

Stellungnahme

**Gesetz für Daten und digitale Innovation im
Gesundheitswesen (GeDIG)**
Gesetzentwurf (BT-Drucksache 21/8279)

08.10.2026

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Bewertung	3
2. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen	4
2.1 Beratung durch Krankenkassen/Mehrwertdienste (§ 25b SGB V)	4
2.2 Digitale Bedarfseinschätzung (§ 360b SGB V, § 360c SGB V)	7
2.3 Digitaler Versorgungseinstieg (§ 345a SGB V)	9
2.4 Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 342 SGB V)	10
2.5 Elektronische Überweisung (§§ 86a, 360a, 361d SGB V)	10
2.6 Digitale Patientenrechnung (§ 359a SGB V)	13
2.7 Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (§§ 87, 92 SGB V)	14
2.8 Inhalt und Struktur von Abrechnungsdaten in der ePA (§ 350 Absatz 2 SGB V)	15
2.9 Erleichterung Wechsel Praxisverwaltungssysteme (§ 386a SGB V)	16
2.10 Digitalberatung (§ 386b SGB V)	17
2.11 Psychotherapeut*innen ausdrücklich im SGB VII benennen (§§ 27, 28, 34 SGB VII)	17

1. Allgemeine Bewertung

Digitalisierung muss der Versorgung dienen

Durch den vorliegenden Gesetzentwurf soll die Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter vorangetrieben werden. Sie bietet – insbesondere mit der elektronischen Überweisung und der elektronischen Patientenakte (ePA) – Chancen für eine bessere Versorgung. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) unterstützt eine Digitalisierung, die bei Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit einen konkreten und nachweisbaren Nutzen für Patient*innen und die Versorgung schafft.

Die Einführung einer digitalen Ersteinschätzung und ihre perspektivische Weiterentwicklung zu einer digitalen Bedarfseinschätzung müssen jedoch als Ergänzung bestehender Zugangswege konzipiert werden. Sie dürfen keine neuen Zugangshürden für Patient*innen schaffen. Der unmittelbare Zugang insbesondere zur hausärztlichen, kinderärztlichen und psychotherapeutischen Praxis muss weiterhin jederzeit und für alle Patient*innengruppen gewährleistet bleiben.

Eine verpflichtende digitale Bedarfseinschätzung vor dem Kontakt mit einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis wäre ein grundlegender Paradigmenwechsel. Sie würde die bewährte Steuerung aus den Praxen heraus und die Vertrauensbeziehung zwischen Ärzt*in bzw. Psychotherapeut*in und Patient*in schwächen und an ihre Stelle eine digitale Zugangssteuerung setzen, die anfällig für strategisches Antwortverhalten ist und Fehlsteuerungen begünstigen kann.

Digitale Zugänge ergänzen – analoge Zugänge erhalten

Die BPtK begrüßt, dass künftig ein digitaler Versorgungseinstieg über die elektronische Patientenakte erfolgen *können soll*. Entscheidend ist jedoch, dass der Versorgungseinstieg nicht ausschließlich über diesen Weg erfolgen *muss*. Digitale Tools dürfen keine Türsteherfunktion haben.

Der Direktzugang zu Psychotherapeut*innen bzw. zur Psychotherapeutischen Sprechstunde muss uneingeschränkt gesichert bleiben. Gleiches gilt für etablierte analoge Kanäle wie die telefonische Vermittlung über die Terminservicestelle 116 117. Beide Zugangswege sind unverzichtbar, um die Versorgungssicherheit auch für vulnerable Personengruppen und im Fall technischer Störungen zu gewährleisten.

Versicherung und Versorgung klar trennen

Als höchstproblematisch bewertet die BPtK die im Gesetzentwurf vorgesehene neue Rolle der Kostenträger in der Patientenversorgung. Die geplante Ausweitung der Leistungsempfehlungen durch Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage einer automatisierten Verarbeitung von ePA-Daten lehnt die BPtK entschieden ab.

Die in der ePA verfügbaren Gesundheitsdaten müssen der individuellen Patientenversorgung dienen und dürfen nicht dazu führen, dass Krankenkassen auf die heilkundliche Versorgung Einfluss nehmen. Dies stellt einen systemfremden und fachlich nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die heilkundliche Kompetenz von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen und in die Vertrauensbeziehung zu den Patient*innen dar.

Welche Behandlung erforderlich ist, entscheiden Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen auf Grundlage einer individuellen Diagnostik und Indikationsstellung gemeinsam mit ihren Patienten*innen. Leistungsempfehlungen durch Kranken- und Pflegekassen, die losgelöst von der psychotherapeutischen und ärztlichen Versorgung ausgesprochen werden, unterlaufen dieses Grundprinzip. Sie verwischen die notwendige Trennung von Versicherung und Versorgung und bergen die Gefahr, dass ökonomische Interessen der Kostenträger Einfluss auf Fragen des Zugangs und der Ausgestaltung der Versorgung nehmen.

Psychotherapeutische Versorgung konsequent digital abbilden

Zugleich sollten mit dem Gesetzentwurf bestehende Digitalisierungslücken in der psychotherapeutischen Versorgung geschlossen werden. Die BPtK fordert, Psychotherapeut*innen als Versorgungsfachdienst in die elektronische Überweisung einzubeziehen. Auch die Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie sollte im Rahmen des Gesetzentwurfs auf den Weg gebracht werden.

2. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

2.1 Beratung durch Krankenkassen/Mehrwertdienste (§ 25b SGB V)

Die BPtK lehnt Leistungsempfehlungen durch die Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage einer automatisierten Verarbeitung versichertenindividueller Daten ab. Sie stellen einen fachlich nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die heilkundlichen Kompetenzen von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen dar. Die Behandelnden kennen weder die Datengrundlagen noch das ermittelte Risiko, auf dessen Basis Empfehlungen ausgesprochen werden. Dies kann laufende Behandlungen beeinträchtigen, Patient*innen verunsichern

und die Vertrauensbeziehung zu den Behandelnden gefährden. Dies ist für die BPtK inakzeptabel und wird ausdrücklich abgelehnt.

Welche Behandlung erforderlich ist, entscheiden Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen auf Grundlage einer individuellen Diagnostik und Indikationsstellung. Leistungsempfehlungen der Kranken- und Pflegekassen widersprechen der notwendigen Trennung von Versicherung und Versorgung und gefährden damit das Wohl der Versicherten. Hinzu kommen Bedenken hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung von Prognosemodellen, fehlender Transparenz sowie möglicher Fehl- und Mehrbelastungen für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.

Die Datengrundlage, die Kranken- und Pflegekassen für ihre Beratung nutzen können, soll nun zusätzlich um Daten aus der elektronischen Patientenakte ergänzt werden. Neben Daten aus der ePA sollen zudem weitere Daten beispielsweise zu Ernährungsgewohnheiten und Alkoholkonsum bei Versicherten erhoben sowie Daten aus sogenannten „Wearables“ genutzt werden können. Dies wird lediglich durch die Vorgabe der notwendigen Einwilligung eingeschränkt.

Hinzu kommt, dass in der ePA künftig immer umfangreichere Daten enthalten sein werden. Neben der erwartbaren zunehmenden Befüllung der ePA durch die verschiedenen Leistungserbringer*innen ist vorgesehen, dass auch die Ergebnisse digitaler Ersteinschätzungsverfahren zur Terminvermittlung in Akutfällen sowie Daten zu elektronischen Überweisungen und deren Einlösung (§ 341 Absatz 2 neue Nummern 20 bis 22 SGB V) in der ePA gespeichert werden können. Zudem ist möglich, dass durch die geplante Einführung des digitalen Versorgungseinstiegs über das ePA-Frontend der Versicherten (vgl. § 345a NEU SGB V) künftig auch bei Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen gebuchte Termine in der ePA sichtbar sind.

Dass die Krankenkassen in Zukunft die Möglichkeit erhalten sollen, die in der ePA gespeicherten Daten mit Einwilligung der Patient*in zu nutzen, um damit automatisierte Mehrwertangebote im Rahmen der ePA zur Verfügung zu stellen (vgl. § 345 SGB V) und für weitere beratende Angebote zu nutzen, widerspricht zudem dem Grundsatz einer versichertengeführten Akte, deren Daten vor dem Zugriff der Krankenkassen explizit geschützt sein sollen. Dieser Datennutzung eine formale Einwilligung der Versicherten vorzuschalten, kann das grundsätzliche strukturelle Problem nicht ausreichend lösen. Es muss ausgeschlossen sein, dass die Freigabe sensibler Gesundheitsdaten unmittelbar oder mittelbar mit Beratungs-, Leistungs- oder Versorgungsangeboten der Krankenkasse verknüpft wird. Aktuell ist in § 344 Absatz 2a SGB V geregelt: „Eine Kenntnisnahme der Daten und

ein Zugriff auf die Daten nach den §§ 347 bis 351 durch die Krankenkassen, den Anbieter der elektronischen Patientenakte oder die Anbieter von einzelnen Diensten und Komponenten der elektronischen Patientenakte ist nicht zulässig.“ Dieser Schutz vor Zugriff und Kenntnisnahme durch die Krankenkassen wird durch die geplanten Regelungen systematisch untergraben.

Die Krankenkassen sammeln damit nicht nur Daten, die sie für ihre genuine Aufgabe als Versicherer nicht benötigen. Mit Sorge sieht die BPtK auch, dass Krankenkassen mit dieser Befugnis Daten, die die psychotherapeutische und ärztliche Schweigepflicht betreffen, nutzen können. Aufgrund der bestehenden Interessenkonflikte zwischen Versicherung und Versorgung besteht die Gefahr, dass sich dies negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt.

Es ist zu befürchten, dass die Übernahme von Aufgaben durch Kranken- und Pflegekassen, die eindeutig dem Kompetenzbereich der Heilberufe zuzuordnen sind, erneut ausgeweitet und damit die bestehenden Probleme weiter verschärft werden. Dies ist insbesondere der Fall, weil die Daten in der elektronischen Patientenakte wesentlich qualitativ hochwertigere und zeitlich aktuellere klinische Informationen umfassen als die Daten, auf die Kranken- und Pflegekassen bisher für ihre Beratungsangebote zurückgreifen konnten, und unmittelbar mit den finanziellen Interessen der Krankenkassen abgeglichen werden könnten.

Vor dem Hintergrund der Interessenkonflikte sowie der negativen Erfahrungen der Versicherten bei der Beratung durch die Krankenkassen, unter anderem beim Krankengeldbezug, sollte auf eine weitere Einmischung der Krankenkassen in die Behandlung bzw. den Zugang zur Behandlung verzichtet werden. Versicherung und Versorgung sind strikt voneinander zu trennen. Kostenträger sollen nicht von „Payern“ zu „Playern“ in der Versorgung werden. Eine Übernahme von Aufgaben durch Kranken- und Pflegekassen, die eindeutig dem Kompetenzbereich der Heilberufe zuzuordnen sind, wird von der BPtK entschieden abgelehnt.

Änderungsvorschlag zu § 25b SGB V

Die BPtK fordert daher die Streichung der geplanten Einfügung der Sätze 2 bis 3 in § 25b Absatz 2 SGB V durch Artikel 1 Nummer 1 b) aa).

Weitere Änderungsbedarfe:

Die zusätzlichen Rechte zur Datenverarbeitung werden u. a. mit der Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen begründet. Diesem Anliegen steht eine völlig unzureichende

Transparenz der Krankenkassen über die zur Verfügung gestellten Beratungsangebote und Mehrwertdienste in der elektronischen Patientenakte gegenüber. Für Versicherte, Personen, die über einen Wechsel der Krankenkasse nachdenken, sowie Leistungserbringer*innen ist in keiner Weise sichergestellt, dass sie sich systematisch über digitale Versorgungs- oder Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informieren können. Diese Intransparenz führt dazu, dass auch Leistungserbringer*innen keine Möglichkeit haben, innovative qualitativ hochwertige Versorgungsangebote der Krankenkassen, die von ihren Patient*innen genutzt werden, systematisch in die bereits bestehende Versorgung zu integrieren. Das schmälert nicht nur die Effektivität der Versorgung, sondern kann auch dazu führen, dass Patient*innen widersprüchliche Hinweise zum Umgang mit Erkrankungen erhalten.

Die BPtK fordert vor diesem Hintergrund den **Aufbau eines entsprechenden Verzeichnisses digitaler Versorgungs- und Beratungsangebote**, die Krankenkassen den eigenen Versicherten zur Verfügung stellen, durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Das Verzeichnis muss digital zur Verfügung stehen, mit Praxisverwaltungssystemen und Krankenhausinformationssystemen interoperabel sein und zentrale Suchfunktionen, wie Indikation und regionale Verfügbarkeit, abbilden.

Weiterhin ist bisher nicht ausreichend sichergestellt, dass für Versicherte bei der aktiven Nutzung der elektronischen Patientenakte aktuell erkennbar ist, ob sie eine Grundfunktion der ePA nutzen oder ein spezifisches Beratungsangebot ihrer Krankenkasse. Bei Angeboten der Krankenkasse kann unter Umständen das wirtschaftliche Interesse der Krankenkasse stärkeren Einfluss auf eine Beratungsempfehlung haben als die bestmögliche medizinische Versorgung der Versicherten.

Die BPtK fordert daher, dass für Versicherte jederzeit klar erkennbar sein muss, **welche Inhalte und Anwendungen sie freiwillig nutzen und welche sensiblen Daten sie dafür bereitstellen**. Dafür bedarf es klarer Anforderungen an die Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte. Die BPtK schlägt daher die Aufnahme einer entsprechenden Regelung in § 342 Absatz 2 SGB V vor.

2.2 Digitale Bedarfseinschätzung (§ 360b SGB V, § 360c SGB V)

Die umfassenden Vorgaben für die Vereinbarung zu den Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung schaffen eine zentrale Grundlage für ein digitales Steuerungselement, das Versicherten bei Bedarf einen zusätzlichen digitalen Zugang ermöglichen kann.

Hierüber könnte gewährleistet werden, dass ergänzend zu dem analogen Zugang Patient*innen mit dringendem Abklärungsbedarf der psychischen Beschwerden einen priorisierten Zugang zu der erforderlichen Diagnostik, Indikationsstellung und Steuerung über die Psychotherapeutische Sprechstunde bei einer niedergelassenen Psychotherapeut*in erhalten. Eine digitale Bedarfseinschätzung kann ein ergänzendes Angebot darstellen, darf jedoch nicht zur Voraussetzung für den Zugang zu einer Psychotherapeutischen Sprechstunde werden. Darüber hinaus kann im Falle von psychischen Erkrankungen die notwendige Differenzialdiagnostik und Indikationsstellung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde nicht durch ein digitales Verfahren ersetzt werden.

Die Regelungen zur Vereinbarung der Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung sehen zu Recht vor, dass die Vorgaben zu dem bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 in Verbindung mit Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 sowie die Vorgaben der Vereinbarung nach § 87 Absatz 2o Nummer 4 SGB V zu beachten sind. Unterschiedliche Einschätzungen der Notwendigkeit und Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs sowie der geeigneten Versorgungsebene durch die verschiedenen Instrumente sind unbedingt zu vermeiden. Dies gilt insbesondere, wenn das Instrument künftig schrittweise erweitert wird, um auch Behandlungsbedarfe jenseits von Not- und Akutfällen abzubilden und zu steuern. Das Grundgerüst des Ersteinschätzungsverfahrens muss dabei erhalten bleiben und kann auf der Basis gezielt um weitere Funktionalitäten erweitert werden.

Bei der Weiterentwicklung des Instruments ist zu berücksichtigen, dass die Zuverlässigkeit der Empfehlungen mit abnehmender Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs sinkt. Bestehende Ersteinschätzungsverfahren sind bewusst risikoavers angelegt, um insbesondere Not- und Akutfälle zuverlässig der geeigneten Versorgungsebene zuzuweisen und Haftungsrisiken zu begrenzen. Für die Einschätzung weniger dringlicher Behandlungsbedarfe, etwa mit Blick auf eine mögliche Selbstversorgung mit digitaler Unterstützung, sind sie daher nur eingeschränkt geeignet. Dieses Spannungsverhältnis muss bei einer Weiterentwicklung des Instruments berücksichtigt werden.

Digitale Bedarfseinschätzungen, die über eine Notfall- und Akutversorgung hinausgehen sollen, müssen einen leitlinien- und evidenzbasierten Zugang in die ambulante Regelversorgung zugrunde legen. Die vorgesehene breite Einbeziehung der Wissenschaft, der verschiedenen Organisationen im Gesundheitswesen sowie der Patientenvertretung in die Entwicklung und Abstimmung der Anforderungen an ein solches digitales Bedarfseinschätzungsverfahren ist für diese Zwecke sachgerecht.

Aus Sicht der BPtK ist es zielführend, dass für die Bereitstellung des elektronischen Systems einer digitalen Bedarfseinschätzung ein bundeseinheitliches System vorgesehen ist.

2.3 Digitaler Versorgungseinstieg (§ 345a SGB V)

Durch die Erweiterung der elektronischen Patientenakte um einen Funktionsbereich für den Versorgungseinstieg erhält die ePA einen direkten Mehrwert für Patient*innen.

Die Möglichkeit der direkten Terminbuchung über die ePA-App kann Patient*innen eine doppelte Identifikation und Authentifizierung ersparen und zu einer stärkeren aktiven Nutzung der ePA beitragen. Gleichzeitig steigt mit einer aktiven Nutzung der ePA durch Patient*innen auch der Nutzen der ePA für die Versorgung, weil Patient*innen einen transparenten Zugang zu ihren Gesundheitsdaten erhalten und in der Lage sind, besser informiert geeignete Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen. Der digitale Versorgungseinstieg darf jedoch nicht exklusiv an die elektronische Patientenakte gekoppelt werden, sondern muss insbesondere auch über die 116 117 umgesetzt werden.

Mit dem digitalen Versorgungseinstieg darf zugleich kein Eingriff in die psychotherapeutische und ärztliche Therapiefreiheit verbunden sein. Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen müssen weiterhin darüber entscheiden können, welche Termine für eine digitale Terminvermittlung geeignet sind und wie hoch der Anteil der Termine ist, der über eine digitale Terminvermittlungsplattform zur Verfügung gestellt wird. Ebenso muss sichergestellt werden, dass die konkrete Ausgestaltung nicht zu einer Benachteiligung von Versicherten führt, die zum Beispiel nicht über eine eigene ePA-App verfügen, die von einem digitalen Versorgungseinstieg überfordert sind oder diesen ablehnen. Denn aktuelle Studien zeigen, dass trotz hoher Bekanntheit (87 %) nur knapp ein Viertel der Befragten an einer Nutzung interessiert ist und der Registrierungsprozess selbst für viele eine unüberwindbare Hürde darstellt. Es bestehen deutlich höhere Abbruchquoten bei älteren Menschen, Menschen mit geringerem Bildungsgrad und niedriger digitaler Affinität.¹ Ein digitales Vermittlungssystem kann den Versorgungszugang vereinfachen und modernisieren, dies darf aber nicht zur Exklusivität führen. Daher müssen etablierte Terminvermittlungen etwa über die 116 117 parallel bestehen bleiben und auch zukünftig als vollwertiger Zugangsweg verfügbar sein. Dies trägt sowohl der technischen Realität als auch dem Gleichheitsgrundsatz Rechnung. Ein digitales Vermittlungssystem neben analogen und niederschwelligen Alternativen gewährleistet, dass keine Versicherten aufgrund fehlender digitaler Ausstattung oder Kompetenz von der Versorgung abgekoppelt werden.

¹ <https://www.heise.de/news/Buerger-nutzen-sie-kaum-ePA-fuer-alle-eine-ePA-fuer-Wenige-11437473.html>

2.4 Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 342 SGB V)

Die weitere Ausgestaltung und stärkere Einbindung der ePA in Versorgungsprozesse kann erhebliche Chancen für eine weitere Verbesserung der Versorgung bieten. Gleichzeitig ist der Datenschutz der elektronischen Patientenakte für Menschen mit psychischen Erkrankungen aktuell noch nicht ausreichend gewährleistet.

Gesundheitsdaten sind besonders sensible Informationen, z. B. im Falle einer psychischen Erkrankung, die eines besonders hohen Datenschutzes bedürfen. Für den Zugriff auf diese Daten ist ein differenziertes Berechtigungsmanagement notwendig. Die Versicherten müssen die Möglichkeit haben, Zugriffsberechtigungen individuell für jede Leistungserbringer*in und jeweils auf Dokumentenebene zu erteilen.

Ist eine Freigabe nur für die gesamten Daten möglich, werden möglicherweise auch Daten geteilt, die für die jeweilige Behandlung nicht relevant, für die Versicherten aber besonders sensibel sind, etwa Informationen über eine psychische Erkrankung.

Die BPtK fordert daher, dass ein differenziertes Berechtigungsmanagement zur Verfügung steht, das es Patient*innen ermöglicht, den Zugriff auf einzelne Dokumente für einzelne Leistungserbringer*innen zu erteilen.

Gleichzeitig sind weitere Regelungen erforderlich, um den Datenschutz in der ePA und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung von Jugendlichen vollumfänglich zu gewährleisten. Jugendliche müssen sich auf hohe Datenschutzstandards in der ePA gerade bei sensiblen Informationen verlassen können.

2.5 Elektronische Überweisung (§§ 86a, 360a, 361d SGB V)

Die BPtK begrüßt die Einführung der elektronischen Überweisung als wichtigen Schritt zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Für ihren Erfolg ist jedoch entscheidend, dass alle beteiligten Leistungserbringergruppen systematisch einbezogen werden.

Psychotherapeut*innen sind befugt, im Konsiliarverfahren Überweisungen vorzunehmen (§ 24 Absatz 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Diese Kompetenz muss auch digital abgebildet werden. Die BPtK fordert daher, Psychotherapeut*innen ausdrücklich in die Regelung der §§ 360a Absatz 2 und 361d Nummer 1 und Nummer 3 SGB V aufzunehmen. Dies umfasst sowohl die Berechtigung zur Ausstellung elektronischer Überweisungen als auch den Zugriff auf entsprechende Daten in der Telematikinfrastruktur.

Die Einbindung von Psychotherapeut*innen ist mit Blick auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems unverzichtbar, damit diese im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung die ggf. erforderliche somatisch-diagnostische Abklärung neu auftretender psychopathologischer Symptome, die Prüfung einer ärztlich-pharmakologischen Mitbehandlung oder auch eine gruppenpsychotherapeutische Mitbehandlung per elektronischer Überweisung veranlassen können.

Es ist sicherzustellen, dass die elektronische Überweisung als eigener Versorgungsfachdienst konzipiert wird, dessen Informationen für die Patient*innen zusätzlich in der ePA gespiegelt werden. Die elektronische Überweisung muss unabhängig davon, ob eine Patient*in über eine ePA verfügt oder ob alle behandlungsrelevanten Informationen in der ePA abrufbar sind, umfassend funktionstüchtig sein.

Ferner ist die elektronische Überweisung auch für die erfolgreiche Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie² von zentraler Bedeutung (vgl. dazu Abschnitt [2.7](#)). Eine einheitliche und umfassende Nutzung der elektronischen Überweisung stellt hierfür eine wesentliche Voraussetzung dar.

Darüber hinaus ist es erforderlich, § 87 SGB V dahingehend anzupassen, dass der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) künftig vorsehen soll, dass Psychotherapeut*innen über das initiale Konsiliarverfahren hinaus weitere Überweisungen, insbesondere in die hausärztliche und psychiatrische Versorgung, vornehmen können. Aufgrund ihrer Approbation und fachlichen Qualifikation sind sie hierzu befähigt.

Psychotherapeut*innen übernehmen insbesondere im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde wesentliche Koordinations- und Steuerungsfunktionen von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen. Dazu gehört regelhaft auch die Abklärung, ob eine weitere haus- oder fachärztliche Einbindung erforderlich ist (vgl. dazu Formblatt PTV 11 – Individuelle Patienteninformation). Um in Zukunft Doppeluntersuchungen für Patient*innen zu vermeiden, muss das Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde für Patient*innen nutzbar in Form einer elektronischen Überweisung abrufbar sein. Auch vor diesem Hintergrund ist es zwingend notwendig, Psychotherapeut*innen formal mit den entsprechenden Überweisungsbefugnissen auszustatten und als schreibende wie lesende Akteur*innen bei der Ausgestaltung der elektronischen Überweisung zu berücksichtigen.

² https://www.ina.gematik.de/fileadmin/Dokumente/Digitalisierungsstrategie/Impulspapier_Psychotherapie.pdf

Änderungsvorschlag zu § 87 SGB V

Die BPtK schlägt vor, zur Erweiterung der Überweisungsbefugnis der Psychotherapeut*innen in § 87 SGB V den Vertragspartner*innen des BMV-Ä den Auftrag zu geben, die notwendigen Regelungen zur Überweisung durch Psychotherapeut*innen zu vereinbaren.

Änderungsvorschlag zu § 360a Absatz 2 SGB V

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in § 360a Absatz 2 (Artikel 1 Nummer 77) vor:

69. Nach § 360 werden die folgenden §§ 360a und 360c eingefügt:

„§ 360a

Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Überweisungen

(1) (...)

(2) Ab dem 1. September 2029 sind Ärzte **und Psychotherapeuten**, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verpflichtet, Überweisungen elektronisch auszustellen und abzurufen und für die elektronische Übermittlung dieser Überweisungen Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht, wenn die elektronische Ausstellung oder Übermittlung von elektronischen Überweisungen aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

(...)“

Änderungsvorschlag zu § 361d SGB V

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in § 361d (Artikel 1 Nummer 81) vor:

72. Nach § 361b werden die folgenden § 361c und § 361d eingefügt:

„(...)“

§ 361d

Zugriff auf vertragsärztliche elektronische Überweisungen in der Telematikinfrastruktur

Auf Daten der Versicherten in vertragsärztlichen elektronischen Überweisungen dürfen ausschließlich folgende Personen zugreifen:

1. Ärzte **und Psychotherapeuten**, die in die Behandlung der Versicherten eingebunden sind, mit einem Zugriff, der die Verarbeitung von Daten, die von

ihnen nach § 360a übermittelt wurden, ermöglicht, soweit dies für die Behandlung des Versicherten erforderlich ist;

2. im Rahmen der jeweiligen Zugriffsberechtigung nach Nummer 1 auch Personen, die als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit der Zugriff im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht einer Person nach Nummer 1 erfolgt;

*3. Ärzte **und Psychotherapeuten** mit einem Zugriff, der die Verarbeitung von Daten ermöglicht, soweit dies für die Behandlung auf Grundlage einer elektronischen Überweisung des Versicherten erforderlich ist und ihnen die für den Zugriff erforderlichen Zugangsdaten vorliegen.“*

2.6 Digitale Patientenrechnung (§ 359a SGB V)

Vorgesehen ist, dass künftig auch Psychotherapeut*innen zu Abrechnungszwecken Zugriff auf Daten der Versicherten in der Digitalen Patientenrechnung erhalten. Analog zu den Regelungen für Ärzt*innen und Zahnärzt*innen sollten auch bei Psychotherapeut*innen tätige berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätige Personen (zum Beispiel Praxispersonal, Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Studierende in praktischen Ausbildungsphasen) Zugriff erhalten. Gleiches gilt für Verrechnungsstellen, die im Auftrag der Psychotherapeut*innen tätig sind. Diese Erweiterung entspricht zudem der bereits in § 352 Satz 1 Nummer 8 SGB V geregelten Zugriffsberechtigung auf die elektronische Patientenakte.

Änderungsvorschlag zu § 359a Absatz 2 Nummer 8 und Nummer 9 SGB V

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in § 359a Absatz 2 Nummer 8 und Nummer 9 (Artikel 1 Nummer 74) vor:

74. § 359a wird durch den nachfolgenden § 359a ersetzt:

„(...)

8. Psychotherapeuten sowie Personen, die als deren berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf bei Psychotherapeuten tätig sind,

9. Verrechnungsstellen, soweit sie im Auftrag der Leistungserbringer gemäß den Nummern 1 bis 3 **und 8 bei der Abrechnung oder soweit sie aufgrund von diesen Leistungserbringern abgeleiteter Forderungsinhaberschaft tätig werden, sowie**

(...)“

2.7 Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (§§ 87, 92 SGB V)

Es besteht breiter Konsens zwischen allen beteiligten Akteur*innen, dass das bisher papiergebundene Anzeige-, Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie künftig effizienter gestaltet und digital durchgeführt werden soll. Das Antrags- und Gutachterverfahren dient der Qualitätssicherung der Indikationsstellung und Therapieplanung sowie der Vorabwirtschaftlichkeitsprüfung und kann hinsichtlich dieser Zwecke nicht durch andere Ansätze ersetzt werden. Es sollte daher in seinen Grundzügen erhalten bleiben – jedoch digitalisiert und verschlankt werden. Denn die Erstellung und der Versand des Berichts in Papierform an die Gutachter*in sowie die regelhafte analoge Einholung der Einschätzung der Gutachter*in bei Langzeittherapie- und Verlängerungsanträgen verursachen viel Bürokratie. Das bedeutet weniger Zeit für die Behandlung, Verzögerungen in den Behandlungen aufgrund bürokratischer papiergebundener Bewilligungsprozesse und erhebliche Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung. Ein digitales und schlankeres Verfahren kann dagegen für schnellere und effizientere Prozesse sorgen und damit Kosten senken.

In Workshops unter Leitung der gematik und Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit wurden dazu bereits Strategien zur Umsetzung erarbeitet³. Zur Beschleunigung der Umsetzung wurden zudem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss jüngst die relevanten Anpassungen in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommen⁴.

Was aktuell jedoch fehlt, ist ein gesetzlicher Auftrag dieses Digitalisierungsprojekts, der es allen beteiligten Akteur*innen erlaubt, eine entsprechende Priorisierung dieses Digitalisierungsprojekts vorzunehmen.

Ergänzungsvorschlag zu § 87 Absatz 1 SGB V

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung vor:

§ 87 Absatz 1 Satz 15 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag-Ärzte bis zum 31.12.2028 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für

³ https://www.ina.gematik.de/fileadmin/Dokumente/Digitalisierungsstrategie/Impulspapier_Psychotherapie.pdf

⁴ <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1317/>

genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.“

Ergänzungsvorschlag zu § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V

§ 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Um eine erfolgreiche Digitalisierung der Antragstellung für eine ambulante Psychotherapie zu gewährleisten, sollte nicht nur das bestehende Verfahren elektronisch durchgeführt werden, sondern auch – wo möglich – eine Optimierung des bestehenden Prozesses angestrebt werden. Dazu sollten insbesondere in Bezug auf das Einholen des Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung Vereinfachungen vorgenommen werden. Auch die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht unter 6.3.11 den Wegfall des obligatorischen Konsiliarberichts vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung vorgeschlagen, soweit dessen Notwendigkeit aufgrund von bestehenden Voruntersuchungen nicht gegeben ist. Dies betrifft ärztlich überwiesene Patient*innen sowie Patient*innen in psychotherapeutischer Anschlussbehandlung nach einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung. In diesen Fällen ist die erforderliche Abklärung möglicher somatischer Erkrankungen bereits erfolgt. Kosten, bürokratische Aufwendungen und Verzögerungen in der psychotherapeutischen Versorgung durch vermeidbare Doppeluntersuchungen können durch eine entsprechende Änderung des § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V reduziert werden.

2.8 Inhalt und Struktur von Abrechnungsdaten in der ePA (§ 350 Absatz 2 SGB V)

Grundsätzlich ist eine einheitliche Darstellung der Abrechnungsdaten in der elektronischen Patientenakte, auf die grundsätzlich nur die Versicherten selbst Zugriff haben, wünschenswert. Mit der Darstellung der Abrechnungsziffern aus den EBM-Kapiteln 23 „Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen“ und 35 „Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie“ werden insbesondere die von Psychotherapeut*innen abgerechneten

Leistungen abgebildet. Die Überarbeitung des gesetzlichen Auftrags sollte daher zum Anlass genommen werden, dass analog der Beteiligung der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer auch die Bundespsychotherapeutenkammer bei der Vereinbarung zu der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung der relevanten Datensätze zu beteiligen ist, damit die spezifischen Anforderungen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der weiteren Ausgestaltung der ePA umfassend Berücksichtigung finden. Psychologische Psychotherapeut*in, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in sowie Psychotherapeut*in sind ebenfalls ein eigenständiger bundesweit verkammerter akademischer Heilberuf, der maßgeblich die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland trägt. Die BPtK vertritt als Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern die rund 68.000 Psychologischen Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen in Deutschland.

Änderungsvorschlag zu § 350 Absatz 2 SGB V

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in § 350 Absatz 2 (Artikel 1 Nummer 62) vor:

62. § 350 wird durch den folgenden § 350 ersetzt:

„(...)

(2) Das Nähere zu Inhalt und Struktur der relevanten Datensätze haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, **der Bundespsychotherapeutenkammer**, der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu vereinbaren. Sie legen die notwendigen strukturellen Anforderungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität der relevanten Datensätze nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] fest. Dabei ist sicherzustellen, dass in der elektronischen Patientenakte erkennbar ist, dass es sich um Daten der Krankenkassen handelt.“

2.9 Erleichterung Wechsel Praxisverwaltungssysteme (§ 386a SGB V)

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Akzeptanz von Digitalisierungsprojekten im Gesundheitswesen wesentlich von der zeitnahen und störungsfreien Umsetzung der Komponenten in den Praxisverwaltungssystemen abhängig war. Wenn dies nicht gegeben war und gleichzeitig der Wechsel des Systems für die einzelne Leistungserbringer*in im laufenden Praxissystem aufgrund fehlender Interoperabilität zwischen Systemen kaum

realisierbar war, hat das wesentlich zu einer Ablehnung von Digitalisierungsprojekten beigetragen. Die BPtK begrüßt vor diesem Hintergrund ausdrücklich die Stärkung der Rolle der Leistungserbringer*innen gegenüber den Hersteller*innen von Praxisverwaltungssystemen, indem die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Durchsetzung des Anspruchs auf Interoperabilität der Daten unterstützen sowie Leistungserbringer*innen künftig Schadensersatz verlangen können, wenn die entsprechenden Patientendaten nicht oder verspätet im interoperablen Format bereitgestellt werden.

2.10 Digitalberatung (§ 386b SGB V)

Angesichts des wachsenden Beratungsbedarfs von niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen begrüßt die BPtK die vorgesehenen stärkeren Unterstützungsmöglichkeiten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf die Digitalisierung von Praxisstrukturen.

2.11 Psychotherapeut*innen ausdrücklich im SGB VII benennen (§§ 27, 28, 34 SGB VII)

Der Gesetzentwurf sieht vor, weitere Versicherungsbereiche und Berufsgruppen systematisch an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. Dabei sollte aus Sicht der BPtK jeweils die gleiche Systematik bei der Benennung der angebundenen Berufsgruppen verwendet werden. Die BPtK fordert daher, Psychotherapeut*innen auch bei der TI-Anbindung für die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) analog der bereits bestehenden Regelung für die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und die vorgesehene Regelung für die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) neben den Ärzt*innen und Zahnärzt*innen als eigenständigen Heilberuf explizit zu benennen. Diese Systematik sollte auch im SGB VII übernommen werden.

In diesem Zuge sollte auch in weiteren Regelungen im SGB VII eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erfolgen. Insbesondere bei der Definition und Durchführung von Heilbehandlung sind Psychotherapeut*innen ebenfalls ausdrücklich zu benennen (§§ 28 und 34 SGB VII).

Eine solche Klarstellung entspricht bereits der gelebten Praxis. Die DGUV schließt bereits Verträge mit Psychotherapeut*innen ab (vgl. § 34 SGB VII) und stützt sich dabei auf deren Gleichstellung mit Ärzt*innen durch § 201 SGB VII. Eine entsprechende Klarstellung würde geltendes Recht der tatsächlichen Praxis anpassen und Rechtssicherheit schaffen.

Änderungsvorschlag zu § 27 Absatz 1 SGB VII

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in § 27 Absatz 1 SGB VII (Artikel 5 Nummer 1a) vor:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz ersetzt:

„(1) Die Heilbehandlung umfaßt insbesondere

1. Erstversorgung,

2. ärztliche Behandlung,

3. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,

4. psychotherapeutische Behandlung,

5. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

6. häusliche Krankenpflege,

7. Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,

8. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 2 Nr. 1 und 3 bis 7 und Abs. 3 des Neunten Buches.

Für die an der Heilbehandlung nach Satz 1 beteiligten Ärzte, Zahnärzte, **Psychotherapeuten**, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringer, die Leistungen für die gesetzliche Unfallversicherung erbringen und für die aufgrund der Regelungen des Fünften Buches noch keine Möglichkeit zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur besteht, gilt eine Pflicht zur Anbindung ab dem 1. Januar 2027; für die Erbringer von Leistungen der Soziotherapie gilt eine Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur nach der in § 360 Absatz 8 des Fünften Buches geregelten Frist.“

Weiterer Änderungsbedarf

Die BPtK schlägt zudem vor, Folgeanpassungen in §§ 28 und 34 SGB VII vorzunehmen.