

Verkürzte Stellungnahme des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM-VPK) zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG)

Der BDPM-VPK begrüßt grundsätzlich die Bemühungen der Entwicklung einer Digitalisierung, die sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten von Vorteil und nutzbringend ist.

Wesentlich dazu beitragende Aspekte sind Störungsfreiheit, Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz, Datensicherheit, Vertrauen und Schweigepflicht sowie transparente und aktive Aufklärung der Versicherten über die Verwendung der Daten durch die Zugreifenden.

Für mehr Akzeptanz bei den Ärztinnen und Ärzten

Die Praxen bilden eine Vorreiterrolle bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens. Negativ auf die Akzeptanz wirken sich die viel zu hohen Ausfälle und Störfälle des Systems aus. Daher begrüßt der Verband alle Regelungen, die zu einer Stabilisierung der Telematik Infrastruktur und zu einer Interoperabilität, und damit zu einer Anwenderfreundlichkeit führen, die derzeit leider nicht gegeben ist.

Explizit **begrüßt** werden Regelungen wie

Art. 1 Nr. 86 - § 386 Absatz 1 SGB V (Recht auf Interoperabilität)

Die Akzeptanz wird auch durch direkte oder indirekte Sanktionen und deren Androhung deutlich vermindert. Gerade in Gebieten, die weniger technikaffin sind, werden Ärztinnen und Ärzte mit einer Altersverteilung nahe oder um den Rentenbeginn durch Sanktionierungen und Technik-Zwänge frustriert und motiviert, ihre Praxis frühzeitig aufzugeben. Das ist bei dem bereits jetzt bestehenden Ärztemangel kritisch zu bewerten, da gerade deren Leistungen nicht durch digitale Prozesse substituierbar sind. Auch minderqualifizierte substituierende Berufe werden das nicht auffangen können.

Insofern wirbt der Verband für ein Anreizsystem. Das wäre für die Motivierung und die Versorgung zielführend.

Zugriff der Krankenkassen auf die Praxisorganisation widerspricht der Freiberuflichkeit

Aber auch ein direkter Zugriff der Krankenkassen auf den Terminkalender freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte wirkt abschreckend und ist verfassungsrechtlich als bedenklich einzustufen. Das KV-System verfügt über ein bereits etabliertes Terminvermittlungssystem. Ein abschreckendes Konfliktszenario durch die Etablierung eines direkten Einflusses der Krankenkassen auf die Terminplanung in den Praxen ist mithin überflüssig, da sich Terminkapazitäten dadurch nicht vermehren lassen.

Hier wird explizit **abgelehnt**:

Art. 1 Nr. 77 - § 370c SGB V (Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen)

Damit wird die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Frage gestellt, indem in die Praxisorganisation direkt durch Krankenkassen-Apps eingegriffen wird. Bei Umsetzung wäre zu überprüfen, inwieweit dann – konsistent zur laufenden Rechtsprechung – die Krankenkasse verpflichtet wären, die Hälfte der Sozialversicherungsbeträge der bislang selbständigen und freiberuflichen, dann aber möglicherweise scheinselfständigen Ärztinnen und Ärzte zu übernehmen.

Für Akzeptanz bei den Versicherten durch Transparenz unter Wahrung von Schweigepflicht und Patient-Arzt-Vertrauensverhältnis

Es bedarf aber auch der Akzeptanz, Anwenderfreundlichkeit und Transparenz für die Versicherten. Das Gesetz entwirft eine Idee der elektronischen Patientenakte als zentrale Plattform mit erweiterten Zugangsrechten und erweiterter Datennutzung.

Bislang ist die Freiwilligkeit der patientengeführten Akte gesetzlich verankert.

In Praxen, die aufgrund vorliegender sensibler Krankheitsdaten zur Aufklärung verpflichtet sind, widerspricht ein großer Teil vor allem der jungen und nicht multimorbid kranken Menschen aufgrund der bereits jetzt bestehenden Zugriffsrechte der Anlage einer ePA oder lässt diese löschen. Der erschreckend geringe Informationsstand der Versicherten über die Anlage der ePA reflektiert auch die derzeit fast als marginal zu bezeichnende Nutzerquote der ePA-App.

Soll die ePA und die zugehörige App nun zu einer zentralen Plattform werden, dann bedarf es einer groß angelegten Aufklärungskampagne und höchster Transparenz mit aktiver Information über die Datennutzung der Zugreifenden durch die Zugreifenden.

Außerdem ist auf Diskriminierungsfreiheit zu achten. Für Versicherte muss eine von Ihnen geführte Akte selbstverständlich freiwillig bleiben. Es müssen also immer Alternativen zur Verfügung stehen. Das gilt auch für die Personengruppen, die aus vielfältigen Gründen nicht in der Lage sind, über die Technologie einer App ihre Gesundheit zu managen.

Die Formulierungen in § 347 SGB V Abs.3 Satz 5 über die Aufklärungspflicht sensibler Gesundheitsdaten belasten in dieser Form einseitig die Ärztinnen und Ärzte. Diese müssen ex ante festlegen, welche Daten in Zukunft diskriminierend sein könnten. Mit jedem neunten Zugriffsrecht auf die Daten außerhalb der Patient-Arzt-Beziehung erhöht sich dieses Diskriminierungs-Risiko, auch bei auf den ersten Blick nichtdiskriminierenden Daten.

Zudem ist die patientengeführte Akte durch die Möglichkeit, Inhalte zu löschen, ohne dass dies gekennzeichnet ist, als zentrale Plattform nur sehr bedingt geeignet. Auch widersprechen fast alle Aufgeklärten dem Hochladen sensibler Krankheitsdaten. Das ist kein unbedeutender Teil der Krankheitsdaten.

Kritisch gesehen wird in diesem Zusammenhang:

Art. 1 Nr. 48 - § 345a SGB V (Digitaler Versorgungseinstieg)

Dieser ist sinnvoll, jedoch kann er nicht ausschließlich über die Krankenkassen-App erfolgen. Da der Weg korrekterweise direkt in das KV System führt, muss deutlich sein, dass es sich nicht um einen Service der Krankenkassen handelt und darf nicht zu Marketing-Zwecken der Krankenkasse missbraucht werden.

Abzulehnen sind in diesem Zusammenhang:

Art. 1 Nr. 3 a) dd) und b) aa) - § 25b SGB V (Datengestützte Erkennung Individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen)

Durch den Zugriff der Krankenkassen auf die ePA wird die ärztliche Schweigepflicht erheblich aufgeweicht und das Patient-Arzt-Vertrauensverhältnis faktisch aufgehoben. Eine zu erwartende Profilbildung der Versicherten hat erhebliches Potenzial, sich nachteilig auf die Versicherten auszuwirken. Die Erfassung und Kommunikation über Gesundheitsrisiken im ärztlichen Behandlungskontext sind ausschließliche ärztliche Tätigkeiten.

Art. 1 Nr. 14 - § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Hier soll den Krankenkassen prinzipiell erlaubt werden, personenbezogene Daten bei den Versicherten und „Dritten“ zu erheben und zu nutzen, um Risikoprofile über die Versicherten anzulegen.

Damit werden die Krankenkassen zu einer Kontroll- und Überwachungsinstanz in der Lebensführung der Bevölkerung. Das ist - schon allein mit Blick auf die deutsche Geschichte - zum Schutz der Versicherten strikt abzulehnen!

Ebenso **sachlich unverständlich** ist die Einrichtung von Reallaboren ausschließlich bei den Krankenkassen

Art. 1 Nr. 15 - § 284a SGB V (Reallabore der Krankenkassen)

Die Auswertung von Behandlungsdaten mittels der Künstlichen Intelligenz kann sinnvoll sein, erfordert jedoch unbedingte Nähe zu und Teilhabe an der Versorgung. Das trifft auf ärztliche Organisationen zu.

Krankenkassen verfolgen eigene Interessen.

Es bleibt unverständlich, wie eine derart unsachgerechte interessengeleitete Bevorzugung in einen Gesetzentwurf gelangen kann.

Berlin, 28.05.2026

Dr. Christian Messer

Präsident

Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM-VPK e. V.)

Kontaktdaten:

A: Waldemarstraße 37A, 10999 Berlin

E: info@bdpm-online.de

T: 030 397 18464