

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Barbara Lenk, Eugen Schmidt, Edgar Naujok, Beatrix von Storch und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/5977 –**

### **Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Karl Lauterbach, kündigte im April 2022 eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege an ([www.aerzteblatt.de/nachrichten/133662/Lauterbach-kuendigt-neue-Digitalisierungsstrategie-an](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133662/Lauterbach-kuendigt-neue-Digitalisierungsstrategie-an)). Die Veröffentlichung der Digitalisierungsstrategie ist für das erste Quartal 2023 geplant ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet.html)). Die Entwicklung der Strategie erfolgte im Rahmen eines sechsstufigen Partizipationsprozesses und in acht thematischen Fachforen (ebd.). Ziel ist es, „insbesondere Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen und deren An- bzw. Zugehörige frühzeitig und intensiv einzubinden“, wie es auch bereits im Koalitionsvertrag angekündigt wird ([www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1](http://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1); S. 83).

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) hat jedoch bereits im Jahr 2015 den ersten Rahmen für den Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur (TI) und die Einführung medizinischer Anwendungen gesetzt. Seit dem Jahr 2015 wurde die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch verschiedene Gesetze bereits vorangetrieben, zum Beispiel mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV), dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), dem Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) sowie zuletzt mit dem sogenannten Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) von Juni 2021 ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html)).

Auch im Koalitionsvertrag des Jahres 2021 wurden bereits strategische Ziele der Digitalisierung in der Pflege (ebd., S. 83) wie die Entlastung bei der Dokumentation, die Förderung sozialer Teilhabe und der Einsatz für therapeutische Anwendungen sowie auch konkrete Umsetzungsmaßnahmen genannt wie telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen und die Beschleunigung der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), des E-Rezeptes und der Anbindung sämtlicher Akteure an die Telematikinfrastruktur (ebd.).

Zuletzt wurden in der Digitalstrategie der Bundesregierung im August 2022 strategische Ziele zum Thema „Gesundheit und Pflege“ benannt ([bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?__blob=publicationFile); S. 16) wie z. B. die Barrierefreiheit, die Finanzierung oder die Resilienz des Gesundheitssystems und diese sogar auch mit Maßnahmen und Zielerreichungskriterien für das Ende der Legislaturperiode hinterlegt.

Dennoch hat Deutschland nach wie vor großen Nachholbedarf in der Digitalisierung des Gesundheitswesens ([www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems/digital-health-index](https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems/digital-health-index)). Im internationalen Vergleich ist insbesondere der Digitalisierungsgrad deutscher Krankenhäuser rückständig ([www.digitalradar-krankenhaus.de/download/220914\\_Zwischenbericht\\_DigitalRadar\\_Krankenhaus.pdf](https://www.digitalradar-krankenhaus.de/download/220914_Zwischenbericht_DigitalRadar_Krankenhaus.pdf)).

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann Studien zufolge Einsparungen in Höhe von 42 Mrd. Euro ermöglichen ([www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2022/2022-05-24%2042-mrd-euro-chance/220524\\_mckinsey\\_die%2042-mrd-euro-chance.pdf](https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2022/2022-05-24%2042-mrd-euro-chance/220524_mckinsey_die%2042-mrd-euro-chance.pdf)) und hätte damit der Erhöhung der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Anfang des Jahres 2023 deutlich entgegenwirken können ([www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/kassenpatienten-aufgepasst-tk-aok-dak-welche-neuen-zusatzbeitraege-der-kranken-kassen-2023-auf-sie-zukommen\\_id\\_180456196.html](https://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/kassenpatienten-aufgepasst-tk-aok-dak-welche-neuen-zusatzbeitraege-der-kranken-kassen-2023-auf-sie-zukommen_id_180456196.html)).

Die aus Transparenzgründen auferlegte Pflicht der Krankenkassen zur Versendung eines gesonderten Informationsschreibens bei einer Beitragserhöhung bis zum 30. Juni 2023 wurde – nach Auffassung der Fragesteller ohne Regelung einer gleich wirksamen Alternative und damit dem ursprünglichen verbraucherfreundlichen Regelungszweck zuwiderlaufend – im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes von Oktober 2022 ausgesetzt ([www.swr.de/swr aktuell/rheinland-pfalz/kranken-kassen-zusatzbeitrag-erhoe-hung-rlp-was-tun-100.html](https://www.swr.de/swr aktuell/rheinland-pfalz/kranken-kassen-zusatzbeitrag-erhoe-hung-rlp-was-tun-100.html)). Sollten Krankenkassen ihrer Pflicht zur Information über eventuelle Beitragserhöhungen zumindest auf ihrer Homepage nicht hinreichend nachkommen, wäre das Sonderkündigungsrecht ihrer Mitglieder nach Auffassung der Fragesteller damit gefährdet.

Gesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach begründet die Beitragserhöhung mit einem „historischen Defizit“, das von dem ehemaligen Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) geerbt wurde ([www.merkur.de/leben/geld/kranken-kassen-beitrag-erhoe-hung-rekord-lauterbach-grund-spahn-reformen-kritik-zr-91862980.html](https://www.merkur.de/leben/geld/kranken-kassen-beitrag-erhoe-hung-rekord-lauterbach-grund-spahn-reformen-kritik-zr-91862980.html)), nicht jedoch mit mangelnder oder mangelhafter Digitalisierung des Gesundheitssystems.

Eine wesentliche Voraussetzung für das Ausschöpfen der Digitalisierungsdividende ist nach Auffassung der Fragesteller jedoch eine genügend große Anzahl an IT-Fachkräften im Gesundheitswesen. Dem öffentlichen Dienst werden bis zum Jahr 2030 jedoch rund 140 000 IT-Spezialisten fehlen ([www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2023-01-25%20it%20talent%20im%20public%20sector/action%20bitemckinsey.pdf](https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2023-01-25%20it%20talent%20im%20public%20sector/action%20bitemckinsey.pdf)).

Eine weitere Voraussetzung für das Ausschöpfen der Digitalisierungsdividende ist nach Auffassung der Fragesteller eine sichere, verlässliche und kosteneffiziente Telematikinfrastruktur (TI). Diese ist bereits seit Jahren bei der gematik GmbH in Entwicklung und macht derzeit allerdings erneut negative Schlagzeilen hinsichtlich des Austauschs der sogenannten Konnektoren ([www.focus.de/politik/konnektoren-austausch-notwendig-hack-des-chaos-computer-clubs-koennte-bund-300-millionen-euro-sparen\\_id\\_168372149.html](https://www.focus.de/politik/konnektoren-austausch-notwendig-hack-des-chaos-computer-clubs-koennte-bund-300-millionen-euro-sparen_id_168372149.html)).

Eine weitere Voraussetzung für das Ausschöpfen der Digitalisierungsdividende ist nach Auffassung der Fragesteller ein wirksames Datenmanagement. Dies betrifft nicht nur den Datenschutz und die Datensicherheit, sondern z. B. auch die Nutzung von Daten in der Gesundheitsforschung ([www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf)).

Auf operativer Ebene bedarf es nach Auffassung der Fragesteller einer raschen, vollständigen und flächendeckenden Umsetzung der bisherigen Digitalisierungsprojekte wie z. B. der elektronischen Patientenakte (ePA) oder des elektronischen Rezepts (eRezept) sowie der Schaffung von Vertrauen und Akzeptanz bei Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen für digitale Lösungen.

Zu diesem Zweck wurde bereits das Projekt „Zukunftsregion Digitale Gesundheit“ (ZDG) durchgeführt, das in der Testregion Berlin-Brandenburg von Anfang 2020 bis Ende 2022 digitale Lösungen in eine stärkere Praxisanwendung bringen und dabei insbesondere die Perspektive der Nutzer fokussieren sollte ([www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit/vorstellung-zdg.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit/vorstellung-zdg.html)). Dazu wurden sogenannte Modellvorhaben wie z. B. zum eRezept, zu Telemedizin oder zu Mobilfunkanwendungen gefördert ([www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit/modellvorhaben.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit/modellvorhaben.html)).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat auf Basis eines breit angelegten Partizipationsprozesses, in den über 500 Akteure aus dem Gesundheitswesen und der Pflege ihre Impulse und Ideen eingebracht haben, gemäß Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP eine Digitalisierungsstrategie erarbeitet. Diese wurde am 9. März 2023 auf der Internetseite des BMG veröffentlicht (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie.html>).

Die Strategie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der sich am Menschen orientiert. Das bedeutet konkret, dass mit ihr ein wichtiger Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen geleistet und dabei die Bedarfe der Versorgenden und der Patientinnen und Patienten konsequent in den Mittelpunkt gerückt werden (Nutzerperspektive).

Die Strategie formuliert konkrete Handlungsbedarfe insbesondere für folgende drei Handlungsfelder:

- Etablierung personenzentrierter und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse,
- Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung,
- nutzenorientierte Technologien und Anwendungen.

Für diese Handlungsfelder werden konkrete kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen skizziert. Wichtige Entwicklungen werden durch ein Digitalgesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz ohne signifikanten Zeitverzug angestoßen.

1. Wird die Strategie wie angekündigt noch im ersten Quartal 2023 veröffentlicht werden (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wenn nein, wann ist mit einer Veröffentlichung zu rechnen, und aus welchen Gründen kam es zu der Verzögerung?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Welche Erkenntnisse ergeben sich bislang aus dem fast einjährigen Strategieprozess seit April 2022 (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) für das Bundesministerium für Gesundheit, die nicht bereits aus dem seit 2015 laufenden Digitalisierungsprozess im Gesundheitswesen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) ohnehin bekannt waren?

Aus dem Strategieprozess konnte eine Vielzahl an Erkenntnissen abgeleitet werden, die für die weitere Gestaltung der digitalen Transformation im Gesundheits- und Pflegewesen genutzt werden können. Ein zentraler Mehrwert des Prozesses war die Beteiligung von Akteuren aus dem Gesundheits- und Pflegewesen. Seit der Auftaktveranstaltung am 7. September 2022 haben sich über 500 Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen beziehungsweise weiteren Kostenträgern, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft an der Erarbeitung beteiligt. Deren Perspektiven waren die Grundlage für ein mit konkreten Maßnahmen für die kommenden Jahre hinterlegtes Zielbild einer digital unterstützten Gesundheits- und Pflegeversorgung. Zu den wesentlichen Erkenntnissen, die sich aus dem Prozess ableiten lassen, gehören u. a. der Bedarf an einer flächendeckend genutzten elektronischen Patientenakte (ePA) sowie die Notwendigkeit einer stärkeren Nutzung von Gesundheitsdaten für Versorgung und Forschung.

3. Welche sind die angekündigten „drei Handlungsfelder“ der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet.html))?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

4. In welcher der sechs Prozessstationen, in denen durchweg die Rede von „Experten, Stakeholdern, Vertretern und Akteuren“ die Rede ist ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie/wie-wurden-die-inhalte-der-digitalisierungsstrategie-erarbeitet.html)), wurden „insbesondere Patienten sowie pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige frühzeitig und intensiv eingebunden“, um das vorrangige und selbstgesteckte Ziel des Partizipationsprozesses (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) umzusetzen?

Die Einbindung der genannten Akteursgruppen erfolgte in allen wesentlichen Prozessschritten.

- a) Wie erfolgte diese Einbindung, mit welchen Ergebnissen, und war sie repräsentativ?

Die Einbindung erfolgte je nach Beteiligungsformat entweder auf Einladung oder durch öffentliche Bekanntmachung der Beteiligungsmöglichkeit. Eine Vielzahl der im Rahmen des Partizipationsprozesses diskutierten Aspekte finden sich in der veröffentlichten Strategie wieder (vgl. Antwort zu Frage 2). Im Rahmen des breit angelegten Strategieprozesses wurde eine Vielzahl an Akteuren aus dem Gesundheits- und Pflegewesen involviert. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

- b) Erfolgte die Wahl des weiblichen, türkischen Vornamens „Elif“ für die Beschreibung eines Anwendungsfalles der elektronischen Patientenakte (ePA) ([bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?__blob=publicationFile), S. 17) als Ausdruck der selbstgesteckten fokussierten Patientenorientierung im Rahmen der Digitalisierung von Gesundheitswesen und Pflege, oder aus welchen Gründen wurde dieser Name gewählt?

Der Auswahl des Namens Elif für die fiktive Person in der Digitalstrategie der Bundesregierung liegen keine spezifischen Beweggründe zugrunde. Der Name für die fiktive Person hat im Übrigen keine Relevanz für die Beschreibung des Anwendungsfalles.

- c) Gibt es empirische Befunde darüber, wie viele türkischsprachige Bürger die Broschüren des Bundesministeriums für Gesundheit lesen?

Empirische Befunde über die Zahl der Leserinnen und Leser von Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gibt es generell nicht. Es können nur Angaben zur Zahl der herausgegebenen Publikationen gemacht werden. Im Jahr 2022 waren dies insgesamt 1 514 000 Printpublikationen. Dabei erfolgte die Abgabe an Einzelbestellerinnen und -besteller als auch an Institutionen. Daher ist davon auszugehen, dass die Zahl der Leserinnen und Leser höher als die Zahl der bestellten Publikationen ist. Angaben zu den von den Bestellerinnen und Bestellern gesprochenen Sprachen werden nicht erhoben.

- d) Bis wann soll das geschilderte Anwendungsbeispiel der elektronischen Patientenakte (ePA) Realität werden?

Eine Vielzahl der im geschilderten Anwendungsbeispiel dargestellten Mehrwerte der elektronischen Patientenakte gehört bereits zum aktuellen Funktionsumfang der elektronischen Patientenakte. Dazu gehören beispielsweise

- die Bereitstellung von Daten der Versicherten, die von unterschiedlichen Leistungserbringern im Rahmen ambulanter oder auch stationärer Behandlungen erhoben wurden,
- die Möglichkeit der gezielten Suche zu bestimmten, krankheitsbezogenen Informationen oder auch
- die Möglichkeit, für die Nutzung und Verwaltung der elektronischen Patientenakte technisch einen Vertreter, zum Beispiel einen Angehörigen, vorzusehen, der ebenfalls Zugriff auf die elektronische Patientenakte hat.

Weitere Funktionen sollen in den kommenden Jahren mit weiteren Ausbaustufen der elektronischen Patientenakte und des elektronischen Rezepts umgesetzt werden. Dies umfasst beispielsweise

- die Möglichkeit des Datenaustauschs für Versicherte mit behandelnden Leistungserbringern über Messengerdienste der Telematikinfrastruktur oder auch
- die Möglichkeit der Nutzung des elektronischen Rezepts für die Verordnung von Hilfsmitteln oder Verbandsmitteln nach § 31 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Um die beschriebenen Mehrwerte und auch darüber hinausgehende Potenziale der elektronischen Patientenakte zur digitalen Unterstützung von Versorgungsprozessen und der Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität besser nutzbar zu machen, soll die bisher einwilligungsbasierte elektronische Patientenakte in eine widerspruchsbasierte Anwendung transformiert und ab Herbst 2024 für alle gesetzlich Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist es, dass ab dem Jahr 2025 mindestens 80 Prozent der gesetzlich Versicherten über

eine elektronische Patientenakte verfügen und die elektronische Patientenakte sich als fester Bestandteil der Regelversorgung etabliert.

5. Wurden die bisherigen, teilweise bis in das Jahr 2015 zurückreichenden Digitalisierungsprojekte im Gesundheitswesen und in der Pflege (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) wie z. B. die Telematikinfrastruktur (TI), das Interoperabilitätsverzeichnis, die elektronische Gesundheitskarte (eGK), die elektronische Patientenakte (ePA), das elektronische Rezept (E-Rezept), die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) oder das Nationale Gesundheitsportal ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html)) bislang ohne strategische Ausrichtung entwickelt und umgesetzt, und wie begründet die Bundesregierung ihr Vorgehen?

Auch Digitalisierungsvorhaben im Gesundheits- und Pflegewesen der Vergangenheit wurden auf Basis strategischer Überlegungen konzipiert und umgesetzt. Die nun veröffentlichte Strategie formuliert jedoch erstmals transparent eine gemeinsame Vision und zeigt auf, was die Ziele der digitalen Transformation im Gesundheitswesen sind und wie diese erreicht werden sollen.

6. Wird die Strategie konkrete inhaltliche Ziele sowie jeweils den Zeitrahmen, Meilensteine, Umsetzungsverantwortliche und Finanzbudgets sowie ein begleitendes Monitoring- und nachgelagertes Evaluierungsverfahren auf Projektebene und eine wissenschaftliche Begleitforschung auf Strategieebene beinhalten, und wie begründet die Bundesregierung ihre Entscheidung?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

7. Haushaltsmittel in welcher Höhe werden der Entwicklung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen zugrunde gelegt, bzw. welches Finanzbudget werden die in der Digitalisierungsstrategie berücksichtigten Vorhaben in Summe aufweisen?

Für die Unterstützung durch die externen Dienstleister, die Planung und Durchführung der Auftaktveranstaltung und der verschiedenen Beteiligungsformate sowie die Erstellung und den Druck des finalen Strategiedokuments wurden in den Haushaltsjahren 2022 und 2023 insgesamt rund 750 500 Euro aufgewendet.

Eine belastbare Aussage zur Finanzwirksamkeit aller in der Strategie genannten Vorhaben ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Hintergrund ist die Tatsache, dass diese von der konkreten Ausgestaltung der strategisch relevanten Vorhaben abhängt, beispielsweise im Rahmen von Gesetzgebungsvorhaben. Diese Ausgestaltung bzw. damit einhergehende finanzielle Auswirkungen lassen sich insbesondere für die mittel- und langfristigen Maßnahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht belastbar quantifizieren.

8. Hat das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) auch Pharmaunternehmen und Verbraucherverbände einbezogen, und wenn ja, welche (bitte auflisten)?

Im Rahmen der Strategieerarbeitung haben sich die folgenden Akteure aus den erfragten Bereichen eingebracht:

- „Pharmaunternehmen“: Bayer Vital GmbH, EVOCAL Health GmbH, Johnson & Johnson Deutschland, Pfizer Pharma GmbH sowie Verbände aus dem Bereich der Pharmazeutischen Industrie,
  - „Verbraucherverbände“: Verbraucherzentrale Bundesverband sowie weitere Organisationen aus dem Bereich der Patientenvertretung.
9. Wurden im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) auch externe Beratungsleistungen in Anspruch genommen, und wenn ja, von welchen Firmen (bitte auflisten), und zu jeweils welchen Themen?

Im Strategieprozess wurde das BMG im Rahmen des durch das Bundesverwaltungsamt administrierten Drei-Partner-Modells (Rahmenvertrag) durch die Roland Berger GmbH konzeptionell-operativ unterstützt. Darüber hinaus erfolgt eine Unterstützung durch die ifok GmbH und die Bonifatius GmbH.

10. War im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) auch das Hasso-Plattner-Institut in Potsdam involviert, dessen neues Digital Health Cluster ab April 2023 von dem früheren Präsidenten des Robert-Koch-Instituts geleitet werden soll ([hpi.de/pressemitteilungen/2023/prof-lothar-h-wieler-wird-sprecher-des-neuen-digital-health-clusters-am-hpi.html](https://hpi.de/pressemitteilungen/2023/prof-lothar-h-wieler-wird-sprecher-des-neuen-digital-health-clusters-am-hpi.html)), und wenn ja, seit wann, zu welchen Themen, in welcher Form, und mit welchem Ergebnis?

Das Hasso-Plattner-Institut (HPI) war im Rahmen der Auftaktveranstaltung des Strategieprozesses am 7. September 2022, des Fachforums „Regulatorische Rahmenbedingungen“, der öffentlichen Online-Befragung sowie der Online-Kommentierung der Eckpunkte zur weiteren Ausarbeitung der Strategie involviert. Ein konkretes Ergebnis der HPI-Beteiligung lässt sich nicht ableiten.

11. Wurde im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) auch ein Austausch mit allen Ressorts durchgeführt, wie er von der Bundesregierung in der zusammenfassenden Antwort zu den Fragen 2, 8 bis 24, 28, 32, 35 und 36 auf Bundestagsdrucksache 20/2307 in Bezug auf die Digitalstrategie der Bundesregierung geschildert wird?

Die Digitalstrategie der Bundesregierung und die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege sind in prozessualer Hinsicht zwei voneinander unabhängige Vorhaben. Bei der Erarbeitung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege fand ein Austausch mit den betroffenen Ressorts statt.

12. Wurden im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie auch Vertreter der Fellowship-Programme „Work4Germany“ und „Tech4Germany“ oder der DigitalService4Germany GmbH einbezogen, die externe Experten und Bundesministerien im Bereich der Digitalisierung zusammenbringen sollen ([digitalservice.bund.de/fellowships/tech4germany/](https://digitalservice.bund.de/fellowships/tech4germany/)), und wie begründet die Bundesregierung ihre Entscheidung?

Auf eine Einbeziehung der genannten Institutionen bzw. Programme wurde verzichtet, da die umfassende Beteiligung von Expertinnen und Experten aus der Gesundheits- und Pflegeversorgung im Vordergrund stand.

13. Wurden im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationssicherheit (BfDI) und oder andere Datenschutzexperten einbezogen, z. B. im Fachforum „Daten, Datenmodelle, Interoperabilität und Architektur“ ([www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/2\\_Bilder/2\\_Grafiken/Infografiken/Digitalisierung/8\\_Fachforen.PNG](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/2_Bilder/2_Grafiken/Infografiken/Digitalisierung/8_Fachforen.PNG)), und wie begründet die Bundesregierung ihre Entscheidung?

Wurden Datenschutzexperten auch in weiteren Fachforen einbezogen, und wenn ja, in welchen Foren, und welche Datenschutzthemen wurden dort mit jeweils welchem Ergebnis behandelt?

Im Rahmen der Erarbeitung der Digitalisierungsstrategie wurden selbstverständlich sowohl der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationssicherheit (BfDI) als auch weitere Datenschutzexpertinnen und -experten einbezogen, darunter auch im in der Frage genannten Fachforum. Eine Einbindung erfolgte in unterschiedlicher Zusammensetzung in den verschiedenen Kategorien der durchgeführten Beteiligungsformate. Der Austausch bezog sich je nach Beteiligungsformat auf jeweils unterschiedliche Schwerpunktthemen mit jeweils verschiedenen Bezügen zu datenschutzbezogenen Fragestellungen. Eine nach Beteiligungsformaten gegliederte Dokumentation dieser Aspekte erfolgte nicht. Ein zentrales Ergebnis des Dialogs ist das in der Digitalisierungsstrategie formulierte Anliegen, „die mehrwertstiftende Nutzung von Gesundheits- und Pflegedaten sowie Anforderungen an Datenschutz bzw. -sicherheit in eine angemessene Balance zu bringen.“ (vgl. Strategiedokument, S. 6).

14. Wurden im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie Erfahrungen aus führenden Ländern im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens, wie z. B. Estland, Kanada oder Dänemark ([www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_SG\\_SHS\\_dt.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_SHS_dt.pdf), S. 3) berücksichtigt, und wenn ja, welche Erfahrungen waren dies, und wenn nein, warum nicht?

In Vorbereitung der Strategieerarbeitung wurde eine vergleichende Analyse von Digitalisierungsstrategien im Gesundheitswesen aus anderen Ländern durchgeführt. Darunter waren auch die genannten Staaten. Der Fokus lag hierbei auf prozessualen Aspekten der jeweiligen Erarbeitungsprozesse sowie wesentlichen Inhalten der untersuchten Strategien.

15. Wurden im Rahmen der Erarbeitungsprozesse der Digitalisierungsstrategie Gründe dafür gefunden, warum Deutschland im internationalen eHealth-Vergleich abgeschlagen auf Rang 16 liegt ([www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems)), und wenn ja, welche waren dies, und werden diese auch in der Strategie adressiert?

Eine Analyse der zitierten Bertelsmann-Studie mit einem Fokus auf die in Frage 15 genannten Aspekte wurde im Rahmen des Erarbeitungsprozesses nicht vorgenommen.

16. In welchen der acht Fachforen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) wurden die Themen Telematikinfrastruktur und Konnektoren behandelt?

Vertreter welcher Akteursgruppen haben an diesen Foren teilgenommen (bitte auflisten), und mit welchem Ergebnis wurden diese beiden Themen behandelt?

Die genannten Themen Telematikinfrastruktur und Konnektoren fanden im Rahmen aller acht Fachforen Berücksichtigung. Relevante Ergebnisse finden sich in der Digitalisierungsstrategie wieder. In den Fachforen waren Vertreterinnen und Vertretern aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen bzw. weiteren Kostenträgern, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft in unterschiedlicher Besetzung vertreten.

17. In welchen der acht Fachforen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) wurden welche Themen der Digitalisierung der Pflege adressiert, mit jeweils welchen Akteuren und welchen Ergebnissen?

Die Digitalisierung in der Pflege fand im Rahmen aller acht Fachforen Berücksichtigung. Relevante Ergebnisse finden sich in der Digitalisierungsstrategie wieder. In den Fachforen waren Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen bzw. weiteren Kostenträgern, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft in unterschiedlicher Besetzung vertreten.

- a) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, welche Akzeptanz bei Pflegekräften und Pflegebedürftigen für digitale Lösungen existiert und welchen Nutzen sie daraus ziehen, und wenn ja, welche, und wurden diese Erkenntnisse im Rahmen der Fachforen diskutiert, und wenn ja, in welchen Foren, mit welchen Akteuren, und mit welchen Ergebnissen?

Umfragen unter Pflegekräften wie bspw. im Rahmen einer Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege (IEGUS, WifOR GmbH, contec & Ruhr-Universität Bochum, 2022) sowie der Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen durch die IGES Institut GmbH (2020) zeigen, dass die Akzeptanz für digitale Lösungen bei Pflegekräften hoch ist und sie überwiegend als Chance verstanden werden.

Pflegekräfte versprechen sich durch digitale Lösungen einen Wegfall von bürokratischen und repetitiven Aufgaben und damit eine Zeitersparnis. Gleichzeitig erhoffen sie sich von der Digitalisierung eine bessere Verfügbarkeit und Qualität von Informationen, die Erleichterung und Automatisierung der Datenerfassung und damit die Verbesserung der Pflegequalität. Entsprechende Anwendungen mit diesen Entlastungspotenzialen werden dabei stärker akzeptiert als beispielsweise Telecare und Robotik. Darüber hinaus verbinden Pflegekräfte mit der Digitalisierung die Erleichterung der interprofessionellen Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg.

Für pflegebedürftige Menschen werden digitale Technologien mit einer Verbesserung eines selbstbestimmten, selbstständigen, sicheren Lebens und mehr Teilhabemöglichkeiten verbunden. Der Report „Pflege und digitale Technik“ des Zentrums für Qualität in der Pflege (2019) beispielsweise weist darauf hin, dass innerhalb dieser Personengruppe sowohl die Nutzung als auch die Akzeptanz unterschiedlich stark ausgeprägt sind und vom Alter und soziodemografischen Merkmalen der pflegebedürftigen Personen abhängen. Während der Einsatz

von Gesundheits- und Pflege-Apps steigt, ist der Einsatz technischer Anwendungen in der Wohnumgebung weniger breit vertreten.

Die Akzeptanz- und Nutzenbetrachtung von digitalen Lösungen im Gesundheitswesen und in der Pflege fand im Rahmen aller acht Fachforen Berücksichtigung. In den Fachforen waren Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen bzw. weiteren Kostenträgern, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft in unterschiedlicher Besetzung vertreten. Eine gesonderte Ergebnisdokumentation zu den in der Frage genannten „Erkenntnissen“ erfolgte nicht.

- b) Wurde in den Fachforen auch der Einsatz von Pflegerobotern, wie z. B. der japanischen Robotik-Robbe „Paro“ für Demenzkranke ([www.wissenschaftsjahr.de/2013/die-themen/themen-dossiers/besser-leben-mit-technik/eine-therapie-robbe-fuer-demenzkranken-menschen.html](http://www.wissenschaftsjahr.de/2013/die-themen/themen-dossiers/besser-leben-mit-technik/eine-therapie-robbe-fuer-demenzkranken-menschen.html)) diskutiert, und wenn ja, in welchen Foren, mit welchen Akteuren, und mit welchen Ergebnissen?

Die Rolle der Robotik in der Pflege wurde insbesondere im Fachforum „Technologien & Anwendungen“ diskutiert. Dabei wurden mögliche Chancen, aber auch denkbare Risiken eines Einsatzes robotischer Systeme in diesem Bereich diskutiert. An dem genannten Fachforum haben Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft teilgenommen.

18. In welchen der acht Fachforen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) wurde die weitere Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) adressiert, mit jeweils welchen Akteuren, und welchen Ergebnissen?

Die weitere Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurde insbesondere im Fachforum „Technologien & Anwendungen“ diskutiert. Relevante Ergebnisse finden sich in der Digitalisierungsstrategie wieder. An dem genannten Fachforum haben Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft teilgenommen.

- a) Wurde dabei auch auf Möglichkeiten eingegangen, Umsetzungsrisiken der eGK zu minimieren, die aus dem aktuellen Chipmangel resultieren ([www.aerzteblatt.de/archiv/226381/Chipmangel-bei-elektronischen-Gesundheitskarten-Hunderttausende-Karten-fehlen#:~:text=Der%20globale%20Chipmangel%20betrifft%20auch,immer%20wieder%20zu%20Engp%C3%A4ssen%20kommen](http://www.aerzteblatt.de/archiv/226381/Chipmangel-bei-elektronischen-Gesundheitskarten-Hunderttausende-Karten-fehlen#:~:text=Der%20globale%20Chipmangel%20betrifft%20auch,immer%20wieder%20zu%20Engp%C3%A4ssen%20kommen),)), z. B. durch eine Verlängerung von Zertifikaten im Rahmen eines Updateprozesses?

Es wird auf die Antwort zu Frage 18 verwiesen.

- b) Sieht die Bundesregierung ferner das Risiko, dass eine verzögerte Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten aufgrund Chip-Mangels zu einer weiteren Verspätung der Einführung des E-Rezepts führen könnte?

Das E-Rezept kann als Ausdruck oder unter Nutzung der E-Rezept-App sowie ab Sommer 2023 mit den bereits ausgegebenen elektronischen Gesundheitskar-

ten (eGK) eingelöst werden. Nur für die Anmeldung in der E-Rezept-App der gematik GmbH ist eine NFC-fähige eGK notwendig.

- c) Mit welchen Maßnahmen soll die Bereitstellung und Nutzung der ePA erleichtert werden, wie bereits in der Digitalstrategie der Bundesregierung angekündigt ([bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?__blob=publicationFile); S. 17), und sind diese Maßnahmen angelaufen, und wenn nein, warum nicht, und wann soll dies erfolgen?

Das BMG plant die konsequente Umsetzung des Auftrags aus dem Koalitionsvertrag, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für ein Opt-Out zu schaffen, um die Einführung der ePA weiter zu beschleunigen. Die ePA wird demnach zu einer widerspruchsbasierten Anwendung weiterentwickelt, um den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten im Gesundheitswesen voranzubringen und gezielt die Versorgung zu unterstützen. Nach aktueller Planung wird ab Herbst 2024 allen gesetzlich Versicherten eine so gestaltete ePA bereitgestellt. Wer das nicht möchte, kann widersprechen. Mit der Umwandlung in eine widerspruchsbasierte ePA erfolgt eine Fokussierung auf besonders nutzenbringende Anwendungsfälle, die zugleich technisch und prozedural gut umsetzbar sind. Auf diese Weise soll eine schnellere Umsetzung in den Primärsystemen erreicht und Leistungserbringer im Behandlungsprozess besser als bisher unterstützt und entlastet werden. Die ePA kann bereits heute beantragt und genutzt werden. Die Nutzung der ePA bleibt für die Versicherten freiwillig.

19. In welchen der acht Fachforen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) wurde die weitere Entwicklung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) adressiert, mit jeweils welchen Akteuren und welchen Ergebnissen?

Die weitere Entwicklung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wurde insbesondere im Fachforum „Technologien & Anwendungen“ diskutiert. Relevante Ergebnisse finden sich in der Digitalisierungsstrategie wieder. An dem genannten Fachforum haben Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärztesowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft teilgenommen.

- a) Welches sind nach Kenntnis der Bundesregierung die derzeit zehn meistverschriebenen DiGAs, und auf welche Indikationen beziehen sie sich?

Die maßgeblichen Verordnungszahlen zu DiGA sind dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht) gemäß § 33a Absatz 6 SGB V, Berichtszeitraum 1. September 2020 bis 30. September 2022, zu entnehmen. Der Bericht ist im Internet veröffentlicht ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/telematik/digitales/2022\\_DiGA\\_Bericht\\_BMG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2022_DiGA_Bericht_BMG.pdf)).

- b) Beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), sich künftig Zugriff auf Nutzungsdaten der DiGAs zu verschaffen, um deren Erfolg zu messen, und wenn ja, wie soll dies erfolgen, und wenn nein, warum nicht?

Das BMG wird nicht auf Nutzungsdaten von DiGA zugreifen. Soweit zukünftig Konzepte für eine anwendungsbegleitende Erfolgsmessung entwickelt wer-

den, sollten diese auf der Verwendung von Daten in anonymisierter und aggregierter Form beruhen.

- c) Handelt es sich nach Auffassung der Bundesregierung bei einem Anteil an Folgeverordnungen von 12,6 Prozent im Jahr 2021 (laut Anfrage bei einer Krankenkasse, siehe [background.tagesspiegel.de/gesundheit/kassen-ehlen-informationen-zu-diga-nutzung](https://www.tagesspiegel.de/gesundheit/kassen-ehlen-informationen-zu-diga-nutzung)) um eine erfolgreiche Anwendung, und wenn nein, bei welchem Anteil wäre dies nach Auffassung der Bundesregierung erreicht?

Die Ausstellung einer Folgeverordnung ist kein Indiz für den erfolgreichen Einsatz einer Anwendung. Die Notwendigkeit einer Folgeverordnung bestimmt sich vorrangig anhand der von dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin im konkreten Einzelfall zu beurteilenden medizinischen Erforderlichkeit.

- d) Sieht das BMG auch Möglichkeiten, auf die Preisgestaltung der DiGAs einzuwirken, um diese in Zukunft zu reduzieren, und wenn ja, wie begründet die Bundesregierung ihre Absichten?

Es ist gesetzlich bereits jetzt vorgesehen, dass DiGA-Hersteller und der GKV-Spitzenverband bei der Verhandlung der Preise erfolgsabhängige Preisbestandteile vereinbaren können. Überdies sieht die Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 und 5 SGB V bereits Mechanismen zur Kostendämpfung wie etwa gruppenbezogene Höchstbeträge vor, die sukzessive Wirkung entfalten. Die gesetzliche Aufgabenzuweisung in § 134 SGB V sieht vor, dass die Preisgestaltung und Regulierung Aufgabe der Institutionen der Selbstverwaltung im Rahmen der nach § 134 SGB V vorgesehenen Mechanismen ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat nach § 134 SGB V keine Befugnisse, die eine Beeinflussung der Preisgestaltung ermöglichen. Das BMG verfolgt die Entwicklung der Kosten aufmerksam und prüft regelmäßig normative Anpassungsbedarfe.

20. Werden in den acht Fachforen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) Möglichkeiten der analogen Redundanz der Digitalisierung im Gesundheitswesen adressiert, z. B. für nicht digitalaffine Bevölkerungsgruppen oder für Krisensituationen, und wenn ja, in welchen mit jeweils welchen Akteuren und welchen Ergebnissen?

Aspekte in Zusammenhang mit möglichen „analogen Redundanzen“ fanden im Rahmen aller acht Fachforen Berücksichtigung. Relevante Ergebnisse finden sich in der Digitalisierungsstrategie wieder. In den Fachforen waren Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzte- sowie Apothekerschaft und dem Pflegewesen, von Patientinnen und Patienten, pflegebedürftigen Menschen, Kranken- und Pflegeversicherungen bzw. weiteren Kostenträgern, der Wissenschaft und der industriellen Gesundheitswirtschaft in unterschiedlicher Besetzung vertreten.

21. Welche Maßnahmen wurden ggf. bereits zur angekündigten stärkeren Vernetzung der Gesundheitsämter über alle Ebenen hinweg und zum Ausbau der Interoperabilität im Gesundheitswesen ergriffen ([bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?__blob=publicationFile), S. 18), und wann sollen diese Maßnahmen abgeschlossen sein?

Seit Mai 2021 haben die Mitarbeitenden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) die Möglichkeit über die Kommunikations- und Kollaborationsplattform Agora sich untereinander besser auszutauschen, zusammenzuarbeiten und

Wissen gemeinsam über den gesamten Öffentlichen Gesundheitsdienst hinweg aufzubereiten. So kann der Wissensaustausch und die Zusammenarbeit intern, regional als auch länderübergreifend im ÖGD vereinfacht werden.

Entwickelt wurde Agora durch die DigitalService Germany GmbH des Bundes, der bundeseigenen Software-Entwicklungseinheit. Die Entwicklung von Agora wurde vom BMG beauftragt; das Robert Koch-Institut (RKI) war als Projektpartner kontinuierlich eingebunden. Seit dem 1. Januar 2023 liegt die Verantwortung für die Weiterentwicklung von Agora in der Zuständigkeit des RKI.

Da die Stärkung der Interoperabilität ein wesentlicher Faktor ist, um die Verfügbarkeit und den Austausch von Daten zu erhöhen, stellt Interoperabilität daher auch eine Fördervoraussetzung im Rahmen des Förderprogrammes zur „Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland“ dar. Vorhaben müssen internationale und nationale Standards und Interoperabilitätsfestlegungen berücksichtigen.

Des Weiteren wird das länderübergreifende Projekt „Interoperabilitätsanforderungen verschiedener Fachanwendungen und Plattformlösungen“ unter Federführung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration gefördert. Innerhalb der Maßnahme werden Anforderungen an Schnittstellen im ÖGD definiert. Der Bund hat darüber hinaus die Task Force für Interoperabilität im Öffentlichen Gesundheitsdienst (IOP-ÖGD-Task-Force) mit der Entwicklung von Schnittstellen für den Austausch von Gesundheitsdaten beauftragt.

22. Wurde das im Koalitionsvertrag angekündigte elektronische Gesundheitsberuferegister ([www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1](http://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1), S. 82) bereits vollständig umgesetzt, und wenn nein, warum nicht, bis wann soll das erfolgen, und wie ist der aktuelle Stand der Umsetzung?

Das elektronische Gesundheitsberuferegister ist eine gemeinsame Einrichtung der Länder. Nach umfangreichen Vorbereitungsarbeiten befindet es sich derzeit im Pilotbetrieb. Es ist vorgesehen, dass es im zweiten Quartal 2023 in den Vollbetrieb übergehen kann.

23. Wurde das im Koalitionsvertrag angekündigte Bürokratieabbaupaket im Gesundheitswesen (ebd., S. 84) bereits vollständig umgesetzt, und wenn nein, warum nicht, bis wann soll das erfolgen, und wie ist der aktuelle Stand der Umsetzung?

Die Regierungsparteien haben sich im Koalitionsvertrag dazu bekannt, Bürokratie im Gesundheitswesen und Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten abzubauen. Hierzu sieht das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) konkret vor, dass das BMG bis 30. September 2023 Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen erarbeitet (§ 220 Absatz 4 SGB V).

24. Wann wird der Entwurf des im Koalitionsvertrag (ebd., S. 83) und in der Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung ([bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?__blob=publicationFile), S. 18) angekündigten Gesundheitsdatennutzungsgesetz vorliegen?

Die Veröffentlichung des Referentenentwurfs ist für das zweite Quartal 2023 geplant.

25. Wurde bereits die Möglichkeit der freiwilligen Datenspende im Rahmen der ePA geschaffen, wie in der Digitalstrategie der Bundesregierung für das Jahr 2023 angekündigt ([bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Anlage/K/presse/063-digitalstrategie.pdf?__blob=publicationFile), S. 17), und wenn nein, warum nicht, und wann soll dies erfolgen?

Ab dem Jahr 2024 haben Versicherte die Möglichkeit, die in der ePA abgelegten Daten freiwillig pseudonymisiert und verschlüsselt dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) und so unter anderem der medizinischen Forschung zur Verfügung zu stellen (§ 363 Absatz 1 bis 7 SGB V). Darüber hinaus können Versicherte die Daten ihrer elektronischen Patientenakte auch auf alleiniger Grundlage der informierten Einwilligung für ein bestimmtes Forschungsvorhaben oder für bestimmte Bereiche der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung stellen (§ 363 Absatz 8 SGB V).

- a) Aus welchen Gründen wurde erst im November 2022 ein „Prüfauftrag“ für eine Opt-out-ePA an die gematik vergeben, ([www.gematik.de/newsroom/news-detail/pressemitteilung-gesellschafter-beschliessen-opt-out-epa](https://www.gematik.de/newsroom/news-detail/pressemitteilung-gesellschafter-beschliessen-opt-out-epa)), obwohl die „freiwillige Nutzung“ der ePA bereits als Ziel des Koalitionsvertrags des Jahres 2021 (ebd., S. 83) angekündigt wurde, was genau beinhaltet der Prüfauftrag, und wie ist die Aussage der gematik bezüglich dieser „Prüfung“ zu verstehen „... mit dieser Entscheidung wurden die Weichen gestellt, ...“ ([www.gematik.de/newsroom/news-detail/pressemitteilung-gesellschafter-beschliessen-opt-out-epa](https://www.gematik.de/newsroom/news-detail/pressemitteilung-gesellschafter-beschliessen-opt-out-epa))?

Der Koalitionsvertrag sieht abweichend vom bisherigen Konzept ausdrücklich vor, dass allen Versicherten zukünftig eine ePA zur Verfügung gestellt wird und sie diese nicht mehr aktiv beantragen müssen (Opt-Out). Der Nutzung kann widersprochen werden und die ePA bleibt freiwillig für die Versicherten. Für die Umsetzung der Einführung einer solchen flächendeckenden, widerspruchsbasierten ePA galt es zunächst, den möglichen rechtlichen Rahmen für eine DSGVO-konforme Ausgestaltung zu prüfen. Hierauf basierend erfolgte der operative Prüfauftrag an die gematik GmbH. Dieser Prüfauftrag umfasst die Entwicklung eines konkreten Konzepts für die Umsetzung der Opt-Out-ePA unter Berücksichtigung der Dimensionen der Bereitstellung, der Befüllung, des Zugriffs sowie der Datenfreigabe zu Forschungszwecken.

- b) Sieht die Bundesregierung angesichts der gewachsenen Cyberbedrohungslage Handlungsbedarf zur Überarbeitung der ePA, und wie begründet die Bundesregierung ihre Einschätzung ([www.tagesschau.de/ausland/hacker-krankenversicherung-australien-101.html](https://www.tagesschau.de/ausland/hacker-krankenversicherung-australien-101.html))?

Die Themen Datenschutz und Datensicherheit haben im Rahmen der Telematikinfrastruktur mit Blick auf die Sensibilität von Gesundheitsdaten für das BMG von Anfang an einen hohen Stellenwert. Diese Aspekte berücksichtigt die gematik GmbH stets in ihren konkreten Festlegungen für die technische Ausgestaltung und Umsetzung der ePA. Bei Fragen zur Datensicherheit und zum Datenschutz hat die gematik GmbH daher sowohl das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik als auch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz

und die Informationsfreiheit einzubinden, um etwaigen Cybersicherheitsrisiken rechtzeitig zu begegnen.

26. Ist die im Koalitionsvertrag (ebd., S. 82) angekündigte Maßnahme, die Approbationsordnung mehr auf Digitalisierung auszurichten, bereits umgesetzt, und wenn ja, mit welchen Maßnahmen und Erfolgen, und wenn nein, warum nicht, und bis wann soll das erfolgen?

Mit der Verordnung zur Änderung der Approbationsordnungen für Zahnärzte und Zahnärztinnen, für Ärzte und für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom 22. September 2021 ist in die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) bereits die Möglichkeit aufgenommen worden, Lehrveranstaltungen in digitaler Form durchzuführen. Damit wurden die im Rahmen der Coronapandemie vorgesehenen Möglichkeiten zur Durchführung digitaler Lehrveranstaltungen für die medizinischen Fakultäten verstetigt. Im Rahmen der laufenden Reform der ÄApprO, mit der der „Masterplan Medizinstudium 2020“ umgesetzt werden soll, ist vorgesehen, dass Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bezüglich der Funktionsweise und der Anwendung digitaler Technologien im Medizinstudium vermittelt werden. Nach intensiven Abstimmungen mit den Ländern strebt das BMG an, in der ersten Jahreshälfte 2023 einen überarbeiteten Entwurf der reformierten ÄApprO vorzulegen.

27. Wie ist der Stand der Umsetzung, der im Koalitionsvertrag (ebd., S. 83) angekündigten Maßnahme, die gematik GmbH zu einer digitalen Gesundheitsagentur auszubauen, und welche Maßnahmen wurden dazu bereits ergriffen?

Das BMG bereitet derzeit eine Gesetzesinitiative mit dem Entwurf für ein Digitalgesetz vor. Bestandteil dieses Gesetzesvorhabens ist auch die Weiterentwicklung der gematik GmbH zu einer Digitalagentur.

28. Gibt es, wie im Koalitionsvertrag für den Bereich der Pflege angekündigt (ebd., S. 82), aktuell Planungen für die Entwicklung konkreter Anwerbeprogramme für die große Anzahl an IT-Fachkräften (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), die gerade aus Russland, der Ukraine und anderen osteuropäischen Staaten kriegsbedingt nach Deutschland emigrieren ([www.derstandard.de/story/2000134194793/die-tech-branche-fluechtet-aus-russland-wollen-hier-nicht-mehr](http://www.derstandard.de/story/2000134194793/die-tech-branche-fluechtet-aus-russland-wollen-hier-nicht-mehr)), und was sehen diese Planungen vor, und wenn nein, warum nicht?

Sieht die Bundesregierung ein Sicherheitsrisiko in der Beschäftigung dieser Personengruppen im sensiblen Gesundheitsbereich, und wie begründet die Bundesregierung ihre Einschätzung?

Das BMG hat keine Anwerbeprogramme für IT-Fachkräfte.

29. Gibt es, wie im Koalitionsvertrag für den Bereich der Pflege angekündigt (ebd., S. 82), aktuell Planungen für die Entwicklung konkreter Anwerbeprogramme für die große Anzahl an IT-Fachkräften (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), die gerade im Silicon Valley entlassen werden ([www.capital.de/wirtschaft-politik/silicon-valley-setzt-tausende-mitarbeiter-vor-die-tuer-33142156.html](http://www.capital.de/wirtschaft-politik/silicon-valley-setzt-tausende-mitarbeiter-vor-die-tuer-33142156.html)), und was sehen diese Planungen vor, und wenn nein, warum nicht?

Das BMG hat keine Anwerbeprogramme für IT-Fachkräfte.

- a) Wie hoch ist aktuell und im Verlauf seit dem Jahr 2018 der Anteil der unbesetzten IT-Stellen im BMG und in den nachgelagerten Behörden?

Im BMG sind derzeit zwei Stellen (2018: fünf Stellen) in dem in der Frage genannten Bereich unbesetzt. Alle unbesetzten Stellen im Geschäftsbereich des BMG befinden sich regelmäßig in Ausschreibung.

- b) Wie hoch ist aktuell und im Verlauf seit dem Jahr 2018 der Anteil der unbesetzten Stellen speziell für IT-Sicherheitspersonal im BMG und in den nachgelagerten Behörden?

Im BMG sind derzeit 3,1 Stellen (2018: 3,1) in dem in der Frage genannten Bereich unbesetzt. Alle unbesetzten Stellen im Geschäftsbereich des BMG befinden sich regelmäßig in Ausschreibung.

30. Wurde die im Koalitionsvertrag (ebd., S. 83) angekündigte Beschleunigung der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), des E-Rezeptes und der Anbindung sämtlicher Akteure an die Telematikinfrastruktur bereits umgesetzt, und wenn ja mit welchen Maßnahmen und Erfolgen, und wenn nein, warum nicht, und bis wann soll das erfolgen?

Die elektronische Patientenakte wird gesetzlich Versicherten bereits seit dem 1. Januar 2021 auf Antrag zur Verfügung gestellt. Da ihr Verbreitungsgrad bisher zu gering ist und die mit ihr erzielbaren Mehrwerte zur Steigerung der Versorgungsqualität nicht ausreichend ausgeschöpft werden können, wird die bisher einwilligungsbasierte elektronische Patientenakte zu einer widerspruchsbasierten Anwendung weiterentwickelt. Das BMG erarbeitet derzeit einen entsprechenden Gesetzentwurf. Ziel ist es, die widerspruchsbasierte elektronische Patientenakte ab Herbst 2024 nutzbar zu machen. Die an der vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, zugelassene Krankenhäuser und Apotheken sind bereits deutschlandweit flächendeckend an die Telematikinfrastruktur angebunden. Für alle weiteren Leistungserbringer im Gesundheitswesen besteht ebenfalls die Möglichkeit, sich auf freiwilliger Basis an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

Das E-Rezept wird in dieser Legislaturperiode, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, beschleunigt und flächendeckend umgesetzt. Dazu soll das E-Rezept zum 1. Januar 2024 eine verpflichtende Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung werden. Zuvor wird bereits Mitte des Jahres 2023 die Einlösung per eGK in der Apotheke ermöglicht. Dadurch werden die Rahmenbedingungen für eine schnelle und flächendeckende Verbreitung des E-Rezepts in Deutschland geschaffen.

31. Was sehen die Planungen des BMG für die künftige Verwendung der Corona-Warn-App (CWA) nach dem Auslaufen des CWA-Vertrages mit den privaten Betreiberfirmen am 31. Mai 2023 vor ([www.heise.de/news/Corona-Warn-App-Hat-die-App-in-Deutschland-eine-Zukunft-7160137.html](http://www.heise.de/news/Corona-Warn-App-Hat-die-App-in-Deutschland-eine-Zukunft-7160137.html))?
- a) Gibt es Gespräche mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, dessen Warn-App Nina mit der Corona-Warn-App zu integrieren, was ist das Ergebnis dieser Gespräche, und wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihr Vorgehen?

- b) Gibt es gute Beispiele der Weiterverwendung von Pandemie-Warn-Apps aus anderen Ländern, und wenn ja, welche, und wird die Bundesregierung diese Ansätze bei ihren Planungen berücksichtigen?

Die Fragen 31 bis 31b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bedarf an der Funktionalität einer App zur Kontaktnachverfolgung entfällt zunehmend, da mittlerweile eine weitgehend stabile Infektionslage besteht. In der Bevölkerung hat sich durch Impfung und/oder Infektion eine hohe Immunität gegen das SARS-Cov-2-Virus aufgebaut.

Noch bis zum 30. April 2023 wird es möglich sein, andere Nutzerinnen und Nutzer durch die Corona-Warn-App (CWA) hinsichtlich eines erhöhten Infektionsrisikos zu warnen. Ab dem 1. Juni 2023 wird die Corona-Warn-App in einen Ruhezustand versetzt. Die CWA wird auf den Endgeräten der Nutzenden aber erhalten bleiben (sofern der Nutzer sie nicht aktiv löscht), Impfzertifikate können damit bei Bedarf weiterhin genutzt werden.

Sollte sich die Corona-Situation wider Erwarten wieder ändern, kann die CWA zeitnah aus dem Ruhezustand geweckt werden und ggf. angepasst werden. Zudem prüft das BMG derzeit, welche Funktionalitäten in eine weiterentwickelte App aufgenommen werden können und sollten.

Hierzu werden auch mögliche Nachverwendungen in anderen Ländern betrachtet.

32. Wie ist der Stand der Überlegungen, Planungen, Maßnahmen, das deutsche Gesundheitssystem in Vorbereitung auf künftige Krisenlagen pandemiefest zu machen?

Eine wichtige erste Lehre aus der Pandemie ist die Notwendigkeit, die Surveillance sowie die Effektivität von Frühwarnsystemen zu stärken sowie die Modellierungssysteme zu verbessern.

Dementsprechend wird beispielsweise der Ausbau des mit dem Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) verfügbaren digitalen Meldeverfahrens, an das seit Ende 2020 alle deutschen Gesundheitsämter angeschlossen sind und darüber Labormeldungen in digitaler Form empfangen können, stetig weiter vorangetrieben. Beispielsweise melden die Krankenhäuser darüber täglich ihre nichtintensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (siehe Antwort zu den Fragen 33 bis 33b).

Während der Pandemie haben Bund und Länder den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) beschlossen. Durch den Pakt für den ÖGD soll der ÖGD in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen gestärkt und modernisiert werden. Insbesondere der Gesundheitsschutz soll durch den Pakt in den Ländern gestärkt und ausgebaut werden. Ziele des Paktes sind die umfassende Stärkung der personellen, digitalen und technischen Ausstattung sowie die zukunftsorientierte Ausrichtung des ÖGD. Der Bund stellt hierfür 4 Mrd. Euro in den Jahren 2021 bis 2026 zur Verfügung.

Digitalisierung heißt auch, über die Grenzen hinaus zu denken. So ist es vorstellbar, bei einer neuen Pandemie wieder digitale Impf-, Test- und Genesenenzertifikate zur Gewährleistung der Mobilität auszustellen.

Darüber hinaus ist geplant, den eigentlich nur für die Pandemie eingerichteten Kleeblattmechanismus im Gesundheitssicherstellungs- und -vorsorgegesetz zu verstetigen. Bei dem Kleeblattmechanismus handelt es sich um ein System, welches dabei hilft Patientinnen und Patienten bei Engpässen in Krankenhäusern oder bei Evakuierungen, sogenannte Medevac, aus anderen Staaten in Krankenhäuser mit freien Kapazitäten zu vermitteln.

33. Wie hoch ist der Anteil der Krankenhäuser, die fristgerecht an das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) angeschlossen wurden ([www.aerzteblatt.de/nachrichten/136387/DEMIS-Krankenhaeuser-schaffen-Anschluss-nicht-fristgerecht](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/136387/DEMIS-Krankenhaeuser-schaffen-Anschluss-nicht-fristgerecht))?
- Wenn nicht alle Krankenhäuser fristgerecht angeschlossen wurden, welche sind die Gründe für die Verzögerung?
  - Wurden bei nicht fristgerechter Anbindung Sanktionen durch das BMG ausgesprochen, und wenn ja, welche, und wenn nein warum nicht?

Die Fragen 33 bis 33b werden gemeinsam beantwortet.

Gemäß § 14 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) müssen Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 IfSG, sofern sie in einem Krankenhaus tätig sind, ihrer Verpflichtung zur Meldung nach § 6 IfSG in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) durch Nutzung des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz (DEMIS) seit dem 17. September 2022 nachkommen. Darüber hinaus haben gemäß Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance Krankenhäuser seit dem 20. September 2022 als erforderliche Angabe, im Sinne von § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 1 IfSG, die Anzahl der belegten Betten zur Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten über DEMIS zu übermitteln.

Die Möglichkeit zur Meldung von Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 gemäß § 6 IfSG besteht seit 16. März 2022. Seit dem 13. September 2022 wurde die Möglichkeit zur Übermittlung der Krankenhauskapazitäten für die Meldung über die Schnittstelle und am 14. September 2022 für die Meldung über das Meldeportal (Onlineformular) zur Verfügung gestellt. Damit waren alle notwendigen Funktionen und Informationen fristgerecht verfügbar und die Voraussetzungen für die Anbindung der Krankenhäuser lagen vor. Die Anbindung an DEMIS muss durch die Krankenhäuser selbst erfolgen. Zu ihrer Unterstützung wurden unter anderem umfangreiche Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt und wöchentliche Sprechstunden von DEMIS-Seite angeboten.

Von circa 1 400 Krankenhäusern hatten in der 37. Kalenderwoche 2022 bereits über 400, in der 41. Kalenderwoche 2022 1 200 Krankenhäuser – dies entspricht 86 Prozent – Hospitalisierungsmeldungen gemäß § 6 Absatz 1 IfSG über DEMIS angezeigt.

Zum 20. September 2022 hatten über 970 von circa 1 400 Krankenhäusern die Anzahl ihrer belegten Betten der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten übermittelt; dies entsprach 69 Prozent. Aktuell übermitteln 1 200 Krankenhäuser ihre Daten.

Grundsätzlich sieht das IfSG neben der Strafbewehrung bestimmter, vorsätzlicher Verstöße gemäß § 74 IfSG, die in die Zuständigkeit der Staatsanwaltschaften und der ordentlichen Gerichtsbarkeit fallen, eine Bußgeldbewehrung vor (§ 73 Absatz 1a Nummer 2, Nummer 2a IfSG). Die Entscheidung, ob ein Bußgeld verhängt wird, obliegt nicht der Bundesregierung, sondern der jeweils zuständigen Behörde. Die Zuständigkeit richtet sich nach den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen, § 36 Gesetz über Ordnungswidrigkeiten (OWiG).

34. Wie ist der Stand der Umsetzung der Förderrichtlinie zur Digitalisierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst ([gesundheitsamt-2025.de/aktuelles/bmg-foerdert-digitalisierung-im-oegd](http://gesundheitsamt-2025.de/aktuelles/bmg-foerdert-digitalisierung-im-oegd)), mit der sich die Gesundheitsämter um Gelder für den Digitalausbau bewerben können?

- a) Wie viele der 800 Mio. Euro sind derzeit beantragt, bewilligt und abgeflossen?
- b) Wie viele Gesundheitsämter haben sich beworben, und wie viele dieser Anträge wurden bewilligt?
- c) Bis wann sollen die geförderten Maßnahmen umgesetzt worden sein?

Die Fragen 34 bis 34c werden gemeinsam beantwortet.

Die Erfahrungen in der Pandemie haben die Notwendigkeit einer nachhaltigen Stärkung des ÖGD aufgezeigt, damit dieser seine vielfältigen Aufgaben wahrnehmen kann. Im Rahmen des Paktes für den ÖGD (Pakt ÖGD) wurden zur Stärkung der Digitalisierung in den Gesundheitsämtern insgesamt Mittel in Höhe von 800 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, wovon 555 Mio. Euro für das Förderprogramm zur Förderung von Akteuren, die dem ÖGD in Kommunen, Landkreisen oder Ländern zuzuordnen sind, sowie von Vorhaben, die dazu beitragen, den Digitalisierungsgrad der Einrichtungen des ÖGD in kommunaler und Landsträgerschaft entsprechend der Zielsetzungen des Förderleitfadens zu erhöhen, zur Verfügung stehen.

Die entsprechende Förderrichtlinie zur Umsetzung des Förderprogrammes wurde bereits im vergangenen Jahr im April 2022 unter <https://gesundheitsamt-2025.de/foerderung/foerderleitfaden> veröffentlicht.

Im Ergebnis wurden im Zuge des ersten Förderaufrufs insgesamt 263 Projekte mit einem Volumen von ca. 390 Mio. Euro bewilligt. Hierbei handelt es sich um 223 Modellprojekte von Gesundheitsämtern sowie 30 koordinierte Ländermaßnahmen und 10 länderübergreifende sogenannte Ein-Land-für-Alle (ELFA)-Maßnahmen. Die Laufzeit der Förderung beträgt maximal 24 Monate.

Im März 2023 wird der zweite Förderaufruf veröffentlicht. Im Jahr 2024 folgt voraussichtlich der dritte Förderaufruf.

35. Hat die Bundesregierung eine Position zum Vorschlag eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS) bezogen ([health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_de](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_de)), und wenn ja, wie lautet diese?

Die Schaffung eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten war eine zentrale Forderung der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im Jahr 2020 im Gesundheitsbereich. Die Bundesregierung begrüßt daher grundsätzlich den durch die EU-Kommission veröffentlichten Vorschlag über die Errichtung eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten. Eine Stärkung der Datennutzung und des grenzüberschreitenden Datenzugangs bietet großes Potenzial sowohl für die Verbesserung der Versorgung (Primärnutzung) als auch für die Forschung, Innovation und die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Sekundärnutzung). Zu den Einzelheiten des laufenden Gesetzgebungsverfahrens verweist die Bundesregierung auf die dem Deutschen Bundestag vorliegenden DKOR-Berichte zu den Verhandlungen in der zuständigen Ratsarbeitsgruppe.

36. Liegen bereits ausgewertete Ergebnisse zu den Modellvorhaben in der Testregion Berlin-Brandenburg vor (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wenn ja, zu welchen Erkenntnisgewinnen führen diese, und wenn nein, wann sollen die ausgewerteten Ergebnisse vorliegen?
  - a) Aus welchen Gründen wurde als Testregion Berlin-Brandenburg ausgewählt?

- b) Weist die Testregion Berlin-Brandenburg eine für Deutschland repräsentative Bevölkerung oder Patientenschaft oder andere soziodemographisch repräsentative Merkmale auf?
- c) Wurden auch andere Testregionen auf ihre Eignung geprüft, und wenn ja, welche, und auf Basis welcher Bewertungen wurden diese Testregionen abgelehnt, und wenn nein, warum nicht?
- d) Wer traf die Entscheidung zur Auswahl der Testregion, und wann erfolgte diese Entscheidung?
- e) Sollen weitere Modellvorhaben gestartet werden, und wenn ja, wann und mit welcher Dauer, welchem Budget, und zu welchen Themen?

Die Fragen 36 bis 36e werden gemeinsam beantwortet.

Die Zukunftsregion Digitale Gesundheit (ZDG) war eine auf drei Jahre (bis Ende 2022) angelegte Initiative des BMG. In der Modellregion Berlin/Brandenburg wurden digitale Lösungen in der Praxisanwendung erprobt, mit dem Ziel, Erkenntnisse über deren Nutzbarkeit und Akzeptanz im Versorgungsalltag zu gewinnen. Im Zentrum stand die Fragestellung, wie digitale Anwendungen in die Abläufe der therapeutischen, pflegerischen und ärztlichen Versorgung integriert und Prozesse effizienter gestaltet werden können. Die Initiative der ZDG gliederte sich in Projekte zur Testung von Apps und browserbasierten Webanwendungen und in die Förderung von Modellprojekten zur digital vernetzten Versorgung. Im Verlauf der Initiative konnten in vielfältigen Dialogformaten die Erfahrungen und Bedürfnisse der aktiven Teilnehmenden der Teilprojekte einfließen.

Ein Teil der Ergebnisse der ZDG liegt bereits vor: Die Berichte zu den Testungen von Apps und Webanwendungen (Indikationen Diabetes mellitus, Kopfschmerz/Migräne und Rückenschmerz sowie zur Organisation des Pflegealltags) finden sich auf der Internetseite der Zukunftsregion Digitale Gesundheit (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit/testung-digitaler-versorgungsangebote.html#c23551>).

Die im Rahmen der ZDG geförderten Modellprojekte sind größtenteils erst Ende 2022 beendet worden. Die Abschlussberichte werden voraussichtlich im Sommer 2023 vorliegen. Die Projekte und erste Ergebnisse wurden auf der Veranstaltung „Digitale Gesundheitsversorgung – Rückblick, Einblick, Ausblick: 3 Jahre ‚Zukunftsregion Digitale Gesundheit‘“ am 9. November 2022 präsentiert und diskutiert.

Als Modellregion der ZDG wurde vom BMG die Region Berlin/Brandenburg ausgewählt. Dies beinhaltet zum einen Berlin mit seiner hohen Dichte an stationären und ambulanten Leistungserbringern und einem breiten Versorgungsspektrum, einschließlich Universitätsmedizin. Rund um diese großstädtische Struktur ist mit Brandenburg eine ländlich und kleinstädtisch geprägte Region mit gänzlich anderen Strukturvoraussetzungen in die Betrachtung und in die Vernetzung einbezogen worden. Die Modellregion der ZDG bezog sich dabei nicht auf regionale Versorgungs- und Strukturfragen, sondern konzentrierte sich auf die Gewinnung skalierbarer Erkenntnisse für die Gestaltung der digitalen Gesundheitsversorgung in Deutschland, die unter anderem in die Digitalisierungsstrategie für die Gesundheitsversorgung und die Pflege eingeflossen sind. Eine Fortsetzung oder Ausweitung der ZDG auf andere Regionen ist derzeit nicht geplant.