



[BVDH e.V. • Linienstr. 127 • 10115 Berlin](#)

Bundesministerium für Gesundheit

Herr Dr. Bernhardt

Referat 221

11055 Berlin

Vorab per E-Mail: 221@bmg.bund.de

**Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Humangenetiker e.V.
zum Referentenentwurf eines „Terminservice- und
Versorgungsgesetzes – TSVG“**

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Dr. Bernhardt,

wir nehmen Bezug auf Ihr Schreiben vom 24. Juli 2018 und nehmen die
Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Referentenentwurf des TSVG gerne
wahr.

Der Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. begrüßt dem Grunde
nach die Initiative des Bundesministerium für Gesundheit, den Zugang zur
ambulanten ärztlichen Versorgung für die Patienten und Patientinnen sowie
– damit einhergehend – die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu
verbessern.

Wir möchten uns in unserer Stellungnahme auf die Punkte des
Referentenwurfs beschränken, die für die vertragsärztlich zugelassenen
Fachärzte für Humangenetik relevant sind.

**Berufsverband Deutscher
Humangenetiker (BVDH) e.V.**

Vorstand

Präsident

Dr. med. Nicolai Kohlschmidt

Vizepräsident

Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Kunz

Weitere Vorstandsmitglieder

Schatzmeister

Dr. med. Hanns-Georg Klein

Schriftführer

PD Dr. rer. nat./med. habil. Thomas
Liehr

Dr. rer. nat. Frank Dechend

Dr. med. Isolde Schreyer

Dr. med. Bernt Schulze

Dr. rer. nat. Heike Torkler

17. August 2018

Geschäftsstelle

Liniestraße 127
10115 Berlin

Tel. +49-(0)30-55 95 44 11

Fax +49-(0)30-55 95 44 14

info@bvdh.de

www.bvdh.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
BLZ 300 606 01
Konto 35 86 936

IBAN DE30 3006 0601 0403 5869 36

BIC DAAEED33XXX

UID DE 238 391 914

Finanzamt für Körperschaften1 Berlin

VR 28407B Amtsgericht Charlottenburg

1. Terminservicestellen

Eingangs möchten wir von den Erfahrungen der bisher bei den Landes-KVen angesiedelten Terminservicestellen (TSS) berichten. Diese haben für die Facharztgruppe Humangenetik keine praktische Rolle gespielt. Nach unserer Einschätzung wird sich an dieser Sachlage durch die neu konzipierten Servicestellen nichts ändern.

Der Umstand, dass die humangenetischen (Universitäts-) Institute bereits jetzt überlastet sind und Patienten im hohen Maße an die niedergelassenen Fachärzte für Humangenetik verweisen, wird sich durch die Gesetzesänderung selbstredend ebenfalls nicht ändern.

2. Mindestsprechzeiten

Die Pläne einer Erhöhung der wöchentlichen Sprechzeiten von 20 auf 25 Stunden wirft für die ambulante Tätigkeit der Arztgruppe Humangenetik Fragen auf, welche aus unserer Sicht in der konkreten Ausgestaltung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) Berücksichtigung finden müssen. Die Problematik der Umsetzung einer pauschalen Erhöhung der Sprechzeiten um 5 Wochenstunden in der Arztgruppe Humangenetik möchten wir an einem konkreten Beispiel verdeutlichen:

Die GOP 11233 – 11236 EBM sehen eine „ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und / oder teratogenen Risiko von jeweils bis zu 20 Minuten Dauer“ vor. Der obligate Leistungsinhalt sieht u.a. einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, die detaillierte Erfassung und Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen, eine schriftliche humangenetische Beurteilung zu einem genetischen und/oder teratogenen Risiko, die Quantifizierung des Risikos durch Einbeziehung weitergehender Untersuchungen und/oder die Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten und/oder Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken; der fakultativer Leistungsinhalt eine körperliche Untersuchung sowie eine zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n) in mehreren Sitzungen vor.

Zusätzlich zur ärztlichen Arbeitszeit während des unmittelbaren Patientenkontaktes sind weitere vor- und nachbereitende ärztliche Tätigkeiten erforderlich. Deshalb entspricht 20 Minuten unmittelbarem Patientenkontakt nach der GOP 11235 eine Kalkulationszeit nach Anlage 3 zum EBM von 41 Minuten. Für einen Patientenkontakt von 20 Minuten entsprechend der GOP 11236 (Kinder mit Entwicklungs- oder syndromalen Störungen) werden 46 Minuten kalkuliert, mithin mehr als die doppelte Zeit. Einer Ausweitung der Sprechzeit um 5 Stunden wöchentlich (300 Min.) würde eine tatsächliche Mehrarbeit zwischen 10 (615 Min.) und 11,5 Stunden (690 Min.) bedeuten. Es ist offensichtlich, dass eine pauschale Erhöhung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit in dieser Höhe nicht umsetzbar ist.

Den pauschal formulierten Ansatz nach „5 Wochenstunden mehr Sprechzeit“ lehnt der Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. daher entschieden ab.

Die differenzierte Betrachtung der einzelnen Facharztgruppen und die daraus resultierende Beschränkung der Ausweitung einer offenen Sprechstunde ohne vorherige Terminvergabe auf Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung begrüßen wir dagegen ausdrücklich und hoffen, dass die Bundesmantelvertragspartner bei der konkreten Regelung der Einzelheiten diese Grundsätze auch berücksichtigen.

3. Sprechstundenvergütung

Die Förderung eben dieses erweiterten Sprechstundenangebots mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärzte vermag allerdings nur auf den ersten Blick zu überzeugen.

Der Referentenentwurf erläutert die Folgen des Gesetzesentwurfs und führt u.a. auf Seite 60 aus, zu wessen Lasten die „Vergütungsanreize“ gehen:

„Die jährlichen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die vertragsärztliche Vergütung können sich je nach Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss bei voller Wirksamkeit auf einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag belaufen. Durch die Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen können die Mehrbelastungen teilweise in geringem und nicht quantifizierbarem Umfang kompensiert werden.“

3.1 Kostentragung durch die ärztliche Selbstverwaltung

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Finanzierung steht auf äußerst „tönernen Füßen“.

Staatliche Aufgaben und die Tragung der Kosten für dieselben sollen auf die ärztliche Selbstverwaltung übertragen werden. Weshalb ausschließlich die Gruppe der vertragsärztlich zugelassenen Ärzte finanziell für Leistungen zugunsten der gesamten Solidargemeinschaft eintreten sollen, ist für uns nicht nachvollziehbar. Eigenmittel der Ärzteschaft sollen per Gesetz verteilt werden. Dies lehnen wir entschieden ab.

3.2 Kompensation der Mehrbelastungen durch Kürzungen der Bewertung technischer Leistungen

Massive Kürzungen der im EBM für die Arztgruppe Humangenetik relevanten Gebührenordnungspositionen wurden bereits in den letzten Jahren seitens der Bewertungsausschusses vorgenommen.

Mit Beschluss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 bereits eine massive Abwertung der molekulargenetischen Leistungen im Abschnitt 11.4.2 des EBM vorgenommen.

In der 347. Sitzung beschloss der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 eine weitere Kürzung, diese Mal in den Abschnitten 11.2, 11.3 und 11.4.2 EBM.

Eine nochmalige Kürzung erfolgte durch den Beschluss des Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2016.

Für die Humangenetischen Leistungen wurde die EBM-Reform bereits vorweg genommen. Weitere Kürzungen von humangenetischen Gebührenpositionen sind aus unserer Sicht nicht hinnehmbar und würden den Versorgungsauftrag des humangenetischen Fachs elementar in Frage stellen. Bereits jetzt ist zu konstatieren, dass andere „technische“ Facharztgruppen – wie die der Pathologen – in gänzlich unsachgemäßer Weise, durch die Verschiebung von Kernkompetenzen, bessergestellt sind.

Insbesondere die Eingriffstiefe der im Jahre 2016 vorgenommenen Kürzungen lässt sich anschaulich darstellen: Die Bewertung der GOP 11371 (Muskeldystrophie Duchenne / Becker) hat seit dem EBM 2/2013 eine Abwertung von 71 % erfahren; die GOP 11352 (Cystische Fibrose) um 54 %, die GOP 11431 (Lynch-Syndrom/erblicher Darmkrebs) um über 65 %, um nur einige Beispiele zu benennen. Das Kürzungsvolumen im Bereich der Humangenetik seit 2013 ist immens und gestaltet sich als gänzlich intransparent. Angesichts der Ergebnisse der von den Trägern des Bewertungsausschusses in Auftrag gegebenen Kostenstudie Humangenetik 2012 der Prime Network AG können sich die Akteure nicht der Tatsache verschließen, dass durch die veranlassten Kürzungen letztlich eine Existenzvernichtung der Facharztgruppe der Humangenetik herbeigeführt wird. Es ist zu befürchten, dass als Folge der Reform weitere vertragsärztlich zugelassene Kolleginnen und Kollegen ihre selbständige Tätigkeit aufgeben.

Bereits jetzt liegt ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistung im Sinne des § 72 Abs. 2 SGB V vor.

[

3.3 Keine Rationalisierungsreserven bei der Facharztgruppe Humangenetik

Der Referentenentwurf geht auch auf Seite 98 auf ein mögliches Einsparpotential ein, mithin auf Rationalisierungsreserven, die sich aufgrund des technischen Fortschrittes durch Automatisierung und Digitalisierung ergeben würden. Die erheblichen Investitionskosten, welche damit einhergehen, bleiben hierbei völlig unberücksichtigt.

Folgender Satz wirft Fragen auf, weitergehende Erläuterungen seitens des BMG respektive des Gesetzgebers halten wir an dieser Stelle für angebracht:

„Die Bewertung der technischen Leistungen soll (...) so festgelegt werden, dass die in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen oder Leistungsanteile ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.“

Benannt sind in diesem Zusammenhang die Facharztgruppen

Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Labor, Radiologie und auch die Humangenetik. Wie oben bereits dargelegt verfügt die Facharztgruppe Humangenetik aufgrund der bereits erfolgten umfangreichen Eingriffe in den EBM über keine Rationalisierungsreserven mehr.

4. Kryokonservierung

Der Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. begrüßt ausdrücklich die Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die Kryokonservierung in § 27 Absatz 4 SGB V und regt eine weitere inhaltliche Ergänzung an.

Der im Referentenentwurf verwendete Begriff „Krebsbehandlung“ ist unscharf und erfasst aus medizinischer Sicht nicht alle Konstellationen. Eine Infertilität tritt häufig nach einer Chemotherapie auf, diese wird aber keineswegs nur bei soliden Tumoren („Krebs“), sondern - gerade im jüngeren Alter - auch bei hämatologischen Erkrankungen, zum Beispiel Leukämien und Lymphomen, notwendig.

Durch die ungenaue Formulierung der Gesetzesentwurf ist der Ausschluss von Menschen mit einer hämatologischen Erkrankung zu befürchten, welches vermutlich der Gesetzesentwurf nicht intendiert.

Eine die Fruchtbarkeit beeinträchtigende Chemotherapie kann auch bei anderen schweren Erkrankungen, zum Beispiel Autoimmunerkrankungen, notwendig sein. Deshalb könnte alternativ zu „Krebsbehandlung“, oder „bösartigen Erkrankungen“ (umfassender) die eine bestimmte Erkrankung nicht bevorzugende Formulierung „lebensnotwendige medizinische Behandlung“ gewählt werden.

Frauen mit einem Turner-Syndrom haben im Jugendalter teilweise noch erhaltene Follikel, bei Männern mit einem Klinefelter-Syndrom lassen sich durch eine Hodenbiopsie ebenfalls teilweise Spermien gewinnen. Die hormonelle Stimulation und Eizellgewinnung beim Turner-Syndrom muss im Jugendalter erfolgen, im Alter von 25 oder 30 Jahren ist regelhaft von einem vollständigen Untergang der Follikel auszugehen. Es gibt außerdem verschiedene, jeweils sehr seltene, genetische Syndrome, bei denen eine Befruchtung auf normalem Wege nicht möglich ist.

Eine Diskriminierung dieser zahlenmäßig insgesamt kleinen Personengruppe gegenüber Menschen mit Krebs wäre unbillig und ist vom Gesetzgeber wahrscheinlich auch nicht beabsichtigt.

Vor diesem Hintergrund regen wir an, den § 27 Abs.4 SGB V wie folgt zu formulieren:

*„Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn diese aufgrund einer **angeborenen genetischen Eigenschaft oder einer noch vorzunehmenden lebensnotwendigen medizinischen Behandlung, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Unfruchtbarkeit führt**, im Hinblick auf eine*

Maßnahme der künstlichen Befruchtung nach Absatz 1 medizinisch notwendig sind.“

Mit einer eventuellen Veröffentlichung unserer Stellungnahme auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit erklären wir uns einverstanden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Nicolai Kohlschmidt

Präsident BVDH