
Stellungnahme aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und assoziierter Partnergesellschaften zum GeDIG-Referentenentwurf (Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen)

Die DGCH und die unterzeichnenden assoz. Partnergesellschaften begrüßen grundsätzlich die Zielrichtung des GeDIG: bessere Datenverfügbarkeit, interoperable Systeme, ePA-Weiterentwicklung, E-Überweisung, Medikationsplan, sichere Kommunikation und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten können die chirurgische Versorgung deutlich verbessern. Gerade präoperative Risikoeinschätzung, perioperative Arzneimittelsicherheit, sektorenübergreifende Nachsorge und Registerforschung profitieren von vollständigen, strukturierten und verlässlichen Daten. Der Entwurf benennt diese Ziele ausdrücklich, insbesondere die Verbesserung von Versorgung, Patientensicherheit und Entlastung der Leistungserbringenden.

Aus chirurgischer Sicht bleibt der Entwurf jedoch zu stark technik- und strukturorientiert und zu wenig prozessorientiert. Entscheidend ist nicht allein, dass Daten „vorhanden“ oder „interoperabel“ sind, sondern dass sie im OP-, Stations-, Notfall- und Ambulanzalltag schnell, vollständig, validiert und haftungsrechtlich belastbar verfügbar sind. Eine ePA, die unvollständige Medikationsdaten, alte Befunde oder unklare Verantwortlichkeiten enthält, kann in der chirurgischen Versorgung nicht nur nutzlos, sondern gefährlich sein.

Kritisch ist ferner, dass neue Pflichten für Leistungserbringer entstehen, ohne dass der klinische Mehraufwand realistisch abgebildet wird. Der Entwurf geht von erheblichen Einsparungen aus, unter anderem durch elektronische Überweisungen, und beziffert jährliche Entlastungen der Leistungserbringer auf etwa 440 Mio. Euro. Diese Annahme erscheint aus chirurgischer Sicht zu optimistisch, solange Dokumentation, Datenpflege, Schnittstellenprobleme, Schulung, Support und Ausfallmanagement nicht gegenfinanziert und organisatorisch abgesichert werden.

Positiv zu bewerten sind die geplante E-Überweisung und der digitale Versorgungseinstieg. Für chirurgische Fächer ist aber zwingend, dass Überweisungen strukturierte Mindestinformationen enthalten: Fragestellung, Dringlichkeit, relevante Bildgebung, Laborwerte, Antikoagulation, Voroperationen, Implantate, Allergien und Infektionsstatus. Ohne solche Pflichtdatensätze droht die E-Überweisung lediglich die digitale Fortsetzung unvollständiger Papierprozesse zu werden.

Die geplante Erweiterung des Medikationsplans ist aus chirurgischer Sicht besonders relevant. Perioperative Risiken durch Antikoagulanzen, Thrombozytenaggregationshemmer, Immunsuppressiva, Antidiabetika und Polypharmazie erfordern verlässliche, aktuelle Medikationsdaten. Die ergänzte Entwurfsfassung sieht eine umfassendere Regelung des Medikationsplans vor. Aus chirurgischer Sicht sollte klargestellt werden, wer für Aktualität, Prüfung und Übernahme in perioperative Behandlungspfade verantwortlich ist.

Auch die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten wird grundsätzlich unterstützt. Chirurgische Qualitätssicherung, Versorgungsforschung, Register, Implantatnachverfolgung und Outcome-Forschung benötigen belastbare Daten. Begrüßenswert ist, dass das FDZ Gesundheit weiterentwickelt und in bestimmten Fällen auch ein Datenzugang mit identifizierbaren Leistungserbringern ermöglicht werden soll, etwa zur Kontaktaufnahme bei ähnlichen Fällen. Dies muss jedoch mit klaren Schutzmechanismen gegen Fehlinterpretation, Ranking-Logiken und haftungsrechtliche Zweckentfremdung verbunden werden.

Die verpflichtende Nutzung von KIM und die Stärkung der gematik zur Verbesserung der TI-Stabilität sind nachvollziehbar. Für chirurgische Kliniken und Praxen ist aber entscheidend, dass Ausfälle nicht zu Versorgungsabbrüchen führen. Notfall- und OP-Prozesse brauchen verbindliche Offline- und Fallback-Regelungen.

Forderungen:

1. Chirurgische Fachgesellschaften müssen verbindlich an Datensatzdefinitionen, ePA-Inhalten, E-Überweisungsstandards und Medikationsprozessen beteiligt werden.
2. Für elektive und notfallchirurgische Prozesse sind verpflichtende chirurgische Mindestdatensätze festzulegen.
3. Neue Dokumentationspflichten dürfen nur mit Finanzierung, Schulung, Support und praktikablen Haftungsregeln eingeführt werden.
4. Die ePA muss klinisch kuratierte, aktuelle und priorisierte Informationen bereitstellen, nicht nur Datenablage sein.
5. Sekundärnutzung muss Register- und Versorgungsforschung fördern, darf aber nicht zu unkontrollierter Leistungserbringerbewertung führen.
6. TI, KIM und ePA benötigen verbindliche Ausfallkonzepte für Notfallversorgung, OP und stationäre Abläufe.

Fazit aus chirurgischer Sicht:

Das GeDIG bietet erhebliche Chancen für die chirurgische Versorgung. In der vorliegenden Form besteht jedoch das Risiko, dass technische Pflichten schneller wachsen als klinischer Nutzen. Die Chirurgie unterstützt die Digitalisierung, fordert aber eine konsequente Ausrichtung an Patientensicherheit, chirurgischen Behandlungspfaden, realistischer Aufwandserfassung und klarer Verantwortlichkeit.

Unterzeichner:

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für HNO Heilkunde e.V.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr.med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 2887 6290, Mobil +49 (0)171 5330 666
schmitz-rixen@dgch.de