

Auswertung der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage:

„Versorgung mit Leistungen der Schwangerenvorsorge und deren Vergütung“

(Fraktion DIE LINKE, MdB Birgit Wöllert u. a.; Drs.: 18/10765)

Stand: 16.01.2017

I. Gegenstand/ Ergebnis

Gegenstand und Ausgangslage:

Anfang Dezember wurden u.a. Bundestag und BMG in Kenntnis gesetzt vom Vorgehen in verschiedenen frauenärztlichen Praxen, die Schwangere mit dem Wunsch nach vorsorgenden Leistungen erst behandeln, nachdem diese eine Erklärung unterzeichnet hatten. Mit der Unterschrift sollte versichert werden, dass weder eine gleichzeitige Hebammenversorgung noch eine Behandlung durch einen anderen Arzt im gleichen Quartal stattfindet oder stattgefunden hat. Mit der Unterschrift erklären sich die Schwangeren „ausdrücklich damit einverstanden“, „im Falle einer Verweigerung der Krankenkasse zur Übernahme der entstehenden Kosten (auch im Falle eines Vertragsarztwechsels innerhalb des Quartals) die Kosten“ aus eigener Tasche „zu begleichen“. Angeblich sei eine „Behandlung“ „nur noch dann erlaubt und möglich [...], wenn die Schwangeren [...] schriftlich versichern, dass weder eine gleichzeitige Hebammenversorgung noch eine Behandlung durch einen anderen Arzt im gleichen Quartal stattfindet oder stattgefunden hat“.

Dieses Vorgehen führt bei den betroffenen Frauen zur Verunsicherung.

Die KA zielt v.a. auf Auskünfte zu den rechtlich bindenden Modalitäten der Vergütung bei Leistungen der Schwangerenvorsorge sowie auf eine Auskunft, ob das beschriebene Vorgehen überhaupt rechtskonform ist.

Ausgewählte Ergebnisse:

Die Aussage, dass eine „Behandlung“ „nur noch dann erlaubt und möglich [sei ...], wenn die Schwangeren [...] schriftlich versichern, dass weder eine gleichzeitige Hebammenversorgung noch eine Behandlung durch einen anderen Arzt im gleichen Quartal stattfindet oder stattgefunden hat“, teilt die Bundesregierung nicht (A 14) – sie entspricht also nicht den rechtlichen Gegebenheiten.

Das BMG stellt klar: „Eine Schwangere kann den betreuenden Frauenarzt bzw. die betreuende Frauenärztin wechseln und muss dafür nicht die Behandlungskosten selbst tragen.“ (A 19)

Zwar handelt es sich um ein „für die Fortführung der Behandlung ausgewählte(r) Vertragsarzt [...] nicht generell rechtswidrig, wenn er die umfassende Begleitung der Schwangerschaft erst mit Beginn des Folgequartals übernehmen will.“ Aber sie/er darf „von einer Versicherten nur dann eine Vergütung fordern, wenn und soweit die Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte)“ (A 16).

Als aufsichtsrechtlich zuständig zur Unterbindung solchermaßen rechtswidriger Vorgehensweisen sieht das BMG die zuständige KV „sowie ggf. (die) für die Kassenärztliche

Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde“ (A 15) – also das jeweils zuständige Landesgesundheitsministerium.

Allerdings sind nach Meinung des BMG auch einige vom Berufsverband der Frauenärzte verbreiteten Behauptungen fragwürdig oder falsch:

So schließt die GOP 01770 EBM eine Vergütung an zwei Leistungserbringende, nämlich eine/n Frauenärztin/einen Frauenarzt und andererseits durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger gerade „nicht grundsätzlich aus“ (A 4).

Keine Kenntnis hat das BMG von den vom Berufsverband der Frauenärzte behaupteten Regressverfahren – auch nicht nach Erkundigungen bei der KBV und dem GKV-SV (A 10).

Mehrfach weist das BMG demgegenüber darauf hin, dass „alle Vorsorgeuntersuchungen [...] vom jeweiligen Leistungserbringer im Mutterpass zu dokumentieren“ (A 5, 8) und daher „für alle transparent“ sind (A 9). Von daher ist das umrissene Vorgehen der betreffenden frauenärztlichen Praxen also nicht nur nicht rechtskonform, sondern auch unsinnig. Es zeugt wohl eher vom Misstrauen gegenüber den eigenen Berufsfachkollegen*innen, den Mutterpass korrekt ausfüllen zu können oder zu wollen.

Kooperationen zwischen Frauenärzten*innen und Hebammen sind laut BMG „nicht grundsätzlich ausgeschlossen“, sondern nach den „Mutterschafts-Richtlinien vorgesehen“. Wichtige Voraussetzungen dafür sind – neben der „lückenlosen Dokumentation der Schwangerenvorsorge im Mutterpass“ „eine möglichst gute Kommunikation und Abstimmung zwischen Hebammen und Frauenärzten“ (A 9).

Korrigiert wird vom BMG zudem die auf der Website der KBV zu findende Behauptung, das Bundessozialgericht habe „den Bewertungsausschuss beauftragt, die aktuelle Regelung (zur EBM-Abrechnungsziffer 01770) zu überprüfen“ (http://www.kbv.de/html/1150_14802.php; A 1). Dennoch wird „ein eventueller Anpassungsbedarf der Abrechnung der GOP 01770 EBM [...] derzeit vom Bewertungsausschuss überprüft.“ (A 17).

II. Mögliche O-Töne von MdB Birgit Wöllert, Obfrau für die Fraktion DIE LINKE im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

„Schwangere Frauen bedürfen besonderen Schutzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Zuständigkeitsbereich derartiges Verhalten von frauenärztliche Praxen bekannt geworden ist oder auch nur der Verdacht darauf besteht, haben dies umgehend und von sich aus zu unterbinden.“

„Schwangere, die von solchen Verhaltensweisen Kenntnis erlangen, kann ich nur auffordern, umgehend bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein sofortiges Eingreifen zu verlangen und parallel das jeweilige Landesgesundheitsministerium zu informieren.“