von Daten effizienter arbeitet.

Prof. Dr. Nawid Khaladj: Ich sitze hier in einer Doppelrolle: zum einen als Vorstand des Kompetenzzentrums für digitale Medizin – das ist ein neu gegründeter Verein in Darmstadt, der sich als Motor und Verstärker verschiedener Partner im Gesundheitswesen versteht – und zum anderen als ärztlicher Leiter und medizinischer Geschäftsführer der Klinikum Darmstadt GmbH. 1.000 Betten, kommunaler Maximalversorger, verantwortlich für das Versorgungsgebiet 6, Südhessen.

Meine Damen und Herren, wir haben ein exzellentes Gesundheitssystem in Deutschland und Hessen, das auf dem Solidaritätsprinzip beruht. Es wurde durch Bismarck eingeführt. Hier stellt sich mir die grundsätzliche Frage: Wem gehören in einem Solidaritätssystem die Gesundheitsdaten aus den verschiedenen Sektoren? Das dürfen wir nicht vergessen. Herr Schaffert hat es gesagt. Wir haben Abrechnungsdaten über das InEK über die stationären Patienten. Wir haben ambulante Abrechnungsdaten, die eine gewisse Unschärfe mit sich bringen. Stichwort Morbi-RSA. Teilweise sind einzelne Gruppen aufgefordert, bewusst falsche Daten einzugeben, um Geldverteilungen umzuverlagern.

Wenn wir über Daten sprechen, müssen wir über anonymisiert und pseudonymisiert sprechen, um die Bevölkerung mitzunehmen. Anonymisiert: kein Rückschluss mehr auf den Einzelnen möglich. Pseudonymisiert: es ist möglich. Wenn Sie mich fragen, würde ich dafür plädieren, dass Daten auf jeden Fall anonymisiert gesammelt werden und als Opt-out pseudonymisiert jeder Einzelne wählen kann.

Es stellt sich die Frage der staatlichen Lagerung dieser Daten. Wer ist dafür verantwortlich, um Vertrauen hineinzubringen und damit kein Missbrauch erfolgt. Das Stichwort „Apple und Google“ ist gefallen. Das könnten das Ministerium, die Ärztekammern, die Kassenärztliche Vereinigung, Gesundheitsämter, Krankenkassen oder auch die jeweiligen Regierungspräsidien sein.

Was wir bisher wissen, beruht hauptsächlich auf Abrechnungsdaten und hat die bekannten Verzerrungen. Aber ich sehe das Ganze als Gesundheitssystem. Von daher sollten neben den Krankheitsdaten und Gesundheitsdaten aus Fitnesstrackern Handybewegungsdaten mit inkludiert werden. Die RKI-Datenspende-App ist ein gutes Beispiel dafür, dass es auch staatlich organisiert und sicher funktionieren kann. Das lässt sich auf die Prävention von Volkskrankheiten ausrollen. Wir sprechen hier immer seltene Erkrankungen und Patienten an, die identifiziert werden können. Aber die meisten Menschen in unserem Land sterben an Herzinfarkt, Schlaganfall und onkologischen Erkrankungen. Hierauf sollten wir den Fokus legen. Das vergleiche ich gerne mit den Impfungen. 80 % haben die Angebote dankbar angenommen. Wir diskutieren aber mehr um das eine Promille, das vermeintlich nicht zu impfen ist oder irgendwelche Bedenken hat. Lassen Sie uns, wenn wir über Big Data sprechen, über die wirklich großen Punkte sprechen.

Beim öffentlichen Gesundheitsdienst sehe ich große Möglichkeiten. Wir haben mit Frau Prof. Lackner an der TU Darmstadt erste Modellprojekte bei uns in Hessen initiiert, bei denen wir in Abwasser nach Corona-Viren suchen. Das lässt sich natürlich auf andere Erkrankungen skalieren. Das lässt sich auf Pollenflug erweitern, um Menschen gezielt zu informieren, wenn ein erhöhtes Risiko für sie besteht. Ich denke, hierauf sollte der Fokus liegen, aber hierfür benötigen wir ausreichend Daten und, wenn Sie mich fragen, alle Daten. Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, ein sicheres System zur Verfügung zu stellen, damit das in der Zukunft gewährleistet ist.

Prof. Dr. Michael Guckert: Ich bin einerseits als Sprecher des Kompetenzzentrums für Informationstechnologie der Technischen Hochschule Mittelhessen und andererseits als Mitglied des Hessischen Zentrums für künstliche Intelligenz hier, das sich gerade in Gründung befindet. Ich möchte mich auf das Thema „künstliche Intelligenz“ fokussieren. Künstliche Intelligenz, wie wir sie im Moment verstehen, arbeitet mit statistischen Modellen, die mit Daten trainiert werden. Nach dieser Trainingsphase werden diese Modelle dorthin gebracht, wo sie angewendet werden sollen. Das heißt, die Daten, die zum Training benutzt werden, spielen eine sehr große Rolle für die Qualität der Modelle und die Qualität der Ergebnisse, die wir mit diesen Modellen erzielen. Es ist deswegen gar nicht nur eine Frage des Big Data, sondern auch eine Frage des Good Data. Good Data bedeutet, die Daten müssen stimmig sein. Das heißt auf der anderen Seite, dass die Daten, die wir zum Trainieren benutzen, die Personengruppe widerspiegeln, wenn wir es medizinisch betrachten, auf die diese Modelle später angewendet werden sollen.

Hier birgt die elektronische Patientenakte natürlich einen großen Schatz, weil wir eine konsolidierte Datenbasis bekommen könnten, die multimodale Daten enthält. Multimodal heißt hier: aus unterschiedlichen Krankheitssituationen und mit unterschiedlichen Diagnoseverfahren erhoben. Ich nenne mal ein Beispiel. Wir, also CardiolQ, unsere Arbeitsgruppe aus Kardiologen, Informatikern von der JLU und der THM, entwickeln – im Übrigen, das sei nur mal erwähnt, vom Land Hessen über ein Projekt recht großzügig gefördert, dafür in dieser Runde auch noch mal vielen Dank – KI-Modelle, die aus dem EKG heraus subtile Veränderungen in den Daten erkennen und subtile Veränderungen am Herzen erkennen können. Dabei wollen wir nicht den Herzinfarkt im EKG erkennen. Dafür bräuchte man diese Maschinerie nicht. Wir wollen subtile Veränderungen vorher erkennen. Sie sehen das Potenzial für Früherkennung, Screening, was KI damit schaffen kann.

Warum müssen die Daten multimodal sein? Na ja, wenn wir subtile Veränderungen erkennen wollen, müssen wir wissen, dass diese subtilen Veränderungen da sind. Das machen wir beim Training mit MRT-Aufnahmen. Multimodal ist: einmal das EKG, einmal die MRT-Aufnahme, dazu vielleicht noch Laborwerte. – All das könnten wir in der elektronischen Patientenakte finden und damit die vollen Möglichkeiten der KI ausschöpfen.

Jetzt stellen sich zwei Fragen: Kann man es machen? Sollte man es machen? – Kann man es machen? Wir machen jetzt schon Studien und erheben Daten. Ich glaube nicht, dass es unser Ziel ist, kreuz und quer Daten aus diesen Akten einzusammeln. Ich bin auf den Begriff „Digital Patient Empowerment“ gestoßen. Ich verstehe das so, dass ich als Patient entscheiden kann, wo

ich zur Diagnose und Therapie hingehe, aber auch, dass ich über meine Daten entscheiden kann: Wer darf sie benutzen, für was und für wie lange? – Ich glaube, das ist technisch möglich. Darauf möchte ich jetzt aber nicht eingehen. Damit sind wir technisch in der Lage, das zu tun.

Sollten wir es tun? Das ist eine ethische Frage. Ich würde gerne auf ein Gutachten verweisen. Es gab eine Datenethikkommission. Sie wurde vom Bundesministerium des Inneren eingesetzt. Vielleicht gibt es sie noch. Sie hat 2019 ein Gutachten vorgelegt. Da steht folgender Satz drin, und ich lese ihn ab, damit ich ihn genau treffe: Ressourcen, die zum Wohl wichtiger Rechtsgüter einzelner – und da ist explizit in Klammern das Beispiel Gesundheit genannt – oder zum Wohl der Allgemeinheit eingesetzt werden könnten, sollten nicht brachliegen.

Daraus würde ich ableiten, dass die Daten, die in einer elektronischen Patientenakte sind, auf jeden Fall für Anwendungen der künstlichen Intelligenz genutzt werden können, wenn man alle Aspekte des Datenschutzes berücksichtigt.

Ich würde zusammenfassen, dass die Verwendung von Daten der elektronischen Patientenakte eine wertvolle Ressource für KI-basierte Diagnoseunterstützung der Mediziner darstellt – wir wollen die unterstützen, wir wollen sie nicht ablösen – und einen großen Nutzen für die Allgemeinheit und für die Gesundheitsversorgung liefern kann.

Armin Häuser: Ich bin der Geschäftsführer des Kompetenzzentrums für Telemedizin und E-Health in Gießen. Das ist eine hochschulübergreifende Einrichtung der Technischen Hochschule Mittelhessen und der Justus-Liebig-Universität.

Auch ich möchte Redundanzen vermeiden. Ich glaube, es ist ziemlich unstrittig, dass die Nutzung von Big Data und der Einsatz von KI als sehr gewinnbringend betrachtet wird, was die Früherkennung und das Langzeitmonitoring von Erkrankungen und die daraus weiterentwickelten Therapieangebote betrifft. Das gilt aber auch für die Digitalisierung insgesamt im Gesundheitswesen, sei es die Ressourcenplanung in der Notfallmedizin durch automatisierten Nachweis der Bettenverfügbarkeiten, sei es die digitale Pflegedokumentation, die letzten Endes in Verbindung mit dem Heilberufsausweis Abrechnungsbetrug verhindert, aber auch Doppelerfassungen und Übertragungsfehler vermeidet.

Ich möchte auf zwei Personengruppen hinweisen, die aus meiner Sicht ganz besonders wichtig für die Frage sind: Wird Digitalisierung flächendeckend gelingen oder nicht? – Das sind zum einen die Patientinnen und Patienten als Eigentümerinnen und Eigentümer der entsprechenden Medizindaten. Es ist wichtig, dass man in Sachen Datennutzung eine höchstmögliche Transparenz gewährleistet, dass man auch die Patienteneinwilligungen mit einem Mustertext vereinheitlicht, damit es eine klare Rechtssicherheit und die Sicherheit gibt, einmal erteilte Einwilligungen einschränken oder widerrufen kann. Dazu gibt es jetzt einen mit der Datenschutzkonferenz abgestimmten Schritt.

Ein zweiter wichtiger Personenkreis ist der, den wir besonders beraten. Wir beraten alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, aber unser Schwerpunkt liegt bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Ich möchte aufgreifen, was Herr Sommerbrodt gesagt hat. Da gibt es eine große Verunsicherung hinsichtlich der standardisierten Schnittstellen und einheitlichen digitalen Infrastruktur. Man stößt sehr oft an das Problem nicht vorhandener personeller Kapazitäten für die Digitalisierung. Auch die Frage der Datensicherheit ist ein Thema. Von daher glaube ich, dass wir in den Bereichen noch weiter Unterstützung leisten müssen. Das ist übrigens kein hessisches Problem. Wir stehen auch im Austausch mit Kompetenzzentren anderer Bundesländer, die schon länger existieren als wir, und die ebenfalls sagen, dass da eine große Verunsicherung existiert und wir in dem Bereich sicherlich, was Aufklärung und Unterstützung betrifft, noch einiges tun müssen.

Daniel Libertus: Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung und dem höheren Stellenwert bei den Patientinnen und Patienten auch hier in Hessen freuen wir von der Landesärztekammer Hessen uns, dass wir die Ärzteschaft vertreten dürfen. Die hessische Ärzteschaft möchte dem Digitalisierungsprozess nicht im Wege stehen, sondern sich daran beteiligen und so mithelfen, die Patientenversorgung in Hessen zu verbessern.

Eine Nutzung von Big Data und der Einsatz von KI kann im Bereich der Forschung, gegebenenfalls auch bei der Organisation und Steuerung des Rettungsdienstes möglich sein. Ein Einsatz im ambulanten Bereich, mit dem die Regelversorgung der Bevölkerung verbessert werden würde, ist aus unserer Sicht indes auch langfristig nicht absehbar. Die anstehenden Herausforderungen zum Beispiel bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und des E-Rezeptes sollten zunächst bewältigt und die Schwierigkeiten der Pandemie überwunden werden, bevor neue Projekte angegangen werden.

Was die Digitalisierung und den Austausch von Daten mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen angeht, sagen wir, der Anschluss der KIM an das EGVP kann zu einer vereinfachten Kommunikation zwischen den hessischen Ärztinnen und Ärzten einerseits und den Behörden und staatlichen Institutionen andererseits führen. Weitere Schritte scheinen angesichts der aktuellen Belastungen der Ärzteschaft, aber auch der hessischen Gesundheitsämter nicht möglich.

Zur Datensolidarität geben wir folgende Stellungnahme ab: Fundament des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist die besondere Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, die auch durch die ärztliche Schweigepflicht und dem hieraus resultierenden ärztlichen Zeugnisverweigerungsrecht geschützt wird. Es besteht bei den Bürgerinnen und Bürgern eine hohe Sensibilität für den Umgang mit ihren Gesundheitsdaten. Um eine tatsächlich freiwillige Datensolidarität zu erreichen, ist es aus unserer Sicht zwingend erforderlich, die Bürgerinnen und Bürger umfassend und abschließend auf eine leicht verständliche und übersichtliche Art und Weise über die Verarbeitung ihrer Daten zu informieren.

Daraus ergeben sich folgende datenschutzrechtliche Bedenken: Grundsätzlich stellt sich datenschutzrechtlich die Frage der Datensicherheit, der Zugriffsmöglichkeiten auf die Gesundheitsdaten

sowie die Transparenz über die Datennutzung. Daneben stellt sich jedoch auch die Frage der Verantwortung für die Datenverarbeitung. Gerade Anbieter von Plattformen, auf denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden können, nutzen zum Teil die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten auch zur Verbesserung ihrer Dienste. Aus haftungsrechtlichen Aspekten wird von diesen Anbietern häufig ein Vertrag über Auftragsverarbeitung angeboten, obwohl eigentlich eine gemeinsame Verantwortlichkeit nach Art. 26 DSGVO vorliegen dürfte.

Ein weiteres Problem der Verantwortung für die Datenverarbeitung tritt derzeit in den Arztpraxen zutage und ist auf § 307 SGB V zurückzuführen. So zeichnen die Konnektoren für die Telematik Logfiles auf, wenn ein fehlgelaufenes Versichertenstammdatenmanagement vorliegt. Diese Logfiles enthalten personenbezogene Daten wie zum Beispiel die Seriennummer der eingesteckten elektronischen Gesundheitskarte und die des Krypto-Zertifikats, für deren Speicherung weder Rechtsgrundlage noch Einwilligung vorliegt. Obwohl die hessischen Ärztinnen und Ärzte von der Speicherung dieser Logfiles regelmäßig keine Kenntnis haben, sieht der BfDI die datenschutzrechtliche Verantwortung aufgrund der Regelungen von § 307 SGB V bei den Ärztinnen und Ärzten.

In diesem Zusammenhang haben Ärztinnen und Ärzte berichtet, dass die Einführung der NFC-Technologie dazu führt, dass die Konnektoren das Computersystem in den Arztpraxen lahmlegen. Vonseiten der Industrie werde ein Gerät zum Preis von 25 € bereitgestellt, das, zusammen mit dem Konnektor, auch die Nutzung der NFC-Technologie ermögliche. An dieser Stelle ist aus unserer Sicht die Einrichtung einer Vertrauensstelle, an die sich die Leistungserbringer wenden können, wenn aufgrund von Fehlern der verbindlich vorgeschriebenen Technik die Patientenversorgung nicht mehr möglich ist und datenschutzrechtliche Fragestellungen im Raum stehen.

Uwe Probst: Load e. V. ist ein überparteilicher liberaler netzpolitischer Verein. Unsere Aufgabenstellung sehen wir darin, die Auswirkungen der Digitalisierung und Vernetzung daraufhin zu untersuchen, wie sie sich auf die Menschen auswirkt und darauf hinzuarbeiten, dass Menschen- und Bürgerrechte auch in der modernen digitalen Welt umgesetzt werden und sogar noch verbessert werden können.

Big Data und KI dienen als Hilfestellung für Behandlungsentscheidungen. Sie helfen, bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. Ärzte können sie als zusätzlichen Input für ihre Entscheidungen nutzen. Je mehr Daten vorliegen, desto besser sind in der Regel diese Entscheidungshilfen. Aber es ist nicht nur die Entscheidung, sondern wir haben auch Ecken, wo es in der Therapie funktioniert, und zwar KI-unterstützte Robotik. Ein Beispiel ist das Cyberknife in der Radiologie zur Tumorbearbeitung. Das ist kein Messer, sondern es geht um eine Bestrahlung von Tumorgewebe. Der KI-unterstützte Roboter erkennt im Prinzip besser, was gesundes und was krankes Gewebe ist. Eine gezieltere Bestrahlung führt zu weniger Schaden am gesunden Gewebe. Der KI-Anteil spielt da eine wichtige Rolle. Jeder, der behandelt wird, hilft dem System, für den nächsten Patienten bessere Daten zur Verfügung zu haben.

Was müssen wir im Bereich KI beachten? Menschen müssen die Diagnosen verantworten. KI-Ergebnisse sind nur ein Input von vielen. Alternative Erfahrungen müssen von Ärzten berücksichtigt werden, und die Ärzte müssen entscheiden, was zu machen ist. Ebenso geht es um die Therapieempfehlungen. Das dürfen nur Empfehlungen sein. Die Entscheidungen müssen bei den Ärzten, den Menschen, den Fachleuten liegen. Robotische Funktionen müssen natürlich immer von Menschen überwacht werden, weil Fehler auftreten können.

Zum Austausch von Daten mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Ein ganz wichtiger Punkt, der in unseren Augen fehlt, ist, dass die Systeme zentral auf Landes- und Bundesebene entwickelt oder zumindest standardisiert werden müssen. Das heißt, es müssen Sicherheitsstandards gewährleistet werden. Proprietäre Systeme, die es zurzeit mit verschiedenen Schnittstellen gibt, behindern die Vernetzung zwischen Gesundheitsämtern, Landes- und Bundesbehörden. Das hat auch die Corona-Lage gezeigt.

Es reicht nicht, ein System zu entwickeln, es muss auch ständig gewartet und auf den neuesten Stand gebracht werden.

Wir brauchen eine professionelle Vergabep Praxis für Systementwicklung und -betrieb. Es muss eine ordentliche Anforderungsdefinition mit einem Qualitätsmanagement geben. In die Anforderungsdefinition gehören Dinge wie Datenschutz und Datensicherheit, Schnittstellenmanagement, der garantierte Betrieb und die Wartung. Da kann man natürlich sehr gut aus anderen Branchen aus der Privatwirtschaft lernen, wo es um professionelles Anforderungs- und Beauftragungsmanagement geht.

Das Thema Datensolidarität wurde angesprochen. Wir haben hier nicht den großen Überblick. Unsere Erfahrung ist aber die, dass gerade bei Betroffenen von seltenen Krankheitsbildern eine große Bereitschaft besteht. Wichtig ist, dass der Datenschutz gewährleistet ist, dass die Verwendung für andere Zwecke nur mit Zustimmung der Betroffenen stattfinden darf. Keine Weitergabe an Dritte ohne Genehmigung der Betroffenen. Eine Anonymisierung ist natürlich notwendig, damit keine negativen Folgen für die Betroffenen eintreten.

Zum Thema „datenschutzrechtliche Bedenken“: Ganz klar muss die ärztliche Schweigepflicht gewährleistet sein. Das ist ein wichtiges Gut, das es schon vor der Digitalisierung gab. Sicherheitsstandards zum Beispiel zum Schutz vor Hacking müssen gewährleistet sein. Daten dürfen nicht an unberechtigte Dritte wie zum Beispiel Werbewirtschaft, Versicherungswirtschaft oder potenzielle zukünftige Arbeitgeber weitergegeben werden. Das erzähle ich, obwohl es eigentlich Standard wäre, weil es in der Vergangenheit des Öfteren Beispiele gab, bei denen das nicht gewährleistet wurde. Ganz wichtig ist die Transparenz. Die Patienten müssen natürlich auch über Verwendung und Risiken dieser Datenspenden aufgeklärt werden.

Welche Sicherheitsmaßnahmen können verhindern, dass was in die falschen Hände gerät? Es gibt zum Beispiel ISO-Zertifizierungen wie die ISO 27002, die Richtlinie für IT-Anwendungen. Schon bei der Auftragsplanung und Auftragsvergabe müssen Datenschutz und Datensicherheit nicht nur als lästiges Anhängsel gesehen werden, sondern als eine der funktionalen Anforderungen im Bereich der Auftragsbeschreibung. Klar ist ständige Qualitätskontrolle notwendig.

Dr. Barbara Voß: Wir haben in den bisherigen Ausführungen schon viele Beispiele für die Potenziale von Digitalisierung und auch für die Datennutzung gehört. Deshalb möchte ich auf einen anderen Aspekt eingehen, nämlich darauf, wie diese Potenziale gehoben werden können. Entscheidend bei der Digitalisierung ist nicht die Theorie, sondern dass die guten Ideen in der Realität ankommen. Digitalisierung und auch die Akzeptanz für Digitalisierung setzen sich nur dann durch, wenn man sie erfährt. Wer einmal ein Navi-Gerät verwendet hat, wird sich nie wieder freiwillig beim Autofahren einen Atlas auf die Knie legen. Genau solche insbesondere für Patienten erlebbaren Beispiele brauchen wir im Gesundheitswesen. Stellen Sie sich vor, es gäbe eine Anwendung, die Ihnen in Echtzeit anzeigen würde, in welcher Pflegeeinrichtung sofort ein Platz frei ist und welcher ambulante Pflegedienst welche Kapazitäten zur Verfügung stellen kann. Diese können Sie dann direkt einbuchen und Ihre Behandlungsdaten werden übertragen, sodass vom ersten Tag an eine passgenaue Pflege stattfinden kann.

Für die Angehörigen von Patienten, die mit unerwartetem Pflegebedarf konfrontiert werden, aber auch für Krankenhäuser wäre das eine enorme Hilfe. Eigentlich ist das eine technisch einfache Anwendung. Sie hätte aber enorm entlastende Wirkung in der konkreten Situation. Unser Appell ist deshalb, nicht über Digitalisierung zu reden, sondern Digitalisierung umsetzen. Das geht nur vor Ort.

Die bisherige Entwicklung hat gezeigt, dass der Bund die richtige Ebene ist, um technische Standards zu setzen. Aber wie wir aktuell beim E-Rezept und auch bei der E-AU erleben, reicht es nicht aus, dass der Bund diese Vorgaben macht. Wenn Digitalisierung Realität werden soll, zählt vor allem die praktische Umsetzung und das Lernen in der konkreten Anwendung; denn da tauchen die tatsächlichen Probleme auf. Hier kann die Landesebene, kann die Landespolitik eine ganz wichtige Rolle spielen.

Sie haben für die heutige Anhörung nach der Datenspendenbereitschaft der Bevölkerung gefragt. Auch wir als TK haben uns diese Frage gestellt und zuletzt im Jahr 2021 eine Umfrage dazu durchgeführt. Die Ergebnisse gehen in eine ähnliche Richtung, wie wir es schon gehört haben. Demnach würden 77 % der Befragten ihre Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung zur Verfügung stellen. Immerhin 64 %, also rund zwei Drittel, würden auch uns Krankenkasse diese Daten für die Entwicklung von neuen Leistungen und für die eigene bessere Versorgung zur Verfügung stellen. 23 % sind es nur noch, wenn es um die Datenspende an private Unternehmen geht. Nur 15 % würden ihre Daten überhaupt niemandem zur Verfügung stellen. Man sieht hieran, und das haben wir heute auch schon gehört, es hängt sehr davon ab, wofür und an wen diese Daten gehen. Aber insgesamt ist festzustellen, dass es durchaus eine hohe Bereitschaft gibt, die eigenen Daten für eine bessere Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Dr. Thomas Aßmann: Herzlichen Gruß aus dem Maschinenraum der Versorgung. Bei so vielen Häuptlingen scheine ich einer der wenigen Indianer zu sein. Ich selbst bin Hausarzt im Oberbergischen. Wir versorgen etwa 3.000 GKV-Patienten; das ist also wirklich groß.

Wofür nehmen wir Daten auf? Das ist ganz klar für die Versorgung unserer Patienten und für die Verbesserung. Das hat aber gleichzeitig einen positiven Effekt für die Krankenkassen, weil sie dadurch Kosten einsparen. Schönes Beispiel: Heute Morgen rief mich eine Patientin auf dem Weg hierhin an und sagte: Herr Doktor, mein Mann hat Luftnot, dem geht es gar nicht gut, und der hört nicht auf mich usw. – Sie kennen das bestimmt. Das Problem war, zwei Kolleginnen sind krank bzw. eine hat gestern Zwillinge bekommen. Mein Kollege ist jetzt alleine im Haus. Ich bin hier bei Ihnen. Was haben wir gemacht? Wir haben eine MFA hingeschickt, aber nicht die MFA alleine, sondern praktisch mit unserer kompletten Praxis digitalisiert. Ich habe Ihnen mal was mitgebracht:

(Dr. Thomas Aßmann zeigt ein kleines technisches Gerät.)

Das ist ein digitales EKG, was dem Patienten durch die MFA auf die Brust gelegt werden kann. Die MFA hat also ein EKG abgeleitet und gleichzeitig die Sauerstoffsättigung gemessen. Das geht datensicher automatisch in unsere Praxissoftware. Ich konnte mir das ansehen, weil ich hier im direkten Zugang über das Internet mit einem – hoffentlich – gesicherten VPN-Tunnel habe, um mir die Daten anzusehen. Wir konnten den Patienten zu Hause lassen, weil die Situation gut war, und wir konnten die Ehefrau beruhigen. Wir haben also schon mal zwei Menschen glücklich gemacht und die Krankenkasse glücklich gemacht, weil kein RTW, aber auch kein Krankenhausaufenthalt notwendig ist. Das ist also eine deutliche bessere Versorgung durch Daten. Die Daten sind sicher, weil sie nur bei uns bleiben. Sie werden nicht irgendwo zwischengelagert.

Man muss sagen, die Entwicklung geht weiter. Wir haben eine Datenflut. Sie wissen, was bei Flut passiert. Wenn wir sie nicht kanalisieren, und da spreche ich Sie als Abgeordnete an, wird sie sich selbst einen Weg suchen. Wir haben jetzt schon das Problem, dass viele Patienten uns ihre Bilder über interessante Füße, Ekzeme usw. per WhatsApp schicken. Denen ist die Datensicherheit relativ egal. Dafür müssen wir eine Lösung finden, und zwar eine praktikable.

Ich will noch was sagen. Die Zeit geht voran. Es gibt da so einen kleinen Buchhändler in Seattle. Schauen Sie sich das bitte mal unter www.amazon.care an. Das ist ganz interessant. Die haben uns nämlich den Telearztkoffer geklaut und machen jetzt die Versorgung in Seattle. Aber Sie wissen, dass diese Versorgung nur für kurze Zeit in der Region Seattle bleiben wird. In absehbarer Zeit werden die das natürlich ausweiten.

Wir müssen uns jetzt überlegen, wie wir die Versorgung für die nächsten 30 Jahre gestalten. Werden dann noch hessische Hausärzte die Versorgung machen, oder wird das ein kleiner Buchhändler aus Seattle machen? Das ist die Frage.

Was meine ich zu Big Data und KI? Da muss ich klar im Widerspruch zur Ärztekammer sagen, natürlich will ich KI, natürlich will ich Big Data. Ich bin zwar Hausarzt und wohne auf dem Land,

aber nicht hinter dem Mond. Deswegen brauche ich die KI. Ich kann Ihnen gleich im Gespräch erklären, warum. – Bleiben Sie gesund und negativ.

Dr. Michael von Wagner: Herrn Prof. Graf muss ich entschuldigen. Ich bin Internist, Oberarzt des Universitätsklinikums Frankfurt, und habe daneben die Rolle des sogenannten Chief Medical Information Officer am Klinikum, leite eine Stabsstelle für Digitalisierung beim Ärztlichen Direktor.

Wir dürfen sagen, dass wir im Haus weitgehend eine elektronische Patientenakte umgesetzt haben, was die Dokumentation von stationären, aber auch ambulanten Besuchen der Patienten bedeutet, und dass wir im Rahmen der Medizininformatikinitiative, wie alle Unikliniken, am Aufbau von Datenintegrationszentren beteiligt sind.

Was ist die Aufgabe dieser Zentren? Wir haben schon über wissenschaftliche Verfügbarkeit und künstliche Intelligenz gesprochen. Aber es wurde auch schon angesprochen, dass die Datenqualität von essenzieller Bedeutung ist. Das bedeutet, dass wir dieses Erschließen müssen. Die Medizininformatikinitiative widmet sich neben der technischen Verfügbarkeit auch ganz stark dem Thema der gemeinsamen Regelungen und der Abstimmung auf Bundesebene und mit den Landesdatenschützern, damit wir genau das bekommen: eine sichere Datenverfügbarkeit auch für den Wissenschaftler, damit er nicht Datenschutzexperte werden muss, sondern Wissenschaftler bleiben kann und sich darauf verlassen kann, dass, wenn Daten über diese Strukturen zur Verfügung gestellt werden, diese verfügbar sind.

Die Datenintegrationszentren sind Teil der ersten Förderphase der Medizininformatikinitiative gewesen. In der zweiten Phase geht es jetzt darum, den Schritt aus den universitären Kliniken in die Versorgung nichtuniversitärer Häuser zu gehen, damit auch diese Daten erschlossen werden. Da wird es sicherlich eine Aufgabe der Unikliniken mit all ihrer Erfahrung sein, diese Häuser darin zu unterstützen, das aufzubauen. Ich denke, das sind positive Schritte, die heute schon gegangen werden.

Wir haben auch gesehen, dass wir dies alles über Netzwerke flankieren müssen, die letztlich die Strukturen abbilden. Wir haben das in der Pandemie gemerkt, wir haben das in der Steuerung zum Beispiel der Belegung der Pandemiebetten hier in Hessen gemerkt. Dort wurden Strukturen noch sehr hemdsärmelig auf der Basis von IVENA, das wir in Hessen zur Verfügung haben, sehr kurzfristig gemeinsam aufgesetzt, sodass wir heute einen deutlich überdurchschnittlichen Blick über unsere Bettenbelegung in Hessen haben und das Uniklinikum gemeinsam mit Dresdner Kollegen in der Lage ist, Prognosen für jede Woche abzubilden, auf denen heute die Planung für die nächste Woche der Corona-Kapazitäten beruhen. Das sind ganz handfeste Beispiele, wie gutstrukturierte, konsolidierte Daten allgemein genutzt werden können. Man sieht, wie öffentliches Gesundheitswesen durch solche konsolidierten Daten unterstützt werden können.

Daneben gibt es Projekte, wie wir sie auch am Haus haben, die sich damit befassen, wie man die Daten der elektronischen Patientenakte für KI-Module nutzen kann, um zum Beispiel die Diagnose von seltenen Erkrankungen bei niedergelassenen Ärzten über Portale zu unterstützen.

Das alles zeigt letztlich auf, dass Datenschutz und Datennutzen eine gesunde Balance haben müssen, wie das Sachverständigengutachten damals gezeigt hat.

Georg Schulze: Ich bin der Leiter des Fachbereichs Gesundheit, Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft bei ver.di Hessen. 37.000 Mitglieder, alle Beschäftigte aus dem Bereich, die von ver.di vertreten werden. Zum Nutzen von Big Data und KI möchte ich Redundanzen vermeiden. Ich glaube, das ist sinnvoll. Ich will den Blick aber auf die Situation der Beschäftigten in dem Bereich lenken.

Arbeitsprozesse ändern sich durch die Einführung von KI und digitalisierten Prozessen. Arbeitsprozesse können leichter werden. Wir machen jährlich eine Umfrage „Gute Arbeit“ über den DGB-Monitor. Die Mehrzahl der Beschäftigten berichtet, dass durch die Digitalisierung ihre Arbeitsmenge zugenommen hat und mehr Aufgaben in der gleichen Zeit und nebeneinander zu erledigen sind, und dass unter den Beschäftigten Angst vor den Möglichkeiten der Überwachung durch diese Systeme besteht.

Insofern war ich erst mal froh, dass ich in dem Entschließungsantrag, der hier behandelt wird, gelesen haben, dass neben dem Datenschutz von Patientendaten der Beschäftigtendatenschutz eine Rolle spielt. Ich glaube, das ist ein wichtiger Aspekt, um Beschäftigte mitzunehmen. Aber ich glaube, der entscheidende Punkt bei der Entwicklung von digitalen Systemen wird es sein, die Beschäftigten an der Entwicklung dieser Systeme zu beteiligen. Ich habe anfangs gesagt, Berufsbilder und Tätigkeitsprofile verändern sich. In vielen Fällen ist es so, dass technische Systeme eingekauft werden, bei denen die Beschäftigten nicht gestalten können, sondern Prozesse durch die Systeme vorgegeben werden. Das führt häufig dazu, dass die Möglichkeiten nicht so genutzt werden können, wie es sinnvoll ist. Daher ist unser Plädoyer: Wenn Big Data, wenn KI eingeführt wird, sollten Potenziale dadurch gehoben werden, dass die Beschäftigten am Prozess beteiligt werden.

Dr. Axel Kortevoß: Ich will Ihnen kurz drei konkrete Anwendungsbeispiele von KI aus europäischen Nachbarländern skizzieren, die dort tatsächlich für Versorgungsverbesserungen, aber auch, und das ist die Sicht der Krankenkassen, für eine Effizienzsteigerung im Sinne der Wirtschaftlichkeit sorgen. Es basiert alles auf Notfalldaten, also das, was gemeinhin bei der 112 oder inzwischen auch bei der 116 117 flächendeckend und mit recht guter Qualität automatisiert erhoben wird.

Das eine Anwendungsbeispiel sind Algorithmen, die in der Lage sind, auf Basis dieser Daten Syndromic Surveillance zu betreiben. Da werden Influenza-like Illnesses gefunden. Dadurch können Grippewellen früher erkannt werden. Im Übrigen wurde auch die Pandemie in europäischen Nachbarländern dadurch früher erkannt, sodass das es erprobte Mittel sind, die übertragbar sind.

Das Zweite ist, in der Leitstelle in Kopenhagen hört ein Lernalgorithmus die Notrufabfrage mit und ist inzwischen schneller und treffgenauer in der Lage, Herzinfarkte allein aufgrund des Gesprächsverlaufs zu erkennen. Das ist eine Versorgungsverbesserung, die noch relativ weit von der deutschen Tradition weg, um es mal so zu formulieren.

Schließlich können diese Daten auch über KI-Algorithmen für Vorhersagestatistiken genutzt werden. Ich bin dadurch relativ treffgenau anhand von Tracer-Diagnosen in der Lage, zu erkennen, wo in der nächsten Zeit wirklich relevante medizinische Notfälle passieren werden. Das kann in der Planung und Steuerung des Rettungsdienstes eingesetzt werden.

Um die Aussagen von Herrn Grüttner kurz aufzugreifen: Das scheitert leider häufig im bundesdeutschen Kontext an den kleinteiligen Gebietskörperschaften und den dort gegebenen Zuständigkeiten. Auch eine Vernetzung dieser Daten mit weiteren medizinischen Behandlungsdaten ist dringend notwendig, um Versichertenpfade durch die Versorgung lückenlos nachverfolgen zu können. Das ist auch unser Auftrag als Krankenkassen.

Wenn Sie diese Themen mit in Ihre Wahlkreise nehmen und Ihren Einfluss dort geltend machen könnten, wären wir sehr dankbar.

Stefan Schraps: Ich persönlich bin bei der Vitagroup verantwortlich für den Bereich Plattformstrategie verantwortlich. Es ist schon viel gesagt worden. Ich möchte noch mal einen Schritt zurückgehen. Wenn wir über KI basierend auf Big Data sprechen, hört sich das immer so an, als wäre es eine Art Selbstverständlichkeit, dass, wenn man die Daten hat, quasi automatisch eine bessere Versorgung stattfindet. Das ist nicht der Fall.

Wenn Sie sich überlegen, dass 90 % der heute vorhandenen Gesundheitsdaten innerhalb der letzten zwei Jahre erhoben worden sind, dann spricht das dafür, dass diese Daten irgendwo liegen, aber nicht dort, wo sie gebraucht werden. Ich glaube, wir müssen einen Schritt zurückgehen, wenn es darum geht, diese Daten an den Punkt der Entscheidung zu bringen und so kombinierbar zu haben, dass sie für die Versorgung gängig oder nutzbar gemacht werden können. Ich denke, jeder Arzt und jeder Krankenhausentscheider wird es kennen, dass die Daten heute in Herstellerabhängigkeiten, also in Datensilos, gefangen sind. Wir haben schon viel über Schnittstellen gehört. Diese Schnittstellen sind eigentlich gar nicht notwendig, wenn die Daten hochstrukturiert, unabhängig von Herstellern gespeichert werden würden und man sich bei der Interoperabilität auch auf die semantische Interoperabilität konzentrieren würde. Das heißt, die Daten müssen dieselbe Sprache sprechen. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, den wir in der Gesundheitsversorgung noch nicht geschafft haben. Ich will es gar nicht auf den Patienten reduzieren. Der beste Patient ist ja einer, der gar kein Patient ist. Wir haben schon viel über Samsung, Wearables und andere Themen gehört. Da werden oftmals Daten erhoben, bei denen es gar nicht um den Patienten geht. Es geht um Daten, die in einem Gesundheitskontext erhoben werden: Fitness, Prävention etc.

Wir müssen sicherstellen, dass die Daten in der Datenspeicherung von der Logik und von den Applikationen, die obendrauf stattfinden, getrennt werden. Die Notwendigkeit, Applikationen ganz leichtgewichtig, schnell und flexibel entlang dieser Patientenreise neu aufzubauen, wird extrem hoch werden. Die Nachfrage wird sehr stark vom Patienten, aber auch von den Ärzten und den Leistungserbringern kommen, weil die sagen, für diesen Patient in diesem Kontext und mit dieser speziellen Situation braucht man genau dies, um die Versorgung sicherzustellen. Darum geht es, und das muss man sicherstellen.

Reinhard Belling: Wir sind bei Vitos mit unseren 11.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht in erster Linie damit beschäftigt, KI und Big Data zu entwickeln und hier Systeme voranzutreiben. Gleichwohl sind wir davon überzeugt, dass wir hiermit eine deutliche Verbesserung der Diagnostik und Therapie in den kommenden Jahren erreichen können. Wir wissen, dass wir durch diesen Einsatz Rückfallrisiken bei vielen verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen erkennen können. Wir wissen auch, dass durch Sprachanalysen die Suizidalität erkannt werden kann. Das sind Systeme, die bisher in erster Linie von amerikanischen Tech-Konzernen entwickelt und genutzt werden bzw. genutzt werden können. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, diese Systeme in den kommenden Jahren in die Versorgungsrealität zu integrieren.

Ich bin davon überzeugt, dass wir diesen Strukturwandel des Gesundheitswesens herbeiführen müssen. Wir reden sehr viel über Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Das Ganze tun wir in einer demografischen Blütephase. Das heißt, alle geburtenstarken Jahrgänge sind noch im Gesundheitswesen tätig und gehen in den kommenden Jahren in Rente. Dafür, wie die Versorgungsrealität dann aussehen wird, gibt es keine vernünftigen Modelle. Ohne eine Transformation des Gesundheitswesens mit konsequenter Nutzung der Digitalisierung, KI und Big Data werden wir es nicht schaffen, die Versorgungsqualität zu erhalten und an den Stellen, an denen sie verbesserungswürdig ist, zu verbessern.

Ich glaube, dass alle Beteiligten, wie wir hier sitzen, deutlich an Tempo aufnehmen müssen. Wir haben in der Pandemie festgestellt, dass Deutschland digitales Entwicklungsland ist. Wir freuen uns, dass es ein bisschen weitergegangen ist, aber die, die vor uns sind, haben den Vorsprung vergrößert. Das müssen wir zur Kenntnis nehmen. Insofern werden sich alle Beteiligten dieser Verantwortung stellen müssen. Wir versuchen das, indem wir mit kleineren Projekten angefangen haben, ähnlich wie AGAPLESION das dargestellt hat. Es ist kein Big Data, wenn wir 30.000 vollstationäre Patientendaten im psychiatrischen Kontext auswerten und diese Arzneimitteltherapiesicherheit an dieser Stelle verbessern wollen. Das können wir mittlerweile automatisiert tun. Da gibt es kleinere Ansätze für uns, aber das ist noch nicht die große Welt, in die wir kommen müssen.

Vorsitzender **Moritz Promny**: Vielen Dank, Herr Belling. – Jetzt sind wir mit den Anzuhörenden des ersten Themenblocks durch. Ich darf an der Stelle allen Anzuhörenden meinen höchsten Respekt bekunden. Sie waren extrem diszipliniert und haben es wirklich geschafft, Dubletten und Redundanzen zu vermeiden. Jetzt liegt es bei den Abgeordneten des Hessischen Landtags, ähnlich zu verfahren. Sie haben noch 20 Minuten für Rückfragen zu dem Block. – Wir fangen mit Kollegin Böhm an. Bitte.

Abg. **Christiane Böhm**: Herr Dr. Sommerbrodt, ich habe Sie so verstanden, dass Sie prinzipiell Ja zu E-Health sagen, aber aktuell ein Desaster mit schlechter Perspektive sehen. Wie soll die Entlastung vonseiten der Politik sein? Was ist Ihre Erwartung an uns als Land oder an den Bund? Was muss passieren, damit es diese schlechte Perspektive nicht mehr gibt?

Herr Schaffert, was wäre an Versorgungsplanung, an Datenaufarbeitung vonseiten des Landes notwendig?

Herr Georg Schulze, „Mitarbeiter an dem Prozess beteiligen“ war Ihr Stichwort. Wie kann das passieren, und was ist auch innerhalb der Kliniken an Fortbildung, an Personalausstattung notwendig, damit das funktionieren kann?

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich habe eine Frage zur Interoperabilität. Frau Kastl, Sie haben damit angefangen. Aber auch Herr Seibel, Herr Sommerbrodt, Herr Probst und Herr Schaffert sagten, das sind immer Inselwelten. Zum Schluss ist Stefan Schrapf noch mal auf die semantische Interoperabilität eingegangen und hat gesagt, dass wir sie nicht geschafft haben.

Wie kriegen wir das hin? Was sind die Voraussetzungen? Was können wir als Land leisten? Vielleicht können Sie auch was dazu sagen, wie es mit der Koordinierungsinstanz aussieht, wenn es beispielsweise darum geht, Daten getrennt zu speichern. Wo speichern wir die? Wo ist die Koordinierungsinstanz? Was machen wir eigentlich mit unserer heterogenen Infrastruktur? Wie müssen sich Strukturen wandeln?

Abg. **Felix Martin**: Herr Prof. Hoffmann und Herr Dr. Gaebel, Sie haben beide über die Datensicherheit von elektronischen Patientendaten gesprochen. Es hat aber interessanterweise von 25 Menschen niemand über die Datensicherheit von analogen Patientendaten geredet. Mich interessiert Ihre Einschätzung, wie sicher die eigentlich sind, wenn sie ausgedruckt in irgendeiner Klinik liegen, und ob die wirklich so viel sicherer sind als digitale Daten.

Abg. **Yanki Pürsün:** Ein Punkt schien mir nicht direkt ausgesprochen worden zu sein. Meine Frage ist, ob Sie es der Politik überlassen, wie man das regelt. Die Stichworte „Fürstentümer“ und „Insellösungen“ sind mehrfach angesprochen worden. Sie alle haben Daten und möchten sicherlich Zugriff zu Daten, die Sie nicht haben. Wearables sind angesprochen worden. Dort werden Daten gesammelt, die in der Versorgung vielleicht eher zu Problemen führen. Sollte es eine staatliche Regelung geben, durch die jeder, der Gesundheitsdaten in Deutschland sammelt, unter einem gewissen Regime steht und Zugriff zulassen muss, oder brauchen wir eine staatliche Datenlösung? Ich glaube, die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass staatliche Lösungen gar nicht funktionieren. Wie sind Ihre Vorstellungen dazu? Sind Insellösungen gut? Es gab den Hinweis Richtung ÖGD, man muss misstrauisch sein, wen man da ranlässt. Sind dezentrale Datensammlungen gut? Dann überlegt man sich, wer Zugriff hat. Zu diesem Punkt gab es relativ wenig Forderungen. Wo Daten sammeln? Wer hat Zugriff? Muss man den Konzernen sagen, wie sie Daten sammeln dürfen, welchen Zugriff durch Dritte sie dulden müssen?

Es wäre sicherlich sinnvoll, wenn sich Anzuhörende nach der Veranstaltung schriftlich äußern. Ansonsten richte ich die Frage an die, die gleich sowieso antworten.

Abg. **Hartmut Honka:** Ich bin der Erste aus dem Ausschuss für Digitales und Datenschutz, der das Wort ergreift, kann dem Kollegen Martin aber nur ein Lob aussprechen. Wer frühere Berichte des Datenschutzbeauftragten liest, weiß, wie häufig Kisten mit Akten von Patientenordnern in irgendwelchen Wegen oder offen im Altpapier gefunden worden sind. Das Thema Datenschutz fängt nicht erst bei der Digitalisierung an. Aber das ist heutzutage scheinbar das beliebteste Thema geworden.

Ich habe eine Bitte an alle. Die Frage ist gerne über das Protokoll zu beantworten; denn ich sehe den Vorsitzenden bereits lächeln. Wenn Sie Wünsche an die 99 heiligen Paragraphen der Datenschutz-Grundverordnung haben dürften: An welcher Stelle müsste man ernsthaft ansetzen, um genau die hier geäußerten Ziele zu erreichen, dass man über Grenzen von Behörden und Strukturen hinweg miteinander arbeiten kann, ohne das Niveau spürbar zu senken? Was würden Sie uns dazu antworten und mit auf den Weg geben? Ich glaube, wir sind uns alle einig, wenn wir das wollen, müssten wir erst mal mit den Kollegen der Datenschutz-Grundverordnung in Brüssel diskutieren. Da muss es rein; das ist die Basis all dessen, über das wir hier reden.

An all die, die jetzt schon wieder nach Bürgerrechten aufschreiben: Nein, ich schleife an der Stelle nicht die Bürgerrechte.

Abg. **Bijan Kaffenberger:** Bianca Kastl, Sie haben von der IRIS-Schnittstelle gesprochen. Vor dem Hintergrund, dass wir nicht so schnell alle Daten, die es gibt, in eine große Datenbank zusammengefasst bekommen, spielen aus meiner Sicht Schnittstellen eine große Rolle. Wie weit sind wir in Hessen, was diese Schnittstelle angeht? Gibt es schon Bereiche, wo die verwendet

wird? Wir haben zum Beispiel im Zuge der Kontaktdatenerfassung während der Pandemie immer wieder mal über das Thema Schnittstellen gesprochen.

Abg. **Claudia Papst-Dippel**: Ich habe eine Frage zu den Endgeräten in der Pflege bzw. im Krankenhaus. Wie wird gesichert, dass da kein Missbrauch betrieben wird, also Außenstehende keinen Zugriff bekommen? Ich weiß nicht, ob ich es überhört habe.

Gibt es was zu Schulungen für die Mitarbeiter zu sagen, die die Software oder diese Geräte nutzen können? Wie lässt sich das an? Gibt es da Probleme?

Wie ist der Datenzugang zum Beispiel in der Pflege gesichert, wenn ein technischer Ausfall gegeben ist? Ich weiß nicht, ob ich das überhört habe.

Vorsitzender **Moritz Promny**: Auch Ihre Fragen gehen an die gesamte Runde?

(Abg. Claudia Papst-Dippel: Ja, oder an Pflege und Kranke.)

– Pflege und Kranke. Alles klar. Danke. – Mein Vorschlag ist, dass wir jetzt die Institutionen anhören, die direkt benannt wurden. Wir werden um 14 Uhr einen harten Cut machen. Die restlichen Fragen müssten dann im Nachgang beantwortet werden, wenn die Anzuhörenden so freundlich sind, das zu tun.

Christian Sommerbrodt: Was kann konkret gemacht werden? Der Aufbau der Telematikinfrastruktur oder einer ähnlichen Struktur ist unumgänglich, um all das zu ermöglichen, worüber wir reden. Das ist die Basis der Vernetzung. Aber die Arztpraxen sind personell und fachlich überhaupt nicht in der Lage, diese Erfordernisse wirklich umzusetzen. Da brauchen wir rechtssichere Vorgaben. Wir brauchen eine Hilfe bei der Technik, die wir dann einsetzen müssen, aber nicht, dass wir hintenrum eine Technik vorgeschrieben bekommen und hinterrücks in der Verantwortung sind, wenn sich Probleme ergeben.

Letztendlich geht es natürlich auch um eine finanzielle Unterstützung, um zum Beispiel diesen technischen Support zu ermöglichen, der permanent notwendig ist. Im Moment hat sich gezeigt, dass bei allen Kollegen über alle Praxisverwaltungssysteme hinweg keines so läuft, dass man von einem stabilen Lauf reden könnte. Alle Kollegen sind permanent mit Technikern im Gespräch. Das ist unter Kollegen eines der am meisten diskutierten Themen.

Reinhard Schaffert: Frau Böhm, Sie fragten nach der Versorgungsplanung. Ich denke, Daten für die Versorgungsplanung sind da. Man müsste sie zusammenführen, also erst mal eine übergreifende Versorgungsplanung machen, weil sich die Versorgung aus Patientensicht eben nicht – – Es gibt ambulante Fälle, es gibt stationäre Fälle. Aber in unseren Breiten gibt es zwischen Tag und Nacht auch eine Dämmerung. So gibt es auch viele Fälle, die dazwischen liegen, überwacht werden müssen, vom ambulanten ins stationäre System gehen oder was auch immer. Aber die Daten liegen vor. Man müsste sie eben zusammenführen und eine gemeinsame Versorgungsplanung machen. Dass Prognosen zukünftiger Entwicklungen möglich sind, sieht man im COVID-Bereich, wo das durchaus gemacht wird.

Frau Sommer, die Politik kann den Rahmen schaffen, in dem das möglich ist. Meines Erachtens haben wir im Gesundheitssystem sehr viele künstliche Hürden, und zwar nicht nur bei der Digitalisierung. Man kann gucken, ob es wirklich notwendig ist, so einen Aufwand zu betreiben. Sie hören, dass die Arztpraxen, die ihre Daten selbst – – Das ist fast ein Ding der Unmöglichkeit. Ich kann gut nachvollziehen, dass die niedergelassenen Ärzte Probleme haben, die hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit, die nötig sind, in einer Einzelpraxis zu erfüllen. Da müssen irgendwelche anderen Lösungen her.

Dazu, wie man Daten sammeln und insgesamt so strukturieren kann, dass sie relativ sicher sind, gibt es Beispiele im Ausland. Zum Beispiel Estland ist da sehr weit fortgeschritten. Vielleicht hilft da ein Blick über den Tellerrand. Das Problem bei analogen Daten halte ich für eine gute Frage. Aber die analogen Daten landen halt im Papierkorb. Die sehen dann drei, vier oder fünf Augenpaare. Die landen nicht gleich im Internet. Das ist der Unterschied. Natürlich brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Schulungen im Umgang mit den Dingen. Aber darauf kommen wir nachher noch mal, glaube ich. Die Endgeräte zu sichern, ist technisch kein Problem, denke ich. Der Zugang liegt meistens in der relativ offenen Gestaltung von Passwörtern oder ähnlichen Dingen. Das ist letzten Endes ein Anwenderproblem. Deswegen brauchen wir auch da besondere Schulungen.

Georg Schulze: Ich will versuchen, das an einem Beispiel deutlich zu machen. Grundsätzlich würde ich mir wünschen, dass bei der Gestaltung von digitalen Systemen Beschäftigte am Anfang in der Regel durch den Betriebsrat oder den dafür zuständigen Betriebsratsausschuss umfassend einbezogen werden. Ich will noch mal deutlich machen, wo häufig die Probleme liegen:

Erst mal werden Systeme eingekauft, die Bedingungen setzen, die nicht unbedingt mit der Tätigkeit zusammenpassen. Wenn ich das von Herrn Grüttner genannte Beispiel nehme, liegt es auf der Hand, dass Konzerne, die einen Renditeauftrag ihrer Aktionäre umzusetzen haben, Systeme wie Watson nicht nur einführen, um Prof. Schäfer die Diagnostik zu erleichtern, sondern auch, weil dahinter die Erwartung steht, dass die diagnostische Arbeit von allen Ärzten in diesem Klinikum viel produktiver und damit rentabler geleistet werden kann. Insofern ist die Frage, wie solche Prozesse gestaltet werden und ob zumindest ein Teil dieser Rationalisierungsrendite in die Humanisierung der Arbeitswelt – gerade im Gesundheits- und Pflegebereich – einfließt. Das ist eine der entscheidenden Fragen, die nur gelöst werden können, wenn tatsächlich die Beschäftigten

und ihre Vertretung direkt in den Steuerungsgruppen sind, die die Einführung solcher Systeme begleiten und fortsetzen.

Bianca Kastl: Kurz zum Thema, wie wir das bei IRIS gemacht haben, wie das überhaupt geht. Wir hatten bei IRIS die Problematik, dass wir sehr, sehr viele verschiedene Kontaktnachverfolgungslösungen hatten. Das waren circa 70. Man kann relativ schnell mit ein paar wenigen Beteiligten Standards schaffen, die technisch funktionieren. Ich glaube, es geht für die Politik weniger darum, technologisch einzugreifen, sondern die Standards generieren sich relativ gut selbstständig. Man sollte die Hersteller auf dem Markt gesetzlich ermutigen, sie interoperabel zu halten, damit eine Vernetzung stattfinden kann.

Zum Thema „Roll-out von IRIS in Hessen“: Der Ball liegt jetzt bei den Gesundheitsämtern, die sich anbinden können. In der Pandemie ist das Thema Kontaktverfolgung gerade der Druck raus, aber die ersten vier oder fünf sind angebunden. Insgesamt sind wir bei IRIS relativ gut in dieser Pandemie mit dem Roll-out durchgekommen, weil wir von den 110 Gesundheitsämtern die Hälfte in der Pandemie mit neuer Software ausstatten konnten.

Stefan Schraps: Ich möchte auf Frau Sommer und Herrn Pürsün eingehen. Wie gehen wir mit den Daten und dem Aufbrechen der Daten in Richtung Interoperabilität politisch um? Man kann das laufen lassen. Wasser wird sich seinen Weg bahnen. Aktuell kann man auf der kleinsten Ebene anfangen und sagen, die Krankenhäuser oder die sich bildenden Versorgungsregionen werden sicherlich erkennen, dass das Ganze in Richtung Interoperabilität anders gedacht werden muss und die Daten in Clinical data repositories neu in Hoheit der Versorger landen muss.

Man kann das Thema aber auch anders denken. Ich will nur mal ein paar internationale Beispiele geben. Die ganze Region Katalonien, Schottland, Malta, der Großraum London und ganze Länder wie Jamaika setzen auf solche Interoperabilitätsplattformen, die komplett mit dieser unabhängigen Datenhaltung organisiert werden. Man kann zum Beispiel die Institutionen, die Hessen schafft, zum Beispiel die Landesstelle Gesundheit, im Hessenkontext denken und sagen, was ich dieser Landesstelle für eine Aufgabe gebe, um eine hoheitliche Funktion mit reinzubringen, damit für das Bundesland Hessen eine bessere Digitalisierungsgrundlage und Versorgungsform geschaffen wird.

Prof. **Dr. Felix Hoffmann:** Es kam die Frage auf, wie es sich mit der Sicherheit der analogen Daten verhält. Am Klinikum Darmstadt gehen wir seit Jahren den Weg zum papierlosen Krankenhaus. Natürlich gibt es auch Datenschutzthemen bei analogen Daten, wobei man sagen muss, dass die in der Bedeutung abnehmen und vielleicht auch ein bisschen anders gelagert sind. Mit der Perspektive, dass wir früher oder später ein wirklich zu 100 % digitales Umfeld haben, hoffe ich, dass der analoge Datenschutz in ein paar Jahren keine Rolle mehr spielt.

Dr. Nils Gaebel: Zur Frage nach den Papierakten: Wir hatten in Hessen tatsächlich öfter das Problem, dass Krankenhäuser, die in die Insolvenz gegangen sind oder geschlossen wurden, oder wo Abteilungen geschlossen wurden, kein richtiges Konzept für die weitere Aufbewahrung dieser Akten hatten. Das heißt, wir hatten teilweise nicht gut gesicherte Akten in verlassenen Klinikgebäuden. Das war ein Thema in dem Kontext. Da bin ich wirklich sehr froh, dass wir in Hessen jetzt § 12 Abs. 5 Hessisches Krankenhausgesetz bekommen. Dafür haben wir uns eingesetzt. Diese Regelung orientiert sich an der Regelung aus NRW. Damit ist vorgesehen, dass die Krankenhäuser in Hessen beginnend ab dem nächsten Jahr einen entsprechenden Plan bei der Fachaufsicht vorlegen müssen, aus dem klar hervorgeht, wie die Sicherung für solche Fälle geplant und vorgesehen ist, das heißt bei Insolvenz oder notwendigen Schließungen.

Vorsitzender **Moritz Promny:** Vielen Dank. – Jetzt sind wir mit den konkreten Aufrufen durch. Es ist eine Minute vor zwei. Es wird jetzt einen Wechsel auf dem Stuhl des Vorsitzes geben. Dann kommen wir zum Themenblock 2.

Hinsichtlich der unbeantworteten Fragen bitte ich, die Antworten an die Geschäftsleitung einzureichen. Dann werden wir sie im Nachgang zu der Anhörung in schriftlicher Form übermitteln. – Gleich geht es nahtlos weiter.

Themenblock 2 Chancen durch E-Health im ländlichen Raum, bei geringer Mobilität, chronischer Erkrankung und in der Pflege	
Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH	Sebastian Polag (Vorstand)
APOLLON Hochschule der Gesundheits- wirtschaft GmbH	Dr. Felix Hoffmann (Professor für Digital Health)
AOK Hessen	Ralf Metzger (Leiter der Hauptabteilung Unterneh- menspolitik/-kommunikation)
BARMER Landesvertretung Hessen	Martin Till (Geschäftsführer)
Bundesverband Gesundheits-IT bvitg e. V.	Dennis Geisthardt
Bundesverband Internetmedizin	Pia Maier
Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- telematik	Dr. med. Dipl.-Psych. Stephan Schug (Vorsitzender)
Hausärzteverband Hessen	Christian Sommerbrodt
Hessischer Apothekerverband e. V.	Berit Gritzka (Geschäftsführerin)

Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit	Rouven Wachhaus (Referatsleiter Bereich IT) Dr. Nils Gaebel (Referatsleiter Bereich Gesundheit)
Kompetenzzentrum Digitale Medizin e. V.	Prof. Dr. Nawid Khaladj (Vorstand)
Kompetenzzentrum für Informationstechnologie (KITE)	Prof. Dr. Michael Guckert (Sprecher)
Landesärztekammer Hessen	Daniel Libertus
Load e. V.	Uwe Probst
St. Josefs-Hospital Rheingau GmbH	Jens Gabriel (Geschäftsführer)
Techniker Krankenkasse Landesvertretung Hessen	Dr. Barbara Voß (Leiterin der TK-Landesvertretung Hessen)
Telearzt in Hessen	Dr. Thomas Aßmann
Teleintensiv-Medizin in Hessen	Dr. Michael Albert
Universitätsklinikum Frankfurt	Dr. med. Michael von Wagner

Ver.di Landesbezirk Hessen	Georg Schulze (Fachbereich Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft)
VdeK Landesvertretung Hessen	Dr. Axel Kortevoß
Vitagroup AG	Stefan Schraps
Vitos GmbH	Reinhard Belling
ZTG Zentrum für Telematik und Teleme- dizin GmbH	Marc Beckers

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann:** Meine Damen und Herren, wir machen nahtlos weiter. Sie haben gesehen, es ist ernst gemeint mit dem harten Cut zu bestimmten Zeiten. Der nächste Cut erfolgt um 16 Uhr. Deshalb wollen wir zügig mit dem Themenblock 2 beginnen. Hierbei geht es um die Chancen durch E-Health im ländlichen Raum, bei geringer Mobilität, chronischer Erkrankung und in der Pflege. – Ich darf zunächst Herrn Sebastian Polag aufrufen.

Sebastian Polag: Ich möchte Sie wieder einladen, in die Realität der Krankenhauslandschaft zu schauen. Telemedizinische Netzwerke bieten für uns eine unglaubliche Chance, Spitzenmedizin auch in ländliche Regionen zu bringen; denn hier haben wir die Möglichkeit, direkt mit den Patientinnen und Patienten, aber natürlich auch mit den lokalen niedergelassenen Partnern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Austausch zu gehen.

Ich konkretisiere das Ganze an ein, zwei Beispielen: Wir bieten bei uns Onlinesprechstunden an. Dort haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, über Videosprechstunden in eine Spezialprechstunde bei den Krankenhäusern einzusteigen. Auch das Thema Zweitmeinung, das viele Patientinnen und Patienten sehr schätzen, bieten wir inzwischen online an. Patientinnen und Patienten können sich unabhängig von ihrer Region bei den Spezialisten bezüglich einer Zweitmeinung anmelden.

Schauen wir ein bisschen in die Zukunft. Das wird auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes hoffentlich hier in Hessen gefördert. In Mittelhessen wollen wir in unserer pneumologischen Spezialklinik im Bereich Lungenkrebs und chronischer Erkrankungen – COPD – eine Studie und ein Projekt auflegen, bei dem die Patientinnen und Patienten mit Geräten beispielsweise zur Messung des Blutsauerstoffs oder der Lungenfunktion, die sie zu Hause haben, Daten an unsere Ärztinnen und Ärzte in den Einrichtungen übermitteln und damit quasi ständig überwacht und gemonitort werden können. Das ist unglaublich erleichternd für die Patientinnen und Patienten vor Ort; denn sie müssen nicht einmal wöchentlich zum Check-up ins Krankenhaus, sondern können das online machen.

Ein weiteres spannendes Projekt wird gemeinsam mit der Technischen Hochschule Mittelhessen umgesetzt, die heute auch vertreten ist. Es geht um die Anbindung eines Telenotarztes. In den Regionen, in denen nicht überall ein Notarzt zur Verfügung steht, sondern viel mit dem normalen Rettungsdienst gemacht wird, sind wir online mit unseren Intensivmediziner*innen aus der Notaufnahme dazugeschaltet und können direkt vor Ort schon ärztlich unterstützen. Spannend ist an der Stelle, dass wir bei der Einweisung ins Krankenhaus unsere Erkenntnisse wieder an den Rettungsdienst rückübermitteln, sodass daraus gelernt werden kann, was gut gelaufen ist und was nicht so gut gelaufen ist. Das wird beispielsweise vom Deutschen Roten Kreuz sehr dankbar angenommen.

Grenzen und Probleme. Das ist mit Sicherheit mein Hasswort in diesem Zusammenhang: die Sektorgrenzen. Das sagt es schon. Die unterschiedlichen Finanzierungskonzepte, die unterschiedlichen Sektoren, die dort agieren, stellen große Herausforderungen dar, solche Projekte in der Realität wirklich umzusetzen und solche Versorgungsmodelle zu realisieren. Hier würden wir uns ein Aufweichen dieser Sektorengrenzen wünschen, die uns an der Stelle viel Unterstützung bieten können.

Prof. Dr. Felix Hoffmann: Ich bin Professor für Digital Health an der APOLLON Hochschule in Bremen und leite die Stabsstelle für medizinische Prozessentwicklung am Klinikum Darmstadt. Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit ist die medizinische Versorgung des ländlichen Raums in Südhessen. Darauf möchte ich gerne eingehen.

Wie kann Digitalisierung dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sicherzustellen? Bevor ich auf die Digitalisierung eingehe, möchte ich über die Infrastruktur der ländlichen Versorgung sprechen. Zunächst einmal muss ehrlich die Frage beantwortet werden, wie viele Standorte von Krankenhäusern und ambulanten Gesundheitseinrichtungen überhaupt erforderlich sind. Dem schließt sich die Frage an, welche Leistungen dort jeweils angeboten werden sollten. Wenn das geklärt ist, kann viel besser die Frage beantwortet werden, wie die fehlenden Leistungen durch Digitalisierung in den ländlichen Raum gebracht werden können. Ich denke hier beispielsweise an TeleCOVID oder die Telepathologie. Kleine Krankenhäuser können so auf die Expertise von spezialisierten Zentren zugreifen.

Dann möchte ich Ihnen gern das Konzept von Purpose-MVZ vorstellen. Ich bin fest davon überzeugt, dass die Zeit der kleinen Einzelpraxis vorbei ist und auch die ambulante Versorgung von größeren Versorgungsstrukturen profitieren kann. Gleichzeitig lehne ich aber eine weitere Kommerzialisierung im Gesundheitswesen ab, die das Gesundheitswesen nur als Mittel für die Erwirtschaftung von Dividenden betrachtet. Ein Purpose-MVZ hat eine moderne und leistungsfähige digitale Infrastruktur. Die Eigentümerinnen und Eigentümer einer solchen Einrichtung sind Treuhänderinnen und Treuhänder und haben keine Möglichkeit der Gewinnentnahme. Gewinne können nur reinvestiert oder leistungsbezogen, beispielsweise für bessere Gehälter, verwendet werden. Erste Erfahrungen aus genossenschaftlichen Pilotprojekten zeigen, dass die Attraktivität für Beschäftigte deutlich steigen kann.

Ralf Metzger: Die AOK Hessen brauche ich nicht vorzustellen. Wir versichern 1,7 Millionen Menschen hier in Hessen. Damit ist fast jede vierte Hessin und jeder vierte Hesse bei uns versichert. Daraus erschließt sich automatisch, warum für uns die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung ist.

In der Digitalisierung insgesamt sehen wir riesige Chancen, sowohl was die Qualität der Versorgung angeht, als auch was die Effizienz der Versorgung angeht, aber eben auch im Hinblick auf die Versorgung in ländlichen Regionen.

Ich will auf zwei Punkte eingehen, auf die Fördermöglichkeiten und auf digitale Gesundheitsanwendungen. Bei den Fördermöglichkeiten haben wir eine ganze Reihe auch für die GKV. Die sind nicht immer ganz spezifisch auf das Thema Digitalisierung ausgerichtet, aber wir können Digitalisierungsaspekte dort einbauen. Ich nenne § 20 SGB V zum Thema Modellvorhaben, Förderung digitaler Innovationen, § 68 SGB V. Wir können im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung Förderungen vornehmen. Das ist § 73. Hinzu kommt der Innovationsfonds nach § 92. Wir haben auch in SGB XI, also im Bereich der Pflegeversicherung, Möglichkeiten, digitale Anwendungen zu fördern. Allein die AOK Hessen hat im Rahmen der Förderung nach § 11 von 2019 bis Ende letzten Jahres 472 Einrichtungen mit insgesamt 705 Anträgen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ gefördert. Das war insgesamt eine Fördersumme von rund 2,5 Millionen €.

Es gibt also eine ganze Reihe von Möglichkeiten, die Nutzung digitaler Anwendungen zu fördern. Dabei ist allerdings zu beachten, und das haben wir häufig im Gesundheitswesen, sie sind häufig mit bürokratischen Auflagen verbunden. Insgesamt wäre es sicherlich gut, wenn die Gestaltungsfreiheiten der Akteure dort etwas erweitert würden.

Zweiter Aspekt sind die digitalen Gesundheitsanwendungen. Wir haben seit Kurzem auch die digitalen Pflegeanwendungen. Ich beziehe mich in meinen Aussagen jetzt spezifisch auf die digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33 SGB V und § 40 SGB XI. Das sind Anwendungen, die im Jahr 2020 bzw. für die Pflege im letzten Jahr neu eingeführt wurden. Dort gibt es ganz aktuell einen Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung. Wir haben derzeit 30 digitale Gesundheitsanwendungen in dem DiGA-Verzeichnis. Der GKV-Spitzenverband hat sich diese

angeschaut. Das war allerdings der Stand vom 30. September. Damals waren es 20 digitale Gesundheitsanwendungen. Von denen haben fünf einen Nutzen nachgewiesen, die anderen 15 nicht. Gleichzeitig müssen wir die erstatten, und das zu Preisen, die die Hersteller frei festlegen. Ich glaube, hier sollte der Gesetzgeber zwingend noch mal einen Blick werfen.

Martin Till: Heute darf ich mal aus der Perspektive unserer Kunden sprechen. Wir haben manchmal Patienten, Bürgerinnen und Bürger, die im Bereich Prävention digitale Angebote in Anspruch nehmen wollen. Insgesamt ist die Digitalisierung auch für die BARMER in Hessen ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung zukunftssicherer Gesundheits- und Pflegestrukturen. Die demografischen Herausforderungen wurden im ersten Block schon deutlich und explizit herausgestellt.

Wir haben uns als BARMER eine Digitalagenda gegeben, die bislang bis zum Jahr 2025 formuliert ist. In ihr bilden wir unsere digitalen Angebote und digitalen Services für unsere Kunden ab, um auch Kunden im ländlichen Bereich abzuholen bzw. denen die Beratungsangebote zuteilwerden zu lassen, die sie möglicherweise ansonsten nicht mehr hätten bzw. die für sie mit langen Strecken verbunden wären.

Einige Onlineprozesse, die wir in den letzten Jahren aufgesetzt haben, erfreuen sich sehr starker Beliebtheit bzw. werden regelmäßig und immer stärker in Anspruch genommen. Das ist die Möglichkeit der digitalen Übermittlung einer AU-Meldung an die Krankenkasse, Kinderkrankengeld, Pflegeleistungen. Das ist sicherlich gerade für Empfänger von Pflegeleistungen wichtig und eine deutliche Erleichterung, wenn die Angehörigen den Pflegeantrag online einreichen können. Auch Mutterschaftsgeld wird bei uns mittlerweile in vielen Bereichen bundesweit, aber selbstverständlich auch in Hessen online nachgefragt und bedient.

Die elektronische Patientenakte ist für uns ein zentraler Bestandteil zur Attraktivitätssteigerung unserer digitalen Produkte. Aus diesem Grund haben wir, beginnend mit dem Jahr 2022, neben der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Implementierung in 2021 weitere Zusatzfunktionen in die elektronische Patientenakte bzw. über eine BARMER-App hinzugefügt. Ich möchte exemplarisch lediglich den Impfpass, den Mutterpass, das U-Heft für Kinder und das Zahnbonusheft nennen.

Warum tun wir das? Um die Möglichkeiten der Digitalisierung an unsere Kunden heranzutragen, ihnen letztendlich die Verfügbarkeit der Daten leichter zu machen und sie über Reminder-Systeme letztendlich an die eine oder andere Untersuchung zu erinnern bzw. ihnen das zu erleichtern.

Es gibt verschiedene Produkte, die wir im Bereich der digitalen Entwicklung zum Teil mit externen Partnern anbieten. Ein sehr erfolgreiches Produkt nennt sich Kinderheldin. Das ist eine Hebammenberatung in Kooperation mit dem Verein Kinderheldin. Hier haben wir die Möglichkeit, das auch in ländlichen Strukturen umzusetzen, wo die Versorgungsangebote dünner werden.

Ergänzend und als Letztes nenne ich den Teledoktor, der unseren Kunden entsprechende Möglichkeiten zur Beratung, zur Weiterleitung, zu einer Ersteinschätzung gibt.

Dennis Geisthardt: Ich habe im letzten Themenblock mit den Herausforderungen angefangen und geendet. Das führe ich im ländlichen Raum mal direkt weiter. Ich glaube, die Herausforderungen sind allen bekannt: Wir haben eher eine schwierige Demografie, wir haben problematische Mobilitätsverhältnisse im ländlichen Raum, und wir haben eine klare Versorgungsnachfrage, die das Angebot bei Weitem übersteigt. Herr Belling hat das im letzten Themenblock ganz richtig gesagt. Noch sind wir auf der guten Seite, was die Demografie angeht. Das wird sich über die nächsten Jahre verschlechtern.

Aktuell haben wir damit die Situation, dass für manche Patienten die Besorgung eines Medikaments oder die Wundnachkontrolle nach einer Operation keine Sache von Stunden ist, sondern von einem Tagesauftrag. Ich glaube, die Mittel, die wir dagegen im digitalen Raum einsetzen können, hat Herr Polag gerade relativ ausgiebig und gut beschrieben. Wir reden von telemedizinischen Leistungen, wir reden von Telekonsilen und können dadurch eine wichtige Ergänzung des aktuellen Angebots aufbauen. Ich glaube, da sind große Chancen, damit wir die Wundnachsorge gegebenenfalls eben nicht mehr zu einem Tagesunterfangen machen müssen, sondern idealerweise zu einem Minutenfall.

Ich möchte politisch auf eine Sache eingehen, die wir im letzten Jahr verschlafen haben. Das ist die Option, telemedizinische Leistungen attraktiv zu machen. Wir haben nämlich im DVPMG letztes Jahr die Möglichkeit gehabt, die Obergrenze der Abrechenbarkeit abzuschaffen und haben das nicht geschafft. Das bedeutet, aktuell haben wir eine maximale Abrechenbarkeit von 30 % für telemedizinische Leistungen auch in den Landesbereichen. Damit haben wir ein gezielt unattraktives Angebot, telemedizinische Leistungen anzubieten.

Darüber hinaus ist es insbesondere im ländlichen Raum und bei den Anwendungen der digitalen Angebote im ländlichen Raum wichtig, Unterstützungsstrukturen zu schaffen. Ich glaube, es hilft niemandem, wenn die Diagnose zwar via Telemedizin gestellt werden kann, der Patient aber dennoch für sein Rezept zum Arzt rennen muss und das Rezept nicht direkt vor Ort in der Apotheke bekommen kann. Sprich die Umsetzung des E-Rezepts wäre eine wesentliche Unterstützungsstruktur.

Wir müssen auch an die Patienten und Patientinnen denken, die nicht so digital affin sind, wie wir es gerne hätten. Die müssen wir durch mobiles und ausgebildetes Pflegepersonal entsprechend unterstützen und so den Zugang zu digitaler Versorgung erleichtern. In den Niederlanden ist das zum Beispiel schon relativ gut in der Umsetzung. Das könnte für uns, glaube ich, eine gute Option sein.

Als letzten Punkt will ich auf die Thematik zurückkommen, dass wir das im Idealfall als gesamtes Paket der Digitalisierung im Gesundheitswesen schnüren müssten und dafür eine E-Health-Strategie auch auf Landesebene brauchen.

Pia Maier: Ich habe gesehen, und wir haben schon einiges gehört, dass Initiativen wie Telearzt, Teleintensivmedizin hier anwesend sind. Deswegen möchte ich nicht noch mal wiederholen, was in solchen Projekten konkret möglich ist. Das können die Kolleginnen und Kollegen besser tun. Ich möchte hier noch mal ein bisschen auf die allgemeinere Ebene gehen.

Der große Vorteil von digitalen Instrumenten ist, dass sie orts- und zeitunabhängig nutzbar sind. Die Zeitunabhängigkeit hängt davon ab, was ich nutze, aber sie sind auf jeden Fall ortsunabhängig nutzbar. Das ist gerade im ländlichen Raum der große Vorteil. Das ist unabhängig vom ländlichen Raum auch ein großer Vorteil, wenn Sie an Pflege von Angehörigen denken. Ich glaube, hier sind es weniger die zu Pflegenden selbst, die die Telemedizin und die digitalen Pflegeanwendungen zu schätzen wissen, sondern vor allem die Angehörigen um sie herum, die mit den digitalen Möglichkeiten zeitlich flexibler sind, eine Schulung zum Thema: „Wie lege ich einen Angehörigen am besten ins Bett?“ auch mal zu Unzeiten machen zu können, wenn es halt gerade in den Arbeitsalltag passt, bzw. die Informationen rund um die Pflege, rund um kranke Menschen mit digitalen Mitteln viel einfacher und viel schneller organisieren zu können.

Auf den demografischen Wandel ist schon hingewiesen worden. Aber wir brauchen gar nicht so weit in die Zukunft zu gucken. Diejenigen, die heute die zu Pflegenden betreuen, sind wir, die wir hier sitzen. Das sind junge Menschen, das sind, wenn es nicht die Ehefrau oder der Ehemann ist, die Kinder, die sich darum kümmern. Die gehen selbstverständlich mit diesen digitalen Angeboten um und fluchen, wenn sie wegen irgendwelcher Papiere durch die Gegend fahren müssen, was man beim Banking, mit der Bahn und mit allen anderen Sachen schon wunderbar online machen kann.

Viele von uns sind in dem Alter, in dem wir in die chronischen Krankheiten reinlaufen. Da gibt es auch wunderbare digitale Anwendungen, die das Selbstmanagement viel besser möglich machen.

Sie hatten die Telematikinfrastukturanbindung in Ihrem Fragenkatalog. Das ist noch gar nicht erwähnt worden. Das ist natürlich lästig. Gerade so ein Fall wie Secure Net mit der datenschutzrechtlichen Frage, wer eigentlich für den Konnektor verantwortlich ist, macht das alles nicht leichter. Die Telematikinfrastukturanbindung ist mühselig, aber sie ist dringend erforderlich.

Dr. Stephan Schug: Frau Maier hat das schon ein bisschen angedeutet. Wenn wir die Telemedizin einbeziehen, die Videosprechstunde einbeziehen, die DiGAs einbeziehen, die ganzen Lehrvideos über YouTube für alles Mögliche einbeziehen, ist die alte Idee vom schlecht versorgten ländlichen Raum in diesem Bereich sicher zu relativieren.

Ich möchte gezielt auf zwei Punkte eingehen. Zum einen habe ich heute überhaupt noch nicht den sonst in Veranstaltungen immer gerne gehörten Hinweis darauf vernommen, dass Corona einen Schub für die Digitalisierung ausgelöst hat. Für Deutschland berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einem Jahr von 1.000 Videokonsultationen, und im nächsten Jahr sind es

300.000. Es hat also eine massive Veränderung stattgefunden. Natürlich soll nicht alle Versorgung aus der Distanz stattfinden. Nichtsdestotrotz wurde da quasi eine Hemmschwelle überwunden. Gerade Psychotherapie findet auch heute noch zu einem hohen Anteil per Videosprechstunde statt. Das ist sicher nicht für alle Klienten gut, aber da erwarten auch den ländlichen Bereich die entsprechenden Möglichkeiten.

Die DiGAs, die Digitalen Gesundheitsanwendungen, stehen auch überall zur Verfügung und sind im Grunde genommen, wenn man so möchte, in das Handy verpackte Behandlungsprogramme, sehr durchdacht und teilweise mit einer langen Vorgeschichte. Da wird Deutschland im Moment europa- und weltweit übrigens als führend wahrgenommen. Ich denke, das ist ein toller Ansatz, um auch die Versorgung im ländlichen Bereich zu verbessern.

Um noch was Schönes zu sagen, was natürlich auch in Hessen gilt: Wir haben seit dem 01.01.2022 zum ersten Mal wirklich eine größere telemedizinische Leistung, nämlich die Telemedizin bei Herzinsuffizienz, also eine richtige echte Leistung der Regelversorgung, vom G-BA zugelassen, mit zehn oder elf Behandlungsziffern. Da macht dieser Bereich Fortschritte.

Ich hätte gerne noch was zur TI gesagt, aber vielleicht kriege ich das noch in einer anderen Sitzung untergebracht.

Christian Sommerbrodt: Der Hausärzteverband sieht in dem medizinischen Fachkräftemangel auf dem Land, aber auch zunehmend in der Stadt einen der wesentlichen Faktoren, der die Gesundheitsversorgung beeinflussen wird. Nicht nur haus-, sondern auch fachärztliche Praxen haben zunehmend Probleme mit der ärztlichen Nachbesetzung. Auch die Medizinischen Fachangestellten sind in einem rasanten Tempo vom Arbeitsmarkt verschwunden. Das medizinische Angebot der niedergelassenen Arztpraxen wird von diesem Mangel der fehlenden Arbeitskräfte mehr bedroht als Digitalisierung Möglichkeiten schafft, diesen Mangel zu beheben. Es gibt schon etliche Praxen, die ihr Angebot einschränken müssen.

Man muss sich vergegenwärtigen, 97 % alle Behandlungsanlässe in Deutschland werden im ambulanten Bereich erbracht. Für Wiesbaden habe ich das mal für 2018 umgerechnet: Stationär haben dort 100.000 Behandlungsfälle stattgefunden, ambulant 3,8 Millionen.

Aus Sicht der hessischen Hausärzte gibt es aktuell keine digitalen Angebote, die die Breite der Versorgung hier wirklich unterstützen können. Es wird immer wieder die Videosprechstunde hervorgehoben. Die Videosprechstunde ist so, wie sie jetzt umgesetzt ist, überhaupt nicht geeignet. Viele ältere Patienten kommen mit der Videosprechstunde nicht zurecht. Es gibt permanente Probleme, welcher Browser für was geeignet ist. Aber das Hauptproblem ist, dass die Videosprechstunde administrativ keine Erleichterung bringt. Wenn ein Patient in die Praxis kommt, kann ich die Versichertenkarte anlegen und habe alle Daten sofort im System. Wenn der Patient die Videosprechstunde bucht, muss das alles manuell eingegeben werden. Ein Rezept oder eine Krankmeldung können dem Patienten in der Praxis in die Hand gegeben werden; in der Videosprechstunde müssen die verpackt und zur Post gebracht werden, und das Ganze findet dann

auch noch zu 20 % schlechterer Vergütung statt. Das wird der Videosprechstunde zwar in Zeiten von Corona einen gewissen Auftrieb gegeben haben, weil man Patienten nicht in der Praxis haben wollte, aber darüber hinaus wird das nicht funktionieren.

Die digitalen Möglichkeiten, die wir im Moment in den Praxen zur Verfügung haben, sind in keiner Weise geeignet, perspektivisch den Fachkräftemangel auf dem Land oder künftig auch in der Stadt entgegenzuwirken.

Berit Gritzka: Mein Vorredner hat die Versorgung im ländlichen Raum schon angesprochen. Der Mangel an Apotheken ist genauso gegeben wie bei der verfassten Ärzteschaft. Wir haben ein Apothekensterben im ländlichen Raum. Nichtsdestotrotz ist die Versorgung der Patienten im ländlichen Raum gewährleistet. Das läuft auch über Botendienste der Apotheken. Es gibt Rezept-sammelstellen, sodass das gewährleistet ist. Es ist die Frage, ob das elektronische Rezept für Patienten, die nicht mehr mobil sind, eine Verbesserung bedeutet. Das ist schwierig, weil diese Patienten entweder ein Smartphone haben müssen oder der Token, der QR-Code, der den Zugang zum E-Rezept ermöglicht und auf einem Server liegt, muss von der Apotheke abgerufen werden können. Da erleichtert die Digitalisierung nicht unbedingt den Zugriff der Apotheke auf die Verordnung, weil dieser Token, der QR-Code, in irgendeiner Form zur Apotheke gelangen muss.

Im Moment baut die Apothekerschaft ein bundesweites Portal aus, auf dem sich alle 18.000 Apotheken registrieren, sodass darüber die Möglichkeit besteht, dass die Patienten schauen können, welche Apotheke Botendienste anbietet. Man kann über dieses Portal chatten, man kann schauen, welche Apotheke in der Region impft, welche Apotheke Corona-Tests durchführt etc., um die Dienstleistungsangebote der Apotheken zu bündeln. In einer weiteren Ausbaustufe ist geplant, dass das E-Rezept dort hochgeladen werden kann.

Im Alltag laufen die Dinge im Moment so, dass das Muster-16-Rezept häufig von den Patienten fotografiert und dann per E-Mail, WhatsApp oder wie auch immer auf den Weg zur Apotheke gebracht wird. Das ist natürlich nicht immer datenschutzkonform. Dann erfolgt die telefonische Beratung. Das ist im Moment der Ablauf. Für die Patienten, die nicht mobil sind, sehe ich im Moment nur schwer, wo die elektronische Verordnung die Dinge verbessern kann.

Rouven Wachhaus: Ich will mich der Frage widmen: Wie gestaltet sich die Anbindung an die Telematik für kleine und insbesondere für psychotherapeutische Praxen? Wie können diese den Datenschutz gewährleisten? Wenn wir über kleine psychotherapeutische Praxen sprechen, denken wir klassischerweise an einen alleinarbeitenden Therapeuten oder einen Arzt und wenige MFAs, also an ein ganz anderes Level von Know-how und von personellen Kapazitäten als wir sie in großen Zentren finden können. Dementsprechend erreichen meine Behörde solche Beratungsanfragen vergleichsweise häufig. Diese setzen häufig schon ganz früh im Prozess an: Wer

ist eigentlich dafür verantwortlich, die Sicherheit der Verarbeitung zu gewährleisten und passende technisch-organisatorische Maßnahmen umzusetzen?

Bei den Telematikverfahren wie zum Beispiel der Gesundheitskarte gilt der Grundsatz, dass die Verantwortlichkeit der Praxis da endet, wo ihr Einflussbereich aufhört. Das heißt, dass Verfahren und Komponenten, die ihr von außen vorgegeben werden, nur bedingt einer datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit seitens dieser Praxis unterliegen kann. Diese Telematikverfahren unterscheiden sich von der klassischen Auftragsverarbeitung, wie wir sie kennen, wenn es zum Beispiel um die Bereitstellung einer Webseite durch einen Dienstleister geht. Die Arztpraxis hat nicht in der gleichen Weise die Wahlmöglichkeit, ob sie mit dem Anbieter der Telematikinfrastruktur kontrahiert. Dementsprechend gehen wir davon aus, dass aktuell die rechtlichen Grundlagen in § 307 SGB V existieren, der darauf schließen lässt, dass die Verantwortlichkeit für solche Fragen bei dem Anbieter der TI liegen muss und eben nicht bei den Arztpraxen.

Bei der Integration in die bestehende IT-Infrastruktur einer Praxis ergeben sich dennoch Herausforderungen, die die Praxis selbst ganz konkret treffen. Die Telematikanbindung bedeutet für viele Praxen zum ersten Mal überhaupt eine Vernetzung im Sinne des E-Health-Gedankens mit neuen daraus resultierenden Datenflüssen und neuen Herausforderungen. Viele Praxissysteme waren vor der Anbindung an die TI überhaupt nicht auf dem Stand der Technik, mit dem eine Sicherheit der Verarbeitung hätte gewährleistet werden können. Sie sind es auch nicht dadurch, dass nun schlagartig die Anbindung an die TI erfolgt. Wenn wir ein veraltetes System haben, das nicht sicher arbeiten kann, und dies an eine moderne Infrastruktur anhängen, ergibt sich daraus leider nicht, dass sich das System verbessert. Im Gegenteil ergeben sich daraus für die Verarbeitung personenbezogener Daten neue Risiken. Die schlagartige Anbindung kann daher weitergehenden Investitionsbedarf in ganzheitliche Sicherheits- und Datenschutzkonzepte aufzeigen.

Abseits der auf gesetzgeberischer Ebene vorgegebenen Verfahren ist es insbesondere ein Anliegen der Datenschutzaufsicht, dass im Rahmen der Kommunikation neue datenschutzkonforme Kommunikationsmittel zum Einsatz kommen, wie dies zum Beispiel mit dem Kommunikationsdienst KIM für Ärzte bereits möglich ist. Hier wird sich meine Behörde für eine breitere Anwendung stark machen.

Der Hessische Datenschutzbeauftragte ist, was die Frage spezifischer Kommunikationsmittel und -wege anbelangt, auch immer für die Arztpraxen in Hessen ansprechbar. Es erfolgte in der Vergangenheit zum Beispiel eine Beratung der Landesapothekerkammer zum Thema „datenschutzkonformer Versand von Apothekenrechnungen per E-Mail an ein Pflegeheim“. Mehr Informationen zur Beratungs- und auch zur Prüfpraxis des HBDI finden Sie in den jährlich erscheinenden Tätigkeitsberichten meiner Behörde.

Prof. **Dr. Nawid Khaladj:** Ich möchte das aufgreifen, was einer der Vorredner gesagt hat. Das ist die Telehebamme Kinderheldin, die App, die wir als zweitgrößte Geburtsklinik in Hessen mit 2.850 Geburten jeder Schwangeren, die bei uns ihr Kind bekommt, anbieten. Die Auswertung ist erschreckend. Kaum jemand nutzt dieses Angebot. Es deckt sich mit der Auswertung des GKV-Spitzenverbandes, dass diese Apps auf Rezept mehr oder weniger gar nicht genutzt werden. Hier müssen wir uns gemeinsam fragen: Wer legt eigentlich den Bedarf fest? Ein Start-up, oder wird das anhand der Datenanalysen, die wir haben, und der Versorgungslücken definiert? Das ist die Überleitung zum nächsten Punkt.

Die Versorgungslücken lassen sich durch digitale Lösungen nur verkleinern, aber sicherlich nicht schließen. Wir müssen Versorgung neu definieren. Wir müssen disruptiv sein und sektorenübergreifend denken. So, wie wir gehört haben, dass es ein Sterben von Apotheken gibt, müssen wir überlegen, ob der Apothekenvorbehalt im Jahr 2022 noch zeitgemäß ist. Für die, die es nicht wissen: Tierärzte dürfen Medikamente abgeben.

Genauso muss die Frage gestellt werden, ob in Apotheken nicht gesicherte E-Health-Telesprechstunden stattfinden können, damit einfache Rezepte nach telemedizinischer Konsultation angeboten werden können. Hierfür bedarf es aber der Sicherstellung einer ausreichenden Datenanbindung, Stichwort Glasfaserausbau und 5G.

Die Finanzierung muss in diesem Zusammenhang auch angesprochen werden. Das kostet unheimlich viel Geld und ist unheimlich bürokratisch sowohl für kleine Arztpraxen auf dem Land als auch für Krankenhäuser, für Hebammen und sonstige Leistungserbringer, aber insbesondere natürlich auch für unsere Patientinnen, die sicher sein müssen, dass sie für diese Leistung nicht zusätzlich zahlen müssen. Hier stellt sich die Frage der staatlichen Kontrolle. Stichwort In-App-Käufe und ähnliches. Inwieweit wollen wir so was zulassen?

Ich komme aus dem Versorgungsgebiet 6 mit einem Level-1-Perinatalzentrum. Drei Geburtskliniken haben in den letzten drei Jahren geschlossen. Es gibt einen eklatanten Mangel an Hebammen und Qualitätsdefizite. Lassen Sie uns doch Modellprojekte angehen. Es gibt Telemedizin auch in der Geburtshilfe. Es gibt CTGs analog zu mobilen EKGs oder Blutdruckmessgeräten. Lassen Sie uns so was ausprobieren, um die Schwangeren rechtzeitig analog dazu zu betreuen, wie es in Norddeutschland ist, wo sie von den Inseln an die Geburtskliniken geholt werden, wenn es Auffälligkeiten gibt. Wir müssen uns die Frage stellen: Kommt der Arzt, kommt die Pflegekraft, kommt die Hebamme in Zukunft zum Patienten, oder kommt der Patient rechtzeitig in die richtige Versorgungsstruktur?

Prof. **Dr. Michael Guckert:** Lassen Sie mich den Nutzen von E-Health für den ländlichen Raum anhand von drei Beispielen demonstrieren, einmal im Hinblick auf therapeutische Anwendungen und einmal im Hinblick auf diagnostische Anwendungen. So gab es an der THM vor einigen Jahren ein Projekt Teletherapeut, bei dem COPD-Patienten bei Übungen, die sie durchführen müssen, mit Kamera und Bildschirmen aus der Ferne angeleitet werden können. Es geht um das

Thema Self Exercise im Bereich der Physiotherapie. Das sind Dinge, die man im Grunde genommen alleine machen kann, sie aber vielleicht falsch macht, weil man nicht angeleitet wird, oder es einfach lässt, weil die Anreize fehlen. In dieser Hinsicht hat ein britischer Kollege, mit dem wir zusammenarbeiten, eine App Orbis entwickelt, die für AVK-Patienten – – Das Medizinische kann bei mir etwas Laienhaft werden. Es geht um eine arterielle Verschlusskrankheit. Das wirksamste Mittel ist wohl Physiotherapie. Gerade im ländlichen Raum ist es sehr schwierig. Es gibt nicht genügend Physiotherapeuten. Das ist eine knappe Ressource. Hier könnte eine solche App Anreize schaffen, diese physiotherapeutischen Übungen, die körperliche Aktivität durchzuführen. Elemente wie Gamification, also ein Spiel daraus zu machen, funktioniert auch beim Lernen von Sprache sehr gut. Das kann hier sehr gut unterstützen. Das muss keine App für alle sein. Auch hier kann wieder KI greifen und diese App adaptiv machen. Das heißt, sie passt sich an das Verhalten der Patientinnen und Patienten an.

Im Grunde genommen berichte ich jetzt von Forschungsprojekten. Als wir die analysiert haben, ist uns aufgefallen, dass bei diesen Aktionen ein völlig neuer Spieler in den Gesundheitsmarkt eintritt, nämlich Technologieanbieter. Damit werden alte traditionelle, gefestigte Beziehungen zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Ärztinnen und Ärzten aufgebrochen und ein ganz neuer Spieler tritt mit in den Gesundheitsmarkt ein. Wie gesagt, sind das die Technologieanbieter. Wir haben das in einer Schrift, die ich Ihnen gerne zur Verfügung stellen würde, breiter diskutiert.

Der ländliche Raum kennzeichnet sich dadurch, dass Ressourcen knapp sind. Außerdem sind die Wege weit. Ich hatte in der letzten Runde schon über diese EKG-Analyse gesprochen. Wir arbeiten gerade mit einem mittelhessischen KMU daran, diese EKG-Analysen in eine Plattform zu integrieren. In der Notfallmedizin kann das EKG vom Rettungswagen an ein Krankenhaus übertragen werden. Diese KI-Analyse-Komponente soll mit eingebracht werden, um Krankheiten zu erkennen und Notfallmediziner in ihrem Entscheidungsdruck zu unterstützen.

Bei dieser Studie zu Gesundheit 4.0 ist uns aufgefallen, dass dieser neue Aspekt vielleicht stärker in Richtlinien verankert werden muss. Das ist quasi ein Appell an die Ärzteorganisation und die Frage, wie die finanzielle Abwicklung aussehen kann.

Uwe Probst: Wir reden jetzt über Digitalisierung im ländlichen Raum. Ich denke, eine Grundlage der Digitalisierung, gerade wenn es um Multimedia geht, ist die Internetanbindung des ländlichen Raums. Es gibt immer noch keine durchgehende Glasfaserversorgung bis in die Wohnung bzw. in die Praxis, und es gibt Funklöcher bei der mobilen Anbindung. Diese Grundlagen müssen erst mal geschaffen werden.

Dann haben wir den Punkt, dass die Ärzte und die anderen Akteure im Gesundheitswesen bessere Schulungen über Vorzüge und Risiken der Digitalisierung brauchen und diese auch annehmen müssen. Da gibt es tatsächlich Selbsthilfeinitiativen. Es wäre ein Ansatz, diese vonseiten der Politik zu fördern.

Ein Beispiel, das vorhin schon mal kurz angesprochen wurde, ist die Videosprechstunde. Dazu möchte ich auf einen Punkt hinweisen. Aufgrund der mangelnden Schulungen gibt es Beispiele von Psychotherapeuten, die ihre Therapiegespräche auf einem einfachen ungesicherten Rechner abspeichern und damit möglicherweise Ziele für irgendwelche Hackerangriffe werden.

Viele, aber das sehe ich nicht nur im Gesundheitswesen, sondern zum Beispiel auch in der Bildung, sehen diese ganzen Digitallösungen nur als Zwischenlösung an, bis die Situation nach Corona wieder normal ist; die Leute haben gar keine Lust, sich weiter reinzuarbeiten. Da muss man gucken, wie man an der Akzeptanz arbeitet. Man muss nicht alles beibehalten, aber das, was sich positiv gezeigt hat, sollten wir weiterhin nutzen.

Ein paar Beispiele kennt jeder: Mit der Telemedizin kann man unnötige Patientenreisen reduzieren. Zu Apotheken brauche ich nichts mehr zu erzählen. Das wurde vorhin schon erwähnt. Ein Punkt, der mich als Patient immer gestört hat, sind die vollen Wartezimmer. Ganz sinnvoll ist es natürlich, einen genauen Termin auszumachen. Ein professionelles Zeitmanagement bietet natürlich Vorteile für Arzt und auch Patienten.

Ich will nicht unbedingt mit Fakten belegen, dass Telematik schlecht ist. Aber der Eindruck bei der Ärzteschaft ist sehr schlecht. Ich habe in meinem Bekanntenkreis einige, die sehr schlecht darauf zu sprechen sind. Zum einen ist die Suche nach Daten in der Patientenakte schwierig, weil keine anständige Indizierung da ist. Es ist viel weniger Arbeit, den letzten Arztbrief aus dem Karteikasten rauszusuchen und dem Patienten mitzugeben. Das heißt, für die Übertragung werden die Patienten, Faxe oder die Post genutzt, aber nicht die Telematikinfrastruktur, weil das einfach weniger Aufwand für den Arzt ist und er nicht so viel Zeit benötigt.

Das Thema der Haftbarkeit wurde schon angesprochen. Viele Ärzte haben Angst davor, in die Haftung zu kommen, während sie gezwungen werden, Hardwaremodule und zukünftig möglicherweise Softwaremodule in ihr System einzuschleusen, selbst aber überhaupt keine Kontrolle darüber haben.

Praktische Probleme liegen in den ständigen Ausfällen der Telematik, sei es nur deswegen, weil wieder mal ein Zertifikat erneuert wird, was einige Praxisbetreiber selbst nicht auf die Reihe bekommen. Die müssen jedes Mal wieder einen Techniker ihres Vertrauens bekommen. Das grundsätzliche Problem besteht in zu wenig IT-Wissen in vielen Praxen. Es gibt auch noch Praxissoftware, die Probleme mit der Anbindung an die Telematik hat.

Ich habe eben schon mal kurz Mindeststandards für die Software angesprochen. Wir brauchen Mindeststandards, die von der Politik definiert werden müssen, um die Lösungen, die auf dem Markt sind, zuzulassen.

Daniel Libertus: Herr Probst von Load hat schon viele Probleme aufgezeigt. Ich darf folgende Stellungnahme für die Landesärztekammer Hessen vermelden:

Die Telematik ist auch im ländlichen Bereich verpflichtend. Nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft ist allerdings festzuhalten, dass die E-AU und das E-Rezept nicht fehlerfrei funktionieren und das Verzeichnissystem der KIM nicht den Anforderungen entspricht, die eine Nutzung der KIM attraktiv machen würden.

Darüber hinaus ist im ländlichen Raum, aber auch beispielsweise im Rhein-Main-Gebiet eine Vielzahl digitaler Anwendungen in der Verwendung, deren medizinischer Nutzen zum Teil nicht abschließend beurteilt werden kann. Derartige Angebote, gerade wenn sie als Plattform konzipiert sind, können am Arzt vorbei eine Steuerungsfunktion der Patientenströme entwickeln, die aufgrund ihrer ökonomischen Ausrichtung vonseiten der Landesärztekammer Hessen kritisch gesehen wird.

Insgesamt ist der Bedarf an der Einbindung von digitalen Gesundheitsanwendungen noch nicht flächendeckend geweckt. Gerade hinsichtlich des Angebotes und der Kosten gibt es zu wenig belastbare Informationen.

Der Einsatz von E-Health-Anwendungen setzt zunächst voraus, dass die Patientinnen und Patienten diese auch nutzen können. Darüber hinaus ist zu unterscheiden, welcher Bereich der Anwendungen betroffen ist. In jedem Fall kann eine solche Anwendung lediglich eine ärztliche Behandlung ergänzen, nicht aber einen Arzt ersetzen.

Eine Kompensierung von Versorgungslücken erscheint beispielsweise möglich, wenn entsprechend geschulte MFA vor Ort sind und bei dem Patienten eine telemedizinische Behandlung durch einen Arzt unterstützen. Eine ausschließlich telemedizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten entspricht jedoch bei vielen Krankheitsbildern derzeit nicht dem ärztlichen Standard.

Sinnvoll kann jedoch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit sein, wie sie im St.-Josefs-Hospital Rheingau mit dem dortigen Zentrum für Telemedizin praktiziert wird. Auch das Projekt „Telemedizin im Rettungsdienst“ – davon haben wir auch schon gehört –, das in den Landkreisen Gießen und Marburg-Biedenkopf durchgeführt und vom Land Hessen gefördert wird, hilft, die vorhandenen Kapazitäten möglichst zielgerichtet zu nutzen.

Es bestehen die bereits aufgezeigten technischen Probleme. Darüber hinaus bietet die Telematik gerade für Praxen, die sich auf den Bereich der Psychotherapie spezialisiert haben, nach unseren Erkenntnissen wenige Vorteile. Ärztinnen und Ärzte berichten insgesamt, dass es mitunter sinnvoller ist, eine Honorarkürzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hinzunehmen, bevor man die Praxis an die Telematik anschließt.

Die datenschutzrechtlichen Anforderungen, die an die Arztpraxen gestellt werden, sind eine hohe Belastung, und es zeigt sich in der täglichen Praxis, dass die Anforderungen von inhabergeführten Arztpraxen kaum zu erfüllen sind.

Die Landesärztekammer Hessen versucht, zusammen mit dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, die hessischen Arztpraxen bei der Umsetzung der datenschutzrechtlichen Anforderungen insoweit zu unterstützen.

Jens Gabriel: Das deutsche Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich eines der besten. Damit das so bleibt, müssen wir die Chancen der Digitalisierung aktiv nutzen. Bedauerlicherweise ist zum Status quo jedoch festzuhalten, dass unsere Leistungserbringer einen anderen Ländern gegenüber unterdurchschnittlichen Digitalisierungsgrad aufweisen. Dabei ist die Digitalisierung kein Selbstzweck, sondern ermöglicht es uns, medizinische und pflegerische Behandlungsprozesse zu verbessern, Versorgungsbrüche zu schließen, Sektorengrenzen zu überwinden, Effizienzreserven zu nutzen und somit eine bestmögliche Patientenversorgung der Menschen dauerhaft sicherzustellen.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen digitale Lösungen einen elementaren Mehrwert für die Patienten schaffen und sich barrierefrei in die Workflows von Ärzten und Pflegekräften in den jeweiligen Einrichtungen integrieren lassen. Im Mittelpunkt steht dabei das Alleinstellungsmerkmal einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, die uns im Vergleich zu anderen Branchen und Anwendungsbereichen wie beispielsweise Onlinebanking, Onlineshopping oder Carsharing maßgeblich unterscheidet.

Unabhängig davon gilt es jedoch primär und zuallererst, die bestehenden digitalen Infrastrukturen und IT-Systeme in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen aufzurüsten, interoperabel anzugleichen und zukunftsfähig auszubauen. Gerade in ländlichen Regionen, in denen keine Internetverbindung besteht, werden wir auch mit Telemedizin oder E-Health keinen einzigen Patienten erreichen. Analog gilt das für Krankenhäuser, die beispielsweise ohne eine funktionierende WLAN-Ausleuchtung im Haus keine digitalen Fieberkurven oder keine digitalen Dokumentationen prozessual einführen können. Hierbei sprechen wir als Sankt-Josefs-Hospital aus praktischer Erfahrung, da wir im Zuge unserer bestehenden Digitalstrategie das Projekt „Medizinische Televisite Rheingau“ ins Leben gerufen haben.

Die digitale Transformation umfasst dabei jedoch nicht nur die strukturellen Voraussetzungen, sondern insbesondere auch die inhaltliche Qualifikation und Ausbildung der zum Teil älteren Mitarbeiter in den jeweiligen Einrichtungen. Das Motto heißt hierbei: „Keep it safe and simple“; denn nicht jeder Mitarbeiter hat den gleichen Zugang zu digitalen Anwendungen. Konfrontiert mit dem sozialen Paradigma und der damit verbundenen Frage: „Wo und wie findet Gesundheitsversorgung in Zukunft statt?“ begegnen uns Patienten in den digitalen Versorgungssituationen überwiegend aufgeschlossen, insbesondere dann, wenn sie ihren Arzt oder ihre Schwester auf dem Bildschirm wiedererkennen. Die Menschen müssen auch weiterhin begleitet werden.

Abschließend bleibt anzumerken, dass der Weg zu digitalen Transformationen weiterer intensiver Investitionen bedarf – Investitionen, die aufgrund eines dauerhaften Kostendrucks im Gesundheitswesen bislang keinen Freiraum erfuhren. Daher begrüßen wir die bundesweite Initiative des Krankenhauszukunftsgesetzes und deren länderspezifische Ausgestaltung in Hessen. Das ist ein

Schritt in die richtige Richtung, wenngleich die Summe des benötigten Kapitals die bisherigen Förderbeträge weit übersteigt.

Dr. Barbara Voß: Ich möchte meine Antwort auf die Frage nach den Fördermöglichkeiten fokussieren und auf drei wichtige Faktoren eingehen, die sich nach unseren Erfahrungen als erfolgskritisch für öffentliche Förderprogramme herausgestellt haben, nämlich der richtige Einsatz von Geld, die Einbindung aller Beteiligten und eine klare Moderation.

Es gibt in Deutschland wie in Hessen verschiedene Fördertöpfe für Innovationen, insbesondere für digitale Projekte und auch für Projekte im ländlichen Raum. Leider heben die hessischen Förderungen für den ländlichen Raum nicht explizit auf digitale Aspekte ab. Aber grundsätzlich ist Geld da. Ein erhebliches Problem bei diesen Töpfen ist die zu kurze Förderdauer und außerdem meist die Förderbeschränkung auf technische Aspekte. Das reine Finanzieren von technischer Ausstattung ist nicht ausreichend, um Innovationen dauerhaft zu etablieren. Fast jedes Projekt, und wir haben jetzt schon genug Beispiele gehört, muss im Praxistest angepasst werden. Wenn die Förderdauer diese Phase nicht abdeckt, dann sind viele Projekte am Ende.

Das leitet zum zweiten Problemfeld über. Die Akteure werden oftmals nicht mitgenommen bzw. sind nicht immer alle relevanten Beteiligten auch unmittelbar im Projekt eingebunden. Dadurch werden aber auch nicht alle relevanten Bedürfnisse vorab mitberücksichtigt, die in der Praxis natürlich auftauchen. Das gilt insbesondere für Projekte im ländlichen Raum, wenn angedachte Lösungen auf die konkreten Verhältnisse vor Ort nicht passen. Je größer der Anpassungsbedarf in der Umsetzung ist, desto flexibler muss die Förderdauer sein, damit das Projekt noch erfolgreich sein kann.

Wir selbst haben diese Erfahrung in Hessen mit Wart's Ab gemacht. Das ist eine Wartezeiten-App. Sie ist ohne Perspektive ausgelaufen, weil insbesondere die Anlaufschwierigkeiten durch Corona nicht aufgefangen werden konnten, obwohl gerade in Corona-Zeiten dieses Projekt eine große Unterstützung hätte sein können. Wir beobachten immer wieder, dass sich gute Ideen nicht etablieren können, weil den Projekten in der Anlaufphase die Luft ausgeht.

Außerdem haben wir festgestellt, und damit komme ich zu meinem dritten Punkt, dass es enorm hilfreich sein kann, wenn ein Akteur ohne Eigeninteressen die moderierende und treibende Klammer für ein Projekt bildet. Hier kann das Land eine ganz wichtige Funktion einnehmen. In Hessen haben wir mit dem Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health eine Institution, welches diese Rolle bisher nicht hat, aber zukünftig durchaus übernehmen und Projekte aktiv begleiten könnte.

Hessen hat also eigentlich gute Voraussetzungen: Es gibt Geld in Fördertöpfen, die allerdings nachjustiert werden müssten, und wir haben ein Kompetenzzentrum, welches bei Projektumsetzungen moderierender Treiber sein kann. Wir sollten diese Potenziale viel gezielter nutzen.

Dr. Thomas Aßmann: Ich muss Sie erst mal schockieren: Der ländliche Raum ist nicht Rudis Resterampe, sondern der Zukunftsbereich der nächsten Jahre, wenn nicht sogar der nächsten Jahrzehnte, und zwar aus einem einfachen Grund: Wir erleben selbst, dass immer mehr junge Familien mit Kindern aus Köln oder Düsseldorf in den ländlichen Raum ziehen – das sehen Sie auch an den Hauspreisen –, weil die auf einmal einen anderen Schwerpunkt haben. Diese Entwicklung hat sich im Rahmen der Pandemie noch verstärkt. Wenn Sie Bilder aus der Ukraine sehen, in der zurzeit Großstädte bombardiert werden, ist es ein Sicherheitsaspekt für die Familien, noch mehr ins Ländliche zu ziehen.

Aber nicht nur die jungen Familien ziehen mit. Viele nehmen auch ihre Eltern mit, also 60- oder 65-Jährige. Auf die Frage: „Warum kommen Sie hier ins Ländliche?“ antworten sie: weil ich bei meiner Familie sein möchte, weil ich die Enkel mit großziehen will. – Das bedeutet, dass der Bedarf an Pflege bzw. an Versorgung dieser Menschen größer wird. Einen unbedingten Anteil daran hat die Telemedizin bzw. E-Health. Wie? Es reicht nicht aus, den Menschen einfach ein Tablet vor die Füße zu kippen, sage ich mal salopp. Man muss es mit menschlichem Antlitz machen. Wir schicken beispielsweise den Telearztkoffer, den Rucksack, immer mit einer MFA, so dass sie direkt vor Ort ist, Anleitungen geben kann, auf die Daten reagieren kann usw. Die Patienten – auch die 80-Jährigen – finden das total klasse, weil sie den Doktor durch Videokonferenz sehen und sehen: Wir sind in der Technik mitgenommen worden, werden aber nicht alleingelassen. Es gibt ein schönes Beispiel: Letzte Woche fand die Tochter das so super, dass sie sich eine Woche später ein Tablet gekauft hat.

Es ist wichtig, dass wir Telemedizin richtig machen. Dann können wir gerade die ältere Bevölkerung in ihrer Häuslichkeit lassen. Wenn Sie sehen, wie sich die Demografie entwickelt, ist das zentral wichtig für die Ausgaben bei den Krankenkassen, aber auch bei den Kommunen, weil 40 % der Pflegebedürftigen in Altenheimen durch Sozialleistungen der Kommunen unterstützt werden.

Als Letztes muss man ganz klar sagen, wir sollten es nicht machen wie eine Universitätsklinik, die letztens zu mir gekommen ist. Sie hat gesagt, das System ist so einfach, die Daten könnte auch ein Bäcker oder Elektriker aufnehmen. Wir haben überlegt, wir nehmen einen VW-Bulli. Den haben wir noch. Dann schicken wir einen Assistenzarzt und vier Medizinstudenten durch die Gegend. Damit können wir den ländlichen Raum versorgen. – Dazu muss ich sagen, so geht es nicht. Telemedizin ist vorne, das heißt, wir müssen den Patienten, der telemedizinisch versorgt wird, mit Respekt begegnen. Dann wird es auch angekommen. Ich sage Ihnen eines: Unterschätzen Sie bitte nicht unsere Silver Ager. Die sind nämlich wirklich fit und motiviert; die können wir gut mitnehmen.

Dr. Michael Albert: Ich bin Leiter der Abteilung Telemedizin bei Awesome Technologies. Wir sind ein technischer Partner bei dem Projekt „TeleCOVID Hessen“. Wir beschäftigen uns aber auch sehr intensiv mit dem ländlichen Raum und der Pflege im ländlichen Raum. Wir beschäftigen uns hauptsächlich mit Kommunikation zwischen Experten, also den Leuten, die im Gesundheitswesen unterwegs sind. Wir sehen Digitalisierung, den Datenschutz und die Datensicherheit nicht

als Innovationsverhinderer, sondern als Innovationstreiber, weil wir uns täglich davon challengen lassen, in dem, was wir tun, immer besser zu werden, immer mehr auf Sicherheit zu achten und immer höhere Maßstäbe anzusetzen.

Wie kann man Datenschutz effizient etablieren oder betreiben? Wir haben dafür den Ansatz des Human Centered Designs für uns entdeckt. Wir stellen also den Menschen in den Mittelpunkt. Wir nehmen die Sicherheit seiner Daten als nächstes Level, wie wir damit umgehen müssen, und bauen drumherum, wenn wir den Datenschutz gewährleisten können, die Anwendungen und Innovationen. Wir denken, es ist nicht mehr nötig, sich Sachen heutzutage einfach zu machen oder, wie Herr Dr. Gaebel sagte, den Datenschutz als Letztes zu machen oder hintanzustellen, bis die anderen Sachen fertig sind. Man muss einfach frühzeitig damit umgehen. Dann gibt es heute schon genug starke, sichere und einfache Lösungen, um in die Digitalisierung einzusteigen, und zwar auch für kleine Praxen und Institutionen.

Wir sehen in unserer Arbeit natürlich immer wieder die Einstiegs- oder Umstiegshürden, wenn man Digitalisierung einsetzt und Gesundheitsprozesse digitalisiert. Aber wenn sich die Beteiligten darauf einlassen, sehen wir genauso schnell die Vorteile von dem Ganzen und wie sich benötigte Zeiten reduzieren oder andere Vorteile sichtbar werden.

Wir sehen den hohen Schulungs- und Betreuungsaufwand. Das wurde schon angesprochen. Man muss die Leute immer weiter begleiten. Dafür muss man aber die Kapazitäten auf beiden Seiten haben: Man muss die Leute schulen können, und die Leute müssen sich schulen lassen wollen, sie müssen die Zeit und die Ressourcen dafür haben. Man muss immer Sorge dafür tragen, dass dafür Platz und Raum ist.

Wir sehen einen starken Fokus auf der intersektoralen Vernetzung. Wir beschäftigen uns mit der Vernetzung von Hausärzten und Pflege, von Ärzten und Krankenhäusern, und von Pflege und Krankenhäusern. Wir haben heute schon gehört, dass die Informationen, die zwischen den Beteiligten laufen oder eben nicht laufen, heutzutage essenziell sind, um Behandlungen gut und schnell zu machen und die Beteiligten zu entlasten.

Wir sehen einen extremen Vorteil, wenn man Projekte oder digitale Anwendungen und Innovationen nicht immer als perfektes Ganzes dimensioniert und erst dann ausrollt, wenn man das alles hat. Wir gehen gerne schnelle, kleine Schritte. Wie gesagt, wir machen Sicherheit und Datenschutz zuerst. Dann fangen wir mit kleinen Schritten an, gehen mit den Beteiligten in die Anwendung, schauen, was die Vor- und Nachteile sind und entwickeln so immer weiter größere Innovationen. Wir brauchen also einfache, schnelle und sichere Lösungen, und das vor allem in die Fläche gebracht, damit man die Vorteile intersektoral nutzen kann.

Dr. Michael von Wagner: Ich spreche noch einmal für das Uniklinikum Frankfurt. – Viele Aspekte sind schon benannt worden. Deshalb will ich mich auf diejenigen fokussieren, die aus meiner Sicht noch nicht so im Fokus standen.

Neben der demografischen Entwicklung gibt es noch eine gegenläufige Tendenz, nämlich die Explosion des Wissens. Wir haben die Problematik, dass sich die jetzigen Leistungserbringer ununterbrochen einem zunehmenden Wissenstransfer gegenübersehen. Man muss das, was man gelernt hat, neu hinterfragen und neu adaptieren. Wir haben nicht nur im ländlichen Raum, sondern generell in der Versorgung das Problem, dass immer weniger immer mehr wissen und dieses Wissen auch anwenden müssen. Im Prinzip haben wir durchgehend den Bedarf einer effizienten Vernetzung, sowohl der Leistungserbringer untereinander als auch der Leistungserbringer mit ihren Patienten und – das ist das, was wir unter Patient Empowerment verstehen – der Patienten untereinander, um das Wissen auszutauschen.

Natürlich kann man den ländlichen Raum aus den Zentren heraus kurzfristig stärker unterstützen. Dafür gibt es schon erfolgreiche Möglichkeiten. Die Messengerdienste sind bereits angesprochen worden, die ja nicht per se datenschutzproblematisch sind, sondern die in ihrem Aufsatz entsprechend sein müssen. Auch müssen sie so in die Systeme integriert sein, dass sie die Arbeit unterstützen, und nicht behindern und nicht schwieriger machen.

Es muss zu einer automatischen Datenübertragung via Standards kommen, sodass auch dies, weitgehend automatisiert, unterstützend wirkt. Dann hat man die Möglichkeit, Arbeitsleistungen über größere Distanzen hinweg – ich will jetzt gar nicht von ländlich oder städtisch sprechen – zu erbringen und neue Arbeitsmodelle zu erschließen.

Teleintensiv ist ein Konsilsystem. Man kann aber genauso über Telepathologie oder andere Teleradiologiedienste nachdenken, sodass der Experte zugeschaltet werden kann, ohne physisch vor Ort sein zu müssen. Ich glaube, eine wesentliche Voraussetzung dabei ist, dass Funktionalitäten gebündelt werden und dann in einheitlichen Oberflächen abgebildet sind. Dadurch muss nicht ununterbrochen erneut geschult werden, sondern der Anwender bewegt sich in der ihm vertrauten Umgebung.

Dann sind wir wieder bei den Themen Standardisierung und Interoperabilität; denn wenn man eine generische Datenbank darunter hat, ist man in der Lage, diese Dinge in einer Oberfläche einzubinden. Das ist sowohl für den Patienten als Anwender als auch für den Arzt als Anwender eine enorme Erleichterung. Wenn dies Prozesse, die damit optimiert werden können, auf bereits bestehenden oder neu aufgesetzten Netzwerken und Strukturen umsetzt, dann ist das ein Erfolg versprechendes Modell.

Noch einmal bemühe ich die Pandemie. Für manches haben wir in kurzer Zeit gesehen, dass diese Dinge funktionieren können. Da sie erforderlicherweise viel eingesetzt werden mussten, haben sie auch eine hohe Akzeptanz entwickelt.

Georg Schulze: Es sind schon viele Aspekte genannt worden. Ich möchte trotzdem vorausschicken, dass eine Digitalisierungsstrategie im ländlichen Bereich natürlich voraussetzt, dass auch die technischen Möglichkeiten geschaffen werden, dass Glasfaser und das 5G-Netz nutzbar sind.

Ich glaube, grundsätzlich sind die Probleme bekannt. Wir werden uns darauf einstellen müssen, dass es in Zukunft im ländlichen Bereich weniger Fachkräfte im Gesundheitsbereich bzw. in allen Bereichen geben wird. Das bedeutet, dass wir auch die Versorgungsstrukturen im ländlichen Bereich vollkommen neu denken und organisieren müssen. Beispiele fehlender Möglichkeiten sind bekannt, z. B. stationäre Geburten im ländlichen Bereich.

Auch glaube ich, dass es erforderlich ist, im ländlichen Bereich die unterschiedlichen Anbieter in Gesundheit und Pflege miteinander zu vernetzen. Dazu braucht es aber jemanden, der das organisiert. Das könnte eine Aufgabe für kommunale Kliniken sein, wenn sie nicht im ländlichen Bereich geschlossen werden. Sie könnten zusätzliche Aufgaben erhalten, die dann aber auch finanziert werden müssten. Möglichkeiten gäbe es über das SGB V, über die Experimentierklausel.

Meiner Meinung nach bestünde jetzt die Chance, neue Versorgungsstrukturen in Hessen zu konzipieren und Beratungsangebote im Rahmen der Digitalisierungsstrategie, die auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung steht, möglicherweise sogar flächendeckend umzusetzen.

Dr. Axel Kortevoß: Wenn man über die Chancen von E-Health im ländlichen Raum spricht, kann ich sozusagen als Werkstattbericht sagen: Wir waren im Frühjahr 2020 mit einer ganzen Flut von Anfragen aus allen Vertragsbereichen, ich sage nicht: konfrontiert, sondern die kamen herein nach der Frage: Was machen wir jetzt eigentlich, wenn die Patienten nicht mehr zu uns kommen dürfen?

Bevor auf Bundesebene Regelungsrahmen und auch Finanzierungsregelungen dafür gefunden worden sind, sind, ich glaube, in jedem Bundesland von den Krankenkassen gemeinsam relativ viele unbürokratische Lösungen gefunden worden. Es ist schon angesprochen worden, dass das tatsächlich ein Schub war. Viele Leistungserbringer, die möglicherweise vorher nicht daran gedacht haben, haben dieses Instrument für sich entdeckt. Ich glaube, wir sind jetzt in einer Phase, in der man versuchen müsste, das Ganze in geordnete Bahnen zu lenken.

Wenn gesagt wird, dass die Regelungsrahmen und auch die Finanzierungsregelungen auf Bundesebene nicht ausreichen: Dazu gibt es aus der Ärzteschaft durchaus andere Signale. Relevante Kassenärztliche Vereinigungen fordern ihre Mitglieder explizit dazu auf, in diesem Bereich Leistungen zu erbringen und sie auch abzurechnen, weil es sich lohnen würde. Ich glaube, darüber ist auch intern noch einmal zu diskutieren.

Wir haben auch festgestellt, dass es durchaus eine sehr unterschiedliche Offenheit innerhalb der Berufsgruppen gibt. Das ist kein empirischer, sondern eher ein subjektiver Befund. Nur als Beispiel – das kann ich sagen, weil die Zahnärzte hier heute nicht vertreten sind –: Warum Beratungsgespräche bezüglich der Frage, welchen Zahnersatz man bekommen möchte, mit einem

Praxisbesuch verbunden sein müssen, hat sich mir persönlich noch nie richtig erschlossen. Ich glaube, das ist ein Bereich, bei dem zukünftig bei der Beratung außerhalb von Behandlungen viele Effizienzgewinne für das Praxismanagement zu holen sind.

Wenn man jetzt das Ganze in geordnete Bahnen lenken wollte, wäre z. B. eine Möglichkeit, gar nicht erst zu versuchen, E-Health mit der Gießkanne über die Leistungserbringer auszuschütten, sondern dies auf diejenigen Bereiche zu fokussieren, die auch schon genannt worden sind.

Ein Beispiel ist die Chronikerversorgung, bei der wir seit Anfang der Zehnerjahre Disease-Management-Programme haben. Dazu hat es damals Erhebungen mit dem Ergebnis gegeben, dass die Compliance dort auch von der Entfernung zu der koordinierenden Praxis abhängig ist. Wenn man es schaffen würde, diese Distanz mit E-Health zu überbrücken, dann könnte das, zumindest perspektivisch, auch zu Versorgungsgerechtigkeit führen, auch mit Modellen, die hier schon genannt worden sind.

Dabei geht es nicht nur darum, den Arzt per Bild zum Patienten zu bringen. Auch könnte das Praxispersonal, z. B. die nicht ärztlichen Praxisassistenten, mit den hybriden Versorgungsformen, ausgerüstet mit der Technologie, vor Ort beim Patienten bestimmte Befunde erheben und dann in Rücksprache mit dem Arzt weitere Maßnahmen direkt einleiten, ohne dass der Facharzt den Patienten persönlich sehen muss.

Die technologische Seite, was den Breitbandausbau angeht – auch das ist schon gesagt worden; aber diesen Seitenhieb kann ich mir nicht ersparen –, wird nicht das Gesundheitssystem lösen können, sondern das wird jemand anders lösen müssen.

Stefan Schraps: Wir befinden uns in einer Situation, in der die normative Kraft des Faktischen zuschlägt. Wir haben in der Fläche viel zu wenig professionelles Personal in der Versorgung. Das betrifft Pflegekräfte und Ärzte. Aber auch in der Krankenhausversorgung ist eine stärkere Konsolidierung zu beobachten.

Ich bin leider nicht so optimistisch wie Herr Aßmann, dass die Zukunft ausschließlich im ländlichen Raum liegt. Nichtsdestotrotz müssen wir die Versorgung sicherstellen. Wie tun wir das? – Natürlich sind Möglichkeiten in der telemedizinischen Versorgung, in neuen Versorgungsformen zu suchen und auch zu finden. Eine Ihrer Leitfragen ist: Findet das tatsächlich auch die Akzeptanz, und wird das angewendet? – Ich denke, man muss schon sehr viel differenzierter darauf eingehen.

Wir selbst haben ein Produkt in Hessen im Einsatz, das sich Telearzt nennt. Da wird uns nicht die Bude eingerannt, sage ich jetzt einmal, dass der bedingungslose Einsatz von allen Seiten gegeben ist. Wenn man das mit Untersuchungen kombiniert, die besagen, dass 80 % der Leistungen orts- und zeitunabhängig erbracht werden könnten, weil sie schlicht und ergreifend keine Leistungen sind, bei denen man den Patienten zur Praxis, ins Krankenhaus oder irgendwohin bewegen, sondern die Leistung in anderer Form erbringen muss, dann muss man sich einmal

fragen, warum das so ist. Ich denke, die Antwort darauf ist nicht, dass es zu wenig Fördermöglichkeiten gibt.

Ich komme aus der Industrie. Es wäre jetzt ein Leichtes zu sagen: Schiebt mal mehr Geld ins System. – Nein, es ist genügend Geld im System. Es kommt aber nicht dort an, wo es gebraucht wird, um auch wirklich einen Change zu induzieren. Dieser Change – das ist ein entscheidender Satz, den ich Ihnen gerne mitgeben möchte, wenn es darum geht, wo Förderschwerpunkte gebildet werden – ist das ganze Thema Prozesse.

Sie alle kennen den Spruch – ich spare mir jetzt den Kraftausdruck –: Wenn man einen schlechten analogen Prozess digitalisiert, dann hat man einen schlecht digitalisierten Prozess. – Genau das ist momentan die Realität in der Versorgung, nämlich dass wir eigentlich viel zu wenige Dinge haben, die auch ineinander hineingreifen und bei denen wir auf der Prozesskette komplett neu denken. An dieser Stelle sind nicht alle Ärzte so innovativ wie Herr Dr. Aßmann. Die meisten arbeiten leider Gottes entlang ihrer bestehenden Versorgungsstrukturen, wie sie 40 oder 50 Jahre lang gearbeitet haben, und sagen: Das hilft mir nicht.

Die Telematikinfrastruktur ist leider Gottes auch nicht wirklich eine Antwort darauf, weil die Sachen hier mehrheitlich dokumentenbasiert abgelegt werden und der Arzt eben nicht schauen wird, wie der Röntgenbefund von 2014 ausgesehen hat. Das wird nicht passieren.

Wir müssen diese Sachen neu zusammen denken. Ich meine, es ist die Aufgabe, die wir gemeinsam haben, nämlich der Industrie, der Selbstversorgung und der Politik, dass wir diese Sachen neu denken.

Reinhard Belling: Während wir uns beim Thema künstliche Intelligenz und Big Data noch in der mittleren Zukunft befanden, sind wir jetzt in der Versorgungsrealität. Das haben wir bei dem ersten Lockdown vor ziemlich genau zwei Jahren gespürt. Bei Vitos haben wir innerhalb von wenigen Tagen 500 Accounts für Behandler freischalten können, die dann in der Videosprechstunde weitergearbeitet haben. Wir haben an einem Standort in kürzester Zeit ein telemedizinisches Konzept umgesetzt. Dort sind phasenweise bis zu 40 Patienten in einer Teleklinik behandelt worden. Damit will ich sagen: Es gibt viele Voraussetzungen. Insbesondere sind die Patientinnen und Patienten bereit, das anzunehmen. Das ist die Erfahrung, die wir gemacht haben. Das ist gar nicht so das Problem. Auch die Best-Ager-Generation, wenn sie einmal dran ist, macht diese Dinge sehr gewissenhaft. Sie befindet sich dann sehr professionell in der digitalen Welt.

Wenn wir darüber reden, wie wir das manifestieren können, und wenn wir über Fördermöglichkeiten reden, dann möchte ich den Blick von speziellen Fördermöglichkeiten etwas abwenden. Ich glaube, es ist notwendig, das in eine allgemeine Investitionsfinanzierung zu überführen. In Krankenhäusern stehen die Investitionsmittel für die herkömmlichen Investitionen eher nicht in Gänze zur Verfügung. Das Land Hessen tut viel, aber noch nicht genug.

Ich spreche mich dafür aus, die Möglichkeiten der Investitionsförderung im digitalen Bereich nicht über Spezialfonds wie das KHZG zu unterstützen, sondern das in die Regelfinanzierung zu überführen, damit eine geregelte und nachhaltige Struktur gewährleistet werden kann. Diese Nachhaltigkeit wünsche ich mir auch für alle anderen Bereiche. Wir haben beispielsweise bei den psychiatrischen Institutsambulanzen die Abrechenbarkeit von Videosprechstunden nur von Quartal zu Quartal genehmigt bekommen, anstatt dass das dauerhaft geregelt ist.

Bei den DiGAs gibt es weitere Entwicklungsnotwendigkeiten. Die sind im Rennen. Es gibt entsprechende Möglichkeiten. Aber auch dieses Thema muss weiterentwickelt werden, damit Blended-Care-Lösungen, also begleitete Lösungen, möglich sind.

Wir haben schon einige Möglichkeiten, das Thema insgesamt zu verbessern, damit es diejenigen Träger einsetzen, die das auch wollen. Das ist in Kliniken nicht anders als auch in Arztpraxen. Es gibt innovativere und andere. Dann wird man sehen, wie dieses Spiel ausgeht. Ich glaube, dass dieser Weg besser ist, als immer wieder zu versuchen, das Thema über Spezialfonds und extrem kleinteilig definierte Förderprogramme zu pushen.

Marc Beckers: Ich vertrete das ZTG, das Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH in Hagen in NRW. Wir begleiten seit nunmehr 20 Jahren digitale Projekte im Gesundheitswesen, und das nicht nur auf nationaler, sondern auch auf internationaler Ebene.

Meine Vorredner haben bereits viele wichtige und richtige Aspekte genannt. Deshalb will ich nur noch ein paar Ergänzungen machen.

Wir haben in den Jahren, die das ZTG miterlebt hat, schon viele Projekte für das Land NRW mitbegleitet, die innovative Lösungen hatten und auch wissenschaftlich evaluiert wurden, aber letztendlich doch in der Schublade landeten. Das ist natürlich schade. In der Praxis fehlten, wie bereits erwähnt, Geschäftsmodelle und Abrechnungsmöglichkeiten. Daher sind die teils guten und innovativen Lösungen einfach wieder in der Schublade verschwunden.

Wir stehen im Austausch mit den Anwendern. In Bezug auf die Videosprechstunde haben wir sowohl positive als auch negative Meinungen bekommen, beispielsweise, dass eine Integration im Alltag einer Praxis, die aufgrund des ländlichen Raumes von einer Überlastung bzw. Überforderung betroffen ist, durchaus schwierig ist. Viele Praxen finden die Lösung an sich gut, können sie aber aufgrund von Zeitmangel und auch vorhandenen Stressen kaum integrieren.

Eine MFA hat gesagt: Wir hatten in den letzten Wochen drei Praxisschließungen im Umkreis des Sauerlands. – Im Sauerland ist die Praxisdichte ohnehin schon gering. Wenn dort eine Praxis schließt, hat das erhebliche Auswirkungen. Dort haben zeitgleich drei Praxen geschlossen. Insofern standen dreimal so viele Patienten vor der Tür einer Praxis. Die finden die Lösung gut; das ist keine Frage. Aber sie fragen sich, wie sie das integrieren und die Zeit finden sollen, sich überhaupt mit solchen Themen zu beschäftigen. Da wäre ein An-die-Hand-Nehmen natürlich wünschenswert gewesen. Das nenne ich als Zitat dieser MFA.

Viele haben auch die fehlende Internetverbindung angesprochen. Wir reden von E-Health als wichtiger Komponente. Die Schlüsseltechnologie ist das Internet. Wenn wir eine schlechte Internetverbindung haben, ist die Akzeptanz bei den Anwendern relativ zügig hinüber. Das ist natürlich ein erhebliches Problem.

Zur Videosprechstunde noch ein kleiner Aspekt in Bezug auf die ältere Generation. Wir haben Rückmeldungen bekommen, dass sich Angehörige lieber mit der Mutter vor einen Laptop gesetzt haben, als mit ihr in einer Arztpraxis zu sitzen. Sie wurden an die Hand genommen, um diese Technologie anzuwenden. Es gibt verschiedene Beispiele dafür, wie man mit dieser Technologie durchaus gut umgehen kann.

An sich befürworten wir den Einsatz von DiGAs bzw. DiPAs. Man kann eine Versorgung ergänzen bzw. auch dort anbieten, wo sie vielleicht nur geringfügig verfügbar ist. Gerade im psychotherapeutischen Bereich ist eine DiGA für einen Patienten unter Umständen niedrigschwelliger zu erreichen als der Besuch in einer Praxis, in der man psychotherapeutisch behandelt wird.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann**: Vielen Dank an alle Anzuhörenden. – Das Ganze hat auch in dieser Runde ganz hervorragend geklappt. Sie haben sehr konzentriert mitgearbeitet, sodass wir jetzt noch etwas Luft für Fragen haben. Ich darf diejenigen, die Fragen stellen wollen, bitten, jetzt ihr Knöpfchen zu drücken, damit ich die Reihenfolge sehen kann. – Die erste Wortmeldung kommt von der Frau Kollegin Sommer.

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich habe zwei Rückfragen, und zwar zum einen an Herrn Polag und zum anderen an Herrn Dr. Albert, der, glaube ich, von intersektoraler Versorgung gesprochen hat.

Für mich ist die Frage: Wie schaffen wir es, sektorenübergreifende, flächendeckende Digitalisierungsmaßnahmen zu schaffen und zu gestalten? – Herr Dr. Albert, Sie haben gesagt, wir bräuchten dafür einfache, sichere und vor allem auch dezentrale Lösungen zur Patientenstärkung. Vielleicht könnten Sie noch einige Beispiele nennen, wie wir die Sektorengrenzen bei der Digitalisierung aufweichen bzw. brechen könnten; denn wir bekommen das ja schon in der normalen Versorgung nicht hin.

Bei meiner zweiten Frage geht es mir um die Fördermöglichkeiten. Wir haben jetzt verschiedentlich gehört – Herr Belling ist darauf eingegangen –, dass wir eigentlich eine Investitionsförderung bräuchten, also eine Regelfinanzierung – das hat auch Herr Wachhaus gesagt –, auch zu Datensicherheitsmaßnahmen und Datenschutz. Bei dem KIM-Dienst gibt es eine finanzielle Förderung von 100 € und eine monatliche Förderung von 7,80 €. Da frage ich mich: Ist das tatsächlich ein Anreiz? Was müsste sich da ändern?

In diesem Zusammenhang noch eine weitere Frage. Neben den Investitionsförderungen sind Modellprojekte, wie wir es gehört haben, z. B. Telearzt für die Geburtshilfe, ganz wichtig, auch dass

Förderungen nicht zeitlich begrenzt sind, wenn so etwas wie die Pandemie oder andere Hürden vorhanden sind. Geld ist zwar da. Aber wie bekommen wir die PS tatsächlich auf die Straße?

Abg. **Yanki Pürsün:** Ich glaube, ein Knackpunkt hierbei ist die Perspektive, dass wir in der Zukunft nicht mehr so viel medizinisches und pflegerisches Personal haben werden wie bislang. Die Frage ist, zu welchen Konsequenzen das führt. Sicherlich wird es so sein, dass Menschen, die unterversorgt sind, nicht einfach darauf warten, dass wir irgendetwas anbieten, sondern sie werden sich vielleicht Alternativen suchen.

Herr Schraps, bei Ihnen hat sich das so angehört: Eigentlich gibt noch nichts Digitales, was uns in den Praxen oder in der medizinischen Versorgung hilft. – Wie weit sind wir denn in Bezug auf sinnvolle Lösungen in der Regelversorgung?

Herr Sommerbrodt, Sie haben gesagt: Das alles hilft mir nichts. – Ist das für eine Praxis, die gut läuft – Stand heute –, keine Lösung, sondern eher für eine Praxis, die beispielsweise in Kassel ist und die Leute auch in der Bergstraße mitversorgen kann, weil es dort Menschen gibt, die sonst gar keine Lösung haben? Bekommen wir das in die Hauspraxen hinein, oder ist das etwas ganz anderes als Telekliniken, Telepraxen oder Ähnliches?

Abg. **Christiane Böhm:** Ich habe nur eine Frage, weil wir uns ja heute begrenzen sollen, an Herrn Dr. Nils Gaebel. Sie haben dankenswerterweise gesagt, wie das Land auch die kleinen und psychotherapeutischen Praxen unterstützt. Zwei Sätze von Ihnen haben bei mir allerdings Unverständnis ausgelöst. Sie haben gesagt, die Verantwortung müsse beim Anbieter liegen. Das hört sich so an, als würde sie nicht dort liegen. Vielleicht könnten Sie mich darüber aufklären, was dieses Muss heißt. Ist dieses Muss ein Sollte, oder ist das so?

Der zweite Satz, der bei mir kein Verständnis ausgelöst hat, ist Ihre Absicht, das Ganze für eine breitere Anwendung starkmachen zu wollen. Was bedeutet das, auch im Hinblick auf den Datenschutz? Vielleicht könnten Sie das noch erläutern.

Abg. **Petra Müller-Klepper:** Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. von Wagner und auch an Herrn Gabriel, und zwar zum Themenkomplex Wissenstransfer, Transfer von Expertise in die Fläche anhand digitaler Instrumente. Wie kann dies vonseiten der Politik noch verstärkt unterstützt werden? In Rüdelsheim wird das Modell im Verbund praktiziert. Da kommt die Expertise von Wiesbaden in den Rheingau.

Herr Dr. von Wagner, auch Sie haben aus der Praxis berichtet. Wie kann vonseiten der Politik die Vermittlung von Expertisen in die Fläche noch gestärkt und unterstützt werden?

Abg. **Bijan Kaffenberger:** Ich habe eine Frage an Herrn Khaladj. Wir haben jetzt in Bezug auf den ländlichen Raum darüber gesprochen, wie wir medizinische Leistungen durch die Digitalisierung vor Ort anbieten können. Für mich wäre noch die Metaebene interessant: Wie können wir über die Überversorgung die angebotenen und notwendigen Leistungen und Bedarfe vielleicht über die Strukturdiskussion im ländlichen Raum auf eine andere Grundlage stellen? Ich habe heute schon viele Zahlen gehört, was es an Praxen gibt, auch etwas über den demografischen Wandel etc. Aber mir ist noch nicht klar: Haben wir überhaupt eine Datenlage darüber, welche Strukturen wir vorhalten müssen und wie sich die Entwicklung da künftig abzeichnen wird?

Abg. **Claudia Ravensburg:** Ich habe noch eine kurze Frage an Herrn Dr. von Wagner. Sie haben gesagt: Wir brauchen eine einheitliche Umgebung und Standardisierung. – Das hört sich für mich sehr sinnvoll an, auch hinsichtlich der Akzeptanz. Das kennen wir alle von der Anwendung von Software. Wer könnte diesen Prozess steuern, und was kann die Politik dazu beitragen? Wir haben es gerade bei den Gesundheitsämtern erwähnt: Das ist gut gedacht. Aber es muss dann auch jeder mitmachen.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann:** Vielen Dank, Frau Ravensburg. – Gibt es noch Fragen? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann gehen wir in die Antwortrunde. Wir gehen in der gewohnten Reihenfolge vor. Zunächst darf ich Herrn Polag bitten.

Sebastian Polag: Sehr geehrte Frau Sommer, ich habe vorhin schon gesagt, dass „intersektorale Versorgung“ mein Unwort der letzten Jahre ist. Ich vermute, ich darf Ihnen ehrlich und offen antworten und meine persönliche Meinung schildern. Wir müssten die Sektoren abschaffen, damit das Ganze überhaupt funktioniert. Das ist das Einzige, das funktionieren kann. Aber das ist jetzt meine persönliche Meinung. Das wird mit Sicherheit nicht zur Freude der anwesenden Experten sein. Aber nur so kann das funktionieren.

Was man auf dem Weg dahin vielleicht vereinfachen und verbessern könnte, ist die Vergütung. Mit Speck fängt man Mäuse. Wir Leistungserbringer sind in diesem Fall vielleicht die Mäuse. Wenn die Vergütung vereinfacht wird, sie nicht komplex und nicht kompliziert ist und wir an dieser Stelle ein Stück weit Entbürokratisierung schaffen, kommen wir vielleicht auch auf den Weg zu einer intersektoralen Versorgung.

Denken Sie nur an das Zusammenspiel bei den Leistungsvergütern, also den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenversicherungen, wie komplex es auch für uns als Leistungserbringer ist, immer an der richtigen Stelle abzurechnen. Gerade dann, wenn es spannend wird, also wenn wir versuchen, Leistungen zwischen ambulant und stationär zu verschmelzen, gibt es eigentlich keine eindeutigen, richtigen Ansprechpartner, wo die Vergütung einzufordern ist. Man könnte viel gewinnen, wenn man klare Zuständigkeiten hätte. Auch die Hintergrundfinanzierung,

wie die Ausgleichsmechanismen beispielsweise zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenversicherung ablaufen, könnte funktionieren, wenn man sie klar regelt.

Ich habe schon eingangs gesagt, warum viele Projekte bei uns am Anfang erschwert worden oder sogar gescheitert sind, gerade Onlinesprechstunden, Zweitmeinungen und die telemedizinische Anbindung. Ganz aus der Praxis gesprochen: Am Anfang fehlte schlichtweg eine EBM-Ziffer, um das abrechnen zu können, oder eine GOÄ-Ziffer. Wenn das Thema Vergütung für die Leistungserbringer nicht geklärt ist, wird es natürlich schwierig, solche Dinge zu unterstützen und zu beflügeln.

Die integrierte Versorgung – das vielleicht noch abschließend – ist ein Projekt, das es seit vielen Jahren auf Bundes- und auch auf Landesebene gibt. Wir haben mit vielen einzelnen Modellen daran teilgenommen. Das hat oftmals gut funktioniert. Das wurde in den einzelnen Jahren dann teilweise rückschrittig bezuschusst und ist dann letztendlich daran ausgestorben.

Christian Sommerbrodt: Die Arztpraxen sind extrem heterogen, zumindest in Hessen. Wir reden hier über etwas mehr als 8.000 Arztpraxen und 10.000 Ärzte. Bei den Hausärzten werden im Durchschnitt 1.000 bis 1.100 Patienten pro Arzt versorgt. Wenn ein Arzt Lust hat und aus Kassel die Bergstraße versorgt, kann er das gerne tun. Die Instrumente und Strukturen sind vorhanden. Es wird sicherlich die eine oder andere Praxis dafür geben. Aber wie wir von unseren Mitgliedern hessenweit rückgemeldet bekommen, arbeitet eigentlich jeder Arzt ziemlich am Limit. Vor allem im ländlichen Bereich, der ja unser Thema ist, sind kaum noch irgendwelche Ressourcen vorhanden. Dass das dann über Videosprechstunden von der Stadt abgefangen wird – auch dort ist den Kollegen nicht gerade sehr langweilig.

Rouven Wachhaus: Ich beginne mit der Frage nach der Sicherheit der Verarbeitung. Die Sicherheit der Verarbeitung muss beim Verantwortlichen liegen. Sie tut es in der Praxis auch. Das haben wir z. B. an der Reaktion gesehen, die wir neulich bei dem Vorfall mit dem TI-Konnektor beobachten konnten. Der Anbieter der Hardware, die Secunet, hat im Nachgang zu dem Vorfall Änderungen vorgenommen, die die Sicherheit der Verarbeitung, bezogen auf die Konnektoren, wiederhergestellt haben.

Meine Behörde plädiert dafür, den Grundsatz des Einflussbereichs der Verantwortlichkeit aufrechtzuerhalten. Das heißt, die Arztpraxis kann nur für das verantwortlich sein, worauf sie tatsächlich Einfluss nehmen kann. Sie bekommt im Regelfall ein Gerät geliefert, das sie anschließen muss bzw. anschließen lassen muss, kann aber in dieses Gerät nicht hineinsehen und hat, anders als in anderen Auftragsverarbeitungskonstellationen – ich habe vorhin das Beispiel mit der Webseite genannt –, weniger Möglichkeiten festzulegen, welche Verarbeitungen erfolgen. Das heißt, für die Verarbeitungen, die in dieser Blackbox erfolgen, z. B. in dem TI-Konnektor, muss der Anbieter der Blackbox verantwortlich sein.

Für die Antwort auf die zweite Frage, wie sich meine Behörde für einen breiteren Einsatz sicherer, datenschutzkonformer Kommunikationsmittel einsetzen möchte, gebe ich an meinen Kollegen Herrn Dr. Gaebel ab.

Dr. Niels Gaebel: Dieser Satz bezog sich auf die Anwendung von KIM. Wir suchen momentan noch immer nach Alternativen zum Fax, was viele nach wie vor für unersetzbar halten. In einem gemeinsamen Schulterschluss mit der Landesärztekammer Hessen haben wir gesagt: Wir haben KIM. Das ist ein gutes Mittel, das man als Alternative verwenden kann, es muss aber noch stärker beworben werden. Bei den Ärzten muss noch mehr ankommen, dass es diese Alternative gibt.

Das ist keine Insellösung. Mancher wird jetzt sagen, dass das nur den Ärzten zur Verfügung steht. Es soll aber auch für die Apotheken kommen. Für den Pflegebereich gibt es bereits Modellprojekte. Zu diesem Thema gibt es einen Aufsatz im aktuellen „Hessischen Ärzteblatt“, der mit uns abgestimmt ist und den man sich noch anschauen kann.

Prof. **Dr. Nawid Khaladj:** Herr Abg. Kaffenberger, vielen Dank für Ihre Nachfrage, die nicht so einfach zu beantworten ist; denn wir sprechen von Überversorgung versus Überinanspruchnahme. Jeder von Ihnen erinnert sich sicherlich daran, als man einmal versucht hat, die Überinanspruchnahme über die Praxisgebühr zu reglementieren, und wie schnell man sie wieder abgeschafft hat.

Man muss darüber sprechen: Wie viel Versorgungsleistung zu welcher Zeit kann man welchem Versicherten wie oft für die Flatrate, die er bezahlt, anbieten? Wie oft darf man eine MRT vom Knie machen lassen, wenn man zweimal einen Normalbefund gehabt hat und Ähnliches? – Das ist wahnsinnig schwierig und weniger eine medizinische als eine politische und gesellschaftliche Diskussion.

Es wäre eine gute Möglichkeit gewesen, das Ganze über die ePA zu kontrollieren. Sprich: Das Labor ist schon gemacht. Das MRT ist schon gemacht. Aber wenn der Patient selbst entscheiden kann, ob es drin ist oder nicht, wird es schwierig sein. Sonst sagen wir immer, wir haben ein Umsetzungsproblem. Ich würde sagen, wir haben hier tatsächlich ein Erkenntnisproblem. Wir können das aufgrund der Datenlage, die wir haben, nicht exakt bestimmen.

Wir haben auch einen zunehmenden Wandel in der Gesellschaft, in der man 24/7 Anspruch auf einfache Untersuchungen hat. Wenn man das den Patienten weiterhin zugesteht, ohne es über irgendwelche Bonus- oder Malussysteme zu reglementieren, werden wir an dem System, wie wir es im Moment haben, weiter festhalten müssen.

Als Abschlussbemerkung: Nehmen Sie den Krankenhausplan von Nordrhein-Westfalen. Danach ist eine Fahrzeit von 45 Minuten zur nächsten Geburtshilfe ausreichend. Wenn Sie das einmal auf Hessen inklusive der Bundesländer drum herum spinnen würden, würden wir mit ganz wenig Geburtshilfen zurechtkommen. Aber wir alle wissen, dass das gesellschaftlich und politisch nicht

umsetzbar ist. Deswegen ist die Frage rein medizinisch nicht zu beantworten. Sie wird aber durch den Fachkräftemangel beantwortet werden, weil die Versorgung vor Ort, so attraktiv das Land für den einen auch sein kann, nicht ausreichen wird, um dies weiterhin allein durch Fachkräfte ohne Unterstützung anzubieten.

Jens Gabriel: Liebe Frau Müller-Klepper, Sie haben gefragt: Wie kommt die Expertise bei uns im Verbund in die Krankenhäuser mit unserem Standort in Wiesbaden bzw. in Rüdesheim und in Bad Schwalbach, was kann die Politik dafür tun, bzw. wie kann die Politik das Ganze unterstützen?

Sie haben es schon richtig gesagt: Die Expertise kommt letztendlich von unseren Hauptfachabteilungen aus dem Wiesbadener Raum, die wir in den ländlichen Versorgungsbereichen nicht vorhalten. Unsere Spezialisten – egal, ob es aus der Kardiologie ist, aus der Wirbelsäulenchirurgie oder auch der Gefäßmedizin – schalten sich direkt in die anderen Häuser zu den Kollegen und können auch Fragen beantworten.

Bislang hatten wir dafür keine finanziellen Anreize. Das heißt, das alles sind Eigenleistungen, die der Verbund erbracht hat, um letztlich auch dahin gehend eine bessere Patientenversorgung sicherzustellen.

Wir befinden uns hier in einem stationären Setting. In diesem Bereich gibt es keine EBM-Abrechnungsziffer. Dies ist auch nicht in den DRGs abgebildet. Ich glaube, das ist das Problem, weshalb die Digitalisierung in den vergangenen Jahren immer etwas stiefmütterlich betrachtet worden ist, nämlich dass es bislang zu wenig Finanzierungsmöglichkeiten gab, um das Ganze abzubilden.

Ein wichtiger Aspekt, den man nicht verkennen darf, ist das Personal. Wir müssen das Personal mitnehmen. In den Einrichtungen gibt es einen intensiven Betreuungsaufwand, um die Mitarbeiter zu schulen. Wir haben nicht immer nur Mitarbeiter, die mit der Generation iPhone aufgewachsen sind, sondern auch ältere Mitarbeiter, die einen unterschiedlichen Zugang zu den EDV-Systemen haben. Die einen wissen vielleicht lediglich, wie sie eine E-Mail abrufen. Die anderen sind vielleicht ein bisschen fitter in diesen Bereichen. Wir haben aber einen irre hohen Schulungsaufwand. Da könnte die Politik unterstützen, damit wir die Mitarbeiter in der digitalen Transformation weiter an die Hand nehmen können.

Dr. Michael Albert: Frau Dr. Sommer, ich werde versuchen, die Frage zu der intersektoralen Versorgung anhand des Beispiels zu beantworten, das angefragt worden ist. Wir haben eine Anwendung, mit der wir ein Pflegeheim mit Hausärzten vernetzen. Dabei geht es hauptsächlich darum, dass Kommunikationswege kurz gehalten werden, dass man Nachrichten asynchron außerhalb der üblichen Sprechzeiten mitteilen bzw. übermitteln und dass man den Austausch mit Hausärzten intensivieren kann.

Warum machen die Leute mit? – Das Ganze ist durch Projekte finanziert. Es gibt eine geringe Einstiegshürde. Die Zeitersparnis ist auf beiden Seiten der Anreiz, erst einmal dabeizubleiben.

Aber was ist das Problem danach? – Wir haben es schon öfter gehört: Viele Projekte verschwinden in der Schublade oder von der Bildfläche, sobald eine Finanzierung ausgelaufen ist. Ich denke, das ist ein wichtiger Punkt, den auch Herr Polag schon angesprochen hat. Wir brauchen eine Möglichkeit, das Ganze nachträglich in eine Finanzierung zu bringen. Einige sagen: Mir genügen die Zeitersparnis und die Vereinfachung der Prozesse, um selbst zu investieren. – Aber ich glaube, das bekommt man nicht in die breite Fläche.

Es gibt aber auch immer wieder Nachfragen: Ich habe jetzt ein System, mit dem ich mit dem Hausarzt kommunizieren kann. Ich kann meinem Hausarzt Bescheid geben, dass mein Bewohner ein neues Rezept für ein Medikament braucht. Warum kann man da nicht einfach die Apotheke mit hineinnehmen, und der Hausarzt schickt ein E-Rezept an die Apotheke? Die Apotheke hat einen Bringdienst, der mir das Medikament direkt in das Pflegeheim bringt.

Die Frage nach bürokratischen Hürden, warum Institutionen noch nicht angeschlossen sind und warum sie nicht einfach mit eingebunden werden können, wird oft gestellt. Technisch ist das durchaus möglich. Aber manchmal ist das vom System her, bürokratisch oder regulatorisch bedingt, nicht möglich.

Dr. Michael von Wagner: Die erste Frage betraf den Wissenstransfer in die Fläche. Damit habe ich gezielt die Fallebene gemeint, also nicht die Ausbildungs- und die Schulungsebene, sondern: Wie können wir den Wissenden, den Experten, zu dem Versorger vor Ort verbinden? Es gibt schon heute gute Beispiele, bei denen wir sehen, dass das gut funktioniert.

Ein Beispiel, wieder aus der Pandemie, ist die Tele-COVID-Lösung. Mit ihr ist es gelungen, die Intensivstationen relativ hemdsärmelig mit Tabletsystemen untereinander so zu vernetzen, dass der Kontakt kurzfristig aufgenommen werden kann, aber sehr viel strukturierter und auch mit dem Ziel eines standardisierten Datenaustauschs, um eine Konsiliarleistung oder auch eine Übernahmeorganisation zu etablieren. Das ist ein hessenweites Beispiel und keine Insellösung, die man nur an wenigen Häusern mit Hochinteressierten umsetzen konnte.

Wir haben im Rahmen der Pandemie ein großes, bundesweites Projekt gehabt, bei dem sich einzelne Gesundheitsämter mit Niedergelassenen und Corona-Spezialisten sowie Infektiologen über eine Messengerlösung zusammengeschlossen haben. Dadurch konnte man sich kurzfristig über Fragen jeglicher Art austauschen, z. B. zu Hygiene, Einzelfall etc., und zwar so basisnah, dass das auf den normalen Endgeräten laufen konnte, ohne dass man irgendwelche Datenschutzprobleme hatte.

Das Dritte sind asynchrone Portale, auf denen man Niedergelassenen anbieten kann, für einen Patienten auch nach der Praxiszeit einmal Daten einzugeben und einen Diagnosevorschlag zu erhalten, aber auch Kontaktvorschläge, über die man den Patienten dann weiter versorgen kann.

Das ist ein Projekt, das wir jetzt am Uniklinikum mit anderen Kliniken und KI-Institutionen aufsetzen, um genau dieses Angebot zu machen, nämlich ein Wissensangebot ohne direkten persönlichen Kontakt, weil das in der verdichteten Arbeitszeit oft auch extrem schwer zu organisieren ist.

Die andere Frage war nach den einheitlichen Oberflächen: Wie kann man unterstützen, dass dies entwickelt wird? – Ich denke, das ist eher eine mittelfristige Vision; denn wir reden hier über eine ganz banale Interoperabilität, die nicht umgesetzt ist. Wir haben die Möglichkeit, im Rahmen des digitalen UKFs, das von HMWK gefördert wird, eine solche Oberfläche auf der Basis einer Interoperabilitätsplattform zu etablieren. Aber das ist extrem schwierig, weil man dazu die Daten erst einmal aufbereiten muss und sie aus unterschiedlichen Systemen zusammengeführt werden.

Ich glaube, wir werden noch lange brauchen, bis wir generische Datenbanken haben – das ist schon heute Morgen in dem ersten Themenblock angesprochen worden –, die im Prinzip jeder Oberfläche den Zugriff erlauben. Aber das muss die Vision sein; denn dann haben wir eine viel intuitivere Bedienweise und auch eine viel agilere Entwicklungsmöglichkeit, um nutzernah zu entwickeln und den Schulungsaspekt, der jetzt oft angesprochen wurde, zu reduzieren. Er ist ja oft dadurch bedingt, dass die Systeme eben nicht intuitiv oder sehr weit von dem weg sind, was man bisher gewohnt war.

Eine letzte Möglichkeit, die es im Rahmen von Clinical Decision Support noch gibt: Es besteht die Möglichkeit, bei Krankenhausinformationssystemen und letztlich auch bei Praxissystemen leitlinienbasierte Standards zu hinterlegen, sodass man das Wissen in das System selbst integriert und man während der Behandlungen Verordnungen für einen Patienten und gewisse Vorschläge machen kann, auf der Indikation beruhend, z. B. akute Pankreatitis; das kommt aus meinem eigenen Bereich. Man kann Vorschläge machen, wie die Erstversorgung sein sollte und welche Maßnahmen eventuell noch zu hinterfragen sind. Damit haben wir in einzelnen Projekten schon ganz gute Erfahrungen gemacht. Das heißt, man bringt das Wissen direkt in den eigentlichen Handlungsablauf.

Stefan Schraps: Herr Pürsün, Sie haben nach sinnvollen Lösungen in der Regelversorgung gefragt. Leider Gottes gibt es davon noch zu wenig; das muss man wirklich sagen. Viele der Lösungen werden in einer „Pilotitis“ auch wieder beendet. In dem Moment, in dem die Förderung zu Ende ist, mündet das nicht in die Regelversorgung, wie die Politik das wünscht.

Vielleicht einmal ein paar erfolgreiche Beispiele: Was sich sehr stark etabliert und im Klinikalltag eingebürgert hat, ist das Entlassmanagement. Das ist ein sehr erfolgreiches Beispiel. Man muss aber auch sagen: Das ist nur ein ganz kleiner Use Case. Das ist lediglich die Überleitung aus dem Krankenhaus in die richtige Pflegeeinrichtung, die an dieser Stelle auch sehr stark kalkuliert werden kann. Ich glaube, das Thema des Rechnens und des Business Cases ist bei diesen Fällen immer sehr schwierig, weil man auch mit sehr vielen Variablen umgehen muss und an dieser Stelle nicht konkret weiß, wo genau der Hebel anzusetzen ist.

Andere Beispiele finden sich im Bereich der chronischen Erkrankungen, in dem es im besten Fall ein Begleitmanagement gibt, weil die chronischen Erkrankungen eben immer da sind. Eine Herzinsuffizienz ist sicherlich sehr leicht vom Business Case her zu kalkulieren. Das ist ein Thema, das auch über Telemedizinzentren sehr stark betreut wird, aber auch das Managen von COPD oder Diabetes, was immer mehr vorkommt.

Wir begleiten einen Change auch bei den Ärzten, beispielsweise wenn wir eine Versorgung anbieten, die z. B. über einen Telerucksack ermöglicht wird und bei der der Arzt nicht mehr mit seinem Equipment einen Hausbesuch machen muss, sondern bei der eine nicht ärztliche Praxisangestellte zum Patienten geht und leichtere diagnostische Sachen im Auftrag des Arztes erbringt.

Das wäre eine Möglichkeit, die auch schon in der ländlichen Versorgung Eingang findet. Aber da besteht die Schwierigkeit, dass der Arzt anders denken, anders arbeiten und sich auch anders organisieren muss. Das ist das, worauf ich eingehen möchte. Dafür muss ein Begleitmanagement angeboten werden. Wenn das nicht passiert, muss man warten, bis eine neue Generation Ärzte, quasi „the next generation“, die mit digitalen Lösungen groß geworden ist, nachwächst. Das wäre mir, ehrlich gesagt, zu wenig. Wir müssen das schon ein bisschen anschieben, damit auch die ältere Generation der Ärzte anders anfängt zu arbeiten.

Last, but not least das Thema Telemedizinzentren. Auch das ist ein sehr großes Thema. Die Teleklinik ist ein Beispiel. Auch die Vitagroup hat ein Telemedizinzentrum, in dem niedergelassene Ärzte auch Kontingente zur Verfügung stellen können. Sie können sagen: Ich habe von 15 bis 17 Uhr einen Slot frei, den ich als ärztliches Fachpersonal den Remotezentren zur Verfügung stelle. – Es wird nicht so sein, dass sich Hunderte von Ärzten in einer Teleklinik organisieren oder dass sie organisiert werden, dann am Rechner sitzen und das tun. Auch das wird remote erbracht werden. Das alles sind Formen, die sich gerade bilden.

Ich denke, wenn die Corona-Pandemie etwas Gutes hat, dann, dass Stand der Akzeptanz auch ist, dass man sich nicht mehr für alles bewegen muss. Ich denke, der Patient wird zunehmend nicht mehr akzeptieren, in die Praxis zu gehen und zwei Stunden im Wartezimmer zu sitzen, bis er dran ist. Er erwartet einfach, dass diese Dienstleistung an ihm und punktgenau mit ihm passiert. Darum herum müssen wir die ganzen Themen denken.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann**: Vielen Dank. – Damit haben wir das Ende des Themenblocks 2 erreicht. Sie haben es mir leicht gemacht. Insofern habe ich keine Sorge, später zum Themenblock 4 noch einmal hier nach vorne zu kommen. Zwischenzeitlich wird jetzt für den Themenblock 3 mein Kollege Promny wieder übernehmen.

Themenblock 3 Auswirkungen der Digitalisierung auf die Ausbildung und Weiterentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeberufen	
Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH	Sebastian Polag (Vorstand)
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH	Dr. Felix Hoffmann (Professor für Digital Health)
Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in Hessen	Herr Hubert Connemann (Geschäftsführer) Arne Evers (Pflegedienstleiter im St. Josefs-Hospital in Wiesbaden)
Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- telematik	Dr. Stephan Schug (Erster Vorsitzender)
Deutscher Berufsverband für Pflegebe- rufe	Uwe Seibel (Geschäftsführer)
Forschungszentrum FUTURE AGING Frankfurt University of Applied Sciences	Prof. Dr. Barbara Klein (Sprecherin)
Gesundheitswirtschaft rhein-main e. V.	Stefan Grüttner (Vorsitzender)
Hausärzteverband Hessen	Christian Sommerbrodt

Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit	Dr. Nils Gaebel (Referatsleiter Bereich Gesundheit)
Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit	Bianca Kastl
Klinikverbund Hessen GmbH	Reinhard Schaffert (Geschäftsführer)
Kompetenzzentrum Digitale Medizin e. V.	Prof. Dr. Nawid Khaladj (Vorstand)
Landesärztekammer Hessen	Daniel Libertus
Telearzt in Hessen	Dr. Thomas Aßmann
Universitätsklinikum Frankfurt	Dr. med. Michael von Wagner
Ver.di Landesbezirk Hessen	Georg Schulze (Fachbereich Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft)
Vitos GmbH	Reinhard Belling (Geschäftsführer)

Vorsitzender **Moritz Promny**: Meine Damen und Herren! Wir beginnen Punkt 16 Uhr mit dem dritten Themenblock: Auswirkungen der Digitalisierung auf die Ausbildung und Weiterentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeberufen. – Wir starten mit Sebastian Polag.

Sebastian Polag: Ich werde mit einer Aussage anfangen, die vielleicht den einen oder anderen überraschen wird. Wir erleben bei uns – wir haben allein in Hessen 500 Auszubildende in unseren Schulen – eine zunehmende Überforderung von Auszubildenden und Berufsanfängern im Umgang mit digitalen Werkzeugen. Es ist klar: Jeder von uns, jeder von Ihnen, vor allem wenn Sie Kinder haben, wird feststellen, dass alle perfekt mit einem Smartphone umgehen können. Kinder gehen an den Fernseher und versuchen zu wischen, weil sie denken, das ist wie bei einem iPad. Aber in der Theorie und in der Praxis der Ausbildung erleben wir leider etwas anderes.

Digitale Kompetenzen können nicht unterstellt, sondern müssen geschult werden. Das erleben wir in den aktuellen Plänen nicht wirklich. Deswegen wäre unser Wunsch bzw. meine Bitte, das dahin gehend einzubringen und darauf einzuwirken, dass das zwingender Bestandteil der Ausbildung wird, und zwar nicht nur für die Auszubildenden im Bereich der Pflegeberufe, sondern auch – ganz wichtig – in der Ausbildung bzw. im Studium für unsere Ärztinnen und Ärzte. Auch sie kommen von der Universität, beginnen mit ihrem Beruf und stehen zunächst einmal unwissend vor dem Computer, vielleicht nicht bezüglich des Umgangs, aber insbesondere hinsichtlich der Frage, wie das Ganze in einem Krankenhausinformationssystem funktioniert.

Was wir bei uns tun, um das ein Stück weit zu optimieren und zu verbessern – aber das ist eine freiwillige Eigenleistung –, ist, dass wir in unseren eigenen Schulen im Bereich der Fortbildung den Umgang mit Krankenhausinformationssystemen, mit der Technologie und mit der Medizintechnik, die auch immer komplexer und umfangreicher wird, anbieten. Das ist wirklich entscheidend. Wir machen das auch mit sogenannten Künstliche-Intelligenz-Trainingspuppen, virtuellen Notaufnahmen und virtuellen Brillen, mit denen wir da arbeiten, auch mit Simulationstrainings, gerade für Operationen, mit denen wir Chirurgen ausbilden können. Ich glaube, das ist heutzutage keine Selbstverständlichkeit, sollte es aber in naher Zukunft werden, wie ich finde. Das bedarf weiterer IT-Ausstattung und Unterstützung, gerade für solche Simulationszentren, die jedenfalls im Moment noch nicht refinanziert sind, sondern das ist von uns eher Liebhaberei.

Abschließend möchte ich auf die Frage eingehen: Wird die Digitalisierung neue Berufsbilder erzeugen? – Ich bin der festen Meinung, dass sie nicht nur alte Berufsbilder ablösen, sondern neue bilden wird. Ich überzeichne einmal ein bisschen in einem Science-Fiction-visionären Ansatz: Der Internist der Zukunft ist ein Data Scientist, also eigentlich eher ein Informatiker, der weiß, wie er am besten die Big-Data-Analysen auswertet. Der Chirurg der Zukunft ist ein Mensch, der den Roboter bedient. Natürlich ist schon heute Robotik bei der Chirurgie im Einsatz. In der Pflege werden wir zunehmend mehr pflegeunterstützende Robotersysteme erleben.

So weit der visionäre Ausblick bzw. die ein bisschen überzeichnete Science-Fiction-Vision.

Prof. **Dr. Felix Hoffmann:** Bevor ich meinen Ruf als Professor erhalten habe, habe ich einen recht umfangreichen Werdegang hinter mir, angefangen mit einer Berufsausbildung als Chemielaborant. Dann folgten das Medizinstudium, die Weiterbildung als Facharzt und schließlich zwei berufs begleitende Masterstudiengänge. Ich habe schon während dieser Zeit die Sicherheit

erlangt, dass die Berufe im Gesundheitswesen einem ebenso tiefgreifenden Wandel unterliegen wie das Gesundheitswesen selbst.

Jede Einrichtung wird künftig auf der Ebene des Topmanagements Kompetenzen im Bereich Digital Health benötigen. Digital Health ist für mich mehr als Technik. Digital Health ist Prozessentwicklung, die Digitalisierung von Prozessen und transformationale Führung.

Auch auf der Anwenderseite werden digitale Kompetenzen benötigt; denn digitale Prozesse müssen gelebt und digitale Therapeutika fachgerecht angewendet werden. Ich gehe davon aus, dass sich ein sehr großer Teil der Berufstätigen im Gesundheitswesen diese Kompetenzen aneignen muss und sich beispielsweise zur Fachkraft für digitale Medizin oder durch weiterbildende Studiengänge qualifizieren wird. Damit geht auch ein Wandel in der Art und Weise der Berufsausübung einher.

Am Klinikum Darmstadt ist meine Kernaufgabe die Gestaltung der digitalen Transformation. Das ist ein ärztliches Tätigkeitsfeld, an das vor einigen Jahren noch niemand gedacht hat. Auch in anderen Einrichtungen gibt es immer häufiger vergleichbare Positionen.

Ich appelliere an die Politik, flexible Rahmenbedingungen für die Arbeit in einer digitalisierten Gesellschaft zu schaffen. Jeder Mensch muss die Möglichkeit haben, sich selbst mit seinen eigenen individuellen Bedürfnissen beruflich zu entfalten.

Hubert Connemann: Ich bin heute mit Herrn Arne Evers hier. Er ist Pflegedienstleister im St. Josefs-Hospital in Wiesbaden. Wir vertreten an dieser Stelle die Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in Hessen.

Arne Evers: In den Ausführungen, die ich gleich machen werde, beziehen wir uns spezifisch auf den Pflegeberuf. Wir sind der Auffassung, dass das auch auf therapeutische Berufe generell übertragen werden kann.

Aus unserer Perspektive ist derzeit der Ausbildungsrahmen der Pflegeberufe zu eng für eine tatsächliche anwendungsbezogene Digitalkompetenz. Das Pflegeberufegesetz sieht bereits heute einen Anteil digitaler Lerninhalte vor. Diese zielen aber nicht auf die konkrete Anwendung der digitalen Hilfsmittel. Als ein prägendes Beispiel sei die Nutzung von digitalen Erfassungssystemen für die Blutzuckermessung beschrieben; dies ist gang und gäbe. Das Management von Patienten mit und über solche digitalen Möglichkeiten wird derzeit aber im Rahmen der Ausbildung nicht erlernt.

Sie können dies auch auf andere Krankheitsbilder übertragen, beispielsweise Depressionen und Parkinson, für die es eine Vielzahl an digitalen Hilfsmitteln gibt, die von Pflegeberufen aber derzeit nicht genutzt werden können. Hier muss eine Veränderung in den Ausbildungsrichtlinien erfolgen.

Aus unserer Sicht ist es nicht zielführend, sofort über neue Berufsbilder nachzudenken, sondern bestehende Berufsbilder müssen über die Digitalisierung gestärkt werden. Beispielhaft sei das Projekt der Community Health Nursing – Gemeindepflegerin – oder auch School Nurses – Schulgesundheitspflege – genannt, bei dem sich das Land Hessen in Modellprojekten bereits beteiligt hat, die bisher aber nicht in der Regelversorgung vorzufinden sind. Diese Berufsbilder, aber auch der traditionelle Pflegeberuf, profitieren enorm von erweiterten Kompetenzen der Digitalisierung, und damit schlussendlich auch die ihnen anvertrauten Patienten.

Konkreter rechtlicher Anpassungsbedarf wird von uns aus drei Perspektiven gesehen:

Erstens. Das Pflegeberufegesetz muss entschlackt und zugleich erweitert werden, um Digitalkompetenz in der konkreten Anwendung zu vermitteln.

Zweitens. Es ist zu diskutieren, ob das derzeitige Lehrer-Schüler-Verhältnis angepasst werden muss und ob Schulen dauerhaft Pädagoginnen und Pädagogen mit der Zusatzqualifikation „Medienpädagogik“ vorhalten sollten.

Drittens. Im Sinne der Heilkundenvorhaben, die der Bundesgesetzgeber über die §§ 63 und 64 SGB V vorsieht, sind die entsprechenden Berufe mit einer Verschreibungskompetenz digitaler Hilfsmittel auszustatten. Der Arztvorbehalt zur Verschreibung beispielsweise von Gesundheits-Apps oder DiGA ist auch vor diesem Hintergrund nicht mehr zeitgemäß.

Die Digitalisierung kann zu einer Stärkung pflegerischer und therapeutischer Berufe führen. Die Versorgung muss zum Wohlergehen der Patienten auf eine breite Anwendungsbasis verschiedener Pflege- und Gesundheitsberufe gestellt werden.

Dr. Stephan Schug: Erst einmal vielen Dank für die sehr interessante Stellungnahme meines Vorredners, die sehr aus der Praxis kommt. – Ich möchte jetzt aus der allgemeinen Perspektive der Digitalisierung noch einige Punkte ergänzen.

Es wird gefragt: Muss die Ausbildung in medizinischen und pflegerischen Berufen zukünftig angepasst werden? – Das ist definitiv der Fall. Auch wird schon seit Jahren gefordert, das breiter in das Medizinstudium aufzunehmen, um adäquat auf die neuen Techniken, über die wir bei den anderen Themenblöcken ausgiebig gesprochen haben, vorbereitet zu werden.

Gerade die Pflegeberufe haben eine sehr hohe Verantwortung für eine bedeutungsvolle medizinische Dokumentation; denn die ganzen schönen interoperablen Patientenakten würden keinerlei aussagefähigen Daten enthalten, wenn nicht alle Berufe entsprechend ausgebildet würden, um die anspruchsvollen Dokumentationsaufgaben wahrzunehmen. Das muss entsprechend abgebildet werden.

Zu der Frage der neuen Berufsbilder kann man nur uneingeschränkt Ja sagen. Bezogen auf die Pflege ist im Rahmen der Akademisierung rund um die Pflegeausbildung, der Zusatzqualifikationen usw. schon einiges entstanden. Zum Bereich E-Health gibt es in Europa inzwischen über

100 Masterstudiengänge. Das alles ist in den letzten zehn bis 15 Jahren aus dem Boden geschossen. Das heißt, dieses Fach entwickelt sich sehr stark.

Auf der anderen Seite – um vielleicht die Perspektive bei diesen Berufen ein bisschen zu weiten – gibt es bei der neuen Art der Versorgung, die schon als Blended Care, als hybride Versorgung genannt wurde – das, was auch in den ländlichen Bereichen funktioniert, bzw. dort, wo man, salopp gesagt, die Versorgung auf dem Sofa beginnt –, inzwischen Sachen, bei denen sich Patienten über bestimmte Produkte, über Apps im Krankenhaus direkt anmelden. Das heißt auf Neudeutsch Onboarding. Dafür gibt es inzwischen sehr erfolgreiche Anbieter. Es muss aber noch jemand sowohl in der Administration des Krankenhauses als auch in den Pflegeberufen sein, der das aufnehmen kann.

Ich würde gerne noch einen Punkt loswerden. Man muss dabei auch bedenken – ich bin von einem Kollegen aus den USA sehr stark darauf gestoßen worden –: In den USA sollen jetzt gerade im Rahmen der Pandemie ziemlich viele Ärztinnen und Ärzte aufgrund des Phänomens des Burnouts ihren Beruf quittiert haben, und zwar insbesondere aufgrund eines digitalen Burnouts, weil sie völlig überfordert worden sind. Die Überexposition zu Zoom ist auch in anderen Bereichen bekannt. Aber gerade in den ärztlichen Berufen ist es zu einer massiven Überlastung gekommen, sodass diese Berufe verlassen worden sind.

Deswegen habe ich in einer internationalen Initiative mit dem besagten Kollegen zusammen ein spezielles Lernmodul entwickelt, das sich an in der Informatikausbildung befindliche Personen richtet und das speziell einer Burnout-Prävention in diesem Bereich dient. Ich denke, ein Aspekt, den man berücksichtigen muss, ist die richtige Mischung – zum einen die berühmte Work-Life-Balance und zum anderen die Mischung in den Arbeitsplätzen, in der Ausbildung und letztlich auch in der Berufstätigkeit –, dass man nicht den ganzen Tag nur auf einen Bildschirm starrt und man die komplexen Dokumentationsaufgaben mit teilweise ungeeigneten Oberflächen lösen muss.

Vorsitzender **Moritz Promny**: Vielen Dank, Herr Dr. Schug. – Bevor ich Herrn Uwe Seibel das Wort erteile, darf ich an dieser Stelle den Staatssekretär im Ministerium für Digitale Strategie und Entwicklung ganz herzlich in unserer Runde willkommen heißen. Patrick Burghardt ist hier. Vielen Dank.

Uwe Seibel: Grundsätzlich möchte ich zu diesem Schwerpunkt festhalten, dass die digitale Entwicklung im Pflegeberuf seit vielen Jahren Auswirkungen auf die berufliche Gestaltung hat. Als praktisches Beispiel sei nur das Thema Dokumentation, Tourenplanung bis hin zur Abrechnung in der ambulanten Pflege erwähnt. Hier finden wir noch heute von der papierhaften bis zur voll automatisierten Dokumentation alles.

Ich will damit sagen, dass Pflegende in der praktischen Anwendung immer Einarbeitung und Schulung in den letzten Jahren erlebt haben, um in diese praktische Anwendung hineinzukommen. Das ist auch unser Verständnis von lebenslangem Lernen. Man kann da nicht stehen bleiben und muss sich – je nachdem, wo man zum Einsatz kommt – auch hier einbringen.

Allerdings reicht das heute unserer Ansicht nach nicht mehr aus. Wir sehen zwei Ansatzpunkte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber keine neuen Berufsbilder. Wir sehen auch keine neue Rolle der Pflegeberufe; denn wir haben eine Kernkompetenz in der Pflege. Die muss jetzt natürlich mit digitalen Kompetenzen unterfüttert werden.

Das Pflegeberufegesetz ist gerade schon angesprochen worden. In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sind 78 Kompetenzen hinterlegt, aber nur drei davon entsprechen digitalen Kompetenzen. Hier gibt es also dringend Nachholbedarf; das ist mit einzusteuern.

Von Pflegefachleuten ist auch in Zukunft zu erwarten, dass sie, wenn sie den Patienten beraten, im Sinne des Pflegeprozesses über das Thema Ambient Assisting Living usw. Bescheid wissen. Sie müssen auch entsprechend damit umgehen.

Als weiteren Punkt möchten wir noch darauf hinweisen, dass wir natürlich Spezialisierungen sehen werden.

Auch das Thema Masterstudiengänge im Bereich Pflegeinformation ist eben schon angeklungen. Das halten wir für besonders wichtig, weil auch zu beobachten ist, dass Kolleginnen und Kollegen, die digital, technisch affin sind, durchaus in die Industrie abwandern und dann in den Unternehmen beispielsweise nicht mehr für die Schulung, die Einarbeitung sowie die Schaffung von Software zur Verfügung stehen. Heute Morgen ist schon die Thematik angeklungen: Wie nehme ich das Personal auf Augenhöhe mit?

Unser Plädoyer ist: Wir brauchen keine neuen Berufsbilder, aber eine deutliche Ausweitung der digitalen Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Prof. Dr. Barbara Klein: Ich bin hier in meiner Rolle zum einen als Dekanin des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der Frankfurt University of Applied Sciences und zum anderen als Sprecherin des interdisziplinären Forschungszentrums FUTURE AGING. Meine Expertise: Ich forsche und publiziere mit meinem Team zu Hilfsmitteln, assistiven Technologien, Robotik, deren Akzeptanz und ethischen Fragestellungen.

Unsere Hochschule hat seit dem Jahr 1998 eine Ausstellung zu Hilfsmitteln und Barrierefreiheit. Diese Ausstellung mit dem Titel „Hallo Freiheit! Zusammen über Barrieren“ wird mit dem Sozialverband VdK Hessen-Thüringen und der Frankfurter Stiftung für Gehörlose und Schwerhörige betrieben. Vor der Pandemie hatten wir roundabout 2.000 Besucherinnen und Besucher. Ich lade Sie alle herzlich dazu ein, um dort einen Einblick in Hilfsmittel, assistive Technologien, Robotik und Barrierefreiheit zu erhalten.

Nicht nur von unseren Studierenden, sondern auch von sehr vielen Pflegefachschulen, Schülerinnen und Schülern anderer Gesundheitsberufe, medizinischen Kräften und weiterem Fachpersonal in dieser Ausstellung wird immer wieder berichtet, dass zu wenig über Hilfsmittel und assistive Technologien informiert und dass dieses Wissen zu wenig verbreitet wird. Das heißt, in der Ausbildung der medizinischen und pflegerischen Berufe muss das auf alle Fälle angepasst werden.

Insbesondere in der medizinischen Ausbildung wird weder das Wissen zu Hilfsmitteln noch das Wissen zu digitalen Hilfsmitteln obligatorisch vermittelt. Die Ärztinnen und Ärzte sind diejenigen, die Hilfsmittel für ihre Patientinnen und Patienten verordnen. Nur ein Beispiel: Die Toprenner unter den Hilfsmitteln sind Kompressionsstrümpfe und Rollatoren.

Fakt ist: Wir haben in dem GKV-Hilfsmittelverzeichnis mehr als 36.000 Produkte, die in ca. 50 Produktgruppen untergliedert sind. Das Wissen über diese Produktgruppen und Produkte ist nicht in dem Ausmaß vorhanden, in dem man sich das wünschen würde.

Auch im klassischen Hilfsmittelbereich kann man heute schon eine Digitalisierung beobachten. Es gibt Produkte, die elektronisch und informationstechnisch ausgestattet sind. Ich nenne als Beispiele E-Rollis, die Prothetik, robotische Greifsysteme und das klassische Hausnotrufsystem.

Schauen wir einmal auf die konkreten digitalen Anwendungen. Das ist die Digitale Gesundheitsanwendung bzw. ab diesem Jahr auch die Digitale Pflegeanwendung. Das wird nicht von der GKV, sondern vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte betreut. Da haben wir roundabout 30 Gesundheits-Apps. Das heißt, die Zulassungsprozesse auch in den anderen Bereichen dauern ein bisschen zu lange.

Was ist ganz wesentlich? – In der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, die die Hauptverordner sind, müssen diese Inhalte integriert werden. Fort- und/oder Weiterbildung sind für das gesamte Fachpersonal in Medizin, Pflege sowie therapeutischen Gesundheits- und Sozialberufen dringend erforderlich.

Eine der zentralen Frage ist: Wie können wir die Leute an die Digitalisierung heranführen? – Das betrifft nicht nur das Wissen um die Spannbreite der Hilfsmittel, sondern insbesondere auch die Kompetenzen im Umgang mit den digitalen Technologien – wie bedient man sie, wie kann man selbst Fehler beheben und muss nicht immer den IT-Menschen rufen? – sowie IT-Sicherheit und Datenschutz.

Auch ganz wichtig sind die Kompetenzen in Bezug auf die Prozessveränderungen in der Gesundheitsversorgung. Die Einführung dieser neuen Möglichkeiten bedeutet letztendlich, dass sich Arbeitsprozesse und Kommunikationsstrukturen verändern. Dafür müssen die Leute entsprechend qualifiziert werden.

Wir haben eben schon gehört, dass es neue Studiengänge und AAL-Weiterbildung gibt. Meines Erachtens ist ganz wichtig, dass wir eine Verknüpfung von sozialwissenschaftlichen, pflegerischen, therapeutischen und technischen Komponenten erreichen, damit die Personen tatsächlich mit den neuen Möglichkeiten umgehen können.

Datenschutz und Datensicherheit sind ganz zentral. Zukünftig müssen auch Aspekte der Nachhaltigkeit mitgedacht werden.

Rechtlicher Anpassungsbedarf ist erforderlich, insbesondere was die Pflegeausbildung und die Finanzierungsbedingungen für die Akademisierung betrifft. Wie eben schon erwähnt: Wir brauchen Personal und Sachausstattung für Skills Labs mit robotikgestützten Technologien und auch neue Entwicklungen im Bereich der Virtual und Augmented Reality, die sowohl für die Lehre genommen als auch in der praktischen Arbeit eingesetzt werden. Diese Technologien sind sehr kostenintensiv. Auch benötigen sie die entsprechende technische Betreuung.

Beim Arbeitsschutz und bei der Arbeitssicherheit sind auch Aspekte wie Datenschutz und Datensicherheit zu bedenken.

Bei den Technologien VR und AR haben wir es bei manchen Personen mit der sogenannten Motion Sickness zu tun, Übelkeit und Schwindel. Da stellt sich die Frage, wie das berücksichtigt werden soll.

Was bedeuten die Technologien in Bezug auf die gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung wie beispielsweise der erhöhte Stress durch immerwährende Erreichbarkeit, z. B. bei sogenannten Teleanwendungen? – Insbesondere für robotische Systeme, gerade auch wenn sie beispielsweise mit KI gesteuert werden und selbst lernend sind, braucht man eine Abschätzung und Regelungen in Bezug auf die Arbeitssicherheit und den Arbeitsschutz.

Stefan Grüttner: Im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung ist dringender Handlungsbedarf geboten, und zwar in allen Bereichen, auch im Medizinstudium, um angehenden Medizinerinnen und Mediziner die digitalen Möglichkeiten überhaupt erst einmal aufzuzeigen und Anwendungen zu vermitteln.

Im Übrigen teile ich die Auffassung, die Herr Dr. Baas, TK-Vorstandsvorsitzender, vor ein paar Wochen bzw. Monaten einmal geäußert hat, dass in zehn Jahren der Arzt, der KI nicht in seinem Behandlungsrepertoire hat, möglicherweise auch wegen Arztfehlern belangt werden kann. Da muss man dann ein Stück weit aufpassen. Das ist sehr provokativ. Herr Dr. Aßmann schüttelt den Kopf. Das verstehe ich auch. Aber das zeigt an dieser Stelle die Notwendigkeit der Vermittlung innerhalb des Medizinstudiums.

In der MFA- und PTA-Ausbildung und -Fortbildung, insbesondere in der theoretischen Ausbildung, müssen die Curricula angepasst und entsprechende E-Learning-Einheiten zusammengestellt und angeboten werden. Schließlich sind die MFAs und PTAs die ersten Ansprechpartner, wenn ein Mensch in eine Apotheke bzw. in eine Praxis kommt.

Im Rahmen der generalistischen Ausbildung müssen sowohl für den Krankenhaus- als auch für den Pflegebereich digitale Kompetenzen vermittelt und damit anwendbar gemacht werden. Ob damit letztendlich neue Berufsbilder wie beispielsweise Digitalassistenten entstehen können,

kann meines Erachtens noch nicht abschließend beurteilt werden. Es wird ein Basiswissen an Digitalkompetenz in allen medizinischen und pflegerischen Berufen erforderlich sein.

Größere Einheiten, also größere Krankenhäuser, größere MVZs, größere pflegerische Einrichtungen – seien sie stationär oder ambulant –, werden meines Erachtens zukünftig zentral oder auch regional Digitalassistenten einstellen oder beauftragen.

Letztendlich bleibt: Die Ausbildung muss entsprechend angepasst werden; das ist erforderlich. Ich vermute allerdings, dass es länger dauern wird, bis die Lehrpläne angepasst sind. Hier gilt es, achtsam zu sein, damit die Aus- und Weiterbildung den digitalen Entwicklungen nicht gravierend hinterherhinkt.

Im Hinblick auf Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit sehe ich keine Bedenken. Sowohl die DSGVO als auch die einschlägigen Patientendatenschutzgesetze und die komplexen Identifizierungsverfahren werden sicherlich dafür sorgen, dass kein Missbrauch von Daten entstehen kann, auch an dieser Stelle, was die Ausbildung beinhaltet.

Christian Sommerbrodt: Ich kann nahtlos daran anschließen. Alles, was die Vorredner gesagt haben, können wir von unserer Seite unterschreiben.

Ich möchte bei Frau Prof. Klein mit den Hilfsmitteln weitermachen. Das Ganze lässt sich nahtlos auf die Arzneimitteldatenbanken und auch die Verbandsmaterialien übertragen. Sie sind zum Teil so kompliziert, dass Ärzte in Weiterbildung, die aus den Kliniken kommen, locker ein bis anderthalb Jahre brauchen, bis sie mit diesen Datenbanken umgehen können.

Von der Dimension her: Im Krankenhaus werden in der Regel der Fälle 200, 300 bis 500 verschiedene Medikamente verwendet. Die medizinischen Datenbanken listen mehr als 80.000 Präparate auf, mit denen man umgehen muss, mit Wechselwirkungen und allem Drum und Dran. Das ist eine hochkomplexe Sache und nimmt einen großen Teil der Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin in der Niederlassung ein, sodass mittlerweile der größte Teil gar nicht mehr der Transfer medizinischen Wissens ist. Vielmehr geht es vor allen Dingen darum: Wie werden die Datenbanken bedient? Wie sind die rechtlichen Grundlagen? Worauf muss man im Einzelfall achten?

Die Verbandsmaterialien sind zum Teil so katastrophal, dass man googeln muss, damit man sich einen Überblick darüber verschafft, was dann von den jeweiligen Wundmanagern bestellt wird, weil die Datenbanken, die wir von der Industrie zur Verfügung gestellt bekommen, nicht ausreichend sind.

Die MFAs beginnen ihre Ausbildung in der Regel der Fälle ohne Office-Kenntnisse. Man muss wirklich bei allem bei null anfangen. Sie sollen aber gleichzeitig die komplexen Datenbanken mitbedienen und den Arzt bei der Bedienung unterstützen. Das ist kaum möglich. Das zeigt sich schon allein bei der Weiterverordnung von Medikamenten. Da ist der Regelbedarf mittlerweile sehr groß. Wir haben kaum computergestützte Systeme, die das assistieren.

Insofern frisst auch hier in der Weiterbildung allein das Management dieser Datenbank – ich möchte jetzt nur diesen einen Aspekt hereinnehmen – einen großen Teil der Zeit auf. Dadurch geraten andere Dinge mehr und mehr in den Hintergrund, was für viele zum Teil frustrierend ist, weil sie den Job ergriffen haben, um mehr am Patienten zu arbeiten und mehr medizinisches Wissen haben wollen, sich aber dann auf einmal in einer rein administrativen Datenbankwelt wiederfinden.

Vom Hausärzteverband haben wir, was digitale neue Berufe betrifft, die Tele-VERAH eingerichtet. VERAH ist ein Fortbildungsprogramm für Medizinische Fachangestellte. Das heißt ausgeschrieben: Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. Da haben wir noch eines obendrauf gesetzt, damit sie den Patienten auch mit telemedizinischen Möglichkeiten versorgen kann. Ein paar haben Sie heute schon gehört. Das ist der Fall, wenn die MFA mit einem Rucksack zum Patienten fährt, digitales Equipment dabei hat und den Arzt vor Ort für den Hausbesuch dazuschaltet. Auch das funktioniert ganz gut.

Diese Modelle sind – auch das ist heute schon zeitweise angeklungen – zum Großteil eingeschlafen, entweder weil Förderungen ausgefallen sind und der effektive Zeitgewinn nicht so groß war, dass sich eine Weiterfinanzierung lohnt, oder sie waren so komplex bzw. zeitaufwendig, dass sie ohnehin eingeschlafen wären, auch ohne Auslaufen der Förderung.

Dr. Nils Gaebel: Aus dem dritten Themenkomplex haben wir uns die Thematik „Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten“ herausgesucht. Ich habe hierfür eine Rückmeldung aus dem Referat Beschäftigtendatenschutz meines Hauses eingeholt, die ich jetzt wiedergeben möchte.

Im Januar 2022 hat der unabhängige interdisziplinäre Beirat zum Beschäftigtendatenschutz seinen Bericht zur Fortentwicklung des Beschäftigtendatenschutzes vorgelegt. Der Beirat kommt in seinem Bericht zu dem Ergebnis, dass sich durch die Digitalisierung tiefgreifende Veränderungen für die Arbeitswelt ergeben werden.

Einerseits kann durch digitale Unterstützungsprozesse Arbeit einfacher, weniger belastend, effizienter und kostengünstiger gestaltet werden. Andererseits entstehen zu dem einzelnen Beschäftigten immer mehr und immer detailliertere Datensätze. Etwa durch algorithmenbasierte Entscheidungs- und Unterstützungssysteme sind zunehmend Analysen und Vorhersagen sowie umfangreichere Leistungs- und Verhaltenskontrollen der Beschäftigten möglich. Hier gilt es, einen fairen Interessenausgleich zwischen legitimen Arbeitgeberinteressen einerseits und Persönlichkeitschutzinteressen der Betroffenen andererseits zu finden.

Bei der Digitalisierung von Gesundheitsberufen sollte den Leitgedanken des Beirats zum Beschäftigtendatenschutz Rechnung getragen werden. Hierbei handelt es sich um die folgenden: Ein verhältnismäßiger Ausgleich der beiderseitigen Grundrechte unter besonderer Beachtung des Schutzes der Menschenwürde der Beschäftigten, ein wirksamer Grundrechtsschutz und

Rechtssicherheit für alle Beteiligten, eine Technologieneutralität und Technikoffenheit der Regelungen aufgrund der Dynamik der technischen Veränderungen, eine Transparenz für die betroffenen Beschäftigten sowie die Betriebs- und Personalräte über die vom Arbeitgeber im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Beschäftigtendaten verwendeten Einrichtungen und Programme. Schließlich noch die Gewährleistung einer wirksamen Rechtsdurchsetzung und bei einer Weiterentwicklung des Beschäftigtendatenschutzrechts die Beachtung der Verhältnismäßigkeit aller Maßnahmen sowie eine Risikoabschätzung.

Bianca Kastl: Ich bin vom Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit (InÖG) und möchte auf das Thema der neuen Berufsbilder im Gesundheitswesen und in der Pflege eingehen. Wir als InÖG sehen es durchaus so, dass es da auch neue Berufsbilder geben kann.

Wir stellen in Szenarien fest, dass sehr viele Daten erhoben werden. Man weiß aber nicht so recht, was man mit diesen Daten machen soll. Man hat sehr viele Daten und muss sie pflegen. Wir haben von Datenbanken gehört, die zu befüllen, sehr komplex und auch schwierig zu verstehen sind. Wir haben das im ÖGD schon sehr lange. Da gibt es die Gesundheitsberichterstattung. Sie kennen das vielleicht von den Corona-Fallzahlen. Auch das ist in gewisser Weise eine Gesundheitsberichterstattung, wodurch Sie täglich wissen, wie viele Leute in Ihrem Landkreis erkrankt sind.

Durch eine zunehmende Datenanhäufung ergeben sich Bedürfnisse, immer tiefer in die Daten hineinzuschauen. Das ist keine rein medizinische Aufgabe, keine Assistenz- und auch keine Informatikaufgabe; denn die Informatik ist primär daran interessiert, die Systeme zu erstellen. Wir bauen Systeme dafür. Aber in der Anwendung, was Sie aus diesen Systemen herauslesen können, ob Sie noch Erkenntnisse und Kollationen erkennen können, ist das eine ganz eigene Anforderung.

Deswegen sehen wir es grundsätzlich so, dass es da wahrscheinlich neue Berufsbilder braucht, die sich eher beispielsweise mit dem Bereich der Gesundheitsberichterstattung oder, wie es neu-modisch heißt, Data Science bzw. Datenwissenschaft beschäftigen. Die sind auch dazu da, neues Wissen zu schaffen, das aus der sinnvollen Anwendung von Daten erzeugt werden kann.

Natürlich kommen wir alle nicht um das Thema Digitalisierung als Ganzes herum. Sie alle werden Grundlagen der Digitalisierung in irgendeiner Art und Weise in der Aus- und Weiterbildung mitnehmen können. Aber wir sehen es schon so, dass genügend Datenpotenzial vorhanden ist und dass man da auch noch eine Spezialisierung brauchen wird.

Bei der Nutzung von Gesundheitsdaten geht es auch um einen starken Fokus auf Datenschutz und Datensicherheit. Auch braucht es einen sehr präzisen ethischen Kompass. Es geht aber auch um die Abwägung, wie tief man in diese Daten hineinschauen möchte, wie viel davon nötig und wie viel sinnvoll nutzbar ist, ohne die informelle Selbstbestimmung und die Privatsphäre der Einzelpersonen zu gefährden.

In der Summe sehen wir durchaus neue Berufsbilder, die da auf uns zukommen. Wir unterstützen dabei gerne.

Reinhard Schaffert: Ich denke, die Voraussetzung für einen vernünftigen Einsatz digitaler Anwendungen und für einen effektiven Nutzen der Digitalisierung ist eine digitale Kompetenz. Wir gehen unterschwellig ein bisschen davon aus – an der einen oder anderen Stelle kam das hier schon durch –, dass die jüngeren Generationen die digitale Kompetenz mitbringen, weil sie ein Smartphone bedienen oder sich durch das Menü ihres Smartfernsehers klicken können.

Aber was ist eigentlich wirklich digitale Kompetenz? – Das heißt, dass man das Smartphone nicht nur als Spielzeug, Messenger bzw. Telefon betrachtet, sondern als Arbeitsmittel. Das Smartphone ist für mich und für wahrscheinlich alle hier in diesem Saal Versammelten neben dem Spielen auch ein Arbeitsmittel.

Das Zweite ist eine gewisse Sicherheitskompetenz, die Sicherheit im Umgang mit digitalen Daten und Ereignissen. Das bedeutet beispielsweise das Erkennen von Phishing, was das Hauptfallstrich für die Angriffe war, die meines Wissens bisher auf Kliniken stattgefunden haben. Das bedeutet aber auch Kompetenz im Datenschutz – wie gehe ich mit personenbezogenen Daten richtig um? – und Datensicherheit: Wo speichere ich die Daten so, dass sie sicher gelagert, wieder auffindbar sind usw.? Das bedeutet letztlich auch – Arbeitsschutz ist ja ein Thema dieses Themenblocks – eine Art digitale Resilienz: Wie schütze ich mich selbst vor digitaler Überflutung? Das ist ebenfalls schon beschrieben worden.

Auch ich denke, dass es neue Berufsbilder geben wird. Aber vor allem wird die Digitalisierung die Aufgaben und Abläufe auch der bisherigen Berufe verändern. Es gibt eigentlich keinen Beruf im Krankenhaus, der nicht irgendetwas mit Digitalem zu tun hat. Selbst der Putzplan ist auf dem Smartphone und wird dort abgehakt, jedenfalls zum Teil.

Es nützt auch nichts, die Digitalisierung zu denken, indem wir analoge Prozesse digital abbilden. Das ist nicht dasselbe wie ein digitaler Prozess. Digitale Prozesse bedeuten eine echte Veränderung der Abläufe. Das muss in den Berufsbildern natürlich mitberücksichtigt werden.

Insofern: Ja, digitale Kompetenz gehört in die Ausbildung, übrigens nicht erst in die berufliche Ausbildung, sondern auch bereits in die Schule, weil die digitale Kompetenz auch bei den Jugendlichen nicht selbstverständlich ist. Daher einen schönen Gruß an Ihre Kolleginnen und Kollegen aus dem Bildungsbereich. Meine Kinder haben fast den gleichen Lehrplan gehabt wie ich selbst. Darin war von Digitalisierung nichts zu merken.

Prof. **Dr. Nawid Khaladj**: Ich kann mich meinen Vorrednern anschließen. Die digitale Kompetenz muss verpflichtend in die Curricula, was die Aus-, Fort- und Weiterbildung angeht.

Ob es tatsächlich neuer Berufsbilder bedarf, versus Zusatzqualifikation, Weiterbildung und Spezialisierung, ist sicherlich innerhalb der entsprechenden Gremien zu diskutieren. Für den ärztlichen Bereich könnte ich mir z. B. vorstellen, dass es Fachkunde- oder Zusatzbezeichnungen für den Telenotarzt oder auch für die Telesprechstunde gibt, damit Mindeststandards nachgewiesen werden können.

Digitalisierung bedeutet aber auch modernere und komplexere Medizintechnik. Ich nenne nur das Medizinproduktegesetz und die Einweisung. Hier sollte auf Mixed Reality und ähnliche Anwendungen gesetzt werden, damit wir die Leute nicht nur einweisen, sondern sie auch supervisieren und anleiten können. Mixed-Reality-Brillen sind Brillen, mit denen der Träger das normale Bild sieht, aber sich ein Programm oder jemanden hinzuschalten kann, der instruiert und der auch nicht zwingend vor Ort sein muss.

Die Simulation von seltenen Notfällen muss geübt werden. Selbst in einer der größten Geburtskliniken – ich habe das vorhin erwähnt – sind Säuglingsreanimationen selten. Wir haben die Puppe „Paul“ beschafft. Eine solche Puppe kostet knapp 100.000 €. Dies ist uns durch Spenden ermöglicht worden. Wenn wir über diese Themen sprechen, muss man auch überlegen, wer das am Ende bezahlt.

Moderne Medizintechnik zieht sich durch alle Berufsgruppen. Ich nenne nur den OP-Roboter Da Vinci oder ähnliche Systeme. Bis in die Sterilgutaufarbeitung müssen hoch spezialisierte Fachkräfte vorhanden sein, die solche Produkte aufarbeiten können. Das heißt, wir müssen wirklich die gesamte Kette in einem Krankenhaus, in einer Arztpraxis und in den entsprechenden Gesundheitseinrichtungen betrachten, wenn wir über die Digitalisierung sprechen. Hier dürfen wir niemanden vergessen.

Wenn wir durch die Digitalisierung hoch spezialisierte Leistungen in die Fläche bringen, z. B. den Telenotarzt durch Anweisung von Rettungssanitären oder Telepathologie, müssen wir überlegen – Herr Grüttner hat das angesprochen –, ob wir vom Standard abweichen oder ob wir den Standard nicht erfüllen, wenn wir diese Leistungen nicht anbieten. Der § 630a BGB in Bezug auf den Behandlungsvertrag erfordert ja, dass der entsprechende Standard eingehalten wird. Auch hier müssen wir uns überlegen, wenn Teleanwendungen Standard sind, dass das so geregelt ist, dass eine Sicherheit für die Anwendenden besteht.

Akademisierung und Spezialisierung bringen natürlich auch den Ruf nach einer besseren Bezahlung des Ganzen mit sich. Wenn ich mir anschau, dass die Hebammenausbildung in Hessen jetzt akademisiert wurde und mir noch niemand und auch ich meinen Hebammen nicht sicher sagen kann, was sie in drei Jahren verdienen werden, wenn sie jetzt studieren – das geht auch in die Richtung von Gewerkschaften –, dann muss ich sagen, dass das sicher abgebildet werden muss. Wenn wir hoch spezialisierte, digitalisierte und akademisierte Versorgung anbieten wollen, dann muss das auch entsprechend bezahlt werden.

Die Diskussionen, die wir mit den Krankenkassen führen – Stichwort Pflegebudgets –, sind Ihnen hinlänglich bekannt. Wenn wir diese Diskussionen jetzt auch noch mit erweiterten und spezialisierten Berufsgruppen führen müssen, dann können wir den Kampf als Kliniken allein nicht gewinnen. Hierfür benötigen wir die Unterstützung aller.

Daniel Libertus: Die Landesärztekammer Hessen wird zu dem dritten Themenkomplex Folgendes sagen:

Die Ausbildung in medizinischen Berufen muss den Anforderungen an eine moderne Medizin entsprechen. Eine Schulung im Umgang mit digitalen Hilfsmitteln ist unseres Erachtens jedoch eher im Bereich der Fort- und Weiterbildung anzusiedeln. Aus unserer Sicht ist aber nicht absehbar, in welcher Form entsprechende Änderungen tatsächlich erfolgen müssen.

Was die Berufsbilder im Gesundheitswesen und in der Pflege betrifft, sagen wir Folgendes:

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen könnte zu neuen Schwerpunkttätigkeiten im Gesundheitswesen führen. Die Ausübung der Heilkunde muss jedoch, um eine möglichst gute Versorgung der hessischen Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, an eine heilberufliche Approbation gekoppelt sein. Derzeit sehen wir keinen akuten Bedarf für eine Anpassung von entsprechenden Regelungen in der Ausbildung.

Dr. Thomas Aßmann: Ich halte die Digitalisierung für die Rekrutierung von Nachwuchs, gerade auch für Arztpraxen, für ganz zentral. Wir sind eine akademische Lehrpraxis der Uni Köln und der Uni Bonn. Studierende, die die Praxis sehen – wir haben z. B. zwei große Ultraschallgeräte; wir machen aber auch Digitalisierung, Telerzt usw. –, sind immer überrascht und fragen mich: Das tun Sie hier auf dem Land? – Darauf sage ich immer: Ja, klar. Was denkt ihr eigentlich? Welche Vorurteile habt ihr gegenüber dem Landarzt, dass wir mit einer Sackkarre durch die Gegend fahren, Rezepte ausschreiben, und das war es?

(Heiterkeit)

Die sind dann immer völlig überrascht und denken sich: Mein Gott, wie kann das sein?

In Sachen Nachwuchsgewinnung müssen wir die klugen Köpfe gewinnen. Dabei ist die Digitalisierung ein zentrales Element, gerade für die Universitäten, aber auch für die Pflegeberufe. Viele MFAs fragen: Herr Aßmann, muss ich denn studieren, um für die Medizin, die Praxis oder die Pflege wichtig zu sein? – Darauf sage ich: Nein. Sie müssen nicht studieren, sondern Sie sind, wenn Sie hier mitmachen, State of the Art. Sie machen Digitalisierung mit. Sie sind wichtig. Sie sind ein zentrales Element der Digitalisierung in der Gesundheit und arbeiten auch mit den modernsten Techniken zusammen. Das ist ganz wichtig.

Wir sind auch eine der Gründungsgesellschaften des digitalen Versorgungswerks, des Digitalen Krankenhauses von NRW. Wir bringen die Universität durch die Digitalisierung praktisch zu uns in die Praxis. Das können wir aber nur tun, wenn wir qualifizierte Mitarbeiter haben.

Ich habe hier das Titelblatt des „Rheinischen Ärzteblattes“ vom Januar dieses Jahres. Der Titel lautet: „Anstellung bevorzugt“. Aber was noch wichtiger ist: Auf dem Bild sind von sieben Kollegen fünf Frauen. Medizin wird weiblicher. Ich habe es gerade erzählt: Gestern hat unsere Kollegin Zwillinge bekommen. Ich finde das super. Aber für die Praxis ist das nicht so gut. Es ist aber die Möglichkeit gegeben, dass sie die Patienten nach ein oder zwei Jahren digital über Telemedizin mitversorgt. Da sind ganz neue Ansätze notwendig und möglich. Das muss aber auch in die Köpfe der Lehrenden an den Universitäten kommen.

Als ich vor drei Jahren in unsere Fachhochschule gekommen bin, habe ich gefragt: Wie wäre es denn, wenn wir etwas machen, beispielsweise einen Blockkurs? Das muss ja nicht groß sein. Aber wir brauchen irgendetwas, damit wir beispielsweise die Pflege mitnehmen können und damit die entsprechenden Mitarbeiter in der Digitalisierung und E-Health geschult werden. – Daraufhin schaute mich der Dekan an und sagte: „Herr Aßmann, wir haben an sich beschlossen, dass wir solche Sachen nicht machen für Studienabgänger, die weniger als 3.500 € verdienen.“ – Da dachte ich mir: „Du arrogantes ...“

Ich muss ehrlich sagen: Wir müssen Digitalisierung doch gerade denjenigen Mitarbeitern in der Gesundheit zur Verfügung stellen, die als Indianer an der Front kämpfen und die es mit Patienten zu tun haben, um ihnen das Leben zu erleichtern, gerade auch den Kolleginnen und Kollegen vor Ort, die sich aktiv in die Patientenversorgung begeben.

Meine kurze Zusammenfassung: Ich halte die Digitalisierung für enorm wichtig für die Nachwuchsrekrutierung und für die Vertiefung der klassischen Berufsbilder. Aber das muss von allen gewollt werden. Es darf keine Blockaden in den alten Strukturen geben, dass der Mensch erst ab der Besoldungsgruppe A 14 anfängt.

Dr. Michael von Wagner: Ich möchte auf einen Punkt aus dem ersten Themenblock eingehen, die Nutzung von Patientendaten, weil ich glaube, dass wir einen großen Schatz in diesen Big Data haben, gerade für das Thema Aus- und Fortbildung. Wir können hier auf den Schatz des Real Life Settings zurückgreifen. Wir können dadurch Fallbeispiele konstruieren. Wir können – das ist sicherlich nicht kurzfristig möglich, sollte aber mittelfristig unser Ziel sein – digitale Zwillinge und Avatare erstellen, in denen man simulieren, schulen und lehren kann. Die Universität hat gerade eine neue Professur für medizinische Didaktik und Simulation auf den Weg gebracht und ausgeschrieben, genau in diese Richtung, auch in Richtung von virtueller Realität.

Wir müssen sicherstellen, dass man ununterbrochen frisches Wissen hineinbringt, weil die Daten im System letztlich das Wissen der Vergangenheit widerspiegeln. Man darf nicht in diese Falle hineinlaufen. Nichtsdestotrotz wird das ein großes Spektrum bieten, um auch die Ausbildung attraktiver zu gestalten. Das ist ein Punkt, der auch schon angesprochen worden ist.

Dass wir ein lebenslanges Lernen haben werden, ist klar. Wir haben einen ununterbrochenen Weiterbildungsbedarf, der vor Ort begleitet werden muss. Unsere Erfahrung im Rahmen der Digitalisierung ist, dass ein gutes Stück der Einführung vor Ort, im Alltag erfolgen muss. Es muss natürlich Teil des Curriculums sein, dass digitale Medien genauso kritisch reflektiert werden, wie wir es im Beruf von allen anderen Befunden oder Eindrücken kennen.

Auch eine KI muss sich kritisch reflektieren, ob sie überhaupt plausibel ist; denn selbst, wenn die KI gut ist, können die Daten falsch sein. Man muss kritisch hinterfragen, ob das passt.

Damit haben wir letztlich die Möglichkeit, das Feld der Gesundheitsversorgung in allen Berufsbildern attraktiv zu gestalten. Es ist bereits angesprochen worden: Gerade für diese Systeme brauchen wir die besten Köpfe. Wir müssen sie vor allem im Berufsbild halten können.

Georg Schulze: Zu der Frage der Berufsbildveränderung würde ich sagen: Im Moment steht, zumindest bei den pflegerischen und den Gesundheitsfachberufen, im Vordergrund, die digitale Kompetenz vermehrt zu vermitteln. Ich kenne noch immer Pflegeausbildungsstätten, in denen kein WLAN existiert. Entsprechend schlecht sind die Bedingungen in den Schulen für Gesundheitsfachberufe, zumal nur die Pflegefachschulen überhaupt noch die Möglichkeit haben, Mittel aus dem Digitalpakt zu bekommen, um nachzurüsten. Aber das haben, wenn ich das richtig sehe, nur relativ wenige genutzt bzw. bisher umgesetzt. Daher meine ich, dass die Rahmenbedingungen verändert werden müssen. Digitale Kompetenz muss in die Lehrpläne.

Ob Berufsbilder angepasst werden müssen bzw. ob es neue Berufsbilder gibt, will ich gerne mit Forschungsdaten unterlegen. Ich erwarte, dass es für Gesundheitsfachberufe, für pflegerische Berufe, ähnlich wie wir es aus dem dualen System kennen, eine Berufsbildforschung gibt, die dann aufgrund gesicherter Daten auch den Weiterentwicklungsbedarf und möglicherweise die Schaffung von neuen Berufsbildern oder Weiterbildungsgängen belegen kann.

Zu der Frage der Arbeitssicherheit, des Arbeitsschutzes und der Anwendung von E-Health würde ich sagen, dass die Digitalisierung insbesondere entlasten muss und dass Schnittstellen funktionieren müssen. Das ist ein Punkt, der in der Digitalisierungsstrategie mit zu berücksichtigen ist. Das gehört zur Konzeption von digitalen Systemen. Dabei muss sowohl Datenschutz als auch Anwenderqualität mitgedacht werden. Ich habe es schon in meinem Eingangsstatement gesagt: Es ist sinnvoll, die Anwenderinnen und Anwender, die betrieblichen Interessenvertretungen und die Beschäftigten direkt zu beteiligen, weil man dann Probleme möglicherweise schon im Anfangsstadium in den Fokus nehmen kann.

Bezüglich der Frage, welche Überwachungsfunktionen wie ausgeschaltet werden können, gibt es aus meiner Sicht zwei unterschiedliche Welten. Im Prinzip gibt es die alte Digitalisierung, also Krankenhausinformationssysteme, die bestimmte Programme haben, die Möglichkeiten beinhalten und die Leistungen von Beschäftigten individualisiert und auch im Vergleich zu anderen erfassen. Solange das Systeme sind, bei denen man bestimmte Anwendungen freischalten muss

oder eine Protokollierung einrichten kann, gehört das alles zum Standard, den zumindest erfahrene Betriebsräte bei der Einführung solcher Systeme auch mit im Blick haben.

Schwieriger wird es beim Einsatz von KI im Gesundheitsbereich, weil KI natürlich genauso individualisierte Leistungserfassungsvergleiche anstellen kann. Aber KI muss das durch ihre Konstruktion auch machen können. Ansonsten müsste man der KI das Denken verbieten. Dann würde es sich nicht lohnen, KI-Systeme einzuführen.

Deswegen – ich komme auch da noch einmal auf mein Eingangsstatement zurück – kann man die möglichen Gefahren, die durch Überwachung von KI-Systemen entstehen, nur dadurch ausschalten, indem man die betriebliche Interessenvertretung in der Steuerungsgruppe für diese Systeme beteiligt, um dann die Vorteile des Systems auf Augenhöhe gemeinsam zu nutzen.

Reinhard Belling: Wenn wir uns heute einen Arbeitsplatz im Krankenhaus anschauen, z. B. den einer Pflegekraft, sei es in einem somatischen oder psychiatrischen Krankenhaus, dann können wir feststellen, dass der heute schon nichts mehr mit dem zu tun hat, was vor 20 Jahren zu finden war. Es gibt eine Vielzahl an Softwareanwendungen, die bedient werden müssen. Die gesamte Dokumentation findet im KISS mit seinen vielen Subsystemen statt. Der Dienstplan hängt nicht mehr an der Wand, sondern wird digital erstellt. Der Handwerker wird über das Facility Management angefordert. Das können Pflegekräfte und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schon heute, und die haben das nicht in der Ausbildung gelernt.

Was will ich damit sagen? – Die Ausbildung muss sich natürlich permanent weiterentwickeln. Aber die betriebliche Praxis in den letzten Jahrzehnten hat gezeigt, dass die Menschen durch die Fort- und Weiterbildung und durch Learning on the Job permanent weiterentwickelt werden und dass auch die 59-jährige Pflegekraft das alles schon beherrscht.

Gleichwohl haben wir zusätzlich zu diesen neuen Handwerksmitteln ein immenses Wachstum an Bürokratisierung. Gerade in den letzten Jahren haben wir eine Vielzahl an neuen Gesetzen erlebt, die den Dokumentationsaufwand nochmals erhöht und damit die klinisch tätigen Mitarbeiter vom Patientenbett weggeholt haben. Diese Kombination stößt schon an ihre Grenzen; das muss man sagen. Das fordert den Leuten sehr viel ab, weil es natürlich nicht der Wunsch eines klinisch tätigen Mitarbeiters ist, überwiegend am PC zu sitzen. Wir müssen aufpassen, dass wir dieses Thema nicht überziehen, weil sonst die Arbeit zunehmend unattraktiver wird.

Insofern glaube ich – das ist das Gesamtfazit –, dass wir keine neuen Berufsbilder brauchen. Die Berufsbilder haben sich permanent weiterentwickelt. Das hat in den vergangenen Jahrzehnten sehr gut geklappt.

Wir müssen sicherstellen, dass die Systeme zum Arbeitsschutz und zur Überwachung permanent weiterentwickelt werden. Das, was im Moment im Einsatz ist, funktioniert in der Abstimmung mit den Betriebsräten sehr gut. Da gibt es meines Erachtens keine Lücken. Wenn sich die KI weiterentwickelt, wird auch dieses System sicherlich in die betriebliche Praxis integriert, sodass ich an dieser Stelle keinen Handlungsbedarf sehe, sondern der Handlungsbedarf ist dann in der Praxis,

die Leute permanent weiterzuentwickeln und auf der Höhe der Zeit zu bleiben. Das ist eine immense Anforderung an die Kolleginnen und Kollegen, der sich die Betriebe und alle Beteiligten stellen müssen.

Vorsitzender **Moritz Promny**: Besten Dank, Herr Belling, für Ihre Ausführungen. – Damit sind wir auch hier am Ende der Anzuhörenden angelangt. Gibt es Rückfragen der Abgeordneten zu diesem Themenblock? Ich habe bislang noch keine Wortmeldung vorliegen. – Die Kollegin Böhm hat den Knopf gedrückt. Bitte, Kollegin Böhm.

Abg. **Christiane Böhm**: Ich habe eine Frage an die Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in Hessen. Ich weiß nicht, wer von Ihnen sie beantworten kann. Sie haben deutlich gemacht, dass es in der Ausbildung der Pflegepädagogen notwendig ist, auch Medienpädagogik einzubauen. Wie ist denn die Ausbildung in der Pflegepädagogik bezüglich E-Health und allem, was dazugehört? Ist das auf der Höhe der Zeit? Ich weiß es nicht. Vielleicht könnten Sie uns darüber informieren. Die Lehrkräfte sind ja diejenigen, die das das Wissen weitergeben sollten. – Das ist die eine Frage.

An Herrn Schulze habe ich noch eine zweite Frage. Sie haben deutlich gemacht, dass auch auf die Betriebsräte ganz große Herausforderungen zukommen. Die Betriebsräte in den Kliniken sind meistens auch Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Wenn die sich jetzt mit KI beschäftigen sollen, wie kann ich mir das vorstellen? Wenn sie sich auf der Höhe der IT-Leute mit dieser Frage auseinandersetzen, dann stellt man fest, dass das eine ungeheure Herausforderung ist. Wie kann man das bewältigen? Wie kann man Betriebsräte so weit qualifizieren, dass sie auch wirklich Einblick in den Prozess haben, um zu sagen, da findet Steuerung statt, die nicht über die Köpfe der Mitarbeitenden hinweg geschieht?

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich habe zwei Fragen, zunächst eine Frage an Herrn Sommerbrodt. In der letzten Runde hatte Herr Probst gesagt, Ärzte schauten eher in die Akten als in digitale Unterlagen, weil dies schneller gehe. Deswegen dazu meine Frage, wie das beim Hausärzterverband Hessen ist, ob es da schon Weiter- und Fortbildung gibt, um vielleicht nicht so digitalaffinen Menschen all das näherzubringen. Herr Probst hatte auch gesagt, es sei zu wenig IT-Wissen vorhanden. Teilen Sie das? Was macht da der Hausärzterverband selbst?

Dann würde ich gerne noch eine Frage an die Hochschulen richten. Eben wurde unter anderem von Herrn Seibel geäußert, man bräuchte Masterstudiengänge Pflegeinformatik. Jetzt gibt es einen Pflegeinformatikstudiengang in Kempten. Ansonsten gibt es Studiengänge, in denen das vielleicht nur ein Teilaspekt ist. Frau Prof. Dr. Klein, ich glaube, in dem Inclusive Design ist ein Bereich, in dem auch Pflegeinformatik vorkommt. Von der Uni Frankfurt habe ich gerade gehört, dass sie dazu etwas auf- oder nachsetzt. Fehlt es in Hessen an solchen Angeboten, und was müssten wir dann im Medizinstudium oder an den Hochschulen etablieren?

Arne Evers: Vielleicht kennen Sie den alten Witz: Niemand hat so viel für die Digitalisierung getan wie Corona. – Das trifft auf die Pflegepädagogen in Krankenpflegeschulen ganz besonders zu. Ich darf Herrn Seibel dazu aufrufen, mich im Zweifelsfall zu ergänzen. Aber die Medienpädagogik ist in dem Studium völlig unterrepräsentiert. Das ist kein Schwerpunkt. Jedenfalls mir ist nicht bekannt, dass das ein Schwerpunkt wäre.

Man sieht gerade auch beim Abrufen der Mittel aus dem Digitalpakt, dass viele Schulen sie nicht abgerufen haben. Ob das an der mangelnden Fähigkeit oder an der mangelnden Auseinandersetzung liegt, ist eine andere Frage. Die Pflegepädagogen sind ja mehr oder weniger dazu gezwungen worden, auf digitale Themen umzuschwingen, und haben da sicherlich einen hohen Lerneffekt. Das aber Medienpädagogik zu nennen, ist meiner Ansicht nach völlig übertrieben.

Wenn wir von der Anwendung digitaler Hilfsmittel sprechen – wie gehe ich mit jemandem um, der mit seiner Insulinpumpe oder seinem Insulingerät kommt und von mir wissen möchte, wie er weitermachen soll, welche Therapiemöglichkeiten er hat usw.? –, muss ich sagen, dass das eine Kompetenz ist, die den Schulen heutzutage häufig noch fehlt. Das muss aber nicht zwingend sofort Bestandteil in einem Masterstudiengang sein, was ja Pflegepädagogik ist. Dies könnte für Pflegepädagogen z. B. auch sinnvoll in eine Weiterbildung oder Ähnliches integriert sein.

Georg Schulze: Die Frage, welche Kompetenzen Betriebsräte in den digitalisierten Gesundheitseinrichtungen brauchen, ist berechtigt. Darauf habe ich zwei Antworten.

Die erste Antwort ist: Ich glaube, dass das Wissen, die Kompetenz von Betriebsräten über die klassischen arbeits- und tarifrechtlichen Fragen hinaus noch um digitale Kompetenzen erweitert werden muss. Was bedeutet das? – Es gibt einen Schulungsbedarf, der in den Einrichtungen jeweils auszuhandeln ist.

Die zweite Antwort ist: In denjenigen Fällen, in denen es um die Frage der Steuerung von KI-Systemen und um die Änderung von Arbeitsorganisationen geht, werden auch Betriebsräte nicht umhinkommen, Sachverständige mit zurate zu ziehen. Bei der Frage, welche Kosten den Einrichtungen durch die Einführung von Big Data, Digitalisierung und KI-Systemen entstehen, muss man auch die Mitbestimmungsseite der Arbeitnehmer mitdenken.

Ich habe am Anfang gesagt: Diese Systeme funktionieren eigentlich dann gut, wenn auch die Beschäftigten mitarbeiten. Insofern ist alles das, was in die Kompetenz von Betriebsräten investiert wird, gut angelegtes Geld, weil es dazu dient, dass solche Systeme gemeinsam weiterentwickelt werden.

Christian Sommerbrodt: Arztpraxen, die noch mit einer Akte arbeiten, gibt es eigentlich nicht mehr. Es mag allerdings noch ein paar Raritäten geben. Aber in der Regel der Fälle benutzen alle Arztpraxen ein modernes Praxisverwaltungssystem – was auch ein Teil des Ärgers ist.

Sehr viele Praxen digitalisieren mittlerweile die Befunde, sodass zwischenzeitlich alle Befunde in einem digitalen PDF vorliegen, die leider nicht maschinell lesbar sind. Das sind letztendlich nur digitalisierte Bilder. Das, was wir uns von der elektronischen Patientenakte der Zukunft erwarten, ist, dass wir nicht nur eine Ansammlung von Bilddateien und von irgendwelchen Textseiten haben, sondern dass man in der Kartei aktiv nach bestimmten Begriffen suchen kann.

Was macht der Hausärzteverband aktiv? – Wir haben für Ärzte in Weiterbildung ein Seminarprogramm parallel zur Weiterbildung aufgelegt, in dem die To-do-Themen des Praxisalltags aufgegriffen werden. Das ist etwas schwierig umzusetzen, weil es knapp über 100 verschiedene Praxissysteme gibt und zum Teil jedes Praxissystem so individuell bedienbar ist, dass zwei Praxen Schwierigkeiten haben, sich miteinander zu unterhalten. Aber gewisse Grundstrukturen und Grundlagen können besprochen werden.

Zusätzlich bieten wir unseren Mitgliedern relativ regelmäßig Seminarreihen zu Themen der Digitalisierung, Telematikinfrastruktur, Umsetzung in der Praxis und der Frage, wie man damit umgeht, an. Wir bekommen als Rückmeldung, dass sich viele Kollegen aufgrund der technischen Fachbegriffe restlos überfordert fühlen. Sie trauen sich einfach nicht, dies selbst zu lösen, und geben extrem viel Geld für ITler aus, die dann den Praxen die eine oder andere Lösung einbauen.

Prof. **Dr. Barbara Klein:** Die Frage ist ganz schwierig zu beantworten, um ganz ehrlich zu sein. Wir haben im Moment Studiengänge wie Digital Health und E-Health. Es gibt Fortbildungsangebote im Bereich AAL, also altersgerechte Assistenzsysteme oder Ambient Assistant Living, wie auch immer es heißt.

Brauchen wir Pflegeinformatik? – Um ganz ehrlich zu sein: Diese Frage kann ich nicht beantworten. Ich kann aber sagen: Die Menschen, die in den Gesundheitsberufen arbeiten, brauchen etwas, was hier als digitale Kompetenz benannt wird. Aber das ist ganz schwierig greifbar. Das eine sind die Arbeitsmittel, also ob wir Software entsprechend einsetzen, um die Arbeit zu erledigen. Das andere sind die Hilfsmittel, die für die Menschen sind. Sowohl bei den Arbeits- als auch bei den Hilfsmitteln kommen kontinuierlich neue Technologien dazu. Das ist nicht nur die Software. Sie haben Begriffe „Virtual Reality“, „Augmented Reality“ und „Mixed Reality“ gehört, auch robotische Systeme. Jede dieser Technologien ist sehr komplex.

Natürlich brauchen wir Pflegeinformatik. Wir brauchen Menschen im Bereich IT, die diese Technologien beherrschen können. Aber auch in diesem Bereich wird es immer Spezialisierungen geben, weil die Technik so komplex ist. Die Produkte sind nicht so einfach zu handhaben wie ein Handy, das man ein- und ausschaltet, oder eine Waschmaschine, für die man allerdings manchmal einen erhöhten Komplexitätsbedarf hat, sondern sie sind ein ganzes Stück komplizierter.

Was wir in den pflegetherapeutischen und sozialen Berufen brauchen, ist Anwendungswissen: Wie kann man die Technologie bedienen, aber nicht nur auf dem Level des An- und Ausschaltens, sondern dass man auch bei Fehlern etwas machen kann und dass man wichtige Kriterien wie Datenschutz- und Datensicherheitsaspekte berücksichtigt? – Wir haben vom BSI gehört, dass wir mit irgendwelchen Bedrohungen zu rechnen haben. Wir brauchen eine Sensibilisierung und eine Awareness dafür. Das ist eine ganze Reihe von unterschiedlichen Punkten. Ich frage mich natürlich auch bei uns an der Hochschule, wie man das in die Studiengänge praktisch implementieren kann. Aber auch darauf habe ich keine einfache Antwort.

Zu dem Masterstudiengang Inclusive Design: Das ist ein ganz spezieller Masterstudiengang, weil darin Architektinnen und Architekten, der Bereich Informatik und Ingenieurwissenschaften und Soziale Arbeit und Pflege verortet sind. Die Studierenden kommen aus diesen drei Bereichen. Sie erhalten jeweils eine fachspezifische Vertiefung und Basiswissen in den anderen Studiengängen und arbeiten über anderthalb Jahre gemeinsam in einem Projekt an interdisziplinären Fragestellungen, die sich unter anderem mit dem Ansatz neuer Technologien in unterschiedlichen Aspekten des Sozial- und Gesundheitswesens bewegen.

Diese Studierenden sind sehr nachgefragt. Ich kann ein bisschen Werbung machen. Aber das umfasst natürlich nicht die Masse der Anwendungen oder der Berufe. Meines Erachtens muss, wie eben bereits erwähnt, schon in der Schule angefangen werden, digitale Kompetenzen zu vermitteln.

Ich war vor 20 Jahren mit meinen Kindern in Großbritannien. Die sind dort damals mit vier und sechs Jahren in die Schule gekommen. Schon damals stand ein PC im Klassenraum. So etwas haben wir hier in Deutschland nicht wirklich, auch wenn die Digitalisierung mittlerweile Fortschritte gemacht hat.

(Abg. Marcus Bocklet: Das hatten wir auch! Man konnte sie nur nicht bedienen!)

Mein Plädoyer ist ganz stark, dass wir die Qualifizierungsmaßnahmen in Richtung Anwendungswissen weiterentwickeln. Dort stehen wir generell vor der Herausforderung, dass sich die Technologien so massiv und so schnell verändern.

Prof. **Dr. Felix Hoffmann:** Auch ich möchte noch auf die Frage eingehen, welche Angebote es in der Lehre geben muss, und würde mit einer ganz kleinen Anekdote einsteigen. Ich habe mich gestern mit einem Professorenkollegen unterhalten. Wir vertreten zu zweit den digitalen Bereich an der APOLLON Hochschule. Ich bin Arzt, und mein Kollege Kurt Becker ist Informatiker. Er hat gesagt: Eigentlich ist die digitale Transformation durch. Es ist doch alles erledigt. – Darauf habe ich gesagt: Nein, eigentlich gar nicht.

In technischer Hinsicht haben wir schon sehr viel. Meine Meinung ist: Wir brauchen eigentlich gar nicht mehr so viel Informatik, die Anwendungen entwickelt. Vielmehr müssen wir jetzt anfangen, die Anwendungen, die vorhanden sind, und die vielen technischen Lösungen, die existieren, in

die Versorgung zu bringen, damit sie wirklich genutzt werden. Das ist meines Erachtens die große Herausforderung, die jetzt vor uns liegt.

Dazu gehören vier Kompetenzen, nämlich erstens das Prozessmanagement: Welche Prozesse müssen sinnvollerweise entwickelt werden, damit die Gesundheitsversorgung gut ist? Zweitens brauchen wir die Digitalisierung, um diese Prozess digital zu unterstützen. Drittens spielen ein verändertes Führungsverständnis eine wichtige Rolle und schlussendlich – viertens – auch die Bildung. Denn wo es in anderen Fächern so ist, dass man mit der Berufsausbildung das Wissen vermittelt bekommt, das man benötigt, muss in der Digitalisierung viel Wissen neu erworben werden, auch wenn die Personen schon berufstätig sind.

An der APOLLON Hochschule haben wir einen Master of Digital Health Management. Er startet jetzt im Juli. Das ist eine Fernhochschule und damit auch in Hessen verfügbar. Sicherlich braucht man Angebote auch in der stationären Ausbildung, die das ergänzen.

Aber die Bildung allein reicht nicht aus. Es reicht nicht, dass jemand einen Kurs gemacht und eine Urkunde im Ordner hat. Am Ende geht es darum, dass wir einen Kulturwandel im Gesundheitswesen erreichen müssen und dass das, was in der Lehre vermittelt wird, im Berufsalltag auch umgesetzt wird.

Dr. Michael von Wagner: Im Moment gibt es in dem neuen Curriculum für das Medizinstudium die explizite Aufforderung, die Themen der digitalen Medizin mit aufzunehmen. Derzeit wird darüber diskutiert – so haben wir es eben auch hier schon besprochen –, wie genau das erfolgen soll. Die Frage ist: Was ist eine digitale Kompetenz?

Viele der Aspekte sind eher entlang der Fachthemen verortet, also in den einzelnen Fachgebieten. Dann haben wir natürlich die Weiterentwicklung der Medizininformatik. Ganz viele der Themen, die wir heute zum Thema Big Data angesprochen haben, spielen sich vor allem erst einmal in der Medizininformatik ab, wozu ein enger Austausch auch bei uns am Haus in gemeinsamen Zentren stattfindet. Insofern vermitteln wir das an die Medizinstudierenden und auch an die schon tätigen Kollegen weiter.

Nach meiner Erfahrung muss ein Gutteil der Digitalisierung auch immer als ein Werkzeug verstanden werden. Das heißt, wir betrachten das Ganze dann doch wieder aus der Perspektive dessen, wofür wir es nutzen wollen. In ganz vielen Momenten müssen wir die Dinge, die wir an vielen Stellen einsetzen – ich habe vorhin von der kritischen Reflexion gesprochen –, auch hier anwenden. Aber das muss genauso unser Alltag werden. Wir müssen vertrauter damit werden. Insofern ist es wichtig, dass wir das zunächst in die bestehenden Ausbildungswege integrieren und dann überlegen, ob es tatsächlich noch weitere, ganz neue Berufsbilder braucht.

Vorsitzender **Moritz Promny**: Ich sehe jetzt keine weiteren Rückfragen, keine weiteren Wortmeldungen mehr. – Dann sind wir an dieser Stelle mit dem Themenblock 3 fertig. Ich darf mich ganz herzlich für Ihre Ausführungen bedanken. Mein Kollege Veyhelmann startet mit dem Themenblock 4 pünktlich um 17:30 Uhr.

Themenblock 4 Versorgungsrealität in Hessen	
Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH	Sebastian Polag (Vorstand)
APOLLON Hochschule der Gesund- heitswirtschaft GmbH	Dr. Felix Hoffmann (Professor für Digital Health)
Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in Hessen	Herr Hubert Connemann (Geschäftsführer)
Hausärzteverband Hessen	Christian Sommerbrodt
Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit	Dr. Nils Gaebel (Referatsleiter Bereich Gesundheit)
Hessische Krankenhausgesellschaft	Prof. Dr. med. Steffen Gramminger (Geschäftsführender Direktor)
Innovationsverbund Öffentliche Gesund- heit	Martin Tschirsich
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	Frank Dastych (Vorsitzender)
Klinikverbund Hessen GmbH	Reinhard Schaffert (Geschäftsführer)

Kompetenzzentrum Digitale Medizin e. V.	Prof. Dr. Nawid Khaladj (Vorstand)
Landesärztekammer Hessen	Daniel Libertus
St. Josefs-Hospital Rheingau GmbH	Jens Gabriel (Geschäftsführer)
Teleintensiv-Medizin in Hessen	Dr. Michael Albert
Universitätsklinikum Frankfurt	Dr. med. Michael von Wagner
Ver.di Landesbezirk Hessen	Georg Schulze (Fachbereich Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft)
Vitos GmbH	Reinhard Belling (Geschäftsführer)

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann**: Wir starten pünktlich mit dem Themenblock 4: Versorgungsrealität in Hessen. – Wir gehen nach dem gewohnten Verfahren vor, das wir schon bei den drei Themenblöcken zuvor eingeübt haben. Insofern müsste das jetzt reibungslos funktionieren. Den ersten Versuch startet Herr Polag.

Sebastian Polag: Das ist heute für mich die erste Veranstaltung in dieser Form. Beim vierten Themenblock ist man doch schon ein bisschen ermüdet und erschöpft. Ich habe höchsten Respekt. Sie machen das ja mehr als einmal im Jahr, habe ich gehört,

(Abg. Marcus Bocklet: Und noch viel länger!)

auch mit FFP2-Masken usw. Das kennen wir im Krankenhaus natürlich auch gut. Wie gesagt: höchsten Respekt. Das ist wirklich anstrengend und hätte ich nicht so eingeschätzt.

Bezüglich der Digitalisierung – zurück zum Thema – sind wir beim AGAPLESION-Konzern – das behaupte ich ganz arrogant – schon sehr gut unterwegs. Wir haben bei uns flächendeckend die digitale Patientenakte – wir sprechen oft auch von der hybriden Akte – eingeführt. Das heißt, die Unterlagen, die Patientinnen und Patienten mitbringen und die aufgrund von fehlenden Schnittstellen zu externen Partnern noch nicht digital vorliegen, werden bei uns eingescannt und dann digital weiter analysiert und verwendet. Die Pflegedokumentation ist schon digital, auch die Arztbriefschreibung mit Spracherkennung usw.

Über die laufenden Maßnahmen habe ich bereits in den anderen Themenblöcken berichtet: Telemedizin, Onlinesprechstunden, Onlinezweitmeinungen, Telenotarzt, Onlineüberwachung, auch von chronisch erkrankten Patienten in der ländlichen Fläche, und Robotik im Operationsbereich. Wir haben allein in Frankfurt bei uns zwei Da-Vinci-Roboter im OP stehen, die tatkräftig genutzt werden.

Auch die KI sowie Entscheidungs- und Unterstützungssysteme wurden heute schon angesprochen. Diese nutzen wir ebenfalls, gerade auch im Bereich der Arzneimitteltherapie.

Eine Herausforderung – und das leider schon seit vielen Jahren – ist das Thema E-Health. Bisher haben wir es in Deutschland leider noch nicht hinbekommen, ein funktionierendes, laufendes System auszurollen. Die entsprechenden Projekte laufen schon seit Jahren. Wenn wir einmal im europäischen Ausland schauen, beispielsweise auch bei den Nachbarn in Österreich, dann stellen wir fest, dass die schon deutlich weiter sind. Dort sind die Herren der Daten die eigenen Patientinnen und Patienten. Sie können das auch für sich verwalten. Da müssen wir wirklich aufholen.

Was uns mit Sicherheit einen großen Schritt weiterbringen wird, ist das Krankenhauszukunftsgesetz, das ich außerordentlich begrüße. Ich möchte aber noch ein paar Hinweise geben, wo dies für uns Schwierigkeiten bereitet.

Wir haben konzernweit mehr als 460 Anträge gestellt und müssen bis 2024 alles umgesetzt haben. Sonst bekommen wir Geld von unseren Rechnungen abgezogen, was uns sowieso schon dringend fehlt. Die Fristen sind – Stand heute – kaum noch einzuhalten. Wir haben von den mehr als 460 Anträgen bisher erst drei aus Niedersachsen bewilligt bekommen. Der Rest, komplett aus Hessen, ist noch unbeantwortet. Wir dürfen aber erst mit der Umsetzung und insbesondere auch mit der EU-weiten Ausschreibung, die von Ihnen leider verpflichtend umgesetzt worden ist, beginnen, wenn die Bescheide da sind. Das ist wieder ein Bürokratietiger, und ich sage: Das macht uns das Leben nicht gerade leichter. Dann greifen natürlich alle Krankenhäuser auf den gleichen kleinen Markt an Gesundheitssoftware und -hardware zu und müssen versuchen, innerhalb dieser kurzen Laufzeit alles umzusetzen. Insofern habe ich die dringende Bitte, da noch nachzuwirken und zu verbessern.

Die gemeinsame Kooperation von MVZ und Krankenhaus bzw. ambulant und stationär könnte viel enger stattfinden, wenn zugelassen wird, dass man gemeinsame Ressourcen nutzen darf. Dem wird aber oftmals, explizit von den Kollegen der KV, die heute auch anwesend sind, ein Riegel vorgeschoben. Das ist nicht zulässig und kann ich nach wie vor nicht verstehen.

Lassen Sie uns gemeinsam, wie wir es auch bei unserem gemeinnützigen Konzern AGAPLESION tun, Menschen sowie Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Lassen Sie uns einfach einmal etwas Verrücktes tun. Schaffen wir Fürstentümer und Sektoren ab, und kümmern wir uns wirklich um Menschen, nämlich um die Patientinnen und Patienten.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann:** Bevor ich den Nächsten aufrufe, noch der Hinweis an diejenigen, die neu hinzugekommen sind und die das Prozedere des kurzen Marathons heute Mittag nicht mitgemacht haben: Wir haben uns darauf verständigt, dass wir jedem Experten drei Minuten Redezeit einräumen. Wenn es eine halbe Minute mehr ist, ist das sicherlich kein Problem. Dieses Prozedere hat sich bewährt. Damit sind wir in einem relativen guten Zeitansatz. Wir planen, dass wir ab jetzt nach etwa 1,25 Stunden zum Ende kommen.

Prof. **Dr. Felix Hoffmann:** Im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit als Leiter der Stabsstelle für medizinische Prozessentwicklung am Klinikum Darmstadt bin ich in viele Projekte eingebunden, die die Digitalisierung innerhalb des Klinikums und auch über das Klinikum hinaus vorantreiben sollen, angefangen bei Tele-COVID über die Neustrukturierung von Schnittstellen innerhalb des Krankenhauses oder auch darüber hinaus. Aktuell denken wir über den Einsatz von Transportdrohnen für unsere medizinische Logistik nach. Auch planen wir VR-Anwendungen in der Ausbildung. Das ist ein relativ breites Portfolio bei uns am Klinikum.

Wir gehen schon seit vielen Jahren den Weg hin zum papierlosen Krankenhaus. Im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht der Mensch, wie es auch mein Vorredner herausgestellt hat; das ist wichtig. Das Ziel ist, dass unsere hoch qualifizierten Behandlerinnen und Behandler durch bessere Prozesse mehr Zeit für komplexe Fälle haben und dass wir unseren Patientinnen und Patienten ein Höchstmaß an Spitzenmedizin bieten können. Dieser Weg ist durchaus sehr steinig, weil sich die vielen guten Einzellösungen nicht oder nur unter großem Aufwand miteinander vernetzen lassen.

Öffentliche Fördermittel sollten insbesondere dort platziert werden, wo diese dem Aufbau eines leistungsfähigen digitalen Ökosystems dienen. Das soll aber kein Appell dafür sein, dass die Politik nun die Dinge im Alleingang in die Hand nimmt und unsere Probleme löst. Die gesetzliche Verpflichtung zur Nutzung der Telematikinfrastruktur, die eher eine zusätzliche Belastung denn eine Problemlösung ist, ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich technologische Herausforderungen politisch nicht lösen lassen. Die Schaffung eines digitalen Ökosystems muss deutschlandweit oder – besser – international gedacht werden.

Ich wünsche mir von der Politik, dass sie Partner und Unterstützer für all die klugen und engagierten Menschen ist, die das Gesundheitswesen transformieren. Wir brauchen die Unterstützung der Politik; denn viele Projekte profitieren von einem starken politischen Willen. Geben Sie uns

gerne die Richtung vor, aber nicht das Ziel. Bitte seien Sie Möglichmacher und nicht bürokratischer Blockierer. Ich freue mich darauf, gemeinsam mit Ihnen die digitale Transformation im Gesundheitswesen gestalten zu dürfen.

Hubert Connemann: Als ich gerade erst gestern auf einem IT-Kongress war und von der heutigen Anhörung berichtete, habe ich große Augen gesehen und auch eine gewisse Erwartungshaltung erkannt, was hier im Hessischen Landtag wohl passiert. Das ist schon ein recht innovativer Ansatz, den es in anderen Bundesländern in dieser Ausprägung offensichtlich nicht gibt. Aber wie gesagt: Damit wird auch eine gewisse Erwartungshaltung ausgelöst.

Da ich schon ziemlich am Schluss an der Reihe bin, will ich es mit Karl Valentin halten: Es ist schon alles gesagt, aber noch nicht von mir. – Ich möchte einige Botschaften, die hier schon verkündet worden sind, noch verstärken.

Wir haben in dem ersten Themenblock insbesondere über das Thema Big Data respektive Datennutzung diskutiert bzw. beraten. Die Datennutzung für die Medizinforschung ist das eine. Aber auch die Datennutzung für die Versorgungsforschung sollten wir dabei nicht vernachlässigen. Ich möchte an dieser Stelle Prof. Gerlach von der Uni Frankfurt zitieren – er ist zugleich der Vorsitzende des Sachverständigenrats –: Daten für Taten. – Ich glaube, das macht das Ganze in einem Satz deutlich.

Auch wurde bereits thematisiert, dass die Infrastruktur für Datennetze, die im Land und in den Städten benötigt wird – egal, ob im urbanen oder ländlichen Raum –, sichergestellt sein muss. Wir brauchen flächendeckend Daten- oder auch Funknetze mit wenigen oder am besten keinen weißen Flecken, also eine Ausleuchtung zu 100 %.

Wir haben auch vernommen, dass wir auf dem Land eine gewisse Renaissance erwarten dürfen. Ich selbst wohne in einem ländlich geprägten Raum. Wir haben in der Tat vor, unseren jungen Familien auf dem Land nachzuziehen. Das heißt, die Best Ager oder auch Silver Ager, wie wir es heute schon gehört haben, werden auch in den ländlichen Räumen entsprechende Bedarfe der Gesundheitsversorgung haben.

In der Gesundheitswirtschaft, aber auch in der Pflege werden wir die doppelte Demografiekeule erwarten – auch die ist heute schon mehrfach angesprochen worden –: mehr Leistungen für die ältere Bevölkerung und weniger Nachwuchs mit der Folge, dass wir die vorhandenen Fachkräfte, die wir haben und die wir noch brauchen, schonen wollen und müssen. Hierbei komme ich zu dem Ergebnis – auch das habe ich gestern gehört – des „paperless nursing“ und die Dokumentationslast abzumildern.

Lange Rede kurzer Sinn: Die IT ist kein Selbstzweck, sondern die IT und die Digitalisierung müssen dazu genutzt werden, unsere Prozesse und Systeme noch besser aufzustellen und zu nutzen.

Christian Sommerbrodt: Wir haben heute schon viel zu den digitalen Möglichkeiten gehört, die es gibt, die aber noch nicht Realität sind. Die Realität ist noch ganz weit weg von diesen Zukunftsvorstellungen.

Letztendlich läuft keine der vom Gesetzgeber vorgegebenen Anwendungen flächendeckend. Weder die Arztkommunikation per KIM, also die Kommunikation im Medizinwesen, noch das elektronische Rezept, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und die elektronische Patientenakte laufen in der Fläche. Die einzigen Anwendungen, die funktionieren, sind Onlineterminportale und Videosprechstunden, die über private Dienstleister angeboten werden. Daneben gibt es noch diverse Insellösungen auf dem Markt, die aber dem Konzept einer gemeinsamen Digitalisierung im Grunde genommen völlig widersprechen.

Es gibt keine sichere elektronische Verbindung zum Patienten. Dabei ist noch immer der Brief das Maß der Dinge. Die Kommunikation zwischen den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, zwischen ambulanten Pflegediensten, den Pflegeeinrichtungen und den Ärzten basiert im Wesentlichen noch immer auf dem Faxgerät.

Bei der sektorübergreifenden Versorgung – dies wurde heute schon lobend erwähnt – funktioniert das Entlassmanagement auch fünf Jahre nach der Einführung nicht. Es ist noch immer so, dass die Mehrheit der Patienten ohne Entlassmanagement entlassen werden und sie freitagsnachmittags in den Praxen aufschlagen, weil sie noch Rezepte brauchen, die in den Krankenhäusern nicht ausgestellt werden konnten, weil dort beispielsweise die Rezeptausstellung nicht funktioniert hat.

Der Datentransfer vom Krankenhaus in die Arztpraxis funktioniert mit Glück per Fax, mit Pech per Zetteln und die Übertragung durch den Patienten.

In der Impfkampagne der Corona-Pandemie wurde ein Aspekt, der logisch ist, deutlich, nämlich dass diejenigen Patientinnen und Patienten, die eine familiäre Unterstützung hatten oder mit Onlineanmeldeportalen zurechtkamen, wesentlich schneller einen Impftermin bekommen haben als diejenigen, die weder die Kompetenz noch familiäre Unterstützung hatten.

Wir erleben in der Arztpraxis tagtäglich beide Gruppen, und zwar in jeder Altersgruppe. Es gibt auch junge Leute, die digital überfordert sind, und ältere Leute, die mit digitalen Geräten gut zurechtkommen. Dennoch müssen wir sagen, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten noch nicht ausreichend bereit ist, die digitale Versorgung zu nutzen. Bei der Umstellung der Versorgungsrealitäten und der gewünschten Konzepte sollten wir diese Patientengruppe jetzt nicht vergessen.

Dr. Nils Gaebel: Aus dem Themenblock 4 möchte ich die Frage aufgreifen, was gute Pilotprojekte gewesen sind. In diesem Zusammenhang nenne ich das Projekt Tele-COVID Hessen, in das auch wir eingebunden waren. Dabei ist es in sehr kurzer Zeit möglich geworden, krankenhaushübergreifende Konsile und einen fachlichen Austausch zu COVID-Erkrankungen durchzuführen,

gerade während der Hochphase der Corona-Pandemie. Das war sicherlich auch durch die rechtzeitige und vorbildliche Einbindung des Sozialministeriums möglich, das uns bereits zu einem frühen Projektstadium hinzugenommen hat. So wünschen wir uns die Zusammenarbeit. Das ist aus unserer Sicht absolut vorbildlich gelaufen. Das Projekt ist mittlerweile weiterentwickelt worden. Auf unserer Homepage finden sich noch Hinweise dazu.

Momentan haben wir noch einige Projekte aus dem Rettungsdienstwesen. Auch das ist ein sehr interessanter Bereich, in dem momentan sehr viel passiert. Wir haben unter anderem ein Projekt, mit dem die Notfallstationen der örtlichen Krankenhäuser durch örtlich nahegelegene Arztpraxen entlastet werden sollen. Die Rettungsdienstwagen sollen die Arztpraxen anfahren, die in der Nähe sind und die ein entsprechendes Notfallbehandlungsmanagement durchführen können.

Darüber hinaus gibt es im Bereich des Rettungsdienstwesens einen rettungsdienstspezifischen Messenger, den wir uns auch anschauen. Auch hierbei sind wir aus meiner Sicht rechtzeitig eingebunden worden. Zum jetzigen Zeitpunkt können wir da entscheidende Weichen stellen.

Vielleicht noch ein Wunsch an dieser Stelle. Vor einiger Zeit gab es einmal – ich weiß nicht, ob es ihn noch gibt – den E-Health-Beirat vom Sozialministerium, der dort regelmäßig getagt hat. Ich habe seit der Pandemie nichts mehr davon gehört und weiß nicht, ob es ihn noch gibt. Wir sind nicht mehr eingeladen worden. Es wäre durchaus etwas Gutes, gerade um Pilotprojekte zu fördern, wenn man ihn wiederbeleben würde. Er ist ein guter Ort, um Entscheidungsträger aus dem Gesundheitsbereich aus Hessen zusammenzubringen. Wir würden es sehr begrüßen, wenn es wieder eine Anlaufstelle für neue Projekte gäbe.

Noch ein letzter Punkt: Wir haben natürlich auch länderübergreifende Projekte, insbesondere ein Projekt, das die Auswirkungen der COVID-Erkrankungen auf die Lunge erforscht. Mehrere Standorte sind daran beteiligt. Wir haben in Hessen gemeinsam mit dem BfDI die Taskforce Forschungsdaten gegründet. Auch das ist ein Instrument, um sich länderübergreifende Forschungsprojekte anzuschauen. Ich denke, auch das ist ein gutes Instrument für solche Pilotprojekte.

Prof. Dr. Steffen Gramminger: Ich möchte mich auf zwei Projekte konzentrieren, die es schon vor Corona gab, die aber mit Corona noch einmal Tempo aufgenommen haben. Jetzt, nach Corona, gilt es, diese weiterzuentwickeln.

Das ist zum einen – das ist schon angesprochen worden – das System IVENA in Hessen, der interdisziplinäre Versorgungsnachweis, mit dem eine schnelle Zuordnung von Notfallpatienten in eine fachlich passende Klinik mit freien Kapazitäten organisiert wird. Das hat uns in der Corona-Pandemie außerordentlich geholfen, unsere Patienten zu steuern und so zu verteilen, dass es nirgendwo zu übermäßigen Engpässen gekommen ist. Engpässe gab es natürlich überall.

Jetzt, nach Corona, gilt es, dies weiterhin zu nutzen. Es wurde schon angesprochen: Es kann auch ein Schlüssel zur sektorübergreifenden Versorgung sein, dass die ambulante Notfallversorgung, die Notfallpraxen in das IVENA-System eingebunden werden. Damit können die Patienten

bedarfsorientiert auch in Praxen geleitet werden, damit sie nicht unsere Notfallambulanzen überfüllen.

Zum anderen nenne ich Tele-COVID, das heute schon einmal kurz angesprochen worden ist. Die Tele-COVID-App wurde in kürzester Zeit entwickelt und hat einen niedrighschwelligen Einstieg. Insofern ist sie benutzerorientiert. Medizinische Datenverläufe, Laborwerte und Röntgenbilder konnten ausgetauscht werden. Knapp 80 Krankenhäuser in Hessen haben sich dabei engagiert. Jetzt, wenn wir aus der Corona-Pandemie herauskommen, was wir alle ja hoffen, gilt, dass wir ein solches System als Teleintensiv weiterleben lassen.

Der Krankenhauszukunfts fonds ist ebenfalls schon angesprochen worden. Er war wichtig und richtig als Startpunkt. Aber es darf nicht vergessen werden, dass das Investitionsmittel sind. Auch bei der Teleintensiv-App wird deutlich: Es braucht Prozesse. Prozesse brauchen Personalstrukturen. Es ist keine Gegenfinanzierung vorgesehen, weil diese Strukturen nicht in der DRG-Kalkulation enthalten sind. Aber sie müssen schon jetzt übernommen werden. Da sind wir guten Mutes. Wir sind in einer Projektgruppe für einen Transformationsprozess, um das Gewonnene zu retten. Aber das Ganze wird wahrscheinlich erst einmal wieder in einer Vorlage der Krankenhäuser enden, um Personal zur Verfügung zu stellen und dieses System aufrechtzuerhalten; denn bis dato ist keine Gegenfinanzierung vorhanden.

Das Problem ist, dass alle die Digitalisierung wollen und man denkt, mit Investitionsmitteln in Höhe von 3,4 Milliarden € ist das geschehen. Das hört sich bei einer so großen Summe undankbar an. Aber das muss weitergedacht werden. Wir sind erst am Anfang der Entwicklung. Insofern werden wir hier auch in Zukunft noch eine zusätzliche Finanzierung benötigen.

Martin Tschirsich: Ich vertrete den Innovationsverbund Öffentliche Gesundheit. Vorhin sprach meine Kollegin Frau Kastl. Ich spreche jetzt zu dem vierten Themenblock und möchte insbesondere die Frage nach den Förderprogrammen zur Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, die sinnvoll sind, und danach noch die Frage nach den Auswirkungen des Einsatzes von E-Health-Anwendungen ansprechen, insbesondere wenn das Vertrauen fehlt oder die Zugangsgeräte fehlen.

Wir als Innovationsverbund sind ein Zusammenschluss aus der Zivilgesellschaft, also keine Hersteller, keine Gebietskörperschaft und auch kein Herstellerverband, sondern Köpfe aus der Gesundheitsversorgung, Ärztinnen und Ärzte, aber auch Informatiker und Sicherheitsexperten. Wir haben damit begonnen, öffentliche Datenschnittstellen zu bauen, die in der Gesundheitsversorgung hilfreich und gerade im öffentlichen Gesundheitsdienst, aktuell in den Gesundheitsämtern vieler Bundesländer, flächendeckend im Einsatz sind. Das sorgt für interoperable Vernetzungen und für den Ausgleich von Defiziten, von denen wir vorhin gehört haben und die uns beschäftigen, also das Fehlen von Basisinfrastruktur.

Zu der Zeit unserer Gründung gab es kein staatliches Förderprogramm, das wir hätten nutzen können. Es gab keine Förderung, die wir für den Aufbau notwendiger Basisinfrastruktur hätten

beziehen können. Wir konnten vor der Corona-Pandemie nicht auf staatliche Förderung zählen und sind deswegen glücklich gewesen, dass uns die Björn Steiger Stiftung finanziert.

Inzwischen gibt es auf Bundesebene Initiativen wie den Prototype Fund und den im Ausbau befindlichen Sovereign Tech Fund, die genau das, was wir sind, als Ziel haben. Sie nehmen sich nach amerikanischem Vorbild genau dieser Lücke an. Ich als Vertreter des InÖG bitte Sie, darüber nachzudenken, den Aufbau solcher Förderprogramme auch auf Landesebene anzustreben oder solche Förderprogramme auszubauen und sich dafür einzusetzen, sie auf Bundesebene auszubauen. Sie legen die Basis für vernetzte interoperable Innovationen im Gesundheitswesen.

Um es einmal bildlich zu sagen: Vorhin hat ein Anzuhörender gesagt, wir seien im Digitalisierungsbereich der Gesundheitsversorgung ein Dritte-Welt-Land. Uns fehlen die Straßen und Autobahnen. Insofern nützt es uns nichts, Sportwagen zu fördern. Wir müssen erst die Straßen, die Auffahrten und die Autobahnen fördern und bauen. Danach kommt der Rest automatisch. Das ist eher ein Pulleffekt. Dies finden wir sehr wichtig.

Zu der zweiten Frage nach den Auswirkungen des Einsatzes von E-Health-Anwendungen für Menschen, die kein Vertrauen darin haben: Wir sehen heutzutage, dass Plattformen oft versuchen, die Lücke zu füllen, wo staatliche Infrastruktur fehlt. Für die Terminvermittlung kennen Sie vielleicht Doctolib. Wenn man beispielsweise in Berlin einen Impftermin haben wollte, ging das nur über diese Plattform. In Frankreich bekommt man auf dem Land keinen Termin mehr und kommt nicht mehr in die Versorgung hinein, wenn man diese Plattform nicht nutzt. Man wird sozusagen gezwungen, seine Daten weiterzugeben, um an der Versorgung teilnehmen zu können.

Menschen, die ohnehin schon kein Vertrauen haben, können nicht ausweichen; dafür gibt es keine Möglichkeit. Insofern muss es zunächst einmal eine Wahlfreiheit geben. Es muss mehrere Möglichkeiten geben, an der Gesundheitsversorgung zu partizipieren. Es reicht eben nicht zu sagen, dass man das dem Plattformanbieter überlässt. Ich habe jetzt nur einen Anbieter herausgegriffen. Man sollte insgesamt schauen, dass die Versorgung und der Zugang zur Versorgung auch für diejenigen möglich sind, die kein Vertrauen haben.

Auch sollte man Plattformen bauen, die gar kein Vertrauen erfordern. Das Thema Zero Trust ist auch schon erwähnt worden. Moderne Gestaltungsmöglichkeiten, Security by Design und Privacy by Design erlauben es, Gesundheitsdaten auch ohne Vertrauen in irgendeine dritten Anbieter sicher zu verarbeiten. Den Menschen kann dadurch transparent beigebracht werden, dass sie keine Ängste mehr haben müssen. Ich möchte dafür werben, sich mehr damit auseinanderzusetzen.

Frank Dastych: Da ich nur drei Minuten Redezeit habe, muss ich das Lob an die Abgeordneten leider sehr kurzhalten. Aber gestatten Sie mir trotzdem, meinen Respekt auszudrücken und Dank zu sagen, dass Sie sich dieses wichtigen Themas angenommen haben. Ich glaube, das ist ein Zukunftsthema, wenn nicht gar das Zukunftsthema in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Ich komme aus einer sehr ambivalenten Welt. Ich bin Christian Sommerbrodt dankbar dafür, dass er mit der Legende von der Hausarzt- und auch der Facharztpraxis aufgeräumt hat, die noch mit Akten arbeitet. Wenn Sie in unsere Praxen gehen – als Patient merken Sie das vielleicht nicht unbedingt sofort –, kommen Sie in eine hoch digitalisierte Welt. Nicht nur, dass fast alle Prozesse in den Praxen – von der Patientenanmeldung bis zur Arztbriefherstellung – digital laufen, sondern auch Ultraschallgeräte – ich bin HNO-Arzt –, die gesamte Neurotologie usw. sind bei uns digital angebunden. Das ist State of the Art.

Dann komme ich in eine Welt, in der es um Interoperabilität und Vernetzung geht. Das wäre die eigentliche Kernaufgabe der Telematikinfrastruktur gewesen. Ich erlebe aber seit zehn Jahren Pleiten, Pech und Pannen und ein Scheitern dieses Projekts. Da müssen wir neu ansetzen.

Bereits 92 % der hessischen Praxen sind an die Telematikinfrastruktur angeschlossen. Ich gehe jetzt auf die restlichen 8 % nicht ein. Obwohl die ePA noch nicht richtig am Laufen ist, sind 65 % der hessischen Praxen ePA-ready. Ich kenne nicht wirklich viele Kolleginnen und Kollegen, die die Digitalisierung infrage stellen.

Aber wo klemmt jetzt das Ganze? – Ich könnte natürlich den Vorsitzenden um zwei Stunden zusätzliche Redezeit bitten. Dann könnte ich Ihnen die ganzen Pleiten, Pech und Pannen der Gematik, in der Digitalisierung und in der Vernetzung des Gesundheitswesens in sehr kompakter und kurzer Form darstellen, von proprietärer Technologie über permanente Störungen, über die nicht kommuniziert wird. Dienste fallen ständig aus und sind nicht erreichbar.

KIM ist ein angeblich interoperabler Dienst, der aber gar nicht in die PVS-Systeme passt. Die KIM-Systeme können untereinander kommunizieren, aber nicht so in die Primärsysteme der Praxen eingebunden werden, wie man das möchte. Man ist dabei auf den PVS-Hersteller angewiesen. Diese Systeme sind aber Closed Shops. Da wird ein klarer Protektionismus für die Industrie betrieben.

Wenn Herr Bocklet seinen Hausarzt wechselt, wäre es doch das Normalste der Welt, er nimmt seine Daten auf einem USB-Stick mit – Pustekuchen. Er nimmt sie in ausgedruckter Form mit. Warum? – Weil die beiden Praxen mit hoher Wahrscheinlichkeit unterschiedliche Systeme haben. Das ist genau der Knackpunkt, der uns beschäftigt und der auch den Widerstand in den Praxen erklärt.

Insofern brauchen wir aus meiner Sicht eine nationale bzw. eine hessische Digitalisierungsstrategie – viele Dinge werden wir in Hessen nicht alleine lösen können –, die von zwei Bereichen ausgeht: den Leistungserbringern – stationär, ambulant, Pflege usw. – und den Patienten. Wenn

wir uns an diesen Bedürfnissen orientieren, kommen wir, so glaube ich, endlich den Schritt vorwärts, den wir dringend brauchen.

Vielleicht haben Sie noch viele Fragen. Ich habe mir noch eine Menge Notizen gemacht.

Reinhard Schaffert: Ich denke, die Projekte sind erfolgreich, wenn sie tatsächlich einen Mehrwert für die Anwender schaffen und nicht Mehraufwand bedeuten. Wir haben heute etliche Beispiele gehört, wo das Gegenteil der Fall ist bzw. der Mehraufwand abschreckt. Meiner Ansicht nach muss das Ziel von geförderten Projekten sein, dass es tatsächlich einen Mehrwert für die Anwender schafft, natürlich auch für die Versorgung und die Patientinnen und Patienten.

Solche Förderprogramme wie das KHZG – Herr Professor Gramming hat es schon erwähnt – sind prinzipiell sehr gut. Die Fördersumme hört sich sehr viel an. Sie sind aber auch sehr aufwändig, und es dauert sehr lange. Auch das wurde schon beschrieben. Man muss die Folgekosten bedenken; denn die Digitalisierung ist keine reine Einmalinvestition, sondern verursacht ständig Folgekosten für Schulungen bis hin zu Lizenzgebühren, die jährlichen Updates usw. Das ist ein Abo-System, keine reine Investition.

Ich denke schon, wenn Förderprogramme staatlicherseits aufgesetzt werden, sollte es eine klare Zielsetzung oder zumindest eine klare Zielrichtung geben, wohin es gehen soll, was sich durch die Förderung tatsächlich verändern soll.

Aus meiner Sicht muss in dem Sinne sinnvoll gefördert werden, dass die Patienten einerseits dort richtig versorgt werden, wo sie sind, und die Daten dem andererseits folgen. Es wurde schon das Problem beschrieben, dass das krankenhauseigene MVZ die Daten nicht mit dem Krankenhaus austauschen kann, warum auch immer. Die Daten müssen einfach dem Behandlungspfad folgen.

Was den Zugang für Menschen betrifft, die weniger Kontakt und Kompetenz in der digitalen Anwendung haben oder haben wollen, denke ich, einerseits könnte viel über eine B2B-Lösung, also eine Business-to-Business-Lösung gemacht werden, zum Beispiel ein E-Rezept direkt vom Arzt zum Apotheker, und der Patient muss nur hingehen, sich identifizieren, seine Karte zeigen bzw. einlesen lassen und bekommt dann das entsprechende Medikament, weil es schon in der Apotheke vorliegt.

Es wäre auch vorstellbar, so etwas wie Digitallotsen zu installieren, die solche Menschen an die Hand nehmen und sie dabei unterstützen. So etwas gibt es sicherlich schon als Dienstleistung.

Die letzte Frage in dem Fragenkatalog war, was mit Personen geschieht, die eine Unterschrift unter Einwilligungen setzen, deren Text sie weder lesen noch verstehen können. Das ist erst einmal eine juristische Frage. Das haben wir bei einem geschriebenen Text auch. Aber gerade dort kann Digitalisierung helfen, weil sie Dinge über Grafiken, Animationen, Videos oder Ähnliches visualisieren und da unterstützen können. Ich denke, insgesamt ist eine Förderung der weiteren Digitalisierung sinnvoll, wenn sie zielgerichtet erfolgt.

Prof. **Dr. Nawid Khaladj**: Meine Vorredner haben leider oder zum Glück schon wieder vieles gesagt. Ich möchte nur etwas Wasser in den Wein gießen. Die ganzen guten Projekte, die wir haben, die Tele-COVID-App und die IVENA als Kapazitäts- und Versorgungsnachweis sind exzellente Grundlagen, auf denen wir aufbauen müssen. Wenn ich mir aber vorstelle, dass unsere Mitarbeitenden jeden Tag hier sitzen und das händisch eingeben – Stichwort Interoperabilität der Schnittstellen – und wir durch die verschiedenen Systeme nicht weiterkommen, da müssen wir sicherlich etwas tun. Hier hat es der Gesetzgeber leider verpasst, auch mit dem KHZG, einen Standard vorzugeben, damit wir einen einfachen und sicheren Austausch zwischen den verschiedenen Systemen und vor allem zwischen den verschiedenen Sektoren hinbekommen.

Sie können sich vorstellen, wenn ein Krankenhaus selbst in seinen eigenen Versorgungsnachweis die Daten nicht hereinbekommt, wie sollen dann die Daten in den niedergelassenen Bereich kommen und zurück? Da haben wir noch einiges vor uns. Das werden wir nicht ohne Ihre Hilfe schaffen.

Die Robotik war auch in Bezug auf die Pflege angesprochen worden. Insbesondere bei vielen übergewichtigen Patienten und einem demografischen Wandel auch in der Pflege kann viel Entlastung bei Lagerungsarbeiten usw. erfolgen. Es kann eine Sicherung des Behandlungserfolges geben, indem im OP, in der Endoskopie oder im Katheterlabor noch einmal Robotik und KI mit unterstützen. Es können auch Tätigkeiten übernommen werden, was Herr Professor Hoffmann erwähnt hat. Der urbane Einsatz von Drohnen kann auch noch einmal die Qualität der Patientenversorgung verbessern. Dazu werden wir zeitnah mit einem Antrag auf Sie zukommen.

Wir haben in Hessen viele Modellprojekte, die erwähnt worden sind, die Portalpraxen, das SaN-Projekt, den Höchster Tresen, die geplanten INZs, SmED und Ähnliches. Dieses gilt es weiter auf ganz Hessen auszurollen und wissenschaftlich zu evaluieren.

Das ist dann auch die Überleitung zu meinem Schlusswort. So werden wir es schaffen, diejenigen, die kein Vertrauen in diese Systeme haben, mitzunehmen. Ich hatte zuvor in der Anhörung schon gesagt, wir werden immer einen Bruchteil von Leuten haben, die das System nicht akzeptieren. Wir sollten uns auf die fokussieren, die tatsächlich davon profitieren und es auch aktiv nutzen.

Was Behandlungsverträge angeht, so sind es, glaube ich, zehn bis zwölf Seiten, die ein Patient unterschreiben muss, wenn er stationär im Krankenhaus aufgenommen wird, inklusive aller Tumorkonferenzen und ähnliche Geschichten, wofür seine Daten eventuell im Rahmen der Behandlung gebraucht werden. Wir hatten neulich das Paket der Hessischen Krankenhausgesellschaft mit der Frage und Bitte zugesendet, ob man etwas verschlanken kann. Es wurde gesagt, nein, es ist ein exzellenter Vertrag, an dem sich nichts machen lässt.

Es macht mir Sorgen, wenn es einfacher ist, in Deutschland einen Kreditvertrag abzuschließen, als einen Behandlungsvertrag im Krankenhaus. Ich glaube, in diesem Punkt müssen wir uns alle – Datenschützer, Krankenhausgesellschaft und weitere Partner – zusammensetzen. Warum muss das länger als eine DIN-A 4-Seite sein? Warum lassen sich nicht verschiedene Sachen mit

einer Unterschrift abbilden? Zwölf DIN-A-Seiten kann ich nicht digitalisieren. Das kann auch kein Mensch lesen.

Daniel Libertus: Bevor wir zur letzten Runde kommen, möchte ich mich für die wunderbare Atmosphäre bedanken. Es war sehr angenehm hier zu sprechen, auch als Anzuhörender. Ich glaube, das gilt für alle Anzuhörenden, die hier gewesen sind, wenn ich das stellvertretend einmal sagen darf.

Die Landesärztekammer Hessen greift sich folgende Fragen heraus: Welche Potenziale ergeben sich in der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren? Im Bereich des Konsils ergeben sich enorme Potenziale, gerade wenn die Leistungserbringer Rücksprachebedarf haben. Ein gutes Beispiel hierfür ist das St. Josefs-Hospital Rheingau mit dem Zentrum für Telemedizin. Im Bereich des Rettungsdienstes ist das Projekt Telemedizin im Rettungsdienst auch zukunftsweisend.

Allgemein sind es zwei von vielen Beispielen. Wir haben heute sehr viele Beispiele gehört. Entsprechend ist diese Liste nicht abschließend. Aber das sind zwei, die wir einmal herausgegriffen haben.

Viel wichtiger ist die Frage, was der zunehmende Einsatz von E-Health-Anwendungen für Menschen bedeutet, die keinen Zugang zu elektronischer Kommunikation haben. Die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten muss aus unserer Sicht gewährleistet sein, und zwar unabhängig von der Nutzung von E-Health-Anwendungen. Aus diesem Grunde können und dürfen solche E-Health-Anwendungen lediglich eine Ergänzung ärztlicher Tätigkeit sein und diese nicht ersetzen.

Zur Frage, was mit Personen geschieht, die eine Unterschrift unter eine Einwilligung setzen müssen, dessen Text sie weder lesen noch verstehen können – tatsächlich etwas Juristisches, aber entsprechend dann auch die Antwort –, ist zu sagen, sofern eine Person den Inhalt einer von ihr abgegebenen Willenserklärung nicht versteht, kann eine wirksame Einwilligung in die Behandlung nicht gegeben werden.

Jens Gabriel: Lieber Herr Libertus, herzlichen Dank an Sie und an die Landesärztekammer. Es freut mich, dass wir so positiv benannt worden sind. Es zeigt uns, dass wir auf einem richtigen Weg sind.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, im Zuge der Darstellung der Versorgungsrealität in Hessen möchte ich Ihnen das bereits angesprochene und vom St. Josefs-Hospital im Jahre 2017 initiierte Versorgungsprojekt „Medizinische Televisite Rheingau“ vorstellen, und das nicht, weil ich Sie jetzt noch mit Videokonferenzen ermüden möchte. Televisiten sind heute keine Raketenwissenschaften mehr. 2017 waren sie es noch im Gesundheitswesen. Es ist vielmehr ein gutes Beispiel dafür, dass solche Projekte Struktur und Koordination benötigen, vor allem Zeit, um die Prozesse in den Einrichtungen einzutrainieren.

Wir haben jetzt so viel über Dinge gesprochen, die nicht funktionieren. Da kann ich berichten, im Rheingau-Taunus-Kreis haben wir es einfach einmal gemacht.

Ziel des Projekts ist die Entwicklung von neuen digitalen Versorgungszugängen für die in der Region lebenden Menschen. Die Initiative soll Patienten, Ärzten und Pflegekräften ermöglichen, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Videokonferenzen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen durchzuführen.

Im Fokus steht bei uns dabei die Optimierung physischer Versorgungsstrukturen, welche durch eine digitale Vernetzung der Behandlungspartner und dem damit verbundenen Abbau von Versorgungslücken konsequent gestärkt werden. Eine zentrale, Arzt- und Pflegekraft ergänzende, nicht ersetzende Systemplattform – vergleichbar mit einer Liveschaltung im Fernsehen – bewirkt eine direkte Kommunikationsverbindung via Bild und Ton zwischen dem Patienten und dem bedarfsnotwendigen Leistungserbringer unabhängig von räumlicher Distanz. Das hatte ich eben im Beispiel von Wiesbaden, Bad Schwalbach und Rüdesheim schon einmal erwähnt.

Die hierdurch entstehende interdisziplinäre Versorgungssituation – gepaart mit den gemeinsamen Abstimmungen des weiteren Behandlungsverlaufs – führt zu einer maßgeblichen Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsqualität für die Patienten. Aktuell nehmen insgesamt 45 niedergelassene Vertragsärzte, fünf Versorgungsassistentinnen, drei Krankenhäuser, zwei Pflegeheime und drei ambulante Pflegedienste an dem digitalen Versorgungskonzept im Rheingau-Taunus-Kreis teil.

Angesprochen auf die Mehrwerte für die Patienten möchte ich gerne die sechs wichtigsten anbringen.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann**: Ihre Zeit ist allerdings schon abgelaufen.

Jens Gabriel: Dann lassen Sie mich noch drei herausgreifen. Das ist einmal die Steigerung der Diagnose- und Behandlungsqualität, die Reduzierung von Wartezeiten, die Reduzierung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und die Vermeidung irritierender Umgebungswechsel, beispielsweise von pflegebedürftigen Patienten, als Beitrag zur Erhöhung der Lebensqualität.

Dr. Michael Albert: Nachdem es schon vielfach erwähnt worden ist, darf ich für das Projekt TeleCOVID Hessen sprechen. Wir kommen ursprünglich aus einem vom HSMI geförderten Projekt, das damals noch Tele-Intensiv-Medizin Hessen hieß. Wir wurden beim Jahreswechsel 2020/2021 angesprochen, ob wir das jetzt nicht in die Masse bringen könnten, es gäbe durchaus einen ersichtlichen Bedarf, weshalb das Ganze dann umgewandelt wurde. Ich möchte mich noch einmal für die Zusammenarbeit bedanken. Es war sehr unkompliziert. Wir haben das Ganze sehr intensiv

in beiden Projektphasen mit dem HBDI immer besprochen. Auch da noch einmal danke für die Zusammenarbeit.

Wir kommen aus einem Projekt. Wir zielen eigentlich auf die Intensivmedizin ab. Jetzt heißt das Ganze TeleCOVID. Wir wissen alle, warum. Aber wir haben nicht unbedingt nur den Fokus auf COVID-Patienten. Das hat auch Dr. von Wagner schon gesagt. Wenn wir aus dem Konsil-Bereich kommen, so erhalten wir mit jedem Anwender, mit dem wir sprechen, noch einmal ein, zwei oder fünf neue Anwendungsgebiete aufgezählt, wo das Ganze dann noch super funktionieren würde und super viel Impact hätte. Wir sind mittlerweile dabei, dass wir sagen, wir können nicht nur Tele-COVID-Konsile über diese Plattform abwickeln, sondern wir können auch intensivmedizinische Konsile abwickeln. Wir haben sogar ein Pilotprojekt laufen, in dem wir pharmazeutische Konsile anbieten können. Die Klinik Kassel hat sich bereit erklärt, auch pharmazeutische Konsile oder pharmazeutische Beratung für andere Kliniken anzubieten.

In dem Projekt haben wir insgesamt eine große Teilnahmebereitschaft und ein starkes Interesse wahrgenommen. Wir haben auch Rückmeldungen, dass wir es geschafft haben, die ganze Anwendung sehr intuitiv zu gestalten. Nichtsdestotrotz sehen wir einen sehr hohen Schulungsbedarf. Ich persönlich führe das darauf zurück, dass wir die Leute, die jetzt sehr stark beansprucht sind, auch pandemiebedingt, abholen müssen, um die Akzeptanz zu schaffen, diese Anwendung zu verwenden, auch wenn sie sehr intuitiv und sehr einfach zu verstehen ist. Man muss einfach die Leute an die Hand nehmen und mitnehmen.

Wir sehen ein extrem hohes Potenzial für diesen Expertisetransfer, für diese Konsile nicht nur zwischen Kliniken und einzelnen Institutionen. Man kann das Ganze auch intersektoral denken. Jetzt sind wir wieder beim Thema der Standardisierung. Wir sind an dieser Stelle ein sehr offener Anbieter. Wir gehen immer sehr offen damit um und fragen, wie wir die Anwendung so standardisiert wie möglich gestalten können. Wie können wir die Daten so standardisiert, auch semantisch so standardisiert wie möglich speichern, wie vorhin auch erwähnt wurde, und wie können wir Schnittstellen schaffen? Dabei gehen wir immer recht offen auf die anderen zu. Die Reaktionen, die wir von KIS-Systemherstellern bekommen, sind für uns meist ernüchternd und erleichtern uns die Arbeit für Interoperabilitäten nicht wirklich.

Was ist jetzt der Fokus für das Ganze? Wir müssen uns darauf fokussieren, das Ganze in die Fläche zu bringen. Herr Professor Gramming hat es schon erwähnt. Wir möchten das Ganze verstetigen. Wir brauchen Finanzierungsmöglichkeiten. Wir müssen den Rahmen abstecken. Wie oft darf ich Konsile abrechnen? Wie kann ich sie abrechnen? Darf ich vielleicht schon darüber eine Nachversorgung machen? Wie bekomme ich das Ganze wirklich in eine Regelversorgung hinein?

Dr. Michael von Wagner: Herzlichen Dank, auch bei der vierten Runde die Möglichkeit zu haben, für das Uniklinikum zu sprechen.

Ich würde gerne noch einmal auf die Ambivalenz vor allem zur Telematikinfrastuktur am Anfang eingehen, weil sie tatsächlich aufzeigt, wo viele Probleme liegen. Sie ist eine große Möglichkeit, genau diese interoperablen Standards in der Kommunikation transsektoral zu ermöglichen. Ich glaube, deswegen sind alle Statements heute, soweit ich das wahrgenommen habe, positiv in der Grundannahme gewesen. Sie muss aber deutlich praxisnäher werden.

Wir sind heute gar nicht darauf eingegangen, wie kompliziert es sein wird, wenn in Krankenhäusern Arztbriefe oder Rezepte ausgestellt werden sollen und wie viel technischer Aufwand betrieben werden soll, wenn all diese Einzelmaßnahmen mit zweifacher Signatur abgeleistet werden müssen. Aber trotzdem ist das, was ihr zugrunde liegt, genau die Annahme des interoperablen transsektoralen Standards.

Die zweite Maßnahme, die wir jetzt als Möglichkeit haben, ist das KHZG. Es hat fast zu einer Überfütterung der ganzen Industrie geführt. Wir werden sehen müssen, wie wir es umsetzen können. Aber es bietet die Möglichkeit, die große Heterogenität unter den Leistungserbringern im stationären Bereich etwas anzugleichen und diejenigen, die schon sehr weit sind, auf eine Ebene mit denen zu bringen, die noch sehr dem Papier verbunden sind.

Ich denke, es ist auch deutlich geworden, wir sollten die Möglichkeiten wie TeleCOVID und IVENA jetzt nutzen, um das, was am Ende über das Wohl und Wehe am meisten entscheidet, nämlich die erfolgreichen Prozesse, zu etablieren, die es für einen solchen digitalen Austausch zwischen den Leistungserbringern braucht, um dann im Nachgang die technische Vernetzung immer weiter auszubauen. Das war sicherlich einer der Vorteile dieser schlichten Umsetzung zum Beispiel bei TeleCOVID.

Ich bin völlig einer Meinung mit Herrn Khaladj. Es kann nicht sein, dass wir immer als universelle Schnittstelle zwischen zwei Systeme den Menschen nehmen, der die Zahlen von A nach B abtippt. Das ist nebenbei deutlich fehleranfälliger als die Digitalisierung.

Diese Dinge haben aber gezeigt, dass der Grundansatz einer digitalen Vernetzung äußerst mehrwertstiftend ist.

Georg Schulze: Ich möchte mich zum vierten Komplex noch einmal auf drei Aspekte beschränken. Zum einen glaube ich, es ist deutlich geworden, dass wir eine Verstetigung der Finanzierung brauchen, also weg von Insellösungen hin zu einer zumindest hessischen Digitalisierungsstrategie, die dann mit entsprechenden finanziellen Möglichkeiten, Refinanzierung unterlegt ist.

Zweitens glaube ich, dass es, gerade weil auch kleinere Einrichtungen beteiligt sind, wichtig wäre, Beratungsangebote zu schaffen, die auch die Einrichtungen und die unterschiedlichen Sektoren bei ihrer Digitalisierungsstrategie beraten können und zur Verstetigung beitragen.

Ein dritter Aspekt ist, ich bin immer ein wenig skeptisch, wenn ich Begriffe wie das Potenzial von Robotik und Pflege in einem Satz lese. Ich kenne eine Reihe von Arbeitgebern in der Pflege, die erwarten, dass der Mangel an Pflegepersonal durch den Einsatz von Robotik zu ersetzen sein könnte. Ich glaube, das ist der falsche Ansatz. Robotik kann wichtig sein, um humanere Bedingungen zu schaffen. Robotik kann wichtig sein, um mehr Menschen in diesem Beruf zu halten und dafür zu interessieren. Aber Robotik kann kein Potenzial bieten, um tatsächlich mit weniger Pflegekräften auszukommen oder den Mangel abzumildern.

Ich glaube, im Vordergrund muss stehen, wenn wir diese doppelte Demografiefalle in der Pflege überhaupt beherrschen wollen, dass wir Arbeitsbedingungen schaffen, die tatsächlich attraktiver werden als die Arbeitsbedingungen, die wir jetzt haben. Dazu kann Robotik gehören, aber dazu gehören auch im Wesentlichen verlässliche Arbeitszeiten, verlässliche Dienstpläne, ausreichende Personalbesetzungen, die zu erreichen sind. Das möchte ich gerne zu dem Punkt Robotik noch sagen. Ansonsten danke ich für die Runde. Ich glaube, dass sie noch einmal gezeigt hat, wie wichtig das Thema für die gesamte Branche ist.

Reinhard Belling: Als wir vor vier Jahren begonnen haben, uns mit Fragestellungen der digitalen Transformation zu beschäftigen, haben wir alle möglichen Modellprojekte konzernweit ausgerollt, von App-Entwicklung bis zu einer Therapierobbe Emma oder Paro, die auch ganz witzige Ergebnisse erzielt hat, die auf gerontopsychiatrischen Stationen tatsächlich auch sehr gut angekommen ist. Mit der Thematik konnte man zeigen, was technisch möglich ist und wie das Ganze von einer therapeutischen App im psychiatrischen Bereich bis hin zu einer Robbe tatsächlich als Ergänzung im klinischen Alltag sinnvoll sein kann.

Wir haben daraus den Schluss gezogen – das ist sozusagen das positive Fazit aus diesen verschiedenen Modellprojekten –, dass wir uns diesem Thema umfassender widmen wollen und müssen. Das hat viele Gründe. Ich habe heute Mittag schon das Fachkräftethema angesprochen. Ich glaube, dass wir am Ende dieses Jahrzehnts ein Gesundheitswesen haben werden, das ganz anders aussehen wird als heute.

Ich glaube auch, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen nur zu den Unternehmen gehen werden, die digital modern aufgestellt sind. Insofern treffen sich hier viele verschiedene Anforderungen.

Wir wollen einen umfassenden Ansatz fahren, der auch aus Elementen besteht, die heute schon vorgetragen worden sind. Wir bauen eine Plattform auf. Dafür konnten wir die drei anderen großen Psychiatrieträger in Deutschland gewinnen. Das machen wir also deutschlandweit mit diesem Thema. Wir wollen damit die Vernetzung sektorenübergreifend realisieren. Wir wollen für Patienten Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten bieten. Selbsttest und Terminvereinbarung gehören natürlich dazu.

Dann wollen wir geschützte Foren für Betroffene und Angehörige anbieten, also eine umfassende Plattform im Psych-Bereich, auch wenn wir nicht nur dort tätig sind. Das ist aber unser Schwerpunkt. Ich glaube, dass wir mit diesem Ansatz tatsächlich einen Beitrag für eine Verbesserung der Versorgungsrealität leisten können, aber natürlich auch für einen ressourcenschonenderen Einsatz.

Wir werden natürlich das Ziel haben, auch Chatbots einzusetzen, um damit den persönlichen Kontakt vom Arzt zum Patienten auf die Bereiche zu konzentrieren, in denen es zwingend notwendig ist. Das Ganze ist datenschutzrechtlich ein sehr komplexes Thema, mitbestimmungsrechtlich auch. Diese Themen müssen abgearbeitet werden.

Ich möchte aber noch auf die letzten beiden Aspekte der Fragen eingehen, was mit Menschen ist, die vielleicht bisher von der Kommunikation ausgeschlossen worden sind oder über eine weitergehende Digitalisierung ausgeschlossen werden können. Wir wissen heute, dass es schon immer zwei Gruppen von Menschen gab. Die einen können über ihre Gesundheitskompetenz sehr gut verfügen und sehr gut entscheiden, was für sie gut ist. Auf der anderen Seite gab es schon immer Menschen, die das nicht können. Diese Schere ist durch die digitale Welt weiter auseinander gegangen. Sie hat dazu geführt, dass Möglichkeiten von Menschen, die sowieso Probleme haben, sich Kompetenz anzueignen, über ihre Gesundheit klug zu entscheiden, schlechter geworden sind im Vergleich zu den anderen.

Plattformen – das möchte ich an dieser Stelle betonen – bieten eine Möglichkeit, was unser Ziel ist, über leichte Sprache, die auch generiert wird, für Menschen, die ansonsten im Moment keine Möglichkeit haben, Gesundheitskompetenz zu entwickeln, diese verstärkt auch über eine entsprechende Plattform zu generieren. Insofern glaube ich, ist es auch für bisher ausgeschlossene Menschen eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität. Das ist unser Ziel, das wollen wir erreichen.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann:** Ich frage jetzt einmal in die Runde, ob Herr Schwark vom Marburger Bund noch gekommen ist. – Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann hat er es nicht mehr geschafft. Wir hatten keine Informationen.

Wir sind damit am Ende der Expertenrunde beim Themenblock 4 und kommen nun zur Frageunde. Ich darf diejenigen, die eine Frage haben, bitten, den entsprechenden Knopf zu drücken, sodass ich die Fragen gerecht in der entsprechenden Reihenfolge abarbeiten kann. Für die erste Frage gebe ich Frau Dr. Sommer das Wort.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch in der vierten Runde möchte ich noch einmal ein herzliches Dankeschön sagen, dass Sie uns so lange so viele Informationen geben. Für uns ist es sehr hilfreich. Es ist immer besser, wenn man die Experten hört und vielleicht etwas Vernünftiges gemeinsam auf den Weg bringen kann. Ich habe nur eine Frage. Wir haben uns vorhin schon einmal mit Investitionskosten bzw. der Investitionsförderung beschäftigt.

Herr Professor Gramminger, Sie sagten eben noch einmal, Strukturen müssen auch bezahlt werden. Herr Belling sprach in einer der vorigen Runden davon, dass die Investitionsförderung nicht ein Spezialfonds sein soll, sondern eine Regelfinanzierung. Deswegen die Frage an Sie beide: In welcher Höhe pro Jahr? Ich weiß, das ist ganz schwierig zu beantworten. Auf der einen Seite braucht es Investitionskosten, auf der anderen Seite braucht man natürlich auch im laufenden Betrieb Möglichkeiten.

Ich glaube, Herr Schaffert hat davon gesprochen, dass Digitalisierung nicht eine Einmalzahlung ist, sondern Folgekosten aufkommen. Deswegen noch einmal die herzliche Bitte, aus Ihrer Sicht zu sagen, was nötig wäre.

Abg. **Yanki Pürsün:** Ich habe eine Frage an Herrn Dastych. In der ersten Runde haben wir darüber gesprochen, wo man am besten Daten sammeln sollte. Sie hatten vorhin das Beispiel mit der Software gebracht, die in den Praxen zum Einsatz kommt. Ich weiß nicht, ob Sie das Wort Monopol verwendet hatten.

Es ist häufig so, dass es irgendwelche Updates gibt, weil es eine neue Regel gibt oder der Staat sich irgendetwas Neues einfallen lässt. Dann bekommen Sie ein Update, das ordentlich Geld kostet. Wie müsste man es besser organisieren, damit in den Praxen mehr Freude entsteht, alles weiter zu digitalisieren und so zu entwickeln, dass es für die Patienten sinnvoll ist?

Abg. **Kathrin Anders:** Auch von mir ein herzliches Dankeschön für die Stellungnahmen. Ich habe an die zwei Neuen in der Runde, Herrn Professor Dr. Gramminger und Herrn Dr. Dastych, zwei Fragen. Heute kam schon öfter zur Sprache, dass wir dringend die intersektorale Zusammenarbeit brauchen. An was scheitert sie aus Ihrer Sicht zurzeit? Kann die Digitalisierung, wenn sie so funktioniert, wie sie funktionieren sollte, auch ein gutes Vehikel sein, dass diese Zusammenarbeit besser gestaltet wird? Wie muss sie aus Ihrer Sicht gestaltet sein? Was braucht es, dass es jetzt auf den Weg geht und funktionieren kann?

Herr Dastych hat von einer nationalen Strategie gesprochen. Ich gehe davon aus, dass es nur in Hessen – –

(Zuruf: Das ist an dieser Stelle aber nicht zielführend!)

– Weil ich vielleicht auch einmal in Heidelberg oder irgendwo anders auf der Welt operiert werde.

Abg. **Marcus Bocklet:** Meine Frage geht noch einmal an Herrn Dastych. Ich spüre die Entschiedenheit Ihrer Aussage, dass die Strategie der Telematik oder Gematik gescheitert sei. Ich zitiere Sie. Sie wünschen sich einen neuen Ansatz. Stellen Sie sich vor, Sie wären König von Hessen und hätten feudalistische Rechte. Wie würden Sie es denn neu ansetzen, dass man nicht in fünf Jahren sagt, der Dastych ist wieder gescheitert?

Liegt es daran, dass die Doktoren tatsächlich zu wenig flexibel sind oder die neuen Faxgeräte nicht in die Buchse gepasst haben, dass die Software geklemmt hat oder man die Menschen schikaniert, dass die Ärzte selbst finanzieren mussten? Es muss doch Gründe dafür geben, wenn man eigentlich etwas Neues einführen möchte. Das Farbfernsehen löst das Schwarz-Weiß-Fernsehen ab. Da gibt es einen Protest, und eigentlich ist es gescheitert. Das kann sich ein Außenstehender nicht vorstellen. Deswegen würde ich Sie bitten, uns klare Empfehlungen zu geben, ohne jetzt im Detail noch Ihre Traumata aufzuarbeiten.

Abg. **Claudia Ravensburg:** Meine Frage richtet sich an Herrn Sommerbrodt und Herrn Dastych. Ich möchte es an der Äußerung von Herrn Polag gleich am Anfang aufhängen, dass die E-Health-Strategie gescheitert ist. Aus eigener Erfahrung bei meinem Unfall habe ich in den letzten Wochen häufiger CDs von Arzt zu Arzt getragen, ins Krankenhaus, dort wieder abgeholt bei der Radiologie, heute erst wieder Arztberichte zum Physiotherapeuten getragen, zum Hausarzt, zum Unfallarzt und wieder ins Krankenhaus. Ich möchte es an einem kleinen Punkt einmal aufhängen. Wir hatten gehört, es gibt eine klare zeitliche Regelung, wann welche Anwendung bei der ePA eingeführt werden soll.

Vorhin hat der Kollege von der BARMER Krankenkasse gesagt, dass die BARMER jetzt schon einen digitalen Impfpass eingeführt hat, wenn ich das richtig verstanden habe. Durch Corona haben wir gemerkt, wie wichtig es wäre, so etwas zu haben.

Als meine Kollegen und ich mit dem Ausschuss in Schweden waren, haben wir gelernt, wenn ich meine Daten gespeichert habe und selbst als Patient entscheide, ich gebe sie frei, dann kann ich sie auch von einem zum anderen tragen. Das Beste war noch, dass wir einen deutschen Softwareentwickler, ich glaube in Dänemark getroffen haben, der das Ganze programmiert und sagt, von Deutschland hat er keine Aufträge. Wie steht es, und woran scheitert es, wenn man es nur einmal an dem konkreten Punkt des elektronischen Impfnachweises festmachen möchte? Sonst sitzen wir heute Abend noch hier.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann:** Weitere Fragen habe ich nicht zu verzeichnen. Wir kommen damit zur Beantwortung in der gewohnten Reihenfolge. Ich darf zunächst Herrn Sommerbrodt aufrufen.

Christian Sommerbrodt: Es ging um die Frage, warum E-Health gescheitert ist. Da muss man ganz ehrlich sagen, wir Ärzte, also die Haus- und Fachärzte, die Kliniken auch, setzen alle Techniken ein, die uns einen unmittelbaren Nutzen in der Patientenversorgung, in der Administration und in allem bringen. Das steht überhaupt nicht zur Debatte.

Wenn es bessere Ultraschallgeräte gibt, holen wir uns bessere Ultraschallgeräte, wenn es bessere EKGs gibt, holen wir uns bessere EKGs. Die Tatsache, dass wir Eigeninvestitionen in bessere Gerätschaften vornehmen, die uns die Patientenversorgung erleichtern, steht nicht zur Debatte.

Das Problem bei der Telematikinfrastruktur ist, dass es bisher keinen einzigen Zeitpunkt gab, bei dem wir nur ein Schnipselchen Vorteil davon gehabt hätten. Wir haben für viel Geld, viel Aufwand und viel Schulung Techniken in der Praxis installiert, bei denen wir nicht wirklich sicher sind, wie sie funktionieren. Wir haben keinen Überblick. Sie bringen unsere Praxis auf verschiedenen technischen Strukturen in eine Form ins Internet, die wir schwer kontrollieren können, müssen aber dafür haften. Da gibt es eine ganze Menge an technischen Details, die ich jetzt gar nicht alle aufzählen möchte.

Nutzen haben wir gar keinen. Unsere MFAs arbeiten mehr. Wir Ärzte arbeiten auch mehr. Die Patienten haben keinen Vorteil davon. Wir haben einen riesigen technischen Apparat in der Praxis und trotzdem ist es so, wie Sie richtig gesagt haben, Sie müssen mit Ihrer CD und den Papierbefunden von Praxis zu Praxis rennen. Der digitale Impfausweis ist genau dasselbe. Es wäre doch etwas Sinnvolles gewesen, das früh einzurichten. Aber es fehlt an der zentralen Datenbank.

Da müssen wir an die Gematik verweisen. Das ist die Institution, die das Ganze ins Leben ruft. Wir Ärzte können keine Insellösung machen. Wir haben Tausende Insellösungen gehört, sei es aus dem Rheingau oder mit IVENA. Das sind alles Sachen, die in einem bestimmten Bereich funktionieren, aber nicht in der Fläche. Wir haben nichts, das irgendwo in der Fläche funktioniert. Das ist das, worüber wir Hausärzte immer ein wenig frustriert sind, weil wir in den Zeitungen jedes Mal hören, wir, auch die Fachärzte, wären diejenigen, die das blockieren würden. Das stimmt nicht. Wir haben alle Techniken in der Praxis.

Ich bin seit einem Jahr KIM-fähig. Mein PVS-Anbieter kann mich in der Praxis nicht anbinden. So geht es vielen Ärzten. Ich bin bei IVENA gemeldet. Das letzte Mal habe ich seit Sommer etwas davon gehört. Ob das überhaupt irgendwann noch stattfindet, weiß ich nicht.

Es mag also ganz viele digitale Lösungen geben, die auch alle präsentiert worden sind. In der Realität bekommt der Arzt in der Praxis davon nichts mit.

Prof. Dr. Steffen Gramming: Frau Sommer, Sie haben noch einmal wegen der Finanzierung und der Summe gefragt. Ich möchte noch einmal ganz klar darstellen, Digitalisierung erfordert Investitionsmittel. Wie gesagt, dafür haben wir die 4,3 Milliarden €, okay, ein bisschen verteilt auf Land und in Hessen auch auf die Träger. Es hört sich aber wie eine Riesensumme an.

Wenn man das herunterrechnet auf die Krankenhäuser, dann ist das ein guter Start gewesen, aber nicht mehr. Ich glaube, jeder von Ihnen weiß, wenn man sich heute ein Notebook kauft, dann ist es übermorgen schon überaltert.

Hinzu kommt, wie Herr Schaffert gesagt hat, es sind keine Einmalanschaffungen, sondern Sie brauchen Abos, Lizenzen und müssen es entsprechend supporten. Aber viel wichtiger ist, Sie brauchen Personalstrukturen, die hinter diesen Prozessen stehen, die nicht eins zu eins von den üblichen Prozessen übernommen werden können. Wir haben über die Deutsche Krankenhausgesellschaft errechnet, was jährlich an Betriebsmitteln – nicht an Investitionen – notwendig wäre, um das entsprechend weiterzuentwickeln und zu unterhalten. Da gehen wir von einem Aufschlag von 2 % pro Rechnung aus.

Sie müssen sich vorstellen, es wäre umgerechnet ein größeres Krankenhaus, das einen Jahresumsatz von 200 Millionen € hat. Dann wären Sie ungefähr bei 2 Millionen € im Jahr.

Frank Dastych: Es gab viele Fragen an mich. Ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll. Am charmantesten finde ich aber erst einmal die Vorstellung, König oder Kaiser von Hessen zu werden. Grundsätzlich bin ich damit einverstanden, aber nein.

Was mich immer wieder wundert, ist – lieber Herr Bocklet, wir kennen uns schon lange, das bitte nicht als Kritik verstehen; dies geht auch auf eine Frage von Frau Anders ein –, dass wir in der Digitalisierung im Gesundheitswesen – gut, wir haben den Sozialdatenschutz, wir brauchen hohe Standards, was den Datenschutz angeht, ohne Frage – aber immer noch die gleichen Fragen diskutieren, die in der Industrie längst beantwortet sind. Wenn sie ein VW-Werk haben, dann ein zweites VW-Werk, und diese sollen miteinander kommunizieren, dann brauchen Sie einen standardisierten Datenaustausch. Sie brauchen Schnittstellen. Ich nenne das Industriestandards.

Angeblich ist unser Connector nach dem vom Mossad der zweitsicherste der Welt. Es ist aber anachronistische proprietäre Technologie. Sie gestatten, dass ich Sie als Beispielpatient genommen habe. Nennen wir einmal einen Namen. Sie ziehen als Patient von einer Praxis, die mit medatixx arbeitet, in eine Praxis, die mit der CompuGroup arbeitet. Der eine will gar nicht, dass die Daten herausgelassen werden. Der andere möchte gar nicht – wir reden jetzt über die Hersteller –, dass man Daten hineinlässt. Wir haben nach wie vor keine standardisierten Schnittstellen aus den PVS-Systemen heraus, mit denen wir kommunizieren können.

Ich versuche jetzt einmal, die Fragen ein wenig zusammenzufassen. Machen Sie sich keine Gedanken, liebe Frau Ravensburg, dass es die Schulter ist und es da ganz viele DVDs, CDs und viele Bilder gibt. Selbst wenn Sie sich beim Fußballspielen oder beim Volleyball nur den Knöchel verstaucht hätten, mit 25 MB maximal – vorausgesetzt, es passiert Ihnen nicht das, was Herrn Sommerbrodt passiert ist, der seit einem Jahr KIM haben möchte, wo aber die Dienstleister vor Ort an der Installation scheitern –, selbst mit einem einzigen Röntgenbild sind Sie bei KIM am Ende. Das können Sie elektronisch nicht in Deutschland übermitteln.

Das ist genau das, was tatsächlich das Einzige ist, was ich als Kaiser von Hessen einführen würde. Ich würde mich von proprietärer Technologie verabschieden. Ich würde auf Industriestandards setzen und da nachschärfen, wo die Sozialdaten einen besonderen Schutz brauchen.

Wir haben aber zum Beispiel nach der Datenschutzrichtlinie der Bundesärztekammer unsere Praxen in Nordhessen – Sie wissen, ich bin in Bad Arolsen, Wolfhagen, war auch einmal in Bad Wildungen, aber das ist durch den Edersee ein bisschen weit weg jetzt, und in Hofgeismar – selbstverständlich mit standardisierter VPN-Technologie miteinander verbunden. Da klappt alles. Da schieben wir auch CTs von Nebenhöhlenpatienten von der einen in die andere Praxis. Das ist völlig problemlos auf virtualisierten Arbeitsplätzen. Wunderbar.

Aber ein Röntgenbild der Nasennebenhöhlen dem Kollegen Sommerbrodt digital zu schicken, da müsste ich den KIM-Dienst nehmen, der übrigens, oh Wunder, bei uns tatsächlich in der Praxis funktioniert, aber ich kann ihn nicht nutzen, weil der Datentransfer hinten und vorne nicht ausreicht.

Ich glaube, wir haben zu lange zugesehen, dass sich eine Industrie hier am Markt abgeschottet hat, gerade bei den PVS, den Praxisverwaltungssystemen. Wir haben auf proprietäre Technologie bei der Gematik gesetzt.

Dazu kommt noch, was eben angesprochen wurde, das Thema Datenschutz. Wie wollen Sie einen elektronischen Impfausweis generieren, wenn Sie kein nationales Impfregister haben? Wir wissen zwar genau – er hat noch mehr darunter gelitten als wir mit der ganzen Dokumentation –, wie viel Erst- und Zweitimpfungen wir mit BioNTech am 23. November letzten Jahres gemacht haben, auch wie viel Booster, aber wir wissen nicht, bei wem. Er weiß es, wenn er es in seiner Praxis gemacht hat, ich weiß es, wenn ich das in meiner Praxis gemacht habe. Die KV weiß es theoretisch auch, aber sie darf es schon einmal gar nicht wissen, weil wir diese Datenabgleiche gar nicht machen dürfen. Dann landet es irgendwann bei den Krankenkassen, na ja.

Dann hat der Patient zwischendurch auch noch die Krankenkasse gewechselt. Wir müssen uns wirklich überlegen, ob der Datenschutz – das ist der zweite Punkt –, den wir im Moment in Deutschland tatsächlich treiben, wirklich Patientenschutz ist. Vorhin ist einmal das Stichwort Big Data gefallen. Big Data, wenn man es unter dem Versorgungsaspekt der Weiterentwicklung der Versorgungsqualität sieht, ist zu begrüßen. Wenn es im Sinne der Versorgungssteuerung oder sogar der Entmündigung des Patienten missbraucht wird, dann muss man so etwas ablehnen. Das heißt, man muss natürlich Regeln aufstellen. Man muss dann einfach auch einmal in andere Länder schauen. Die Vernetzung in Estland funktioniert komplett mit Industriestandards. Ich glaube, das ist die beste Vernetzung, die wir haben. Das ist immer wieder der Schlüssel.

Frau Anders, Sie hatten gefragt, wie wir es machen. Vernetzen, vernetzen, vernetzen mit Industriestandards. Da kommen wir zurück zum Farbfernseher und zum Schwarz-Weiß-Fernseher. Das Problem ist nicht der Schwarz-Weiß-Fernseher oder der Farbfernseher. Es ist völlig egal. Ich wäre so oder so am letzten Wochenende frustriert gewesen, dass meine Dortmunder in Augsburg 2 : 2 gespielt haben. Aber wenn die Kamera im Stadion nicht zu Ihrem Schwarz-Weiß-Fernseher oder Farbfernseher zu Hause passt, dann bleibt der Bildschirm dunkel. Das ist genau das Problem, das wir in Deutschland mit der proprietären Technologie haben.

Daran krankt auch die sektorenübergreifende Vernetzung. Krankenhäuser arbeiten natürlich – das müssen sie – mit dem KIS-System. KIS-Systeme haben mit unseren Systemen nichts

zu tun. Sie sind 100-mal komplexer. Aber auch da haben wir keine einheitlichen Schnittstellen. Das ist genau der Knackpunkt.

Herr Pürsün, Sie sind hinterlistig. Das muss man schon sagen. Mir die Frage zu stellen, dezentrale oder zentrale Datenspeicher. Aber ich sage es einmal ganz klar: Ich persönlich meine – auch wenn ich jetzt alle Datenschützer gegen mich aufbringe –, wenn wir wirklich mit Versorgungsdaten qualifiziert arbeiten wollen und wir jetzt den Mangel eines nationalen Impfregisters beklagen, Sie können die Daten nicht dezentral in der Hoffnung speichern, dass Sie sie zentral abrufen können, wenn Sie sie brauchen. Wir müssen uns schon überlegen, ob wir nicht einen Teil der Daten zentral speichern.

Von der Seite kann man nur sagen, wir gehen aus meiner Sicht komplett in der Digitalisierung im Gesundheitswesen – – Wenn ich im Krankenhausbereich tätig wäre, könnte ich nachts nicht mehr schlafen, wenn ich mir vorstelle, dass ich nächstes oder übernächstes Jahr die Telematikinfrastruktur 2.0 in mein Krankenhaus hineinlassen muss. Das sind Alpträume.

Wir haben es in Höchst gesehen – das ist hier mehrfach schon so ein bisschen als Leuchtturmprojekt erwähnt worden –, wie wir uns mit einem Krankenhaus vernetzt haben und wie auch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen dort mit Unterstützung von Agfa HealthCare den Elektronischen Entlassbrief zum Laufen bekommen haben. Aber auch hier waren die Hürden die Schnittstellen, Schnittstellen, Schnittstellen. Wir mussten sie extra programmieren lassen.

Das ist der entscheidende Knackpunkt. Wir fordern als KV seit Jahren, dass die Praxissysteme eine offene Schnittstelle haben, offen nicht im Sinne des Datenschutzes, sondern offen heißt, jedes Programm bietet eine standardisierte Schnittstelle an, über die Kommunikation läuft, über die zum Beispiel der Datenaustausch läuft, wenn ein Patient in eine andere Praxis geht.

Wie machen wir das Ganze schick? Da kann es durchaus eine Kooperation mit der Industrie geben. Lassen Sie uns doch – das fordern wir auch seit Jahren – jedem jungen Vertragsarzt und jeder jungen Vertragsärztin, Psychotherapeutin und Psychotherapeuten, das ist klar, ein Basis PVS-System als KV zur Verfügung stellen. Dann haben Sie draußen einen funktionsfähigen Wettbewerb der Industrie; denn dann müssen sie schicker und besser sein. Dann muss ich mir überlegen, wenn ich mehr Geld ausbebe für ein PVS-System, das ich mir – meine Praxis – von medatixx kaufe, wo da der Mehrwert ist. Ist der Mehrwert für die Praxisprozesse da? Ist der Mehrwert für die Patienten da? Dann haben wir draußen einen echten Wettbewerb zwischen den Anbietern. Im Moment haben wir einen sektoral komplett abgeschotteten Markt, der keinerlei Bewegung zeigt, sich zu öffnen. Das ist genau der Knackpunkt.

Wenn man etwas macht – ich bin auch noch als Vertragsarzt tätig –, etwas ganz Simples, dann kommen Sie genau zu dem Knackpunkt, den auch Herr Kollege Sommerbrodt angesprochen hat. Sie machen ein Controlling, Sie machen eine Evaluation, ein Benchmarking. Es ist tatsächlich so, es kostet uns Geld, Geld, Geld, und wir haben keinen Mehrwert in den Praxen.

Wir machen es gerne für unsere Patientinnen und Patienten. Nur, da sehen wir auch keinen Mehrwert. Zum Zeitplan, liebe Frau Ravensburg. Wir haben es jetzt am Elektronischen Rezept

gesehen. Wir waren ready. Dann bringt man eine nicht funktionsfähige Anwendung in die Praxen. Die Verbindung zu den Apothekern hat nicht funktioniert usw. Das ist auch das, was wir fordern – das ist der dritte Baustein –, wie man die Akzeptanz der Digitalisierung in der ambulanten Versorgung, aber, ich glaube, auch im stationären Bereich und in der Pflege verbessert. Es müssen funktionierende Lösungen sein.

Reinhard Belling: Die Investitionsfrage ist, seit das InEK Investitionsbewertungsrelationen kalkuliert, leicht zu beantworten. Ich hoffe, dass ich die Zahlen richtig im Kopf habe. In Hessen bekommen die Krankenhäuser gut 300 Millionen € pro Jahr. Wenn man die InEK-Zahlen hochrechnet, dann wäre knapp das Doppelte die erforderliche Investitionssumme.

Ich habe heute Mittag schon ein Plädoyer dafür gehalten, dass wir insgesamt bei vielen Regelungen von spezifischen kleinteilig geregelten Förderprogrammen wegkommen. Das KHZG ist sinnvoll, aber das ist ein solches. Wenn Sie das einmal hochrechnen, so glaube ich, für Hessen macht das KHZG eine Fördersumme von 300 Millionen € aus. Wenn Sie dann von dem Delta zu den uns zustehenden Fördermitteln für den investiven Bereich ausgehen, dann ist die Summe, die uns das KHZG zur Verfügung stellt, die fehlende Investitionssumme von eineinhalb Jahren.

Wenn wir die volle Investitionssumme erhielten, dann wären wir natürlich in der Lage, die KHZG-Anforderungen im investiven Bereich tatsächlich zu stemmen. Das ist dann wirklich kein Problem, auch wenn noch nicht alle Investitionen zur digitalen Transformation enthalten sind. Aber es wäre eine so substanzielle Verbesserung, wie wir sie bisher noch nicht hatten.

Dann darf man nicht vergessen, dass diese Transformation erhebliche betriebliche Kosten nach sich zieht, die dann entweder von den Kliniken an irgendeiner Stelle einzusparen sind – ich glaube, da gibt es Potenziale –, bei einigen muss man sich über Betriebskosten unterhalten. Aber diese digitale Transformation kostet natürlich wie in den meisten Branchen, wenn sie personalintensiv sind, Geld. Da muss man dann nochmals an die unterschiedliche Aufgabenteilung appellieren. Ich bin der Meinung, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen die digitale Transformation aktiv gestalten müssen. Es ist Aufgabe des Staates, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Zu den Rahmenbedingungen gehört der Standard. Es ist zwingend staatliche Aufgabe, diese Standards vorzugeben und damit einen gewissen Exit anderer Verfahren zu gewährleisten.

Abg. **Bijan Kaffenberger:** Ich habe noch eine Frage an Herrn Dastych von der KV. Ich habe heute eigentlich Theaterkarten für 19:30 Uhr. Da ich das ohnehin nicht mehr schaffe, kann ich Sie auch noch etwas fragen.

Ich habe gerade etwas nachgeschaut. Die KV Hessen hat laut den Angaben auf ihrer Homepage 13.500 Mitglieder. Ich stelle mir einmal vor, wie das im Sinne dessen wäre, was Herr Kollege Bocklet sagte, wenn ich Kaiser der KV wäre. Wenn Sie für 13.500 Mitglieder ein PVS im Rahmenvertrag ausschreiben, dann bekommen Sie doch irgendjemand, der Ihnen genau das macht, was Sie wollen.

Sie haben dann noch gesagt, alle Berufseinsteiger bekommen das von Ihnen mit dazu. Wie soll ich es sagen? Ich weiß nicht so richtig, was die Politik dann machen soll, wenn sich niedergelassene Ärzte und die KV darüber zu beklagen, dass sie sich am Markt in Vergabeprozessen Produkte kaufen, mit denen sie nicht zufrieden sind. Ich verstehe, dass man als Politik Standards setzen kann. Aber Sie haben natürlich auch eine gewisse Marktmacht und könnten innerhalb der niedergelassenen Ärzte durchaus selbst Standards setzen. Dazu hätte ich gerne etwas gehört.

Wie gesagt, ich verstehe ein bisschen etwas von Digitalisierung und wenig von Gesundheitsdingen. Insofern sehen Sie es mir nach.

Frank Dastych: Dann sind wir ein perfektes Team. Das, was ich von Digitalisierung nicht verstehe, das wissen Sie. Den Gesundheitspart spiele ich dazu. Nein, die Idee ist wirklich, wir stellen als KV – wir haben durchaus IT-Kapazitäten – ein Basissystem, das vier oder fünf Funktionalitäten hat, mehr nicht: Abrechnen, Stammdaten, Qualitätssicherung und Kommunikation. Mehr nicht. Das können wir durchaus selbst entwickeln. Da brauchen wir nichts auszuschreiben.

Jede Praxis, die das möchte, kann dieses System einsetzen. Jetzt haben Sie eine radiologische Praxis, eine HNO-Praxis, eine Hausarztpraxis, möchten ein Ultraschallgerät, ein CT, ein Audiometer oder was auch immer anschließen.

Jetzt können Sie sich überlegen, was ich mir auf dem Markt kaufe, oder arbeite ich hier mit Einzelmodulen in der Praxis, die mit Schnittstellen vernetzt sind. Auch dieses System, das wir zur Verfügung stellen, hat natürlich in der Patientendokumentation – das ist immer der Kern – diese Schnittstellen. Das ist der entscheidende Knackpunkt. Wir hatten das KV-SafeNet, das immer noch hervorragend funktioniert. Da konnten wir unsere eigenen Standards setzen. Jetzt setzt die Gematik. Nun sagen Sie, gut, Herr Dastych, Sie sind doch Partner. Wir sind Partner mit 7,5 % oder 8,5 % in der Gematik. 51 % liegen beim Bund. Das heißt, das BMG und die Gematik setzen die Standards, niemand anders. Wir haben keine Marktmacht.

Letztendlich vernetzen wir 13.500 Mitglieder. Wie sie sich jetzt zusammensetzen? Ziehen wir einmal 1.500 ab. Das sind die ermächtigten Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern. Sie sind anders digital aufgestellt als unsere Praxen. Aber es bleiben 12.000 übrig. Das sind große MVZs bis hin zur Einzelpraxis. Sie haben natürlich alle unterschiedliche Anforderungen. Aber letztendlich sind es alle Einzelteilnehmer auf dem Markt. Diese Marktmacht hat eine KV nicht.

Da sehen wir nur schön aus, da sind wir aber auch extrem stark als Körperschaft des öffentlichen Rechts beschränkt.

Vorsitzender **Joachim Veyhelmann**: Vielen Dank, Herr Dastych. Wir sind nunmehr am Ende der vierten Runde. Wir haben knapp sieben Stunden getagt. Ich darf mich im Namen aller Kolleginnen und Kollegen bei Ihnen, liebe Anzuhörenden, dafür bedanken, dass Sie so viel Zeit investiert haben, uns zu informieren.

Ich darf mich aber auch im Namen meines geschätzten Kollegen Promny bedanken, dass Sie es uns ermöglicht haben, mit konzentriertem und sehr diszipliniertem Vorgehen diesen Ablaufplan, der erstellt wurde, einzuhalten.

Ich wünsche Ihnen für das in Kürze bevorstehende Wochenende alles Gute. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt. Bleiben Sie gesund. Ich schließe die Sitzung.

Beschluss:

SIA 20/73 – 03.03.2022

DDA 20/27 – 03.03.2022

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss und der Ausschuss für Digitales und Datenschutz haben gemeinsam eine öffentliche mündliche Anhörung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege abgehalten.

Wiesbaden, 17. März 2022

Protokollführung:

Vorsitz SIA :

Vorsitz DDA:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny

Joachim Veyhelmann

Anlage zum Stenografischen Bericht der
öffentlichen mündlichen Anhörung zur Digitalisierung im
Gesundheitswesen und in der Pflege vom 3. März 2022

73. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

27. Sitzung – Ausschuss für Digitales und Datenschutz

1. Fragen der Abgeordneten	S. 1
2. Landesärztekammer	S. 3
3. Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski	S. 9
4. Bundesverband Medizintechnologie	S. 12
5. APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Prof. Dr. Felix Hofmann	S. 13
6. Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationssicherheit	S. 16
7. Deutsche Gesellschaft für Gesundheitstelematik	S. 32
8. Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule	S. 34

**Nachfragen zur öffentlichen mündlichen Anhörung im Hessischen Landtag vom 3. März zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege**

73. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

27. Sitzung – Ausschuss für Digitales und Datenschutz

Offene Fragen aus Themenblock 1:

Abg. Yanki Pürsün (Freie Demokraten):

- Sollte es eine staatliche Regelung zum Sammeln von Gesundheitsdaten geben, die auch den Zugriff des Staates auf diese Daten erlaubt?
- Braucht es eine staatliche Datenlösung? Sind Insellösungen, dezentrale Datensammlungen zu bevorzugen?
- Wo sollen Daten gesammelt werden?
- Wer erhält Zugriff auf diese Daten?
- Soll auch Konzernen vorgegeben werden, welche Daten Sie sammeln dürfen und müssen die Konzerne Zugriff auf diese Daten gewähren?

Abg. Hartmut Honka (CDU):

- An welcher Stelle der Datenschutzgrundverordnung müsste man ansetzen, um über Behörden- und Strukturgrenzen hinweg miteinander arbeiten zu können, ohne dass dabei das Niveau des Datenschutzes gesenkt wird?

Abg. Claudia Papst-Dippel (AfD):

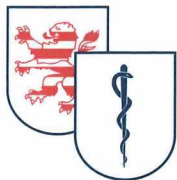
- Wie wird im Krankenhaus, in der Pflege sichergestellt, dass mit den Endgeräten kein Missbrauch betrieben wird, also Außenstehende keinen Zugang zu den Daten erhalten?
- Wie gut laufen die Schulungen für Mitarbeiter zur Nutzung dieser Geräte bzw. entsprechender Software? Gibt es dabei Probleme?

- Wie ist beispielsweise in der Pflege zu den Daten für den Fall sichergestellt, dass es einen technischen Ausfall des Systems gibt?

Im Nachhinein eingereichte Fragen:

Fraktion der Freien Demokraten:

- Wie würden Sie die Errichtung einer unabhängigen Stiftung zur Verwaltung und Forschung der Gesundheitsdaten bewerten?
- Wie bewerten Sie die Bemühungen zur Errichtung eines European Health Data Space, wie es die EU-Kommission vorsieht?



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt a. M.

Versand ausschließlich per E-Mail

Hessischer Landtag

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

Ausschuss für Digitales und Datenschutz

Gustav-Stresemann-Ring 1

65189 Wiesbaden

- Präsident -

Hanauer Landstr. 152 - 60314 Frankfurt am Main

Postfach 60 05 66 - 60335 Frankfurt am Main

Telefon: (069) 97672 - 0 Durchwahl - 113/ - 163

Telefax: (069) 97672 - 169

E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de

Internet: www.laekh.de

Ihr Zeichen

Unser Zeichen:

R 388/2022

Datum:

2. März 2022

Stellungnahme zur mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses sowie des Ausschusses für Digitales und Datenschutz zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zur Teilnahme an der mündlichen Anhörung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege am 3. März 2022. Aufgrund der Bedeutung dieser Thematik übersende ich Ihnen auch eine schriftliche Stellungnahme zu den von Ihnen aufgeworfenen Fragen.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren weiter voranschreiten und in der medizinischen Versorgung der hessischen Bürgerinnen und Bürger einen zunehmend wichtigen Stellenwert einnehmen. Die hessische Ärzteschaft möchte sich daher an diesem Digitalisierungsprozess beteiligen und so mithelfen, die Patientenversorgung in Hessen zu verbessern.

1. Vernetzung von Patientendaten

Wie kann die Nutzung von BigData und der Einsatz von KI konkrete Vorteile für die Behandlung von Patienten in Hessen bringen?

Eine Nutzung von BigData und der Einsatz von KI kann im Bereich der Forschung, ggf. auch bei der Organisation und Steuerung des Rettungsdienstes möglich sein. Ein Einsatz im ambulanten Bereich, mit dem die Regelversorgung der Bevölkerung verbessert werden würde, ist aus unserer Sicht auch langfristig nicht absehbar. Die anstehenden Herausforderungen in Form der eAU und des eRezeptes sollten zunächst bewältigt und

die Schwierigkeiten der Pandemie überwunden werden, bevor neue Projekte angegangen werden.

Wie können die Digitalisierung und der Austausch von Daten den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen voranbringen?

Ein Anschluss der KIM an das EGVP kann zu einer vereinfachten Kommunikation zwischen den hessischen Ärztinnen und Ärzten einerseits und den Behörden und staatlichen Institutionen andererseits führen. Weitere Schritte scheinen angesichts der aktuellen Belastungen der Ärzteschaft, aber auch der hessischen Gesundheitsämter nicht möglich.

Kann man einschätzen, wie weit die Datensolidarität geht, also die Bereitschaft mit den eigenen Daten einen Beitrag für Erkenntnisse zu leisten, die der eigenen Gesundheit und anderen zugutekommen?

Fundament des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist die besondere Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, die auch durch die ärztliche Schweigepflicht und dem hieraus resultierenden ärztlichen Zeugnisverweigerungsrecht geschützt wird. Es besteht bei den Bürgerinnen und Bürgern eine hohe Sensibilität für den Umgang mit ihren Gesundheitsdaten. Um eine tatsächlich freiwillige Datensolidarität zu erreichen, ist es aus Sicht der Landesärztekammer Hessen zwingend erforderlich, die Bürgerinnen und Bürger umfassend und abschließend auf eine leicht verständliche und übersichtliche Art und Weise über die Verarbeitung Ihrer Daten zu informieren.

Welche datenschutzrechtlichen Bedenken gibt es bezüglich E-Health-Anwendungen?

Grundsätzlich stellt sich datenschutzrechtlich die Frage der Datensicherheit, der Zugriffsmöglichkeiten auf die Gesundheitsdaten sowie die Transparenz über die Datennutzung. Daneben stellt sich jedoch auch die Frage der Verantwortung für die Datenverarbeitung.

Gerade Anbieter von Plattformen, auf denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden können, nutzen zum Teil die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten auch zur Verbesserung ihrer Dienste. Aus haftungsrechtlichen Aspekten wird von diesen Anbietern häufig ein Vertrag über Auftragsverarbeitung angeboten, obwohl eigentlich eine gemeinsame Verantwortlichkeit nach Art. 26 DSGVO vorliegen dürfte.

Ein weiteres Problem der Verantwortung für die Datenverarbeitung tritt derzeit in den Arztpraxen zu Tage und ist auf § 307 SGB V zurückzuführen. So zeichnen die Konnektoren für die Telematik Logfiles auf, wenn ein fehlgelaufenes Versichertenstammdatenmanagement vorliegt. Diese Logfiles enthalten personenbezogene Daten, wie zum Beispiel die Seriennummer der eingesteckten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und die des Krypto-Zertifikats, für deren Speicherung weder Rechtsgrundlage noch Einwilligung vorliegt. Obwohl die hessischen Ärztinnen und Ärzte von der Speicherung dieser Logfiles regelmäßig keine Kenntnis haben, sieht der BfDI die datenschutzrechtliche Verantwortung aufgrund der Regelungen von § 307 SGB V bei den Ärztinnen und Ärzten.

In diesem Zusammenhang haben Ärztinnen und Ärzte berichtet, dass die Einführung der NFC-Technologie dazu führt, dass die Konnektoren das Computersystem in den Arztpraxen lahmlegen. Von Seiten der Industrie werde ein Gerät zum Preis von 25 € bereitgestellt, das, zusammen mit dem Konnektor, auch die Nutzung der NFC-Technologie ermögliche. An dieser Stelle ist aus Sicht der Landesärztekammer Hessen die Einrichtung einer Vertrauensstelle, an die sich die Leistungserbringer wenden können, wenn aufgrund von Fehlern der verbindlich vorgeschriebenen Technik die Patientenversorgung nicht mehr möglich ist und datenschutzrechtliche Fragestellungen im Raum stehen.

Welche Sicherungsmaßnahmen können bis zu welchem Grad verhindern, dass sensible Gesundheitsdaten in falsche Hände geraten?

Die Grundsätzen des Datenschutz by design und Datenschutz by default sind geeignet, unberechtigten Zugriffen Dritter vorzubeugen. Ansonsten kann eine transparente Datenverarbeitung, die ausschließlich im Rahmen des Zweckes, zu dem die Daten aus Sicht des Betroffenen erhoben wurden, erfolgt, einem Datenmissbrauch vorbeugen.

2. Ländlicher Raum – Vorteile und Probleme/Grenzen beim Einsatz von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen

Wie werden die digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen für den ländlichen Raum angenommen? Welche Tools werden von den Leistungserbringern bzw. Patienten genutzt?

Die Telematik ist auch im ländlichen Bereich verpflichtend. Nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft ist allerdings festzuhalten, dass die eAU und das eRezept nicht fehlerfrei funktionieren und das Verzeichnissystem der KIM nicht den Anforderungen entspricht, die eine Nutzung der KIM attraktiv machen würden.

Darüber hinaus sind im ländlichen Raum, aber auch beispielsweise im Rhein-Main Gebiet eine Vielzahl digitaler Anwendungen in der Verwendung, deren medizinischer Nutzen zum Teil nicht abschließend beurteilt werden kann. Derartige Angebote, gerade wenn sie als Plattform konzipiert sind, können am Arzt vorbei eine Steuerungsfunktion der Patientenströme entwickeln, die aufgrund ihrer ökonomischen Ausrichtung von Seiten der Landesärztekammer Hessen kritisch gesehen wird.

Insgesamt ist der Bedarf an der Einbindung von Digitalen Gesundheitsanwendungen noch nicht flächendeckend geweckt. Gerade hinsichtlich des Angebotes und der Kosten gibt es zu wenig belastbare Informationen.

In welchen Bereich können E-Health-Anwendungen im ländlichen Raum Versorgungslücken kompensieren?

Der Einsatz von E-Health-Anwendungen setzt zunächst voraus, dass die Patientinnen und Patienten die E-Health-Anwendungen nutzen können.

Darüber hinaus ist zu unterscheiden, welcher Bereich der E-Health-Anwendungen betroffen ist. In jedem Fall kann eine E-Health-Anwendung lediglich eine ärztliche Behandlung ergänzen, den Arzt jedoch nicht ersetzen.

Eine Kompensierung von Versorgungslücken erscheint beispielsweise möglich, wenn entsprechend geschulte MFA vor Ort bei dem Patienten eine telemedizinische Behandlung durch einen Arzt unterstützen. Eine ausschließlich telemedizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten entspricht jedoch bei vielen Krankheitsbildern nicht dem ärztlichen Standard.

Sinnvoll kann jedoch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit sein, wie sie im St. Josefs-Hospital Rheingau mit dem dortigen Zentrum für Telemedizin praktiziert wird.

Auch das Projekt „Telemedizin im Rettungsdienst“, das in den Landkreisen Gießen und Marburg-Biedenkopf durchgeführt und vom Land Hessen gefördert wird, hilft, die vorhandenen Kapazitäten möglichst zielgerichtet zu nutzen.

Wie gestaltet sich die Anbindung an die Telematik für kleine und im Besonderen für psychotherapeutische Praxen?

Es bestehen mitunter die bereits aufgezeigten technischen Probleme. Darüber hinaus bietet die Telematik gerade für Praxen, die sich auf den Bereich der Psychotherapie spezialisiert haben, wenige Vorteile.

Ärztinnen und Ärzte berichten, dass es mitunter sinnvoller ist, eine Honorarkürzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hinzunehmen, bevor man die Praxis an die Telematik anschließt.

Wie können diese den Datenschutz gewährleisten?

Die datenschutzrechtlichen Anforderungen, die an die Arztpraxen gestellt werden, sind eine hohe Belastung und es zeigt sich in der täglichen Praxis, dass die Anforderungen von inhabergeführten Arztpraxen kaum zu erfüllen sind.

Die Landesärztekammer Hessen versucht, zusammen mit dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, die hessischen Arztpraxen bei der Umsetzung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu unterstützen.

3. Auswirkungen der Digitalisierung auf die Ausbildung und Weiterentwicklung in den gesundheitsberufen

Muss die Ausbildung in medizinischen und pflegerischen Berufen zukünftig angepasst werden, um auch digitale Hilfsmittel optimal zum Einsatz bringen zu können?

Die Ausbildung in medizinischen Berufen muss den Anforderungen an eine moderne Medizin entsprechen. Eine Schulung im Umgang mit digitalen Hilfsmitteln ist unseres Erachtens jedoch eher im Bereich der Fort- und Weiterbildung anzusiedeln. Es ist aus unserer Sicht jedoch noch nicht absehbar, in welcher Form entsprechende Änderungen tatsächlich erfolgen müssen.

Werden durch die Digitalisierung neue Berufsbilder im Gesundheitswesen und in der Pflege entstehen?

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen könnte zu neuen Schwerpunkttätigkeiten im Gesundheitswesen führen. Die Ausübung der Heilkunde muss jedoch, um eine möglichst gute Versorgung der hessischen Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, an eine heilberufliche Approbation gekoppelt sein.

Wird rechtlicher Anpassungsbedarf bei den Regelungen zur Ausbildung gesehen?

Einen entsprechenden Anpassungsbedarf vermögen wir nicht zu erkennen.

4. Digitale Versorgungsrealität in Hessen

Welche digitalen Elemente in der Struktur bzw. den Abläufen der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflege haben sich bewährt? Was waren gute Pilotprojekte?

Die von uns bereits benannten Projekte sind unseres Erachtens Erfolgsmodelle, ohne dass wir diese Liste als abschließend ansehen.

Welche Potenziale ergeben sich in der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren? Gibt es besonders gute Beispiele bei Krankenhäusern oder der ambulanten Versorgung bzw. in der pflegerischen Versorgung?

Im Bereich des Konzils ergeben sich hier enorme Potenziale, gerade wenn die Leistungserbringer Rücksprachebedarf haben. Ein gutes Beispiel hierfür ist das St. Josefs-Hospital Rheingau mit dem Zentrum für Telemedizin.

Im Bereich des Rettungsdienstes ist das Projekt das Projekt „Telemedizin im Rettungsdienst“ zukunftsweisend.

Was bedeutet der zunehmende Einsatz von E-Health-Anwendungen für Menschen, die keinen Zugang zu elektronischer Kommunikation haben und kein Vertrauen in solche Anwendungen?

Die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten muss aus Sicht der Landesärztekammer Hessen gewährleistet sein, unabhängig von der Nutzung von E-Health-Anwendungen. Aus diesem Grund darf die Anwendung von E-Health-Anwendungen lediglich eine Ergänzung ärztlicher Tätigkeit sein, diese nicht ersetzen.

Was geschieht mit Personen, die eine Unterschrift unter Einwilligungen setzen müssen, dessen Text sie weder lesen noch verstehen können.

Sofern eine Person den Inhalt einer von ihr abgegebenen Willenserklärung nicht versteht, kann eigentlich keine wirksame Einwilligung in die Behandlung gegeben werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Abg. Yanki Pürsün (Freie Demokraten):

- Sollte es eine staatliche Regelung zum Sammeln von Gesundheitsdaten geben, die auch den Zugriff des Staates auf diese Daten erlaubt?

- Gesundheitsdaten sind hoch sensible Daten. Ähnlich dem Arzt/PatientInnen-Verhältnis müssen die Gesundheitsdaten einem besonderen rechtlichen Schutz unterliegen. Dementsprechend muss der Zugriff auf Gesundheitsdaten streng kontrolliert und reglementiert werden. Eine fachfremde Ausgabe oder kommerzielle Nutzung ohne wissenschaftlichen Mehrgewinn würden das Vertrauen der PatientInnen in die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten nachhaltig beschädigen.
Als gutes Beispiel kann man das Statistische Bundesamt aufführen. Es verwaltet anonymisiert die Abrechnungsdaten von stationären Krankenhausbehandlungen in der Bundesrepublik. Wendet man sich mit einer wissenschaftlichen Fragestellung an das Bundesamt, so prüft ein Gremium die wissenschaftliche Relevanz der Fragestellung. Wurde die Relevanz festgestellt, fragt das Bundesamt die Daten aus der Datenbank ab und stellt die Ergebnisse, unter Wahrung der Anonymität, für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung.

- Braucht es eine staatliche Datenlösung? Sind Insellösungen, dezentrale Datensammlungen zu bevorzugen?

- Diese Frage ist je nach Zweck der Datensammlung zu beantworten. Für eine digitale Dokumentation erscheinen Insellösungen naheliegend, weil sie oftmals preiswerter und einfacher zu implementieren sind. Aus einer wissenschaftlichen Perspektive ist jedoch die Zusammenführung von medizinischen Daten mit einem definierten Erhebungsstandard wünschenswert. Nur so können Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Therapien erkannt werden, die bspw. sonst aufgrund geringer Fallzahlen unerkannt geblieben wären.

- Wo sollen Daten gesammelt werden?

- Im Gesundheitswesen fallen bereits heute permanent Daten an. In hochtechnisierten Bereichen wie der Intensivmedizin oder Anästhesie ganz besonders. Diese Daten werden zu dokumentationszwecken schon heute gespeichert. Leider häufig nicht in einheitlichen Formaten oder Strukturen. So gehen viele wertvolle Informationen verloren.
Zum jetzigen Zeitpunkt können wir noch definieren und gestalten, wie wir zukünftig mit den anfallenden Daten umgehen wollen.

- Wer erhält Zugriff auf diese Daten?

- Siehe Frage 1.
Aus wissenschaftlicher Perspektive würden wir viel Potential für eine bessere Patientenversorgung verschenken, sollten die Daten nicht für Forschungszwecke verfügbar sein. Hierzu sind in der Regel anonymisierte Daten ausreichend, die keinen Rückschluss auf einzelne Personen zulassen.

- Soll auch Konzernen vorgegeben werden, welche Daten Sie sammeln dürfen und müssen die Konzerne Zugriff auf diese Daten gewähren?

- Konzerne sammeln Daten. Aus meiner Sicht wäre es wünschenswert, wenn Konzerne verpflichtet wären, Daten nach dem FAIR-Prinzip zu teilen (Findable (Auffindbar), Accessible (Zugänglich), Interoperable (Interoperabel), Reusable (Wiederverwendbar) - <https://www.forschungsdaten.info/themen/veroeffentlichen-und-archivieren/faire-daten/>)

Die Realität ist heute eher von nicht kompatiblen Schnittstellen, verschlüsselten Daten und Insellösungen geprägt. Hierdurch versuchen sich die Konzerne einen vermeintlichen Marktvorteil zu sichern. Die fehlende Datentransparenz erschwert Forschungsansätze, Forschungsdurchführung und letzten Endes innovative Forschung. Den Preis für dieses Verhalten zahlen die Patientinnen.

Abg. Hartmut Honka (CDU):

- An welcher Stelle der Datenschutzgrundverordnung müsste man ansetzen, um über Behörden- und Strukturgrenzen hinweg miteinander arbeiten zu können, ohne dass dabei das Niveau des Datenschutzes gesenkt wird?
 - Aus meiner Sicht ist die Datenschutzgrundverordnung kein Hindernis. Sie sichert den Dateninhabern (Patienten) einen korrekten Umgang mit den Daten zu und trägt essentiell zum Schutz vor Missbrauch und Zweckentfremdung bei. Eine einfache Möglichkeit Daten über Behörden- und Strukturgrenzen zu teilen, wäre bspw. nach erfolgter k-Anonymisierung. Aufgrund der fehlenden Rückverfolgbarkeit durch die Anonymisierung gilt die Datenschutzgrundverordnung nicht.

Abg. Claudia Papst-Dippel (AfD):

- Wie wird im Krankenhaus, in der Pflege sichergestellt, dass mit den Endgeräten kein Missbrauch betrieben wird, also Außenstehende keinen Zugang zu den Daten erhalten?
 - Endgeräte im Krankenhaus sind mit einem personalisierten Benutzernamen und Passwort geschützt.
- Wie gut laufen die Schulungen für Mitarbeiter zur Nutzung dieser Geräte bzw. entsprechender Software? Gibt es dabei Probleme?
 - Eine Schulung ist nicht nur nach Medizinproduktegesetz zwingend vorgeschrieben, sondern auch für die problemlose Anwendung im klinischen Betrieb sinnvoll. Hierbei gibt es keine strukturellen Probleme.
- Wie ist beispielsweise in der Pflege zu den Daten für den Fall sichergestellt, dass es einen technischen Ausfall des Systems gibt?
 - Sollte es zu einem technischen Ausfall des Systems kommen, werden Daten händisch dokumentiert und im Nachhinein digitalisiert und der digitalen Akte beigelegt. Zu diesem Zwecke werden in der Regel vorgedruckte Bögen bevorratet.

Im Nachhinein eingereichte Fragen:

Fraktion der Freien Demokraten:

- Wie würden Sie die Errichtung einer unabhängigen Stiftung zur Verwaltung und Forschung der Gesundheitsdaten bewerten?
 - Ein regulatives Organ, sei es das Statistische Bundesamt (siehe Frage 1) oder eine unabhängige Stiftung ist in jedem Fall sinnvoll. Die Daten müssen jedoch für wissenschaftliche Zwecke verfügbar sein.
- Wie bewerten Sie die Bemühungen zur Errichtung eines European Health Data Space, wie es die EU-Kommission vorsieht?

- Ein European Health Data Space kann für einen effizienten Austausch und direkten Zugriff auf unterschiedliche Gesundheitsdaten (elektronische Patientenakten, Daten aus Patientenregistern usw.) sorgen – und zwar nicht nur in der Gesundheitsversorgung selbst (Primärnutzung), sondern auch in der Gesundheitsforschung und der Gesundheitspolitik (Sekundärnutzung). Da die EU mit der Datenschutzgrundverordnung sich selbst hohe Datenschutzregeln auferlegt hat, halte ich ein solches Projekt für sehr sinnvoll und unterstützenswert.

Aufgrund der großen Fallzahlen können auf diese Weise auch seltene Erkrankungen erforscht und die Versorgung für diese PatientInnen speziell verbessert werden. Für gesundheitspolitische Entscheidungen können solche Daten eine fundierte wissenschaftliche Grundlage bieten.



Antwort auf die Fragen der Freien Demokraten:

Der BVMed sieht fünf Voraussetzungen für eine erfolgreiche datenbasierte Gesundheitsversorgung:

- > 70 Prozent der Forschung zu Medizininnovationen findet in Deutschland in den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft statt. Die forschenden Gesundheitsunternehmen müssen deshalb ausdrücklich zu den nutzungsberechtigten Institutionen nach § 303e SGB V gehören, die das Antragsrecht auf die Nutzung von Daten aus dem Forschungsdatenzentrum haben.
- > Alle Patienten:innen müssen vollumfänglich über die Nutzung ihrer personenbezogenen Daten bestimmen können. Sie haben das Recht, diese Daten selbst und zur eigenen Behandlung zu nutzen, können sie aber auch zu Forschungszwecken und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.
- > Die MedTech-Branche ist wie andere Institutionen des Gesundheitswesens bereit, bei ihr entstehende Gesundheitsdaten in aggregierter Form zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung zu stellen. Dies muss ohne Zusatzaufwand in personeller, finanzieller oder organisatorischer Hinsicht erfolgen.
- > Gesundheitsdaten sind am wertvollsten, wenn sie standardisiert und strukturiert vorliegen. Standards dürfen nicht einseitig für den deutschen Gesundheitsmarkt gesetzt werden, sondern anhand internationaler Standards gemeinsam mit der MedTech-Branche. Nicht nur Datenlieferung und -struktur, sondern auch die Regulierung muss bundeseinheitlich erfolgen, beispielsweise durch ein „Gesundheitsdatennutzungsgesetz“.
- > Wichtig ist, dass alle Beteiligten den gleichen, geregelten Zugang zu Gesundheitsdaten erhalten, damit ein fairer Wettbewerb, um beste Lösungen erzielen zu können, stattfinden kann. Der BVMed legt sich nicht darauf fest, ob die Dateninfrastruktur dezentral oder durch eine zentrale Clearingstelle („Treuhändermodell“) organisiert werden soll. Damit scheidet eine zentrale Verwaltung durch Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aus.



Hessischer Landtag

z.Hd. Andrea Bartl

Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

Prof. Dr. med. Felix Hoffmann

Professor für Digital Health

Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Health Management (MaHM)

Medizinrecht (LL.M.)

E-Mail: Felix.Hoffmann@apollon-
hochschule.de

**Stellungnahme zu den Nachfragen zur öffentlichen mündlichen
Anhörung im Hessischen Landtag vom 3. März zur Digitalisierung im
Gesundheitswesen und in der Pflege**

27.03.2022

Sehr geehrte Frau Bartl,

nachfolgend möchte ich auf die Fragen der Abgeordneten antworten, die Sie mir am 10.03.2022 per E-Mail zugesendet haben. Um zu vermeiden, dass sich die Antworten überschneiden, habe ich mir erlaubt, nicht auf jede Frage einzeln zu antworten, sondern die Antworten auf die Fragen zu bündeln.

**Staatliche Regelungen zum Sammeln und Nutzen von
Gesundheitsdaten**

Nach meinem Dafürhalten ist es zwingend erforderlich, dass staatlicherseits ein Regelungsrahmen für die Verwendung von Daten im Gesundheitswesen vorgegeben wird. Allerdings ist es von entscheidender Bedeutung, in welcher Weise dieser Regelungsrahmen ausgestaltet wird.

Aktuell besteht eine erhebliche Problematik im Gesundheitswesen darin, dass viele technisch sehr leistungsfähige Lösungen verfügbar sind, die jedoch oft nicht hinreichend miteinander vernetzt sind. Das führt dazu, dass häufig trotz guter technischer Möglichkeiten über die Grenzen einer Gesundheitseinrichtung hinaus immer noch auf die Übermittlung von Daten mittels Fax, Papier oder CD zurückgegriffen werden muss.

Der Gesetzgeber sollte daher darauf hinwirken, dass die folgenden beiden Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Festlegung geeigneter interoperabler Standards für die Datenerhebung (z.B. FHIR), um die Möglichkeit einer einrichtungsübergreifenden Verwendung der Daten sicherzustellen. Dabei sollte zwingend auf international anerkannte Standards zurückgegriffen werden, damit auch Deutschland selbst nicht zu einer „Insellösung“ wird.
2. Festlegung des Niveaus von Datenschutz und Datensicherheit, das bei der Datenübermittlung gewährleistet werden muss.

Bei der Umsetzung halte ich es nicht für zielführend, diese ausschließlich in die Hände staatlicher Institutionen (z.B. gematik) zu legen, die eine Monopolstellung einnehmen. Stattdessen sollte es im Rahmen des staatlichen Regelungsrahmens einen Wettbewerb geben, um das volle Innovationspotenzial im Gesundheitswesen zu nutzen.

Konzeptionelle Überlegungen zur Gestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Für eine wirksame Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen halte ich eine redundante Vorhaltung von Daten für erforderlich. Zum einen müssen Einrichtungen im Gesundheitswesen die erhobenen Daten sichern, wie es bereits seit langem üblich ist. Darüber hinaus sollten die Daten auch an Patientinnen und Patienten übermittelt werden, die diese in eine eigene elektronische Patientenakte übernehmen.

Die elektronische Patientenakte hat sodann das Potenzial, als Schnittstelle zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu fungieren. Das ist insbesondere dann sinnvoll, wenn bei der Dokumentation noch nicht klar ist, wer die jeweiligen Daten später weiterverarbeitet. Bei der Ausstellung eines Rezepts beispielsweise entscheidet der Patient häufig erst nach Verlassen der Arztpraxis, in welcher Apotheke er dieses Rezept einlösen wird.

Sobald geklärt ist, in welchem Format und auf welchem Sicherheitsniveau die Datenübermittlung erfolgen muss (siehe oben), ist prinzipiell nicht mehr relevant, wer die elektronische Patientenakte zu Verfügung stellt. Daher halte ich es für angezeigt, dass elektronische Patientenakten als eigenständiges Leistungsangebot von verschiedenen Akteuren zur Verfügung gestellt werden und diese auch in einen Wettbewerb zueinander treten. Das können beispielsweise Krankenkassen sein, aber auch privatwirtschaftliche Unternehmen, die entsprechende Angebote aufbauen.

Von besonderer Bedeutung ist die Usability entsprechender Anwendungen, die möglichst selbsterklärend aufgebaut werden sollten. Die Benutzeroberfläche kann sich beispielsweise an Social Media-Plattformen orientieren, was zu einer höheren Akzeptanz beitragen kann und Schulungen bestenfalls überflüssig macht.

Datenschutz und Datensicherheit

Der Zugriff auf Gesundheitsdaten ist im deutschen und EU-Datenschutzrecht ausführlich geregelt und insgesamt halte ich es für sinnvoll, dass ein Zugriff auf Daten nur dann zulässig ist, wenn dies auf dem Boden einer gesetzlichen Grundlage oder nach Einwilligung der betroffenen Person geschieht.

Die Nutzung von Daten für Forschungszwecke ist aus gesellschaftlicher Sicht ausgesprochen wichtig, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Aus Sicht des einzelnen Individuums entsteht hieraus allerdings oft kein unmittelbarer Nutzen. Um dennoch eine möglichst große Datenverfügbarkeit für die Wissenschaft sicherzustellen, sollten sinnvolle Regeln für die Datenspende entworfen werden. Folgende Aspekte dürften die Bereitschaft für die Freigabe von Gesundheitsdaten ohne größere Einschränkungen im Datenschutz erhöhen:

1. Opt-Out statt Opt-In als Standardeinstellung bei der Nutzung der ePA.
2. Statt sensible Gesundheitsdaten an Forschungseinrichtungen zu übermitteln, könnte stattdessen in die ePA eine Funktion integriert werden, welche die Datenauswertung innerhalb der ePA ermöglicht. Auf diese Weise würde die Forschungseinrichtung lediglich die Antwort erhalten, ob eine bestimmte Bedingung vorliegt oder nicht. Für viele, insbesondere statistische Verfahren wäre das bereits ausreichend.
3. Transparenz für die Datenspender:innen über die jeweilige Nutzung der Daten.

Ob es eine staatliche Regelung zum Sammeln von Gesundheitsdaten geben sollte, lässt sich nicht pauschal beantworten. Dies bedarf der Legitimation durch einen geeigneten Zweck.

Es bleibt die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass der Datenschutz immer bestmöglich eingehalten wird. Eine absolute Sicherheit kann jedoch niemals erreicht werden. Daher halte ich es für wichtiger, eine bestmögliche Transparenz über das aktuelle Sicherheitsrisiko herzustellen, beispielsweise über geeignete Reifegradmodelle. Auch die Reaktion auf technische Störungen oder Systemausfälle sollte dabei mitberücksichtigt werden. Durch eine Freiwilligkeit bei der Nutzung sollte es jeder Person selbst obliegen, sich für oder gegen die Nutzung zu entscheiden.

Errichtung nationaler und internationaler Forschungseinrichtungen

Grundsätzlich halte ich es für sehr sinnvoll, wissenschaftliche Projekte zur Digitalisierung des Gesundheitswesens zu fördern. Ob die Errichtung einer unabhängigen Stiftung zur Verwaltung und Forschung der Gesundheitsdaten oder die Bemühungen der EU-Kommission zur Errichtung eines European Health Data Space sinnvoll sind, hängt davon ab, wie sich diese in der bestehenden Forschungslandschaft positionieren. Die Wirksamkeit der entsprechenden Vorhaben wird sich am Ende daran bemessen, wie groß der Impact auf die Versorgung ist.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Felix Hoffmann



**DER HESSISCHE BEAUFTRAGTE
FÜR DATENSCHUTZ UND INFORMATIONSFREIHEIT**

Mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses sowie des Ausschusses für Digitales und Datenschutz zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege am 3. März 2022

Antworten des HBDI zu den Themenblöcken 1 – 4

I. Nutzen und Herausforderungen durch die Digitalisierung und Vernetzung von Patientendaten – BigData und Einsatz von KI

Welche datenschutzrechtlichen Bedenken gibt es bezüglich E-Health-Anwendungen?

Die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitsbereich geht mit neuen Möglichkeiten zur Verarbeitung von Daten und zur Vernetzung datenverarbeitender Einrichtungen einher. Die datenschutzrechtlichen „Bedenken“ sind daher in dem Sinne zu verstehen, dass sie aufzeigen können, wo neue technologische Möglichkeiten mit Eingriffen in die Grundrechte und Freiheiten natürlicher Personen einhergehen können und was dann zu tun ist, um den technologischen Fortschritt in Einklang mit dem Schutz dieser Grundrechte zu bringen. Bei einer Vielzahl an Projekten fällt dabei auf, dass oft einige Aspekte vernachlässigt werden, die aus Sicht des Datenschutzes wichtig sind. Dies sind stichpunktartig die folgenden Punkte:

- Klare Festlegung der Verantwortlichkeiten, gerade dann, wenn mehrere Stellen beteiligt sind
- Ausführliche Überlegungen und Begründungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten (Getrennte/ Gemeinsame Verantwortlichkeit/ AV)

Unsere derzeitige telefonische Erreichbarkeit: Mo. - Fr. von 09:00 - 12:00 Uhr sowie Mo. - Do. von 13:00 - 16:00 Uhr
Persönliche Termine bitte mit vorheriger Absprache

- Fehlende Transparenz gegenüber den betroffenen Anwendern, insbesondere das Fehlen von Informationen nach Art. 13 DS-GVO
- Rechtzeitige Einbindung des internen Datenschutzbeauftragten als auch der Aufsichtsbehörde
- Fördermittel werden oft unabhängig von dem Vorliegen eines Datenschutzkonzeptes gewährt
- Berücksichtigung der besonderen datenschutzrechtlichen Anforderungen, die an eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten (als besondere Kategorien gem. Art 9 DS-GVO) oder an eine automatisierte Entscheidungsfindung – Stichwort algorithmenbasierte Entscheidungsunterstützungssysteme „KI“ – gestellt werden. Dazu kann beispielsweise die Notwendigkeit einer DatenschutzFolgenabschätzung gehören
- Eine risikobasierte und am Schutzbedarf der personenbezogenen Daten orientierte Technikgestaltung, die schon bei der Festlegung der Mittel beginnt und die Grundsätze der Datenverarbeitung – wie z. B. Vertraulichkeit, Datenminimierung, Zweckbindung – umsetzt und entsprechend geeignete und angemessene technisch-organisatorische Maßnahmen.

Sofern an die genannten Punkte gedacht wird, ist dies zugleich ein Motor für die Umsetzungsgeschwindigkeit.

Welche Sicherungsmaßnahmen können bis zu welchem Grad verhindern, dass sensible Gesundheitsdaten in falsche Hände geraten?

In diesem Kontext sind zunächst die von der verantwortlichen Stelle festzulegenden, technisch-organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich etwa in Art. 32 DS-GVO finden, zu nennen. Im Bereich der Krankenhausinformationssysteme, wo viele Mitarbeitende mit unterschiedlichen Zuständigkeiten mit großen Beständen personenbezogener Daten arbeiten, spielen beispielsweise die Zugriffsbeschränkungen und Zugriffskontrollen – auf der Systemebene aber beispielsweise auch eine Mandantentrennung – eine große Rolle. Solche Berechtigungsbeschränkungen oder -trennungen können gleichzeitig auch dazu dienen, verschiedene, mit einem einzelnen System verfolgte Verarbeitungszwecke, voneinander abzugrenzen.

In der Praxis zeigt sich aber auch, dass selbst eine vorbildliche Planung und scheinbar gut geeignete Schutzmaßnahmen eine „Datenpanne“ manchmal nicht verhindern können. Insofern gewinnen die Meldungen nach Art. 33 DS-GVO eine zunehmende Bedeutung für die Datenschutzaufsicht. Danach müssen die verantwortlichen Stellen alle Vorfälle, die zu einem Risiko für betroffene Personen und deren personenbezogene Daten führen, bei der Aufsichtsbehörde melden. Solche Vorfälle resultieren häufig aus Sicherheitslücken oder anderen Schwachstellen im Datenschutz, deren Behebung der HBDI bei der Fallbearbeitung überwacht. Der HBDI befand sich beispielsweise über ein halbes Jahr mit einem Softwareanbieter aus Hessen für Arztpraxen in Kontakt, um eine umfangreiche und detaillierte Aufarbeitung eines Ransomware-Angriffs vorzunehmen. Die getroffenen Maßnahmen werden in Zukunft mögliche Schadenseintritte weiter minimieren. So finden etwa Wartungsarbeiten an Speichermedien in Teilen nicht mehr wie zuvor beim Dienstleister, sondern in den Arztpraxen vor Ort statt.

Der hohe angestrebte Grad der Vernetzung, der die „E-Health“-Vorhaben so prägt, lässt einige Sicherungsmaßnahmen allgemein besonders passend erscheinen. Datenflüsse zwischen verschiedenen beteiligten Stellen machen es nötig, diese Daten auf

dem Weg vom Sender zum Empfänger vor unbefugten Zugriffen zu schützen, wofür z. B. wirksame Verschlüsselungsmaßnahmen prädestiniert sind. Die Vernetzung von Alltagsgegenständen – das sogenannte „Internet of Things“, das auch im Gesundheitsbereich relevant ist – verlangt es, die Verarbeitung personenbezogener Daten auf einer Vielzahl von Geräten schützen zu können, diese also bspw. voneinander zu isolieren oder in einem (Mobile) Device Management verwaltbar zu machen. Solche Maßnahmen stehen aber nie losgelöst von ihren Sachzusammenhängen und müssen im Kontext der jeweiligen Verarbeitungstätigkeiten und den datenschutzrechtlichen Vorgaben betrachtet werden. Insbesondere sieht die DS-GVO auch eine Pflicht der Verantwortlichen vor, diese Maßnahmen regelmäßig zu evaluieren und an den sich rasch verändernden Stand der Technik anzupassen.

Wird diese Pflicht ernstgenommen, zeigt sich zuweilen auch, dass bestimmte Technologien, an die wir uns gewöhnt haben, den datenschutzrechtlichen Anforderungen irgendwann mitunter nicht mehr genügen. Als Beispiel hierfür sei das Fax genannt. Zu den damit verbundenen Datenschutzproblemen insbesondere bei der Verarbeitung personenbezogener Daten mit hohem Schutzbedarf habe ich mich im vergangenen Jahr ausführlich geäußert. An dessen Stelle treten nun datenschutzkonforme und ebenfalls digital verfügbare Lösungen, welche Verantwortlichen die Ablösung des Fax ermöglichen, aber auch abfordern.

II. Ländlicher Raum – Vorteile und Probleme/Grenzen beim Einsatz von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen

Fragen an die Anwendenden in Medizin und Pflege sowie an Krankenkassen/Pflegeversicherung:

Wie gestaltet sich die Anbindung an die Telematik für kleine und im Besonderen für psychotherapeutische Praxen? Wie können diese den Datenschutz gewährleisten?

Zu dieser Fragestellung gibt es immer wieder Anfragen an die Aufsicht. Häufig geht es dabei um die Frage der Verantwortlichkeit im Sinne der DS-GVO, also „wer“ die datenschutzrechtlichen Pflichten wie die Sicherheit der Verarbeitung für eine bestimmte Verarbeitungstätigkeit gewährleisten muss. Auch bei den Telematikverfahren, wie z. B. der Gesundheitskarte, gilt der Grundsatz, dass die Verantwortlichkeit der Praxis da endet, wo ihr Einflussbereich aufhört. Das heißt, Verfahren und Komponenten, die von außen vorgegeben werden, können auch nur bedingt einer datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit seitens der Praxis unterliegen. Dies ist auch insofern nachvollziehbar, als dass die Praxen zur Nutzung dieser Infrastruktur gesetzlich verpflichtet sind und daher auf die Auswahl der eingesetzten Komponenten nicht in gleichem Maße Einfluss nehmen können wie dies bei üblichen Auftragsverarbeitungsverhältnissen (z. B. dem Betrieb einer Webseite bei einem Dienstleister) der Fall wäre.

Bei der Integration in die bestehende IT-Infrastruktur einer Praxis ergeben sich jedoch dennoch Herausforderungen, welche die Praxen durchaus direkt treffen und vollständig in ihrem Einflussbereich liegen: die Telematik-Anbindung bedeutet für viele Praxen zum ersten Mal eine Vernetzung im Sinne des „E-Health“-Gedankens, mit neuen daraus resultierenden Datenflüssen. Viele Praxissysteme waren vor dieser Anbindung jedoch nicht auf einem Stand der Technik, bei solchen Verarbeitungen eine angemessene Sicherheit zu gewährleisten. Die „schlagartige“ Anbindung kann daher weiterge-

henden Investitionsbedarf in ganzheitliche Sicherheits- und Datenschutzkonzepte aufzeigen. Veraltete oder anderweitig unsichere Systeme, die an die TI angebunden werden, profitieren nämlich nicht von der Sicherheit der neuen Infrastruktur, sondern bringen umgekehrt sogar eigene Risiken für deren Nutzung mit.

Abseits der, auf gesetzgeberischer Ebene vorgegebenen Verfahren, ist es insbesondere ein Anliegen der Datenschutzaufsicht, dass im Rahmen der Kommunikation neue datenschutzkonforme Kommunikationsmittel zum Einsatz kommen, wie dies etwa mit dem Kommunikationsdienst KIM für Ärzte möglich ist. Hier werde ich mich gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen für eine breitere Anwendung stark machen.

Der HBDI ist, was die Frage spezifischer Kommunikationsmittel und Wege anbelangt, auch immer für die Arztpraxen in Hessen ansprechbar. Es erfolgte in der Vergangenheit z. B. eine Beratung der Landesapothekerkammer zum Thema datenschutzkonformer Versand von Apothekenrechnungen per E-Mail an ein Pflegeheim.

III. Auswirkungen der Digitalisierung auf die Ausbildung und Weiterentwicklung in den Gesundheitsberufen

Im Januar 2022 hat der unabhängige, interdisziplinäre Beirat zum Beschäftigtendatenschutz seinen Bericht zur Fortentwicklung des Beschäftigtendatenschutzes vorgelegt. Der Beirat kommt in seinem Bericht zum Ergebnis, dass sich durch die Digitalisierung tiefgreifende Veränderungen für die Arbeitswelt ergeben.

Einerseits kann durch digitale Unterstützungsprozesse Arbeit einfacher, weniger belastend, effizienter und kostengünstiger gestaltet werden. Andererseits entstehen zum einzelnen Beschäftigten immer mehr und immer detailliertere Datensätze und –etwa durch algorithmenbasierte Entscheidungsunterstützungssysteme – sind zunehmend Analysen und Vorhersagen sowie umfangreichere Leistungs- und Verhaltenskontrollen der Beschäftigten möglich.

Hier gilt es einen fairen Interessenausgleich zwischen legitimen Arbeitgeberinteressen einerseits und Persönlichkeitsschutzinteressen der Betroffenen andererseits zu finden.

Bei der Digitalisierung von Gesundheitsberufen sollte den Leitgedanken des Beirats zum Beschäftigtendatenschutz Rechnung getragen werden, hierbei handelt es sich um folgende:

- Verhältnismäßiger Ausgleich der beiderseitigen Grundrechte unter besonderer Beachtung des Schutzes der Menschenwürde der Beschäftigten
- wirksamer Grundrechtsschutz und Rechtssicherheit für alle Beteiligten
- Technologieneutralität und Technikoffenheit der Regelungen aufgrund der Dynamik der technischen Veränderungen

- Transparenz für die betroffenen Beschäftigten und die Betriebs- und Personalräte über die vom Arbeitgeber im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Beschäftigtendaten verwendeten Einrichtungen und Programme
- Gewährleistung einer wirksamen Rechtsdurchsetzung
- auch bei Weiterentwicklung des Beschäftigtendatenschutzrecht Beachtung der Verhältnismäßigkeit aller Maßnahmen Risikoabschätzung.

Insgesamt ist die Weiterentwicklung und Konkretisierung des Beschäftigtendatenschutzrechts – auch vor dem Hintergrund der Digitalisierung von Gesundheitsberufen – zu begrüßen.

IV. Digitale Versorgungsrealität in Hessen

Fragen:

-Welche digitalen Elemente in der Struktur bzw. den Abläufen der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflege haben sich bewährt? Was waren gute Pilotprojekte? Welche Maßnahmen und Förderprogramme zur Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Pflege wurden besonders gut angenommen.

Zu dem Stichwort „Pilotprojekte“ wäre aus datenschutzrechtlicher Sicht das Projekt TeleCovid Hessen zu nennen. Hierdurch wurden in sehr kurzer Zeit krankenhausübergreifende Konsile und ein fachlicher Austausch zu COVID-Erkrankungen während der Hochphase der Corona-Pandemie ermöglicht. Realisierbar soll dies sicher durch die vorbildliche und rechtzeitige Einbindung des HBDI durch das HMSI sein. Eine Zusammenarbeit, wie wir sie uns weiter wünschen. Das Projekt ist mittlerweile ausgebaut worden und hat nicht mehr nur COVID-Erkrankungen zum Gegenstand. Hinweise zu dem Projekt finden sich auch auf der Homepage des HBDI.

Darüber hinaus gibt es aktuell eine Reihe von interessanten Projekten aus dem Rettungsdienst-Bereich, in die der HBDI eingebunden ist. Hier wäre etwa das SAN-Projekt zu nennen, mit dem die Notfallstationen der Krankenhäuser durch örtliche, nahe gelegene Arztpraxen entlastet werden sollen. Gerade in Zeiten der Pandemie ist dies wieder ein Projekt von besonderer Bedeutung.

Ebenso ist der HBDI beim sogenannten ETA/ETN-Projekt beteiligt, bei dem Rettungsdienst-spezifische Messenger-Dienste zum Einsatz kommen sollen.

Auch wenn diese Projekte noch nicht abgeschlossen sind, ist auch hier rechtzeitig an die Einbindung der Aufsicht gedacht worden, so dass früh entscheidende Weichen für die Projekte gestellt werden können.

Vielleicht ist hier noch der Wunsch angebracht, dass der E-Health-Beirat des HMSI seine Tätigkeit wiederaufnimmt und in einer größeren Frequenz und Regelmäßigkeit

tagt. Aktuell gibt es genügend Projekte, die auch dort erörtert werden könnten und bezüglich derer es hilfreich ist, wenn man Entscheidungsträger aus dem Gesundheitsbereich in Hessen an einem Ort zusammenbringt.

Abschließend noch der Hinweis auf ein Projekt, dessen Projektverantwortliche ihren Sitz in Hessen haben, das aber auch länderübergreifend ausgerollt werden soll. Bei dem Projekt geht es um die Erforschung der Auswirkungen der COVID-Erkrankung auf die Lunge. Hier hat der HBDI im Rahmen der neu gegründeten Taskforce Forschungsdaten eine koordinierende Funktion und wird auf ein einheitliches Votum durch alle Aufsichtsbehörden hinwirken.



**DER HESSISCHE BEAUFTRAGTE
FÜR DATENSCHUTZ UND INFORMATIONSFREIHEIT**

Wiesbaden, 29.03.2022

**Nachfragen zur öffentlichen mündlichen Anhörung im Hessischen Landtag
vom 3. März zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege**

73. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

27. Sitzung – Ausschuss für Digitales und Datenschutz

Antworten des HBDI zu den offenen Fragen aus Themenblock 1:

- **Sollte es eine staatliche Regelung zum Sammeln von Gesundheitsdaten geben, die auch den Zugriff des Staates auf diese Daten erlaubt?**

Antwort HBDI:

Ein allgemeiner Zugriff des Staates auf Gesundheitsdaten wird seitens des HBDI kritisch gesehen, sofern keine legitimen Zwecke oder Interessen verfolgt und Zugriffe auf das absolut Notwendige begrenzt werden. Hier müsste die Fragestellung und die Konstellation präzisiert werden.

Auf Bundesebene gibt es Überlegungen zur Neuregelung des Zugangs zu Forschungsdaten durch ein sogenanntes Forschungsdatengesetz.¹ Zugang zu Gesundheitsdaten sollten ausschließlich Wissenschaftler und Forschende erhalten, die mit den Gesundheitsdaten zweckgebunden forschen möchten.

¹ Koalitionsvertrag 2021, <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1S>, 21.

Unsere derzeitige telefonische Erreichbarkeit: Mo. - Fr. von 09:00 - 12:00 Uhr sowie Mo. - Do. von 13:00 - 16:00 Uhr
Persönliche Termine bitte mit vorheriger Absprache

- **Braucht es eine staatliche Datenlösung? Sind Insellösungen, dezentrale Datensammlungen zu bevorzugen?**

Antwort HBDI:

Aus dieser Sicht sind die bestehenden Regelungen ausreichend. Diese müssen lediglich genutzt und angewandt werden (siehe u. a. § 24 HDSIG).

Die zweite Frage lässt sich nicht ohne einen konkreten Kontext beantworten. Beide Lösungsansätze sind unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben denkbar und kommen bei der Umsetzung mit ihren jeweils eigenen Vorteilen und Herausforderungen einher. Sofern eine Auswertung der Daten im Endgerät der betroffenen Person möglich ist, ist diese einer zentralen Datensammlung vorzuziehen.

- **Wo sollen Daten gesammelt werden?**

Antwort HBDI:

Die Daten sollten dort gesammelt werden, wo die datenschutzrechtlichen Vorgaben eingehalten werden können. Die Daten sollen grundsätzlich zweckgebunden bei einer verantwortlichen Stelle gespeichert werden. Hierbei ist regelmäßig ein Zugriffs- und Löschkonzept vorzusehen. Auch hier gilt, dass es im Sinn der Datenminimierung vorzuziehen ist, wenn Daten bei der betroffenen Person ausgewertet werden können und nur die Ergebnisse übermittelt werden.

- **Wer erhält Zugriff auf diese Daten?**

Antwort HBDI:

Generell können Verantwortliche auf der Grundlage einer Rechtsgrundlage oder einer Einwilligung Zugriff auf Daten erhalten. Für Gesundheitsdaten ist dabei zu beachten,

dass an die Verarbeitung solcher Daten als besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DS-GVO besondere Anforderungen gestellt werden.

- **Soll auch Konzernen vorgegeben werden, welche Daten Sie sammeln dürfen und müssen die Konzerne Zugriff auf diese Daten gewähren?**

Antwort HBDI:

Auch für Konzerne gilt, dass Datenerhebungen nur auf der Basis einer Rechtsgrundlage oder einer Einwilligung erfolgen dürfen. Die Voraussetzungen, unter denen andere Stellen Zugriff erhalten, müssen im Vorfeld der Erhebung klar benannt werden.

Soweit dies die Betroffenen betrifft, von denen die Daten erhoben wurden, müssen diese aufgrund der geltenden Rechtslage bei Anfragen gemäß Art. 15 DS-GVO beaufkunftet werden.

Eine weitere Möglichkeit, Informationen von öffentlichen Stellen zu erlangen, besteht aus dem Recht auf Informationszugang nach §§ 80 ff. des Hessischen Datenschutz und Informations- freiheitsgesetzes.

Aus Sicht der Forschung wäre es zu begrüßen, wenn auch die großen Internetplattformen Daten, die sie über ihre Nutzenden und ihre Verhalten gesammelt haben, in anonymisierter oder aggregierter Form der Foschung zur Verfügung stellen müssten.

- **An welcher Stelle der Datenschutzgrundverordnung müsste man ansetzen, um über Behörden- und Strukturgrenzen hinweg miteinander arbeiten zu können, ohne dass dabei das Niveau des Datenschutzes gesenkt wird?**

Antwort HBDI:

Ein Korrekturbedarf im Hinblick auf die DS-GVO wird aktuell nicht gesehen.

Der Data Governance Act bietet mit Diensten für die gemeinsame Datennutzung und mit anerkannten datenaltruistischen Organisationen ausreichende Regelungen und Strukturen an, um Daten über Strukturgrenzen hinweg sammeln und auswerten zu können.

- **Wie wird im Krankenhaus, in der Pflege sichergestellt, dass mit den Endgeräten kein Missbrauch betrieben wird, also Außenstehende keinen Zugang zu den Daten erhalten?**

Antwort HBDI:

Verantwortliche sind verpflichtet, die Grundsätze der Verarbeitung personenbezogener Daten zu berücksichtigen und dabei insbesondere auch gemäß Art. 5 Abs. 1 lit. f DS-GVO die Vertraulichkeit dieser Daten zu gewährleisten. Sie tun dies durch eine geeignete Technikgestaltung (Art. 25 DS-GVO) und durch konkrete technische und organisatorische Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung (Art. 32 DS-GVO). Der HBDI berät Verantwortliche, zu denen auch die Krankenhäuser gehören, bei der datenschutz- rechtskonformen Umsetzung von Verarbeitungstätigkeiten und überprüft diese Umsetzung ausgehend von Eingaben betroffener Personen oder seiner eigenen Initiative.

- **Wie gut laufen die Schulungen für Mitarbeiter zur Nutzung dieser Geräte bzw. entsprechender Software? Gibt es dabei Probleme?**

Antwort HBDI:

Hierzu hat der HBDI keine Erkenntnisse.

- **Wie ist beispielsweise in der Pflege zu den Daten für den Fall sichergestellt, dass es einen technischen Ausfall des Systems gibt?**

Antwort HBDI:

Die Ausfallsicherheit, bzw. die Fähigkeit zur Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach einem Ausfall, sind gemäß Art. 32 Abs. 1 lit. c DS-GVO explizite Pflichten eines Verantwortlichen.

Im Nachhinein eingereichte Fragen:

- **Wie würden Sie die Errichtung einer unabhängigen Stiftung zur Verwaltung und Forschung der Gesundheitsdaten bewerten?**

Antwort HBDI:

Für eine sinnvolle Beantwortung der Frage müsste zunächst eine Reihe von Punkten geklärt werden. Hierzu gehören in erster Linie die folgenden Fragen, die sich die Verantwortlichen stellen müssen:

- Woher soll die unabhängige Stiftung die Gesundheitsdaten erhalten?
- Welche Gesundheitsdaten soll die unabhängige Stiftung erhalten?
- Aufgrund welcher Rechtsgrundlage?
- Wer soll Zugriff auf die bei der unabhängigen Stiftung vorhandenen Daten erhalten?

Hier wäre zu prüfen, inwieweit Dienste für die gemeinsame Datennutzung und für anerkannte datenaltruistische Organisationen genutzt werden können, um die verfolgten Ziele zu erreichen. Mit dem DataGovernance Act sind hierfür die geeigneten unionsweiten Regelungen getroffen worden.

- **Wie bewerten Sie die Bemühungen zur Errichtung eines European Health Data Space, wie es die EU-Kommission vorsieht?**

Antwort HBDI:

Der HBDI hat keine Einwände gegen dieses Vorhaben, soweit die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung eingehalten werden. Dies sieht auch die Datenstrategie der Europäischen Union so vor.



DGG e.V. – Vorstand • Gerhart-Hauptmann-Ring 57 • 60439 Frankfurt am Main

An

Herrn **Moritz Promny**, Vorsitzender des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
Herrn **Joachim Veyhelmann**, Vorsitzender des Ausschusses für Digitales und Datenschutz
Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Frankfurt am Main, 29.03.2022

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitstelematik e.V (DGG) zu zwei Fragen der Fraktion der Freien Demokraten anlässlich der gemeinsamen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses und des Ausschusses für Digitales und Datenschutz im Hessischen Landtag am 3. März 2022

Sehr geehrter Herr Promny, sehr geehrter Herr Joachim Veyhelmann,

im Rahmen der o.g. Anhörung haben wir uns zu den Themenblöcken 1 „Nutzung von Patientendaten“, 2 „Chancen durch E-Health im ländlichen Raum, bei geringer Mobilität, chronischer Erkrankung und in der Pflege“ und 3 „Auswirkungen der Digitalisierung auf die Ausbildung und Weiterentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeberufen“ mündlich geäußert und möchten hierzu im Wesentlichen den Stenografischen Bericht der Anhörung abwarten.

An dieser Stelle nehme ich Stellung zu den zwei von der Fraktion der Freien Demokraten im Nachhinein eingereichten Fragen, und zwar in umgekehrter Reihenfolge:

Wie bewerten Sie die Bemühungen zur Einrichtung eines European Health Data Space, wie es die EU-Kommission vorsieht.

Stellenwert, Entschiedenheit und Tragweite dieser Bemühungen können kaum überschätzt werden. Es handelt sich um eine der zentralen Initiativen, die im Rahmen der Krisenbewältigung (im Hinblick auf Covid-19) auf der europäischen Ebene zur Stärkung der Resilienz der Gesundheitssysteme und deren grenzüberschreitenden Zusammenarbeit betrieben werden.

Die dafür notwendigen Maßnahmen wurden beim Neuzuschnitt des mehrjährigen Finanzplans mit erheblichen Fördermitteln ausgestattet, quer über verschiedene Finanzinstrumente (Horizont Europa, CEF Digital, Digital Europe, EU4Health etc.) hinweg. Die Umsetzung dient perspektivisch nicht nur im engeren Sinne zur Pandemiebewältigung, sondern der zeitgemäßen digitalen Transformation der Gesundheitsversorgung und als Meilenstein auf dem Weg hin zu einer Europäischen Gesundheitsunion.

/2

DGG e.V.

**VR 14386 Vereinsregister des
Amtsgerichts Frankfurt am Main**
Steuernummer:
45 250 2219 1 / K09
Finanzamt Frankfurt am Main III

Vorstand:

Dr. Stephan H. Schug, 1. Vorsitzender
Prof. Dr. Siegfried Jedamzik 2. Vorsitzender
Anke Stöckl, Schatzmeisterin
Prof. Dr. Wolfgang Heiden, Beisitzer
Prof. Dr. Karl Stroetmann, Beisitzer

Geschäftsstelle:

DGG e.V.
Gerhart-Hauptmann-Ring 57
60439 Frankfurt am Main
Tel. 069 5700 3967
schug@dgg-info.de

Bankverbindung:

IBAN:
DE80300606010004716604
BIC: **DAAEEDDD** (apobank)
Deutsche Apotheker- und
Ärztbank, Frankfurt am Main

Die Potentiale eines europäischen Gesundheitsdatenraums (bzw. von -räumen) und damit verbunden eines „dritten Wegs“ (Datensouveränität von Bürger:innen und Patient:innen vs. einseitige staatliche oder industrielle Kontrolle) wurden 2020 im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft von der deutschen Bundesregierung und vielen weiteren Akteuren umfassend herausgestellt. Dies wurde auch bei der Anhörung kurz vorgetragen.

In diesem Monat wurde eine Entwurfsfassung der EU-Kommission für die in Vorbereitung befindliche Verordnung als neuer Rechtsrahmen für Gesundheitsdaten in der EU bekannt, vgl. <https://www.euractiv.de/section/innovation/news/leak-die-plaene-der-eu-kommission-fuer-einen-gesundheitsdatenraum>.

Bemerkenswert ist die Schaffung eines integrativen Gesamtrahmens für die „primäre“ und „sekundäre“ Datennutzung, all dies mit weitgehenden Mitwirkungsrechten für Bürger:innen und Patient:innen (und Beachtung der EU DSGVO). Die Gesamtheit dieser Entwicklungen muss in Hessen intensiv beobachtet werden, um den Anschluss nicht zu verlieren (umfassende Interoperabilität bei medizinischen Daten kann nur langfristig erarbeitet werden) und um vor allem bei der Festlegung zentraler Aspekte der Ausgestaltung mitzuwirken.

Die Hinweise der DGG e.V. richten sich im Besonderen auf den ausstehenden Anschluss von Deutschland inkl. Hessen an die MyHealth@EU-Infrastruktur eHSDSI, die dem Gesundheitsdatenraum zu Grunde liegt. Bereits im Vorfeld der neueren Entwicklungen wurden von der EU-Kommission (in den o.g. Finanzinstrumenten) umfassende Mittel für Aktivitäten der Mitgliedstaaten zum Anschluss an diese interoperable europäische Infrastruktur bereitgestellt. Es ist davon auszugehen, dass dies in den kommenden Jahren weiter forciert werden wird. Dies bietet auch eine Chance für Hessen: Nicht zuletzt durch den Frankfurter Flughafen suchen hier im Land, trotz der Binnenlage, viele EU-Bürger medizinische Hilfe. Hier könnten möglicherweise erhebliche Digitalisierungspotentiale und Synergien mit Hilfe von EU-Mitteln erschlossen werden: In den vergangenen Jahren wurde eine finanzielle Förderung an die MyHealth@EU-Strukturen auch an regionale Antragsteller vergeben. Dies könnte auf Nachfrage weiter ausgeführt werden.

Wie würden Sie die Errichtung einer unabhängigen Stiftung zur Verwaltung und Forschung der Gesundheitsdaten bewerten

Die europäische Datenstrategie und insbesondere der „Data Governance Act“ schaffen mit Data Intermediaries ein Rollenmodell, dass sich durch eine oder mehrere unabhängige Stiftungen zur Verwaltung und Forschung der Gesundheitsdaten sehr gut in die Praxis umsetzen ließe. Analoge Initiativen wurden bereits angedacht und sind weiter zu konkretisieren. Von daher wären weitere Analysen und konkrete Vorschläge zur Ausgestaltung der „Data Intermediary“ Rolle sehr zu begrüßen. Ein weiteres Modell lebt Frankreich mit dem „Health Data Hub“ vor. Dort werden Plattformen geschaffen, auf denen geforscht werden kann, ohne dass die Daten an verschiedenen Stellen gespeichert werden müssen. Dieses Modell wäre bei der Vorbereitung einer solchen Stiftung ebenfalls zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen,

gez.

Dr. Stephan Schug

1. Vorsitzender

Stellungnahme zur Expertenanhörung – Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege im Hessischen Landtag

Denise Becka, Institut Arbeit und Technik | Westfälische Hochschule
31.03.2022

3. Auswirkungen der Digitalisierung auf die Ausbildung und Weiterentwicklung in den Gesundheitsberufen

Fragen:

Muss die Ausbildung in medizinischen und pflegerischen Berufen zukünftig angepasst werden, um auch digitale Hilfsmittel optimal zum Einsatz bringen zu können?

Der zunehmende Einsatz digitaler Technologien in Gesundheitsversorgung und Pflege¹ zieht Veränderungen konkreter Handlungspraktiken in medizinischen und pflegerischen Arbeitsfeldern nach sich. Um diese Veränderungen zu bewältigen, werden auf betrieblicher Ebene beispielsweise mit Anwenderschulungen für neu eingeführte (digitale) Technologien, dem Einsatz von E-Learning und Virtual Reality für betriebliche Schulungen, der Teilnahme von Führungskräften, Beschäftigten oder Interessenvertretungen an Fortbildungen zu digitalen Themen, Digital-Patenschaften zwischen Beschäftigten oder dem Einsatz von Digitalisierungspädagog:innen vielfältige Wege beschritten. Ebenso vielfältig ist das Spektrum digitaler Technologien und Einsatzfelder in Pflege und Gesundheitsversorgung (z.B. digitale Dokumentation, Tourenplaner, TeleCare und Telemedizin-Anwendungen, Assistenzsysteme etc.). Um digitale Technik anwenden und im Sinne pflegefachlich reflektierten Handelns in Pflegeprozessen einsetzen zu können, bedarf es neuer, „digitaler Kompetenzen“ für die Pflege. In einem internationalen Literaturreview im Auftrag des BIBB ist das IAT der Frage nachgegangen², in welche konkreten Kompetenzbereiche sich „digitale Kompetenzen“ aufspannen. Hier ergab sich ein Spektrum aus digitalen 1) Kernkompetenzen (Digital Literacy / Wissen zu digitalen Themen, Bedienerkompetenz), 2) spezialisierten Kompetenzen (Datenmanagement, Informatik-Kompetenzen, Wissensgenerierung / analytische Kompetenzen) und 3) reflexiven Kompetenzen (ethisch-reflexive Kompetenzen, sozialkommunikative Kompetenzen). Letztere kommen insbesondere dann zum Tragen, wenn digitale Technik im Pflege- bzw. Behandlungsprozess den direkten Kontakt mit Klient:innen bzw. Patient:innen berührt. Hier ist erforderlich, dass Pflegekräfte in der Lage sind, den Sinn und Zweck des Einsatzes digitaler Technik zu erläutern und diese möglichst störungsfrei in den Pflegeprozess zu integrieren. Darüber hinaus wird die Fähigkeit zur ethischen Reflexion der Auswirkungen digitalen Technikeinsatzes in Pflegeprozessen als relevante Kompetenz erachtet. Die Beispiele zeigen, dass sich durch Digitalisierung in der Pflege Professionalisierungschancen eröffnen können, wenn die entsprechenden Kompetenzen im Rahmen der Pflegebildung vermittelt werden und in der Pflegepraxis zum Einsatz kommen. Dies kann sich positiv auf das Berufsbild der Pflege auswirken, etwa indem digitale Technologien in Pflegeprozessen fachlich reflektiert und klienten- bzw. patientenorientiert zum Einsatz bringen und zur nutzenstiftenden Gestaltung von Arbeitsprozessen (auch im Sinne von Belastungsreduktionen) durch digitalen Technikeinsatz beitragen.

Mit Blick auf die skizzierten Anforderungen und Chancen, die sich durch die Nutzung digitaler Technik in der Pflege ergeben, wird eine Anpassung bzw. Schärfung (insbesondere) der Pflegeausbildung mit Blick auf das Set digitaler Kompetenzen als sinnvoll erachtet, um digitale Hilfsmittel in der pflegerischen Praxis

¹ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Berufsfeld Pflege

² Becka, Denise / Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela (2020): "Digitale Kompetenz" in der Pflege: Ergebnisse eines internationalen Literaturreviews und Herausforderungen beruflicher Bildung. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 08/2020

optimal zum Einsatz zu bringen. Dass digitale Arbeitszusammenhänge in der Pflege zukünftig von Bedeutung sein werden, wird in den Rahmenlehrplänen für die Generalistische Pflegeausbildung zwar abgebildet, konkrete digitale Kompetenzen finden hier allerdings eher indirekt im Sinne der Anwender-, Informations- und Datenverarbeitungskompetenzen der Auszubildenden Erwähnung. Darüber hinaus stehen Kompetenzanforderungen im Vordergrund, die den Hilfebedarf pflegebedürftiger Personen adressieren und die Auszubildenden in die Lage versetzen sollen, fall- und situationsbezogen digitale Technik, Hilfsmittel und Assistenzsysteme für die Gestaltung des Pflegeprozesses im Zusammenspiel mit Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen auswählen und einsetzen zu können. Lücken zeichnen sich im Bereich spezialisierter Kompetenzen ab, dies betrifft beispielsweise Kompetenzen ...

- ... zur Erfassung von Anforderungen und Folgen digital gestützter Informations- und Kommunikationsprozesse für die inter- und intraprofessionelle Koordination und Kooperation,
- ... zur Entwicklung von Strategien der Resilienzförderung und Stressverarbeitung im Kontext der Nutzung digitaler Technik,
- ... zur Formulierung von Anforderungskatalogen bei der Entwicklung, Anwendung und Erprobung neuer digitaler technischer Lösungen,
- ... zur Bewertung digitaler Unterstützungssysteme mit Blick auf deren Eignung für die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- ... zur Re-Organisation des eigenen Arbeitsumfeldes mittels digitaler Technik (z.B. Entlastung, Patienten- und Angehörigenkommunikation, Pflegequalität, Qualifizierung, nachhaltiger Ressourceneinsatz).
- ... zur Technik- und Sozialfolgenabschätzung des Einsatzes digitaler Technik mit Blick auf pflegebedürftige Menschen, ihre Bezugspersonen und das eigene berufliche Handeln.

Hier wird deutlich, dass sowohl in der Differenzierung konkreter Kompetenzfelder im Rahmen der Pflegeausbildung als auch mit Blick auf die betrieblichen Einsatzbereiche digital gestützter Pflegearbeit Potenzial zur Weiterentwicklung liegt. Mit Blick auf die (insbesondere in der Pandemie auch digital gestützte) Vermittlung von Ausbildungsinhalten schließen sich Fragen an, wie Pflegeschulen in der Ausstattung mit digitaler Technik aufgestellt sind, wie pädagogisch-didaktische Konzepte zum Einsatz digitaler Technik im Rahmen der Pflegeausbildung (E-Learning) gestaltet sind³ und inwiefern digitale Kompetenzen auch zum Gegenstand in der Lehrer:innenbildung für die pflegerische Aus- Fort- und Weiterbildung werden.

Zum Institut Arbeit und Technik | Forschungsschwerpunkt Arbeit und Wandel

Das Institut Arbeit und Technik (IAT) ist ein Institut der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen – Bocholt – Recklinghausen, das auf Basis eines Kooperationsvertrages mit den Fakultäten Medizin und Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum zusammenarbeitet. Der Forschungsschwerpunkt „Arbeit und Wandel“ (Leitung Michaela Evans) bündelt die Kompetenzen des IAT in den Feldern Beschäftigungs- und Qualifikationsentwicklung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. Schwerpunkte der Forschungs- und Entwicklungsarbeiten sind Herausforderungen in der personenbezogenen sozialen Dienstleistungsarbeit sowie in der pflegeberuflichen Bildungs- und Kompetenzentwicklungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der Digitalisierung.

Kontakt:

Denise Becka
Institut Arbeit und Technik | Westfälische Hochschule

+49 209 1707-227
becka@iat.eu

³ Projekt DibAP: <https://www.iat.eu/projekte/2021/dibap-digitalisierungsprozesse-der-beruflichen-ausbildung-in-den-pflegeschulen.html>

Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen

www.iat.eu