



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12 • D – 10117 Berlin

1. Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
und des
Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
vereint im
German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG)
zum Referentenentwurf des TSVG vom 23.7.2018

15.08.2019

VORBEMERKUNG

Die Frauenärztinnen und Frauenärzte Deutschlands (im weiteren Verlauf FrauenärztInnen genannt) sehen in einigen Punkten des Referentenentwurfes die Besonderheiten der frauenärztlichen Versorgung nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

Das Bestreben, Nachteile für die Versorgung der Mädchen und Frauen zu vermeiden, steht für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei ihren Kommentaren im Vordergrund.

Präsidentin der Deutschen
Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe
DGGG e.V.
Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel,
Regensburg

Präsident des Berufsverbandes der
Frauenärzte
BVF
Dr. Christian Albring, München

Sprecher GBCOG
Prof. Dr. Diethelm Wallwiener,
Tübingen

Vertreter der Deutschen
Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe
DGGG e.V.
Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt,
Hamburg
Prof. Dr. Anton Scharl, Amberg

Vertreter des Berufsverbandes der
Frauenärzte
BVF
Dr. Klaus König, Steinbach
Dr. Doris Scharrel, Kronshagen

IM EINZELNEN

Ad A.

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe Deutschlands begrüßt Ziele des Referentenentwurfes des TSVG des BMG vom 23.7.2018.

Staatliche Eingriffe in die Aufgabenhoheit der gemeinsamen Selbstverwaltung sind jedoch ebenso wie Durchgriffsregelungen auf die Praxisorganisation und das Praxismanagement abzulehnen.



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Ad B.

Die Bewerbung und Einrichtung der bundeseinheitlichen Notfallnummer 116117 ist dringend notwendig und zielführend.

Die Zielsetzung „Schnellere Termine und bessere Versorgung“ beinhaltet die Aussage, dass es in Deutschland um sie schlecht bestellt ist.

Im europäischen Vergleich hat Deutschland jedoch kein Defizit. Die Senkung des Anspruchsdenken der Versicherten und ihre aktive Mitwirkung zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands sind zielführendere und sicherlich erfolgreichere Instrumente als Teile des Referentenentwurfes.

Das Problem des TSVG könnte in der einheitlichen Bewertung und Zentralisierung der Forderungen unter Vernachlässigung der regionalen Gegebenheiten, die eine kassenärztliche Selbstverwaltung besser kennt und aus der Region heraus erfolgreicher steuern kann, liegen.

Die Terminservicestellen sollten - wenn sie auch im Notfall agieren sollen - imstande sein, telefonisch eine grobe Vorauslese zwischen dringenden und weniger dringenden Terminen zu treffen.

Im Notfall sollten sie zwischen notwendiger ambulanter bzw. stationärer Behandlung unterscheiden können.

Zeitgleich muss eine nachhaltige mediale Kampagne zur Information der Menschen mit dem Ziel der Reduzierung überflüssiger Inanspruchnahme inauguriert werden.

Eine Erreichbarkeit der TSS zur Terminvermittlung über 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche ist sicherlich überflüssig und Ressourcen verschwendend: Die Terminvermittlung zur Unzeit ist allenfalls online darstellbar.

Wenn Politik und Kassen diesen Service wünschen, müssen sie ihn im vollen Umfang finanzieren. Sollte ein vermittelteter Termin vom Patienten nicht wahrgenommen werden, entstehen dem Arzt Kosten, die ihm außerhalb der MGV erstattet werden müssen.

Die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes sehen die FrauenärztInnen äußerst kritisch, da sie in der Folge von Jahren der politisch gewollten Rationalisierung und Budgetierung ihre Praxisabläufe maximal optimieren und die Anzahl der medizinischen Fachangestellten rationieren mussten. Rationalisierungsreserven sind daher NICHT vorhanden.

Die FrauenärztInnen arbeiten ebenso wie ihre Mitarbeiterinnen am Limit.

Die Kosten für die Gehälter der MFA und die Vorhalte-Praxiskosten werden durch das TSVG sicher steigen. Verträge der MFA müssen geändert bzw. neue Hilfskräfte gefunden und eingestellt werden. Letzteres gestaltet sich besonders schwierig, da Krankenhäuser und demnächst auch Pflegedienste durch ihre finanzielle Besserstellung höhere Löhne als Praxisinhaber bezahlen können.

Die Situation ist u. a. so gravierend, da der arztgruppenspezifische Basis-Fallwert im Regelleistungsvolumen (RLV) der frauenärztlichen Praxis NUR 15,4931 € (3/2018 KV Niedersachsen)



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

beträgt: diese maximale Summe fällt 1x pro Quartal für die Untersuchung, inklusive aller technischen Hilfsmittel wie z.B. Ultraschall, Behandlung und Beratung eines kranken Mädchen bzw. einer kranken Frau im Quartal an, unabhängig davon, ob sie 1x, 5x oder häufiger im Quartal die Praxis aufsucht! Schon jetzt schöpfen die FrauenärztInnen außerdem ihr RLV zu 121% (1/2018 KV Niedersachsen) aus: Die Leistungen über 100% erbringen sie gezwungenermaßen kostenlos, da sie ihr RLV regelhaft (!) wegen des hohen Patientinnenaufkommens überschreiten müssen.

Die FrauenärztInnen auf dem Land, in den östlichen Bundesländern und strukturschwachen städtischen Bereichen betreuen kaum oder gar keine Mitglieder privater Krankenkassen: eine Quersubventionierung ist unmöglich.

Die Erhöhung der Strukturfonds der KVen unter finanzieller Beteiligung der KVen sehen die FrauenärztInnen extrem kritisch.

Eine weitere Reduzierung des frauen- und fachärztlichen Honorars durch diese Erhöhung ist inakzeptabel. Das Geld zur Erhöhung des Fonds wird den Ärzten von ihrem knappen Honorar abgezogen und führt zu einer zusätzlichen Reduzierung des aktuell schon inakzeptablen Basis-Fallwert von 15,4931€ (Frauenärzte 3/2018 KV Niedersachsen).

Frauen- und FachärztInnen werden seit vielen Jahren über die Gebühr belastet: sämtliche Innovationen und Verlagerungen stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor finden ausschließlich im fachärztlichen Versorgungsbereich statt.

FachärztInnen erbringen bei steigender Tendenz aktuell über 65% der Versorgerleistungen.

Das Gesamthonorar für alle Fach- und Hausärzte wird jedoch zwischen Fach- und Hausärzten unverständlicherweise nur 50,..% zu 49,.. % geteilt!

Das führt dazu (3/2017 KV Niedersachsen), dass der Fallwert (Honorarumsatz pro Patient pro Quartal) der Hausärzte 88% über dem der Dermatologen, 36% über dem der Augenärzte, 55% über dem der Gynäkologen, 71% über dem der HNO-Ärzte, 45% über dem der Orthopäden und 30% über dem der Urologen liegt, obwohl in den ausgewiesenen Honoraren dieser Facharztgruppen sowohl die technischen Leistungen (z.B. Ultraschall), wie auch die ambulanten Operationen und alle Vorsorgeleistungen enthalten sind. Der Hausarzt erhält dagegen sein Honorar z. B. auch dann, wenn er nur eine Überweisung zum Facharzt ausgestellt hat – und soll laut TSVG noch 2 Euro dazu bekommen. Ein ungerechter Zustand!

Die Ausschöpfung des RLV liegt dementsprechend bei den genannten Facharztgruppen zwischen 114,5 % und 143,2% (1/2018 KV Niedersachsen).

Die FrauenärztInnen begrüßen eine Verbesserung der Stellung der Medizinischen Versorgungszentren unter Berücksichtigung/Beibehaltung der Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit. Die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten ist notwendig.

Die FrauenärztInnen begrüßen die Beschränkung/Klarstellung auf fachbezogene MVZ sowie den Wegfall des Zulassungsentzugs nach Ausscheiden aller Gründer eines MVZ, wenn Gesellschafteranteile durch angestellte Ärztinnen übernommen werden.



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Äußerst kritisch zu sehen ist jedoch der Vorschlag, die Nachbesetzung von Angestelltenstellen unter Bedarfsvorbehalt zu stellen. Dies stellt die Möglichkeit kontinuierlicher Versorgung durch angestellte Ärzte/Ärztinnen sowie damit verbundene Investitionen in Frage und birgt ein hohes Schadenspotential ohne erkennbaren Nutzen.

Die FrauenärztInnen vermissen im Gesetz die Verankerung eines verbesserten Sektorenüberganges im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt.

Kliniken sind zunehmend nicht imstande, die kompletten Weiterbildungsinhalte zu vermitteln, da komplette Teilfachgebiete aus der Klinik in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. Deshalb muss sehr schnell die kombinierte stationäre und ambulante Verbundweiterbildung gesetzlich unterstützt und verankert werden.

Ad C.

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sieht in der sozialverträglichen Kostenerstattung eine wirkliche Alternative.

Sie fördert das Kosten- und Gesundheitsbewusstsein, das mitverantwortliche Verhalten sowie die Bereitschaft, Vorsorge zu treffen.

Die Kostenerstattung schmälert den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen und KVen

Ad D.

Die FrauenärztInnen begrüßen die Bereitstellung eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages. Dieser ist zwingend zur Erreichung der gesetzten Ziele und zur Beseitigung der durch Rationierung, Budgetierung und ungerechte Honorarverteilung (zwischen Fach- und Hausärzten) entstandenen Defizite notwendig (siehe ad B).

Die zusätzlichen Gelder sollten daher vornehmlich der fachärztlichen Versorgung der Menschen zugutekommen.

Ad E. 2

Der Aufwand für die Erweiterung der Sprechstundenzeiten ist nicht gering: neben dem höheren Organisationsaufwand entstehen höhere Personal- und Praxisvorhaltekosten. Diese müssen zwingend ausgeglichen werden.

Bei mindestens 97% der Praxen, die jetzt schon vollzeitig arbeiten, ist die Bereitstellung von 5 Stunden als offene Sprechstunde kontraproduktiv: sie wird zur Verknappung der Termine in der



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Terminsprechstunde und damit zur Verlängerung der Wartezeiten insgesamt führen.
Siehe auch Ad B. 3. Absatz.

Ad E. 3

Der erhöhte Verwaltungsaufwand darf nicht zu Lasten der schon erheblich budgetierten Frauen- und Fachärzte gehen.

Die Erhöhung des Strukturfonds darf nicht zu Lasten der schon erheblich budgetierten Frauen- und Fachärzte erfolgen.

Artikel 1

Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch

10. § 20j:

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe begrüßt die Einführung der Präexpositionsprophylaxe für Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko.

11. § 27a:

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe begrüßt die Einfügung. Sie führt zur Gleichstellung kranker und gesunder Frauen und Familien mit Kinderwunsch und erweitert die Lebensperspektiven schwer kranker Frauen.

Es besteht jedoch dringender Nachbesserungsbedarf, denn der Umfang der vom Gesetz „Betroffenen“ ist nicht umfassend genug gefasst worden.

Die Transplantation zuvor kryokonservierten Eierstockgewebes kann Frauen nach einer Krebstherapie schon seit 2011 zu einer Schwangerschaft verhelfen. So muss auch die 16-jährige Leukämiepatientin, bei der Kinderwunsch noch kein Thema ist, einbezogen, und vor der Krebstherapie Ovarialgewebe entnommen und später retransplantiert werden.

31. § 65c

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe begrüßt die Erweiterung auf zwei Jahre.



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

35. § 75a) dd):

Die FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe begrüßen die Bestätigung des Primärzugangs für Patientinnen zur grundversorgenden Frauenarztpraxis.

38. § 81a) 3 b):

Die FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe begrüßen ein bürokratiearmes Vorgehen bei einer Abrechnungsüberprüfung zur Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten.

40. § 87

b)

Sollten bei einer Bewertung technischer Leistungen auch die Ultraschalleistungen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bewertet werden, ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Regulierungen (Quotierung, Budget, Regelleistungsvolumina etc.)

- der frauenheilkundliche Vaginal- und Abdominalultraschall im Basis-Fallwert von 15,4931€ versenkt worden ist. 15,4931€ stehen den FrauenärztInnen bei einem kranken Mädchen/einer kranken Frau 1x im Quartal für alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen unabhängig von nur einer oder einer mehrfachen Inanspruchnahme zur Verfügung;
- der frauenheilkundliche Ultraschall neben den Anschaffungskosten laufende Kosten durch Instandhaltung, Wartung, Desinfektion, Kondom- und Gelverbrauch sowie Qualitätssicherung und Validierung verursacht;
- der frauenheilkundliche Ultraschall bei einer großen Zahl von Patientinnen mehrfach im Quartal, z.B. bei Befundkontrollen unter Blutungen oder Ovarialcysten, oder der Follikulometrie bei Kinderwunsch (bis zu 4x im Zyklus) erforderlich ist, ohne dass er honoriert wird, weil er im einmaligen Basisfallwert versenkt ist;
- die Leistungen des frauenheilkundlichen Ultraschalls, z.B. auch zur Follikulometrie zur Optimierung der Empfängnis bei Kinderwunsch, aus immer noch unerfindlichen Gründen gestrichen werden, wenn, was ja der Sinn der Diagnostik und Therapie bei Kinderwunsch ist, eine Schwangerschaft im selben Quartal eintritt;
- die Leistungen des geburtshilflichen Ultraschalls häufig mehrfach im Quartal, z.B. bei Blutungen, Zervixverkürzung, Frühgeburtsbestrebung, Lageanomalien, Wachstumsretardierung (z.B. unter Nikotin, Alkohol, Diabetes) zwingend erforderlich sind, ohne dass sie auch passend mehrfach honoriert werden.

Die Ultraschalleistungen in der Frauenarztpraxis dürfen weder vermindert noch in der Bewertung reduziert werden.



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

d)

cc)

Frauenärztinnen sind grundversorgende ÄrztInnen und in jungen Jahren der Mädchen und Frauen häufig der einzige Ansprechpartner für diese.

Die geplanten Regelungen des § 87, Absatz 2b, Sätze 4ff sollten daher bei der identischen Leistung einer erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermines beim Facharzt auch für FrauenärztInnen gelten.

h)

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe begrüßt die Beibehaltung des Primärzuganges zur Frauenarztpraxis und der Überweisungsfreiheit.

l)

Die Umsetzung der ASV Gynäkologie scheitert vielfach an den überwältigenden bürokratischen Vorgaben.

Eine weitere Komplizierung der Vorgaben zur Umsetzung der ASV muss vermieden werden.

Die Akzeptanz der ASV steigt, wenn die Gleichbehandlung der ambulant bzw. stationär tätigen Ärzte gewährleistet wird.

48. § 96

Aktuell besteht schon in mehreren Facharztgruppen sowohl im ländlichen wie strukturschwachen städtischen Bereich ein Facharztmangel, der sich zukünftig durch die Überalterung verstärkt.

Diese häufig grundversorgenden Facharztgruppen sollten als förderungswürdig eruiert und in den § 96 integriert werden.

Extrabudgetäre Honorierung von Leistungen durch Terminservicestellen usw. ist ein zweifelhafter Anreiz. Zu fordern ist hier an dieser Stelle die Honorierung ärztlicher Leistungen bei wiederholter Inanspruchnahme durch Patienten im Quartal. Hier reicht eine Grundpauschale nicht mehr aus.

50. § 103

e) aa) und f)

Die FrauenärztInnen befürworten diese Erweiterung



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

e) bb) und f) bb)

Diese Limitierung ist sehr kritisch zu sehen, stellt sie doch die Möglichkeit einer kontinuierlichen Betreuung durch angestellte Ärztinnen in Frage.

51. § 105

b)

cc)

Die Einzahler in den Strukturfonds der KVen sind jetzt schon mehrheitlich die FachärztInnen, die rationiert und budgetiert werden.

FrauenärztInnen werden pro kranker Frau einmal im Quartal - auch bei mehrfacher Inanspruchnahme – einmalig mit nur 15,4931€ (3/2018 KV Niedersachsen) honoriert.

Das Honorar der FachärztInnen darf nicht noch mehr für versorgungsfremde Dinge herangezogen werden.

Es ist Aufgabe des Staates und der Krankenkassen, Neuniederlassungen, Ausbildungen, Stipendien, Förderung von Eigeneinrichtungen und Sonderbedarfszulassungen zu fördern. Das knappe fachärztliche Honorar reicht jetzt schon nicht für alle Ansprüche an Versorgung der Menschen, Bürokratie und Qualitätssicherung.

Der Staat muss seine Steuergelder und die Krankenkassen ihre überbordenden Einnahmen für solche Förderungen nutzen.

Andernfalls wird die medizinische Versorgung der Menschen durch die honorarmäßige Reduzierung der ärztlichen Handlungsfreiheit leiden.

c)

Siehe unter b) cc)

e)

Siehe unter b) cc)

ARTIKEL 13

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

2. a)

Frauen- und FachärztInnen haben ihre Rationalisierungsmöglichkeiten unter dem Diktat der Budgetierung schon seit Jahren ausgeschöpft.

Personal musste rationiert und Behandlungsabläufe optimiert werden.

Ohne die Bereitstellung von extrabudgetärem Geld ist eine 25% Erweiterung der Sprechzeiten mit all ihren Folgen für das Personal und die Praxiskosten undenkbar und unmöglich.

Die Kosten entstehen durch mehr Personal, längere Arbeitszeiten und Praxisvorhaltekosten.

Die Diskrepanz zwischen tatsächlich erbrachten Sprechstundenzeiten und den öffentlich angekündigten müssen berücksichtigt werden.

Praxen, die die geforderten Sprechzeiten jetzt schon erbringen, müssen ebenfalls besser honoriert werden. Sie dürfen nicht wegen ihrer Vollversorgung bestraft werden.

BEGRÜNDUNG

A.

Allgemeiner Teil

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

II.1. Sprechstundenangebot

Ein Ärztemangel und dadurch bedingte mangelhafte Vorhaltung von Sprechzeiten sind nicht durch Regulierungen und Umverteilungen zu beheben.

Ein mangelhaftes Angebot an Sprechzeiten existiert vornehmlich bei Facharztgruppen – incl. Kinderärzten –, die unter Nachwuchsmangel leiden. Darunter befinden sich im ländlichen Bereich und strukturschwachen Regionen und Stadtteilen auch die FrauenärztInnen. Allen diesen Gruppen ist eine Aufstockung der Sprechzeiten nicht zumutbar. Diese sind trotz Delegation delegierbarer Leistungen an der Grenze ihrer Kapazität ärztlicher Leistungen angelangt.

Im frauenärztlichen Bereich muss die verschiedene Hierarchie der Termine - langfristige Termine zur Früherkennung, Routinetermine zu Empfängnisregelung und Krebsnachsorge, Algorithmus Mutterschaftsvorsorge und Termine zur Behandlung von akuten Beschwerden - berücksichtigt und unterschieden werden.

Eine Umverteilung des Honorars durch Aufstockung der Strukturfonds der KVen ist nicht zielführend. Sie belastet die bestehenden Arztpraxen, die sie finanzieren müssen, und führt zum Streben nach frühzeitiger Berentung bei älteren KollegInnen.

Die Willkürlichkeit der Gesetzgebung nach Pateidoktrin statt nach Versorgungsnotwendigkeit



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

schreckt niederlassungswillige JungärztInnen ab.

Eine Bewusstseinsveränderung der Menschen zur eigenen Gesundheit und Vorsorge muss von der Politik und den Krankenkassen nachhaltig und dauerhaft angestrebt und erreicht werden.

II.1.3. Vergütungsanreize

Erster Aufzählungspunkt:

Die Vermittlung eines Termines beim Facharzt wird zusätzlich honoriert, während der Facharzt die fachärztlich notwendige Leistung dann unter Budgetbedingungen erbringen muss, und zusätzlich sein RLV in seiner Leistungsausweitung begrenzt ist. Im Endeffekt bekommen Fachärzte jetzt schon 15 – 20% ihrer Leistungen am Ende des Quartals nicht honoriert.

Außerdem erbringt der fachärztliche Versorgungsbereich aktuell schon 65% der Versorgerleistungen, erhält aber nur 50,.. % des Gesamthonorars.

Im frauenärztlichen Bereich muss die verschiedene Hierarchie der Termine - langfristige Termine zur Früherkennung, Routinetermine zu Empfängnisregelung und Krebsnachsorge, Algorithmus Mutterschaftsvorsorge und Termine zur Behandlung von akuten Beschwerden - berücksichtigt und unterschieden werden.

Eine Benachteiligung der Honorierung hausärztlicher gegenüber fachärztlichen Leistungen ist seit beinahe 20 Jahren nicht nachweisbar. Vielfach erhält der Hausarzt für eine bloße Überweisung am Tresen zum Facharzt schon 50% mehr Honorar als der Facharzt für die medizinische Versorgung des Patienten (siehe Ad B Absatz 4 Beispiel KV Niedersachsen).

Sechster Aufzählungspunkt:

Sollten bei einer Bewertung technischer Leistungen auch die Ultraschallleistungen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bewertet werden, ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Regulierungen (Quotierung, Budget, Regelleistungsvolumina etc.)

- der frauenheilkundliche Vaginal- und Abdominalultraschall im Basis-Fallwert von 15,4931€ versenkt worden ist. 15,4931€ stehen den FrauenärztInnen bei einem kranken Mädchen/einer kranken Frau 1x im Quartal für alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen unabhängig von nur einer oder einer mehrfachen Inanspruchnahme zur Verfügung;

- der frauenheilkundliche Ultraschall neben den Anschaffungskosten laufende Kosten durch Instandhaltung, Wartung, Desinfektion, Kondom- und Gelverbrauch sowie Qualitätssicherung verursacht;



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

- der frauenheilkundliche Ultraschall bei einer großen Zahl von Patientinnen mehrfach im Quartal, z.B. bei Befundkontrollen unter Blutungen oder Ovarialcysten, oder der Follikulometrie bei Kinderwunsch (bis zu 4x im Zyklus) erforderlich ist, ohne dass er honoriert wird, weil er im einmaligen Basisfallwert versenkt ist;

- die Leistungen des frauenheilkundlichen Ultraschalls, z.B. auch zur Follikulometrie zur Optimierung der Empfängnis bei Kinderwunsch, aus immer noch unerfindlichen Gründen gestrichen werden, wenn, was ja der Sinn der Diagnostik und Therapie bei Kinderwunsch ist, eine Schwangerschaft im selben Quartal eintritt;

- die Leistungen des geburtshilflichen Ultraschalls häufig mehrfach im Quartal, z.B. bei Blutungen, Zervixverkürzung, Frühgeburtsbestrebung, Lageanomalien, Wachstumsretardierung (z.B. unter Nikotin, Alkohol, Diabetes) zwingend erforderlich sind, ohne dass sie auch passend mehrfach honoriert werden.

Für die ÄrztInnen besteht – anders als vielleicht bei den Abrechnungsspezialisten in der KBV - keine Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Bewertung ihrer Leistungen. Weitere Regulierungen führen zur Verschlimmerung der Situation.

Die Ultraschalleistungen in der Frauenarztpraxis dürfen weder vermindert noch in der Bewertung reduziert werden.

II.2.1. Regionale Zuschläge

Regionale Zuschläge müssen extrabudgetär erfolgen.

II.2.2. Strukturfonds der KV

Die Einzahler in den Strukturfonds der KVen sind jetzt schon mehrheitlich die FachärztInnen, die rationiert und budgetiert werden.

Die FrauenärztInnen werden pro kranker Frau einmal im Quartal - auch bei mehrfacher Inanspruchnahme – einmalig mit nur 15,4931€ (3/2018 KV Niedersachsen) honoriert.

Das Honorar der FachärztInnen darf nicht noch mehr für versorgungsfremde Dinge herangezogen werden.

Es ist Aufgabe des Staates und der Krankenkassen, Neuniederlassungen, Ausbildungen, Stipendien, Förderung von Eigeneinrichtungen und Sonderbedarfszulassungen zu fördern. Das knappe fachärztliche Honorar reicht jetzt schon nicht für alle Ansprüche an Versorgung der Menschen, Bürokratie und Qualitätssicherung.

Der Staat muss seine Steuergelder und die Krankenkassen ihre überbordenden Einnahmen für solche Förderungen nutzen.

Andernfalls wird die medizinische Versorgung der Menschen durch die honorarmäßige Reduzierung der ärztlichen Handlungsfreiheit leiden.



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

II.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Für die die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eigene Einrichtungen müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Finanzmittel jenseits der Gesamtvergütung von den Krankenkassen erhalten. Kooperationen mit den Kommunen zur Finanzierung müssen gesetzlich möglich und notwendig gemacht werden.

II.2.5. Bedarfsplanung

Eine bundeseinheitliche Regelung zur Bedarfsplanung – einheitliche Arzt/Patientenzahlen - ist nicht ausreichend bzw. zielführend. Eine kleinräumige Planung sowie eine Aufhebung der Zulassungssperren in ländlichen Regionen sind zu begrüßen, sollten aber durch ein neues Gutachten begleitet werden.

Eine Beteiligung der Länder ist abzulehnen, da eine politische statt einer versorgungsnotwendigen Entscheidung zu befürchten ist: die Bedarfsplanung und Verteilung sollte bei der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben.

Bei der Weiterentwicklung der Steuerungselemente muss langfristig der Berücksichtigung der Entwicklung der Bevölkerung hinsichtlich Altersstruktur, Geburtenziffer und Migration (auch innerhalb Deutschlands) Rechnung getragen werden.

II.2.4. Medizinische Versorgungszentren

Die geplanten Änderungen, wonach nicht für jede MVZ-Hauptbetriebsstätte eine eigene Trägergesellschaft zu gründen sei und die Klarstellung, dass Zweigstellen künftig auch planungsbereichsübergreifend betrieben werden können, bewerten die FrauenärztInnen positiv.

Der wesentlichste Kritikpunkt ist das Vorhaben, durch eine Änderung in den § 103 Abs. 4a und 4b SGB V, jede Nachbesetzung einer Angestelltenstelle – im MVZ und in der Arztpraxis - unter den Vorbehalt einer gesonderten Bedarfsprüfung zu stellen. Durch diese Änderung, die auf einer fehlerhaften Gleichsetzung der Nachbesetzung einer Zulassung mit der Nachbesetzung einer Anstellungsgenehmigung beruht, würde die kontinuierliche Besetzung von Arztstellen durch zusätzliche bürokratische Hürden erschwert. Die Zulassungsausschüsse wären gezwungen, bei angestellten Ärzten bei jedem Wechsel eine Bedarfsprüfung durchzuführen, obwohl diese bereits beim Wechsel des Inhabers des Sitzes erfolge. Unter welchen Voraussetzungen der Bedarf nicht gesehen werden soll, lässt die Regelung offen. Ein Nutzen für die Patientinnen wäre mit der Neuregelung auch nicht verbunden.

II.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Eine sachliche und kontinuierliche Konfliktlösung zwischen niedergelassenem Bereich, Krankenhaus und Krankenkassen ist dringend erforderlich. Die Einbindung von fachkompetenten ärztlichen Vertretern ist unabdingbar.

Zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung der Menschen sollte die GKV gesetzlich verpflichtet werden neben haus- auch fachärztliche Versorgungsverträge abzuschließen.

II.3.2. Sozialdatenschutz

Die Einbindung von Betriebsärzten zur besseren Durchimpfung der Bevölkerung ist zu begrüßen.

II.3.4. Allgemeines Leistungsrecht

Kryokonservierung:

Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf, denn der Umfang der vom Gesetz „Betroffenen“ ist nicht umfassend genug gefasst worden.

Die Retransplantation zuvor kryokonservierten Eierstockgewebes kann heutzutage (seit 2011) Frauen nach einer Krebstherapie zu einer Schwangerschaft verhelfen. Der Absatz sollte daher wie folgt geändert, und - vielleicht - nicht im Rahmen des Paragraphen 27a (Künstliche Befruchtung) sondern allgemeiner als zusätzlicher Satz des §27 (z.B. nach Satz 5) in das Sozialgesetzbuch V eingefügt werden.

„Erweiterung des Leistungsanspruchs der Versicherten um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen eine akute Erkrankung bzw. deren Behandlung zu einem unwiederbringlichen Fertilitätsverlust führen würde und eine Kryokonservierung erforderlich ist, um nach der Genesung eine Wiederherstellung der Fertilität oder eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen.“

Die Kryokonservierung von Ovarialgewebe wird regelhaft nicht in IVF-Zentren durchgeführt, sondern in spezialisierten Bereichen der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Da die Aufklärung über fertilitätserhaltende Maßnahmen bei onkologischen Erkrankungen Bestandteil der Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft sind, sind die ersten Ansprechpartner für diese Problematik zunächst die onkologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die die Patientin beraten und in der Folge die Kolleginnen und Kollegen vor Ort, die dann unter anderem die Ovargewebeentnahme und auch Ovargewebetransplantation durchführen.

Somit ist die Formulierung „Erweiterung des Leistungsspektrums für künstliche Befruchtung“ in Hinblick darauf, dass die Maßnahmen dann nur in IVF-Zentren durchgeführt würden, sachlich falsch. In Deutschland existiert kaum ein IVF-Zentrum, das eine Ovargewebeentnahme, beziehungsweise eine Ovargewebetransplantation durchführt. Beinahe ausnahmslos nur spezialisierte Einheiten, die zumeist in der direkten Kooperation der onkologischen Zentren beteiligt sind, beherrschen diese



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Maßnahme bzw. führen durch.

Die Gesetzesvorlage muss daher in diesem Bereich ergänzt beziehungsweise erweitert werden, da andernfalls die Patientinnen, die auf Grund der klinischen Notwendigkeit eine zeitnahe Entnahme von Ovargewebe und selbstverständlich auch dann die Replantation ihres Ovargewebes brauchen, benachteiligt werden würden.

II.3.8. Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und –registergesetz, §65c SGB V)

Die Reduktion des ärztlichen Honorars für diese zeitaufwendige bürokratische Maßnahme ist wenig erfolgversprechend und inakzeptabel.

II.3.10. Telematik

Eine patientengerechte Dokumentation der eigenen Daten außerhalb der elektronischen Versicherungskarte ist zu begrüßen:

Es bleibt erneut bedauerlich, dass die GKV erst 2021 ihren Versicherten die entsprechenden Karten für eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen.

VI. Gesetzesfolgen

Der Finanzierungsplan ist ungenügend und durch die geplanten Maßnahmen nicht umzusetzen.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Einzelmaßnahmen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die geplante Regelung eines Bedarfsvorbehaltes für die MVZ bedeutet keine Vereinfachung.

3.1 Sprechstundenangebot

3.1.1. Terminservicestellen (TSS)

Die TSS wurde bisher von der Kassenärztlichen Vereinigung aus den ärztlichen Honorartöpfen bezahlt. Da Einsparungen durch fehlerhafte Inanspruchnahme der Notfallsprechstunde und des Krankenhauses nur der GKV zugutekommt, muss die GKV auch die TSS finanzieren.



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

4. Erfüllungsaufwand

Bedauerlicherweise findet der beträchtliche finanzielle und organisatorische Aufwand für die Umsetzung des TSVG für die Arztpraxis, ihre ÄrztInnen und ihre medizinische FachangestelltInnen in diesem Papier überhaupt keine Beachtung.

FrauenärztInnen und medizinische FachangestelltInnen leiden jedoch unter den versteckten Kostensteigerungen bzw. Honorarkürzungen z.B. bei der Erhöhung des Strukturfonds der KVen, der Erweiterung der Terminservicestellen der KVen, und befürchten wegen der wenig klaren Angaben zur Finanzierung der zusätzlichen Sprechzeiten wesentliche Einbußen trotz erhöhtem Arbeitsaufwandes. Es kann nicht sein, dass die ÄrztInnen zwar für die Sonderleistungen eine extrabudgetäre Honorierung bekommen, diese ihnen aber dann im Vorwegabzug für die zusätzlichen Leistungen der KV als Verwaltungskostengelder von der KV abgezogen werden müssen.

Bürgerinnen und Bürger sollten in diesem Gesetz durch geeignete nachhaltige Maßnahmen aufgefordert und unterstützt werden, ihre eigene Gesundheitsvorsorge zu betreiben.

B. Besonderer Teil

Zu Nummer 31 (§65 c)

Der Schulungsaufwand des Praxispersonals ist erforderlich und zeitaufwändig. Er sollte im TSVG Berücksichtigung finden.

Zu Nummer 35 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe cc

Die Notfallvermittlung für Akuttermine durch die TSS ist nicht ohne hohen Personalaufwand mit fachkompetenten Mitarbeitern und Ärzten realisierbar. Es kann nicht sein, dass die ÄrztInnen mit ihrem schon knappen Honorar über die Erhöhung der Verwaltungskosten der KVen „zur Kasse gebeten werden“.

Zu Nummer 40 (§ 87)

Zu Buchstabe b

Sollten bei einer Bewertung technischer Leistungen auch die Ultraschalleistungen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bewertet werden, ist zu berücksichtigen, dass
- der frauenheilkundliche Vaginal- und Abdominalultraschall im Basis-Fallwert von 15,4931€ versenkt



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

worden ist. 15,4931€ stehen den FrauenärztInnen bei einem kranken Mädchen/einer kranken Frau 1x im Quartal für alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen unabhängig von nur einer oder einer mehrfachen Inanspruchnahme zur Verfügung;

- der frauenheilkundliche Ultraschall neben den Anschaffungskosten laufende Kosten durch Instandhaltung, Wartung, Desinfektion, Kondom- und Gelverbrauch sowie Qualitätssicherung verursacht;
- der frauenheilkundliche Ultraschall bei einer großen Zahl von Patientinnen mehrfach im Quartal, z.B. bei Befundkontrollen unter Blutungen oder Ovarialcysten, oder der Follikulometrie bei Kinderwunsch (bis zu 4x im Zyklus) erforderlich ist, ohne dass er honoriert wird, weil er im einmaligen Basisfallwert versenkt ist;
- die Leistungen des frauenheilkundlichen Ultraschalls, z.B. auch zur Follikulometrie zur Optimierung der Empfängnis bei Kinderwunsch, aus immer noch unerfindlichen Gründen gestrichen werden, wenn, was ja der Sinn der Diagnostik und Therapie bei Kinderwunsch ist, eine Schwangerschaft im selben Quartal eintritt;
- die Leistungen des geburtshilflichen Ultraschalls häufig mehrfach im Quartal, z.B. bei Blutungen, Zervixverkürzung, Frühgeburtsbestrebung, Lageanomalien, Wachstumsretardierung (z.B. unter Nikotin, Alkohol, Diabetes) zwingend erforderlich sind, ohne dass sie auch passend mehrfach honoriert werden.

Die bessere Bewertung der sprechenden Medizin vor allem im gynäkologischen Sektor ist wichtig und zu begrüßen. Da diese bisher vernachlässigt wurde, muss sie jetzt extrabudgetär durch Auffüllung der Honorartöpfe und nicht durch Umverteilung honoriert werden.

Zu Buchstabe c

In der Struktur einer gynäkologischen Praxis werden auch bisher schon Notfalltermine angeboten. Eine frauenärztliche Praxis kann aufgrund der verschiedenen gynäkologischen und geburtshilflichen Krankheitsbilder keine reine Bestellpraxis sein.

Solch eine Praxisorganisation ist auch in vielen anderen Fachgruppen zu finden.

zu Buchstabe d

zu Doppelbuchstabe cc

Eine Terminvermittlung für Bagatellerkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen und planbare Untersuchungen oder Behandlungen ist nicht Gegenstand einer dringlich notwendigen Terminvermittlung!

Zu Buchstabe e

Bei einer Differenzierung der Grundpauschalen nach Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine Behandlung fortgeführt wird, ist zu berücksichtigen, dass Schwangere mindestens 9 Monate mit hohem Aufwand



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

begleitet werden müssen.

Die FrauenärztInnen halten es wegen des besonderen Behandlungsaufwandes für medizinisch-fachlich sachwidrig, bei dieser Patientinnengruppe bei den Grundpauschalen zu differenzieren.

Zu Nummer 41 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Absatz 3

Die Leistung der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins (nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer bei einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen) muss auch bei grundversorgenden Fachärzten extrabudgetär vergütet werden.

Eine Ungleichbehandlung von Hausärzten und Fachärzten ist nicht hinnehmbar: fachärztliche Praxen verbringen Stunden am Telefon, um für ihre Patienten Termine bei anderen Fachdisziplinen - und auch bei Radiologen z.B. für CT, MRT und Mammografie zu bekommen

Zu Nummer 50 (§ 103)

Buchstabe a

Die FrauenärztInnen begrüßen die Aussetzung der Zulassungsbeschränkungen - befristet bis zum Abschluss der Beratungen und Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss - bei der Neuzulassung von Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und Fachärzten der Arztgruppe der Kinderärzte.

Ausreichende Studienplätze und freie Niederlassung für Zahnärzte verbunden mit der teilweisen Kostenerstattung beweisen, dass die medizinische Versorgung unabhängig vom Wohnort gesichert werden kann.

Zeitgleich mit der Niederlassung neuer bzw. zahlreicherer ÄrztInnen sollte durch die Krankenkassen der gesamte „Honorartopf“ entsprechend aufgefüllt werden, damit das Honorar der bereits tätigen ÄrztInnen nicht weiter geschmälert wird.

Zu Nummer 57 (§ 115b)

Seit Jahrzehnten werden stationäre operative Leistungen in den ambulanten Sektor verlagert, ohne dass das Geld der Leistung folgt. U. a. dadurch kommt es zur Ungleichbehandlung bei der Honorierung operativer Leistungen im ambulanten und stationären Bereich.

Die Unterschiede in der Honorierung sind zum Teil gewaltig zulasten der ambulanten Operateure,



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

obwohl sie Facharztstandard, kürzere Operations-, Liege und Wartezeiten, sowie die Vermeidung von Hospitalkeimen garantieren.

Hier muss eine Verbesserung des Honorars gesetzlich verankert werden.

Zu Nummer 80 (§274) Absatz 2

hier muss es Wirtschaftsprüfern heißen

Zu Nummer 83 (§291a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Eine elektronische Patientenakte, auf die der Patient auch ohne elektronische Versicherungskarte zugreifen kann, ist zu begrüßen.

Die erforderlichen Standards der Daten und der Schnittstellen müssen einheitlich – idealerweise von der KBV – definiert werden.

Andernfalls ist im Datenverkehr zwischen Patient als schwächstes Glied, Arzt und Krankenkasse Chaos zu erwarten.

Zu Nummer 86 (§ 295)

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa und cc

Eine elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten ist ebenso zeitaufwändig wie bisher und sollte extra honoriert werden.