

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG; BT-Drs. 19/6337)

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
(Ausschussdrucksache 19[14]51.5)

Änderungsanträge der Fraktion der FDP
(Ausschussdrucksache 19[14]51.6)

Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE
(Ausschussdrucksache 19[14]51.1)

12.02.2019

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren (Änderungsantrag 9 der Fraktionen der CDU/ CSU und SPD)	3
2. Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme – DMP (Änderungsantrag 13 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD).....	3
3. Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Änderungsantrag 7 und Änderungsantrag 16 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)	5
4. Telematikinfrastruktur	7
4.1 Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik, Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter (Änderungsantrag 27a der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)	7
4.2 Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Änderungsantrag 27d der Fraktionen der CDU/CSU und SPD).....	9
5. Gestufte und gesteuerte Versorgung (Änderungsantrag 3 der Fraktion der FDP zu Artikel 1 Nummer 51 b [§ 92 Absatz 6a SGB V] und Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE).....	11

Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) nimmt in Ergänzung ihrer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) im Folgenden zu den fachfremden Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 19[14]51.5), der Fraktion der FDP (Ausschussdrucksache 19[14]51.6) und der Fraktion DIE LINKE (Ausschussdrucksache 19[14]51.1) Stellung.

1. Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren (Änderungsantrag 9 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)

Mit der vorgeschlagenen Änderung von § 103 SGB V wird die Vergabe von Zulassungen an die Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse geknüpft. Die BpTK begrüßt diesen Änderungsantrag. Die vorgeschlagene Änderung ermöglicht es in Zukunft, regionale Besonderheiten bei der Bedarfsplanung stärker als bisher zu berücksichtigen und so zu einer gezielten Verbesserung der Versorgung beizutragen.

2. Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme – DMP (Änderungsantrag 13 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)

Der Änderungsantrag zielt darauf ab, in Disease-Management-Programme (DMPs) digitale Anwendungen zu integrieren. Dafür ist unerlässlich, dass fachliche Anforderungen an die Qualität digitaler Anwendungen festgelegt werden, bevor sie Patienten mit chronischen psychischen und somatischen Erkrankungen im Rahmen von DMPs empfohlen werden.

Die BpTK schlägt daher folgende Ergänzung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Änderungsantrag 13 zu Artikel 1 Nummer 78a (§ 137f SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 78 wird folgende Nummer 78a eingefügt:

„78a. Dem § 137f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt die Qualitätsanforderungen an digitale Anwendungen in strukturierten Behandlungsprogrammen fest. ~~Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.~~“

Begründung:

Die BPTK begrüßt die Integration wirksamer digitaler Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme, da diese zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen können. Bevor digitale Anwendungen für Patienten mit chronischen psychischen und somatischen Erkrankungen im Rahmen von DMPs zur Verfügung gestellt werden, muss sichergestellt werden, dass diese die Patientensicherheit nicht gefährden und durch eine Evaluation im Hinblick auf patientenrelevante Outcomeparameter der Nachweis der Wirksamkeit vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss daher beauftragt werden, die fachlichen Anforderungen an die Qualität und Evaluation der digitalen Anwendungen sowie zur Sicherstellung der Datensicherheit festzulegen, die eine Aufnahme in ein DMP rechtfertigen. Das Bereitstellen von potenziell schädlichen oder nicht wirksamen digitalen Anwendungen im Rahmen von DMPs stellt eine nicht hinzunehmende Gefährdung der Patientensicherheit dar. Bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen, wie rezidivierenden oder chronischen Depressionen, ist davon auszugehen, dass bereits die Nutzung nicht-wirksamer digitaler Anwendungen ein weiteres Erleben von Hilflosigkeit und eine Reduktion der Therapiemotivation bedingen kann, die zu einer substanziellen Verschlechterung des Krankheitsverlaufs führen kann. Daten zu chronischen Erkrankungen, insbesondere auch bei psychischen Erkrankungen bedürfen zudem eines besonderen Schutzes. Ein unzureichender Datenschutz digitaler Anwendungen birgt das Risiko einer Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es ist daher unbedingt notwendig, eine geeignete Form der Qualitätssicherung und Bewertung von digitalen Anwendungen vorzunehmen, bevor diese im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen oder darüber hinaus eingesetzt oder empfohlen werden. Grundsätzlich dürfen daher nur zertifizierte Medizinprodukte zum Einsatz kommen, deren Wirksamkeit belegt ist und deren Datensicherheit gewährleistet werden kann.

Gemäß dem Änderungsantrag zu § 137f Absatz 8 Satz 4 SGB V soll den Krankenkassen bzw. Landesverbänden der Einsatz von digitalen medizinischen Anwendungen durch den

G-BA eingeräumt werden, wenn die Überprüfung von deren Qualität zuvor zu einer Entscheidung gegen eine Aufnahme in ein DMP geführt hat. Damit wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten digitale Anwendungen ohne ausreichende Überprüfung der fachlichen Anforderungen an die Qualität und Wirksamkeit sowie der Datensicherheit anzubieten. Die vorgeschlagene Erlaubnis zugunsten der Krankenkassen bzw. Landesverbände führt zu Fehlanreizen für die Beratungen im G-BA. Wenn unter dem Einfluss der Krankenkassen keine Einigung für die Aufnahme digitaler Anwendungen im Rahmen von DMPs erreicht werden kann, können sie selektiv ihren Versicherten entsprechende Anwendungen zur Verfügung stellen, ohne dass sichergestellt wird, dass notwendige fachliche Anforderungen an Qualität und Wirksamkeit sowie Datensicherheit erfüllt sind. Es ist für eine Verbesserung der Versorgung aller Patientinnen und Patienten, die von der Teilnahme an einem DMP profitieren könnten, sicherzustellen, solche Fehlentwicklungen auszuschließen. Es muss ausgeschlossen werden, dass chronisch kranken Patientinnen und Patienten grundsätzlich unwirksame oder schädliche digitale Anwendungen im Rahmen von DMPs angeboten werden.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, warum Anbieter digitaler Anwendungen systematisch in das Stellungnahmeverfahren eingebunden werden sollen. Zu vermuten ist ein Interessenkonflikt bei der Beurteilung von Richtlinien, die die Aufnahme von digitalen Anwendungen in DMPs regeln und für den jeweiligen Anbieter mit direkten wirtschaftlichen Konsequenzen verbunden sind.

3. Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Änderungsantrag 7 und Änderungsantrag 16 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)

Die gemäß §§ 81a, 197a SGB V und § 47a SGB XI genannten Einrichtungen richten organisatorische Einheiten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung ist die ausdrückliche und damit datenschutzrechtlich konforme Befugnis aufgenommen worden, dass an berufsständige Kammern ebenfalls personenbezogene Daten zwecks Überprüfung etwaiger berufsrechtlich anzustoßender Verfahren übermittelt werden dürfen. Die BPTK begrüßt die klarstellende Regelung, die einen datenschutzrechtlich transparenten Rahmen für eine umfassende Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf der Ebene des Berufsrechts gewährleistet.

Im nunmehrigen Änderungsantrag wird der Adressatenkreis neben den berufsständigen Kammern um Behörden bzw. Stellen mit sanktions- bzw. hoheitlichen Befugnissen erweitert – §§ 81a Absatz 3b Satz 1 Nummer 4, 197a Absatz 3b Satz 1 Nummer 5 SGB V und

§ 47a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 und Nummer 6 SGB XI. Die Verankerung einer lückenlosen Überprüfbarkeit mittels Eröffnung des entsprechenden Datenflusses an die beteiligten Behörden ist nachvollziehbar, da die berufsrechtlichen Zuständigkeiten und die daran anknüpfenden Verfahren bei unterschiedlichen Stellen angesiedelt sind.

Zugleich muss aber gewährleistet werden, dass personenbezogene Daten nicht inflationär zwischen den Stellen ausgetauscht werden und die Datenübermittlung auf das erforderliche Maß beschränkt bleibt. Dies gilt umso mehr, da nach der Gesetzesbegründung (S. 100, 133) auch unter dem Gesichtspunkt der „Prävention“ personenbezogene Daten weitergeleitet werden können.

Aus Sicht der BPTK ist der Aspekt der „Verhinderung“ im Kontext mit dem gemäß der Begründung präventiven Charakter daher zu unbestimmt und ist angesichts einer etwaigen Erweiterung des Adressatenkreises – wie im Änderungsantrag 7 vorgesehen – zu streichen. Gemäß der jetzigen Fassung der §§ 81a, 197a SGB V ist ein hinreichend substantiierter Verdacht erforderlich¹, damit die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen tätig werden. Ein präventiver Ansatz eröffnet hingegen nicht überschaubare und intransparente Eingriffe in die Persönlichkeits- und Datenschutzrechte der von der Datenübermittlung betroffenen Personen. Das Kriterium der „Verhinderung“ ist folglich nicht nur zu unbestimmt, sondern auch unverhältnismäßig.

Daher wird nachfolgende Streichung in Artikel 1 Nummer 41 (§ 81a SGB V) vorgeschlagen:

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die ~~Verhinderung oder~~ Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist: (...)“
Überdies sind im Begründungsteil, S. 100 und 101, die Ausführungen zum Begriff der „Verhinderung“ zu streichen.

Gleiches gilt für Artikel 1 Nummer 83 (§ 197a Absatz 3b SGB V), der wie folgt zu ändern ist:

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die ~~Verhinderung oder~~ Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist: (...)“

¹ Scholz, in Becker/Kingreen, SGB V, § 81a Rn. 1.

Im Begründungsteil (S. 133) sind die Ausführungen zum Begriff der „Verhinderung“ ebenfalls zu streichen.

Zudem ist der Änderungsantrag 16 (Artikel 1 Nummer 92a) vollständig abzulehnen.

Mit dem Änderungsantrag 16 sollen Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) zukünftig auch Daten für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach §§ 275a und 275b SGB V verwenden dürfen, die ihnen von den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermittelt worden sind. Diese Erweiterung von Datenerhebungs- und Datenverarbeitungsbefugnissen stellt eine strukturwidrige und intransparente Vermengung ganz unterschiedlicher Gesetzesintentionen dar. Paragraph 197a SGB V dient ausdrücklich der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und nicht der Unterstützung regulärer Qualitäts- und Abrechnungskontrollen. Eine derartige Befugnisserweiterung, die letztlich durch die Hintertür die Datenverarbeitung für abweichende Zwecke zu § 197a SGB V ermöglicht, ist daher entschieden abzulehnen.

4. Telematikinfrastruktur

4.1 Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik, Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter (Änderungsantrag 27a der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)

Der Änderungsantrag fordert eine Änderung der bestehenden Gesellschafterstruktur der Gesellschaft für Telematik (gematik). Diese Neustrukturierung sollte genutzt werden, um die BPTK als bisher einzige fehlende Heilberufekammer in den Gesellschafterkreis der gematik aufzunehmen und damit die Psychotherapeuten aktiv in den Aufbau, die Ausgestaltung und die Regelung der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen einzubeziehen.

Die BPTK schlägt daher folgende Ergänzung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Absatz 7 Satz 1 (§ 291b SGB V)

§ 291a wird wie folgt geändert:

(...)

Absatz 7 Satz 1

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, **die Bundespsychotherapeutenkammer**, die Deutsche Krankenhausgesell-

schaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur).“

Begründung:

Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind ein verkammerter akademischer Heilberuf, der maßgeblich die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland trägt. Die Landespsychotherapeutenkammern vertreten als Körperschaften des öffentlichen Rechts die rund 50.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland und fungieren analog zu den Landesärztekammern, Landes Zahnärztekammern und Landesapothekerkammern als Herausgeber des elektronischen Heilberufsausweis gemäß § 291a SGB V. Als einzige der betroffenen Heilberufekammern ist die BPTK bisher nicht Gesellschafter der gematik und somit nicht in Aufbau, Ausgestaltung und Regelung der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen einbezogen. Die spezifischen Anforderungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen finden daher keine oder nur indirekt Berücksichtigung in der Infrastruktur und den Prozessen des künftigen deutschen Gesundheitsnetzes.

Für die Ungleichbehandlung gegenüber den anderen Heilberufekammern fehlt es darüber hinaus an einem sachlichen Grund. Die BPTK ist seit Langem etabliert und der Gesetzgeber hat sie im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch analog der Bundesärztekammer mit Beteiligungs- und Anhörungsrechten ausgestattet (vgl. dazu nur §§ 91 Absatz 5, 137 Absatz 1 Satz 3 Zweiter Halbsatz SGB V).

Bei der geplanten Neustrukturierung der Gesellschaft für Telematik soll daher die BPTK als Spitzenorganisation der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Bundesebene in § 291a Absatz 7 Satz 1 SGB V aufgenommen werden.

4.2 Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Änderungsantrag 27d der Fraktionen der CDU/CSU und SPD)

Die BPTK begrüßt grundsätzlich das Bestreben, die Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) so aufzubereiten und zu strukturieren, dass die Dokumente von allen Leistungserbringern gleich interpretiert werden können. Dies erhöht den psychotherapeutischen und medizinischen Nutzen der Patientenakte und trägt zu einer verbesserten Versorgung bei. Dieses Ziel kann jedoch nur erreicht werden, wenn alle relevanten Versorgungsbereiche daran mitwirken, die Inhalte der Akte zu definieren und deren semantische Interoperabilität sicherzustellen.

Die BPTK schlägt daher folgende Ergänzung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Änderungsantrag 27d zu Artikel 1 Nummer 97 Buchstabe a) (§ 291b SGB V)

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, **der Bundespsychotherapeutenkammer**, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. **Dabei sind die Erfordernisse für ein Berechtigungsmanagement auf Dokumentenebene zu berücksichtigen.** Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. **Vorzusehen ist, dass die Auswertung von Daten zu anderen Zwecken als die des § 291a Absätze 4 bis 5a einer gesonderten Einwilligung des Patienten bedarf.** Die Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 7 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Sie können nur durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach

§ 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. Eine Entscheidung der Gesellschafter nach Satz 10 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen. Die Festlegungen nach Satz 7 und 10 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 angemessene Finanzmittel durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung zu stellen.“

bb) Die bisherigen Sätze 9 bis 14 werden aufgehoben.

Begründung:

Der Änderungsantrag beauftragt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit den notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Diese Festlegungen sind im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und weiteren relevanten Akteuren des Gesundheitssystems zu treffen. Der Änderungsvorschlag berücksichtigt dabei jedoch nicht die BPTK als Interessensvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Bundesebene. Das Versäumnis, die BPTK bei der inhaltlichen Ausgestaltung der ePA zu berücksichtigen ist eine direkte Folge der seit Jahren bestehenden Regelungslücke, die BPTK nicht als Gesellschafterin der gematik einzubinden. Solange diese Änderung in der Gesellschafterstruktur der gematik nicht umgesetzt ist (s. a. S. 7, Ergänzungsvorschlag zu Absatz 7 Satz 1 zu § 291b SGB V), muss hilfsweise eine jeweils gesonderte Nennung der BPTK in den Regelungen zu Aufbau und Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur und ihren Anwendungen erfolgen.

Die getroffenen Festlegungen der KBV sind für die Leistungserbringer verbindlich, sodass die vorherige Einbindung und Mitwirkung der Psychotherapeuten zwingend sind. Deren Interessen sind durch die bisher einbezogenen Akteure nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Akzeptanz der ePA bei den Psychotherapeuten und den Patienten mit psychischen Erkrankungen wird maßgeblich von der inhaltlichen Ausgestaltung der Akte für die psychotherapeutische Versorgung abhängen.

Gesundheitsdaten sind besonders sensible Informationen z. B. im Falle einer psychischen Erkrankung. Für den Zugriff auf diese Daten ist ein differenziertes Berechtigungsmanagement notwendig. Der Patient muss die Möglichkeit haben, Zugriffsberechtigungen differenziert für jeden Leistungserbringer auf Dokumentenebene zu erteilen. Dies ist vor dem Hintergrund einer von Seiten des Patienten noch immer zu befürchtenden Stigmatisierung geboten. Versicherten muss es möglich sein, einzelnen Leistungserbringern nur für

ausgewählte Dokumente und nicht pauschal auf alle Dokumente in der ePA den Zugriff zu erlauben. Damit werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch Menschen mit psychischen Erkrankungen die Patientenakte nutzen und akzeptieren, ohne Stigmatisierungen befürchten zu müssen. Ein entsprechend differenziertes Berechtigungsmanagement muss daher bei der weiteren Ausgestaltung der ePA verankert werden.

Wie in der Begründung zum Änderungsantrag dargelegt, schaffen die Festlegungen für eine semantische und syntaktische Interoperabilität die Basis für zukünftige Anwendungen im Bereich Big Data und Künstlicher Intelligenz. Hierfür muss von Beginn an klargestellt werden, dass eine Auswertung von Daten durch Dritte oder zu anderen Zwecken grundsätzlich eine vorherige gesonderte und zweckgebundene Einwilligung des Patienten voraussetzt. Big Data und Künstliche Intelligenz bieten Chancen für eine Verbesserung der Versorgung, zumeist über die Auswertung einer Vielzahl an Informationen zu individuellen Behandlungsverläufen. Umfassende Informationen zu individuellen Behandlungsverläufen von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen besonders sensible Daten dar. Meist ist es bei der Auswertung solcher Daten im Rahmen von Künstlicher Intelligenz zudem technisch nicht möglich, das Einverständnis für einmal zur Verfügung gestellte Daten zurückzuziehen. Es ist daher unbedingt erforderlich, Patienten ausreichend über die Verwendung ihrer Daten zu informieren und eine gesonderte Einwilligung zur entsprechenden Verarbeitung vorzusehen.

5. Gestufte und gesteuerte Versorgung (Änderungsantrag 3 der Fraktion der FDP zu Artikel 1 Nummer 51 b [§ 92 Absatz 6a SGB V] und Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE)

Der Gesetzentwurf sieht in § 92 Absatz 6a SGB V einen Auftrag an den G-BA vor, in der Psychotherapie-Richtlinie Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung treffen, einschließlich der Definition der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Über die verschiedenen Fachgruppen und Organisationen der Leistungserbringer hinweg gibt es einen breiten Konsens, dass diese Regelung ungeeignet ist, eine Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung für psychisch kranke Menschen und einen Abbau der Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz zu bewirken. Im Ergebnis würde die freie Arzt- bzw. Psychotherapeutenwahl der Patienten und der mit der letzten Reform erreichte niederschwellige Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erheblich eingeschränkt. Patienten wären systematisch gezwungen, sich mit ihrem psychischen Leiden

gegenüber mehreren Leistungserbringern zu offenbaren, ehe sie die erforderliche Behandlung erhalten können. Die Einführung einer der Versorgung vorgeschalteten Prüfinstanz würde die Hemmschwelle für eine psychotherapeutische Behandlung auf Seiten der Patienten erhöhen, eine rechtzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen erschweren und damit zur Chronifizierung von psychischen Erkrankungen beitragen. Darüber hinaus würden durch das geplante zusätzliche Verfahren erhebliche Kapazitäten gebunden, die dann der eigentlichen psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen würden. Die BPTK schließt sich daher den Änderungsanträgen der Fraktion der FDP und der Fraktion DIE LINKE an, Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b aufzuheben.

Zugleich wurde in den bisherigen Beratungen zur geplanten Regelung für eine gestufte und gesteuerte Versorgung in der psychotherapeutischen Behandlung deutlich, dass es hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen komplexen Hilfebedarf haben, noch deutlicherer Verbesserungen bedarf. Hierzu sind insbesondere Regelungen erforderlich, die eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patientinnen und Patienten unterstützen und gewährleisten, dass die hierfür erforderlichen Koordinationsleistungen für eine multiprofessionelle Versorgung in der ambulanten Versorgung auch tatsächlich erbracht werden können und eine systematische Vernetzung der relevanten Leistungserbringer erfolgen kann. Eine entsprechende Regelung für eine multiprofessionelle Versorgung kann sich dabei nicht auf die psychotherapeutische Versorgung allein beschränken, sondern muss auch die ambulante psychiatrische Versorgung einbeziehen und Vorgaben für eine Kooperation mit zugelassenen Heilmittelerbringern und weiteren Leistungserbringern beinhalten.

Die BPTK schlägt daher folgenden Änderungsantrag vor.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 51 b) § 92 Absatz 6a

51. § 92 wird wie folgt geändert:

a) ...

b) Dem Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine strukturierte und koordinierte Versorgung von schweren psychischen Krankheiten, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einbeziehung von zugelassenen Heilmittelerbringern nach § 124 Absatz 2, Leistungserbringern nach § 132a und § 132b und/oder eine Koordination der Leistungsangebote erfordern, insbesondere zur Konkretisierung der Erkrankungen und weiteren von ihm festzulegenden

Merkmale, zur Einrichtung einer Erhaltungstherapie für chronische Behandlungsverläufe, zur Förderung kontinuierlicher Koordinationsleistungen, zur Förderung der Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen in psychotherapeutische Angebote sowie zu den Anforderungen an die Kooperation zwischen den für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragspsychotherapeuten, Vertragsärzten und den weiteren beteiligten Leistungserbringern.“

Begründung:

Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen soll zukünftig im Rahmen einer strukturierten, koordinierten Versorgung erfolgen. Für eine leitlinienorientierte ambulante Versorgung ist bei diesen Patientinnen und Patienten über die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung hinaus eine koordinierte multiprofessionelle Versorgung unter Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe und Versorgungsbereiche notwendig. Hierfür ist eine systematische Kooperation zwischen Psychiatern, Psychotherapeuten, Pflegekräften, Soziotherapeuten und Ergotherapeuten sowie eine Koordination der Leistungen erforderlich. Diese neue Versorgungsform ist im Bereich der Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen erforderlich, um den gerade hier festzustellenden besonderen Herausforderungen bei der Gewährleistung eines dem komplexen Behandlungsbedarf der Betroffenen entsprechenden, zeitnahen Zugang zu einer strukturierten, koordinierten Versorgung unter Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer gerecht zu werden. Sie dient der Flankierung der im Übrigen nicht bereichsspezifischen sonstigen Maßnahmen dieses Gesetzes zur Gewährleistung eines schnelleren und bedarfsgerechteren Zugangs zu den erforderlichen Behandlungen und damit auch der Verbesserung des Krankheitsverlaufs sowie der Reduzierung der Folgekosten eines verzögerten oder in anderer Weise unangemessenen Behandlungsbeginns. Dadurch sollen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung dieser Leistungen verbessert werden. Das Nähere zur Ausgestaltung des strukturierten, koordinierten Versorgungskonzepts muss der Regelungskompetenz des G-BA übertragen werden. Damit wird nicht nur die Akzeptanz unter allen Beteiligten der gemeinsamen Selbstverwaltung gestärkt, sondern infolge der unmittelbaren Sachnähe dieses Beschlussgremiums sichergestellt, dass die gefundenen Lösungen auch praktisch umsetzbar sind und die gewünschten Erfolge zeitigen. Bei der Implementierung der hiermit gesetzlich vorgegebenen strukturierten, koordinierten Versorgung von gesetzlich Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen komplexen Leistungsbedarf haben, muss der G-BA insbesondere die Erkrankungen anhand definierter F-Diagnosen des ICD-10-GM und daraus resultierende Funktionsbeeinträchtigungen, die ergänzenden Leistungen sowie die Anforderungen an die Kooperation und Koordination der Leistungserbringung konkretisieren.

Hierbei muss er sicherstellen, dass im Sinne der Patientensouveränität die Patientin bzw. der Patient entscheiden kann, welche bzw. welcher der an der strukturierten, koordinierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten die Behandlungssteuerung und Koordination der Versorgung übernehmen soll.