

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
Postfach 90 03 54 · 99106 Erfurt

Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Nur per E-Mail

Ihr/e Ansprechpartner/in:
Herr Dr. Fröhlich

Durchwahl:
Telefon +49 (361) 37-98684
Telefax +49 (361) 37-98840

Ingmar.Froehlich@
tmsfg.thueringen.de

Ihr Zeichen:
221-20020

Ihre Nachricht vom:
21. Oktober 2014

Unser Zeichen:
(bitte bei Antwort angeben)
42-0079/4-66-50023/2014

Erfurt, 7. November 2014

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Sehr geehrte Frau Kossebau,

ich danke Ihnen für die Übersendung des Referentenentwurfs und der Möglichkeit, dazu Stellung zu nehmen.

Der Gesetzesentwurf ist dem Grunde nach zu begrüßen und trifft eine Vielzahl sinnvoller und notwendiger Regelungen. Gleichwohl besteht in Bezug auf einige Regelungen aus hiesiger Sicht Änderungsbedarf.

1. Beschränkung der Haftung von Hebammen

Nach § 134a Abs. 5 SGB V sollen Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt werden. Dadurch soll auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen sichergestellt werden. Dabei soll der Ausschluss der Regressforderungen auf freiberuflich tätige Hebammen beschränkt sein, da diese gegenüber anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich durch die Entwicklung der Berufshaftpflichtversicherung erkennbar in besonderer Art und Weise belastet sind. Angestellte Hebammen sind von der Neuregelung nicht erfasst, da sie nach den arbeitsrechtlichen Grundsätzen nicht persönlich haften.

Diese Regelung wird kritisch gesehen. Im Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) äußerten sowohl das BMJ und als auch das BMAS rechtliche Bedenken gegen eine Beschränkung von Regressen, und dass diese nur auf eine bestimmte Berufsgruppe beschränkt sein soll. Außerdem führe die Regressbegrenzung zu einer unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten begründungsbedürftigen finanziellen Belastung der Beitragszahler, deren Verteilungswirkung unklar sei. Nach Auffassung des BMAS handelt es sich bei der Entlastung der Hebammen vielmehr um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Des Weiteren ist nicht ersichtlich, wie si-

Thüringer Ministerium für
Soziales, Familie und Gesundheit
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt

www.thueringer-sozialministerium.de

E-Mail-Adressen dienen im TMSFG nur dem Empfang einfacher Mitteilungen ohne Signatur und/oder Verschlüsselung.

chergestellt werden soll, dass die finanzielle Entlastung durch die Versicherungsunternehmen tatsächlich an die Hebammen weitergegeben wird. Von den Entlastungen würden zudem die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die Beihilfeträger profitieren. Diese werden aber nicht an der Entlastung der Hebammen beteiligt, was wiederum zu einer einseitigen Belastung der gesetzlich Versicherten bzw. einer Quersubventionierung der privaten Kostenträger und der Beihilfeträger führt. Dies stellt in diesem Aspekt eine Entsolidarisierung der Gesellschaft dar. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Beschränkung auf die freiberuflichen Hebammen in Krankenhäusern dazu führen kann, dass aus Kostensenkungsgründen angestellte Hebammen in die Freiberuflichkeit gedrängt werden bzw. freie Stellen nicht mehr durch angestellte, sondern durch Beleghebammen bzw. freiberufliche Hebammen besetzt werden. Schließlich steht zu befürchten, dass von der Regelung eine Signalwirkung auf andere belastete Leistungserbringergruppen ausgeht.

Es wird angeregt, die angedachte Neuregelung noch einmal einer eingehenden Prüfung zu unterziehen und dabei auch möglicherweise nicht gewollte Effekte in anderen Bereichen zu berücksichtigen.

2. Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

Zur Reduzierung von Wartezeiten sind innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichten (§ 75 Abs. 1a SGB V). Liegt eine Überweisung vor, wird ein Facharzttermin innerhalb einer vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten vermittelt. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Die Regelung wird kritisch gesehen. Es wird eine neue bürokratische Organisationseinheit geschaffen, die die eigentlichen Probleme der sehr hohen Auslastung von Fachärzten bzw. auch die teilweise fehlenden Fachärzte (für Thüringen bspw. Augenärzte) nicht behandelt, sondern lediglich versucht, die Symptome abzustellen. Inwiefern diese Regelung tatsächlich erfolgversprechend sein soll, kann nicht nachvollzogen werden. Zudem ist zu klären, welche rechtlichen Möglichkeiten die Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt haben, Patienten bestimmten Ärzten zu vermitteln, wenn diese eine Behandlung mit der Behauptung ablehnen, über keine weiteren Kapazitäten für Behandlungen zu verfügen. Insbesondere in Regionen, in denen Ärzte fehlen, werden die Terminservicestellen zu keiner Verbesserung der Versorgung der Patienten führen.

3. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die geplante Änderung in § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V wird für verfehlt angesehen. Es sollte bei der aktuell geltenden Regelung bleiben. Durch die völlige Umgestaltung des 116b SGB V ist ein neues System für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung installiert worden. Die aufgrund der Neuregelung durch den G-BA zu erlassenden Richtlinien werden sich entsprechend des medizinischen Fortschritts immer weiter von den aufgrund der alten Rechtslage erlassenen Richtlinien entfernen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Krankenhäuser hier von der Beachtung des geltenden Rechts ausgeschlossen sein sollen.

4. Erweiterung der Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Beim MDK werden die Entscheidungsgremien um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe erweitert (§ 279 SGB V). Ein Drittel des Verwaltungsrats wird künftig von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt zudem die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände und legt Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge fest.

Durch diese Neuregelung entsteht ein erheblicher Verwaltungsaufwand insbesondere für die Behörden auf Landesebene. Die Regelungen in den einzelnen Bundesländern würden sich unterschiedlich entwickeln, weil das Gesetz zur Ausführung keine näheren Vorgaben enthält. Der konkrete Nutzen der Neuregelung erschließt sich nicht. Auch erscheint fraglich, ob die Interessen der genannten Personengruppen durch eine Beteiligung im Verwaltungsrat tatsächlich besser vertreten werden können.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Angela Engelhard
Stellvertretende Abteilungsleiterin