

Stellungnahme

Gesetzentwurf zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)
BT-Drs. 20/3876

04.11.2022

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Sicherstellung von Weiterbildungsplätzen für Psychotherapeut*innen sowie der Versorgung von Patient*innen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken: § 3 Absatz 3 BPfIV	4
3	Beteiligung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes Bund an Richtlinienenerlassen: § 283 SGB V	6
4	Nutzen für Versorgung statt Sanktionen bei der Einführung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur: §§ 291b, 341 SGB V	7
4.1	Sanktionen bei Nichtdurchführung des Versichertenstammdatenmanagements: § 291b Absatz 5 SGB V	7
4.2	Sanktionen bei fehlendem Zugriff auf die elektronische Patientenakte: § 341 Absatz 6 SGB V	8
5	Aufbau der Telematikinfrastruktur – Beteiligte Organisationen: § 306 SGB V	9
6	Stärkung der Rechte von Leistungserbringer*innen gegenüber Anbieter*innen von Primärsystemen: §§ 332a und 332c SGB V (neu)	10
7	Realistische Fristen für die Einführung digitaler Identitäten: § 340 SGB V	11
8	Informierte Entscheidung und differenzierte Einwilligung für Versicherte: § 361a SGB V (neu)	12

1 Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt ausdrücklich, dass der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG; BR-Drs. 460/22) die Bundesregierung auffordert, die stationäre psychotherapeutische Weiterbildung zu fördern, und schließt sich dem Regelungsvorschlag in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) an. Mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung absolvieren Psychotherapeut*innen nach dem Studium und der Approbation eine Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in, die sie in hauptberuflicher Tätigkeit mit tarifvertraglicher Vergütung ausüben. Es fehlt jedoch eine Regelung, die die Beschäftigung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern finanziell absichert. Dies führt dazu, dass Kliniken Psychotherapeut*innen in Weiterbildung erst dann einstellen können, wenn Planstellen, die derzeit noch mit Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Psycholog*innen besetzt sind, sukzessive frei werden. Gleichzeitig hat dies auch massive Auswirkungen auf die Versorgung in den Kliniken. Wenn die bestehenden Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht umfassend durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden können, kann die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden. Damit die Absicherung der Personalkosten für den Vereinbarungszeitraum 2023 wirksam werden kann, muss die notwendige Ergänzung im Pflegesatzrecht jetzt auf den Weg gebracht werden.

Darüber hinaus legt die BPTK mit der vorliegenden Stellungnahme konkrete Änderungsvorschläge für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens vor, die direkte Auswirkungen auf die Profession der Psychotherapeut*innen und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben.

Die Digitalisierung muss so ausgestaltet werden, dass sie die Versorgung der Patient*innen verbessert und die Patientensouveränität steigert. Entsprechend ist es aus Sicht der BPTK dringend erforderlich, die Einwilligungsmöglichkeiten zur vorgeschlagenen Nutzung von Gesundheitsdaten aus elektronischen Verordnungen weiter zu differenzieren und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, Versicherten ausreichend Kontrolle über die weitere Nutzung ihrer sensiblen Gesundheitsinformationen zu gewähren (vgl. dazu 7. § 361a SGB V).

Aus Sicht der BPTK ist es von besonderer Relevanz, dass neben einer Vielzahl von gesetzlich vorgegebenen Fristen für die weitere Ausgestaltung der Digitalisierung, die mit dem vorliegenden Referentenentwurf angepasst werden, auch die Fristen zur Einführung

digitaler Identitäten in realistisch umsetzbare Zeiträume korrigiert werden (vgl. dazu 6. § 340 SGB V).

2 Sicherstellung von Weiterbildungsplätzen für Psychotherapeut*innen sowie der Versorgung von Patient*innen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken: § 3 Absatz 3 BPfIV

Mit dem „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ (PsychThGAusbRefG) vom 15.11.2019 erhalten Psychotherapeut*innen nach Abschluss des Studiums die Approbation und absolvieren anschließend eine (stationäre) Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in. In der Weiterbildung werden für die eigenverantwortliche Berufsausübung notwendige Kompetenzen im Rahmen einer hauptberuflichen Tätigkeit erworben. Diese Psychotherapeut*innen in Weiterbildung werden somit tarifvertraglich als approbierte Fachkräfte einzuordnen sein, sodass im Vergleich zur bisherigen Ausbildung mit deutlich höheren Personalkosten zu rechnen ist. Die Refinanzierung der höheren Personalkosten wurde mit der Psychotherapeutenausbildungsreform (PsychThGAusbRefG) nicht gewährleistet.

In den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken können die Stellen von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung zwar grundsätzlich zur Erfüllung der Personalmindestanforderungen in den Budgetverhandlungen der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden. Für eine Übergangszeit gibt es jedoch einen Förderbedarf, weil Planstellen, die derzeit noch mit Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Psycholog*innen besetzt sind, erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden.

Darüber hinaus ist ein massives Versorgungsproblem in den Einrichtungen zu erwarten, wenn die stationäre Weiterbildung nicht finanziell abgesichert wird. Bis zum Ende der Ausbildungen von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bis 2035 wird es sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben, die zur psychotherapeutischen Versorgung von Patient*innen in den Kliniken beitragen. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Wenn die bestehenden Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht umfassend durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden können, ist zu erwarten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann. Wenn zusätzliche Personalkosten für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung refinanziert werden, besteht zugleich die Chance, nicht nur das bestehende Versorgungsniveau

zu erhalten, sondern auch die psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken zu verbessern.

Änderungsvorschlag zu § 3 Absatz 3 BPfIV:

In § 3 Absatz 3 BPfIV wird folgende Nr. 8 ergänzt:

„... Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: ...

7. für die Dauer der praktischen Tätigkeit die Vergütungen der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer nach Maßgabe des § 27 Absatz 4 des Psychotherapeutengesetzes in Höhe von 1.000 Euro pro Monat,

8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.¹

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5, ~~oder 7~~ **oder 8** dies erfordern oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; [...]"

Begründung:

Mit der Einführung einer neuen Nummer 8 in § 3 Absatz 3 BPfIV wird geregelt, dass die Personalkosten für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung analog zu den Personalkosten für die bisherigen Psychotherapeut*innen in Ausbildung zu refinanzieren sind, sofern die Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden. Außerdem wird im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert aufgenommen.

Mit § 3 Absatz 3 Nummer 7 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) wird die Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen Psychotherapeut*innen in Ausbildung und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert geregelt. Ohne eine vergleichbare Regelung für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in der BPfIV besteht die Gefahr, dass die Finanzierung der zusätzlich zu schaffenden Weiterbildungsstellen in den oft sehr strittigen Budgetverhandlungen zwischen den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mit den Krankenkassen nicht vereinbart wird.

Kostensteigerungen aufgrund zusätzlich benötigter Personalstellen für die Patientenversorgung können in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen zwar grundsätzlich berücksichtigt werden. Ohne explizite gesetzliche Vorgaben sind diese

¹ Änderungsvorschläge der BPTK sind fett gedruckt.

jedoch für die Kliniken faktisch kaum gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen. Zudem ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt. Sofern der Veränderungswert bereits durch andere Tatbestände ausgeschöpft wird, ist eine Refinanzierung der Neueinstellungen nicht möglich. Zudem ist damit zu rechnen, dass die Krankenhäuser allein wegen der aussichtslosen Verhandlungen zur Refinanzierung der Personalkosten für Weiterbildungsteilnehmer*innen die Schiedsstelle nicht anrufen werden und stattdessen eher Neueinstellungen oder eine tarifvertragliche Vergütung so gut wie möglich meiden werden. Da somit die Refinanzierung der Personalkosten für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung im Vergleich zu Ausbildungsteilnehmer*innen nicht gewährleistet ist, entsteht für die Krankenhäuser der Fehlanreiz, die Beschäftigung der approbierten Studienabsolvent*innen zu vermeiden.

Weil es bereits jetzt erste Absolvent*innen gibt und Ende des Jahres 2023 rund 1.000 sowie ab Ende 2024 jährlich rund 2.500 Absolventen*innen eine Weiterbildungsstelle benötigen werden, muss die notwendige Finanzierung aufgrund des Prospektivitätsgrundsatzes des Pflegesatzrechts bereits bis Ende des Jahres 2022 angepasst werden, damit die Absicherung der Personalkosten für den Vereinbarungszeitraum 2023 wirksam werden kann.

3 Beteiligung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes Bund an Richtlinienenerlassen: § 283 SGB V

Die geplante Regelung, den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund künftig in den Erlass von Richtlinien des Medizinischen Dienstes einzubinden, wird von der BPTK grundsätzlich begrüßt, da er eine frühzeitige Beteiligung der maßgeblich von den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Betroffenen ermöglicht. Während die BPTK gemäß § 283 Absatz 2 SGB V in Stellungsverfahren zu Richtlinien des Medizinischen Dienstes einzubeziehen ist, fehlt im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes jedoch eine Vertreter*in auf Vorschlag der Landespsychotherapeutenkammern.

Änderungsvorschlag zu § 279 Absätze 3 und 5 SGB V:

§ 279 Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Verwaltungsrat besteht aus ~~23~~**24** Vertretern. (...)“

§ 279 Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(5) ~~Sieben~~**Acht** Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon (...)

2. ~~zwei~~**drei** Vertreter jeweils ~~zur Hälfte~~**anteilig** auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, ~~und~~ der Landesärztekammern **und der Landespsychotherapeutenkammern.**“

Begründung:

Gemäß § 283 Absatz 2 SGB V ist der BPtK neben der Bundesärztekammer, den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Patientenvertreter*innen Gelegenheit zur Stellungnahme zu Richtlinien des Medizinischen Dienstes zu geben. Der Kreis der Stellungnahmeberechtigten bildet sich jedoch bisher nur unvollständig im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes ab. Während Vertreter*innen der Pflege und der Ärzt*innen auch im Verwaltungsrat vertreten sind, fehlt bisher eine Vertretung der Psychotherapeut*innen. Da die Regelung zum Einbezug des Verwaltungsrates sicherstellen soll, dass die von den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Betroffenen sich bereits frühzeitig in den Prozess der Richtlinienerstellung aktiv einbringen können sollen, ist der Verwaltungsrat konsequenterweise auch um eine Vertreter*in der Psychotherapeuten-schaft zu erweitern.

4 Nutzen für Versorgung statt Sanktionen bei der Einführung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur: §§ 291b, 341 SGB V

Der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt an vielen Stellen, dass die verzögerte Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht auf ein Verschulden der Leistungserbringer*innen zurückzuführen ist. Vielmehr wurde in den letzten Jahren deutlich, dass die Anbindung an die Telematikinfrastruktur aufgrund fehlender Komponenten und Updates mit relevanten Störungen von Praxisabläufen einhergeht. Vor diesem Hintergrund lehnt die BPtK Sanktionen für Leistungserbringer*innen bei der Einführung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur grundsätzlich ab.

4.1 Sanktionen bei Nichtdurchführung des Versichertenstammdatenmanagements: § 291b Absatz 5 SGB V

Aktuell ist durch § 291b Absatz 5 SGB V die pauschale Kürzung der Vergütung bei Nichtdurchführung des Versichertenstammdatenmanagements ab 1. März 2020 um 2,5 Prozent vorgesehen.

Änderungsvorschlag zu § 291b Absatz 5 SGB V:

Die BpTK schlägt vor, Absatz 5 des § 291b SGB V komplett zu streichen.

Begründung:

Die BpTK hält eine sanktionsbewehrte Einführung von Anwendungen in der Telematikinfrastruktur für kontraproduktiv. Psychotherapeut*innen bewerten die Telematikinfrastruktur auf Basis des medizinischen Nutzens und der Versorgungsrelevanz für die Patient*innen. Den Versichertenstammdatendienst als rein administrative Anwendung zum Nutzen der Krankenkasse und zulasten der Leistungserbringer*in mit Sanktionen zu belegen, verringert die Akzeptanz erheblich. Die Verpflichtung zum Versichertenstammdatensabgleich ist zudem beim ersten Behandlungstermin oft nicht realisierbar. Störungen der Telematikinfrastruktur liegen in der Regel außerhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer*innen. Nehmen Patient*innen im beschriebenen Fall nur einen Termin im Quartal wahr, ist kein Versichertenstammdatensabgleich möglich. Die BpTK schlägt daher vor, Absatz 5 des § 291b SGB V komplett zu streichen.

4.2 Sanktionen bei fehlendem Zugriff auf die elektronische Patientenakte: § 341 Absatz 6 SGB V

In § 341 Absatz 6 SGB V ist geregelt, dass Leistungserbringer*innen pauschal die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen ab dem 30. Juni 2021 zu kürzen ist, sofern diese nicht die notwendigen Komponenten und Dienste für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen können.

Änderungsvorschlag zu § 341 Absatz 6 SGB V:

Die BpTK schlägt vor, Absatz 6 des § 341 SGB V komplett zu streichen.

Begründung:

Die BpTK hält eine sanktionsbewehrte Einführung von Anwendungen in der Telematikinfrastruktur für kontraproduktiv und lehnt diese ab. Psychotherapeut*innen bewerten die Telematikinfrastruktur auf Basis des medizinischen Nutzens und der Versorgungsrelevanz für die Patient*innen. Dies gilt insbesondere für die elektronische Patientenakte. Eine strafbewehrte Nachweispflicht verringert die Akzeptanz der Patientenakte bei Leistungserbringer*innen. Zudem zeigen die Erfahrungen mit der Anbindung der Leistungserbringer*innen an die Telematikinfrastruktur, dass Fristüberschreitungen bei der Bereitstellung von Komponenten und Diensten in der Regel nicht im Verschulden der Leistungserbringer*innen liegen.

5 Aufbau der Telematikinfrastruktur – Beteiligte Organisationen: § 306 SGB V

Die BpTK ist als einzige Spitzenorganisation eines bundesweit verkammerten, akademischen Heilberufs nicht in den Aufbau, die Ausgestaltung und die Regelung der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen einbezogen. Gleichzeitig sind die Spezifikationen der gematik in verschiedenen Bereichen bindend für die Landespsychotherapeutenkammern, ohne dass diese systematisch in den Entwicklungsprozess eingebunden werden und gegebenenfalls auf Besonderheiten für die Profession der Psychotherapeut*innen hinweisen können.

Ergänzungsvorschlag zu § 306 Absatz 1 SGB V:

Die BpTK schlägt folgende Ergänzung in § 306 Absatz 1 SGB V vor:

„§ 306
Telematikinfrastruktur

(1) Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, **die Bundespsychotherapeutenkammer**, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die Telematikinfrastruktur. (...)“

Begründung:

Psychologische Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in ist ein bundesweit verkammerter akademischer Heilberuf, der maßgeblich die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland trägt. Die Landespsychotherapeutenkammern vertreten als Körperschaften des öffentlichen Rechts die rund 60.000 Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Deutschland und fungieren analog zu den Landesärztekammern, Landes Zahnärztekammern und Landesapothekerkammern als Herausgeber*innen des elektronischen Heilberufsausweises gemäß § 340 SGB V. Als einzige der betroffenen Heilberufekammern ist die BpTK als Spitzenorganisation bisher nicht Gesellschafter*in der Gesellschaft für Telematik 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. § 91 Absatz 5 SGB V).

Bei Aufbau und Fortentwicklung der Telematikinfrastuktur sollte daher die BpTK als Spitzenorganisation der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen auf Bundesebene in § 306 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufgenommen werden.

6 Stärkung der Rechte von Leistungserbringer*innen gegenüber Anbieter*innen von Primärsystemen: §§ 332a und 332c SGB V (neu)

Die BpTK hat im Referentenentwurf ausdrücklich begrüßt, dass mit der Einführung der §§ 332a und 332c SGB V die Hürden für Leistungserbringer*innen für den Anschluss und die Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastuktur abgebaut werden sollen. Beide Regelungen erscheinen der BpTK grundsätzlich als geeignete Mittel, Leistungserbringer*innen die Anbindung an die Telematikinfrastuktur zu erleichtern und von den Risiken zu entlasten, die im Umgang mit Hersteller*innen und Anbieter*innen von Praxisverwaltungssystemen entstehen. Nicht nachvollziehbar ist, dass im Gesetzentwurf § 332c wieder gestrichen wurde, der es Leistungserbringer*innen vereinfacht, von Verträgen mit Primärsystemanbietern zurückzutreten, wenn diese die Praxisverwaltungssysteme verspätet anpassen.

Ergänzungsvorschlag zu § 332c SGB V (neu):

Die BpTK schlägt vor, nach § 332b folgenden § 332c SGB V (neu) einzufügen, wie er im Referentenentwurf eines KHPfIEG enthalten war:

„§ 332c Störung der Geschäftsgrundlage von Verträgen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme im Zusammenhang mit der Nutzung der Telematikinfrastuktur.

Können Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme nicht sämtliche technischen Rahmenbedingungen rechtzeitig gewährleisten, die zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten ihrer Vertragspartner bei der Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastuktur erforderlich sind, so wird vermutet, dass sich aufgrund der hieran anknüpfenden Sanktionen und Nutzungsbeschränkungen für die Vertragspartner ein Umstand im Sinne des § 313 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,

der zur Grundlage des Vertrags geworden ist, nach Vertragsschluss schwerwiegend verändert hat.“

Begründung:

Den Leistungserbringer*innen sollte es vereinfacht werden, von Verträgen mit Primärsystemanbieter*innen zurückzutreten, wenn diese die Praxisverwaltungssysteme verspätet anpassen, der BpTK erscheint diese Konkretisierung grundsätzlich als geeignetes Mittel, Leistungserbringer*innen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu erleichtern und von den Risiken zu entlasten, die im Umgang mit Hersteller*innen und Anbieter*innen von Praxisverwaltungssystemen entstehen.

7 Realistische Fristen für die Einführung digitaler Identitäten: § 340 SGB V

Der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt an vielerlei Stellen, dass die bisher gesetzlich vorgesehenen Fristen für die weitere Ausgestaltung der Digitalisierung nicht haltbar sind, und enthält entsprechende Änderungsvorschläge, um diese in realistisch umsetzbare Zeiträume zu korrigieren. Entsprechend sollten auch die Fristen für die Einführung digitaler Identitäten für Leistungserbringer*innen angepasst werden, da bereits absehbar ist, dass der hierfür vorgesehene Zeitplan nicht einzuhalten ist.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag zu § 340 SGB V:

Die BpTK schlägt folgende Änderung und Ergänzung in § 340 Absatz 6 SGB V vor:

„(6) Spätestens ab dem 1. Januar ~~2024~~**2026** haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen auf Verlangen des Leistungserbringers eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist. **Bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Spezifikationen nach Absatz 8 verschiebt sich die Frist nach Satz 1 entsprechend.“**

Begründung:

Das Bereitstellen digitaler Identitäten ist für die Landespsychotherapeutenkammern mit einem erheblichen Umsetzungsaufwand verbunden. Bisher konnten dafür jedoch noch keine relevanten Schritte eingeleitet werden, da vonseiten der gematik bisher keine Spezifikationen für die Anforderungen an die Bereitstellung digitaler Identitäten für Leistungserbringer*innen definiert wurden. Damit steht bereits zum jetzigen Zeitpunkt fest, dass die bisher gesetzlich vorgegebene Frist bis zum 1. Januar 2024 für die Kammern nicht einzuhalten sein wird, ohne dass sie für die bisher absehbare Verzögerung verantwortlich

sind. Vor diesem Hintergrund schlägt die BpTK eine entsprechende Verschiebung der Frist um mindestens zwei Jahre vor. Auch um die vorgeschlagene Frist bis zum 1. Januar 2026 einhalten zu können, bedarf es zudem der rechtzeitigen Veröffentlichung der entsprechenden Spezifikationen durch die gematik.

8 Informierte Entscheidung und differenzierte Einwilligung für Versicherte: § 361a SGB V (neu)

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat prinzipiell das Potenzial, die Versorgung zu verbessern sowie die Patientensouveränität zu stärken, indem sie Versicherten eine umfänglichere Einsicht in ihre Gesundheitsdaten und deren Nutzung erlaubt. Damit Patient*innen tatsächlich in ihrer Souveränität gestärkt werden, müssen jedoch einige grundsätzliche Voraussetzungen bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen gewährleistet sein. Dazu gehört neben der Sicherstellung einer höchstmöglichen Datensicherheit und dem Schutz ihrer Persönlichkeitsrechte notwendigerweise auch, dass Versicherte einen barrierefreien Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten erhalten, worunter auch eine leicht verständliche Gestaltung der Inhalte und Nutzungsmöglichkeiten fällt. Ebenso sind ausreichende Unterstützungs- und Schulungsangebote für Versicherte bei der Einsicht in und bei der Nutzung ihrer Daten zwingende Voraussetzung für eine gelingende Digitalisierung im Interesse der Patient*innen. Gleichmaßen gehören aus Sicht der BpTK auch die technischen, organisatorischen und inhaltlichen Voraussetzungen für eine informierte und differenzierte Einwilligung durch Versicherte in den Bereich der notwendigen Bedingungen für die Digitalisierung.

Werden Versicherte nicht ausreichend darin gestärkt, eine differenzierte Einwilligung zu erteilen, birgt die Nutzung von Gesundheitsdaten aus elektronischen Verordnungen das Risiko ungewollter schwerwiegender Eingriffe in die Privatsphäre und insbesondere ein Stigmatisierungspotenzial durch die Weitergabe dieser Daten. Um dieses Risiko zu begrenzen und für die Betroffenen ersichtlich und kontrollierbar zu gestalten, bedarf es insbesondere einer Differenzierung der Einwilligungsoptionen für Patient*innen. Versicherte müssen ihre Einwilligung auf Kategorien von elektronischen Verordnungen oder auch auf einzelne Verordnungen beschränken können.

Gleichzeitig müssen eine wirksame datenschutzrechtliche Kontrolle und Sanktionierung der Nutzung ausschließlich zu den im Gesetzestext vorgesehenen und durch die Einwilligung beschränkten Zwecken bei allen zur Nutzung Berechtigten sichergestellt sein.

Da sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen sich durch Beratungsangebote ihrer Krankenkassen nicht unbedingt unterstützt, sondern oftmals auch unter Druck gesetzt fühlen, bedarf es zudem einer fortlaufenden transparenten Evaluation, ob die Beratungsleistungen der Krankenkassen, basierend auf den Daten aus elektronischen Verordnungen, tatsächlich einen Nutzen für Patient*innen entfalten. Dazu schlägt die BpTK die verbindliche Veröffentlichung entsprechender Transparenzberichte durch die Krankenkassen vor, die Informationen dazu enthalten müssen, wie diese Daten in der Beratung von Patient*innen tatsächlich genutzt werden.

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag zu § 361a SGB V:

Die BpTK schlägt folgende Änderung und Ergänzung in § 361a SGB V vor:

„§ 361a

Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung

(1) Über Schnittstellen in den Diensten nach § 360 Absatz 1 müssen Daten aus elektronischen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an folgende an die Telematikinfrastruktur angeschlossene und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte übermittelt werden können:

1. Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a, sofern die Daten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendung durch die jeweiligen Versicherten erforderlich sind und die jeweiligen Versicherten diese digitale Gesundheitsanwendung nutzen,
2. Krankenkassen der jeweiligen Versicherten soweit dies für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung der jeweiligen Versicherten sowie zur Bewilligung von Leistungen vor einer Inanspruchnahme verordneter Leistungen erforderlich ist,
3. Unternehmen der privaten Krankenversicherung der jeweiligen Versicherten, soweit dies für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung oder zu Abrechnungszwecken erforderlich ist,
4. Apotheken, sofern die Daten im Rahmen des Apothekenbetriebs zur Unterstützung der Versorgung der Patienten erforderlich sind,
5. Vertragsärzte, **Vertragspsychotherapeuten** und Vertragszahnärzte, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist,

6. Krankenhäuser, die in einem Behandlungsverhältnis mit dem Versicherten stehen, soweit dies zur Unterstützung der Behandlung erforderlich ist.

Die elektronischen Zugangsdaten, die die Einlösung einer elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Satz 1 übermittelt werden.

(2) Die Übermittlung von Daten aus einer vertragsärztlichen elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an einen Berechtigten nach Absatz 1 und die weitere Verarbeitung durch diesen Berechtigten bedarf der Einwilligung des Versicherten. **Die Einwilligung kann auf Kategorien von elektronischen Verordnungen, auf bestimmte elektronische Verordnungen oder bestimmte Datenfelder der elektronischen Verordnungen beschränkt werden. Die Einwilligung in die Übermittlung von Verordnungen, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, Reproduktion und Sexualität stehen, ist gesondert zu erteilen. Die Einwilligung kann auf bestimmte Zeiträume beschränkt werden. Bei der Einwilligung in eine Übermittlung von Daten an Berechtigte nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 für individuelle Angebote zur Versorgung der Patienten ist die konkrete Art des individuellen Angebotes anzugeben. Die Einwilligung in die Übermittlung von Daten an Berechtigte nach Absatz 1 Nr. 5 kann sich auf bestimmte Leistungserbringer beziehen, die in einem Behandlungsverhältnis mit dem jeweiligen Versicherten stehen.**

(...)“

Begründung:

Zu Absatz 1 Nr. 5: Übermittlung elektronischer Verordnungen an Psychotherapeut*innen

Neben Vertragsärzt*innen und -zahnärzt*innen haben auch Vertragspsychotherapeut*innen Verordnungsbefugnisse, beispielsweise für digitale Gesundheitsanwendungen. Vor diesem Hintergrund sollten sie analog die Möglichkeit erhalten, nach Einwilligung ihrer Patient*innen auf elektronische Verordnungen zuzugreifen, soweit diese im Zusammenhang mit der Behandlung erforderlich sind.

Zu Absatz 2: Differenzierte Einwilligungsmöglichkeiten für Patient*innen schaffen

Die Versicherten müssen über die Nutzung ihrer Gesundheitsdaten aus elektronischen Verordnungen eine überlegte Entscheidung treffen können. Die Versicherten müssen eine Vorstellung davon entwickeln können, welche Risiken beispielsweise bei der

Entscheidung für die unterschiedlichen Datenfreigaben bestehen. Die BpTK schlägt daher vor, die Einwilligungsoptionen weiter zu konkretisieren.

Insbesondere sollte es Versicherten möglich sein, ihre Einwilligung in Bezug auf folgende Punkte zu differenzieren und zu konkretisieren:

- Versicherte sollten die Möglichkeit haben, zwischen einer pauschalen Einwilligung, die alle elektronischen Verordnungen umfasst, einer Einwilligung in spezifische Kategorien von elektronischen Verordnungen und der Einwilligung für einzelne elektronische Verordnungen unterscheiden zu können. Die Einwilligung für bestimmte Kategorien sollte in jedem Fall eine gezielte Entscheidung für Verordnungen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, Sexualität und Reproduktion erlauben.
- Versicherte müssen die Möglichkeit haben zu entscheiden, welche Datenfelder einer elektronischen Verordnung übermittelt oder nicht übermittelt werden sollen.
- Versicherte müssen die Möglichkeit haben, den Zeitraum zu bestimmen, in denen Daten aus elektronischen Verordnungen übermittelt werden sollen.
- Bei der Erteilung von Einwilligungen gegenüber Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung muss für Patient*innen ersichtlich sein, für welche spezifische Art von Beratungs- und Versorgungsangeboten sie ihre Einwilligung erteilen. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen sich von Beratungsangeboten ihrer Krankenkasse oftmals nicht unterstützt, sondern vielmehr unter Druck gesetzt fühlen, sollten Versicherte hierzu eine ausreichend informierte und differenzierte Entscheidung treffen können. Insbesondere muss durch eine ausreichende Transparenz gegenüber Versicherten sichergestellt werden, dass keine unerwünschte Versorgungssteuerung durch Krankenkassen basierend auf den hochsensiblen Informationen aus Verordnungen erfolgt, ohne dass Patient*innen vorab das Ziel einer entsprechenden in den Versorgungsprozess eingreifenden Beratung verdeutlicht wurde. Hierzu erscheint es erforderlich, dass die Ziele, die mit möglichen Beratungsangeboten verfolgt werden, transparent gegenüber Versicherten dargestellt werden und Versicherte die Möglichkeiten haben, diese individuell auszuwählen.
- Bei der Erteilung von Einwilligungen gegenüber Leistungserbringer*innen sollten Versicherte zusätzlich zu den bereits genannten Differenzierungsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Leistungserbringer*innen unterscheiden können. So sollte es für Patient*innen möglich sein, einzelnen an der Behandlung beteiligten Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen eine umfassende Einwilligung in alle Verordnungen erteilen zu können und anderen Leistungserbringer*innen nur den Zugriff auf eine spezifische elektronische Verordnung zu ermöglichen.