

Gesundheitswirtschaft

Berliner E-Health Startup erhält Millionen-Investition

DIPAT bietet einen Onlineservice für Patientenverfügungen und Notfalldaten. Jetzt gab es zwei Millionen Euro von Investoren

Mit der Investitionssumme beabsichtigt DIPAT seinen Anfang 2016 gestarteten Service zu erweitern und Marktführer in Deutschland zu werden. Seinen Sitz verlegt das Unternehmen dazu nach Leipzig.

„DIPAT schließt eine Versorgungslücke: Die für wirksame Patientenverfügungen“, sagt Notarzte und Gründer Paul Brandenburg. „Herkömmliche Patientenverfügungen versagen im Ernstfall meist. Ihnen fehlt es an fachärztlicher Genauigkeit, regelmäßiger Aktualisierung und Verfügbarkeit im entscheidenden Augenblick. DIPAT hat all das gelöst.“

Investoren sind der Technologiegründerfonds Sachsen (TGFS) und die Madsack Mediengruppe aus Hannover. Beide sehen in DIPAT ein Idealbeispiel für sinnvolle Digitalisierung in Medizin und Kommunikation. Sie sichern sich in der Serie-A eine Minderheitsbeteiligung. Markus H. Michalow vom TGFS, über das innovative Angebot:



Herkömmliche Patientenverfügungen versagen im Ernstfall meist.
Foto: Flickr/Till Krech/CC BY 2.0

„DIPAT übersetzt komplexe medizinische Zusammenhänge für den Nutzer in ein leicht verständliches Frage-Antwort-Interview. Damit wird der Allgemeinheit die Erstellung einer individuellen, wirksamen Patientenverfügung zugänglich.“

Das Angebot von DIPAT ist ein digitaler Komplett-Dienst für Patientenverfügung und alle medizinischen Notfalldaten, einschließlich Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Organspendeangaben,

Kontaktdaten von Bezugspersonen, Vorerkrankungen und Medikamenten. Es umfasst die laufende Aktualisierung aller Dokumente, ihre jederzeitige Abrufmöglichkeit für Ärzte und die Alarmierung von Kontaktpersonen im Notfall. Der Einführungspreis beträgt 48 Euro für vier Jahre Nutzung. Teilweise wird er von den Krankenkassen übernommen.

Seinen neuen Standort Leipzig sieht DIPAT als entscheidenden Vorteil:

„E-Health ist eine Branche mit riesigem Potential. Allerdings ist das deutsche Gesundheitssystem für Innovationen und neue Anbieter bisher kaum zugänglich“, so Brandenburg. „Wenn Deutschland nicht den Anschluss an die nächste Zukunftsindustrie verpassen will, bedarf es echter politischer Anstrengung. Der Freistaat Sachsen, die Stadt und unsere Investoren haben das erkannt und handeln“, sagt der Gründer. „Die Verbindung zu ihnen verdanken wir dem SpinLab - The HHL Accelerator.“

Analyse

Fastenzeit: Jeder achte Bundesbürger hat Verzicht geübt

Zwölf Prozent der Bundesbürger haben in diesem Jahr an der Fastenzeit teilgenommen. 70 Prozent von ihnen haben es geschafft, konsequent Verzicht zu üben. Am häufigsten wurde dabei Süßes vermieden. Dies zeigt eine bevölkerungsrepräsentative Befragung der mhplus Krankenkasse unter 1.000 Bundesbürgern zum Ende der Fastenzeit.

Die Fastenzeit ist vor allem bei jungen Menschen beliebt: 17 Prozent der 18- bis 34-Jährigen haben daran teilgenommen, bei den über 55-Jährigen waren es nur 9 Prozent. Am beliebtesten war dabei neben dem Weglassen von Süßem Enthaltensamkeit bei Zigaretten oder Alkohol. Dagegen hat nur ein kleiner Teil die Fastenzeit genutzt, um auf Fernsehen, Videospiele

oder Internet zu verzichten. Drei von vier Teilnehmern ziehen eine positive Bilanz und sind überzeugt, auch danach bewusster zu leben.

Doch nicht alle Bundesbürger halten viel von den sieben Wochen Enthaltensamkeit vor Ostern: 80 Prozent aller Befragten sind der Überzeugung, fasten sei wenig effektiv. Wichtiger sei es, dauerhaft gesund zu leben.

Am Beispiel Zucker zeigt sich, was die Fastenzeit leisten kann. In diesen sieben Wochen schauen sich viele Menschen zum ersten Mal gezielt beim Einkauf die Inhaltsstoffe an. Sie werden dann feststellen, dass in sehr vielen Lebensmitteln Zucker enthalten ist. Auch in solchen, bei denen das nicht erwartet wird, wie in Fischkon-

serven, Saucenbindern oder Fertigsalaten. „Zucker ist ein Geschmacksträger und daher in den meisten Fertiggerichten enthalten. Auch dies ist ein Grund, dass die Bundesbürger bei weitem zu viel Zucker konsumieren. Bei 25 Gramm liegt die empfohlene Tagesdosis, der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch beträgt jedoch 100 Gramm“, so Stefanie Steub, Expertin für Gesundheitsförderung bei der mhplus Krankenkasse. „Zucker trägt zur Entstehung einer ganzen Reihe von Krankheiten bei. Inzwischen ist belegt, dass die Gesundheitsgefahren noch viel weiter reichen und Zucker über Diabetes Typ II und Karies hinaus mit vielen weiteren Zivilisationskrankheiten direkt in Verbindung steht.“

Gesundheit

Gesundheitskarte für Flüchtlinge hängt ganz vom Wohnort ab

Nicht nur Länder-, sondern auch Gemeindegrenzen entscheiden darüber, welchen Zugang Asylbewerber zu Ärzten haben



Wo die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wurde, überwiegen die positiven Erfahrungen.

Foto: Flickr/DaveBleasdale/CC BY 2.0

Die meisten Asylbewerber in Deutschland müssen erst zum Amt, bevor sie bei einer akuten Erkrankung einen Arzt aufsuchen dürfen. In einigen Bundesländern dürfen sie sich mit einer elektronischen Gesundheitskarte sofort in Behandlung begeben - jedoch vielerorts nur in einzelnen Städten und Landkreisen. Eine einheitliche Regelung? Fehlanzeige. Eine Chance dafür gebe es allenfalls, wenn es nach der Bundestagswahl eine neue Konstellation geben sollte, meint Stefan Etgeton, der für die Bertelsmann-Stiftung die medizinische Versorgung von Flüchtlingen im Blick hat.

„Durch den Rückgang der Flüchtlingszahlen ist der Druck raus für grundlegende Veränderungen“, sagt Etgeton im Gespräch mit der Deutschen Presse-Agentur. „Das würde sich ändern, wenn sich der Zustrom wieder erhöhen würde.“ Nach den bisherigen Erfahrungen habe sich die Befürchtung, dass die Gesundheitskarte für Flüchtlinge zu Mehrkosten bei den Kommunen führen werde, nicht bestätigt. Stattdessen gebe es Effizienzgewinne und Einsparungen für die Verwaltung. „Es ist eine Frage der Menschenwürde, aber auch der Effizienz.“

Die Kommunen kommen ins Spiel, sobald Asylbewerber die Erstaufnahme verlassen, die in der Verantwortung der Bundesländer liegt. Wird danach medizinische Betreuung nötig, sind die Kommunen für die ihnen zugewiesenen Flüchtlinge zuständig. Das Gesetz sieht Leistungen „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ vor. Eine eigene Krankenversicherung für Asylbewerber gibt es erst nach 15 Monaten.

Pionier bei der Gesundheitskarte für Flüchtlinge ist Bremen. Dort erhalten Asylbewerber seit 2005 direkt nach ihrer Registrierung eine Gesundheitskarte der AOK. „Die Karte macht den Arztbesuch für Flüchtlinge unkomplizierter“, sagt Sozial- und Integrationsssenatorin Anja Stahmann (Grüne). «Damit sinkt auch die Hürde, zum Arzt zu gehen, und Krankheiten werden nicht verschleppt.“ Mit dem Vorlegen der Karte werde ein Asylbewerber so behandelt wie jeder andere Patient. Und: „Wir haben auch eine bessere Kostenkontrolle: Die Krankenkasse kann sinnvoll bewerten, ob die Ausgaben medizinisch notwendig waren. Für Verwaltungsbeamte

in der Sozialbehörde ist das viel schwieriger.“

Hamburg folgte 2012 der Bremer Regelung. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein können Flüchtlinge seit 2015 eine Gesundheitskarte erhalten, in Berlin seit Januar 2016. In Thüringen ist es seit Anfang 2017 soweit. Die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber und Geflüchtete mit einer Duldung entspricht dort auch einer Forderung der Ärzte, die sich davon weniger Abrechnungsaufwand versprechen. Noch nichts oder nur wenig passiert ist in Hessen, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt. Bayern ist gegen eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge.

In mehreren Bundesländern haben die Landesregierungen eine Vereinbarung mit den Krankenkassen geschlossen, die eigentliche Einführung liegt aber bei den Kommunen. Damit wird der Flickenteppich der Versorgung noch verwirrender. So wird etwa die Einführung der Gesundheitskarte in Brandenburg von sechs Landkreisen und der Stadt Frankfurt (Oder) abgelehnt.

In Niedersachsen ist Delmenhorst die einzige Kommune, die bislang eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge eingeführt hat. Seit Anfang Januar wurden dort mehr als 500 Karten ausgegeben, in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse Barmer GEK. In Hannover gab es eine Anhörung im Sozialausschuss, eine Entscheidung steht noch aus.

Auch in Rheinland-Pfalz hat es lange gedauert, bis sich die ersten Kommunen zu diesem Schritt entschlossen haben. Inzwischen sind es drei: Trier, Mainz und der Landkreis Kusel. Das Verfahren mit dem Schein vom Amt „diskriminiert Flüchtlinge, es verhindert unter Umständen eine notwendige zeitnahe medizinische Behandlung, erfordert Personal- und Sachmittel auf kommunaler Ebene und überfordert ein medizinisch ungeschultes Personal“, sagt Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD).

Städte und Kreise haben aber weiterhin Bedenken: „Wir haben einen sehr detaillierten Kostenvergleich aufgestellt und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Gesundheitskarte für Flüchtlinge einen deutlichen Mehraufwand bedeutet gegenüber der Organisation mit eigenem Personal bedeutet“;

sagt der Pirmasenser Oberbürgermeister Bernhard Matheis (CDU).

Im Ergebnis stellt sich die Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge in Deutschland als Flickenteppich dar, bei dem der zugewiesene Wohnort über einen guten oder weniger guten Zugang zum Gesundheits-

system entscheidet, wie die Forscher der Bertelsmann-Stiftung kritisieren. „Die Idee, Asylsuchenden einen direkten Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen, ist in die Mühlen der föderalen Strukturen und widersprüchlichen Kostenträgerinteressen geraten und wird darin aufgegeben.“

Gesundheitswirtschaft

Cannabis-Industrie: Deutschland lotet Möglichkeiten aus

In den USA ist der Cannabiskonsum, auch zu medizinischen Zwecken, ein Milliardengeschäft. Deutschland könnte nachziehen

Sie tragen mal Anzug und Seitenscheitel, mal Pulli und Rasta-Locken. Sie wollen Marihuana aus der Ecke der Hippie-Drogen holen - und schwärmen von der Aussicht auf einen Milliardenmarkt. Es war ein bunter Haufen aus Geschäftsleuten, Experten und Ärzten, der sich zu Europas erster „Cannabis-Business-Konferenz“ in Berlin versammelt hatte. Nach dem Start eines Gesetzes, das Cannabis in Deutschland zumindest für schwer kranke Patienten in der Apotheke per Rezept verfügbar machen soll, wittert die Branche den Durchbruch.

In den USA, Kanada oder Israel ist der Rummel um Cannabis als Wirtschafts- und Gesundheitsfaktor schon länger groß. Gelingt den Deutschen der Anschluss? Die Organisatoren des Treffens sehen wegen der „zukunftsweisenden Regulierung“ und des Interesses von Investoren jedenfalls erhebliches Potenzial hierzulande. Und auch Berlin als „eine der fortschrittlichsten Städte des Planeten“ spiele eine Rolle.

Pierre Debs, Biologe und Chef des Startups MedCann, ist überzeugt: „Pharmazeutische Anwendungen von Cannabis werden in Deutschland eine wachsende Industrie.“ Die Firma aus St. Leon-Rot bei Heidelberg - inzwischen von der börsennotierten kanadischen Canopy Growth gekauft - ist im Handel mit den süßlichen Blüten an Apotheken aktiv. „Noch gibt es große Unterschiede zwischen hier und Nordamerika“, sagt Debs. „Aber später einmal werden die Märkte vielleicht vergleichbar sein.“

Das Potenzial im Medizin-Segment liege in der Bundesrepublik bei 800 000 bis 1,5 Millionen Patienten. Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte

rechne indes mit weit weniger registrierten Nutzern.

Seit dem 10. März können Ärzte Cannabis-Präparate verschreiben - wenn alle übrigen Behandlungswege ausgeschöpft sind. Bislang brauchte man dafür eine Sondergenehmigung, die das Bundesamt nur etwa 1000 Mal vergab. Während Patienten bisher privat bezahlten, soll im Regelfall die Krankenkasse einspringen, falls sie ein erstes Rezept genehmigt.

„Vor zwei bis drei Jahren wollten viele Investoren noch nichts mit dem Thema zu tun haben“, so Debs. Das habe sich gewandelt. Eine staatliche Cannabis-Agentur soll nun den Markt beaufsichtigen und Produzenten lizenzieren; erstes Gras aus deutschem Anbau könnte es ab 2019 geben. „Berlin war ein guter Ort für diese Konferenz“, sagt Debs. „Es gibt viele junge

Menschen und soziale Bewegungen hier, und das neue Bundesgesetz ist aktuell einmalig in der Welt.“

Zwar gelten insbesondere US-Bundesstaaten wie Colorado als Magnet für Cannabis-Unternehmer. Finanziere bewegen in dem Land riesige Summen, es gibt satte Steuereinnahmen und zahlreiche Marihuana-Shops. Die Marktforschungsgruppe Arcview ermittelte für 2016 Verkäufe legaler Cannabis-Produkte in Nordamerika im Wert von 6,2 Milliarden Euro. Doch seit dem Antritt der neuen Regierung nahm die Unsicherheit wieder etwas zu. Donald Trumps heutiger Justizminister Jeff Sessions meinte vor zwei Jahren: „Gute Menschen rauchen kein Marihuana.“

Der kalifornische Kongressabgeordnete Dana Rohrabacher - in vielen Fragen ein



Seit dem 10. März können deutsche Ärzte Cannabis-Präparate verschreiben - wenn alle übrigen Behandlungswege ausgeschöpft sind.
Foto: Flickr/Kyle Butler/CC BY 2.0

strammer, konservativer Republikaner - gab sich auf der Berliner Tagung ironisch-selbstbewusst. „Make Cannabis Great Again“ stand auf einer Mütze, die er in Anspielung auf den bekannten Trump-Spruch trug. Daheim war Rohrabachers Einfluss auf die medizinische Legalisierung beträchtlich. Er ist Miturheber einer Regelung, die es dem Justizministerium in Washington erschwert, stark in die einzelstaatlichen Marihuana-Programme hinein zu regieren.

Kann der von den Konferenzteilnehmern beschworene Zusammenschluss von Gesundheitswirtschaft und Politik auch in Deutschland fruchten? Peter Waßmuth von der „Berlin-Apotheke“ am Roten Rathaus glaubt, dass die diskutierten mindestens 800 000 Nutzer durchaus realistisch sein könnten. „Es hängt aber auch an der Kostenerstattung der Kassen.“ Sollte sich eine entsprechende Nachfrage

ergeben, könne dies über den Wirkstoff THC hinaus auf Hilfsmittel wie Verdampfer ausstrahlen.

Ein ganz anderes Thema ist die Frage, ob mittel- bis langfristig eine vollständige Legalisierung kommt, wie Aktivisten seit Jahren fordern. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen betonte unlängst: „Marihuana bleibt die Drogenart mit den mit Abstand höchsten Fallzahlen.“ Die sichergestellte Pflanzanzahl stieg zuletzt weiter. Michaela Goecke von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) warnt: „Die Risiken des Cannabis-Konsums werden in Teilen der Bevölkerung unterschätzt - insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass Pflanzen mittlerweile eine wesentlich höhere THC-Konzentration haben.“

In der Ärzteschaft gibt es indes auch Stimmen, die wenigstens dem medizinischen Handel wohlwollend gegen-

überstehen. Für Josef Mischo, Chef der Arbeitsgruppe Sucht und Drogen in der Bundesärztekammer, ist es „gut, dass die therapeutischen Möglichkeiten erweitert werden“. Ob sich dadurch insgesamt auch mehr THC-Therapien ergeben, sei offen.

Dass der einzelne Arzt nach eigenem Gusto über die Eignung von Cannabis befinden muss, könne für manche Patienten - und Lieferanten - auch eine Herausforderung werden, sagt Debs: „Der Knackpunkt ist, dass Ärzte weitergebildet werden.“ Nutzer, deren Sondererlaubnis im Sommer endet, müssten zudem rasch einen Mediziner finden, der zum Rezept bereit ist. „Kein Gesetz ist perfekt.“ Apotheker Waßmuth sieht das ganz ähnlich: „Der Gedanke, dass Cannabis gesellschaftsfähig ist, ist noch nicht wirklich in der Mitte der Gesellschaft angekommen.“

Deutschland

Neues BKA-Gesetz kippt ärztliches Berufsgeheimnis

Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten kritisieren den Entwurf zum neuen BKA-Gesetz. Er weiche das Berufsgeheimnis auf

Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt erfordert einen ausnahmslosen verfassungsrechtlichen Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses“, sagte Dr. Silke Lüder, Vizevorsitzende der Freien Ärzteschaft, am Donnerstag in Hamburg. Dem aktuellen Gesetzentwurf zufolge sollen jedoch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten ihren Schutz als Berufsgeheimnisträger vor staatlicher Ausspähung und Überwachung verlieren. Hingegen sollen Geistliche, Bundestagsabgeordnete und nun auch alle Rechtsanwälte geschützt bleiben.

„Für uns Ärzte“, so Lüder, „ist das völlig inakzeptabel. Das Arzt-Patienten-Verhältnis gehört zum Kernbereich privater Lebensführung der Bürger, deren Schutz das Bundesverfassungsgericht 2016 in seiner Entscheidung gegen das bis-

herige BKA-Gesetz verlangt hat.“ Die Ärztekammern in Niedersachsen und

dert, sich für den Schutz der ärztlichen Tätigkeit vor staatlicher Überwachung einzusetzen.



Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht kann nicht Gegenstand einer Abwägungsentscheidung sein.

Foto: Flickr/Truthout.org/ CC BY 2.0

Hamburg haben bereits in Beschlüssen den Bundestag aufgefordert, den Gesetzentwurf entsprechend zu ändern. Damit ist auch die Bundesärztekammer gefor-

Seit 2009 ist es den staatlichen Behörden laut BKA-Gesetz erlaubt, vorbeugend zur Abwehr schwerer Straftaten Telefon- und Onlineüberwachungen bei Verdächtigen und ihren Kontaktpersonen durchzuführen, Spähsoftware auf Computern und anderen Endgeräten zu installieren sowie Wohnungen über Ton und Bild verdeckt zu überwachen. Das BKA-Gesetz beschränkt das in der Strafprozessordnung geregelte Zeugnisverweigerungsrecht für Berufsgeheimnisträger. FÄ-Vize Lüder kritisiert: „Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht kann nicht Gegenstand einer

Abwägungsentscheidung sein. Sie bildet die Grundlage unserer ärztlichen Tätigkeit und schützt die Grundrechte unserer Patienten.“

Gesundheitswesen

Krankenhaus: IT-Sicherheit betrifft alle Akteure

Aktuelle IT-Lösungen sind auch im Gesundheitswesen wichtig. Doch die Sicherheit hängt nicht nur von der Produktqualität ab



Der Personalmangel macht die Umsetzung von Sicherheitsanforderungen schwierig.

Quelle: Flickr/Christopher Cook/CC BY 2.0

Auf Seiten der Anwender muss der organisatorische Rahmen geschaffen werden, um Zwischenfälle möglichst zu verhindern oder, im Falle eines Angriffs, den Schaden zu begrenzen. Auch seitens des Gesetzgebers und der Regulierungsbehörden sind klare Vorgaben nötig, die Unternehmen und Anwender umsetzen und auf die sie sich berufen können.

Immer wieder haben es in jüngster Zeit Cyberattacken auf Krankenhäuser bis in die Boulevard-Medien geschafft. Insbesondere das Jahr 2016 stach in dieser Hinsicht hervor. Es kam zu einer Serie so genannter Ransomware-Attacken auf wahrscheinlich mehrere Dutzend Krankenhäuser mit dem Ziel, Geld - in der Regel in Form von Bitcoins - zu er-

pressen. Wer nicht zahlt, hat den Schaden und muss unter Umständen weite Teile des IT-Systems neu aufsetzen. Patienten kommen dadurch normalerweise nicht zu Schaden, aber es ist ein erheblicher Aufwand für die betroffenen Häuser, und relevante Kosten sind die Folge. Aber sind Krankenhäuser wirklich besonders unsicher?

Für die Antwort auf diese Frage hilft ein Blick in den Bericht des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zur Lage der IT-Sicherheit in Deutschland 2016. Dort wird betont, dass im Jahr 2016 die Zahl bekannter Schadprogrammvarianten auf mehr als 560 Millionen gestiegen sei. Vor allem die Bedrohung durch Ransomware habe sich verschärft. „Dies betrifft alle Nutzer: Private, Unternehmen, Staat und Verwaltung“, so Bundesinnenminister Thomas de Maizière. Insgesamt nähmen die „Komplexität der Bedrohungslage ebenso wie damit einhergehenden Gefahren für die fortschreitende Digitalisierung“ zu, so das BSI. Der Zugriff auf digitale Daten werde für Unternehmen und Bürger zunehmend essentiell. Entsprechend verwundbarer werde das alltägliche Leben.

Michael Thoss, Sprecher des Bundesverbands der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter (KH-IT), sagt, dass die genaue Zahl der Cyberattacken auf Krankenhäuser in Deutschland weiterhin kaum zu ermitteln sei: „Viele neigen dazu, solche Ereignisse nicht zu melden statt offensiv mit ihnen umzugehen.“ Dass Krankenhäuser stärker bedroht sind als andere Einrichtungen, glaubt Thoss nicht. Würden rein die gemeldeten Zwischenfälle zugrunde gelegt, dann komme man für das Jahr 2016 auf etwa 60 Cyberattacken auf Krankenhäuser. Bei rund 2000 Krankenhäusern wäre das ein Anteil von 3 Prozent - ähnlich hoch oder niedrig wie in anderen Branchen.

Insgesamt ist aber auch Thoss überzeugt, dass die Bedrohungen zugenommen haben: „Krankenhäuser sind einfach online sehr viel präsenter als früher. Das liegt nicht zuletzt an gesetzlichen Vorgaben wie jenen zur intersektoralen Kommunikation oder zur Qualitätssicherung. Je stärker Krankenhäuser digital präsent werden, umso stärker tauchen sie als Bedrohungsgruppe auf, da geht es dem Gesundheitswesen nicht anders als anderen Branchen.“

Klar ist, dass es im Gesundheitswesen genauso wie in anderen Branchen in Zeiten der Online-Vernetzung keine absolute Sicherheit geben kann. Es kann und sollte aber alles getan werden, um eine bestmögliche Sicherheit zu erreichen. Dazu sind Hersteller, Anwender und Politik bzw. Regulierungsbehörden gleichermaßen gefordert. „Die Gesundheits-IT-Hersteller haben die IT-Sicherheit fest im Blick und sorgen dafür, dass die von ihnen angebotenen Software-Lösungen sicherheitstechnisch auf dem aktuellen Stand sind. Seitens des bvitg beteiligen wir uns außerdem intensiv an politischen und regulatorischen Arbeitskreisen, etwa im Kontext der Umsetzung und Konkretisierung des IT-Sicherheitsgesetzes“, so bvitg-Geschäftsführer Ekkehard Mittelstaedt.

Das im Jahr 2015 verabschiedete Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme („IT-Sicherheitsgesetz“) zielt darauf ab, bei Betreibern kritischer Infrastrukturen Defizite im IT-Bereich abzubauen. Zu den Betreibern kritischer Infrastrukturen gehören Einrichtungen aus neun Branchen, darunter die Energiewirtschaft, die Transportwirtschaft, die Wasserwirtschaft und auch das Gesundheitswesen. Derzeit wird in individuellen Branchenarbeitskreisen konkretisiert, welche Einrichtungen genau als kritisch anzusehen sind. „Bei Krankenhäusern dürfte das an der Fallzahl festgemacht werden. Die Details sind noch in der Diskussion“, so Thoss.

Am Ende dieses Prozesses, wohl noch in dieser Legislaturperiode, wird es eine Rechtsverordnung geben, die festlegt, wen genau das IT-Sicherheitsgesetz betrifft. „Dadurch wird das Gesetz quasi erst mit Leben erfüllt“, so Thoss. Eine Komponente ist eine strenge Meldepflicht für betroffene Einrichtungen. Hier können Krankenhäuser freilich heute schon aktiv werden: „Wir empfehlen Krankenhäusern, sich unabhängig von der Rechtsverordnung für die öffentlich-private UP KRITIS-Kooperation zwischen dem BSI

und den Betreibern kritischer Infrastrukturen zu akkreditieren. So werden sie in die Informationsflüsse eingebunden und können Cyberattacken vertraulich melden.“

Für Krankenhäuser wie für alle anderen Einrichtungen, die sich in der Online-Welt bewegen, gilt, dass IT-Sicherheit nicht nur eine technische, sondern auch eine organisatorische Komponente aufweist. Das gilt beim Schutz vor Cyberattacken, aber auch bei Umgang mit Angriffen, die erfolgt sind. So ist für die Vorbeugung von Zwischenfällen im Kontext der Einbindung von Medizingeräten in IT-Infrastrukturen von Krankenhäusern ein Risikomanagement nötig, das die Einbindung und die Kontrolle der eingebundenen Geräte beinhaltet und das idealerweise schon im Beschaffungsprozess neuer Medizingeräte greifen sollte. Wie so etwas organisatorisch aussehen kann, beschreibt die DIN-Norm 80001. „Krankenhäuser müssen aber nicht nur das Risikomanagement umsetzen, sondern auch organisatorisch reagieren. Die IT muss auch sagen dürfen, wenn ein Produkt aus Sicherheitsgründen nicht gekauft werden sollte“, sagt Thoss. Für den Umgang mit Cyberattacken, zu denen es trotz aller Vorsichtsmaßnahmen kommen kann, ist auf Anwenderseite zudem ein belastbares Notfallkonzept erforderlich, mit dem die Patientenversorgung auch dann aufrechterhalten werden kann, wenn die IT als Folge einer Cyberattacke ausfällt. „Solche Konzepte müssen ausformuliert werden und auch getestet werden, und es müssen die dann nötigen analogen Ressourcen zur Verfügung stehen“, so Thoss. Klar ist, dass mehr IT-Sicherheit nicht umsonst ist. Gerade personell seien viele Einrichtungen heute nicht in der Lage, organisatorische Sicherheitsmaßnahmen umzusetzen oder sich an Arbeitskreisen wie UP KRITIS zu beteiligen. „Ohne Anhebung der IT-Budgets dürften viele Sicherheitsanforderungen, die auf die Krankenhäuser zukommen, nur schwer umsetzbar sein“, so Thoss.