

berlin aktuell

Parlamentarischer Kalender



Aktuelles aus dem Monat September

- Bundesregierung legt Versorgungsstrukturgesetz vor
- Transplantationsgesetz im Parlamentarischen Verfahren
- Auslandsqualifikationen sollen besser genutzt werden
- Grüne fordern Stärkung der Patientenrechte
- Linksfraktion will geringere Wartezeiten für Kassenpatienten
- Linke fordern Stärkung der Prävention

Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen

- Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Ärzte sollen erleichtert werden
- Regierung begrüßt weitere Standorte für diamorphingestützte Behandlungen
- Bundesregierung nennt Kosten für Einführung der eGK
- Flächendeckende medizinische Versorgung ist ein zentrales Anliegen der Regierung

September 2011

1. Gesetzgebungsinitiativen der Bundesregierung.....	2
1.1. Im parlamentarischen Verfahren.....	2
1.2. In Planung.....	8
2. Initiativen aus dem Bundesrat.....	9
3. Aus der Opposition.....	9
3.1. Eingebraachte Anträge und Gesetzesentwürfe.....	9
3.2. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen.....	14
3.3. Schriftliche Fragen an die Bundesregierung.....	17
4. Rechtsverordnung.....	18
5. Verschiedenes.....	19

Impressum

berlin aktuell

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Alexander Dückers
Samir Rabbata
Jessica Beyer
Jana Kromer

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
Tel. (030) 40 04 56-358 · Fax -707
presse@baek.de · www.baek.de

1. Gesetzgebungs-Initiativen der Bundesregierung

1.1 Im Parlamentarischen Verfahren

Versorgungsstrukturgesetz

Die Bundesregierung will mehr Ärzte motivieren, in ländlichen Regionen tätig zu werden. Sie hat dazu einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgelegt. Die 110-seitige Vorlage soll am 23. September in erster Lesung im Bundestag beraten werden. Kernpunkt des Entwurfs sind Anreize für Mediziner, sich in unterversorgten Regionen neu niederzulassen oder Praxen zu übernehmen. Ärzte, die aufs Land ziehen, sollen dann auch finanziell profitieren. Die Regierung rechnet mit jährlichen Mehrkosten in Höhe von 200 Millionen Euro für die GKV. Vom Jahr 2013 an kommen dem Entwurf zufolge jährlich 120 Millionen Euro aufgrund der ebenfalls vorgesehenen Reform der vertragszahnärztlichen Vergütung hinzu. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

[BT-Drs. 17-6906](#)

[Stellungnahme BÄK zum Regierungsentwurf](#)

Um eine wohnortnahe, flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen, sollen Landärzte von Maßnahmen der Budgetbegrenzung ausgenommen werden. Normalerweise müssen Ärzte Honorarabschläge hinnehmen, wenn in ihrer Praxis eine bestimmte Zahl an Behandlungen überschritten wird. Davon sollen nun Mediziner, die sich in unterversorgten ländlichen Gebieten niederlassen, befreit werden. Die Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sollen die Möglichkeit erhalten, einen Strukturfonds einzurichten, in den 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung und ergänzend eine entsprechend gleich große Summe der Krankenkassen einfließen. Aus diesem Strukturfonds können die KVen „flexibel und ungebunden gezielte Maßnahmen für die Niederlassung ergreifen und finanzielle Anreize setzen“, heißt es in dem Entwurf weiter.

Ziel der Regierung ist es ferner, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Künftig sollen sich Vertragsärztinnen nach einer Geburt nicht mehr nur sechs, sondern zwölf Monate lang vertreten lassen können. Außerdem ist in dem Entwurf vorgesehen, für die Erziehung von Kindern bis zu 36 Monate einen sogenannten Entlastungsassistenten, also einen zweiten in der Praxis tätigen Arzt, zu beschäftigen. Für die Pflege von Angehörigen ist eine sechsmonatige Auszeit mit Vertretung geplant. Außerdem soll die Residenzpflicht entfallen. Landärzte müssen dann nicht mehr dort wohnen, wo sie praktizieren, sondern können auch in der Stadt leben.

Der Versorgungsstrukturgesetzentwurf sieht ferner vor, die Überversorgung mit Ärzten vor allem in Großstädten zu verringern. Die Möglichkeit der KVen, den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt finanziell zu fördern, soll erweitert werden. Ferner erhalten die KVen das Recht, frei werdende Praxen selbst aufzukaufen, um diese vom Markt zu nehmen. Dazu soll ihnen auch ein Vorverkaufsrecht eingeräumt werden, wenn in überversorgten Gebieten die Nachbesetzung einer Praxis ansteht. Ein Vorkaufsrecht besteht nach dem Willen der Regierung jedoch nicht, wenn sich Familienmitglieder des ausscheidenden

Vertragsarztes oder ein in der Praxis bereits tätiger Vertragsarzt um die Nachbesetzung bewerben. Als überversorgt gilt ein Gebiet, in denen die Anzahl der Ärzte auf 100.000 Einwohner den Richtwert um zehn Prozent übersteigt.

Einführen will die Bundesregierung einen „ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich“. Dazu sollen die Möglichkeiten von Kliniken, Patienten mit komplexen Krankheiten wie Krebs, HIV oder Multipler Sklerose auch ambulant zu behandeln, erweitert werden. Krankenhausärzte sowie niedergelassene Fachärzte sollen unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen Patienten mit seltenen Krankheiten oder besonderen Krankheitsverläufen versorgen, heißt es dazu im Gesetzentwurf.

Weiter entwickelt werden soll die so genannte Bedarfsplanung. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass je nach Region die unterschiedliche Alterszusammensetzung der Bevölkerung, der so genannte Demografiefaktor, berücksichtigt werden muss. Ferner müssen die einzelnen Planungsbereiche künftig nicht mehr automatisch den Stadt- und Landkreisen entsprechen, sondern werden bedarfsgerecht neu festgelegt.

Die Regierung plant mit dem Versorgungsstrukturgesetzentwurf zudem eine Stärkung des Rechts der Versicherten, nach einer Kasseninsolvenz eine neue Krankenkasse zu wählen. Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte vor, dass eine Neumitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt oder erschwert wird, „hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung“ zu verpflichten, heißt es in der Vorlage. Die Verpflichtung soll mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbunden werden.

In seiner Sondersitzung am 14. September äußerte der Gesundheitsausschuss des Bundesrats zum Teil scharfe Kritik an den Plänen der Regierung. Die Empfehlung des Ausschusses ist Grundlage der Beratung des Bundesrates am 23. September.

So kritisierte der Ausschuss die Regelungen für die geplante ambulante spezialärztliche Versorgung. Der von den Ländern Niedersachsen und Rheinland-Pfalz eingebrachte und vom Ausschuss einstimmig angenommene Antrag zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung sieht vor, den entsprechenden Artikel 1 Nummer 44 (§ 116b SGB V) aus dem Entwurf für das GKV-VStG herauszulösen und die Thematik in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren weiter zu verfolgen. Die Länder begründen diese Forderung unter anderem damit, dass die Regelungen kein Zulassungsverfahren für Leistungserbringer vorsehen, sondern lediglich ein Anzeigeverfahren. Es sei zudem nicht hinreichend klargestellt, welche Erkrankungen dem Bereich der spezialärztlichen Versorgung zuzuordnen sind. Auch gebe es keine Regelungen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen. Grundsätzlich wird moniert, dass in dem Entwurf keine Bedarfsplanung für die ambulante spezialärztliche Versorgung vorgesehen ist und somit ein vollkommen ungesteuertes Leistungssegment entsteht.

In der Beschlussempfehlung wird aber auch klargestellt, dass die Länder die Einführung eines solchen Versorgungsbereichs grundsätzlich unterstützen. „Alle

[Empfehlungen des AfG des Bundesrates inklusive Voten](#)

[BR-Drs. 456/1/11
Empfehlungen der Ausschüsse
an den Bundesrat](#)

Länder sind daher ausdrücklich bereit, ihre Fachexpertise sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich zur Lösung dieser Schwächen zur Verfügung zu stellen“, heißt es in der Empfehlung des Ausschusses. Konkret schlagen sie vor, dass mit Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zum 1. Januar 2013 ein stufenweiser Aufbau des neuen Versorgungsbereiches erfolgen soll.

Zur Sicherstellung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung sollen nichtärztliche Praxisassistenten zukünftig nicht nur in Gebieten tätig werden, in denen nach der aktuellen Bedarfsplanung eine ärztliche Unterversorgung vorliegt oder eine solche droht, sondern sie sollen vielmehr flächendeckend eingesetzt werden können.

Darüber hinaus befürwortet der Ausschuss die Regelung, Vertragsärzte durch Vergütungszuschläge dahingehend zu motivieren, verstärkt Substitutionsbehandlungen anzubieten.

Einig waren sich die Länder auch in ihrer Aussage, dass die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder des G-BA weiterhin durch die Selbstverwaltung erfolgen soll. Nach Ansicht des Ausschusses stelle die derzeit vorgesehene Regelung unter Einbeziehung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages ein Paradigmenwechsel dar und höhle die Selbstverwaltungskompetenz aus. Es bestünde die Gefahr einer Politisierung des G-BA, welche die Neutralität und Akzeptanz des Gremiums insgesamt in Frage stellen würde, so die Begründung.

Ebenfalls angenommen wurde der Antrag der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt, nach dem nunmehr in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen, die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Hausärzte ermöglicht werden soll. Darüber hinaus wurde auch der Antrag befürwortet, dass der bisherige Rechtszustand hinsichtlich der Gründung und Organisation von MVZ fortgelten sollte. Nach Ansicht des Ausschusses widerspricht die Auffassung MVZ könnten nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder GmbH den notwendigen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung herstellen, der Versorgungswirklichkeit. Aufgrund der Annahme dieses Antrags entfiel der Hilfsantrag des Landes Sachsen, wonach Krankenhäusern in Trägerschaft von Gebietskörperschaften weiterhin die Gründung eines MVZ als Staatsbetrieb oder Eigenbetrieb möglich sein sollte.

Der Ausschuss stimmte hingegen dafür, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten nunmehr auch den zuständigen Heilberufskammern übermitteln dürfen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere zur Vornahme berufsrechtlicher Maßnahmen, erforderlich ist.

Ein Antrag, der zur Sicherstellung der medizinisch notwendigen fachärztlichen Versorgung des Patienten das Versorgungsmanagement stärken sollte und bei zu langen Wartezeiten finanzielle Sanktionen gegen Vertragsärzte vorsah, wurde abgelehnt.

In die Empfehlungen an den Bundesrat fließt ebenso der Beschluss des

mitberatenden Wirtschaftsausschusses ein, der mit 13 zu 2 Stimmen für ein Teilnahmerecht von stellungnahmeberechtigten Organisationen an den Unterausschüssen des G-BA inklusive Fragerecht votierte. So soll die im derzeitigen Gesetzesentwurf vorgesehene „Kann-Regelung“ [...Der G-BA hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann, § 91 Abs 9 NEU] in eine „Ist-Vorschrift“ umformuliert werden. Andernfalls drohe die Neuregelung ohne Wirkung zu bleiben, so die Begründung.

Voraussichtlicher Zeitplan

Der weitere Zeitplan für die Beratungen zum GKV-VStG steht noch nicht vollständig fest. Sicher ist, dass sich der Bundesrat in seiner Sitzung am 23. September mit dem Gesetzentwurf und der Empfehlung seines Ausschusses befassen wird. Am selben Tag wird der Gesetzentwurf in erster Lesung in den Bundestag eingebracht. Dem vernehmen nach ist für den 19. Oktober die Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages vorgesehen. Bleibt es dabei, kann das Gesetz am 11. November abschließend im Parlament beraten werden, bevor der Bundesrat am 16. Dezember in zweiter Lesung zu dem nicht zustimmungspflichtigen Gesetz Stellung nimmt. Vorgesehen ist, dass das GKV-VStG zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt.

Transplantationsgesetz

Das Bundeskabinett hatte am 06. Juni 2011 einen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetz (TPG-Änderung) beschlossen, mit der eine EU-Richtlinie in deutsches Recht umgesetzt werden soll. Die Änderung sieht vor, dass so genannte Entnahmekrankenhäuser mindestens einen Transplantationsbeauftragten bestellen. Dieser soll unter anderem Verbindungsglied des Krankenhauses zu den Transplantationszentren sein, das übrige Krankenhauspersonal in Fragen der Organspende beraten und Angehörige aufklären und beraten. Vorgesehen ist ferner, die Rolle der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle zu stärken. Zudem soll die bereits bestehende gesetzliche Pflicht der Entnahmekrankenhäuser, den Hirntod aller möglichen Organspender zu melden, besser durchgesetzt werden. Der derzeitige Regierungsentwurf enthält keine Passagen zur Organspendeerklärung. Ursprünglich war geplant, noch vor der Sommerpause Gruppenanträge zu dieser Thematik (ethische Aspekte) dem Bundestag vorzulegen. Ob diese Anträge dann in das laufende Gesetzesverfahren mit einfließen, ist noch offen.

[BR-Drs. 457/11 TPG-ÄndG](#)

[Stellungnahme der BÄK zum Regierungsentwurf](#)

Bei den noch zum Referentenentwurf stattgefundenen öffentlichen Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu den technischen, rechtlichen und ethischen Aspekten des Gesetzes war die Bundesärztekammer durch ihren Präsidenten, Dr. Frank Ulrich Montgomery, und Professor Lilie vertreten.

Anfang September beschloss der federführende Ausschuss für Gesundheit des Bundesrates, dem Plenum unter anderem folgende Empfehlungen abzugeben. So ist

vorgesehen, künftig sämtliche Richtlinien der BÄK zur Organtransplantation einschließlich der Richtlinien zur Hirntodfestellung einem Genehmigungsvorbehalt des BMG zu unterstellen. Diese Genehmigung soll sich nicht nur auf die Rechtsförmlichkeit beschränken sondern zugleich eine materiell inhaltliche Prüfung der Richtlinien umfassen. In einem Schreiben an die Ministerpräsidenten und Ministerpräsidentinnen der Länder hat die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass den Richtlinien sehr differenzierte medizinische Sachverhalte zugrunde liegen. So sind u. a. Regelungen zur Hirntodfestellung, zur Wartelistenführung von Patienten zur Organtransplantation und zur ärztlichen Identifikation potentieller postmortaler Organspender zu treffen. Auch die Problematik, wie zukünftig Meinungsverschiedenheiten über den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durch das BMG behoben oder ersetzt werden können, wies die BÄK hin. Denn im Gegensatz zum Sozialrecht kann im Transplantationsrecht in Ermangelung der Sachkompetenz keine Ersatzvornahme durch eine staatliche Institution der Exekutive vorgesehen.

[BR-Drs. 457/1/11](#)

[Empfehlungen der Ausschüsse](#)

[Stellungnahme der BÄK zu den Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates](#)

Auslandsqualifikationen sollen besser genutzt werden

Die Bundesregierung möchte die wirtschaftliche Einbindung von Fachkräften mit Auslandsqualifikationen verbessern. Mit einem entsprechenden Gesetzentwurf soll zudem die Integration von Migranten in den deutschen Arbeitsmarkt gefördert werden. Angesichts der demographischen Entwicklung und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels müssten die vorhandenen Qualifikationspotenziale besser genutzt werden, schreibt die Bundesregierung. Ausländische Berufsqualifikationen und Abschlüsse würden derzeit auf dem deutschen Arbeitsmarkt oft nicht angemessen genutzt, da Bewertungsverfahren und Bewertungsmaßstäbe fehlten.

[BT-Drs. 17-6260](#)

[Stellungnahme BÄK zum Referentenentwurf](#)

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen soll im Zuständigkeitsbereich des Bundes ein allgemeiner Anspruch auf eine individuelle Prüfung der Gleichwertigkeit von ausländischen Berufsqualifikationen mit inländischen Referenzqualifikationen geschaffen werden.

[Stellungnahme der BÄK zur Stellungnahme des Bundesrates](#)

Die Ausgestaltung als Artikelgesetz diene der Vereinheitlichung der Verfahren und Kriterien zur Bewertung der Gleichwertigkeit beruflicher Auslandsqualifikationen und nehme Bezug auf die Besonderheiten der einzelnen Berufsgesetze, so die Bundesregierung. So enthalte Artikel 1 des Gesetzentwurfs allgemeine Kriterien für Bewertung und Verfahren. Der Anwendungsbereich des Artikels gelte für die auf Bundesebene geregelten Berufe, sofern die berufsrechtlichen Fachregelungen nicht etwas anderes bestimmten. Zudem schaffe Artikel 1 für den Bereich der nichtreglementierten Berufe erstmals einen allgemeinen Verfahrensanspruch. In den weiteren Artikeln des Gesetzentwurfs werden die Gesetze zu einzelnen Berufsgruppen entsprechend geändert. Die Abschlussberatungen im federführenden Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung sollen am 21. September stattfinden. Die 2./3. Lesung im Bundestag ist für den 29./30. September vorgesehen.

In einer öffentlichen Anhörung Anfang Juli war die vorherrschende Meinung der

Sachverständigen, dass es an der Ausarbeitung des Regierungsentwurfes zur Anerkennung von beruflichen Auslandsqualifikationen jedoch hapere. Kritikpunkte waren unter anderem die Anerkennung von nicht-reglementierten Berufen, die Finanzierung des Anerkennungsverfahrens und die Rolle der Länder. Das Gesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

Der Anspruch auf Beratung und Begleitung bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse soll auch nach Willen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen gesetzlich verankert werden. In einem entsprechenden Antrag fordern die Abgeordneten unter anderem, dass ein ausreichendes Angebot an unabhängiger Beratung zur Verfügung gestellt wird und anfallende Kosten nicht zu Gebühren führen, die den Zugang zum Anerkennungsverfahren verhindern. Die von der Bundesregierung vorgestellten Vorschläge zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse reichten nicht aus, die bisherigen Defizite tatsächlich zu überwinden, heißt es weiter.

[BT-Drs. 17-6919](#)

Ähnlich sieht dies der Antrag der Fraktion Die Linke, in dem festgestellt wird, dass das von der Bundesregierung geplante Anerkennungsgesetz nach wie vor keine transparente, bundeseinheitliche Struktur und keine einheitliche institutionelle Zuständigkeitsregelungen vorsieht. Die Anträge wurden dem Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung federführend zur Beratung überwiesen.

[BT-Drs. 17-6271](#)

Regierung will Pflege von Angehörigen durch Berufstätige erleichtern

Die Bundesregierung will es Berufstätigen durch die Einführung einer Familienpflegezeit erleichtern, pflegebedürftige Angehörige im häuslichen Umfeld zu betreuen. Nach Angaben der Regierung wird in Deutschland derzeit mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen, rund 1,63 Millionen Menschen, zu Hause durch Angehörige gepflegt. Der Gesetzentwurf sieht unter anderem vor, dass Berufstätige ihre wöchentliche Arbeitszeit maximal zwei Jahre lang auf einen Mindestumfang von 15 Stunden reduzieren können, um Angehörige zu pflegen. Die Arbeitgeber, die ihren Beschäftigten während dieser Familienpflegezeit das Gehalt um die Hälfte der Differenz zwischen dem bisherigen Gehalt und dem sich durch die Arbeitszeitreduzierung ergebenden geringeren Gehalt aufstocken, sollen dies durch ein zinsloses Bundesdarlehen finanzieren können. Der Beschäftigte muss nach der Familienpflegezeit dann aber so lange Vollzeit zum geringeren Gehalt arbeiten, bis dieses Darlehen abbezahlt ist. Das mögliche Ausfallrisiko für den Arbeitgeber im Fall eines Todes des Arbeitnehmers oder der vorzeitigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses muss durch eine Familienpflegezeitversicherung abgedeckt sein.

[BT-Drs. 17-6000](#)

Die Regierung beruft sich in ihrem Gesetzentwurf auf einen breiten gesellschaftlichen Konsens. Die meisten Menschen würden die Verantwortung für pflegebedürftige Eltern oder Lebenspartner lieber selbst übernehmen als dies an den Staat oder ein Heim zu delegieren. Nach einer aktuellen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Allensbach hielten es 65 Prozent der Berufstätigen für wünschenswert, dass Angehörige durch Familienmitglieder gepflegt werden. Und 91 Prozent aller Berufstätigen hielten es für wichtig oder sehr wichtig, dass diese Pflege den berufstätigen Angehörigen durch entsprechende Regelungen erleichtert wird.

Der Gesetzesentwurf ist nicht zustimmungsbedürftig und wurde dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend federführend Anfang Juni zur Beratung überwiesen.

Internationale Gesundheitsvorschriften

Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze (IGV) beschlossen. Zum Schutz vor einer grenzüberschreitenden Ausbreitung von bedrohlichen Krankheiten sieht der Gesetzesentwurf u .a. vor, dass in ausgewählten Flughäfen und Seehäfen besondere Maßnahmen getroffen werden, um im internationalen Handels- und Reiseverkehr auftretende Gesundheitsgefahren besser abwehren zu können.

[BR-Drs. 522/11](#)

Mit dem Gesetzesentwurf zieht das Bundesgesundheitsministerium darüber hinaus die Konsequenzen aus den Erfahrungen mit der EHEC-Epidemie. Das Robert-Koch-Institut soll künftig schneller über die infektionsepidemiologische Lage informiert sein. Diagnosen von meldepflichtigen Erkrankungen müssen künftig innerhalb von 24 Stunden beim Gesundheitsamt vorliegen. Die Übermittlungsfristen vom Gesundheitsamt über die Landesstellen an das Robert Koch-Institut dürfen künftig maximal drei Tage betragen. In einer Studie sollen bessere informationstechnologische Lösungen im Meldewesen untersucht werden. Diese Vorschriften wurden nach offizieller Versendung des Referentenentwurfs mit der Bitte um Stellungnahme an die Verbände ins IGV eingefügt und den Organisationen lediglich zur Kenntnis übersandt. Eine Kommentierung der nachgeschobenen Änderungen hatte die Bundesärztekammer trotzdem dem BMG übersandt und u. a. die Frage der Leistbarkeit und Angemessenheit der verkürzten Meldepflichten aufgeworfen.

[Stellungnahme der BÄK zum Referentenentwurf](#)

Der Bundesrat hat über den Gesetzesentwurf noch nicht beraten. Er bedarf auch nicht der Zustimmung des Bundesrates.

1.2 In Planung

Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

[Informationspapier](#)

Die Änderungen im AMG sollen im wesentlichen der Umsetzung von EU-Recht, insbesondere der Pharmakovigilanzrichtlinie (RL 2010/84/EU) und der Richtlinie gegen Arzneimittelfälschungen (RL 2011/62/EU) dienen. Mit dem Artikelgesetz ist neben dem Änderung des AMG beabsichtigt, weitere Gesetze und Verordnungen wie das Apothekengesetz, Betäubungsmittelgesetz und das Medizinproduktegesetz zu ändern. Die Versendung eines Referentenentwurfs soll für diesen Herbst geplant sein.

2. Initiativen aus dem Bundesrat

Kinderwunschförderungsgesetz

Der Gesetzesantrag des Landes Mecklenburg-Vorpommern für den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des SGB V zur Kostenübernahme des Bundes für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei Paaren mit Kinderwunsch wurde dem Gesundheitsausschuss federführend zur Beratung zugewiesen. Ziel dieses Änderungsgesetzes soll eine finanzielle Entlastung von Paaren mit Kinderwunsch sein. Das antragstellende Land sieht hierin einen Beitrag, die unerwünschte Kinderlosigkeit entschlossen und nachhaltig zu bekämpfen. Daher soll ergänzend zur 50-prozentigen Übernahme der Behandlungskosten zur künstlichen Befruchtung durch die Krankenkassen die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass der Bund die Kinderwunschbehandlung zukünftig zu 25 % mitfinanziert, damit die bisherige Kostenbeteiligung der Paare von 50 auf 25 Prozent sinkt. Der Antrag des Landes Mecklenburg-Vorpommern wurde dem Gesundheitsausschuss des Bundesrates federführend überwiesen.

[BR-Drs. 478/11](#)

3. Aus der Opposition

3.1 Eingebraachte Anträge und Gesetzesentwürfe

Grüne mahnen Stärkung der Patientenrechte an

Die Fraktion Bündnis 90/die Grünen setzt sich für eine Stärkung der Patientenrechte ein. In einem Antrag fordert sie von der Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem im Bürgerlichen Gesetzbuch ein eigenständiger Abschnitt zum Behandlungsvertrag eingeführt und bereits existierende Vorschriften zusammengeführt werden. Darüber hinaus sollen Patienten nach Vorstellung der Grünen das Recht auf rechtzeitige und vollständige Aufklärung und Beratung über Diagnose und geplante Behandlung erhalten. Dies müsse in einem standardisierten Protokoll nachgewiesen werden und dürfe nicht zu einer Haftungsbeschränkung führen, schreiben die Abgeordneten. Ferner sei Patienten die Einsichtnahme in die vollständige, richtige und fälschungssichere Dokumentation der Heilbehandlung zu gewähren.

[BT-Drs. 17-6348](#)

Als Behandlungsfehler will die Fraktion "eine nicht angemessene, insbesondere nicht sorgfältige, nicht richtige oder nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung" verstanden wissen. Bei groben Behandlungsfehlern soll weiterhin die Beweislastumkehr gelten. Zusätzlich wollen die Grünen eine Beweiserleichterung in Form einer "widerlegbaren Vermutung" für einfache Behandlungsfehler einführen, wenn nachweislich dem Patienten ein Schaden entstanden ist und ein Behandlungsfehler vorliegt. In diesem Fall müssten die Ärzte und andere Heilbehandler "die Überzeugung des Gerichtes erschüttern, dass der eingetretene Schaden durch ihren Fehler eingetreten ist", heißt es in der Vorlage.

Die Grünen fordern außerdem, dass Krankenkassen verpflichtet werden, Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zu helfen. "Die

Unterstützung von Patientinnen und Patienten durch Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen wird als gesetzliche Leistung definiert“, heißt es in dem Antrag. Zur Verbesserung der außergerichtlichen Verfahren zur Schadensregulierung soll die Regierung nach dem Willen der Grünen-Fraktion darauf hinwirken, dass die Verfahrensabläufe der Schlichtungs- und Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern einheitlich nach definierten Qualitätsstandards gestaltet werden.

Zudem soll zu Art, Häufigkeit und Entwicklung von Behandlungsfehlern unter Federführung des Robert-Koch-Instituts ein Monitoring geführt werden, das öffentlich zugänglich ist. Für Härtefälle soll die Regierung die Einführung eines Entschädigungsfonds prüfen, heißt es in dem Antrag. Der Antrag wurde im Bundestag noch nicht beraten.

Linksfraktion will geringere Wartezeiten für Kassenpatienten erreichen

Die Fraktion Die Linke fordert ein eigenständiges Gesetz, um die Rechte der Patienten zu bündeln und auszubauen. In einem Antrag verlangen die Abgeordneten, die Gesundheitsversorgung dürfe für Patienten nicht mit Zuzahlungen, Praxisgebühr oder Vorkasse verbunden sein. Zudem soll für Versicherte der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung "das Recht auf eine zeitnahe Behandlung" gelten. Ist ein Arzt aus Auslastungsgründen nicht in der Lage, einen Patienten zeitnah zu behandeln, habe er die Vermittlung eines Arztes in zumutbarer Erreichbarkeit durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu initiieren, fordert die Fraktion. Weiter heißt es dazu in dem Antrag: "Kann die KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages in angemessener Zeit keine Behandlung anbieten, ist sie mit Sanktionen zu belegen."

[BT-Drs. 17-6489](#)

Das neue Gesetz soll nach dem Willen der Parlamentarier zudem das Patientenrecht vorsehen, die Behandlungsmethode, den Behandlungsort sowie grundsätzlich den behandelnden Arzt frei auszuwählen. Ferner sollen die Behandelnden verpflichtet werden, "unaufgefordert und kostenfrei eine Dokumentation der wesentlichen Behandlungsschritte und Befunde" an die Patienten auszuhändigen. Im Hinblick auf Rechte im Schadensfall heißt es in dem Antrag, künftig solle ein Patient vor Gericht nur darlegen, dass ihm durch eine Behandlung ein Schaden entstanden ist. Der beklagte Arzt könne zur Entkräftung darlegen, dass dieser Schaden für ihn unabwendbar war. "Stellt das Gericht einen Behandlungsfehler fest und ist dieser objektiv geeignet, den beschriebenen Schaden zu verursachen, wird ein ursächlicher Zusammenhang vermutet", schreiben die Abgeordneten und führen aus: Wenn der Beklagte diese Vermutung nicht widerlegen könne, "ist er schadenersatzpflichtig".

Darüber hinaus will die Linksfraktion den Patientenbeauftragten der Bundesregierung durch einen Patientenbeauftragten des Bundestages ablösen. Dieser soll den Angaben zufolge unter anderem für die Auswertung der Daten des Risikomanagementsystems zuständig sein und dem Parlament jährlich einen Bericht zur Entwicklung der Patientenbeteiligung und –rechte vorlegen. Der Antrag wurde im Bundestag noch nicht beraten.

SPD-Fraktion fordert Konsequenzen aus Schließung der City-BKK

Als Folge der City-BKK-Insolvenz will die SPD-Fraktion dafür sorgen, dass Versicherte bei Schließung einer gesetzlichen Krankenkasse keine Nachteile haben.

Insbesondere dürfe es keine Lücken im Versicherungsschutz oder im Leistungsbezug geben, fordern die Abgeordneten in einem Antrag. Die SPD fordert von der Bundesregierung in diesem Zusammenhang, "die willkürliche Begrenzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs" (Morbi-RSA) auf 50 bis 80 Krankheiten abzuschaffen. Wettbewerb sei kein Selbstzweck, argumentieren die Parlamentarier, solange es "für gesetzliche Krankenversicherungen jedoch ökonomisch sinnvoll ist, Versicherte nach ihren gesundheitlichen Risiken zu beurteilen und auszuwählen, wird sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen darin erschöpfen, Strategien der Risikoselektion zu entwickeln, wie wir es gerade im Fall der City-BKK erleben mussten". Um Anreize für eine solche Risikoselektion zu verhindern, müsse der Morbi-RSA "weiter entwickelt und vervollständigt werden", verlangt die SPD-Fraktion.

[BT-Drs. 17-6485](#)

Zugleich fordern die Abgeordneten, die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge abzuschaffen und stattdessen zu einer paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzukehren. Die schwarz-gelbe Bundesregierung habe den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf das falsche Feld gelenkt, heißt es dazu in dem Antrag. Der Antrag wurde im Bundestag noch nicht beraten.

Abgeordnete setzen sich für Mutter-/Vater-Kind-Kuren ein

Der Gesundheitsausschuss ist unzufrieden mit der Bewilligungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen zu Mutter-/Vater-Kind-Kuren. In einer Sitzung beschloss das Gremium deshalb einen gemeinsamen Entschließungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen. Darin heißt es, nachdem Mutter-/Vater-Kind-Kuren von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt wurden, seien in den Jahren 2007 und 2008 sowohl die Zahl der Kuren als auch die entsprechenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) "zunächst spürbar angestiegen". In den Folgejahren seien die Ausgaben dann aber rückläufig gewesen, und zwar im Jahr 2009 um 6,01 Prozent und im Jahr 2010 um 9,22 Prozent, jeweils im Vergleich zum Vorjahr. "Diese Entwicklung ist unbefriedigend und steht nicht im Einklang mit der Bedeutung der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen", betonen die Abgeordneten im Entschließungsantrag. Es gebe "deutliche Anzeichen" dafür, dass es in der Bewilligungspraxis "erhebliche Defizite gibt".

Der Gesundheitsausschuss fordert daher den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes auf, spätestens bis Ende 2011 die Entscheidungsgrundlagen für die gesetzlichen Krankenkassen klarer zu fassen. Insbesondere müsste die "Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation" überarbeitet sowie die Antragsvordrucke verbessert und vereinheitlicht werden. Notwendig sei es zudem, "verständliche Arbeitshilfen zum Grundsatz zu erstellen, dass eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme nicht voraussetzt, dass zuvor ambulante Maßnahmen ausgeschöpft wurden". Im Entschließungsantrag wird darüber hinaus verlangt, dass "die Entscheidungen der Krankenkassen transparent, mit

aussagekräftigen und nachvollziehbaren Begründungen getroffen werden“. Bescheide sollten mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen werden. Bis zum 31. März 2012 will der Ausschuss schriftlich über die getroffenen Maßnahmen unterrichtet werden.

Der Fraktion Die Linke ging der Entschließungsantrag nicht weit genug und enthielt sich der Stimme. Zugleich kündigten die Linksparlamentarier einen eigenen Antrag zu dem Thema an (siehe unten).

Die Linke macht Druck bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren

Die Fraktion Die Linke will die Bewilligungspraxis gesetzlicher Krankenkassen zu Mutter-/Vater-Kind-Kuren transparenter machen. Ziel sei es, die Entscheidungskriterien zu vereinheitlichen und zu präzisieren, heißt es in einem Antrag. Zudem fordern die Abgeordneten, eine regelmäßige Prüfung der gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich der tatsächlichen Bewilligung dieser Pflichtleistung zu sichern und die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften bei der Entscheidung über Anträge zu gewährleisten. Die Linksfraktion verweist auf einen Prüfbericht des Bundesrechnungshofes, in dem gravierende Mängel bei der Bewilligungspraxis wie etwa die Ungleichbehandlung von Versicherten benannt worden seien. Der Antrag wurde im Bundestag noch nicht beraten.

[BT-Drs. 17-6493](#)

SPD will Lobbyismus transparenter gestalten

Der Bundestag soll ein verbindliches Register für Lobbyisten einführen und zu diesem Zweck seine Geschäftsordnung ändern. Das fordert die SPD-Fraktion in einem Antrag der nach erster Lesung dem Ausschuss für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung federführend zur Beratung überwiesen wurde.

[BT-Drs. 17-6442](#)

Nach Ansicht der Abgeordneten ist die seit 1972 vom Bundestag geführte öffentliche Liste über die Registrierung von Verbänden unzureichend. Zum einen enthalte sie keine Angaben über die Herkunft und Höhe der für die Lobbyarbeit aufgewendeten finanziellen Mittel. Zum anderen erfasse die Liste nur Verbände und lasse andere Akteure der Interessenvertretung außen vor, argumentiert die Fraktion.

In dem von ihr geforderten Lobbyistenregister sollen sich alle natürlichen und juristischen Personen eintragen müssen, die direkten Einfluss auf die politischen Abläufe in Bundestag und Bundesbehörden nehmen wollen und dies nicht unentgeltlich tun. Ferner müsse der finanzielle Rahmen der entsprechenden Lobbytätigkeit offengelegt werden und es eine Zuordnung zu einzelnen Auftraggebern geben, wenn die Interessenvertretung nicht auf eigenen Namen erfolgt, schreibt die Fraktion. Der Bundestag soll darüber hinaus einen sanktionsbewährten Verhaltenskodex erlassen, der Grundregeln für Interessenvertreter beinhaltet. Diesem könnten sich die Lobbyisten zwar freiwillig unterwerfen. Jedoch solle die Annahme oder Nicht-Annahme des Kodexes in dem Register ebenfalls vermerkt werden, heißt es in dem Antrag.

Grüne wollen medizinische Cannabis-Verwendung erleichtern

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen will Patienten den Zugang zu Cannabis-Medikamenten erleichtern. In ihrem Antrag verlangen die Abgeordneten von der Bundesregierung die Vorlage eines Gesetzentwurfes, um betäubungsmittelrechtliche Strafverfahren bei Patienten zu vermeiden, "wenn sie Cannabis auf der Basis einer ärztlichen Empfehlung besitzen, anbauen oder sich verschaffen". Die Grünen verweisen darauf, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bislang nur wenigen Patienten auf Antrag die Erlaubnis zum Bezug eines Extraktes oder von Cannabisblüten durch eine Apotheke erteilt habe.

[BT-Drs. 17-6127](#)

Die Kosten hierfür betragen der Vorlage zufolge bis zu 1.500 Euro und würden in der Regel nicht von den Krankenkassen übernommen. "Wegen der erheblichen Kosten für eine Behandlung mit Dronabinol, Cannabisblüten oder einem Cannabisextrakt verschaffen sich viele bedürftige Patientinnen und Patienten Cannabis auf andere Weise und geraten so unweigerlich mit dem Betäubungsmittelgesetz in Konflikt", schreibt die Grünen-Fraktion. Die Folge seien häufig Strafverfahren, die nur unter der Auflage eingestellt würden, zukünftig keinen Cannabis mehr zu konsumieren. Da viele Patienten auf die regelmäßige Einnahme von Cannabis angewiesen seien, würden sie nicht selten als Wiederholungstäter zu empfindlichen Geld- oder Haftstrafen verurteilt. "Damit werden ausgerechnet jene Menschen der Strafverfolgung ausgesetzt, die aufgrund ihrer teilweise schweren Erkrankung ohnehin körperlich und seelisch erheblich belastet sind", heißt es in dem Antrag.

Die Abgeordneten verlangen ferner, ein Verfahren zu entwickeln, nach denen ärztliche Empfehlungen für die Verwendung von Cannabis-Medikamenten anhand einer Liste von Indikationen aufgestellt und nachgewiesen werden können. Zur Begründung heißt es, wissenschaftliche Untersuchungen belegten, dass Cannabis bei schweren Erkrankungen wie HIV, Multipler Sklerose, chronischen Schmerzen, Epilepsie und Krebs Linderung bewirken kann. Der Antrag wurde dem Ausschuss für Gesundheit zur Beratung überwiesen.

Linksfraktion setzt auf zentrale Stelle auf Bundesebene zur Stärkung der Prävention

Die Fraktion Die Linke will die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland voranbringen. Sie hat dazu einen Antrag vorgelegt, der dem Gesundheitsausschuss Anfang Juli zur Beratung überwiesen wurde. Die Linksfraktion fordert von der Bundesregierung, schnellstmöglich einen Präventionsgesetzentwurf vorzulegen. Ziel müsse es sein, Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzuerkennen und dementsprechend auszugestalten. Alle Maßnahmen seien "an bundeseinheitlichen Gesundheitszielen auszurichten, die für alle an der Gesundheitsförderung Beteiligten verbindlich sind", heißt es in dem Antrag weiter.

[BT-Drs. 17-6304](#)

Die Abgeordneten schlagen vor, "eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene zu schaffen, die organisatorisch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden wird und über eigene finanzielle Mittel im

Rahmen eines Fonds verfügt“. Dem Gremium sollen Wissenschaftler, der Finanzierungsträger, Leistungserbringer im Gesundheits- und Pflegesystem, der Deutsche Olympische Sportbund (DSOB), die kommunalen Spitzenverbände, die Gewerkschaften, die Sozialverbände sowie Patienten- und Selbsthilfeorganisationen angehören. Seine Aufgabe soll laut Antrag unter anderem sein, bundeseinheitliche und verbindliche Gesundheitsziele festzulegen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsforschung zu geben. Dem Bundestag solle alle vier Jahre ein Präventionsbericht vorgelegt werden.

An dem einzurichtenden Fonds sollen sich nach Vorstellungen der Linksfraktion Bund, Länder, die Sozialversicherungszweige und die private Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen. „Zusätzlich sind zum Start aus dem Bundeshaushalt in den nächsten vier Jahren jeweils eine Milliarde Euro in den Fonds einzuzahlen“, verlangen die Abgeordneten. Nach Abschluss der Aufbauphase sei der Finanzierungsbeitrag des Bundes für die Folgejahre rechtzeitig festzulegen. Von den Gesamtmitteln des Fonds sollten 75 Prozent von der kommunalen Ebene abgerufen werden, heißt es in dem Antrag.

3.2 Kleine Anfragen der Opposition

Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Ärzte sollen weiter erleichtert werden

Mit dem geplanten Versorgungsstrukturgesetz soll der Aufwand für Ärzte in Bezug auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiter begrenzt werden. Dabei solle dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ Rechnung getragen werden, schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Darin heißt es weiter, gesetzliche Regelungen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Verordnungen seien unverzichtbar. „Das Gemeinwesen ist darauf angewiesen, dass jede Ärztin und jeder Arzt im Rahmen des Möglichen dafür Sorge trägt, dass überflüssige Kosten in der Gesundheitsversorgung vermieden werden“, betont die Regierung. Damit dies mit einem vertretbaren Aufwand von den Vertragsärzten zu erledigen ist, bestünden bereits heute eine Reihe von Erleichterungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung. So sollten Auffälligkeitsprüfungen in der Regel für nicht mehr als fünf Prozent der Ärzte einer Fachgruppe angesetzt werden. Zudem gebe es die Möglichkeit, Praxisbesonderheiten vorab zu definieren.

[BT-Drs. 17-6879](#)

Regierung würde weitere Standorte für diamorphingestützte Behandlung begrüßen

Die Bundesregierung hält eine Ausweitung der diamorphingestützten Behandlung schwerstabhängiger Heroinsüchtiger für sinnvoll. Sie „würde es begrüßen, wenn es für die Zielgruppe der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung weitere Standorte in Deutschland gäbe“, schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Die Behandlung Schwerstabhängiger mit künstlich hergestelltem Heroin – dem so genannten Diamorphin – bieten den Angaben zufolge derzeit in Deutschland sieben Einrichtungen in Bonn, Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und

[BT-Drs. 17-6625](#)

München an. Diese Einrichtungen seien auch schon an einem früheren Modellprojekt beteiligt gewesen, heißt es in der Antwort. Neue Standorte seien nicht dazugekommen. Weiter schreibt die Regierung, zum Jahresende 2010 hätten sich rund 360 Patienten in einer "diamorphingestützten Substitutionsbehandlung" befunden. Die aktuelle Gesamtzahl der Behandlungsplätze sei nicht bekannt.

Für die Behandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen kommen nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Patienten in Frage, die mindestens fünf Jahren abhängig sind, zwei erfolglos beendete beziehungsweise abgebrochene Suchtbehandlungen hinter sich und das 23. Lebensjahr vollendet haben. Den Weg für die besondere Behandlungsform hatte der Bundestag im Jahr 2009 frei gemacht. Die Regierung schreibt, ihr lägen Informationen aus einzelnen Kommunen vor, "die darauf hindeuten, dass die Richtlinien zur diamorphingestützten Behandlung in ihrer derzeitigen Fassung die Einrichtung von Diamorphinambulanzen nicht begünstigt haben". Derzeit werde im G-BA ein Bericht vorbereitet. In diesem Zusammenhang sollen diejenigen Träger befragt werden, deren Bemühungen um die Schaffung neuer entsprechender Einrichtungen erfolglos verliefen, wie die Regierung weiter mitteilt.

Starnberg hat den höchsten Versorgungsgrad an Hausärzten

Starnberg (Bayern) hat bundesweit den höchsten Versorgungsgrad an Hausärzten. Dies geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hervor. Die Gemeinde habe einen Versorgungsgrad von mehr als 145 Prozent, wie aus Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hervorgeht. Dahinter folgten Freiburg im Breisgau (mehr als 140 Prozent) und Hagen (131 Prozent). Am anderen Ende der Skala sei der Saalekreis (Sachsen-Anhalt) Schlusslicht: Dort werde nur ein Versorgungsgrad von knapp 65 Prozent erreicht. Es folgten Dessau (78,8 Prozent) und die Uckermark (79,2).

[BT-Drs. 17-6632](#)

Die Bundesregierung merkt dazu an, die "Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung" sei ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, dem angesichts der demographischen Entwicklung in Zukunft eine "zunehmende Bedeutung" zukommen werde. Mit dem geplanten Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung würden die Voraussetzungen geschaffen, damit die gemeinsame Selbstverwaltung die Bedarfsplanung "zielgerichtet weiterentwickeln" kann.

Aufbereitete Medizinprodukte gefahrlos wieder zu verwenden

Die Bundesregierung hält den regulatorischen Rahmen zur Aufbereitung von Medizinprodukten für ausreichend. Dies gelte auch für so genannte Einmalprodukte, schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion. In der Antwort heißt es, die bestehenden Vorschriften stellten auch nach Aussagen von Experten sicher, "dass aufbereitete Medizinprodukte gefahrlos wieder verwendet werden können". Voraussetzung dafür sei allerdings, dass alle Vorgaben strikt eingehalten werden. Unverzichtbar dafür sei eine funktionierende Überwachung durch die Landesbehörden. "Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte vor,

[BT-Drs. 17-6174](#)

dass diese Überwachung grundsätzlich nicht funktioniert. Sie ist zwar optimierbar, setzt aber nicht zwingend Rechtsänderungen voraus“, heißt es in der Vorlage weiter. Um die Länder gleichwohl in diesem Bereich zu unterstützen, aber auch ein möglichst bundeseinheitliches Vorgehen zu gewährleisten, erarbeitet das Bundesgesundheitsministerium den Angaben zufolge zur Zeit eine „Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes“.

Bundesregierung nennt Kosten für Einführung der Gesundheitskarte

Die Bundesregierung hat Zahlen zu den Kosten der bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bekannt gegeben. Wie aus ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke hervorgeht, werden Arztpraxen 355 Euro für ein stationäres und 280 Euro für ein mobiles Lesegerät erhalten. Für die Krankenhäuser belaufe sich die Pauschale für ein Kartenterminal pro 25 Betten auf 430 Euro. Hinzu käme eine Installationspauschale von 1.500 Euro pro Krankenhaus zuzüglich eines Zuschlags in Höhe von 129 Euro je Kartenlesegerät. Arztpraxen stünde demnach eine Installationspauschale von 215 Euro zu, heißt es weiter.

[BT-Drs. 17-5838](#)

Die Gesundheitskarte, die die Krankenversichertenkarte ersetzen soll, solle neben einem verschlüsselten „Stammdatendienst“ auch einen Notfalldatensatz aufbewahren. Dieser enthalte der Regierung zufolge Informationen zu bereits gestellten Diagnosen, notfallrelevanten Medikamenten, Allergien oder Unverträglichkeiten sowie „Angaben zum Aufbewahrungsort einer möglichen Organspendeerklärung, Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht“. Um auch diese Daten zu schützen, sei für den Zugriff eine Authentifizierung des Arztes notwendig. Zudem würden die letzten 50 Zugriffe auf der Karte protokolliert.

Der bürokratische Aufwand werde mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) „insgesamt reduziert“. Ein verbleibender Aufwand bei der PIN-Eingabe sei „im Hinblick auf den notwendigen Schutz der sensiblen medizinischen Daten“ „absolut vertretbar“ und werde durch die „schnellere und qualitativ bessere Verfügbarkeit“ medizinischer Daten „kompensiert“, erklärt die Regierung.

Flächendeckende medizinische Versorgung ein zentrales Anliegen der Regierung

Anfang 2010 sind auf einen niedergelassenen Hausarzt bundesweit durchschnittlich 1.546 Einwohner gekommen. Wie die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke weiter mitteilt, reichte die Spannweite von 1.419 Einwohner je Hausarzt in Bayern bis hin zu 1.721 Einwohner je Hausarzt in Westfalen-Lippe. Ferner seien Ende 2009 bundesweit auf einen niedergelassenen Facharzt 1.288 Einwohner gekommen sowie auf einen Kinderarzt 2.339 Kinder und Jugendliche. Die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung sei ein wichtiges Anliegen, heißt es in der Antwort der Regierung. Die finanzielle Grundlage des Gesundheitssystems dafür sei auf eine solide Basis gestellt worden.

[BT-Drs. 17-5680](#)

Bezüglich der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und der Angaben zur Impfquote verweist die Regierung auf die Zuständigkeit der Länder. Anhand der Haushaltsansätze der Länder sei für das Jahr 2009 ein Rückgang der Investitionsförderung von 3,38 Millionen Euro auf 2,86 Millionen Euro zu verzeichnen, heißt es in der Antwort. Besonders in den neuen Bundesländern sei der Finanzbedarf gesunken. Das spreche für einen erfolgreichen Abbau des teilungsbedingten Nachholbedarfs.

Der Antwort zufolge ist darüber hinaus seit langem eine rückläufige Krankenhausverweildauern zu verzeichnen. Das sei ein Zeichen für den medizinisch-technischen Fortschritt. Nach Angaben der Regierung ist der Impfschutz unter anderem gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis als sehr gut einzustufen. Das habe sich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2009 ergeben.

Kassen geben weniger für Mutter-Kind-Kuren aus

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Mutter-/Vater-Kind-Kuren gehen seit zwei Jahren zurück. Im Jahr 2009 seien die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 6,01 Prozent rückläufig gewesen, schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke. Für das Jahr 2010 sei nach vorläufigen Ergebnissen ein Ausgabenrückgang von 9,18 Prozent festzustellen.

[BT-Drs. 17-5837](#)

Eltern-Kind-Kuren sind seit dem 1. April 2007 Pflichtleistung der GKV. Wie die Regierung mitteilt, stiegen in der Folge die Ausgaben in diesem Bereich "zunächst spürbar an", und zwar im Jahr 2007 um 16,67 Prozent und im Jahr 2008 um 10,95 Prozent. Wie aus der Antwort weiter hervorgeht, hat sich die Genehmigungsquote von 2008 (74,7 Prozent) auf 2009 (74,4 Prozent) kaum verändert. 2008 seien insgesamt 147.963 Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren bearbeitet und 110.494 genehmigt worden, während im darauffolgenden Jahr auf 148.822 bearbeitete Anträge 110.749 Bewilligungen gekommen seien.

3.3 schriftliche Fragen an die Bundesregierung

Novellierung der GOZ

Lemme, Steffen-Claudio (SPD): Welche weiterführenden Detailberechnungen hat die Bundesregierung hinsichtlich des Honorarvolumenanstiegs von 6 Prozent im Rahmen der GOZ- Novelle jenseits der angegebenen Mehrbelastung laut Referentenentwurf von rund 162 Mio. Euro angestellt? **Antwort:** [...Der mit der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte verbundene Honorarzuwachs von rd. 6 % oder rd. 345 Mio. Euro ergibt sich aus Detailberechnungen, bei denen für die einzelnen Gebührenpositionen Menge und durchschnittliche Vergütung nach der geltenden GOZ und dem neuen Gebührenverzeichnis gegenübergestellt worden sind....]

[Antwort](#)

Lemme, Steffen-Claudio (SPD): Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den vom AOK-Bundesverband veröffentlichten Zahlen, wonach allein die gesetzlich Versicherten durch die GOZ-Novelle mit absoluten Mehrkosten i. H. v. 280 Mio. Euro zusätzlich zu Versicherungsbeitrag und Zusatzprämien rechnen

müssen? **Antwort:** [...Die beabsichtigte GOZ-Novelle ist im Hinblick auf die Erbringung und Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen nicht mit Mehrkosten für gesetzlich Versicherte verbunden....]

[Antwort](#)

Psychotherapeutische Versorgung

Bunge, Martina (Die Linke): Sieht die Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland als ausreichend gesichert an, wenn in allen Planungsbezirken eine Versorgung nach den derzeitigen Bedarfszahlen von maximal 110 Prozent erreicht würde und erkennt die Bundesregierung die Gefahr des Aufkaufs von insbesondere Psychotherapeutischen Praxen (günstige Ausstattung) durch die KVen? **Antwort:** [...Inwieweit in Zukunft, auf der Grundlage einer präziseren auch den Verhältnisse vor Ort mehr Rechnung tragenden Bedarfsplanung, das vorgesehene Vorkaufsrecht der KVen bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten zur Anwendung kommt, wird davon abhängen, wie sich infolge der neu ausgerichteten Bedarfsplanung der Status der dann gültigen Arztgruppen und Planungsbereiche ausgestaltet....]

[Antwort](#)

Präventionsstrategie der Bundesregierung

Graf, Angelika (SPD): Wie sieht die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP angekündigte Präventionsstrategie der Bundesregierung konkret aus? **Antwort:** [Das BMG wird die Prävention mit neuen Schwerpunkten intensivieren und die Prävention zielgerichtet gestalten. Das Arzt-Patienten-Verhältnis und die betriebliche Prävention spielen hierbei eine besondere Rolle....]

[Antwort](#)

Elektronische Gesundheitskarte

Welche negativen Folgen (wie beispielsweise Verweigerung der Durchführung der gesundheitlichen Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip oder finanzielle Sanktionen durch die Krankenkassen) kann es für gesetzlich Krankenversicherte haben, wenn sie der Aufforderung ein Foto für die eGK zur Verfügung zu stellen, nicht nachkommen? **Antwort:** [...Die Bereitstellung eines Lichtbildes für die Ausstellung der eGK gehört zu den Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten. Nach § 15 Abs. 2 SGB V ist jeder Versicherte verpflichtet, bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen dem behandelnden Arzt vor Beginn der Behandlung seine elektronische Gesundheitskarte vorzulegen. Können Versicherte dieser Pflicht nicht nachkommen, sehen vertragliche Regelungen zwischen Ärzten Ersatzverfahren vor. Dadurch hat der Versicherte die Möglichkeit, auch in diesen Fällen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt zu werden....]

[Antwort](#)

4. Rechtsverordnung

Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung

Die vierte Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung erfolgt auf Grundlage der im Gesetz niedergelegten Maßgabe, dass die in einer Anlage festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ auf der Grundlage des aktuellen Stands der

[BR-Drs. 509/11](#)

medizinischen Wissenschaft fortzuentwickeln sind. Die Anpassung der Anlage an den aktuellen Stand wurde vom zuständigen Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin empfohlen.

5. Verschiedenes

Mehr Datenschutz bei privaten Krankenversicherungen gefordert

Der Petitionsausschuss spricht sich für eine Verbesserung des Datenschutzes privat krankenversicherter Personen aus. Die Abgeordneten beschlossen einstimmig, eine entsprechende öffentliche Petition dem Bundesfinanzministerium, dem Bundesgesundheitsministerium, dem Bundesinnenministerium sowie dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit als Material zu überweisen und den Fraktionen zur Kenntnis zu geben.

Der Petent beanstandet in seiner Eingabe, dass die privaten Krankenversicherungen (PKV) bei der Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen persönliche Daten des Versicherten weitergeben würden, obwohl dies für die Zwecke der Abrechnung nicht erforderlich sei. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV), so schreibt der Petent weiter, würden hingegen ein Verfahren anwenden, welches die Privatsphäre der Versicherten respektiere. In der Petition wird daher gefordert, die privaten Krankenversicherungen zu verpflichten, ein gleichwertiges Verfahren einzuführen.

Im Ergebnis der parlamentarischen Prüfung der Petition kommt der Ausschuss zu der Einschätzung, dass die privaten Krankenversicherungen tatsächlich zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht häufig Arztberichte, Krankenhausentlassungsberichte und Operationsberichte anfordern würden. "Das betrifft auch die von dem Petenten erwähnten psychotherapeutischen Gutachten oder Berichte, die in der Regel besonders sensible, personenbezogene Daten enthalten", schreibt der Petitionsausschuss in der Begründung zu seiner Beschlussempfehlung. Zugleich wird festgestellt, dass es "im Bereich der privaten Krankenversicherungen keine dem Gutachterverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Rechtsnorm gibt". Ein zwischen der Versicherungswirtschaft und den Datenschutzbehörden der Länder im Jahr 1993 abgestimmtes Verfahren sehe lediglich vor, dass Behandlungs- und Befundberichte dem beratenden Arzt der Versicherung, nicht jedoch den Sachbearbeitern zugehen sollten. Auch wenn aus Sicht des Petitionsausschusses im Hinblick auf das Verfahren "derzeit kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf erkennbar ist", hegen die Abgeordneten Zweifel, ob die mehr als 15 Jahre zurückliegende Vereinbarung "allen dem Verband der privaten Krankenversicherungen angeschlossenen Versicherungsunternehmen bekannt ist und in der Praxis auch beachtet wird". Vor diesem Hintergrund sei eine Regelung, die dem Gutachterverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, aus Datenschutzsicht "wünschenswert", schreiben die Abgeordneten. Dies gelte insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass dann für den Umgang mit hoch sensiblen, personenbezogenen Daten im öffentlichen wie im nicht-öffentlichen Bereich der gleiche Schutz gewährleistet wäre.