

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert,
Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/10765**

Versorgung mit Leistungen der Schwangerenvorsorge und deren Vergütung

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 1. Dezember 2016 wandte sich das Netzwerk „Elterninitiativen für Geburtskultur“ (EfG) in einem offenen Brief an verschiedene gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure, u. a. das Bundesministerium für Gesundheit sowie den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Beklagt wird darin, dass „in letzter Zeit [...] vermehrt“ schwangere Frauen „verunsichert und irritiert“ werden durch Aussagen und Schriftstücke gynäkologischer Praxen hinsichtlich der Vergütung der Leistungen der Schwangerenvorsorge.

Als exemplarischer Beleg war die Kopie eines Schreibens beigelegt, welches laut EfG „in einer gynäkologischen Praxis in NRW schwangeren Frauen zur Unterschrift vorgelegt wird.“ Dieses Schreiben enthält den Hinweis, „dass Vertragsärzte [...] die „Behandlungspauschale“ für Schwangere „gegenüber der Krankenkasse nur abrechnen dürfen, [...] wenn nicht gleichzeitig eine Betreuung durch Hebammen stattfindet und [...] kein anderer Arzt im gleichen Quartal bereits Leistungen [...] durchgeführt hat“. Eine „Behandlung“ sei „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“.

Dem schließt sich eine von der Schwangeren zu unterzeichnende „Erklärung“ an, „im gleichen Quartal keine Vorsorgeuntersuchung bei einer Hebamme in Anspruch“ genommen zu haben und „bisher noch keine Erkennung, Vorsorge oder Behandlung [...] durch einen anderen Vertragsarzt in Anspruch genommen (zu) habe(n)“. 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 [...] zu begleichen“.

Hintergrund ist das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 11. Februar 2015 (Az.: B 6 KA 15/14 R) zum Abrechnungsausschluss in Nummer 01770 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs-Ärzte (EBM-Ä). Danach darf die Pauschale für die Betreuung einer Schwangeren pro Quartal nur einmal abgerechnet werden, auch wenn die zweitbehandelnde frauenärztliche Praxis keine Kenntnis von der Betreuung durch die erste Praxis hat.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der in der Vorbemerkung der Fragesteller angesprochene offene Brief des EfG ist dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 30. November 2016 zur Kenntnis zugeleitet worden. In dem offenen Brief berichtet das EfG, dass ihm am 21. November 2016 ein Schriftstück mit Aussagen zur gleichzeitigen Behandlung von gesetzlich versicherten Schwangeren durch mehrere Vertragsärzte oder durch einen Vertragsarzt und eine Hebamme und zur Vergütung zugesandt worden sei, das Schwangeren in einer gynäkologischen Praxis in Nordrhein-Westfalen zur Unterschrift vorgelegt worden sei. Eine Kopie des entsprechenden Schreibens mit der von Schwangeren zu unterzeichnenden „Erklärung“, auf die in der Vorbemerkung der Fragesteller Bezug genommen wird, lag dem offenen Brief bei. Nach dem offenen Brief des EfG würden Schwangere in letzter Zeit vermehrt mit ähnlichen Aussagen verunsichert. Aus dem offenen Brief geht jedoch nicht hervor, in welcher gynäkologischen Praxis das Schriftstück den Versicherten zur Information und Unterschrift vorgelegt wurde. Eine Prüfung, inwieweit im vorliegenden Fall ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten vorliegt und deshalb ggf. Maßnahmen zu ergreifen sind, obliegt der zuständigen nordrhein-westfälischen Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen.

Darüber hinaus hat sich der Deutsche Hebammenverband e. V. am 7. Dezember 2016 mit der Bitte um fachliche Unterstützung schriftlich an das BMG wegen von ihm geltend gemachter bundesweit andauernder Schwierigkeiten gewandt, wenn Schwangere die Schwangerenvorsorge bei Arzt und Hebamme nutzen wollten. Die dazu beim Deutschen Hebammenverband e. V. vorhandenen Informationen wurden dem BMG am 16. Dezember 2016 zugestellt. Der Deutsche Hebammenverband e. V. bat das BMG um die Initiierung eines gemeinsamen Gesprächs mit den Berufsverbänden der beteiligten Leistungserbringer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband. Diese Bitte wird vom BMG derzeit geprüft.

Das BMG hat zu der Thematik bereits am 31. März 2016 sowie am 27. April 2016 zu den schriftlichen Fragen der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) mit den Nummern 68 (vgl. Bundestagsdrucksache 18/8052) sowie 28 (vgl. Bundestagsdrucksache 18/8281) Stellung genommen.

Nach geltendem Recht hat die Versicherte bei normalem Schwangerschaftsverlauf die Wahl, die Schwangerenvorsorge bei Ärzten wie auch bei Hebammen (in dem u. a. durch die Mutterschafts-Richtlinien vorgegebenen Rahmen) in Anspruch zu nehmen. In dem Fall, dass sich die Schwangere für eine Vorsorgeuntersuchung der Hebamme entscheidet, handelt die Hebamme eigenverantwortlich und kann ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden.

1. Hat nach Kenntnis der Bundesregierung das Bundessozialgericht „den Bewertungsausschuss beauftragt, die aktuelle Regelung (zur EBM-Abrechnungsziffer 01770) zu überprüfen“ (www.kbv.de/html/1150_14802.php)?

Mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahr 2015 (B 6 KA 15/14 R) wurde der Abrechnungsausschluss der Gebührenposition (GOP) 01770 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) durch mehrere Ärzte bei der Betreuung einer Schwangeren in ein und demselben Kalendervierteljahr im Ergebnis bestätigt. Gemäß der Urteilsbegründung des BSG könnte eine wiederholte Berechnung der GOP 01770 EBM ausnahmsweise dann erlaubt werden, wenn eine Versicherte aus einem wichtigen Grund im Sinne von § 76 Absatz 3 Satz 1 SGB V während des Quartals den betreuenden Arzt wechselt. Ein solcher Grund könnte etwa vorliegen, wenn der Versicherten eine weitere Behandlung nicht mehr zumutbar ist, weil etwa das Vertrauensverhältnis zu dem behandelnden Arzt objektiv zerstört ist. Die Prüfung der Abrechnungsbestimmung des EBM liegt im Ermessen des Bewertungsausschusses. Das BSG, das in seinem Urteil den weiten Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses und die geringen Eingriffsrechte der Gerichte in das Gefüge des EBM betont, hat diesen nicht mit der Überprüfung der aktuellen Regelung beauftragt. Am Ende des Urteils finden sich in einem obiter dictum allerdings Ausführungen über eine alternative, aus Sicht des BSG sachgerechte und rechtskonforme Ausgestaltung der Gebührenposition.

2. Hat der Bewertungsausschuss diese Regelung seit ihrem Bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung einer fachlichen Prüfung unterzogen?

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) wird die GOP 01770 im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM geprüft.

3. Widerspricht nach Ansicht der Bundesregierung das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V; hier insb. die §§ 12 und 24d) der doppelten Vergütung infolge einer doppelten Betreuung einer gesetzlich versicherten schwangeren Frau einerseits durch eine Frauenärztin/einen Frauenarzt und andererseits durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger (vgl. Berufsverband der Frauenärzte, Newsletter Nr. 11 – 2015)?

Nach § 24d Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hat die Versicherte während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge. Der genaue Leistungsumfang der Schwangerenvorsorge durch Ärzte sowie durch Hebammen sowie deren Dokumentationspflichten ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien), dem EBM und dem Vertrag zur Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot werden zudem grundsätzlich medizinisch nicht notwendige Doppeluntersuchungen ausgeschlossen. So sieht der Vertrag nach § 134a SGB V vor, dass die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren als ambulante hebammenhilfliche Leistung nur abrechnungsfähig ist, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer (zum Beispiel durch einen Frauenarzt) durchgeführt wurde.

4. Widerspricht nach Ansicht der Bundesregierung die Gebührenordnungsposition (GOP) 01770 EBM einer an zwei Leistungserbringende geleistete Vergütung infolge einer doppelten Betreuung einer gesetzlich versicherten schwangeren Frau einerseits durch eine Frauenärztin/einen Frauenarzt und andererseits durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger (vgl. Berufsverband der Frauenärzte, Newsletter Nr. 11 – 2015)?

In der GOP 01770 EBM wird der Fall geregelt, dass im Quartal mehr als ein Arzt bei der Betreuung der Schwangeren eingebunden ist, jedoch nicht die Konstellation der Betreuung der Schwangeren, bei der ein Vertragsarzt und eine Hebamme eingebunden sind. Die Erbringung von Leistungen einer Hebamme schließt die Abrechnung der GOP 01770 EBM eines Vertragsarztes nicht grundsätzlich aus.

5. Für welche Hebammenleistungen für eine schwangere gesetzlich Versicherte ist nach Rechtsauffassung der Bundesregierung die Krankenkasse nicht zur Erstattung verpflichtet, wenn die Schwangere im jeweiligen Quartal bereits eine ärztliche Leistung nach der Pauschale für die Betreuung einer Schwangeren (GOP 01770 EBM) in Anspruch genommen hat?

Die Hebamme kann eine Vorsorgeuntersuchung mit der Krankenkasse abrechnen, sofern diese den Leistungsinhalten und Zeitintervallen der jeweils gültigen Fassung der ärztlichen Mutterschafts-Richtlinien als Versorgungsstandard entsprechen (in der Regel alle vier bzw. kurz vor der Geburt alle zwei Wochen). Ausgeschlossen ist die Abrechnung durch eine Hebamme, wenn eine im zeitlichen Ablauf anstehende Vorsorgeuntersuchung bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde. Alle Vorsorgeuntersuchungen sind vom jeweiligen Leistungserbringer im Mutterpass zu dokumentieren.

6. Welche Leistungen der Schwangerenvorsorge für eine schwangere gesetzlich Versicherte können frauenärztliche Praxen nach Rechtsauffassung der Bundesregierung abrechnen, wenn die Versicherte im betreffenden Quartal Hebammenleistungen im Rahmen der Vorsorge in Anspruch genommen hat?

Die GOP 01770 EBM kann abgerechnet werden, sofern gemäß den allgemeinen Bestimmungen des EBM 2.1 der obligate Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde und die entsprechenden Dokumentationspflichten erfüllt sind. Der obligate Leistungsinhalt wird durch die inhaltlichen Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien konkretisiert. Die Richtlinie sieht u. a. vor, dass „im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen stattfinden und in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten im allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt sind“. Entscheidend ist demnach, dass der Frauenarzt die Schwangerenbetreuung gemäß den Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien durchführt. Da die Mutterschafts-Richtlinien eine Mehrzahl an Beratungen und Untersuchungen fordern, kann der Leistungsinhalt regelhaft nicht mit einer Untersuchung erfüllt werden.

7. Widerspricht nach Ansicht der Bundesregierung der „Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V“ (HebVV) einer an zwei Leistungserbringende geleistete Vergütung infolge einer doppelten Betreuung einer gesetzlich versicherten schwangeren Frau durch einerseits eine Frauenärztin/einen Frauenarzt und andererseits durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger (vgl. Berufsverband der Frauenärzte, Newsletter Nr. 11 – 2015)?

Im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist geregelt, dass die Vorsorgeuntersuchung nur abrechnungsfähig ist, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde. In dem dortigen Verweis auf die Mutterschafts-Richtlinien ist geregelt, dass Vorsorgeuntersuchungen in der Regel einmal monatlich und bei fortgeschrittener Schwangerschaft 14-tägig stattfinden sollen.

8. Welche Möglichkeiten und Grenzen bietet nach Rechtsauffassung der Bundesregierung die gegenwärtige Rechtslage zur Vergütung der Leistungen der Schwangerenvorsorge im jeweils selben Quartal, bei der Leistungen jeweils zwischen frauenärztlichen Praxen und Hebammen bzw. Entbindungspflegern abwechselnd erbracht werden (sog. Wechselmodell)?

Die Mutterschafts-Richtlinien regeln den Anspruch der Versicherten auf die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Unter Abschnitt A Punkt 7 ist festgelegt, dass bestimmte Untersuchungen (Untersuchungen nach Nr. 4) „auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert werden [können], wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen. Die Delegation der Untersuchungen an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung zur Durchführung der von ihm vorzunehmenden Untersuchungen (Untersuchung des Urinsediments, ggf. bakteriologische Untersuchung, Hämoglobinbestimmung, Ultraschalluntersuchung sowie die Untersuchungen bei Risikoschwangerschaft).“ Unter Punkt 2 der Mutterschafts-Richtlinien ist darüber hinaus Folgendes festgelegt: „Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.“ Bei dem in der Frage geschilderten Modell dürfte bei Leistungen, die in dem entsprechenden Quartal (ganz oder teilweise) bereits durchgeführt wurden, die nochmalige Durchführung der Leistung das Maß des Notwendigen überschreiten. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

9. Trifft es nach Rechtsauffassung der Bundesregierung zu, dass § 12 SGB V „keinen Raum für eine parallele Erbringung und Abrechnung der Schwangerenvorsorge durch Frauenärzte und Hebammen in Kooperationen“ zulässt (Berufsverband der Frauenärzte, Newsletter Nr. 11 – 2015), und wie müssten solche Kooperationen ausgestaltet sein, damit sie rechtssicher vergütet werden können?

Kooperationen im Sinne der Arbeitsteilung bei Leistungen sind nicht grundsätzlich ausgeschlossen, vielmehr sind sie unter Abschnitt A Nr. 7 der Mutterschafts-

Richtlinien vorgesehen. Wesentliche Voraussetzung für eine kooperative Versorgung von Schwangeren ist eine möglichst gute Kommunikation und Abstimmung zwischen Hebammen und Frauenärzten im Sinne der Schwangeren. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V zu berücksichtigen, welches die Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen einschließt. Durch eine lückenlose Dokumentation der Schwangerenvorsorge im Mutterpass sind der konkrete Schwangerschaftsverlauf, die durchgeführten Untersuchungen sowie der geplante nächste Vorsorgetermin für alle transparent.

10. Hat die Bundesregierung diesbezüglich Kenntnisse über „(e)rste Regressverfahren [...], die sich noch im außergerichtlichen Stadium befinden“ (Berufsverband der Frauenärzte, Newsletter Nr. 11 – 2015)?

Falls ja, welche Kenntnis hat die Bundesregierung von der Anzahl der Regressverfahren, in welchen Bundesländern gibt es solche, von welchen Kassen wurden diese angestrebt, wie ist aktuell der Stand, gibt es mittlerweile gerichtliche Auseinandersetzungen?

Die Bundesregierung hat hierzu keine Kenntnisse. Auf Nachfrage gilt dies auch für die KBV und den GKV-SV.

11. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung von der Einstellung von Kooperationen zwischen Hebammen und frauenärztlichen Praxen auf Grund der Ansicht des Berufsverbandes der Frauenärzte, demzufolge § 12 SGB V „keinen Raum für eine parallele Erbringung und Abrechnung der Schwangerenvorsorge durch Frauenärzte und Hebammen in Kooperationen“ zulässt?

Die Bundesregierung hat hierzu keine Kenntnisse. Auf Nachfrage gilt dies auch für die KBV und den GKV-SV.

12. Welche Gründe sprechen nach Rechtsauffassung der Bundesregierung dagegen, dass die Regelung zur Delegation von Leistungen der Schwangerenvorsorge nach Abschnitt A Nummer 7 der aktuell gültigen „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)" auch für Kooperationen Anwendung finden kann, bei der Hebammen bzw. Entbindungspfleger diese Leistungen dann eigenverantwortlich erbringen und abrechnen, ohne dass der Vergütungsanspruch der frauenärztlichen Praxen beeinträchtigt wird?

Für den vertragsärztlichen Bereich gilt, dass die Leistung nach der GOP 01770 EBM zur Betreuung einer Schwangeren gemäß den Mutterschafts-Richtlinien innerhalb eines Quartals gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nur berechnet werden kann, wenn der obligate Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Grundsätzlich ermöglicht Abschnitt A Nr. 7 der Mutterschafts-Richtlinien eine Arbeitsteilung zwischen Hebamme und Frauenarzt in dem dort vorgesehenen Umfang. Diese sog. Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Leistungserbringer entlässt den Arzt nicht aus seiner Haftungsverantwortung. Insbesondere entbindet sie ihn nicht von der Verpflichtung, die von ihm vorzunehmenden Untersuchungen (z. B. Untersuchungen bei Risikoschwangerschaften) durchzuführen. Dem steht die eigenverantwortliche Erbringung entsprechender Leistungen durch nichtärztliche Leistungserbringer gegenüber, bei der der Arzt aus der Haftungsverantwortung entlassen ist. Dieser Fall ist in Abschnitt A Nr. 7 der Mutterschafts-Richtlinien nicht geregelt. Ob bestimmte Kooperationsformen mit den Regelungen der Mutterschafts-Richtlinie in Einklang zu bringen

sind und ob diesen haftungsrechtliche Gründe entgegenstehen, ist anhand der jeweiligen konkreten Kooperation im Einzelfall zu prüfen.

13. Welche Möglichkeiten bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung für frauenärztliche Praxen, die hier insgesamt angesprochenen Probleme bei der Vergütung durch die Einzelabrechnung von Leistungen (statt der Abrechnung von Pauschalen) zu vermeiden?

Nach dem EBM besteht gemäß 1.7.4 Ziffer 1 die Möglichkeit, Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, nach den kurativen Gebührenordnungspositionen zu berechnen, wobei die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung für präventive Leistungen vorgegebene Kennzeichnung zu beachten ist.

14. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass die Behandlung im Rahmen der Schwangerenvorsorge durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt „nur noch dann erlaubt und möglich ist, wenn die Schwangeren [...] schriftlich versichern, dass weder eine gleichzeitige Hebammenversorgung noch eine Behandlung durch einen anderen Arzt im gleichen Quartal stattfindet oder stattgefunden hat“ (Anlage zum Brief von EfG)?

Die Bundesregierung teilt diese Einschätzung nicht.

15. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus, und welchen Handlungsbedarf sieht sie?

Die Bewertung, ob und inwiefern das Verhalten eines Vertragsarztes einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt und zu ahnden ist, obliegt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. der für die Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.

16. Inwiefern ist es Vertragsärztinnen und -ärzten erlaubt, eine nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nicht erfolgende Vergütung einer notwendigen Leistung mit Ablehnung der Behandlung oder vertraglich vereinbarter Übernahme der Kosten durch die Versicherte zu beantworten?

Das BSG hat in seinem Urteil vom 11. Februar 2015 (B 6 KA 15/14 R) unter Hinweis auf die unter bestimmten Bedingungen dennoch abrechenbaren Einzelleistungen (vgl. Antwort zu Frage 13) ausdrücklich klargestellt, dass der Abrechnungsausschluss der GOP 01770 EBM nicht dazu führe, dass erbrachte Leistungen nicht oder nicht angemessen vergütet würden. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme mehrerer Vertragsärzte für die Schwangerenvorsorge innerhalb eines Quartals hat das BSG ausgeführt, der Vertragsarzt könne die Schwangere unter Berücksichtigung des § 76 Absatz 3 SGB V in der Regel für das entsprechende Quartal auf den bisher die standardisierte Betreuung durchführenden Arzt verweisen, sofern kein Notfall vorliege. Der für die Fortführung der Behandlung ausgewählte Vertragsarzt handele nicht generell rechtswidrig, wenn er die umfassende Begleitung der Schwangerschaft erst mit Beginn des Folgequartals übernehmen will. Die Schwangerenvorsorge im Sinne der GOP 01770 EBM ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Der Vertragsarzt darf daher 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 Absatz 8 Satz 3 Nummer 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

17. Können Schwangere nach Kenntnis der Bundesregierung im selben Quartal einen Wechsel der frauenärztlichen Praxis oder der Hebamme/des Entbindungspfleger vornehmen, ohne damit vergütungsrechtliche Probleme auszulösen?

Im vertragsärztlichen Bereich sollen Versicherte den Arzt bzw. die Ärztin innerhalb eines Kalenderjahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln (§ 76 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Die Regelung, dass die GOP 01770 EBM im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt im Behandlungsfall abgerechnet werden kann, lässt keine Ausnahme zu. Regelungen zur Kürzung der Pauschalen für den Fall des Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums können vorgesehen werden (§ 87 Absatz 2d Satz 2 SGB V). Ein eventueller Anpassungsbedarf der Abrechnung der GOP 01770 EBM wird derzeit vom Bewertungsausschuss überprüft.

Im Hebammenbereich gilt: Die Schwangere kann im selben Quartal die Hebamme wechseln, da nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V jede Hebamme die jeweilige Vorsorgeleistung abrechnen kann, die sie erbracht hat.

18. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Rechtslage bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Schwangerenvorsorge im selben Quartal bei unterschiedlichen frauenärztlichen Praxen von Frauen mit unterschiedlichen Wohn- und Arbeitsorten bzw. Wochenendpendlerinnen?

Für die Schwangeren gilt – unabhängig von ihrem jeweiligen Wohn- und Arbeitsort – bundesweit die gleiche Rechtslage bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge. Die Abrechnung der GOP 01770 EBM zur Betreuung einer Schwangeren kann innerhalb eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden, auch wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (z. B. im Notfall oder bei Mit- oder Weiterbehandlung). Die Leistungen dieser Ärzte sind dann über die kurativen Gebührenpositionen des EBM berechnungsfähig. Ein eventueller Anpassungsbedarf dieser Regelung wird vom Bewertungsausschuss überprüft.

19. Kann die angesprochene Regelung zur Folge haben, dass eine parallele Betreuung durch Frauenärztinnen oder -ärzte sowie durch Hebammen oder Entbindungspfleger zumindest in einigen Fällen nur dann gewährleistet ist, wenn die Schwangere selbst die Kosten übernimmt?

Eine Schwangere kann den betreuenden Frauenarzt bzw. die betreuende Frauenärztin wechseln und muss dafür nicht die Behandlungskosten selbst tragen. Lediglich die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen zur Schwangerenbetreuung gemäß GOP 01770 EBM kann im Laufe des Quartals nur durch einen Vertragsarzt erfolgen, auch wenn mehrere Ärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind. Gleiches gilt für den Wechsel der Hebamme im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 3, 4, 6 und 16 verwiesen.