

ARGUMENTATION KOMPAKT

Ein Service der Hanns-Seidel-Stiftung für politische Entscheidungsträger



Ausgabe vom 23. November 2021 – 6/2021

/// Für innovative und menschenorientierte Forschung und Wissenschaft

Deutschland braucht ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz!

Maximilian Th. L. Rückert / Bernhard Seidenath /// Bis 2025 will die EU-Kommission mit Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraums für einen effizienten Austausch und direkten Zugriff auf unterschiedliche Gesundheitsdaten sorgen – für die Gesundheitsversorgung selbst (Primärnutzung) und die Gesundheitsforschung (Sekundärnutzung). Die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Patientendatenschutzgesetz brauchen dafür eine innovationsoffene Ergänzung: ein patientenzentriertes Gesundheitsdatennutzungsgesetz, das öffentlicher und industrieller Forschung und Entwicklung Datennutzung ermöglicht.

- ◆ „Datenschutz UND Datenschatz zusammen denken!“ Wir brauchen eine breit angelegte öffentliche Debatte, die den Datenschutz ganzheitlich als Teil des Patientenschutzes erklärt. Gesundheitsdaten müssen deshalb als Kollektivgut gedacht werden. Der individuelle Nutzen für die Gesundheit jedes Einzelnen beispielsweise durch den Einsatz von KI-Systemen muss dafür mit einer breit angelegten Kampagne erklärt werden.
- ◆ „Daten teilen, heißt besser heilen!“ Wir brauchen einen verbindlichen Rechtsrahmen für Datenspenden.
- ◆ „Mehr Datensolidarität wagen!“ Jeder hat zwar ein Widerspruchsrecht, aber um genug Daten für Forschung und Entwicklung zu haben, brauchen wir eine starke Opt-Out-Regelung statt der Opt-In-Vorschrift im Patientendatenschutzgesetz.
- ◆ „Eine für alle!“ Wir brauchen zeitnah die Einrichtung einer zentralen Sammelstelle für Forschungsdaten, die Forschungsanfragen aller transparent prüft, die Daten treuhänderisch verwaltet, normiert und kuratiert und die eine sichere (digitale) Forschungsumgebung bietet.

Deutschland braucht ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz!

Für innovative und menschendienliche Forschung und Wissenschaft

Maximilian Th. L. Rückert / Bernhard Seidenath

Was sind Gesundheitsdaten?

Der Nutzen für alle liegt auf der Hand: Durch Künstliche Intelligenz (genauer Machine Learning) wurden in Rekordgeschwindigkeit Impfstoffe gegen die Corona-Pandemie entwickelt. Auf Algorithmen basierende Systeme können heute bereits für Präventions- und Therapiemaßnahmen, Diagnoseverfahren (zum Beispiel um Auffälligkeiten in MRT-Bildern zur Krebsdiagnostik zu erkennen) eingesetzt werden und bereiten den Weg zu personalisierter Medizin.¹ Da nahezu jeder Krankheitsverlauf von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist, wird Therapie dann spezifisch und kann erfolgreich anschlagen. Gleiches gilt für die Entwicklung von Medikamenten: Das eine Präparat schlägt bei jenem an, beim anderen ist es weniger wirksam. Die Einsatzszenarien von KI-Technologien zur Mustererkennung haben ein großes Möglichkeitsspektrum – der Treibstoff dieser Technologien jedoch ist sehr begrenzt: Daten.²

Zwar werden jedes Jahr mehr als 22 Zettabyte Daten weltweit produziert. Speicherte man theoretisch alles auf 1-GB-Sticks, könnte man drei Milliarden Fußballfelder damit belegen.³ Aber im europäischen Gesundheitsbereich sind relevante Datensätze nicht verfügbar. Auch wenn auf unterschiedlichste Datengattungen wie beispielsweise Bild-, Berührungs- und Audiodaten zurückgegriffen werden kann, insofern sie digital vorliegen, so sind sie nur in Kombination mit anderen Gesundheitsfaktoren wirklich aussagekräftig und verwertbar. Vorerkrankungen, Alter, sozioökonomische Verhältnisse, Wohnort, genetische Prädispositionen – all diese Faktoren beeinflussen unsere Gesundheit und sie sind bei der Entwicklung neuer Therapiemethoden Grundlage. Aber Wissenschaft und Forschung haben auf diese Daten keinen Zugriff. Denn sie sind in der stark sektoral fragmentierten Landschaft des deutschen Gesundheitswesens weit verteilt und nicht miteinander verbunden wie zum Beispiel Laborbefunde, Anamnesedaten, Arztbriefe, Medikation, Daten aus digitalen Anwendungen (DiGAs), Fitness- und Lifestyledaten.

Dabei sollte jeder Patient ein Anrecht darauf haben, dass seine Daten optimal für sein Patientenwohl genutzt werden.⁴ Was europäischen und deutschen Forschern fehlt, haben die Digital Global Player längst in ihren Unternehmenszentralen zusammengeführt, nämlich die von uns teils aus Bequemlichkeit oder einfach nur zur Selbstoptimierung freiwillig abgegebenen Daten zum Beispiel aus unseren Smartphones, Fitnesstrackern oder Wearables.

Was ist nun mit dem Begriff „Gesundheitsdaten“ gemeint? Zunächst wird zwischen Daten, Informationen und Wissen unterschieden: Daten sind verschiedene Symbole und Zeichen, deren Bedeutung nur durch dessen Kontext klar wird. Informationen hingegen sind verknüpfte Daten, diese stellen beispielsweise Kenntnisse über konkrete Sachverhalte dar. Informationen sind in sich abstrakt und dichotom, also relevant oder nicht relevant. Bei Wissen handelt es sich um gesammelte Informationen, auf Grundlage

derer es etwa möglich ist, Probleme zu lösen. Allgemein gilt: Je mehr Daten gesammelt werden, umso mehr Erkenntnisse, also Informationen, lassen sich daraus gewinnen. Datenpunkte wie beispielsweise ein einzelner EKG-Messwert, die sich nicht interpretieren, also kontextualisieren lassen (beispielsweise der EKG-Wert in Verbindung mit der Vorerkrankung Diabetes), sind somit wertlos.

Wenn wir also von Gesundheitsdaten sprechen, müssen wir immer bedenken, dass es nicht auf einzelne Testergebnisse oder Diagnosen ankommt, sondern dass Datenpunkte immer im Kontext gesehen, verbunden und im großen Pool verglichen werden müssen, bevor ein Ergebnis verwertbar ist. Die Datenhoheit hat nur, wer die Daten „besitzt“, das heißt gespeichert hat, und wer auch fähig ist, diese Daten auszuwerten.⁵ Die Auswertung von Massendaten, die wir gemeinhin unter Big Data subsumieren, ist jedoch nur die „einfachste“ Spielart für datengetriebene Innovationen im Gesundheitswesen, die potenziell Leben retten und verlängern können. Leider stehen wir in Deutschland in dem wichtigen Thema der Digitalisierung im Gesundheitswesen erst am Anfang, obwohl wir seit über zwanzig Jahren davon sprechen, jetzt endlich in einem der teuersten Gesundheitssysteme der EU diese Technologien zum Einsatz zu bringen.

Warum kommt die Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht vom Fleck? Der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen der Bundesregierung, Professor Dr. Ferdinand Gerlach, sieht die Defizite in der umfangreichen Studie über den Ist-Stand der Digitalisierung in einem missverstandenen Datenschutz.⁶ Die übervorsichtige Auslegung der im Grunde richtigen Datenschutzvorschriften, die schließlich die sensibelsten unserer Daten sichern sollen, werde zum Selbstzweck erhoben, und der eigentlich bestehende Handlungsrahmen bleibe ungenutzt.⁷

Hier muss bezüglich der Art der forschungsrelevanten Daten eine Unterscheidung getroffen werden: nach Gesundheitsdaten, biometrischen Daten, genetischen Daten und personenbezogenen Daten.

Gesundheitsdaten sind nach Art. 4 Nr. 15 DSGVO jene personenbezogenen Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.⁸

Das Problem liegt in der Frage nach einer Primär- und Sekundärdatennutzung: Im Gesundheitswesen gelten als Primärdaten alle Gesundheitsdaten, die routinemäßig in der Gesundheitsversorgung anfallen, die für die Versorgung relevant sind und in elektronischen Akten gespeichert werden. Solche Daten kommen aus Apotheken, Laboren, Arztpraxen, Krankenhäusern und Produktregistern, aus Abrechnungs- oder Beobachtungsdaten. Jeder dieser Datenpunkte darf jedoch nur für diesen primären Zweck verwendet werden. Welches Medikament beispielsweise ein Patient bezieht, darf zwar die Apotheke und auch der behandelnde Arzt wissen, aber bereits die Abfrage, welche Medikamente zu gefährlichen Wechselwirkungen bei anderen Patienten führten, lässt sich nicht mehr im gültigen Rechtsrahmen klären. In diesem Fall spricht man von Sekundärnutzung, also von Gesundheitsdatennutzung, die nicht mehr dem primären Zweck dient, für den sie erhoben wurden. Gerade in der Sekundärnutzung liegt jedoch das größte Potenzial datengetriebener Innovationsprozesse für die Forschung.⁹

Welche Schritte wurden in Deutschland für die Gesundheitsdatennutzung schon unternommen?

Schon 2017 hat der deutsche Ethikrat in seinem Gutachten „Big Data und Gesundheit“ darauf hingewiesen, einem Datenmissbrauch könne „mit Handlungsformen und Schutzmechanismen des traditionellen Datenschutzrechts nur unzureichend begegnet“¹⁰ werden. Es müsse vielmehr Datenschutz und Datennutzen gemeinsam gedacht werden, woraufhin das unionsgeführte Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seitdem neben infrastrukturellen Maßnahmen auch wesentliche rechtstiftende und innovationstreibende Initiativen gestartet hat:¹¹

- **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG):** Die elektronische Patientenakte (ePA) ist, wenngleich aktuell noch in der breiten Öffentlichkeit zu wenig bekannt, endlich Wirklichkeit geworden. Krankenkassen müssen diese ab 2021 allen Versicherten anbieten. In der ePA können auf Wunsch der Versicherten Befunde, Arztbriefe, aber auch Impfnachweise gespeichert werden. Hier gilt jedoch die beschriebene Primärnutzungsproblematik. Patienten könnten zwar freiwillig die dort abgelegten Daten der öffentlichen Forschung (zum Beispiel Universitäten, Hochschulen, Forschungsinstituten) freigeben, aber die Innovationstreiber Wirtschaft und Industrie bleiben davon ausgeklammert.
- **Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG):** Apotheken, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser müssen sich ab 2021 gesetzlich verpflichtend bei der Telematikinfrastruktur ankoppeln und somit intersektoralen Datenverkehr möglich machen. Bei Hebammen, Pflegeeinrichtungen und Physiotherapeuten endet jedoch der eigentlich ganzheitlich gedachte Ansatz.
- Die sogenannte Datenaufbereitungsstelle soll zu einem Forschungsdatenzentrum ausgebaut werden. Dort sollen auf Antrag vorliegende Abrechnungsdaten aggregiert und anonymisiert der öffentlichen Forschung zur Verfügung gestellt werden können. Nur in Einzelfällen werden selbst der öffentlichen Forschung nur pseudonymisierte Einzeldatensätze übermittelt. Die forschende Industrie und Medizin- und Biotechnikunternehmen sind davon jedoch ausgenommen und nicht antragsberechtigt.
- **Patientendatenschutzgesetz (PDSG):** So wichtig die Sicherstellung von sektorenübergreifender Auswertbarkeit (zum Beispiel durch das medizinische Terminologiesystem SNOMED CT) ist und so richtig die Grundlinie ist, dass die Daten aus der ePA auch nach einem Krankenkassenwechsel übertragen werden und damit auch „doppelte Aktenführung“ künftige Forschungsergebnisse nicht verwässern, so zielen die Bestimmungen zur Datenfreigabe doch in Richtung Datensparsamkeit und Primärverwendung. Die im PDSG festgelegte Opt-In-Lösung zur Datenfreigabe und Datenübermittlung führt zu eklatantem, aber im Grunde unnötigem Datenmangel. Ein aktueller europäischer Rechtsvergleich zeigt deutlich, dass Deutschland die Spielräume zum Datengebrauch nicht ausschöpft.¹² Eine wie im Gesetz richtig geforderte „informierte Einwilligung“ als Opt-Out-Lösung brächte jedoch sofort einen wertvollen Datenschatz für Forschung und Entwicklung. Denn „kommt es nicht unterlassener Hilfeleistung gleich, wenn wir uns bewusst dagegen entscheiden“¹³, Daten auswerten zu lassen, obwohl damit anderen Patienten geholfen und sogar Leben gerettet werden können?

Der Aus- und Aufbau der Medizininformatik-Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBG) und das Innovationsforum Gesundheit 2025 des BMG sowie alle Initiativen, die im Rahmen der SARS-CoV2-Pandemie gestartet wurden, weisen in Richtung patientenwohlorientierter Gesundheitsdatennutzung. Dieser Weg muss nun für den Forschungs- und Wirtschaftsstandort Deutschland konsequent weiterverfolgt werden.

Warum braucht Deutschland ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz?

Um jedoch im internationalen Vergleich bestehen zu können, um die bestmögliche Diagnostik, Behandlung und Therapie einer evidenzbasierten Medizin durch neue Technologien zu gewährleisten, brauchen wir eine zu dem eben geschilderten heterogenen Maßnahmenpaket passende einigende Klammer – auch um die Rechtsprechung in Deutschland auf dem Weg zu einem europäischen Gesundheitsdatenraum (vorgesehen für 2025) verbindlich zu klären. Wir empfehlen daher für die neue Legislaturperiode ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz. Ein solches Gesetz muss Orientierung für folgende offene Fragen bieten:¹⁴

- Das Patientenwohl soll ganzheitlich betrachtet und das Individuum mit seinen Bedürfnissen im Zentrum stehen. Gesundheitsdatennutzung kann eine wertvolle Grundlage und Ergänzung der bestehenden Gesundheitsversorgung werden.
- Datengetriebene Innovationsprozesse von Präventions-, Diagnose- und Therapieleistungen dürfen sich durch die offene Frage der Finanzierung nicht nachteilig auf Fragen der sozialen Gerechtigkeit auswirken.
- Die Interoperabilität der Daten muss hergestellt werden ohne zunehmende Bürokratisierungseffekte im Zuge der notwendigen Anpassungen.
- Die hochsensiblen Gesundheitsdaten sollen schnell verfügbar und transparent für die sektorenübergreifende Vernetzung des Gesundheitssystems sein, sie sollen dem Patientenwohl aller dienen, aber sie müssen gleichzeitig den Persönlichkeitsschutz gewährleisten.
- Gesundheitsdaten sollen für menschendienliche und innovationsoffene Sekundärnutzung verfügbar sein, aber gleichzeitig den höchsten Sicherheitsstandards genügen und dem Zugriff Unberechtigter strikt entzogen sein.

Die Bereitschaft zur Datensolidarität ist in Deutschland bei Weitem größer als geglaubt, was sich beispielsweise mit den Erfahrungen der Corona-Datenspende-App des Robert-Koch-Instituts belegen ließe, mit deren Hilfe mehr als 500.000 Menschen in Deutschland ihre Vitalparameter für die Forschung spendeten.¹⁵ Wenn es in diesem Fall der akuten Pandemiebekämpfung gelang, binnen kürzester Zeit und im Einklang mit geltenden Datenschutzbestimmungen massenhaft valide Daten für Forschungszwecke zu erheben und auszuwerten, mag dies ein Signal für eine allgemeine Datenspendebereitschaft und für ein solidarisches Miteinander sein.

Auch Umfragen belegen diesen Trend: Zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung würden zwar 44 Prozent in Deutschland ihre persönlichen Daten teilen, was sich mit dem EU-Durchschnitt durchaus deckt,¹⁶ aber laut einer Umfrage aus dem Jahr 2018 von Bitkom sieht die Mehrheit der Bevölkerung den Einsatz von KI im Gesundheitswesen als Chance: Im Bereich der Früherkennung von Krankheiten sind dies sogar 81 Prozent.¹⁷ Im Jahr 2020 sind sogar knapp 90 Prozent bereit, ihre Daten auch für privat finanzierte Forschung zur Verfügung zu stellen.¹⁸ Was es daher jetzt für den Digitalisierungsschritt im Gesundheitswesen in Deutschland braucht, sind Datensolidarität, Akzeptanz durch Transparenz, ein allgemeinwohlorientierter und wertegeliteter Ansatz (value by design) bereits bei der Entwicklung der KI-Anwendungen im Gesundheitswesen sowie eine Verbindung von maximaler Datensicherheit und verantwortungsvollem, patientenwohldienlichem Datengebrauch.¹⁹

Konkret soll das Gesundheitsdatennutzungsgesetz folgende Aspekte berücksichtigen, die für die Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraums den datenschutzkonformen Zugang zu Gesundheitsdaten und den freien Datenverkehr erleichtern. Um wesentlich zum Aufbau qualitätsgesicherter Trainings- und Testdatensätze für algorithmenbasierte Anwendungen im Gesundheitswesen beizutragen, muss mit den relevanten Stakeholdern offen diskutiert werden:

- Die freiwillige Datenspende aller ePA-Nutzer muss rechtsklar geregelt werden und Datenspenden in Form der Lifestyle-Daten auch an nicht öffentliche Forschung ermöglichen.
- Es braucht definierte Strukturen und intersektoral passende Standards für Gesundheitsdaten, die Bereitstellung durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollte incentiviert werden.
- Es muss zeitnah das Forschungsdatenzentrum aufgebaut werden, das die Daten treuhänderisch verwaltet und für Forschungszwecke kuratiert, wie es beispielsweise in Finnland und Spanien bereits erfolgreich gelingt. Dort soll auch dem Innovationsmotor, der industriellen Forschung, ermöglicht werden, Forschungsanträge zu stellen, deren berechtigtes, patientenwohlorientiertes Interesse anhand transparenter Regeln geprüft wird. Dies ist die Grundlage für Patientenvertrauen und Datensolidarität.
- Das Forschungsdatenzentrum soll digitale, sichere Forschungsumgebungen mit personalisiertem Zugang für Forschende gewähren und differenzierte Antragsverfahren für aggregierte und pseudonymisierte Gesundheitsdaten ermöglichen. Für Transparenz und Vertrauen sollten die unternommenen Forschungsvorhaben veröffentlicht werden.
- Um qualitativ hochwertige Versorgung auf dem wissenschaftlich neuesten Stand zu gewährleisten, dürfen sich die Fehler, wie wir sie in Frankreich beobachten konnten, nicht wiederholen, wo das Opt-in-System beim Gesundheitsdatengebrauch gescheitert ist. Ein Opt-out-Verfahren, bei dem sich ein Versicherter explizit gegen die ePA oder für die Unkenntlichmachung von Inhalten aussprechen müsste, würde für mehr Potenzial sorgen.

Anmerkungen

Alle Internetadressen wurden am 30.9.2021 abgerufen.

- ¹ Vgl. Rückert, Maximilian Th. L.: Mit KI gegen die Pandemie. Über den Einsatz Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen (= Aktuelle Analysen 81, hrsg. von der Hanns-Seidel-Stiftung), München 2020.
- ² Vgl. Topol, Eric: Deep Medicine. How artificial intelligence can make healthcare human again, New York 2019.
- ³ Kersting, Kristian / Maier, Andreas: Medizindaten brauchen eine sorgfältige Abwägung der Interessen, 2.5.2021, <https://www.welt.de/wirtschaft/article230812509/KI-und-Medizin-Gesundheitsdaten-muessen-genutzt-und-geschuetzt-werden.html>
- ⁴ Obergföll, Fabian: Digitale Potenziale für die Gesundheit, in: Gesundheit und Gesellschaft, 7-8/2021, S. 16.
- ⁵ Vgl. Pieper, Sebastian: Wo liegt der Unterschied zwischen Daten, Informationen und Wissen?, in: artegic AG: The Marketing Engineering Blog, 2.11.2018, https://www.artegic.com/blog_de/wo-liegt-der-unterschied-zwischen-daten-informationen-und-wissen/
- ⁶ Gutachten des SVR 2021 mit dem Titel „Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf
- ⁷ Baas, Jens: Wir müssen Datenschutz neu definieren, in: Handelsblatt, 10.8.2021, S. 48.
- ⁸ Vgl. Johner, Christian: Datenschutz im Gesundheitswesen bei medizinischen Daten, https://www.johner-institut.de/blog/regulatory-affairs/datenschutz-bei-medizinischen-daten/#section_scroll3
- ⁹ Vgl. Thiel, Rainer / Deimel, Lucas / Fabricius, Charlotte: Stand und Perspektiven der Gesundheitsdatennutzung in der Forschung. Eine europäische Übersicht, Bonn 2021, S. IV.
- ¹⁰ Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Stellungnahme, Berlin 2018, S. 257.
- ¹¹ Zusammenfassung aus: Daten helfen heilen. Innovationsinitiative „Daten für Gesundheit“: Roadmap für eine bessere Patientenversorgung durch Gesundheitsforschung und Digitalisierung, <https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/pdf/daten-helfen-heilen>
- ¹² Vgl. Krönke, Christoph / Aichstill, Vanessa: Die elektronische Patientenakte und das europäische Datenschutzrecht. Möglichkeiten zur datenschutzkonformen Ausgestaltung elektronischer Patientenakten im europäischen Rechtsvergleich, hrsg. von der Stiftung Münch, Heidelberg 2021.
- ¹³ Baas: Wir müssen Datenschutz neu definieren.
- ¹⁴ Vgl. Technikradar 2021: Stakeholderperspektiven zur Zukunft der Gesundheit, <https://www.acatech.de/publikation/technikradar-2021-stakeholderperspektiven/>
- ¹⁵ Datenspende-App des RKI – Experiment mit offenem Ausgang, hrsg. von Netzpolitik.org., <https://netzpolitik.org/2020/datenspende-app-des-rki-experiment-mit-offenem-ausgang>
- ¹⁶ Attitudes towards the impact of digitalisation on daily lives, hrsg. von Special Eurobarometer, Nr. 503, https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2228_92_4_503_ENG, S. 34.
- ¹⁷ Künstliche Intelligenz: Bundesbürger sehen vor allem Chancen, hrsg. von Bitkom e.V., <https://www.bitkom.org/Presse/Presse-information/Kuenstliche-Intelligenz-Bundesbuenger-sehen-vor-allem-Chancen/>
- ¹⁸ Große Offenheit für Spende von Patientendaten, hrsg. von Bitkom e.V., <https://bitkom.org/Presse/Presseinformation/Grosse-Offenheit-fuer-Spende-von-Patientendaten/>
- ¹⁹ Vgl. Rückert, Maximilian Th. L.: Mehr Datensolidarität wagen!, in: Sonderpublikation zum KI-Symposium 2021, Behördenspiegel, S. 19-21, <https://www.behoerden-spiegel.de/sonderpublikation-zum-ki-symposium-2021/>

Dr. Maximilian Th. L. Rückert

Referent für Digitalisierung und Politik, Medien der Akademie für Politik und Zeitgeschehen,
Hanns-Seidel-Stiftung, München

Bernhard Seidenath, MdL

Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag sowie
Landesvorsitzender des Gesundheits- und Pflegepolitischen Arbeitskreises (GPA) der CSU

Impressum: Hanns-Seidel-Stiftung e.V., Lazarettstraße 33, 80636 München
Vorsitzender: Markus Ferber, MdEP; Generalsekretär: Oliver Jörg

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit der Texte wird auf die gleichzeitige Verwendung femininer und maskuliner Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten geschlechtsneutral bzw. für alle Geschlechter.