

Anschluss gesucht

Zwanzig Jahre nach Einführung der E-Card soll nun endlich auf der Datenautobahn durchgestartet werden. Aber kann Lauterbachs Digitalstrategie halten, was sie verspricht? Und warum sind andere Länder digital erfolgreicher?

Von Dr. Ivo Grebe

Die Corona-Pandemie ist abgehakt, die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes laufen pünktlich zu den Ostertagen aus. Jetzt heißt es, maskenlos durchatmen und Kraft tanken für die nächste Herausforderung im Gesundheitssystem. Diese heißt „Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege“ und wurde Anfang März von Gesundheitsminister Karl Lauterbach vorgestellt.

Auf 43 Seiten ist nachzulesen, wie die konkreten Schritte aussehen, um unser Gesundheitssystem bis 2030 an die Spitze zu führen. Nicht etwa bei den Ausgaben, denn da gehören wir neben der Schweiz und den USA schon lange zu den Spitzenreitern. Anders beim Digitalisierungsindex: Nach einer Studie der Bertelsmann-Stiftung von 2019 belegt Deutschland im internationalen Vergleich Platz 16 und ist damit vor Polen Vorletzter. Daran dürfte sich bis heute nicht viel geändert haben. Die Gründe sind vielfältig und lassen sich groß auf den Punkt bringen: In den Ländern, in denen der Digitalisierungsgrad am höchsten ist, ziehen Politik und andere Stakeholder an einem Strang und erreichen so, dass über 70% aller Gesundheitsdaten elektronisch gespeichert und genutzt werden.

Zu diesen Ländern gehören Kanada, Israel, Estland und Dänemark, also Länder unterschiedlicher Größe und mit verschiedenen politischen Systemen. Gerade die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie groß die Lücken bei der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens sind – zu langsam, zu unständig und uneinheitlich. Länder wie Israel dagegen sind gute Beispiele,

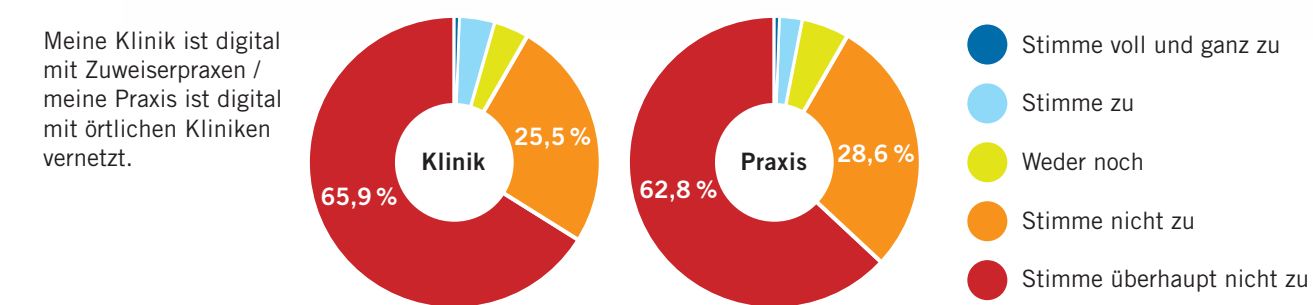
wie eine datenbasierte Steuerung im Gesundheitswesen funktionieren kann.

„Wir machen viele Dinge zu kompliziert“, meinte Minister Lauterbach kürzlich in einem Interview mit der FAZ. Damit hat er ausnahmsweise recht. Wären da nicht der Datenschutz und die viel zitierte Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), eine europäische Verordnung. Der ewige Mahner und höchste Datenschützer der Republik, Professor Ulrich Kelber, hatte in einem Beitrag für das „Deutsche Ärzteblatt“ Ende 2022 darauf hingewiesen, dass während der Pandemie „keine einzige Maßnahme der Bundesregierung am Datenschutz“ gescheitert sei. Und behauptet, es sei ein durchschaubares Manöver, die über viele Jahre verschlankte Digitalisierung im Gesundheitswesen dem Datenschutz anzulasten.

Was Estland anders macht

Über diese steile These kann man geteilter Meinung sein, Fakt aber bleibt: Die endlose Diskussion über Datensicherheit und Datenschutz hat Gegner und Befürworter einer sinnvollen Primär- und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten in Grabenkämpfe verwickelt, statt einen Dialog und konstruktive Lösungen voranzubringen. Die nördlichen EU-Mitgliedsstaaten wie Dänemark und Estland haben die DSGVO genauso wie Deutschland implementiert, sind uns aber bei der Digitalisierung um Meilen voraus. In Estland sind mittlerweile mehr als 95 Prozent der Bevölkerung in Besitz einer elektronischen Gesundheitsakte. Der kleine baltische Staat mit seinen 1,3 Millionen Einwohnern gilt als Vorreiter

der Digitalisierung des öffentlichen Lebens und des Gesundheitswesens. Estland setzte bei der Umsetzung der E-Health-Strategie seit 2008 auf einen Mix aus gesetzlichen Vorschriften, finanziellen Anreizen und Sanktionen. Das Vertrauen in die Politik ist größtenteils ein Prozent der Bevölkerung verleiht, das gleiche gilt mittlerweile für Kliniken und alle übrigen Leistungserbringer. Separate Gesetze für den Datenschutz wurden nicht eingeführt, dafür aber die vorbestehenden



Quelle: BDI

© LAN-Kabel: Maksym Yermeyanov / stock.adobe.com Grafik: BDI aktuell

knapp 6 Millionen Dänen in das Handeln ihrer Regierung die Einführung moderner Technologien. Bereits 1996 wurde der erste nationale Aktionsplan zur Digitalisierung des Gesundheitssystems ausgerufen. Seit 2004 sind die Hausärzte zur Nutzung digitaler Kommunikationswege und der E-Patientenakte verpflichtet, das gleiche gilt mittlerweile für Kliniken und alle übrigen Leistungserbringer. Separate Gesetze für den Datenschutz wurden nicht eingeführt, dafür aber die vorbestehenden

Regularien weiterentwickelt und angepasst. Darüber hinaus stehen Daten aus der elektronischen Patientenakte ohne explizite Zustimmung seitens der Patienten zur Sekundärnutzung für die Gesundheitsforschung zur Verfügung. Der Blick vor die eigene Haustür dagegen zeigt, dass Deutschland in puncto Digitalisierung Vertrauen verspielt hat und im europäischen Vergleich abgehängt ist. Man hat schlicht für den Anschluss verpasst und ist mit halbherzigen Lösungen hinterhergela-

um. Im GKV-Modernisierungsgesetz wurde 2003 mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte der Grundstein für eine Modernisierung und Digitalisierung im Gesundheitswesen gelegt. 2015, nach zwölf (!) Jahren digitalem Stillstand, trat das umstrittene E-Health-Gesetz in Kraft. Es folgten endlose Diskurse über Datenschutz, Patientenrechte, Telematikinfrastruktur und das Arzt-Patienten-Verhältnis – ohne greifbare Fortschritte.

GASTBEITRAG

Rückenwind für die Digitalisierung

Von Dr. Markus Leyck Dieken



© JAN PAULS FOTOGRAFIE

„Es geht heute um ein sehr wichtiges, aber unterschätztes Thema“, begann Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sein Statement zur neuen Digitalisierungsstrategie. Es stimmt: Das riesige Potenzial digitaler Anwendungen für das Gesundheitswesen wird immer noch unterschätzt. Was möglich ist, zeigen unsere europäischen Partner. In vielen Ländern sind ePA oder E-Rezept bereits seit Jahren angekommen – der Weg zurück zum Analogien ist undenkbar.

Wenn wir unsere Gesundheitsversorgung auf das nächste Level bringen wollen, dann müssen wir nachziehen. Das Bundesgesundheitsministerium

hat das verstanden. Die neue Digitalisierungsstrategie ist ein wichtiges Signal. Dabei liegt der Fokus, richtigerweise, auf den Nutzern. Wir können nur gute Anwendungen entwickeln, wenn wir Digitalisierung aus ihrer Perspektive betrachten. Als gematik machen wir das schon seit längerer Zeit. Wir gehen aktiv in den Austausch mit Ärzten, den Apotheken oder den Patienten. Ein Beispiel: In unserem aktuellen Discovery-Prozess zur ePA erarbeiten wir gemeinsam mit Fachgesellschaften, u.a. der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, wie eine ePA optimal in den Praxisalltag integriert werden kann. Die Digitalisierungsstrategie bestärkt uns auf diesem Weg. Ebenso bestärkt der offene Austausch mit den Fachgesellschaften und ihre hohe Bereitschaft zum Mitgestalten. Die Hinweise sind sehr wertvoll für die Entwicklung digitaler Anwendungen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Digitalisierungsstrategie ist der Zugang zu digitalen Anwendungen, der

aktuell oft noch zu beschwerlich ist. Das liegt vor allem an den verschiedenen regulatorischen Vorgaben in Deutschland.

Wir haben zum Beispiel den strengsten Datenschutz in Europa, gehen sogar noch über die EU-Vorgaben hinaus. Das macht die Nutzung digitaler Anwendungen oft unattraktiv. Hier ist endlich ein Umdenken geplant. Wenn ein Patient sich in seiner ePA-App anmeldet, muss das schnell und einfach gehen – zum Beispiel mit einer digitalen Identität, durch Fingerabdruck-Scan oder Face-ID. Wir hoffen, dass mit der Digitalisierungsstrategie ein Knoten gelöst wurde, damit Nutzerfreundlichkeit und Datenschutz nicht mehr im Widerspruch zueinanderstehen.

Die Digitalisierungsstrategie gibt uns als gematik Rückenwind und neue Handlungsspielräume. Durch die noch engere Anbindung ans Bundesgesundheitsministerium werden wir schlagfertiger. Wir können digitale Innovationen dadurch zielgerichteter

vorantreiben. Als Internisten werden Sie davon profitieren. Sie haben direkten Zugang zu Dokumenten, ohne ihren Kollegen hinterhertelefonieren zu müssen. Sie können sich schnell austauschen und mit wenigen Klicks E-Rezepte ausstellen. Der Wegfall teilemedizinischer Begrenzungen schafft beste Voraussetzungen, damit sich Anwendungen wie das E-Rezept oder die ePA etablieren können. Durch die Stärkung der Genommedizin sowie der Datennutzung zu Forschungszwecken eröffnen sich Therapiemöglichkeiten, von denen wir vor einigen Jahren noch nicht einmal geträumt haben.

Die Ziele des Ministers sind ambitioniert und zeigen eine klare Vision auf. Wir arbeiten schon seit Jahren auf diese Vision hin. Schaffen können wir das aber nur gemeinsam.

Der Internist und Notfallmediziner Dr. med. Markus Leyck Dieken ist seit Juli 2019 Alleingeschäftsführer der gematik.

GASTBEITRAG

Wir brauchen wahrnehmbare Mehrwerte

Von Prof. Andrew J. Ullmann



© BRIAN PAULSCHERT

Die bisherige Geschichte der Digitalisierung im Gesundheitswesen hat leider zu viel mehr Skepsis geführt, als den Glauben an den Fortschritt zu stärken. Lustlos und kompliziert ist die Bewertung durch die meisten Nutzer. Bundesminister Lauterbach will nun durch die Ampel-Koalition die Telematikinfrastruktur (TI) updaten und insbesondere die elektronische Patientenakte (ePA) zur individuellen Gesundheitsplattform der Versicherten weiterentwickeln. Ein überfälliger Schritt, der nun endlich den Weg ebnet und die Vorhaben des Koalitionsvertrags angeht. Klar ist: Die Digitalisierung darf nicht dem Selbstzweck dienen, sondern sollte Arbeitsabläufe vereinfachen und Patientenversorgung und -sicherheit erhöhen. Dazu gehört, den verantwortungsvollen und sicheren Umgang

mit Daten aufrecht zu halten. Wie so oft, steckt der Teufel im Detail.

Die Umfrage des BDI legt mit aller Deutlichkeit den Finger in die Wunde. Befunde, die noch per FAX oder in Papierform zur Verfügung gestellt werden, sollten ein Relikt aus dem letzten Jahrhundert sein. Unzureichende digitale Infrastrukturen, verspäteter zur Verfügung stellen von Befunden, fehlende Vernetzung von Praxis und Klinik und Datenschutzvorgaben als Hemmschuh der Digitalisierung für Versorgung und Forschung sind die klar wahrgenommenen und alltäglichen Mängel, die ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte hier mit deutlicher Mehrheit berichten.

Nach viel eklatanter fiel die Kritik gegen die Politik aus. Die Ärzteschaft stellt der Politik ein schlechtes Zeugnis bzgl. ihrer Ambition zur Weiterentwicklung der Digitalisierung und ihrer Finanzierbarkeit aus. Das ist nicht wirklich verwunderlich, wenn man Revue passieren lässt, wie die digitale Transformation des Gesundheitswesens in den letzten 20 Jahren offensichtlich nur als Scheinumsetzung betrieben wurde. Diese Nachricht muss auch in Berlin ankommen und zugleich als Warnung dienen. Als Poli-

tiker und Arzt schockiert mich die klaffende Lücke zwischen Soll- und Ist-Zustand.

Glücklicherweise gibt es auch Lichtblicke. Der Digitalisierungsgrad in der Praxis wird von fast 50% der ambulant Befragten positiv bzw. angemessen wahrgenommen. Das ist ein wertvoller Einblick, der sicher auch auf die eigenverantwortlichen Digitalisierungsanstrengungen zurückzuführen ist. Auch in Kliniken gibt es positive Stimmen, wenn auch weit weniger. Die Förderprogramme des Bundes und der Länder, allen voran das KHZG, müssen wohl noch ihre volle Wirkung entfalten. Dies ist ein Anfang, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass dies noch weit weg von unserem Ziel ist. Bei der Angemessenheit der eigenen Digitalisierung ist alles andere als 100% inakzeptabel.

Die Aufgaben an das BMG sind klar definiert. Die digitale Infrastruktur muss ausgebaut und zukunftsfähig gemacht werden, um eine stärkere digitale Vernetzung zu schaffen. Eine ePA muss besser umgesetzt werden, um wirklich wahrnehmbare Mehrwerte zu erreichen. Datenschutz, Haftungsfragen und Kosten müssen ebenfalls als Warnung dienen. Als Poli-

tiker muss gewährleistet werden, damit Patienten und alle Heilberufe diese wichtige Evolution in der gesundheitlichen Versorgung annehmen.

Den amtierenden Regierungen in Bund und Ländern läuft hier allerdings die Zeit davon, um Initiativen anzugehen. Es ist ihre Aufgabe und Verantwortung, die gesetzlichen und strukturellen Maßnahmen aufzusetzen. Unabhängig davon müssen die Stakeholder aus der Versorgung angehört und in den Transformationsprozess integriert werden. Ihre Stimmen dürfen natürlich nicht ausgeblendet werden. Dabei ist vorsichtiger Optimismus durchaus angebracht. Die ersten Eckpunkte eines Digitalisierungsgesetzes aus dem BMG weisen in die richtige Richtung und adressieren die richtigen Bausteine. Wichtig ist, wenn alle Akteure im Sinne der Patientenversorgung an einem Strang ziehen, können wir zum Erfolg kommen. Es liegt an uns, die Mehrwerte gemeinsam Realität werden zu lassen.

Der Internist Professor Dr. Andrew J. Ullmann ist gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion sowie Vorstandsmitglied beim BDI.

„Es liegt an uns, Maßstäbe zu setzen“

Im Praxisnetz Münchner Ärzte eG sind rund 240 Ärztinnen und Ärzte vernetzt – auch digital. Seit 2019 gibt es zusätzlich den direkten Draht zu Kliniken. Netzvorstand Dr. Andreas Czernik und Strategieberater Dr. Francisco X. Moreano erläutern, wie das geht.

BDI AKTUELL: Herr Dr. Czernik, die aktuelle Umfrage unter BDI-Mitgliedern hat gezeigt, dass die digitale Vernetzung zwischen Praxen und Kliniken alles andere als rund läuft. Über 60 Prozent sagen, dass Befunde und Co nach wie vor per Papier und Fax übermittelt werden. Bei Ihnen im Praxisnetz Münchner Ärzte sieht das anders aus. Wie lautet Ihre Einschätzung, braucht es vernetzte Praxisstrukturen, damit die Kliniken mitspielen?
DR. ANDREAS CZERNIK: Ärztenetze sind Leistungserbringer, die sich der integrierten Versorgung verschrieben haben. Unser Ziel ist es, regionale fach- und sektorenübergreifende Versorgungsangebote zu schaffen ohne, dass die teilnehmenden einzelnen Praxen,

BAG und MVZ ihre Selbstständigkeit verlieren. Diese gemeinsam getragene Wertvorstellung führt zu einem größeren Pragmatismus und Agilität bei der Gestaltung von Plattformen für den Austausch von Behandlungsdaten zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern.

Kliniken sind grundsätzlich offen für eine Zusammenarbeit mit Ärztenetzen, wenn der Mehrwert für alle Seiten erkennbar ist. Wir schätzen, dass der zunehmende Grad an Ambulantisierung von prä-, intra- und poststationären Behandlungen eine große Chance für eine Kooperation zwischen Kliniken und Ärztenetzen darstellt. Voraussetzung dafür ist eine gemeinsame Plattform für den Datenaustausch.

Können Sie uns kurz erläutern, wie der digitale Datenaustausch zwischen den Praxen und Kliniken in Ihrem Netz funktioniert?
CZERNIK: Wir stehen zurzeit in einer Phase des Umbruchs. Wir haben im letzten Jahr eine für unsere Verhältnisse signifikante Investition in die Weiterentwicklung unseres Datenaustausches getätigt, um zukunftsfähige Funktionalitäten einführen zu können.

Unser Datenaustausch steht nicht in Konkurrenz zur Telematikinfrastruktur (TI). Letztere fokussiert sich bisher auf

einen bilateralen Datenaustausch z.B. via KIM. Unsere Plattform fokussiert sich dagegen auf die integrierte Patienten Pragmatismus und Agilität bei der Gestaltung von Plattformen für den Austausch von Behandlungsdaten zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern.

Wir können zum Beispiel akute bzw. Dauerdiagnosen, Arztbriefe, Medikationspläne, Laborwerte, EKGs miteinander austauschen. Außerdem bringen wir weitere Leistungen im Rahmen von Verträgen mit Krankenkassen für die besondere Patientenversorgung. Das Netzbüro kann auf Knopfdruck anonymisierte Statistiken über unsere Leistungen erstellen.

Mit den Kliniken haben wir bereits im Jahr 2019 mit dem Austausch von Notfalldaten begonnen. Nun sehen wir, dass diese Funktionalität vom Notfalldatensatz der TI abgelöst werden wird. Unser Ziel ist es nun, Entlassbriefe direkt in unser System einzuspeisen, damit alle behandelnden Praxen gleichzeitig über die darin vorhandenen Informationen verfügen.

Sie haben es gerade erwähnt, Digitalisierung läuft nicht ohne Investitionen. Herr Dr. Moreano, was müssen Praxen selbst

beisteuern bzw. reicht es, sich hier nur auf Pauschalen für die Telematikinfrastruktur zu verlassen?
DR. FRANCISCO X. MOREANO: In unserem konkreten Fall sind die Investitionen durch die einzelnen Praxen auf einen sehr überschaubaren Mitgliedsbeitrag beschränkt. Die Erlöse aus den integrierten Versorgungsverträgen sind auf jeden Fall höher als die Kosten der Mitgliedschaft im Ärztenetz.

Investitionen wurden aus den Mitteln getätigt, die die KV Bayerns für anerkannte Ärztenetze der Stufe I zur Verfügung stellt. Außerdem konnte in fast jedem Jahr eine Erfolgspauschale aus den Verträgen mit den Krankenkassen erwirtschaftet werden. Diese Mittel wurden zum größten Teil in die weitere Entwicklung reinvestiert.

Wie sieht es mit der Finanzierung aus?
CZERNIK: Die Finanzierung wird durch die KV Bayerns für anerkannte Ärztenetze der Stufe I zur Verfügung gestellt. Außerdem konnte in fast jedem Jahr eine Erfolgspauschale aus den Verträgen mit den Krankenkassen erwirtschaftet werden. Diese Mittel wurden zum größten Teil in die weitere Entwicklung reinvestiert.

Wenn Sie auf Ihre Erfahrung zurückblicken, welche Vorteile bringt die digitale Vernetzung den Praxen, den Kliniken und den Patienten?
MOREANO: Gemessen daran, dass wir das Jahr 2023 schreiben und wir eigentlich in Zeiten von künstlicher Intelligenz und Big-Data-Analyse leben, sind die Vorteile noch sehr überschaubar. Sehr begrenzt sind auch die Mittel, die uns zur Verfügung stehen.

Ein verlässlicher und gut strukturierter Datenaustausch bringt Vorteile

für alle Leistungserbringer, aber vor allem für die Patienten. Es ist sehr nachvollziehbar, dass jeder Patient, der unter einer komplexen Krankheit leidet, ein starkes Interesse daran hat, dass alle behandelnden Ärzte Einblick in die relevanten Behandlungsdaten erhalten. Mein ältestes Kind litt an einer schweren RSV-Infektion, deren Folgen uns über Jahre begleiteten. Ich kann mich nicht daran erinnern, bei wie vielen Kliniken und Ärzten wir bei null anfangen mussten, um den Verlauf zu beschreiben. Das war keine schöne Zeit.

Grundsätzlich verfügen wir bereits seit langem über alle technischen Mittel für eine flächendeckende Vernetzung. Die Agilität von regionalen Ärztenetzen wird stets größer sein als die der Legislative. Es liegt an uns, Maßstäbe zu setzen.

Oft wird ja der Datenschutz als Hürde für Vernetzung vorgeschoben, ist er das wirklich? Und wie haben Sie die Datenschutzfrage in Ihrem Netz gelöst?
CZERNIK: Die Neigung, jedes Risiko ausschließen zu wollen bzw. versichern zu müssen, liegt wohl in unseren Genen. Der Wunsch nach absoluter Sicherheit steht allerdings in einem unaufsäbren Zielkonflikt mit dem Bedarf an einer höheren Behandlungseffizienz in der Medizin mittels Datenaus-

tausch. Selbstverständlich spielt der Datenschutz eine zentrale Rolle im Ärztenetz. Uns unterstützen sowohl Datenschutzärzte als auch Firmen für Software-Entwicklung, EDV-Support und IT-Sicherheit. Dieses Thema haben wir in die Hände von Experten gelegt.

Sie bilden mit der Vernetzung ja weit mehr ab, als es die gesetzlich geplante ePA tun soll. Warum ist es wichtig, dass sich Ärztenetze bzw. Praxen hier kümmern?
MOREANO: Die Antwort liegt in den Vorteilen einer arztgeführten integrierten Versorgung. Die einzelnen Module der TI werden unserer Einschätzung nach auch in absehbarer Zeit nicht für fach- und sektorenübergreifende Verbünde ausgelegt sein. Regionale Ärztenetze können zu einer überfälligen Überwindung von Grenzen zwischen Fachrichtungen und Sektoren führen. Neue intersektorale Kooperationsmodelle können im Sinne der Krankenhausreform die Ambulantisierung vorantreiben und einen gesundheitsökonomischen Beitrag leisten. (rwh)

i Dr. med. Andreas Czernik ist Vorstandsvorsitzender des Praxisnetz Münchner Ärzte eG; Dr. Francisco X. Moreano von der CONSULTORIO Healthcare Management ist Strategieberater des Praxisnetzes

GASTBEITRAG

Der Datenschutz ist kein Hindernis

Von Prof. Ulrich Kelber



© BUNDESREGIERUNG/BUNGLER

Ich falle gleich mit der Tür ins Haus: Die These, dass eine konsequente Digitalisierung des Gesundheitswesens aufgrund der geltenden Datenschutzvorgaben unmöglich sei, ist schlicht falsch!

Ich bin gelernter Informatiker und damit schon von Haus aus ein Fan von gutgemachter Digitalisierung, gerade und vor allem auch im Gesundheitswesen. Digitale Angebote und Lösungen können direkte Vorteile für

die Versorgung bieten und daneben auch die Patientenrechte stärken. Aber sie müssen eben gut gemacht sein, damit sie das Vertrauen der betroffenen Bürgerinnen und Bürger in die neuen Verfahrensweisen rechtfertigen. Misstrauen führt zu Vorbehalten und Ablehnung und kann den Erfolg von Innovationen verhindern. Deswegen kommt dem effektiven Datenschutz und der Datensicherheit eine so wichtige Rolle zu.

Mit der pauschalen Formulierung, dass der Datenschutz Innovationen verhindere, wird suggeriert, dass es sich um Gegensätze handelt. Diese erstaunliche Annahme kann aus verschiedenen Gründen nicht überzeugen. Aus rechtlicher Sicht lässt sich feststellen, dass Datenschutz – oder besser der Schutz des Persönlichkeitsrechts als Recht der informationellen

Selbstbestimmung – ein Grundrecht darstellt. Die Wissenschaftsfreiheit als Freiheit von Forschung und Lehre ist ebenfalls als Grundrecht geschützt. Die Datenschutzgrundverordnung ist forschungsfreundlich und privilegiert die Nutzung personenbezogener Daten zu Forschungszwecken gegenüber anderen Verarbeitungszwecken.

Ich bin der festen Überzeugung, dass das geltende Datenschutzrecht den angestrebten Digitalisierungszielen überhaupt nicht entgegensteht. Das erkennen wir leicht an den vielen Projekten, die zulässigerweise auf gesetzlicher Basis eine Verarbeitung personenbezogener Daten ermöglichen.

Man kann bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ein Sicherheits- und Datenschutzniveau erreichen, das dem in der analogen Welt

mindestens ebenbürtig ist und gleichzeitig neue Möglichkeiten zur Behandlung und Versorgung öffnet. Aber nur, wenn Datenformate, Erfassungsstrukturen und Übermittlungsverfahren miteinander kompatibel sind, ist eine Vernetzung und gemeinsame Nutzung überhaupt möglich. Das ist die eigentliche Herausforderung im Gesundheitswesen, wie sich ja gerade in den Corona-Jahren gezeigt hat.

Wir müssen weder auf medizinischen Fortschritt noch auf den Schutz der Privatsphäre verzichten. Wir müssen beides erfolgreich verbinden.

Der Informatiker Professor Ulrich Kelber ist seit Januar 2019 Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.