



**Deutsche Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

**Präsident**  
Prof. Dr. Gert Naumann

Repräsentanz der DGGG und  
Fachgesellschaften  
Jägerstraße 58-60 | 10117 Berlin  
📞 +49 (0) 30 514 883 333  
✉️ [stellungnahmen@dggg.de](mailto:stellungnahmen@dggg.de)

**Offener Brief**  
**an die Parteien des neuen Bundestags**  
**und die Bundesregierung 2025-2029**

März 2025



Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) ist ein gemeinnütziger Verein und vertritt als eine der größten medizinischen Fachgesellschaften das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Satzungszweck ist die Förderung der Frauengesundheit, insbesondere die Förderung der Wissenschaft und Bildung auf diesem Gebiet und die Verbesserung einer evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung von Frauen. Bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung von Frauen sehen wir folgende dringende Herausforderungen und rufen die neue Bundesregierung auf, diese mit hoher Priorität zu verfolgen.

## 1. Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und gynäkologische Krebskrankungen

1.1. Hintergrund: Die onkologische Versorgung in Deutschland wurde durch die seit 20 Jahren vorangetriebene Zertifizierung interdisziplinärer Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) strukturell verbessert mit einem belegten Gewinn für die Überlebenschancen der Betroffenen, u.a. auch für Brustkrebs und gynäkologische Tumoren<sup>1</sup>. Die Leistungsgruppen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) sehen die Leistungsgruppe „Ovarialkarzinom“ und keine Leistungsgruppe „gynäkologische Karzinome“ vor. Damit wird die zertifizierte Einheit „gynäkologische Krebszentren“ nicht abgebildet.

1.2. Problem: Die Behandlung gynäkologischer Karzinome mit Ausnahme des Ovarialkarzinoms findet sich damit nicht mehr in Krebszentren, sondern in der Leistungsgruppe „allgemeine Gynäkologie“. Für diese ist keine strukturelle oder personelle onkologische Spezialisierung vorgesehen. Die Behandlung von krebskranken Frauen wird damit verschlechtert<sup>2</sup>. Lebensjahre gehen verloren<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>

[https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen Produkte/GGW/2022/wido\\_ggw\\_0422\\_schoffer\\_et\\_al.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0422_schoffer_et_al.pdf)

<sup>2</sup>

[https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2024/DGGG\\_Stellungnahme\\_Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2024/DGGG_Stellungnahme_Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/name-ist-kein-programmversorgungsqualitaet-fuer-frauen-mit-krebs-der-genitalorgane-wuerde-sich-mit-diesem-gesetz-verschlechtern>



1.3. Empfehlung: Ersatz der Leistungsgruppe „Ovarialkarzinom“ durch die Leistungsgruppe „gynäkologische Karzinome“ mit den von den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) vorgesehenen obligaten Anforderungen.

## **2. Ärztliche Weiterbildung**

2.1. Hintergrund: Die fachärztliche Weiterbildung geschieht zu einem großen Teil im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit junger Ärztinnen und Ärzte in Krankenhaus und Praxis. Diese Weiterbildung erfordert Anleitung, Überwachung und Training durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte. Dies benötigt ein Zeitkontingent und damit eine hinterlegte Vergütung. Eine solche ist nicht vorgesehen, sondern galt bisher als in der Vergütung Diagnosis Related Groups (DRG) inkludiert.

2.2. Problem: Im KHSG wird das Thema ärztliche Weiterbildung nicht berücksichtigt. Eine Finanzierung ist nicht vorgesehen. Das gleiche gilt für die bisherigen Pläne zur Ambulantisierung, auch hier wird die Weiterbildung nicht mitgedacht. Weiterbildung ist unverzichtbar für die nachhaltige Sicherung der medizinischen Versorgung. Bei den gegenwärtigen und geplanten Vergütungsstrukturen stellt die Weiterbildung jedoch einen nicht finanzierten Kostenfaktor und damit ein akutes wirtschaftliches Risiko dar. Verzicht auf Weiterbildung spart Zeit sowie Aufwand und verbessert kurzfristig die wirtschaftliche Situation von Gesundheitseinrichtungen. Es besteht die Gefahr, dass der langfristige Schaden für das Gesundheitswesen bei akuter Finanznot von Einrichtungen vernachlässigt wird.

2.3. Empfehlung: Abbildung der Kosten der ärztlichen Weiterbildung, z.B. im Rahmen der Vorhaltevergütung.

## **3. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) und Geburtshilfe**

3.1. Hintergrund: Geburt ist zunächst ein natürlicher Vorgang, bei dem aber jederzeit akute Notfälle auftreten können, welche Gesundheit und Leben von Mutter und Kind bedrohen. Die kontinuierliche Verfügbarkeit fachärztlicher geburtshilflicher und pädiatrischer Hilfe ist hier eine Sicherheitsmaßnahme, welche menschliche Katastrophen vermeiden hilft.



3.2. Problematik: Eine unmittelbare pädiatrische Versorgung ist in vielen Geburtskliniken derzeit nicht gegeben. Nur auf jede zweite Geburtshilfe kommt eine pädiatrische Abteilung. In vielen hebammengeleiteten Geburtseinrichtungen fehlt sowohl die fachärztliche geburtshilfliche Anwesenheit sowie die pädiatrische Verfügbarkeit. Dabei wird bei jeder zweiten Geburt in hebammengeleiteten Kreißsälen das Eingreifen eines/einer ärztlichen Geburtshelfenden erforderlich<sup>4</sup>.

3.3. Empfehlung: Durch eine auskömmliche Finanzierung<sup>5</sup> und Neustrukturierung der geburtshilflichen Versorgung mit Zentralisierungen sowie der Schaffung von Kooperationsmodellen, wie sie die DGGG vorgeschlagen hat<sup>6</sup>, kann eine flächendeckende Versorgung mit einer sicheren Geburtshilfe auch in dünnbesiedelten Regionen gewährleistet werden. Die Einrichtung von hebammengeleiteten Kreißsälen in Geburtskliniken anstelle von außerklinischen Geburtshäusern sichert eine hebammengeleitete natürliche Geburt und gewährleistet die unmittelbare Verfügbarkeit fachärztlicher Expertise in Notfällen. Hierzu ist es erforderlich, bei der Festlegung für Anforderungen an hebammengeleitete Geburtseinrichtungen auch ärztliche Expertise beratend hinzuzuziehen<sup>4</sup>.

#### **4. Ambulante Operationen**

4.1. Hintergrund: Entscheidend für den Erfolg bei der Behandlung kranker Menschen ist nicht der Ort, an dem sie nachts schlafen. Die ambulante Durchführung von Operationen ermöglicht, dass Patientinnen und Patienten effektiv in ihrem privaten Umfeld behandelt werden können. Das Gutachten des IGES-Instituts<sup>7</sup> zeigt u.a. die

<sup>4</sup> <https://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/bei-90-aller-geburten-ist-die-anwesenheit-von-aerztlichen-geburtshelferinnen-erforderlich>

<sup>5</sup>

[https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2022/Offener\\_Brief\\_Geburtshilfe/Gemeinsamer\\_offener\\_Brief\\_zur\\_Empfehlung\\_der\\_Regierungskommission\\_Geburtshilfe.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2022/Offener_Brief_Geburtshilfe/Gemeinsamer_offener_Brief_zur_Empfehlung_der_Regierungskommission_Geburtshilfe.pdf)

<sup>6</sup>

[https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2023/Fachempfehlung\\_Modelle\\_zu\\_Versorgungsstrukturen\\_in\\_der\\_klinischen\\_Geburtshilfe\\_2023\\_.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2023/Fachempfehlung_Modelle_zu_Versorgungsstrukturen_in_der_klinischen_Geburtshilfe_2023_.pdf)

<sup>7</sup>

[https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr\\_objs27932/IGES\\_AOP\\_Gutachten\\_032022\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf)



Strukturen auf, die in anderen Gesundheitssystemen die hohe Rate ambulanter Operationen ermöglichen.

4.2. Problematik: Die Operation ist aber i.d.R. nur ein Teil des komplexen Behandlungsprozesses. Beispielsweise wird die operative Behandlung von Brustkrebs oder Endometriose in den entsprechenden stationären Zentren eingebettet in multiprofessionelle Leistungen, mit u.a. ausführlicher Beratung und Anleitung zu endokrinen und supportiven Maßnahmen, Bewegung, Ernährung, Fertilität, Sexualität, sowie psychologischen und sozialmedizinischen Aspekten<sup>8,9</sup>. Bei der Ambulantisierung muss daher nicht nur die Kernleistung, die sogenannte OPS, betrachtet werden, sondern der gesamte komplexe Behandlungsprozess, der bei der stationären Behandlung im Krankenhaus abgebildet ist und in das ambulante Setting übertragen werden muss.

Dafür sind Strukturen erforderlich, welche die adäquate Vorbereitung, die Nachbehandlung und ärztliche und pflegerische (Nach-)Betreuung ebenso gewährleisten wie die barrieareime Weiterleitung in eine stationäre Versorgung im Fall von Komplikationen und Zwischenfällen. Nur wenn eine ambulante Behandlung die Bedürfnisse der Kranken genauso befriedigt und die gleichen Ergebnisse erzielt wie die stationäre Behandlung (vergleichbare Erkrankung, Stadien, Patientinnengruppen usw. vorausgesetzt), ist sie tatsächlich eine Fortentwicklung hin zu einer steten Verbesserung des Gesundheitswesens. Diese Strukturen sind in Deutschland nur rudimentär entwickelt.

4.3. Empfehlung: Für die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung müssen dringend und zumindest parallel zur Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Leistungen entsprechende Versorgungsstrukturen gefördert und

---

<sup>8</sup>

[https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2022/DGGG\\_Positionspapier\\_Ambulante\\_Operationen.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2022/DGGG_Positionspapier_Ambulante_Operationen.pdf)

<sup>9</sup>

[https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/GBCOG/2023/Positionspapier\\_Endometriose\\_2023.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/GBCOG/2023/Positionspapier_Endometriose_2023.pdf)

etabliert sowie ein effektives Qualitätssicherungssystem eingerichtet werden, wie es im stationären Bereich bereits besteht<sup>10</sup>.

## 5. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

- 5.1. Hintergrund: Eine Familie zu gründen ist ein elementares Bedürfnis der Menschen und tragende Voraussetzung für die Zukunft einer Gesellschaft. Für die Verwirklichung des Kinderwunsches bei ungewollter Kinderlosigkeit stehen seit einigen Jahrzehnten reproduktionsmedizinische Verfahren zur Verfügung. Die Anwendung dieser Verfahren wird in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz von 1990 geregelt.
- 5.2. Problematik: Die reproduktionsmedizinischen Verfahren haben sich seit 1990 rasant weiterentwickelt und neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen für die Kinderwunschbehandlung zur Verfügung gestellt. In vielen Bereichen bestehen mittlerweile verlässliche Kenntnisse zur deren Wirksamkeit und Verträglichkeit. Gleichzeitig haben sich die gesellschaftlichen Vorstellungen verändert. Die erfolgreichste, schonendste und den Rechten der ungewollt Kinderlosen sowie der zukünftigen Kinder angemessene Behandlung beinhaltet oft Rechtsunsicherheit.
- 5.3. Empfehlung: Die gesetzlichen Regelungen sollen zeitnah an den aktuellen Stand der Wissenschaft und die Realität der gesellschaftlichen Bedingungen angepasst werden, wie z.B. bereits 2019 von der Leopoldina empfohlen<sup>11</sup>.

**Die DGGG appelliert an die Mitglieder des neuen Bundestags und an die neue Bundesregierung, diese Themen aufzunehmen und die Probleme zum Vorteil der Frauen in unserem Land zu lösen und sichert hierbei die fachliche Expertise und Unterstützung zu.**

<sup>10</sup> <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-2376-9748?articleLanguage=de>

<sup>11</sup> [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2019\\_Stellungnahme\\_Fortpflanzungsmedizin\\_w eb\\_01.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_w eb_01.pdf)