



Wortprotokoll der 92. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 15. November 2023, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 8

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

BT-Drucksache 20/9048

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Digitales

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung



- b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Medizinbürokratismus stoppen – Behandeln statt verwalten

BT-Drucksache 20/4670

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Digitales

- c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Anke Domscheit-Berg, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Elektronische Patientenakte zum Wohl der Versicherten nutzen

BT-Drucksache 20/8798

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Digitales

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Kob, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Bartelt, Christian Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Digital-Gesetz

Mittwoch, 15. November 2023, 16:00 bis 17:30 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen¹

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)
- AOK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- BKK-Dachverband e. V.
- Bitkom e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)
- Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI)
- Bundesverband der Krankenhaus IT-Leiterinnen/Leiter e. V. (KH-IT)
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI) (Keine Teilnahme)
- Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)
- Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)
- Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)

¹ Gesamtliste aller Fraktionen



- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation – gemeinnützige Gesellschaft mbH (DGFG)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)
- Deutsche Transplantationsgesellschaft e. V. (DTG)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Deutscher Ethikrat (Keine Teilnahme)
- Deutscher Hausärzteverband e. V. (HÄV)
- Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) (Keine Teilnahme)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- gematik GmbH
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband KdR
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdR (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KdR (KZBV)
- Medizinrechtsanwälte e. V.
- Pro Generika e. V.
- Qualitätsring Medizinische Software (QMS)
- Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)
- Spitzenverband IT-Standards im Gesundheitswesen (SITiG)



- Techniker Krankenkasse (TK)
- Verband der Diagnostica-Industrie e. V. (VDGH)
- Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e. V. (VDE) (keine Teilnahme)
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)
- Verband digitale Gesundheit e. V. (VdigG)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)
- Yeswecan!cer gGmbH (Keine Teilnahme)

Namentlich benannte Sachverständige

- Dr. Jens Baas (Vorstandsvorsitzender Techniker Krankenkasse)²
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)³
- Dr. Kristina Spöhrer (1. Stellvertretende Vorsitzende Deutscher Hausärzterverband e. V. (HÄV))²
- Prof. Dr. Sylvia Thun (Charité Mental Health)⁴
- Dr. André Zilch (LSc LifeSciences Consult GmbH)⁵

² Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion der FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁵ Auf Vorschlag der Fraktion DIE LINKE. zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

BT-Drucksache 20/9048

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Medizinbürokratismus stoppen – Behandeln statt verwalten

BT-Drucksache 20/4670

c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Anke Domscheit-Berg, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Elektronische Patientenakte zum Wohl der Versicherten nutzen

BT-Drucksache 20/8798

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauer:innen auf den Tribünen und online. Sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertretung der Bundesregierung, Herr Parlamentarischer Staatssekretär Prof. Franke und fürs BMG Herr Zilch an seiner Seite. Liebe Kolleginnen und Kollegen, herzlich Willkommen zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Ich darf einmal vorweg mich herzlich bedanken und um Entschuldigung bitten für die Unannehmlichkeiten, die heute entstanden sind. Es gab eine Notwendigkeit für diverse Fraktionen, Fraktionssitzungen durchzuführen und es ist ja klar, während Fraktionssitzungen stattfinden, kann nichts anderes stattfinden, weil für alle Abgeordneten selbstverständlich die Möglichkeit bestehen muss, an den Fraktionssitzungen teilzunehmen. Das hat bedeutet, dass alle von Ihnen warten mussten und jetzt auch nach hinten raus mehr Zeit mitbringen müssen. Wir hoffen, dass Ihnen das möglich ist oder den meisten von

Ihnen möglich ist und darum nochmal in der Reihenfolge meine herzliche Bitte um Entschuldigung und ganz, ganz herzlichen Dank. Vielen Dank für Ihr Verständnis, Ihre Flexibilität. Den Dank möchte ich an dieser Stelle aber auch einmal ans Ausschusssekretariat übermitteln, weil Sie können sich alle vorstellen, was das bedeutet, wenn man innerhalb von ganz kurzer Frist Raumbuchungen verändern muss, die ganze Technik neu einstellen muss, Ihnen allen mitteilen muss, wie das gehen kann. Das ist in gewohnter Qualität hervorragend gelungen, auch dafür ganz, ganz herzlichen Dank. Sie wissen, dass wir heute wieder in einer Mischung aus Präsenz und Online-Meeting tagen. Die meisten von Ihnen kennen das schon. Alle die, die per Webex zugeschaltet sind, möchte ich bitten, dass Sie sich mit Ihrem vollen Namen anmelden und die Mikrofone stumm schalten. Zum weiteren Verfahren werde ich gleich noch ein paar Ausführungen machen. Üblicherweise sind Sie es gewöhnt, dass ich die Inhalte der anzuhörenden Gesetze und Vorlagen umreiße und verdeutliche. Heute werden wir das aufgrund der Zeitökonomie etwas anders handhaben. Ich teile einmal mit, ganz offiziell, denn das ist auch notwendig: Was wir heute anhören, das ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Das kürzen wir Digital-Gesetz kurz ab. Das finden Sie auf der Bundestagsdrucksache 20/9048 und die dazugehörigen Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen finden Sie auf der Ausschussdrucksache 20(14)162.1⁶. Wir hören gleichzeitig an den Antrag der Fraktion der AfD mit dem Titel „Medizinbürokratismus stoppen – behandeln statt verwalten“, den finden Sie auf der Bundestagsdrucksache 20/4670 und den Antrag der Fraktion DIE LINKE., mit dem Titel „Elektronische Patientenakte zum Wohl der Versicherten nutzen“, den finden Sie auf der Bundestagsdrucksache 20/8798. Die Sachverständigen, die Abgeordneten kennen natürlich alle Vorlagen sehr, sehr gut, die noch mal etwas nachschlagen müssen oder auch als Zuschauer:innen hier, bitte ich die Details dann genau diesen Vorlagen zu entnehmen. Ich werde dazu jetzt nicht weiter ausführen, sondern lediglich noch ein paar Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen

⁶ https://www.bundestag.de/resource/blob/977912/02ddd5a916b3dba344f3af963e7becfd/20_14_0162-1_AeAe-1-5-Koa_DigiG_nicht-barrierefrei.pdf



insgesamt 90 Minuten zur Verfügung, aufgeteilt auf drei Frageblöcke mit entsprechenden, vereinbarten Fragezeiten der Fraktionen gemäß der Fraktionsstärke. Das heißt, das wissen Sie alle, wenn Fragen und Antworten präzise und auf den Punkt sind, können mehr Themen angesprochen werden. Das ist immer unser aller Interesse, der Erkenntnisgewinn. Die Sachverständigen muss ich darauf hinweisen, dass wir sie bitten, entsprechend den Regeln in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf den heutigen Beratungsgegenstand offen zu legen. Das dient der Transparenz. Wenn Sie online dabei sind, bitte denken Sie daran, wenn Sie aufgerufen werden, Ihr Mikrofon und Ihre Kamera freizuschalten. Für alle gilt bei jedem Aufruf: Sagen Sie bitte einmal Ihren Namen und Ihren Verband, auch wenn Sie mehrfach hintereinander aufgerufen werden. Jedes Mal bitte wieder. Vielen Dank, dass Sie gekommen sind. Allen denen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, auch ganz herzlichen Dank. Noch ein Hinweis für alle Mobiltelefon-Nutzer:innen in hier im Saal. Ausstellen bitte! Jedes Klingeln kostet 5 € für einen guten Zweck. Auf der Tribüne sind weder Missfallens noch Beifallsbekundungen erlaubt. Wir freuen uns, dass Sie da sind und aufmerksam zuhören. Ich weiß gar nicht, ob das noch stimmt. Werden wir jetzt auch live im Fernsehen übertragen? Nein, das wird versetzt sein. Oder gleich geht es los. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auch auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Jetzt gehen wir direkt in medias res - die ersten Fragen für 13 Minuten. Das Fragerecht steht der SPD zu. Es beginnt Kollegin Behrens. Bitte, Sie haben das Wort.

Abg **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende und auch von meiner Fraktion nochmal herzlichen Dank, dass Sie diese Verzögerung in Kauf genommen haben. Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Jens Baas. Herr Dr. Baas, in Zukunft werden die Versicherten eine elektronische Patientenakte von ihrer Krankenkasse automatisch zur Verfügung gestellt bekommen, sofern Sie nicht ausdrücklich widersprechen. Mit welchem Mehrwert ist für Versicherte beziehungsweise Patienten zu rechnen? Und gibt es schon Überlegungen bei Ihrer TK, wie dieser Widerspruch digital, aber auch niedrigschwellig, analog

angeboten werden kann?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Baas, Sie sind online dabei. Sie haben das Wort. Wir sehen Sie und würden Sie gerne hören. Vielleicht haben Sie Ihr Mikro noch nicht freigeschaltet? Nein, das ist nicht Herr Baas, aber wir sehen ihn hier im Raum. Ja, wir sehen, dass er dabei ist. Gut, bis wir ihn gefunden haben: Die nächste Frage, Herr Mieves.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Dann nochmal hallo zusammen von mir. Meine Frage geht an Frau Dr. Spöhrer vom Hausärztinnenverband. Ist Frau Spöhrer denn online dabei? Frau Dr. Spöhrer, der Erfolg der ePA steht und fällt mit dem erkennbaren Mehrwert für die Patienten, aber genauso für die behandelnden Ärzt:innen. Es wäre super, wenn Sie uns skizzieren können, was Ihre Erwartungen sind, insbesondere an den elektronischen Medikationsplan als ersten relevanten Anwendungsfall in der neuen ePA.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Spöhrer, bitte.

Dr. Kristina Spöhrer: Vielen Dank für die Frage, Dr. Christina Spöhrer, Hausärztinnen- und Hausärzterverband. Der Medikationsprozess ist ein gutes Beispiel dafür, wie Digitalisierung sinnvoll in der Versorgung wirken kann. Damit ist er ein wichtiger Baustein in der Versorgung. Nur wenn alle Beteiligten leicht und zuverlässigen Zugriff auf die aktuelle Medikation haben, werden Medikationsfehler reduziert und die Therapieadhärenz erhöht. Auf ärztlicher Seite bedeutet dies, dass zuverlässig bei Verordnungen mögliche Wechselwirkungen überprüft werden können, Therapieanpassungen leichter möglich sind und Doppelverordnungen vermieden werden können. Für die Patientenseite bedeutet dies mehr Compliance. Ein elektronischer Medikationsplan kann genau dies gewährleisten, weil er in der ePA in Zukunft immer verfügbar sein kann. Egal, in welcher Situation ich mich als Patient oder Patientin befinde, ist die Information abrufbar. Sowohl in einer Notfallsituation, im geplanten Behandlungskontext, in der Häuslichkeit oder auch in der Pflege. All dies kann in der analogen Welt der bundeseinheitliche Medikationsplan, BMP, als definiertes Format. Er ist flächendeckend in allen



Praxisverwaltungssystemen implementiert und den Nutzern bekannt. Dieser BMP wird schon heute auch als strukturierter Datensatz erstellt und ließe sich in der ePA speichern und nutzen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Spöhrer, vielen Dank. Danke sehr. Das ist erschöpfend beantwortet. Herzlichen Dank für Ihre Antwort. Herr Dr. Baas hat immer noch nicht reagiert. Wir gehen mal weiter.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich sowohl an die Verbraucherzentrale Bundesverband, Herrn Moormann als auch an den Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Herrn Kelber. Gesetzgebung zu Digitalstrukturen muss sich immer auch an nicht digital affine Versicherte richten. Welche Bedeutung kommt danach der Einfachheit und Barrierefreiheit von Widerspruchsmöglichkeiten des Versicherten zu?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Moormann, beginnen Sie bitte.

Thomas Moormann (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Thomas Moormann, Verbraucherzentrale Bundesverband, keine Interessenkonflikte. Ja, vielen Dank für die Frage. Um eine Umsetzung des Selbstbestimmungsrechts der Versicherten, eine ungleiche Umsetzung zu vermeiden, muss die Erklärung eines Widerspruchs genauso wie auch die feingranularen Einstellungsmöglichkeiten so einfach wie möglich gehalten werden. Und natürlich auch ohne Endgerät müssen sie genauso einfach gehen. Die Versicherten müssen jederzeit wissen, wie sie einen Widerspruch geltend machen können. Das muss über verschiedene zugängliche Alternativen möglich sein. Die Umsetzung muss sehr einfach und schnell funktionieren. Das ist aus Verbraucherschutz und für eine Gleichbehandlung der Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Ressourcen das A und O. Und bei Bedarf, falls unerwartete oder erwartete Barrieren oder Hürden auftreten, müssen die Regelungen kurzfristig angepasst werden können. Das sollte jetzt schon mit angelegt werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Moormann. Herr Kelber, fahren Sie fort.

Ulrich Kelber (Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)): Ulrich Kelber, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Mit der Umstellung auf das Opt-out-Modell steigt natürlich die Bedeutung dieser barrierefreien Möglichkeit der Inanspruchnahme der betroffenen Rechte, von denen der Widerspruch ein wichtiger ist, aber auch der Einblick natürlich in die Akte, um zu sehen, was steht drinnen, wo möchte ich, z.B. Korrekturwünsche haben, wo geht es zum Beispiel um Widerspruchsrechte, wird jetzt noch elementarer.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Stamm-Fibich, bitte.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht ausdrücklich einen Anspruch der Versicherten auf Digitalisierung von analogen medizinischen Altdokumenten gegenüber der eigenen Krankenkasse vor, beispielsweise Altbefunde oder Entlassbriefe. Wie bewerten Sie diese Regelung insbesondere mit Blick auf die nicht maschinell lesbaren Objekte und welche dahingehenden Angebote halten die Kassen bis dato bereits vor und sollte hier differenziert werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Pfeiffer, bitte schön.

Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. Pfeiffer, GKV-Spitzenverband. Wenn die Kassen nach dieser Regelung Papierdokumente für die Versicherten scannen oder scannen müssen und sollten, bräuchte man natürlich dann entsprechende Scanstrecken. Das heißt, es würde dann entsprechender Aufwand produziert. Dieser Aufwand würde dazu führen, dass unstrukturierte Daten in die ePA kommen. Das heißt, man müsste dann wiederum Datenverarbeitungsprozesse etablieren. Dafür gibt es aber keine ausreichende gesetzliche Legitimation. Die Kassen haben regelhaft keine Befugnis auf die Verarbeitung von



beispielsweise Arztbriefen. Also die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Geschäftsstellen müssten dann sozusagen diese Unterlagen nehmen, sie scannen und in die Akte einfügen. Das wäre technisch aufwendig, es wäre sehr teuer und datenschutzrechtlich auch hochproblematisch. Deshalb sind wir der Auffassung, dass diese Regelung nicht kommen sollte. Stattdessen, und das bieten einige Kassen auch schon an in der derzeitigen ePA-App, dass es eine Scan-Funktion gibt, mit der die Versicherten selbst auch diese Dokumente scannen und damit aufnehmen können. als Verpflichtung vorzugeben, dass die Apps das auch vorsehen. Dann könnte man diese Dokumente und Daten einstellen. Dann bräuchte man auch keine Begrenzung auf zehn Dokumente, wie das jetzt vorgesehen ist. Also es wäre eine Funktionalität, die leicht zu implementieren ist und würde einen bürokratischen Aufwand mit, ich sage mal, wir stellen uns immer vor, die Versicherten kommen mit den Schuhkartons, mit ihren Unterlagen in die Geschäftsstellen und sagen dann hier, wir scannen mal, das ist ein Aufwand, der durch nichts gerechtfertigt ist. Das Ergebnis sind dann unstrukturierte Dokumente. Deshalb unser Vorschlag an der Stelle, die Scan-Funktion in der App vorzusehen und damit die Möglichkeit zu geben, wer kein Endgerät hat, kann das natürlich auch über die Stellvertreter dann einscannen lassen. Also von daher, die Möglichkeit gibt es, die Technik ist nicht so kompliziert und würde hier doch das Ergebnis bringen, ohne dass es so großen Aufwand gibt.

Die amtierende Vorsitzende: Dankeschön, Frau Dr. Pfeiffer. Wir halten jetzt mal die Zeit an und dann fragen wir mal als erstes Herrn Dr. Baas. Können Sie uns hören?

Dr. Jens Baas (Techniker Krankenkasse (TK)): Ich kann Sie hören.

Die amtierende Vorsitzende: Super, und Sie können auch sprechen, ja, ganz wunderbar. Dann darf Frau Baehrens noch mal die Frage stellen und wenn Sie anfangen zu antworten, dann lassen wir die Zeit weiterlaufen. Frau Baehrens, bitte.

Abg Heike Baehrens (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Dr. Baas, in Zukunft werden die

Versicherten ja eine elektronische Patientenakte von ihrer Kasse automatisch zur Verfügung gestellt bekommen, sofern sie nicht ausdrücklich widersprechen. Mit welchem Mehrwert ist für Versicherte bzw. Patienten zu rechnen und gibt es schon Überlegungen Ihrer TK, wie dieser Widerspruch digital, aber auch niedrighschwellig analog angeboten werden kann?

Die amtierende Vorsitzende: Herr Dr. Baas, bitte.

Dr. Jens Baas (TK): Ja, Jens Baas für die Techniker Krankenkasse, keine finanziellen Konflikte. Entschuldigung für die Technikproblematik gerade. In der Tat gehen wir davon aus, dass wir große Vorteile über die elektronische Patientenakte erzielen können, und zwar in zwei Bereichen, in der direkten Behandlung des Patienten. Auch als Arzt weiß ich aus eigener Erfahrung, es gehen immer wieder jede Menge Befunde verloren, die dann in der Behandlung eigentlich eine Rolle spielen sollten. Also hier eine Rolle, eine Position zu haben, in der man gesammelt all diese Daten haben kann, ist per se schon ein Mehrwert. Und dann natürlich diese Daten auch für medizinische Zwecke auswerten zu können, dem Arzt zur Verfügung stellen zu können, ist sicher der zweite Mehrwert, der dann noch angereichert wird über die Thematik Vereinfachung von Verwaltung und damit auch Senkung von Verwaltungskosten. Für die Frage: Wie können wir diesen Widerspruch machen? Im Moment gibt es leider keine digitalen Verfahren. Wir müssten im Moment die Patienten anschreiben. So planen wir das auch, weil es aus Datenschutzgründen noch kein sicheres Verfahren gibt. Mit diesem Anschreiben haben wir aber zumindest die Möglichkeit, jenen zu adressieren.

Die amtierende Vorsitzende: Dankeschön, Dr. Baas und jetzt Frau Rudolph.

Abg. Tina Rudolph (SPD): Danke, Frau Vorsitzende, mache ich weiter mit einer Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Gerlach. Und zwar bezieht sich die auf das Datenportfolio, das die ePA ja umfassen soll, dass aus Sicht der Leistungserbringenden und auch der Patient:innen möglichst vollständig und lebenslang angelegt sein soll und gleichzeitig das in der DSGVO verbrieftete Recht auf



informationelle Selbstbestimmung der Versicherten in der ePA gewahrt bleiben sollte. Wie lassen sich diese beiden Perspektiven aus dieser Sicht miteinander in Einklang bringen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger, keine Interessenkonflikte. Das lässt sich sehr gut vereinbaren. Denn bitte machen Sie sich klar, meine Damen und Herren, mit der ePA neuen Typs bekommen die Patienten, die Versicherten, erstmals zu sehen, wo über sie Gesundheitsdaten gespeichert sind und sie werden erstmals sehen, wer wann darauf zugreift. Das sind zwei Dinge, die bisher nicht bestehen. Wir haben also deutliche Fortschritte bei Transparenz, bei der Zugriffskontrolle. Das wird ermöglichen, dass wir Missbrauch überhaupt erst mal erkennen, und zwar flächendeckend, dass dieser auch verfolgt werden kann, was bisher kaum passiert. In Verbindung mit härteren Strafen haben wir das, was international als Trust by Design bezeichnet wird, dass Vertrauen steigt, die Transparenz steigt. Das ist nichts anderes als ein Empowerment für Datensouveränität der Versicherten. Das muss man sich klarmachen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Baehrens, bitte.

Abg **Heike Baehrens** (SPD): Ja, vielen Dank. Meine Frage richtet sich auch nochmal an Herrn Prof. Dr. Gerlach. Welche Bedeutung messen Sie einer umfassenden Aufklärungskampagne der Bevölkerung durch alle beteiligten Akteure im Gesundheitswesen mit Start der weiterentwickelten ePA im Jahr 2025 zu? Was braucht es aus Ihrer Sicht konkret?

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Gerade in Deutschland haben die Menschen wenig Erfahrung mit einer elektronischen Patientenakte und schon gar nicht mit einer neuen Typs. Deshalb brauchen wir mindestens zwei Dinge. Erstens müssen wir erklären, wofür wird das überhaupt benötigt? Was bedeutet zum Beispiel ein Medikationsplan? Warum ist das sinnvoll? Wie schützt mich das vor

Wechselwirkungen, dass Ärzte etwas verordnen und nichts voneinander wissen? Was bedeutet es, einen Notfalldatenplan zu haben? Im Notfall für mich, dann können Ärzte mich besser behandeln. Und als zweites sollten wir etwas tun, was zu wenig bedacht wird. Wir sollten aufklären über die Risiken der Nichtnutzung. Ja, was bedeutet es, wenn ich die ePA ablehne? Was bedeutet es, wenn ich Inhalte verschalte oder gar lösche? Das bedeutet, dass Ärzte, die mich behandeln, nicht vollständig über mich informiert sind, dass Informationen fehlen, dass sie Risiken nicht erkennen können, dass Ärzte mich nicht qualitativ und sicher behandeln können. Auch darüber müssen wir aufklären.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Und Herr Mieves?

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Moormann von der Verbraucherzentrale. In der Pandemie haben wir gesehen, dass die telemedizinischen Angebote große Potenziale haben. Der aktuelle Gesetzentwurf sieht vor, dass wir die Mengenbegrenzung für telemedizinische Angebote aufheben und gleichzeitig die Selbstverwaltung beauftragen, Qualitätsvorgaben für telemedizinische Angebote zu machen. Welche Erwartungen verbinden Sie aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher mit den neuen zusätzlichen Angeboten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Moormann, bitte schön.

Thomas Moormann (vzbv): Danke für die Frage, Herr Mieves. Das Ziel ist natürlich, über die Aufhebung der Mengenbegrenzung und eine Ausweitung des Angebotes der Videosprechstunden hinzubekommen und dadurch natürlich auch Wartezeiten zu verkürzen, insbesondere auch in der fachärztlichen Versorgung, aber auch Praxisbesuche zu vermeiden, wenn diese gar nicht erforderlich sind. Um das zu erreichen, muss die Selbstverwaltung Regelungen finden, die dazu beitragen, einmal das Angebot zu erhöhen, aber auch natürlich dem Patienten eine Behandlungskontinuität zu geben und auch die wiederholte Konsultation desselben Leistungserbringers, wie auch eine adäquate Anschlussversorgung. Wichtig ist, den analogen Weg



offen zu halten und keine Verschlechterung des Zugangs zur Versorgung für die, die nicht so versiert sind in der digitalen Nutzung von Geräten, zu ermöglichen. Vermieden werden muss unbedingt, dass vor Ort Angebote durch die digitalen Angebote beeinträchtigt oder gar ersetzt werden. Es darf auch nicht zur Callcenter-Medizin ohne feste Ansprechpersonen kommen. Ganz wichtig sind die Auswirkungen auf den Versorgungsalltag.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Moormann, das ist erschöpfend beantwortet. Danke sehr. Die 30 Sekunden ziehen wir bei der nächsten Runde ab. Ich darf Sie noch einmal bitten, Ihre Mikrofone erst dann anzustellen, wenn Sie wirklich beginnen zu sprechen. Das hat etwas damit zu tun, wie die Kamera schwenkt. Sonst geht die Kamera schon auf Sie, bevor Sie überhaupt gesprochen haben und von anderen Personen, die gerade noch sprechen, weg. Jetzt geht das Fragerecht an die CDU/CSU und der Kollege Sorge ist jetzt dran und macht das Mikro an.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Bitte. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Auch ein herzliches Willkommen von unserer Seite, von meiner Seite. Mich würde interessieren, die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, an Frau Dr. Pfeiffer: Wie realistisch ist denn der Einführungstermin der ePA für alle und vor allen Dingen, was spricht aus Ihrer Sicht dafür beziehungsweise dagegen, dass dieser Termin gehalten wird?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Pfeiffer, bitte schön.

Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank, Pfeiffer, GKV-Spitzenverband. Wir sehen diesen Einführungstermin kritisch. Wir gehen davon aus, dass es nicht reichen wird. Wir haben jetzt gerade noch das Gesetzgebungsverfahren laufen und die Frage ist, ab wann es eine stabile Grundlage für die Entwicklung der Opt-out-ePA gibt. Wir rechnen damit, dass das nicht vor Februar nächsten Jahres der Fall sein wird. Die gematik ist zwar schon dabei, parallel dazu Konzeptions- und Spezifikationsarbeiten zu leisten. Aber wir müssen eben davon ausgehen, dass die nicht vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens einen stabilen Stand erreichen

können. Das heißt also, die Arbeiten, die die Kassen dann leisten müssen, um diese neue ePA zu entwickeln, mit den schon angesprochenen Widerstandsverfahren und so weiter, braucht nach unserer Einschätzung einen Umsetzungszeitraum von 12 Monaten. Das wäre dann nicht mehr gegeben, wenn jetzt der Termin 15. Januar 2025 im Gesetz so bleibt. Deswegen ist unser Vorschlag an der Stelle, das auf die Mitte des Jahres 2025 zu setzen. Dann gehen wir davon aus, wenn alle mit Hochdruck daran arbeiten, was die Kassen tun und wollen, dass wir dann eben auch die Möglichkeit haben, das umzusetzen. Wir halten das auch wichtig für die Akzeptanz der ePA. Das ist etwas, was ich an der Stelle nochmal betonen möchte. Wenn das an solchen Verfahren scheitert, dann wird es natürlich auch bei der Akzeptanz der ePA noch Probleme geben. Wir müssen hier nicht nur die ePA weiterentwickeln. Die Primärsysteme müssen angepasst werden. Die Leistungserbringer müssen auch entsprechend geschult und informiert werden. Wir müssen die medizinischen Informationsobjekte haben. Die müssen spezifiziert sein und natürlich dann auch den einzelnen Versicherten die ePA zur Verfügung stellen. Von daher plädieren wir dafür, den Einführungstermin zum 1. Juli 2025 zu verschieben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Dr. Pfeiffer. Herr Sorge schließt an.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Ja, meine Frage richtet sich an Dr. Baas von der Techniker Krankenkasse. Mich würde mal interessieren, ob und inwieweit oder warum es Ihrer Meinung nach wichtig ist, dass die ePA mit strukturierten Daten verpflichtend befüllt wird und vor allen Dingen, welche Vorteile und Mehrwerte sich daraus für die Patientenversorgung und das Gesundheitssystem insgesamt ergeben. Benötigt es aus Ihrer Sicht eine Pflicht zur Befüllung der ePA durch Ärztinnen und Ärzte?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Baas, bitte.

Dr. Jens Baas (TK): Ja, Jens Baas für die Techniker Krankenkasse. Wir glauben, es ist unbedingt wichtig, dass wir strukturierte Daten haben. Wenn man die ePA benutzen möchte, wenn ich den Alltag der Ärztinnen und Ärzte erleichtern soll, dass ich dort wirklich strukturierte Daten habe, mit denen ich



meine Behandlung vorbereiten, nachbereiten und auch, sage ich mal, kontrollieren kann, ob ich an den richtigen Zielen unterwegs bin, dann brauche ich unbedingt strukturierte Daten. Einfach PDFs in den Akten zu haben, führt dazu, dass die Ärzte mit einem Wust an PDFs überlastet werden, die sie dann im Zweifelsfall alle lesen sollen, wenn sie in der Praxis sind. Das ist komplett unrealistisch. Ich muss als Arzt die Möglichkeit haben, zum Beispiel zu sagen, wie war denn die HbA1c-Entwicklung [Blutzucker] in den letzten fünf Jahren? Da kann ich sagen, ich muss mich durch PDFs durchklicken, ich muss mir die selber raussuchen. Das nimmt komplett, sage ich mal, den ganzen Vorteil der elektronischen Patientenakte wieder weg. Von daher glauben wir, es muss sich unbedingt um strukturierte Daten handeln.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Rüdell.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Vielen Dank. Wir haben jetzt aus der Sicht der GKV oder der Krankenkassen gehört, dass also strukturierte Daten wichtig sind und ich hätte gerne eine Bewertung von Managed Care und von der Bundesärztekammer zu dieser Thematik, ob also PDFs sozusagen verpflichtend von den Krankenkassen auf Wunsch des Patienten in die ePA aufgenommen werden sollen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Hager, Sie sind online dabei, bitte.

Prof. Dr. Lutz Hager (Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)): Ja, vielen Dank, Lutz Hager, Bundesverband Managed Care. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Ich schließe mich an. Strukturierte Daten sind das A und O in der ePA, zusammen mit einer automatischen Erfassung und auch automatischen Verarbeitung, damit wir in eine Automatisierung auch von Hintergrundprozessen hineinkommen. Medikationsplan und Medikationscheck sind das beste Beispiel, dass das auch möglich ist und großen Mehrwert hat. Eingescannte Papierdokumente erfüllen genau diese beiden Kriterien nicht, weder strukturiert noch automatisch verfügbar und in großer Menge verfügbar oder in der Breite verfügbar. Deswegen sprechen wir uns

dagegen aus, es zur Verpflichtung zu machen, dass diese an einer Stelle im Gesundheitswesen eingescannt werden müssen. Das ist auch schon ausgeführt worden. Unnötige Kosten, wenig Mehrwert. Ich füge noch ein weiteres Argument hinzu. Es würde auch aus unserer Sicht eine falsche Erwartungshaltung bei den Versicherten und Menschen erzeugen, wenn sie davon ausgehen würden, es würde irgendetwas besser, wenn sie mit dem Schuhkarton in der Krankenkasse die Dinge digitalisiert hätten. Das ist eben noch nicht etwas, was dann Mehrwert für die Behandlung auslöst.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Danke, Herr Prof. Hager. Auch angesprochen wurde die Bundesärztekammer. Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann mich uneingeschränkt anschließen. Es ist selbstverständlich so, dass wir nur mit strukturierten Daten vernünftig arbeiten können. Alles andere haben wir jetzt schon in den Praxisverwaltungssystemen. Insofern hat das keinen Mehrwert. Ich hielt es auch für völlig unangemessen, dass in Krankenkassen darüber entschieden wird, welche Dokumente dann schließlich eingelesen werden oder auch nicht, weil ich glaube, dort kann schlecht entschieden werden zwischen Patienten und Krankenkasse, was ist jetzt tatsächlich relevant auch für die Zukunft. Ich glaube, das kann nur tatsächlich in ärztlichen Einrichtungen geschehen. Schon deshalb halten wir diese Regelung für unsinnig. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Es fehlt noch der Hinweis zu etwaigen Interessenkonflikten.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Nein, ich habe keine Interessenkonflikte.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Kippels erhält jetzt das Wort.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ja, vielen herzlichen Dank. Ich würde meine Frage gerne an den AOK-Bundesverband richten. Die Gematik soll beauftragt werden, Versicherten auf Wunsch alternative Authentifizierungsverfahren, die dennoch ein



ausreichendes Schutzniveau aufweisen, anzubieten. Wie bewerten Sie diese Möglichkeit mit Blick auf das Nutzungsverhalten der ePA durch die Versicherten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Hoyer, bitte. Sie sind auch online dabei.

Jens Martin Hoyer (AOK-Bundesverband): Ja, Jens Hoyer, AOK-Bundesverband. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Vergleicht man die ePA mit anderen digitalen Anwendungen, die unsere Versicherten im Alltag nutzen, ist schnell festzustellen, dass der hohe Aufwand und die Nutzerunfreundlichkeit der Systeme bei der Anmeldung fast schon einem Ausschlusskriterium gleichkommen, sich mit der eigenen Akte zu beschäftigen. Es ist daher absolut zu begrüßen, dass man künftig über den Digitalbeirat eine Balance zwischen Usability und IT-Sicherheit schaffen möchte. Perspektivisch wäre es auch zu begrüßen, für alle Bürgerinnen und Bürger eine einheitliche Bürger-ID als Zugangsmittel zu nutzen. Ein erster wichtiger Schritt wäre da die Abschaffung des PINs zur eGK. Stattdessen sollte die Authentifizierung zukünftig ausschließlich durch die Nutzung des neuen elektronischen Personalausweises und PIN erfolgen. Das wäre sowohl für die Versicherten einfacher, gleichermaßen sicherer und für Beitragszahlende deutlich wirtschaftlicher. Zudem wäre der administrative Aufwand im Gesundheitswesen deutlich reduziert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Hoyer. Das Wort erhält Herr Rüdgel.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an den Bundesverband Managed Care und den BKK-Dachverband. Die Begrenzung für ärztliche Leistungen, die mittels Videosprechstunde erbracht werden, soll in dem Gesetzentwurf aufgehoben werden. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben und ist es aus Ihrer Sicht weitreichend genug? Welche Rolle sollte Telemedizin künftig in der Versorgung spielen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Zunächst Herr Professor Hager, bitte.

Prof. Dr. Lutz Hager (BMC): Vielen Dank, Lutz Hager, Bundesverband Managed Care. Vielen Dank auch für diese Frage. Die Aufhebung der Mengenbegrenzung ist überfällig und ein wichtiger Schritt für mehr Telemedizin und für ein neues Miteinander von digital und analog in der Versorgung. Da wir uns in einer Zeit technischen Fortschritts befinden, ist es sozusagen konterkariert, dass, wenn solche Dinge kontingiert oder mengenbegrenzt werden, statisch. Sondern wir wollen ja gerade ein sich entwickelndes Versorgungsgeschehen in die Zukunft hineinarbeiten. Mich freut auch, dass das über die Videosprechstunde auch für weitere Telemedizin- und Telediagnostikangebote gelten soll. Zwei Dinge möchte ich aber hervorheben. Das erste ist, dass wir für den Weg in die Versorgung natürlich entsprechende Vergütungsziffern brauchen. Wir brauchen entsprechende Leistungsbeschreibungen und wir brauchen vor allem ein Denken in Prozessen. Wir brauchen Vergütungsziffern, nicht nur als Einzelziffern, sondern in Prozessketten, auch in der Verbindung von mehreren Behandlern und Leistungserbringern hinweg. Insofern wünsche ich mir dort einen verbindlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss, solche Prozessketten zu definieren. Das zweite, wo wir eine Ergänzung brauchen, um Telemedizin sinnvoll zu nutzen, ist im Bereich Berufsrecht und wiederum im Bereich Vergütung. Wo wir zum Beispiel in ländlichen Gebieten, ohne Arzt oder Gesundheitszentren und ähnliche Angebote uns vorstellen können, die aber neue Modelle der Zusammenarbeit auch der Berufsgruppen erfordern und da kann Telemedizin helfen, Video-Zuschaltung des Arztes in eine Praxis, die im ländlichen Raum ohne Arzt operiert. Dafür brauchen wir auch hier weitere berufsrechtliche Ergänzungen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Und für den BKK-Dachverband, Herr Knieps.

Franz Knieps (BKK-Dachverband e. V.): Für den BKK-Dachverband keine Interessenkonflikte. Ja, wir begrüßen das sehr, dass diese Mengenbegrenzung aufgehoben wird. Die war untauglich. Das hat sich spätestens in der Pandemie erwiesen. Gleichwohl sind wir froh, dass das Nähere durch die Selbstverwaltung geregelt werden soll. Wie Herr Moormann schon sagte, wollen wir keine Callcenter-Medizin, sondern wir wollen eine sinnvolle Ergänzung und



wir wollen auch eine sinnvolle Steuerung des Zugangs. Wir haben im Bundesverband Managed Care gerade eine Reise nach Finnland hinter uns. Fast 80 Prozent des Eingangs ins System läuft über Video und über Telefon. Wiederum die Hälfte davon kann sofort abschließend damit gemacht werden. Das entlastet die Strukturen. Deshalb halten wir die Regelung für sehr sachgerecht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Und die letzten 40 Sekunden. Herr Monstadt, bitte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Meine Frage möchte ich an die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Fachärzte Deutschland richten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Ich weise darauf hin, dass Sie 30 Sekunden Zeit haben. Wir können die nächste Runde ziehen oder das, was Sie jetzt aufbrauchen, abziehen in der nächsten Runde.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Das ist mir egal. Das können Sie handhaben, wie Sie wollen, Frau Vorsitzende.

Die **amtierende Vorsitzende**: Das liegt eigentlich an der Fraktion. Dann lassen wir die Frage zu und ziehen das in der nächsten Runde ab.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Also Bundesärztekammer. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Fachärzte Deutschland. Wie beurteilen Sie die Regelung des Digital-Gesetzes zu den vielfältigen Widerspruchsmöglichkeiten zur Löschung sowie zur Zugriffsverwaltung hinsichtlich Praktikabilität bei Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (BÄK): Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Keine Interessenkonflikte. Wir sehen es als wichtig an, dass Patienten natürlich die

Möglichkeit haben, bestimmte Dinge zu verschatten und auch eine klare Aussage zu machen, wer in was hineinschaut. Das ist schon patientengerecht, definitiv. Aber wir finden die aktuelle Regelung so, wie sie jetzt vorgesehen ist, für zu kleinteilig, zu feingranular, ist in der Administration, in der Umsetzung sehr aufhaltend und wird wahrscheinlich auch eher im Sinne von Overengineering dazu führen, dass die Leute wie die Cookies auch einfach sagen, alles erlauben und durchklicken- in Anführungszeichen. Ich glaube nicht, dass das wirklich wirksam ist und uns eher hindert. Insofern werden wir für eine einfache praktikable Regelung sehr zu haben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Gaß mit derselben Frage. Bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Keine finanziellen Interessen. Ich möchte mich der Antwort meines Vorredners, Herrn Reinhardt, weitgehend anschließen. Ich will aber für die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausdrücklich noch ergänzen, dass wir uns sehr für die Regelung der Opt-out-Regelung einsetzen, die ja zunächst mal bedeutet, dass man davon ausgeht, dass die Patienten der Verarbeitung der Daten zustimmen und deswegen müssen Widerspruchsregelungen natürlich darauf auch angemessen sein. Sie müssen aber so geregelt werden, dass sie nicht so komplex und kleinteilig am Ende werden, dass die Patientinnen und Patienten das vielleicht gar nicht mehr verstehen und dann zu viel abgelehnt wird. Dass wäre unsere Sorge von notwendiger Datenverarbeitung, die auch im Interesse der Patientinnen und Patienten ist und liegt, um die es ja hier konkret geht. Insofern müssen wir die Komplexität ein Stück weit reduzieren. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Gaß. Und dieselbe Frage nochmal, Herr Dr. Smetak. Bitte.

Dr. Norbert Smetak (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Ja, Norbert Smetak. Keine Interessenskonflikte. Ich spreche für den Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte. Ja,



ich kann mich ein Stück weit natürlich anschließen. Wichtig ist Opt-out dazu und gut, damit mehr Patientinnen und Patienten die Akte nutzen können. Wichtig ist, dass Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein Vertrauensverhältnis und bedarf der Mitwirkung des Patienten. Diese Mitwirkung umfasst Informationen, die wir brauchen, sowohl bei Anamnese, Diagnostik, aber auch Therapie. Wenn die Informationen nicht umfasst sind, droht auch Gefahr für unsere Patientinnen und Patienten in der Behandlung. Also sind diese Informationen wichtig, um Gefahren abzuwenden. Damit die Ärzte eine Akzeptanz finden an der ePA, müssen sie auf deren Integrität sich verlassen können. Sie müssen sich darauf verlassen können, dass die Informationen, die drin sind, richtig sind und sie müssen auch wissen, ob eventuell Informationen vorenthalten sind. Sonst kann Lebensgefahr entstehen, wenn gewisse Zusammenhänge nicht bekannt sind. Wenn eine Therapie eingesetzt wird, die gegebenenfalls konkurriert mit anderen und dann eine Gefahr für den Patienten darstellt. Somit plädieren wir dafür, dass den behandelnden Ärztinnen und Ärzten transparent gemacht wird, ob etwas in der ePA gelöscht wurde und ob dem jeweiligen behandelnden Arzt durch Widerspruch Zugriffe auf die ePA verweigert werden und dass die Patienten vor der Löschung, vor dem Widerspruch auch über die Risiken der Löschung aufgeklärt werden von ihrer Krankenkasse.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Die drei Minuten, die ziehen wir bei der nächsten Runde natürlich ab. Jetzt erhält das Fragerecht BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Prof. Gerlach fragen wollen. Prof. Gerlach, Sie haben als langjähriger Sachverständiger des Sachverständigenrats zur Begutachtung des Gesundheitswesens ja ein Gutachten mit verfasst, was sich mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens beschäftigt hat. In diesem Zuge haben Sie sich auch intensiv mit der Frage beschäftigt, ob es, wie gerade in verschiedenen Statements angeklungen, in dem Gesetz, was jetzt zur Beratung vorliegt, so geregelt sein soll, dass Patienten oder auch durch sie beauftragte Dritte sämtliche eingestellte Behandlungsdaten

löschen können sollen, ob sie verschattet oder ausgeblendet werden können sollen. Können Sie uns sagen, was halten Sie mit Blick auf die Versorgung und Forschung dafür sachgerecht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Ich rate dringend davon ab, auch nur die Möglichkeit einzuräumen, Daten in der ePA zu löschen. Das ist unverantwortlich und gefährlich. Warum? Weil Löschungen führen automatisch dazu, dass die ePA unvollständig ist und löchrig wie ein Schweizer Käse. Die Integrität und die Zuverlässigkeit der ePA ist damit zerstört. Ärztinnen und Ärzte können sich auf diese ePA nicht mehr verlassen und sie dürfen sich darauf auch nicht mehr verlassen. Automatisch, schon aus Haftungsgründen, werden Ärztinnen und Ärzte gezwungen sein, in der Praxis und der Klinik in ihren Primärsystemen zu dokumentieren, und zwar vorrangig. Wir erzwingen die Doppeldokumentation, die wir eigentlich abschaffen wollen. Ganz wichtig: Löschungen können für Patienten sehr gefährlich sein. Ein Beispiel, was sie vielleicht kennen. Denn ein Patient könnte sagen: Was geht es meinem Kardiologen an, dass ich vom Psychiater Antidepressiva bekomme? Das musste er nicht wissen. Der Kardiologe kann dann aber nicht erkennen, dass die lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen genau von diesen Antidepressiva kommen. Die sind nämlich typischerweise in der Lage, solche lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen zu machen. Denken Sie auch an die Zukunft. Die KI kann nicht trainiert werden, wenn die Daten nicht vollständig sind und sie kann auch nicht sinnvoll angewendet werden. Unvollständige und verfälschte Daten behindern die Forschung. Sie behindern die Qualitätssicherung. Sie behindern die Arzneimittelsicherheit. Sie lassen auch eine Steuerung während der Pandemie nicht zuverlässig zu. Also wir haben eine viel bessere Lösung. Das ist die Verschattung, die durch den Patienten, und zwar nur durch den Patienten, aufgehoben werden kann oder im Notfall, wenn ich bewusstlos bin, durch den Notarzt. Bei sensiblen Daten, psychiatrischen Diagnosen könnte man das als Voreinstellung für solche Diagnosen und Befunde automatisch generieren. Bitte nicht ausblenden. Ausblenden bedeutet, Sie



sind nicht sichtbar. Das ist wie Löschung. Ja, das wäre gleichbedeutend mit einer Löschung. Der Kardiologe muss eben nachfragen können. Er muss wissen, dass da etwas fehlt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Prof. Gerlach. Bitte, Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne weiter den vzbv in gleicher Sache fragen. Wir haben gerade aus unterschiedlichen Statements gehört, dass es wichtig wäre, dass die Daten verschattet werden können, aber eben Gefahren bestehen, wenn sie ausgeblendet werden. Teilen Sie aus Verbraucherschutzrechtlicher Sicht die Sichtweise, dass es wichtig wäre, mit einer Verschattung zu arbeiten, die man erkennen kann und nicht einfach einem ausblenden, was man nicht erkennen kann.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Moormann, bitte.

Thomas Moormann (vzbv): Thomas Moormann, vzbv. Vielen Dank. Der Verbraucherschutz ist auch dafür zuständig, die Gesundheit der Menschen zu schützen. Deswegen halten wir es schon für deutlich sinnvoller, eine Verschattung zu machen, damit der Arzt wenigstens einen Hinweis bekommt, dass es hier potenziell eine Kontraindikation geben könnte. Es gibt aber aktuell ein Problem im Zusammenwirken mit der Medikationsliste. Die Verschattung hat den Sinn, dass potenziell diskriminierende Diagnosen nicht sichtbar gemacht werden und die Medikationsliste hat aktuell ein Alles-oder-nichts-Prinzip. Das würde dadurch ausgehebelt werden. Das müsste dringend noch geändert werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Weitere Frage, Dr. Dahmen?

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde weiter den Verein der Medizinrechtsanwälte fragen wollen. Der missbräuchliche Zugriff auf Patientendaten ist bereits heute in den bestehenden vielfältigen Digitalisierungsproblemen und auch in der

analogen Welt ein Problem. Mit der Einführung von der flächendeckenden ePA werden die Leistungserbringer noch mal weitreichendere Zugriffsmöglichkeiten erhalten. Welche Erfolgchancen sehen Sie bislang, um missbräuchlichen Zugriff auf Patientendaten rechtlich zu sanktionieren und welche Probleme sehen Sie dabei, beziehungsweise was ist erforderlich, damit man es sanktionieren kann?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Heynemann, biteschön, Sie sind online dabei.

Jörg Heynemann (Medizinrechtsanwälte e. V.): Heynemann, Medizinrechtsanwälte. Keine Interessenkonflikte. Es ist tatsächlich so, dass heute ein Missbrauch von Patientendaten oder Patientinformationen ein Problem ist, was sich letztlich aber auch nicht oder in den seltensten Fällen auflösen lässt. Also erst heute, das kann ich ganz aktuell anfügen, hat eine Mandantin angerufen, die gesagt hat, dass ein Arzt eine gefilmte OP, wo ihr Gesicht und ihr freier Oberkörper zu sehen war, auf Instagram gepostet hat. Das sind so offensichtliche Missbräuche, wo man natürlich sofort tätig werden kann. Das Meiste bleibt aber unter der Decke und man hat eigentlich auch klageweise kaum eine Möglichkeit, dagegen vorzugehen. Die ePA ermöglicht es, das hat Prof. Gerlach eben auch schon mal ausgeführt, für den Patienten, dass er genau nachvollziehen kann, wann wer was von ihm an Daten gespeichert und auch wohin weitergegeben hat. Das sehe ich auch als große Chance an für die Datensicherheit der Patienten, die dann, wenn es dann doch zu irgendwelchen Missbräuchen kommt, letztlich tätig werden könnten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und Sie haben Zeit für eine weitere Frage, Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde weiter nochmal den Einzelsachverständigen Prof. Gerlach fragen wollen. Wir haben gerade gehört, also die Identifizierbarkeit des Missbrauches personen-individuell ist einerseits wichtig. Inwieweit ist auch eine wirkungsvolle Sanktionierung bei missbräuchlichem Zugriff wichtig, um hier diesem von Ihnen vorhin erwähnten Trust by Design-Ansatz nachzukommen?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Gerlach.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Beides ist extrem wichtig. Nur dann werden wir Trust by Design bekommen. Nur dann bekommen wir Vertrauen. Nur dann können wir nachvollziehen, wer wann zugegriffen hat - Stichwort Zugriffsprotokollierung. Wir haben derzeit keine griffigen Schwerter, die hier angewendet werden. Das Strafbuch und die Berufsordnung werden faktisch in diesen Fällen kaum angewendet. Wir haben keine abschreckende Wirkung und wir stärken damit auch nicht das Vertrauen der Versicherten. Eine elektronische Leistungsbringer-ID ist dabei ein Schlüsselement. Die brauchen wir, dann kommen wir weg von den Konnektoren. Dann können wir personen-individuelle Zugriffe dokumentieren. Und das muss so schnell und so prioritär wie möglich verfolgt werden. 2030 ist da zu spät.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Prof. Gerlach. Die letzten 45 Sekunden geben wir rüber. Dann geht jetzt das Fragerecht an die FDP. Herr Funke-Kaiser, bitte.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Hallo in die Runde. Im Entwurf zum Digital-Gesetz sind umfassende Vorgaben zur Umsetzung von allgemein geltenden Datenstandards enthalten. Zur Umsetzung sieht der Gesetzesentwurf weiterhin die Etablierung eines neuen Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen vor. Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Dr. Thun. Eines der umfassendsten Probleme ist ja im Bereich der Interoperabilität die mangelnde Umsetzung von einheitlichen Datenstandards. Bitte beschreiben Sie mal aus Ihrer Sicht die sinnvollsten Vorgehensweisen zur Definition von Vorgaben zu semantischen und syntaktischen Standards, Profile und Leitfäden betreffend der Interoperabilitäten dieser informationstechnischen Systeme.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Thun, bitte.

Prof. Dr. Sylvia Thun: Ja, es ist wichtig. Prof. Thun

und Einzelsachverständige, keine Interessenskonflikte. Es ist hier wichtig, dass wir natürlich eine nationale Koordinierungsstelle haben. Die ist auch sehr gut in dem kommenden Gesetz beschrieben. Diese Koordinierungsstelle soll die Ausschreibung koordinieren und die Inhalte einsortieren, inwieweit die auch prozessual zusammenpassen. Eine nationale Governance wird benötigt. Das soll auch über die Koordinierungsstelle der neuen Digital Health Agency erfolgen und vor allen Dingen zusammen auch mit dem Normungcenter, was wir ja haben. Wir müssen die normungspolitischen Konzepte der Bundesregierung hier, wir dürfen die nicht außer Acht lassen, sodass wir nicht ein neues Normungcenter aufbauen, sondern hier ganz eng zusammen mit den Normungsgremien wie DIN und HL7 zusammenarbeiten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Prof. Thun.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Vielen Dank. Um das nochmal zu konkretisieren. Aus Ihrer Sicht macht das keinen Sinn, wenn man jetzt im Gesetz für unterschiedliche Bereiche im Gesundheitswesen unterschiedliche Stellen für die Standardisierung festlegt, sondern das sollte dann eben einheitlich über eine Koordinierungsstelle laufen.

Prof. Dr. Sylvia Thun: Genauso ist es.

Die **amtierende Vorsitzende**: Gut, Frau Prof. Thun war das nochmal. Vielen Dank für Ihre Antwort.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Kann ja auch kurz und knackig sein. Ja, gerne. Wir hatten schon auch über die ePA gesprochen. Meine Frage geht jetzt an die gematik. Bitte beschreiben Sie mal kurz den technischen Umfang der aktuellen elektronischen Patientenakte, also wie sie jetzt angelegt ist, wie sie dann auch ab 2025 in der Opt-out-Version an den Start gehen soll. Bitte erläutern Sie dabei auch die aktuell von der Akte vereinbarten Datenstrukturen der Dokumente.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Diening, die Frage geht an Sie, bitte.



Holm Diening (gematik - Gesellschaft für Telematik- Anwendungen der Gesundheitskarte mbH): Holm Diening, gematik, keine Interessenskonflikte. Aktuell haben wir eine rein dokumentenbasierte ePA, das heißt eine ePA, die darauf ausgelegt ist, dass Versicherte und Leistungserbringende Dokumente in diese ePA einstellen und eben über die ePA ein- zu-eins Dokumente austauschen im direkten Dia- log. Es ist vor allen Dingen eine Opt-in-ePA. Das heißt, ich muss erst als Versicherte und als Versi- cherter vorher tätig werden, damit ich überhaupt eine solche Akte erhalte. Der wesentliche Schritt zur neuen Opt-out-ePA ist, genau mit diesen beiden Restriktionen Schluss zu machen, und zwar in dem Sinne, dass jeder von Anfang an eine solche elek- tronische Patientenakte hat und diese sofort für je- den nutzbar ist, auch ohne aktiv sich vorher eine App runterladen zu müssen. Und zweitens, dass Sie vor allen Dingen mehr ist als eine reine Daten- austauschplattform, sondern dass durch den Fakt, dass Ärzte sehr viel leichter auf diese Daten zugrei- fen können, sie zu einem wirklichen Versorgungs- aspekt wird. Das heißt, es werden von Anfang an Daten wie elektronischer Medikationsplan oder eben auch die Rezept- und Dispensierinformation von Anfang an enthalten sein in einer strukturier- ten Form, sodass diese auch verwertbar sind. Das heißt, wir bewegen uns von dieser Dokumenten- zentrierung weg und bewegen uns hin zu einer da- tenzentrierten Akte.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Funke-Kaiser, fahren Sie gerne fort.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Vielen Dank. Ich würde jetzt auch gerne noch mal auf den Be- reich digitale Identitäten eingehen. Jetzt wissen wir, dass es bereits seit letztem Jahr über § 291 Abs. 8 SGB V die Möglichkeit gibt zur Umsetzung von digitalen Identitäten als alternative Zugangs- möglichkeit zu digitalen Anwendungen, wie bei- spielsweise auch der elektronischen Patientenakte. Der Versicherte bekommt da eben auch die Aus- wahlmöglichkeit, neben der Zugangsmöglichkeit mittels einer EGK mit dazugehöriger PIN auch über eine digitale Identität mit angemessenem Sicher- heitsniveau zu wählen. Meine Frage richtet sich wieder an Herrn Diening. Bitte beschreiben Sie kurz die technischen Spezifikationen dieser digita- len Identität und den Stand der Umsetzung auf

Seiten Ihres Hauses. Die zweite Frage richtet sich an Herrn Baas. Wie bewerten Sie aus Sicht Ihrer Kasse die Notwendigkeit dieser digitalen Identität? Bitte geben Sie auch ein kurzes Update über den Stand der Umsetzung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Diening, bitte.

Holm Diening (gematik): Vielen Dank. Digitale Identitäten sind tatsächlich...

Die **amtierende Vorsitzende**: Einmal vorstellen, das ist deshalb wichtig, weil sonst das Protokoll nicht funktioniert.

Holm Diening (gematik): Entschuldigung, also wie- der Holm Diening, keine Interessenskonflikte. Digi- tale Identität ist tatsächlich der entscheidende Fak- tor, um unsere Anwendungen wirklich für die breite Masse nutzbar zu machen, da wir, wie be- schrieben, eben von der EGK und PIN als exklusive Mittel auf diese Daten zuzugreifen, weitere, also davon abweichende weitere Mittel hinzufügen, wie man es eben aus dem Banking-Umfeld auch kennt, wie sie vor allen Dingen benutzbar sind. Diese sind spezifiziert komplett fertig. Wir haben auch bereits drei Hersteller dafür zugelassen. Ein wichtiger Punkt ist allerdings an dieser Stelle, wir brauchen noch die im Gesetz vorgesehene Regelung des Be- nehmens, statt Einvernehmens und BSI und BfDI, weil wir eben halt erst nach Inkrafttreten des Geset- zes wichtige Funktionen wie zum Beispiel Biomet- rie und ähnliches freischalten können, wenn der Versicherte in dieses einwilligt. Die anderen Ver- fahren mit Personalausweis bleiben ihm selbstver- ständlich weiterhin erhalten. Aber die sehr einfa- chen und auch sehr nutzerfreundlichen Versionen kann es erst danach geben. Insofern wird der große Start der digitalen Identität erst nach diesem Ter- min erfolgen können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Und Herr Dr. Baas zur selben Frage noch zulasten der nächsten Runde.

Dr. Jens Baas (TK): Ja, Jens Baas, Techniker Kran- kenkasse. Ich kann mich auch ganz kurzhalten. Wir



halten die digitalen Identitäten auch für eine Voraussetzung, die man unbedingt braucht, wenn man Akzeptanz in der Bevölkerung haben möchte. Das derzeitige Verfahren ist umständlich im Vergleich zu dem, was man von Banken oder anderen Anwendungen gewöhnt ist. Natürlich kann man die so ausgestalten, dass man den Versicherten die Möglichkeit überlässt, auch das hohe Sicherheitsniveau, das wir heute haben, beizubehalten. Aber bei all denen, die man darüber aufgeklärt hat, dass die digitale Identität vielleicht etwas unsicherer ist als das andere Verfahren, halten wir es für absolut sinnvoll, das einzusetzen. Wir wären auch technisch relativ schnell in der Lage, das umzusetzen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Baas. Und jetzt geht das Fragerecht an die AfD und es fragt Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Ich würde jetzt in diesem Frageblock an drei Teilnehmer hier Fragen stellen wollen. Das ist einmal die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands. Vielleicht mal eine kurze Beurteilung: Wie ist im Moment die Stimmung der Ärzteschaft in Hinsicht auf diesen 1.1.2025? Ist das eher positiv oder negativ? Wie beurteilen Sie jetzt vielleicht im Einzelnen, wie hoch ist denn der Arbeitsaufwand pro neuen Patienten, der dann dort mit der elektronischen Patientenakte versorgt werden müsste und wie hoch schätzen Sie persönlich den Prozentsatz ein der Patienten, die die elektronische Patientenakte nutzen werden und wollen und nicht widersprechen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitteschön.

Dr. Klaus Reinhardt (BÄK): Ja, Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer, immer noch keine Interessenkonflikte. Das sind alles Fragen, auf die man nur sehr spekulativ antworten kann, weil es dafür keine wirklichen, ernsthaften Erhebungen gibt. Die Stimmung in der Kollegenschaft ist durchgewachsen, was das Thema angeht, weil die realen Erfahrungen mit der Technik zu jetzigen Zeiten schlecht sind. Das muss ja so nicht bleiben. Wenn daran etwas geschehe, die Prozesse schneller liefen und

reibungsfreier liefen, dann glaube ich, würde im Grundsatz, das ist der zweite Teil der Frage, die Bereitschaft, daran teilzunehmen, sehr groß sein, weil die Vorteile, von denen wir jetzt gesprochen haben, speziell, wenn es sich um strukturierte Daten handelt, tatsächlich enorm sind und von uns als Ärzteschaft auf jeden Fall mitgenommen werden wollen. Also insofern glaube ich, muss man im Wesentlichen auch daran arbeiten, dass die Prozesse im Detail dann tatsächlich vernünftig funktionieren. Das ist die Herausforderung. Wenn alle Dinge, die gemacht werden, darauf abgestellt sind, dann glaube ich, wird das auch gelingen können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Und Herr Dr. Gaß zur selben Frage.

Dr. Gerald Gaß (DKG): Ja, Gerald Gass, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die deutschen Krankenhäuser sehen diese Entwicklung ausgesprochen positiv und wir blicken deshalb auch sehr zuversichtlich auf den 1.1.2025 und hoffen, dass es gelingt, die Ziele, die mit der elektronischen Patientenakte verbunden sind, tatsächlich umzusetzen. Die Krankenhäuser haben allergrößtes Interesse, dass dieses Projekt erfolgreich sein wird. Wir sehen auch, dass damit ein gewisser Aufwand verbunden ist. Wir erwarten aber ja alle gemeinsam, dass die strukturierte Datenausleitung aus den Krankenhausinformationssystemen weitgehend ohne händischen Einfluss erfolgt. Das heißt, dass die jeweiligen Datenfelder, um es mal vereinfacht auszudrücken, automatisiert ausgelesen und in die Patientenakte überführt werden können. Das muss das Ziel sein. Das ist auch das Ziel. Daran arbeiten wir alle sehr intensiv und engagiert. Ich bin zuversichtlich, dass wir die weitgehenden Voraussetzungen dann auch geschafft haben, sodass wir wirklich den Nutzen dann auch alle sehr gut erkennen, ohne wesentlichen Aufwand betreiben zu müssen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und Herr Dr. Smetak, an Sie ging dieselbe Frage, bitte.

Dr. Norbert Smetak (SpiFa): Kein Interessenskonflikte, Spitzenverband Fachärzte. Natürlich hängt die Akzeptanz davon ab, wie die Technik funktioniert. Wenn die gut funktioniert, ist sie sicher hoch. Wir brauchen Informationen, hatte ich vorhin ja



aufgeführt, um unsere Patientinnen und Patienten richtig betreuen und behandeln zu können. Ich möchte noch einen Punkt weitergehen. Was wir aber auch brauchen, ist eine Interoperabilität der Systeme. Nur dann, wenn diese Daten, die reinkommen, auch weitergegeben werden in eine richtige Richtung, dann passt das. Das heißt, wir brauchen da unbedingt auch ein Weiterkommen. Was wichtig ist, dass strukturierte Daten, eben hier eine einfache Befüllung und auch ein entsprechendes einfaches Auffinden von Daten vorliegen. Insgesamt haben wir eine positive Einstellung zur ePA.

Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD): Ich würde den zweiten Frageblock auch noch mal so haben wollen von den drei Sachverständigen. Eine Frage, und zwar wurde uns heute früh in einer Ausschussanhörung mitgeteilt, dass die Kontrolle über die Vollständigkeit der Patientenakte auch von den Patienten übernommen werden sollte, dass die die Kontrolle übernehmen. Ich halte das für sehr schwierig. Können Sie sich noch andere Strukturen vorstellen, die dem vielleicht ein bisschen besser nachkommen? Wir haben jetzt gerade gehört, wenn sie nicht vollständig ist, ist es natürlich auch eine gefährliche Sache. Und noch dazu, dass nicht ordentliches Ausfüllen auch zu Sanktionen bei den Ärzten führen könnte. Wie ist da Ihr Blickwinkel? Wie sehen Sie das, bitte?

Die amtierende Vorsitzende: Ich muss einmal fragen: Alle drei und dann zu Lasten der zweiten Runde? Ja [Kopfnicken Abg. Ziegler] - alles klar. Dann Herr Dr. Reinhardt wieder.

Dr. Klaus Reinhardt (BÄK): Ja, Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Keine Interessenkonflikte. Ich würde sagen, dass Sanktionen fürs Nichtausfüllen halten wir definitiv, oder für Schlechtausfüllen halten wir für falsch. Wer will das auch überprüfen. Letztendlich, die Vollständigkeit zu übersehen, kann ja nur der Patient in Zusammenarbeit mit seinem Arzt oder der Ärztin. Das sind die einzigen beiden, die darüber reden können, was ist vollständig, was ist nicht. Das ist im Übrigen jetzt in der analogen Welt nicht anders. Wenn ich eine Anamnese bei einem Patienten erhebe, dann weiß ich ja gar nicht, ob er mir alles sagt oder auch nicht. Der kann auch Dinge mir vorenthalten. Also auch die

digitale Welt darf uns nicht verleiten zu glauben, dass wir dann in jedem Fall etwas Vollständiges immer hätten und haben. Wir wünschen uns das gerne, selbstverständlich, damit wir vernünftig und auch verantwortungsvoll handeln können und in Kenntnis aller Umstände, weil das gut ist für vorsorgliches und vernünftiges, umsichtiges Handeln. Und insofern muss man daran interessiert sein. Und ich glaube, dass Patientinnen und Patienten im Wesentlichen auch in der Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten daran interessiert sind und für uns ist wesentlich die Einfachheit, das haben wir schon mehrfach gehört, des Tuns an der Stelle, die Praktikabilität.

Die amtierende Vorsitzende: Sehr gut. Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (DKG): Gerhard Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich gehe davon aus, und so ist das Gesetz ja auch angelegt, dass selbstverständlich die Patienten jederzeit die Möglichkeit haben, ihre eigene Akte zu überschauen im Rahmen der Möglichkeiten, die man da überhaupt hat, so diese gesamte Komplexität zu erfassen. Dass es ja aber nicht deren Aufgabe ist, diese zu kontrollieren in irgendeiner Art und Weise, sondern ich halte es natürlich für die Aufgabe der Leistungserbringer, und da beziehe ich die Krankenhäuser, für die ich sprechen kann, selbstverständlich ein, dass wir pflichtgemäß die Daten, die wir in die elektronische Patientenakte zu überführen haben, auch in die elektronische Patientenakte überführen, wenn denn die Prozesse, die dafür notwendig sind, ich habe eben davon gesprochen, automatisiert auch tatsächlich funktionieren. Das ist eine technische Herausforderung, die wir lösen müssen, alle gemeinsam. Aber dann ist es natürlich Aufgabe der Leistungserbringer, dem Willen des Patienten gerecht zu werden, dass seine Daten vollständig in seiner Patientenakte letztlich auch auftauchen. Insofern würde ich jetzt hier nicht von Kontrollaufgaben der Patienten sprechen. Sie haben natürlich die Möglichkeit, und sie müssen die Möglichkeit haben, zu schauen, inwieweit sind denn Daten tatsächlich eingetragen. Insofern ist es eine Form von Kontrolle, aber es ist keine Pflichtaufgabe, die ich beim Patienten sehen würde. Dankeschön.



Die **amtierende Vorsitzende**: Danke und Herr Dr. Smetak auch selber Fragenkomplex, bitte.

Dr. Norbert Smetak (SpiFa): Smetak, Fachärzte. Ich denke auch, dass eine Vollständigkeit auch schwer zu kontrollieren ist, auch von Patienten schwer zu kontrollieren ist. Deshalb hatte Herr Gaß recht, es müssen die Leistungserbringer die Daten einpflegen. Nichtsdestotrotz ist auch das nicht eine Sicherheit für Vollständigkeit, weil ja nicht jeder Leistungserbringer unbedingt aufgesucht wird. Wichtig bleibt eben, dass zumindest klar ist, dass da keine Widersprüche waren und dass der Patient nach seinem Wissen zumindest davon ausgeht, dass die Vollständigkeit gegeben ist und wir davon ausgehen können, dass alle Daten, die wir brauchen, da drin sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank und damit geht das Fragerecht an DIE LINKE. Frau Vogler, bitte.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ja, vielen herzlichen Dank. Meine erste Frage geht an den Einzel-sachverständigen Dr. André Zilch. Die Bundesregierung will eine niederschwellige Widerspruchsmöglichkeit. Gleichzeitig muss aber verhindert werden, dass Dritte die eigene Patientenakte löschen können. Bitte stellen Sie kurz dar, wie man so etwas datensicher gewährleisten könnte.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Zilch, Sie haben das Wort.

Dr. André Zilch: André Zilch, Firma LSC, keine Interessenkonflikte. Zunächst gilt es herauszustellen, dass ein Widerspruch einen Antrag im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens darstellt, nämlich auf Löschen der Patientenakte. Ein Antrag im Verwaltungsverfahren ist wiederum definiert als eine Willenserklärung eines Dritten an eine entscheidungsbefugte Stelle auf ein Handeln. Der Dritte ist hierbei der Versicherte, die entscheidungsbefugte Stelle ist die Krankenkasse und das Handeln ist, die Krankenkasse löscht meine Patientenakte. Der Widerspruch ist zwar formfrei, dennoch muss er die zuvor genannten Elemente enthalten, und zwar entsprechend dem Schutzbedarf hoch der zu

schützenden Daten. Für eine Willensbekundung auf hohem Vertrauensniveau muss auch die notwendige Identitätsprüfung, wer stellt den Antrag, auf einem hohen Niveau erfolgen. Aufgrund der mit der Löschung verbundenen Folgen muss diese Identitätsprüfung vor der Löschung erfolgen. Die Krankenkassen müssen also vorher wissen, dass der Widerspruch auch von der richtigen Person gestellt wurde. Ein Widerspruch wie angedacht mittels Briefes als niederschwelliges Verfahren an eine Krankenkasse scheidet aus mehreren Gründen aus. Aktuell sind keine Abläufe etabliert, um systematisch Unterschriften von Versicherten auf Echtheit zu prüfen und zweitens, die eingehende Post wird gescannt und die Originale bereits nach kurzer Zeit vernichtet. Dadurch werden dann auch die originalen Unterschriften vernichtet und somit geht die Beweiskraft dieser Unterschrift verloren. Eine Identitätsprüfung auf hohem Niveau ist bei Schreiben von Versicherten somit nicht möglich. Es lässt sich zusammenfassen, dass die Krankenkassen aktuell keine niederschweligen Verfahren implementiert haben, um einen Widerspruch konform den Anforderungen durchführen zu können. Der Widerspruch ist immer mit einer Identitätsprüfung auf hohem Niveau verbunden. Brief, Telefon, E-Mail als niederschwelliges Verfahren scheiden grundsätzlich aus. Dass die Krankenkassen sichere Verfahren zur Registrierung und Identifizierung implementieren müssen, wurde bereits 2003, 2004, also bereits vor 20 Jahren im Rahmen der Bitfire-Sicherheitsarchitektur gemeinsam mit dem BMG festgelegt. Das heißt, die derzeitigen Verfahren zwischen Karteninhaber und Kartenherausgeber sind auf das Sicherheitsniveau der EGK hoch anzupassen. Darauf habe ich bereits 2015 in diesem Ausschuss in der Anhörung zum E-Health-Gesetz hingewiesen. Dies entspricht der Forderung des BfDI in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Entwurf, dass die EGKs persönlich zugestellt werden oder eine Nachidentifizierung stattfinden muss, bevor die EGK als Zugangsmittel zur ETI eingesetzt werden kann. Die notwendigen Fachverfahren wurden jedoch nicht implementiert. Das Fachverfahren „Widerspruch“ muss ebenso den genannten Anforderungen genügen. Das geplante Abo-Ident wiederum mit Festsetzung der Preise mittels Verordnung halte ich für wettbewerbswidrig und nicht angemessen. Ohne eine Identitätsprüfung ist das ein wichtiger Widerspruch.



Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Zilch. Ich kriege das Signal, dass die Fraktion sehr zufrieden ist mit Ihrer Antwort. Vielen Dank. Jetzt geht das Fragerecht wieder an die SPD. Ich darf das Wort Dr. Pantazis geben.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Gerlach. Mit über 600 Projekten hat sich der Innovationsfonds beim G-BA ausdrücklich bewährt. Nunmehr ist erneut die Fortschreibung der jährlichen Fördersumme im Gesetzentwurf geplant. Wie bewerten Sie diese Maßnahme?

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger.

Die **amtierende Vorsitzende**: Ich würde Sie wohl aufrufen, Herr Prof. Gerlach. Bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ich wollte Ihnen nicht vorgreifen. Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Ich dachte, es wäre im Sinne der Beschleunigung. Wir geben in Deutschland im Gesundheitswesen enorme Summen aus; in der GKV im letzten Jahr 290 Milliarden Euro. Der Outcome ist aber vergleichsweise durchschnittlich. Das sehen wir an allen möglichen Stellen. Es wäre jetzt absurd, nicht zu untersuchen, ob die Mittel zielgerichtet eingesetzt werden, ob man sie vielleicht besser einsetzen könnte und was Innovationen in unserem Gesundheitssystem bewirken könnten. Wenn man sich mal anschaut, wie andere Branchen damit umgehen, wie andere Branchen in Forschung und Entwicklung, in Innovation und Evaluation investieren, dann kann man nur sagen, im deutschen Gesundheitssystem ist das, was in den Innovationsfonds geht, minimal. Also mit anderen Worten, man kann darüber diskutieren, ob das inhaltlich methodisch richtig ist. Man kann auch ordnungspolitisch darüber diskutieren, ob das der richtige Weg ist. Man kann darüber diskutieren, wie die Förderung ausgestaltet wird. Aber die Richtung stimmt, die Fortschreibung ist sinnvoll.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Stamm-Fibich, bitteschön.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Dankeschön. Meine Frage geht an den G-BA, Herrn Prof. Hecken. Die Bundesregierung plant die Integration von Medizinprodukten der hohen Risikoklasse 2b in das etablierte Fast-Track-Bewertungsverfahren niedriger Risikoklassen beim BfArM. Bitte geben Sie uns hierzu kurz eine Einschätzung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ja, Josef Hecken, Gemeinsamer Bundesausschuss. Keine Interessenkonflikte. Herzlichen Dank für die Frage. Es ist bekannt, auch aus unserer Stellungnahme, dass wir diese Integration der 2b-Risikoprodukte in das Fast-Track-Verfahren ausdrücklich und mit aller Vehemenz ablehnen. Das tun wir nicht deshalb, weil hierdurch Kompetenzen des G-BA in irgendeiner Form beschnitten würden, sondern weil wir eben sehen, dass nach der MDR-Regelung Produkte der Risikoklasse 2b, auch wenn sie reine Softwareanwendungen sind, durchaus geeignet sind, schwerwiegende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten oder sogar unmittelbare Patientengefährdung herbeizuführen. Wir haben es zum Teil mit aktiven Produkten, also nicht nur mit irgendwelchen Überwachungsfunktionen zu tun, die zur langzeitigen Anwendung für die Diagnose in klinischen Situationen, in denen der Patient in unmittelbarer Gefahr schwebt, eingesetzt werden. Deshalb sagen wir: Die Erweiterung und die Einbeziehung in das Fast-Track-Verfahren führt zu erheblichen Gesundheits- und Haftungsrisiken - ganz, ganz wichtig. Entscheidend ist auch, dass der Fokus in diesem Fast-Track-Verfahren in erster Linie auf positiven Versorgungseffekten liegt. Bei 2b-Risikoprodukten geht es aber nicht um positive Versorgungseffekte, sondern um die sachgerechte Prüfung, ob damit Gefahren für Leib und Leben von Patientinnen und Patienten verbunden sind. Vor diesem Hintergrund sehen wir das derzeitige Verfahren als gut an.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dank schön. Herr Mende darf anschließen.



Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Frau Vorsitzende, eine Frage an Frau Dr. Fix. Welche Potenziale birgt der vorgesehene Anschluss an die Telematik-Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen nunmehr erst bis Mitte 2025 und welche perspektivischen Vorteile erwarten Sie mit Blick auf die geplante Einführung der Telematik-Infrastruktur 2.0 für die Akteursgruppe der Pflegedienste?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Fix, bitte schön.

Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Herzlichen Dank, Elisabeth Fix für die BAGFW. Keine Interessenkonflikte. Wir sehen große Potenziale in der Anbindung der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen an die TI und begrüßen, dass mit dem Digital-Gesetz eine Harmonisierung der Fristen an das PÜG erfolgt ist. Da gegenwärtig nur im Grunde KIM nutzbar ist. Daraus sind noch nicht große Effekte zu erzielen. Große Effekte werden aber zu erzielen sein, wenn die EHKP ans Netz geht. Hier fordern wir, dass die Einführung der EHKP nicht erst verschoben wird auf den 1.7.2026, sondern gleich nach dem Anschluss der Pflegeeinrichtungen zum 1.10.2025 erfolgt. Es ist ein hohes Potenzial da, den Pflegediensten bleiben Wege erspart. Der Versicherte kommt schneller zur Leistung und die Abrechnung kann digital erfolgen. Insgesamt also eine Beschleunigung und Vorteile für alle Betroffenen, sodass wir hier tatsächlich bei der EHKP Handlungsbedarf sehen. Dankeschön.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Dr. Fix. Frau Baehrens, bitteschön.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Es besteht das berechtigte Interesse des GKV-Spitzenverbandes, auch beim Beschäftigtenverzeichnis der ambulanten Pflege in regelmäßigen Abständen einen pseudonymisierten Gesamtdatensatz zu erhalten. Welche Vorteile böte eine solche Regelung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Pfeiffer.

Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. Pfeiffer, GKV-Spitzenverband. Das Problem ist hier, es gibt eine gesetzliche Regelung dazu, die diese Daten für die Kassen nutzbar machen soll. Aber wie es im Moment aussieht, ist es so, dass hier ein technischer Entwurf des BfArM vorliegt, was diese Datenschnittstelle so gestaltet, dass bei jedem einzelnen Fall die Kassen den Abruf von diesem Verzeichnis machen müssen. Hier wäre unser Vorschlag, und da gibt es wohl auch entsprechende Unterstützung, das müsste aber gesetzlich nachgezogen werden, damit es eine entsprechende Rechtsgrundlage gibt, dass die Kassen dieses Verzeichnis regelmäßig als Gesamtdatensatz zur Verfügung gestellt bekommen. Wir haben heute ähnliche Zusammenhänge, dass die ITSG, die Informationstechnische Servicestelle der GKV die Daten aus den Arztverzeichnissen etc. zur Verfügung stellen kann. Das würde den Aufwand erleichtern. Aber wie gesagt, hier braucht es eine gesetzliche Klarstellung, damit das auch möglich wird.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Eine knappe Minute, Herr Mieves.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Herrn Beier vom Hausärzterverband. Herr Beier, zum Thema Wiederholungsrezepte. Das E-Rezept kann Wiederholungsrezepte. Allerdings wird dies in der Praxis faktisch noch nicht genutzt. Teilweise aus Abrechnungsgründen, weil Hausärztinnen und Hausärzte Vergütung verlieren würden. Was könnten wir tun oder besser regeln, damit das E-Rezept genutzt wird, dass weniger Patientinnen und Patienten nur zum Rezeptholen in die Praxis müssen und Praxen damit entlastet werden könnten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Beier, 20 Sekunden.

Dr. Markus Beier (Deutscher Hausärzterverband e. V. (HÄV)): Markus Beier, Hausärztinnen und Hausärzte. Wir haben keinen Interessenskonflikt. Hier trifft digitale Versorgung auf Versorgungsregeln der Steinzeit. Wir brauchen eine Umdefinition des Arzt-Patient-Kontakts. Der muss nämlich immer persönlich sein. So geht es nicht. Wir haben Quartalsdenken. Wir müssen den Quartalsbezug



abschaffen. Wir müssen im Moment Chroniker zweimal im Quartal einbestellen, also achtmal im Jahr, auch wenn sie stabil sind, um wirtschaftlich zu überleben. Wenn wir Dauerrezepte leben wollen, dann brauchen wir genau an den zwei Stellen dringend eine Nachbesserung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht wieder an die Union. Wir haben noch fünf Minuten. Frau Stöcker, bitte.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer und an den Verband der Ersatzkassen. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie durch eine Aufgabe der Begrenzungen in der telemedizinischen Behandlung insbesondere für die ambulante Psychotherapie? Können durch eine Flexibilisierung der Videobehandlung in der Psychotherapie mehr Patienten versorgt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Melcop, bitte schön.

Dr. Nikolaus Melcop (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Nikolaus Melcop, Bundespsychotherapeutenkammer. Keine Interessenkonflikte. Danke für die Frage. Nein, es entstehen nicht mehr Behandlungskapazitäten, wenn Psychotherapie per Video erbracht wird. Eine Behandlungsstunde dauert immer gleich lang, egal ob in Präsenz oder Video. Hier brauchen wir eine neue Bedarfsplanung. Die ist unzureichend und sie lässt sich auch mit videogestützter Psychotherapie nicht kompensieren, jedoch eine Fallzahlbegrenzung. Das heißt, die mengenmäßige Begrenzung für die Fälle, die pro Quartal ausschließlich per Video behandelt werden, die sollte im Gesetz erhalten bleiben, unserer Meinung nach. Es muss für Patientinnen und Patienten sichergestellt sein, dass sie jederzeit in die Praxis vor Ort kommen können, wenn eine videogestützte Behandlung nicht mehr möglich ist. Diese Fälle gibt es. Aber die bisherige Vorgabe des maximalen Umfangs für den Anteil der Leistungen, die pro Quartal per Video erbracht werden, das ist kompliziert. Unserer Meinung nach sollte darauf verzichtet werden, wie vorgeschlagen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Elsner, bitte.

Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Ulrike Elsner. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank Frau Abgeordnete für die Frage. Also wir sehen nur Vorteile. Aktuell ist es so, dass die Videosprechstunde gesetzlich geregelt ist, die 30-Prozent-Begrenzung zum Teil für die Psychotherapie gilt - nämlich für die ganz konkrete Psychotherapie. Wo sie nicht gilt, ist bei der psychotherapeutischen Sprechstunde. Die ist ja im Grunde genommen sehr wichtig, sozusagen für ad hoc-Behandlungen, aber eben auch, um die Therapie vorzubereiten. Da ist es aktuell nicht möglich, eine Videosprechstunde anbieten zu dürfen. Deswegen bitten wir um Nachbesserung, um Präzisierung, dass der Auftrag an die Partner der Bundesmantelverträge so gestaltet wird, dass eine Regelung eben auch für die psychotherapeutische Sprechstunde gefunden wird. Natürlich muss es mit den Patienten abgestimmt werden. Wir sehen aber eine erhebliche Verbesserung für die Patientinnen und Patienten. Vulnerable Gruppen werden besser erreicht etc. Also wir sehen nur Vorteile.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Rüdgel, bitte.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an den G-BA und an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht eine dauerhafte Fortführung des Innovationsfonds über 2023 hinaus vor, bei gleichbleibenden Fördermitteln von 200 Millionen pro Jahr. Neben der Etablierung zweier zusätzlicher Förderverfahren soll zudem künftig von der Rückführung nicht verausgabter Mittel in den Gesundheitsfonds abgesehen werden. Wie bewerten Sie das?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (G-BA): Ja, Josef Hecken, jetzt Innovationsausschuss, also nicht G-BA. Auch da keine Interessenkonflikte. Wir begrüßen ausdrücklich die Einführung der zwei neuen vorgesehenen Verfahrensarten. Wir sehen hier, dass diese Flexibilisierungen praktische Hemmnisse aus der Vergangenheit aufgreifen und versuchen, einem



vernünftigen Verfahren zuzuführen. Insbesondere die neuen einstufigen Verfahren mit kurzer Laufzeit können eine sehr gute Einstiegsphase sein, um danach in große Versorgungsverbesserungsprojekte zu gehen. Die Übertragbarkeit der Mittel haben wir 2019 befristet bis zum Ende des Jahres 2024 eingeführt. Wir begrüßen jetzt die unbegrenzte Übertragbarkeit der Mittel schlicht und ergreifend, damit wir uns nicht diesem jährlichen Haushaltsprinzip unterwerfen, was dann zu Jahresendfieber in vielfältigsten Formen führt, sondern die Gelder auch vernünftig und sachgerecht eingesetzt werden und nicht in irgendeiner Form zulasten der Versicherungsgemeinschaft dann entweder verfallen oder für Dinge ausgegeben werden, für die sie nicht gebraucht werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Dr. Pfeiffer, Sie waren auch angesprochen.

Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank, Pfeiffer, GKV-Spitzenverband. Wir unterstützen die Zielsetzung des Innovationsfonds, die Versorgung weiterzuentwickeln und zu verbessern, insbesondere natürlich auch die intersektoralen Schnittstellen zu optimieren. Allerdings sehen wir die vorgesehenen Neuregelungen kritisch. Erstens ist es nicht Aufgabe der Beitragszahler, Forschung zu finanzieren. Das ist ein grundsätzliches Problem bei dem Innovationsfonds. Zweitens haben wir jetzt schon mehrfach eine Verlängerung der Regelung des Innovationsfonds bekommen. Wir sehen nach wie vor keinen eindeutigen Erfolgswachweis. Deswegen sind wir der Auffassung, dass es zunächst erneut eine befristete Verlängerung geben sollte. Wir haben jetzt nebeneinander drei Förderverfahren mit unterschiedlichen Anforderungen. Da befürchten wir auch Unklarheiten, auch gerade in Bezug auf die Zielsetzung des Fonds. Wir finden es positiv, dass die Förderquoten für den themenspezifischen und themenoffenen Bereich entfallen, also die Flexibilität erhöht wird. Wir sehen allerdings das jährliche Fördervolumen als zu hoch an. Die 200 Millionen Euro sind in den letzten Jahren mehrfach unterschritten worden, weil es eben keine förderfähigen Projekte gegeben hat, die sinnvollerweise gefördert wurden. Wir sehen auch die Mittelübertragbarkeit, halten es nicht für richtig, die unbegrenzt vorzusehen. Es sollte demgegenüber eine Rückübertragung an den Gesundheitsfonds

und damit an die Krankenkassen vorgesehen werden, damit die nicht verausgabten Mittel wieder den Kassen zur Verfügung stehen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Dann sind für die dritte Runde jetzt noch zweieinhalb Minuten. Jetzt hat BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN das Wort. Dr. Dahmen. Nur, dass Sie das alles nachvollziehen können. Wir können keine halben Minuten bei der Redezeitanzeige einstellen. Manchmal muss ich vorher abrechnen, manchmal ein bisschen länger laufen, je nachdem, was einstellbar ist. Jetzt machen wir sieben Minuten und wir lassen 45 Sekunden länger laufen. Bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Prof. Gerlach weiter fragen wollen. Der Mehrwertnutzen für die Patientenversorgung, das ist ja das Kernanliegen bei der neuen Regulatorik der elektronischen Patientenakte. Inwieweit sehen Sie die Installierung von wichtigen Funktionen wie zum Beispiel den Arzneimittelrückruf als eine digitale Form des roten Handbriefs oder auch die Hinterlegung einer Entscheidung zur Organspende oder zum Patientenwillen für wichtig an in der ePA?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Das sind sehr gute Beispiele, die zeigen, wo der Nutzen der ePA sein könnte. Also wenn Sie jetzt Ihr Auto betrachten. Es gibt Probleme mit den Bremsen. Es kann jederzeit vom Hersteller zurückgerufen werden. Sie können jederzeit kontaktiert werden. Wenn Sie aber aus der Apotheke ein Arzneimittel abholen, was wenig später vom Markt genommen wird, wo es einen Chargenrückruf gibt, erfahren Sie davon nichts. Die roten Handbriefe werden in Deutschland per Post verschickt, und zwar an Ärzte und Apotheker. Der Patient bleibt ahnungslos. In der ePA der Zukunft können wir die Chargennummer bei der Abgabe in der Apotheke hinterlegen. Gibt es dann ein Problem, kann der Patient direkt, gezielt und ohne Verzögerung informiert werden. Das ist übrigens nicht selten. Das ist im letzten Jahr 170-mal passiert.



170 Chargenrückrufe. Man sieht also das enorme Potenzial für die Arzneimittel-Therapiesicherheit. Das zweite Thema Organ- und Gewebespenden und Patientenverfügung: Es ist eigentlich ein Unding, dass wir in Deutschland nach wie vor dieses Thema nicht geregelt haben. Es ist ethisch und medizinisch nicht hinnehmbar und nachvollziehbar, dass wir da einen solchen Rückstand gegenüber anderen Ländern haben. Hätten wir den Organspendeausweis in der ePA und die Patientenverfügung dort drin, dann hätten wir das am Ort jederzeit verfügbar. Patienten können, so wird das in vielen europäischen Ländern gemacht, selbst ihre Präferenzen wählen. Sie können es jederzeit einsehen. Sie können es ändern und vor allen Dingen ist es da, wenn es gebraucht wird. In Estland, vielleicht noch eine Ergänzung, ist sogar die Körperspende nach dem Tod und die Frage, ob man Bluttransfusionen akzeptiert oder nicht, Teil der ePA. Ein Klick für alle Bürgerinnen und Bürger. Ganz einfach transparent auswählbar.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde weiter den Verband der Universitätsklinika Deutschland fragen wollen. In der Pandemie gab es sehr umfangreiche Regelungen zur Abrechenbarkeit von telemedizinisch, also per Video oder Telefon erbrachten Leistungen. Inwieweit sehen Sie es für sachgerecht und notwendig an, dass sämtliche von Universitätsambulanzen erbrachte Leistungen auch telemedizinisch entsprechend abgerechnet werden können?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Bussmann, bitte.

Jens Bussmann (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Jens Bussmann, VUD. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Die Vorteile einer telemedizinischen Versorgung, insbesondere von Videosprechstunden, haben ja vor mir schon Herr Knieps und auch Herr Hager sehr zutreffend beschrieben und gerade in Hochschulambulanzen mit ihrem besonderen Auftrag und auch der besonderen Expertise, die dort vorgehalten werden, halten wir es für sehr

wichtig, dass wir auch dort regelhaft die Videosprechstunde beispielsweise etablieren können. Warum? Weil wir dort viele Patientinnen und Patienten haben, die weite Wege auf sich nehmen, die große Lasten haben aufgrund ihrer Erkrankung, um dort auch in die Ambulanzen zu kommen. Insofern wäre es ein großer Vorteil, beispielsweise für Eltern, die permanent mit ihren Kindern in diese Hochschulambulanzen müssten. Immobile Patienten würden davon profitieren oder auch sonstige chronisch Erkrankte. Daher, glauben wir, sollte man die Videosprechstunden im § 120 Absatz 2 SGB V entsprechend etablieren, was auch dazu führt, dass wir beispielsweise, und das ist ja Auftrag auch der Hochschulambulanzen, auch den medizinischen Nachwuchs an diese Technologie heranführen können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Danke schön, Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde weiter den Verein der Medizinrechtsanwälte fragen wollen. Ist es aus Ihrer Sicht notwendig, gesetzlich zu regeln, dass Leistungserbringer auch Daten aus der ePA mit in ihre Behandlungsentscheidung einbeziehen müssen? Oder ist das einfach so nebenher, Nice-to-have sozusagen, was es so gibt, oder ist das Gegenstand der Unterlagen, die zu berücksichtigen sind? Spielt das eine Rolle?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Heynemann, biteschön.

Jörg Heynemann (Medizinrechtsanwälte e. V.): Herr Heynemann, Medizinrechtsanwälte e.V. Ich halte es für sehr wichtig, dass Ärzte jetzt Daten aus der ePA mit einbeziehen. Das bezieht sich zum Beispiel auf bildgebende Verfahren, auf Laborergebnisse. Die Medikamente haben wir schon angesprochen. Es werden Doppeluntersuchungen vermieden. Es werden dadurch beispielsweise Laborergebnisse mit vorherigen Laborergebnissen verglichen und so weiter. Es ist völlig klar, dass das bei Notfallindikationen nicht möglich ist. Da kann man jetzt nicht groß noch in die ePA schauen, was ist da schon gemacht worden, sondern da muss man handeln. Aber grundsätzlich sollte das mit einbezogen



werden. Grundsätzlich sollte das aus meiner Sicht auch gesetzlich so geregelt werden, dass diese Daten mit einzubeziehen sind. Wir haben auch oft damit zu tun, wenn wir verschiedene Behandlungsunterlagen von Patienten anfordern, dass dort auch Angaben der Patienten hinsichtlich der Behandlungsunterlagen und der Patienten hin selbst bestimmte Angaben gar nicht stimmen, dass die Anamnese falsch ist, nicht weil der Arzt was falsch macht, sondern weil der Patient falsche Angaben macht. Wenn diese Daten an anderer Stelle objektiviert wurden, man sieht, es stimmt nicht, was der Patient gesagt hat, er hat eine ganz andere Erkrankung, dann kann man das natürlich auch mit einbeziehen. Ich denke mal, es ist sehr wichtig, dass das mit einbezogen wird. Dankeschön.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Dahmen, Sie haben noch Zeit.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne eine Frage an die KBV stellen wollen. Zurzeit ist es so, dass Beratungsärzte auf der Notfallnummer 116117 nur Videoleistungen nach EBM abrechnen können. Würden Sie es für adäquat und notwendig erachten, dass auch die telefonische Beratung äquivalent zur Videoberatung abgerechnet werden könnte?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Steiner, das geht an Sie. Bitteschön.

Dr. Sibylle Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR (KBV)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Sibylle Steiner für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage, Herr Dahmen. Ja, wir machen die Erfahrung, dass im akuten Versorgungsfall die Patienten oft eben auch zum Telefon greifen und die Videotechnik dann nicht unmittelbar zur Hand ist. Insofern würden wir uns dafür eine gleichwertige Vergütung entsprechend auch der telefonischen Konsultation im ärztlichen Bereitschaftsdienst einsetzen. Es gibt auch Beispiele wie zum Beispiel in der KV Nordrhein, die im Rahmen der hohen Infektwelle bei den Kindern im vergangenen Winter ja auch die Notdienstpraxen entlastet hat durch ein Videoangebot. Aber auch da ist die EBM-

Finanzierung nicht kostendeckend, weil die Vorhaltekosten eben nicht mitfinanziert sind. Insofern sprechen wir uns für eine gleichwertige Vergütung der telefonischen Konsultation auch aus im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Steiner. Die letzten 15 Sekunden lassen wir so. Es sind oben auf der Tribüne gerade Filmaufnahmen gemacht worden. Das ist ausdrücklich untersagt. Wo ist denn der Mensch jetzt hin, der das getan hat? Okay, da muss da jetzt mal jemand hinterher und ihn mitteilen, dass er das löschen muss. Herr Hobrecht, Sie machen das mal gerade. Gut, also ich weise nochmal darauf hin, dass keinerlei, weder Film- noch Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen. Das wird aufgezeichnet, ist später in der Mediathek des Deutschen Bundestages verfügbar und das ist dann das Bildmaterial, was auch verwendet werden kann. ,
Damit geht das Fragerecht jetzt an die FDP und der Kollege Funke-Kaiser hat erneut das Wort. Es sind noch vier Minuten übrig. Bitteschön.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Anspruch der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen auf Vergütung entfällt, wenn der Versicherte innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach erstmaliger Nutzung der Leistung erklärt, dass er diese Leistung nicht dauerhaft nutzen will. Meine Frage bzw. meine Bitte an Frau Wendling vom bvitg: Bitte beurteilen Sie die Folgen für die Versorgung, wenn diese Regelung eingeführt wird und bitte beurteilen Sie das auch im Hinblick auf die negativen Folgen für Hersteller, welche im DIGA-Bereich meist junge Unternehmen ohne ausreichende Eigenkapitaldeckung sind. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Wendling, alles klar, jetzt haben wir Sie. Bitteschön.

Melanie Wendling (Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)): Vielen Dank für die Fragen. Kein Interessenskonflikt. Das ist ein sehr schwieriger Paragraph. Zum einen möchte ich sagen, digitale Gesundheitsanwendungen durchlaufen, wie auch Arzneimittel, aufwendige Zulassungsverfahren. Das heißt, wir reden hier nicht von Spielen, die man einfach



zurückgeben kann. Ich höre die ganze Zeit noch Geräusche, aber ich rede einfach mal weiter. Ein solches Rückgaberecht würde aus Sicht der Unternehmen die Verlagerung des Risikos der Therapie-Adhärenz auf die Hersteller verlagern und gerade bei DIGAs muss man sagen, ist die Wirkung erst mal mittel- und langfristig angelegt und nicht kurzfristig. Also so ein 14-tägiges Rückgaberecht wäre nicht sachgerecht und außerdem würde man damit ja auch den Medizinern ein bisschen in den Rücken fallen, wie wir finden, weil die sich Gedanken gemacht haben, solche digitalen Gesundheitsanwendungen zu verschreiben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Funkel-Kaiser, bitte.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Vielen Dank. Ebenfalls sieht der Gesetzentwurf auch anwendungsbegleitende Erfolgsmessungen für DIGAs vor. Meine Fragen richten sich an den Frau Geier vom SVDGV und an Frau Pfeiffer vom GKV-Spitzenverband. Welche Herausforderungen kommen auf die Hersteller im Rahmen der Durchführung einer Erfolgsmessung zu? Das wohl eher Richtung SVGDV. Können Sie eine Aussage darüber treffen, inwieweit eine Erfolgsmessung schon durch die Hersteller im Sinne einer internen Evaluation erfolgt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Ich rufe jetzt Frau Geier auf, bitte. Sie haben das Wort. Da müssen wir schauen, ob Frau Dr. Pfeiffer noch drankommen kann. Bitte, Frau Geier.

Dr. Anne Sophie Geier (Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)): Frau Geier vom Spitzenverband digitale Gesundheitsversorgung. Keine Interessenkonflikte. Viele Hersteller sind offen gegenüber Value Based Healthcare-Ansätzen. Aus unserer Sicht ist die Regelung im Gesetz allerdings vollkommen unausgereift. Es fehlt die notwendige wissenschaftliche Grundlage. Kriterien wie Nutzungshäufigkeit oder auch Patientenzufriedenheit hängen eben nicht mit medizinischer Wirksamkeit zusammen und stehen nicht für den Erfolg einer Anwendung. Die Regelungen verursachen einen extrem hohen Aufwand, sowohl bei Herstellern, Erhebung und Auswertung der Daten, aber auch bei den Patienten. Die werden gezwungen,

Fragebögen auszufüllen und unnötige Parameter zu tracken und auf Seiten des BfArM und der Kassen entsteht erheblicher Mehraufwand. Deswegen haben wir uns auch gemeinsam dagegen ausgesprochen. Zu Ihrer zweiten Frage: Eine Erfolgsmessung findet derzeit nicht statt. Die Datennutzungszwecke für DIGA sind streng reguliert und eine Erfassung von Daten erfolgt nur im Rahmen von klinischen Studien.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt kann ich doch noch Frau Dr. Pfeiffer drannehmen, denn es war eine Minute zu wenig eingestellt. Sie haben das Wort.

Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. An der Stelle kann ich sagen: Wir sehen das ganz genauso. Wir sehen diese Problematik der Messung der Parameter genauso und haben deswegen auch gemeinsam hier entsprechend die Politik angeschrieben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt haben Sie sogar noch eine Minute. Was machen Sie damit?

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): So schnell kommt man zu einer Minute. Dann komme ich noch zu einem anderen Teilbereich von DIGAs, nämlich im Kontext der Heilmittel. Der Gesetzentwurf sieht nämlich auch Ausnahmetatbestände für diesen Anspruch für DIGAs vor, die zur Verwendung von bestimmten Heilmitteln oder Arzneimitteln bestimmt sind. Da meine Frage an Herrn Prietzel vom vfa. Wie beurteilen Sie diese Einschränkung der Möglichkeit in der tatsächlichen Ausgestaltung von digitalen Gesundheitsanwendungen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prietzel, bitte. Sie haben das Wort.

Dr. Sven Prietzel (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Sven Prietzel, vfa. Vielen Dank für die Frage. Ich fasse mich sehr kurz. Wir sehen das sehr kritisch. Tatsächlich wird das Potenzial von DIGAs nicht vollständig ausgeschöpft, wenn man die Verknüpfung mit einem Hilfsmittel derart erschwert. Entscheidend ist der positive



Versorgungseffekt. Darüber definiert sich, ob eine DIGA gelistet wird und erstattungsfähig ist. Wir sind sehr dafür, dass auch weiterhin dieser positive Versorgungseffekt den Ausschlag geben sollte zur Erstattungsfähigkeit. Wir sehen dadurch eine sehr starke Einschränkung und kritisieren das.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich rufe jetzt an die AfD. Herr Ziegler, wir stellen zwei Minuten ein. Ich lasse 20 Sekunden länger laufen, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie beurteilen Sie die AfD-Forderung im Zuge der Digitalisierung jede neue Anwendung wie zum Beispiel das elektronische Rezept, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und die elektronische Patientenakte zunächst dahingehend zu testen, ob sie den Verwaltungsaufwand reduziert und nur dann einzuführen, wenn dies sichergestellt ist? Sollte man das in den Gesetzentwurf der Bundesregierung aufnehmen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Dr. Steiner, bitteschön.

Dr. Sibylle Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)): Sibylle Steiner für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ja, wir haben natürlich, denke ich, alle die Erfahrung mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und auch mit dem E-Rezept gemacht, dass die Technik nicht in der Form funktioniert, wie man sich das vorstellt. Dass man für eine elektronische Signatur länger braucht als für eine händische Signatur. Das ist ein Punkt, der natürlich in den Praxen den Mehrwert der digitalen Anwendungen vermissen lässt. Insofern sollten wir jetzt eben bei der elektronischen Patientenakte nicht diesen Fehler nochmal machen, sondern deshalb setzen wir uns ... Die elektronische Patientenakte ist so gut wie das PVS, das Praxisverwaltungssystem, das die Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einsetzen. Insofern muss es da klare Qualitätsstandards geben. Die müssen auch überprüft werden, was zum Beispiel Reaktionszeiten des PVS angeht, was gewisse Standards für die Datenübertragung, fürs Hochladen in die

elektronische Patientenakte angeht. Deshalb setzen wir uns da auch für ausreichende Tests wie auch eine verpflichtende Zertifizierung der Systeme ein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die 20 Sekunden geben wir der Allgemeinheit. Danke. Jetzt hat DIE LINKE. das Wort, Frau Vogler. Wir stellen eine Minute ein. Bitte.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Dr. Melcop. Die Bundesregierung will den Krankenkassen Zugriff auf Behandlungsdaten ermöglichen, um eine Beratung der Versicherten zu ermöglichen. Was bedeutet Beratung durch Krankenkassen nach Ihrer Erfahrung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Melcop, bitte. Sie haben das Wort.

Dr. Nikolaus Melcop (BPtK): Nikolaus Melcop, Bundespsychotherapeutenkammer. Keine Interessenkonflikte. Danke für diese Frage. Wir lehnen diesen Regelungsvorschlag strikt ab. Risiken zu beurteilen und zu entscheiden, welche Art der Behandlung erforderlich ist, ist eine Kernaufgabe von Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen. Die vorgesehenen automatisierten Auswertungen können Patient:innen erheblich verunsichern und zu vorschnellen Behandlungsänderungen drängen. Aus den jährlichen Berichten der Unabhängigen Patientenberatung geht hervor, dass die Krankenkassen in der Vergangenheit ihre Möglichkeit zur Beratung nicht im Sinne der Patient:innen genutzt haben, sondern diese vielfach unter Druck gesetzt haben, beispielsweise beim Krankengeldmanagement. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: So weit? 30 Sekunden hätten Sie noch.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Dann geht die gleiche Frage nochmal an Herrn Moormann.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Moormann, bitte.



Thomas Moormann (vzbv): Vielen Dank. Thomas Moormann, vzbv. Wir raten auch davon ab, von dieser Möglichkeit. Denn es ist schwierig zu kalkulieren auf Basis der Abrechnungsdaten, wie groß wirklich ein Risiko ist. Es wird auf Basis von aggregierten Daten ein Rückschluss gezogen auf ein individuelles Krankheitsrisiko. Das ist nach unserem Befinden auch nicht möglich, schwer jedenfalls und das Potenzial, da einen großen Schaden auszulösen, ist schon sehr groß. Diese Erkenntnisse aus der UPD-Beratung teilen wir. Wir haben auch in der Verbraucherberatung die Rückmeldung, dass Einfluss genommen wird, immer wieder, auf Versorgungsentscheidungen und auch Risikoselektion durchaus stattfindet von den Krankenkassen. Also gerade beim Krankengeldbezug, dass Druck gemacht wird, auch den Arbeitsvertrag zu kündigen. Das sind zwar nur Ausnahmefälle, aber das kommt vor. Das ist ein starker Hinweis darauf, dass das hochproblematisch ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Moormann. Jetzt geht das Fragerecht erneut an die Unionsfraktion. Wir stellen zwei Minuten ein und lassen 30 Sekunden laufen. Wer fragt? Herr Monstadt, bitte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, herzlichen Dank. Meine Frage geht an den BKK-Dachverband. Herr Knieps, bitte erläutern Sie, warum Sie es nicht nur für überflüssig, sondern in Einzelfällen für gefährlich halten, Notfalldaten zusätzlich zur ePA auch weiterhin auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Herr Knieps, bitte.

Franz Knieps (BKK-Dachverband e. V.): Vielen Dank für die Frage, Herr Monstadt. Franz Knieps, BKK-Dachverband. Wir sehen die Gefahr, dass hier auf zwei unterschiedlichen Trägern unterschiedliche Daten gespeichert werden und dass das zu Widersprüchen, zu Unvollständigkeiten etc. führen kann. Wir sind sehr optimistisch, dass mit der ePA von überall her ein zentraler Zugriff auf die Notfalldaten möglich ist und dass deshalb eine weitere Speicherung auf der EG-Card überflüssig ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Knieps. Herr Dr. Kippels.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Ich würde eine Frage noch gerne an den Bundesverband der Arzneimittelhersteller richten. Wie bewerten Sie den vorgelegten Änderungsantrag zur Befreiung vom Preismoratorium? Ist dieser ausreichend?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Sydow, bitte.

Karl Sydow (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Karl Sydow vom Bundesverband der Arzneimittelhersteller. Ich habe keine Interessenkonflikte. Grundsätzlich begrüßen wir den Änderungsantrag zur Ausnahme der Befreiung vom Preismoratorium. Der vorliegende Antrag zeigt, wie komplex das Preismoratorium und die darum umgebenden Regularien eigentlich sind. Die Abschlagsregelungen sind so komplex geworden, dass man sich zunächst iterativ nähern muss. Das tut der Antrag. Der Antrag bezieht sich aber noch nicht auf versorgungskritische Arzneimittel zur Behandlung der Kindererkrankungen. Deshalb befürworten wir, dass dieser Antrag entsprechend erweitert wird und auch diese Arzneimittel mit einbezieht. Das sind die nach § 35 Absatz 5a SGB V.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die letzten 30 Sekunden.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Eine Frage an den BPA. Sind die Pflegeeinrichtungen im Digitalisierungsprozess ausreichend berücksichtigt und sind sie ausreichend in die gematik eingebunden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Wolfram, zehn Sekunden. Bitte. Sie sind online dabei, soweit wir wissen? ...*keine Reaktion*... Okay. Das ist dann jetzt nicht mehr möglich. Das tut mir leid.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Dann könnte die Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege...



Die **amtierende Vorsitzende**: Das geht jetzt nicht mehr. Das wären eh nur noch ganz wenige Sekunden gewesen. Das hat dann nicht mehr hingehauen.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ein Nein hätte mir auch gereicht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Okay. Frau Dr. Fix sagt einmal das.

Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Elisabeth Fix für die BAGFW. Nein, nicht ausreichend.

Die **amtierende Vorsitzende**: Gut. Dann haben wir auch das geklärt. Sie haben Ihre Informationen entsprechend auch bekommen. Jetzt geht abschließend das Fragerecht nochmal an die SPD. Es beginnt Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Dr. Beier vom Deutschen Hausärzterverband. Der Gesundheitsminister hat in einem Interview angekündigt, noch in dieser Erkältungssaison die Attestpflicht für das Kinderkrankengeld für die ersten drei Erkrankungsstage zu streichen, damit Eltern mit ihren kranken Kindern nicht in die Kinderarztpraxen müssen, nur um ein Attest zu beschaffen. Damit sollen die Eltern und die Kinderärztinnen und -ärzte entlastet werden. Was halten Sie von diesem Vorschlag?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Beier, bitte.

Dr. Markus Beier (HÄV): Markus Beier, Hausärztinnen- und Hausärzterverband. Ich kann da guten Gewissens antworten, weil je nach Region und Alter bis zu 40 Prozent der kinder- und jugendärztlichen Versorgung auch in hausärztlicher Hand sind. Eines der grundlegenden Probleme unseres Gesundheitssystems derzeit und der Weiterentwicklung ist, dass wir oft nicht am Bedarf, sondern an Bedürfnissen uns orientieren. Hier ist es zum Glück umgekehrt. Die Behandlung von „Attestitis“ ist kein Behandlungsbedarf und deshalb sind wir froh, wenn solche bürokratischen Regeln zugunsten von

Behandlungen zurückgetreten werden. Allerdings gilt meine Aussage von vorhin: Wir müssen die Vergütungsregeln auch so machen, dass hier unser Dasein grundsätzlich honoriert wird und nicht nur immer der persönliche Kontakt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Baehrens fragt noch. Nein, Frau Stamm-Fibich.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Gerlach. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht eine Ausweitung des Versorgungsangebots hinsichtlich sogenannter assistierter Telemedizin in Apotheken vor. Welche Bedeutung kommt einem solchen Versorgungsangebot mit Blick auf Angebotskapazitäten und Entlastung im System wohl zukünftig zu?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Herr Gerlach, Einzelsachverständiger. Wenn wir eine neue Leistung einführen, dann müssen wir, wenn wir es flächendeckend tun, uns vorher fragen, welche Effekte damit verbunden sind. Im internationalen Vergleich, wenn man auf unser Gesundheitssystem schaut, dann sieht man, die Zugänglichkeit ist eigentlich gut. Wir haben relativ wenige Wartezeiten. Was besonders schlecht ist, ist die Koordination gerade bei chronisch Kranken und Multimorbiden. Wenn wir jetzt neue Angebote schaffen an neuen Orten, Gesundheitskioske, assistierte Telemedizin in Apotheken, Community Health Nurses, Wundmanager, Case Manager aller Art, jedes für sich durchaus diskutabel, dann darf es nicht dazu kommen, dass neue Schnittstellen entstehen, die diese Situation noch weiter verschlechtern. Wir sollten vor allem vorhandene Strukturen wie die hausärztliche Versorgung stärken. Wir müssen darauf drängen, dass diese Angebote, die durchaus sinnvoll sein können, unter einem Dach in einer Hand stattfinden, aus einem Guss. Wenn Telemedizin, dann aufeinander abgestimmt, in Teams zusammengeführt. Hausarztzentrierte Primärversorgungszentren müssen wir stärken, da sind wir schwach im internationalen Vergleich, multiprofessionelle interdisziplinäre Teams, Bündelung medizinischer und sozialer Angebote unter einem Dach, das muss die



Zielrichtung sein. Wenn wir das aus einer Hand machen, dann werden auch die Patienten besser versorgt, wir haben weniger Effizienzverluste und mehr gesundheitlichen Gewinn.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Gerlach. Herr Mieves noch?

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Wir würden noch eine kurze Frage machen, und zwar an Herrn Baas von der TK. Herr Baas, es gibt Stimmen, die einen Übergang zu einem ausdrücklich kassenneutralen Frontend beziehungsweise einer uniformen Web-Version der ePA fordern. Was entgegen Sie dieser Forderung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Baas, 30 Sekunden.

Dr. Jens Baas (TK): Baas, Techniker Krankenkasse. Von dieser Forderung halten erwartungsgemäß gar nichts. Ich glaube, dass wir hier ein Thema des Wettbewerbs haben, wo es darum geht, die dahinterliegende Technologie für alle einheitlich zu haben. Ich glaube, das muss so sein, aber davor Wettbewerb zu setzen und dort auch mit konkurrierenden Angeboten sich voneinander abheben zu können. Ich glaube, davon profitieren die Versicherten. Und zu glauben, dass eine Einheitlichkeit zu besseren Ergebnissen führt, hat sich eigentlich nirgends in der Welt jemals bewährt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Baas. Damit sind wir am Ende dieser Anhörung angekommen. Ich darf allen herzlich danken für Ihre kenntnisreichen Ausführungen. Das wird jetzt in die parlamentarischen Beratungen Einzug nehmen. Das ist für uns sehr wichtig gewesen. Ich darf nochmal herzlich danken für Ihre Flexibilität. Wir machen jetzt schnellste Umbauten, weil wir in zwei Minuten die nächste Anhörung beginnen wollen. Einige von Ihnen werden ja bleiben. Den anderen wünsche ich einen guten Nachhauseweg. Vielen Dank und Tschüss.

Schluss der Sitzung: 17:44 Uhr

Gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Amtierende Vorsitzende