

Stellungnahme

---

**Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesund-  
heitswesen (GeDIG)**  
Referentenentwurf

---

**18.05.2026**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Allgemeine Bewertung .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen .....</b>	<b>4</b>
2.1	Beratung durch Krankenkassen/Mehrwertdienste (§ 25b SGB V) .....	4
2.2	Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (§§ 87, 92 SGB V) .....	6
2.3	Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 342 SGB V) .....	8
2.4	Digitaler Versorgungseinstieg (§ 345a SGB V) .....	9
2.5	Elektronische Verordnung psychiatrischer Krankenpflege (§ 360 Absatz 5 SGB V) .....	9
2.6	Elektronische Überweisung (§§ 86a, 360a, 361d SGB V) .....	9
2.7	Digitale Bedarfseinschätzung (§ 360b SGB V) .....	12
2.8	Erleichterung Wechsel Praxisverwaltungssysteme (§ 386a SGB V) .....	13
2.9	Digitalberatung (§ 386b SGB V) .....	13

## 1 Allgemeine Bewertung

Durch den vorliegenden Referentenentwurf soll die Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter vorangetrieben werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) setzt sich für eine verantwortungsvolle und sinnvolle Digitalisierung ein. Damit durch den vorliegenden Referentenentwurf ein tatsächlicher Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung entsteht, ist es aus Sicht der BPTK zentral, alle **notwendigen Voraussetzungen für die Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens für eine ambulante Psychotherapie zu schaffen**. Dazu gehört ein klarer **gesetzlicher Auftrag an die Partner\*innen des Bundesmantelvertrags** ebenso wie die **Berücksichtigung der Psychotherapeut\*innen bei der Einführung der elektronischen Überweisung**.

Die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens eröffnet die Chance, Mehrwerte für die Versorgung von Patient\*innen zu schaffen und insbesondere den Nutzen der elektronischen Patientenakte (ePA) im Versorgungsalltag zu verbessern. Dabei darf aber nicht außer Acht geraten, dass diese Daten zuvorderst der Patientenversorgung dienen und nicht für Eingriffe in die heilkundliche Versorgung verwendet werden dürfen. **Die Ausweitung der Leistungsempfehlungen durch die Kranken- und Pflegekassen aufgrund einer automatisierten Verarbeitung von Daten aus der ePA stellt einen systemfremden und fachlich nicht zu rechtfertigenden Eingriff in den heilkundlichen Kompetenzbereich von Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen und die Vertrauensbeziehung zu ihren Patient\*innen dar. Die BPTK lehnt derartig übergriffige Befugnisse der Krankenkassen mit großem Nachdruck ab.** Welche Art der Behandlung erforderlich ist, entscheiden Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen im Einzelfall auf der Grundlage einer individuellen Diagnostik und Indikationsstellung unter Einbeziehung der Patient\*innen. Leistungsempfehlungen durch die Kranken- und Pflegekassen, die völlig losgelöst von der psychotherapeutischen und ärztlichen Versorgung ausgesprochen werden, stehen der Trennung von Versicherung und Versorgung fundamental entgegen und gefährden überdies das Wohl der Versicherten. Vor dem Hintergrund ökonomischer Interessenkonflikte sowie negativer 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 grundsätzlich verzichtet werden.

## 2 Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

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

Den Kranken- und Pflegekassen stehen bereits umfassende Möglichkeiten zur Verfügung, ihren Versicherten beratende Angebote basierend auf den bei ihnen gespeicherten Daten zu unterbreiten. Eine Leistungsempfehlung durch die Kranken- und Pflegekassen aufgrund einer automatisierten Verarbeitung versichertenindividueller Daten stellt einen fachlich nicht zu rechtfertigenden Eingriff in den heilkundlichen Kompetenzbereich von Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen dar. Die fehlende Information der Behandelnden über die entsprechenden Datengrundlagen des ermittelten Risikos und die Tatsache der Empfehlungen gegenüber den Versicherten ist inakzeptabel. Sie stört laufende Behandlungsprozesse und die Vertrauensbeziehung zwischen Behandelnden und Patient\*innen und wird von der BPTK ausdrücklich abgelehnt. Welche Art der Behandlung erforderlich ist, entscheiden Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen im Einzelfall auf der Grundlage einer individuellen Diagnostik und Indikationsstellung. Leistungsempfehlungen durch die Kranken- und Pflegekassen stehen der Trennung von Versicherung und Versorgung fundamental entgegen und gefährden überdies das Wohl der Versicherten. Zentrale weitere Kritikpunkte aus Sicht der BPTK an der gesetzlichen Verankerung dieser Befugnisse, die mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz geschaffen wurde, betreffen neben der Fehlnutzung ärztlicher und psychotherapeutischer Ressourcen, die unzureichende wissenschaftliche Fundierung von Prognosemodellen, die mögliche Verunsicherung von Patient\*innen sowie bestehende negative Erfahrungen der Versicherten bei der Beratung durch die Krankenkassen, resultierend aus Interessenskonflikten zwischen Versicherungs- und Versorgungsperspektive.

Die Datengrundlage, die Kranken- und Pflegekassen für ihre Beratung nutzen können, soll nun zusätzlich um Daten aus der ePA ergänzt werden. Neben Daten aus der ePA sollen auch zusätzliche personenbezogene Daten bei den Versicherten oder auch „bei anderen Stellen“ erhoben werden können, soweit es zu den in § 25b Absatz 1 SGB V genannten Zwecken erforderlich ist. Aus der Gesetzesbegründung geht nicht hervor, welche „Stellen“ dem Gesetzgeber vorschweben, man könnte hier an Behörden, wie das Arbeitsamt oder auch Arbeitgeber\*innen denken. Eine Einschränkung ist lediglich durch die Vorgabe der notwendigen Einwilligung gegeben.

Die Krankenkassen werden damit nicht nur zu Datensammlern für Daten, die sie für ihre genuine Aufgabe als Versicherung nicht benötigen. Mit Sorge sieht die BPTK auch, dass mit dieser Befugnis Daten, die die psychotherapeutische und ärztliche Schweigepflicht betreffen, von den Krankenkassen genutzt werden können. Den Krankenkassen kommt

damit eine überwachende und die Heilbehandlung störende Rolle im Gesundheitswesen zu, die sich aufgrund der bestehenden Interessenskonflikte zwischen Versicherung und Versorgung negativ auf die Versorgungsqualität auswirken kann.

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 noch einmal verschärft werden. Insbesondere da die Daten in der ePA wesentlich mehr qualitativ hochwertige und zeitlich aktuellere klinische Informationen umfassen als die Daten, auf die Kranken- und Pflegekassen bisher für ihre Beratungsangebote zurückgreifen konnten.

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. 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 4 in § 25b Absatz 2 SGB V durch Artikel 1 Nummer 3 b) aa).

Hinzu kommt, dass die zusätzlichen Rechte zur Datenverarbeitung unter anderem mit der Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen begründet werden. Diesem Anliegen steht eine völlig unzureichende Transparenz der Krankenkassen über die zur Verfügung gestellten Beratungsangebote und Mehrwertdienste in der ePA 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, deren Auflösung weitere (nicht ausreichend vorhandene) ärztliche und psychotherapeutische Behandlungsressourcen beansprucht.

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 ePA 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 die ePA so ausgestaltet sein muss, dass für Versicherte die Freiwilligkeit der Nutzung entsprechender Inhalte und Anwendungen und des Bereitstellens sensibler Daten hierfür jederzeit klar erkennbar ist. Dafür bedarf es klarer Anforderungen an die Ausgestaltung der ePA. Die BPTK schlägt daher die Aufnahme einer entsprechenden Regelung in § 342 Absatz 2 SGB V vor.

## 2.2 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 des Berichts in Papierform an die Gutachter\*in sowie die regelhafte Einholung der Einschätzung der Gutachter\*in bei Langzeittherapie- und Verlängerungsanträgen verursachen viel Bürokratie. Das bedeutet weniger Zeit für die Behandlung und erhebliche Kosten für die GKV. 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 erarbeitet<sup>1</sup>. Zur Beschleunigung der Umsetzung wurden zudem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss jüngst die relevanten Anpassungen in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommen<sup>2</sup>.

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 für Ärzte bis zum 31.12.2028 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder 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

---

<sup>1</sup> vgl. [https://www.ina.gematik.de/fileadmin/Dokumente/Digitalisierungsstrategie/Impulspapier\\_Psychotherapie.pdf](https://www.ina.gematik.de/fileadmin/Dokumente/Digitalisierungsstrategie/Impulspapier_Psychotherapie.pdf)

<sup>2</sup> vgl. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1317/>

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.

### 2.3 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 ePA für Menschen mit psychischen Erkrankungen aktuell noch nicht ausreichend gewährleistet.

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

Wenn die Freigabe nur als Ganzes erteilt werden kann, werden gegebenenfalls nicht nur die für die jeweilige Leistungserbringer\*in relevanten medizinischen Daten geteilt, sondern auch nicht einschlägige, für die Versicherte\* jedoch besonders sensible Daten, zum Beispiel 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.

## 2.4 Digitaler Versorgungseinstieg (§ 345a SGB V)

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

Die Möglichkeit der direkten Terminbuchung über die ePA-App erspart Patient\*innen eine doppelte Identifikation und Authentifizierung und kann 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 darüber befähigt werden, selbstbestimmter ihre Versorgung mitzugestalten.

Mit dem digitalen Versorgungseinstieg darf 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 nicht über eine eigene ePA-App verfügen.

## 2.5 Elektronische Verordnung psychiatrischer Krankenpflege (§ 360 Absatz 5 SGB V)

Die ausdrückliche Einbeziehung der Psychotherapeut\*innen in § 360a Absatz 5 SGB V ist klarzustellen. Der Referentenentwurf benennt, anders als die bestehende Regelung, die Psychotherapeut\*innen nach Absatz 4 Satz 1 nicht mehr. Eine sachliche Rechtfertigung fehlt, es ist daher von einem redaktionellen Versehen auszugehen, das korrigiert werden sollte.

## 2.6 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 2 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 gegebenenfalls erforderliche somatisch-diagnostische Abklärungen neu auftretender psychopathologischer Symptome oder die Prüfung einer ärztlich-pharmakologischen Mitbehandlung per elektronischer Überweisung veranlassen können. Sie ist aber auch für die erfolgreiche Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie<sup>3</sup> von zentraler Bedeutung (vergleiche dazu Abschnitt 2.2). 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 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 Abklärung erforderlich ist (vergleiche dazu Formblatt PTV 11 – individuelle Patienteninformation). Um in Zukunft Doppeltuntersuchungen für Patient\*innen vermeiden zu können, 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.

---

<sup>3</sup> vgl. dazu: [https://www.ina.gematik.de/fileadmin/Dokumente/Digitalisierungsstrategie/Impulspapier\\_Psychotherapie.pdf](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 69) vor:

69. Nach § 360 werden die folgenden §§ 360a und 360b 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 der Telematikinfrastruktur zu nutzen.*

*(...)“*

### **Änderungsvorschlag zu § 361d SGB V**

Die BpTK schlägt folgende Ergänzung in § 361d (Artikel 1 Nummer 72) 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.“*

## 2.7 Digitale Bedarfseinschätzung (§ 360b SGB V)

Die umfassenden Vorgaben für die Vereinbarung zu den Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung legen eine zentrale Grundlage für ein digitales Steuerungselement, das Versicherten bei Bedarf einen zusätzlichen digitalen Zugang und gegebenenfalls differenzierte Steuerung in die Versorgung ermöglichen kann.

Die Regelungen zur Vereinbarung der Anforderungen sehen dabei zu Recht vor, dass hierbei 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. Diskrepanzen zwischen den Instrumenten hinsichtlich der resultierenden Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs und der geeigneten Versorgungsebene sind unbedingt zu vermeiden, wenn dieses Instrument in seiner Funktion schrittweise erweitert wird, um auch Behandlungsbedarfe jenseits der Not- und Akutfälle differenzierter abzubilden und zu steuern. Das Grundgerüst des Ersteinschätzungsverfahrens muss dabei erhalten bleiben und kann auf der Basis gezielt um weitere Funktionalitäten erweitert werden.

Bei Weiterentwicklungen ist zu berücksichtigen, dass Validität und Replizierbarkeit abgeleiteter Empfehlungen abnehmen, je geringer die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs ausfällt. Bestehende Ersteinschätzungsverfahren sind regelhaft risikoavers konzipiert, auch um in der konkreten Anwendung Haftungsrisiken zu vermeiden und insbesondere Not- und Akutfälle verlässlich direkt in die entsprechende Versorgungsebene zu steuern. Sie haben insoweit nur ein begrenztes Potenzial, Behandlungsanlässe verlässlich und mit vertretbarem Risiko als solche einzustufen, die sich zum Beispiel für die Selbstversorgung durch die Versicherte\* eignen, gegebenenfalls unterstützt durch digitale Beratung und Bereitstellung evidenzbasierter Informationen. Dieses Spannungsverhältnis wird bei allen Weiterentwicklungen zu berücksichtigen sein.

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.

## 2.8 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 PVS-Systemen abhängig war. War dies nicht gegeben und gleichzeitig der Wechsel des Systems für die einzelne Leistungserbringer\*in im laufenden Praxis-system aufgrund fehlender Interoperabilität zwischen Systemen kaum realisierbar, 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 Anspruches auf Interoperabilität der Daten unterstützen können sowie Leistungserbringer\*innen künftig Schadensersatz verlangen können, wenn die entsprechenden Patientendaten nicht oder verspätet im interoperablen Format bereitgestellt werden.

## 2.9 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.