

# berlin aktuell

## Parlamentarischer Kalender



### Aktuelles aus dem Monat Dezember

- Bundestag verabschiedet GKV-VStG
- Organspendebereitschaft soll erhöht werden
- Bundeskinderschutzgesetz findet keine Mehrheit
- Länder legen Eckpunktepapier zur Erweiterung der Patientenrechte vor
- Sogenanntes „Anerkennungsgesetz“ verabschiedet
- Bundesregierung legt Aktionsplan zum Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt vor

#### Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen

- Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zielgerechter als Vorgängermodell
- Einführung einer Stoffgruppenregelung im Betäubungsmittelgesetz nicht ausgeschlossen
- Bundesregierung wendet sich gegen Konzept für die Konvergenz ärztlicher Vergütung
- Arbeitgeber dürfen Arbeitnehmern empfehlen, sich freiwillig und anonym auf HIV untersuchen zu lassen

## Dezember 2011

1. Gesetzgebungsinitiativen der Bundesregierung.....	2
1.1. Im parlamentarischen Verfahren.....	2
1.2. In Planung.....	11
2. Aus der Opposition.....	13
2.1. Eingebachte Anträge und Gesetzesentwürfe.....	13
2.2. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen.....	14
2.3. Schriftliche Fragen an die Bundesregierung.....	18
3. Rechtsverordnung.....	21
4. Verschiedenes.....	23

#### 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

#### GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in 2. und 3. Lesung in der vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Form beschlossen. Der 2. Durchgang, des nicht zustimmungspflichtigen Gesetzes, im Bundesrat ist für den 16. Dezember vorgesehen.

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

Zudem nahmen die Abgeordneten mit den Regierungsstimmen einen Entschließungsantrag von Union und FDP an (BT-Drs. 17/8009), in dem an die Länder appelliert wird, mit den Hochschulen das Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium so weiterzuentwickeln, dass die Möglichkeiten, neben der Abiturnote weitere Kriterien zu berücksichtigen, stärker genutzt werden können.

[Empfehlung des Ausschusses](#)

[BR-Drs. 785-11 GKV-VStG](#)

Der Entschließungsantrag der SPD (BT-Drs. 17/8010), in dem gefordert wird, alle Maßnahmen daran zu messen, welchen Nutzen sie für die Patientinnen und Patienten haben, wurde hingegen abgelehnt. In dem Antrag hatte die SPD gefordert, weitere Schritte zu einer besseren Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen und Maßnahmen für eine multiprofessionelle Primärversorgung mit einer neuen Aufgabenverteilung einzuleiten.

[BT-Drs. 17-8009](#)

Ebenfalls wurde der Antrag der Fraktion Die Linken (BT-Drs. 17/3215) abgelehnt. Die Fraktion hatte u. a. gefordert, die ärztliche Tätigkeit sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung von Aufgaben zu entlasten und diese auf andere, bereits existente oder zu schaffende Berufe flächendeckend zu übertragen und diese ebenso in die Bedarfsplanung einzubeziehen.

[Stellungnahme der BÄK](#)

[Pressemitteilung BÄK](#)

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 17/7190) "Wirksame Strukturereformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen" wurde mit den Stimmen von Union und FDP bei Enthaltung von SPD und Linksfraktion abgelehnt.

Ein weiterer Antrag der Fraktion Die Linke "Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte - BT-Drs. 17/7460" wurde abgelehnt.

Erklärtes Ziel des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ist es, mehr Ärzte in ländliche Regionen zu locken. Ein Kernpunkt ist die Überarbeitung der so genannten Bedarfsplanung, die sicherstellen soll, dass es nicht zu viele, aber auch nicht zu wenige Vertragsärzte, -zahnärzte und -psychologen gibt. Die Koalition rechnet damit, dass der Gemeinsame Bundesausschuss, also das oberste Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, dazu bis Ende 2012 eine neue Richtlinie vorlegt. Zudem sind in dem Gesetz finanzielle Anreize für Mediziner vorgesehen, sich in unterversorgten Gebieten neu niederzulassen oder Praxen zu übernehmen. Unter

anderem sollen Landärzte von Maßnahmen der Budgetbegrenzung ausgenommen werden.

Schrittweise einführen will die Koalition eine „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, die gleichermaßen von Krankenhausärzten sowie von niedergelassenen Fachärzten erfüllt werden soll.

Der vormals vorstehende Begriff der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ wurde auf Vorschlag der Bundesärztekammer in den nunmehr gesetzlich geregelten Begriff der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ geändert“. Hierdurch soll laut der Begründung verdeutlicht werden, dass die Versorgung in diesem speziellen Leistungsbereich fachärztliche Qualifikation voraussetzt und daher Fachärzten vorbehalten ist. Somit können auch Fachärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen. Der neue Versorgungszweig, dessen Leistungen ohne Abstaffelung und Mengenbegrenzung erbracht werden kann, umfasst „die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten“. Dazu zählen unter anderem Krebserkrankungen, HIV/Aids, rheumatologische Erkrankungen, bestimmte Formen der Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose, Mukoviszidose, aber auch schwerwiegende immunologische Erkrankungen. Den gesamten Bereich ambulanter Operationen hat die Koalition dagegen aus der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ gestrichen. Insbesondere die Länder hatten hier Bedenken geäußert, „die Kosten könnten explodieren“. Auf Wunsch des Bundesrates wurde im Gesetzentwurf zudem ergänzt, dass die Auswirkungen dieses Gesetzesteils fünf Jahre nach Inkrafttreten evaluiert werden soll. Zu bewerten seien insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, die Qualität sowie die Abrechnung der Leistungen. Die Regelung eines vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalts als Voraussetzung für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei diesen Erkrankungen wurde ebenfalls mit aufgenommen.

Ein weiterer Regelungsbereich des Gesetzes ist die Nutzung von Daten nach §§ 303ff SGB V. Im Gegensatz zum ursprünglichen Gesetzesentwurf ist nunmehr durch die Änderungen des Ausschusses für Gesundheit auch die Bundesärztekammer in den Kreis der Nutzungsberechtigten der Datenaufbereitungsstelle nach den §§ 303a bis 303f SGB V mit aufgenommen. In ihren Stellungnahmen zum GKV-VStG hatte die Bundesärztekammer mehrfach darauf hingewiesen, dass ein Zugang der Heilberufskammern zu den Daten unabdingbar zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Bereich der Aus- und Fortbildung und der Qualitätssicherung sei.

Mit dem Gesetz strebt die Koalition erklärtermaßen auch an, die ärztliche Überversorgung etwa in einigen Großstädten abzubauen. Anders als ursprünglich angedacht sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch kein Vorkaufsrecht erhalten, wenn in einem Überversorgten Gebiet die Nachbesetzung einer Praxis ansteht. Vielmehr erhält der mit Kassen- und Ärztevertretern besetzte Zulassungsausschuss die Aufgabe, auf Antrag zu entscheiden, ob ein Arztsitz nachbesetzt wird. Wird der Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen Erben den Angaben zufolge eine Entschädigung „in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis“ zu zahlen.

Neu eingeführt wird auch eine bundesweit einheitliche Notdienstnummer. Wer außerhalb der Sprechzeiten dringend einen Arzt braucht, kann künftig die Nummer 116 117 wählen. Darüber hinaus wollen die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP die zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen verbessern, die nicht in der Lage sind, selbst eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Zusätzlich zum Wegegeld wird dem geänderten Gesetzentwurf zufolge „das Aufsuchen“ der entsprechenden Patienten extra honoriert werden.

Eine Änderung des Gesetzentwurfs betrifft die Auskünfte an Versicherte über abgerechnete Kosten für Behandlungen. Auf Antrag der Versicherten sollen die gesetzlichen Krankenkassen diese „über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten“ in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichten.

Im Zuge der Neuregelungen des GBA wird, um den Kreis möglicher Kandidaten für die Funktion eines unparteiischen Mitglieds oder dessen Stellvertreter nicht in größerem Maße einzuschränken, die sogenannte Karenzzeit von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Dies erhöhe die Gewähr dafür, sowohl hinreichend unabhängige und unparteiliche als auch fachlich qualifizierte Personen für die wichtigen Aufgaben im G-BA zu gewinnen, so die Begründung.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank-Ulrich Montgomery erklärte, das Gesetzespaket sei in Teilen geeignet, mehr Ärztinnen und Ärzte zu einer Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten zu motivieren und die verschiedenen Versorgungsbereiche besser miteinander zu verzahnen. „Gelöst sind die Probleme damit aber noch lange nicht. Es wurde die Grundlage geschaffen, auf der Bund und Länder bei kommenden Reformen aufbauen können - nicht mehr und nicht weniger“, so der BÄK-Präsident in einer Pressemitteilung.

Das Gesetz wird in wesentlichen Teilen am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

## Transplantationsgesetz

In einem Gespräch der Fraktionsvorsitzenden von CDU/CSU, SPD, FDP, Linken und Grünen unter Beteiligung der Fachpolitiker der Fraktionen ist nunmehr vereinbart worden, zur Organspende einen Gruppenantrag aus der Mitte des Parlaments zu erarbeiten, der von allen Fraktionsvorsitzenden mitgetragen und unterzeichnet werden soll. Gemeinsames Ziel sei, die Zahl der Organspender in Deutschland zu erhöhen. Die Bundesärztekammer begrüßte die Ankündigung der Fraktionsspitzen, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt werden soll, ohne jedoch eine Antwort zu erzwingen. Denn Zwang hilft hier nicht weiter. „Die Entscheidung zur Organspende müsse jedoch absolut freiwillig bleiben“. Ein konkreter Gruppenantrag, der in den Regierungsentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes mit aufgenommen werden soll, wird voraussichtlich bis Jahresende erarbeitet werden. Dem Treffen der Fraktionen lag ein Schreiben von Bundesgesundheitsminister Bahr zugrunde, in dem er den Fraktionsvorsitzenden überarbeitete Formulierungshilfen des BMG für eine Entscheidungslösung zur weiteren Beratung übersandte.

[BT-Drs. 17-7376](#)

[erweiterte Stellungnahme der BÄK](#)

[Formulierungshilfe BMG](#)

[Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates](#)

[BR-Drs. 457-11 Beschluss Bundesrat](#)

In dem Schreiben skizziert der Minister die wesentlichen Elemente seiner Maßnahmen:

[Pressemitteilung der BÄK](#)

- Konkretisierung der allgemeinen Aufklärungspflichten insbesondere darauf, dass die Entscheidung von den nächsten Angehörigen gefällt werden muss, wenn zu Lebzeiten keine Erklärung zur postmortalen Organ- oder Gewebespende abgegeben wurde sowie zum Verhältnis von Erklärungen zu Organ- oder Gewebespenden im Hinblick auf eine bestehende Patientenverfügung;

- Verpflichtung der Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, ihre Versicherten bei Versendung von Krankenversichertenkarten oder elektronischen Gesundheitskarten zur Dokumentation einer Erklärung aufzufordern und Organspendeausweise und entsprechendes Informationsmaterial zu übersenden;

- Verpflichtung des Bundes und der Länder sicherzustellen, dass Organspendeausweise und entsprechendes Informationsmaterial bei der Ausgabe von amtlichen Ausweisdokumenten, z. B. Pass oder Personalausweis, Führerschein, ausgehändigt werden.

Die in einer weiteren Anlage vorgesehenen Änderungen der §§ 291a und 307b SGB V sollen die rechtlichen Voraussetzungen schaffen, damit sowohl Verweise auf das Vorliegen und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende in Papierform als auch die Erklärung selbst mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können. Die Bundesärztekammer hatte in einem Schreiben an den gesundheitspolitischen Sprecher der Union, Jens Spahn, darauf hingewiesen, dass zwei weitere Bereiche – Hinweise auf das Vorliegen einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht – ebenso Eingang in den § 291a SGB V finden sollten. Die BÄK wies darauf hin, dass die Inhalte beider Dokumente für ärztliches Handeln im Sinne des Patienten wichtige, ggf. entscheidende Voraussetzungen darstellen.

Der Bundesrat hatte zuvor in seiner Stellungnahme die Einführung einer so genannten Erklärungslösung vorgeschlagen. Danach würden die Bürger „in einem geregelten Verfahren über die Organspende informiert und zu einer persönlichen Erklärung“ aufgefordert, „ob sie einer Organspende zustimmen, nicht zustimmen oder sich nicht erklären möchten“.

Zurzeit gilt die so genannte erweiterte Zustimmungslösung, die für die Organentnahme die Einwilligung des Organspenders beziehungsweise sofern nicht vorhanden, die Einwilligung der nächsten Angehörigen vorsieht.

Zuvor hatte der Bundesrat in seiner Stellungnahme im Rahmen der TPG-Novelle gefordert, die Koordinierungsstellen in organisatorisch und finanziell selbständige Regionen zu untergliedern. In ihrer Stellungnahme lehnte die BÄK diese Forderung mit der Begründung ab, dass die Vertragspartner des Koordinierungsstellenvertrags sich bewusst für eine Organisationsstruktur der DSO mit unselbständigen Untergliederungen entschieden haben, um angesichts der Vielzahl der Beteiligten am

Prozess der Organspende mit ihren zahlreichen Schnittstellen, z. B. im Zusammenhang mit der Spenderevaluation und dem Organtransport, bundesweit eine Gesamtverantwortung der Koordinierungsstelle ebenso wie einen bundeseinheitlichen Standard zu gewährleisten. Eine Verselbständigung der Regionen würde die Funktionsfähigkeit des ohnehin komplexen Geschehens der Organspende erheblich beeinträchtigen. In ihrer Gegenäußerung lehnt die Bundesregierung ebenfalls den Vorschlag des Bundesrates ab. So sieht die Regierung keinen Anlass hier Änderungen an den gesetzlichen Vorgaben vorzunehmen. Sie ist der Ansicht, dass detaillierte Organisationsfragen von den Selbstverwaltungspartnern selbst geregelt werden sollten. Eine Aufwertung der jetzigen Untergliederungen in selbständige Einheiten führe zu einer Zersplitterung von Verantwortlichkeiten, die für den Organspendeprozess insgesamt nicht förderlich sei, so die Gegenäußerung.

Darüber hinaus sieht die Stellungnahme des Bundesrates vor, künftig sämtliche Richtlinien der BÄK zur Organtransplantation einschließlich der Richtlinien zur Hirntodfeststellung einem Genehmigungsvorbehalt des BMG zu unterstellen. Diese Genehmigung soll sich nicht nur auf die Rechtsförmlichkeit beschränken, sondern zugleich eine materiell inhaltliche Prüfung der Richtlinie umfassen. Des Weiteren soll nach Ansicht des Bundesrates, die für die Richtlinie zuständige Kommission, gegenüber des Status quo durch gesetzliche Vorgaben deutlich verkleinert, die ärztlichen Mitglieder minorisiert und die Vertretung der Patienten und Spenderangehörigen bei unveränderter Aufgabenlast reduziert werden. In ihrer erweiterten Stellungnahme weist die Bundesärztekammer daraufhin, dass eine solche Veränderung zu einer aus ärztlicher Sicht unverständlichen und nicht vertretbaren Einschränkung führen würde. Die Ansicht der Bundesärztekammer wird wiederum durch die Gegenäußerung der Bundesregierung (auf die Stellungnahme des Bundesrates) gestützt, die den Vorschlag des Bundesrates ablehnt. Weder sieht die Bundesregierung eine Genehmigung der Richtlinien der BÄK durch das BMG für erforderlich, noch sieht sie einen Bedarf für eine gesetzliche Institutionalisierung der Ständigen Kommission Organtransplantation.

In ihrer Stellungnahme zum Bundesratsbeschluss und der damit korrespondierenden Gegenäußerung der Bundesregierung hatte die BÄK auch auf ihr Modell einer Selbstbestimmungslösung zur Einwilligung in die Organ- und Gewebespende verwiesen.

Des Weiteren kündigte die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung an, prüfen zu wollen, ob und inwieweit Änderungen bei der versicherungsrechtlichen Absicherung von Organlebendspendern vorzunehmen seien. Der Bundesrat hatte angemahnt, im Krankenversicherungsrecht zu regeln, dass der Organlebendspender einen eigenen Behandlungsanspruch an die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers hat. Ferner müsse der Anspruch auf angemessenen Ersatz seiner im Zusammenhang mit der Organlebendspende entstehenden Aufwendungen festgeschrieben werden, insbesondere des Nettoverdienstaufschlags. Außerdem soll nach dem Willen der Länder der Unfallversicherungsschutz auf alle Komplikationen infolge einer Organspende erstreckt werden. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung solle auch bei Spätschäden der Organspender bestehen, selbst wenn es problematisch zu beweisen

sei, ob die Schäden tatsächlich auf die Organentnahme zurückzuführen sind.

Die Regierung lehnt jedoch den Ländervorschlag ab, ins Transplantationsgesetz so genannte Vertrauenspersonen aufzunehmen, die, zu Lebzeiten benannt, nach dem Tod der Betroffenen anstelle von Angehörigen einer Organ- oder Gewebeentnahme zustimmen oder ihr widersprechen können. Bereits nach geltendem Recht könne die Entscheidung über eine Organspende einer bestimmten Person übertragen werden, heißt es dazu in der Gegenäußerung. Die Einführung einer besonderen Bezeichnung für diese Personen seien nicht erforderlich, schreibt die Regierung.

Mit der TPG-Änderung soll die EU-Richtlinie 2010/53/EU in deutsches Recht umgesetzt werden. Vorgesehen ist, 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. Ursprünglich war vorgesehen den Gesetzesentwurf noch im Dezember in den Bundestag zur ersten Lesung einzubringen, dies wird voraussichtlich jedoch nicht erfolgen.

## **Arzneimittelgesetz wird zum zweiten Mal geändert**

Neben der sogenannten EU-Pharmakovigilanzrichtlinie (2010/84/EU) hat Deutschland auch die Richtlinie zur Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette (2011/62/EU) umzusetzen. Daher hat die Regierung ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften auf den Weg gebracht - der Referentenentwurf liegt bereits vor. Die Bundesärztekammer wird hierzu eine Stellungnahme verfassen.

[Referentenentwurf AMG](#)

Damit die neuen europäischen Regelungen umgesetzt werden können, soll unter anderem das Risikomanagementsystem des Zulassungsinhabers, der Nebenwirkungsbegriff und die Meldung von vermuteten Nebenwirkungen geändert werden. Von der Novellierung werden auch Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsstudien nach der Zulassung eines Arzneimittels und das System zur Informationsbereitstellung durch die Behörden betroffen sein.

Um das Eindringen gefälschter Arzneimittel und Wirkstoffe in die legale Vertriebskette zu verhindern, zeigt der Referentenentwurf Anforderungen an Hersteller, Importeure und Vertreiber von Wirkstoffen auf und konkretisiert diese. Definitionen für ein gefälschtes Arzneimittel und einen gefälschten Wirkstoff sollen dafür verbindlich festgeschrieben werden. Für besonders fälschungsgefährdete Arzneimittel sehen die neuen Regelungen zudem Sicherheitsmerkmale zur Authentifizierung und Identifizierung einzelner Arzneimittelpackungen vor.

Angehörige der Gesundheitsberufe sollen künftig regelmäßig aufgefordert werden, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung an die zuständige Bundesoberbehörde zu

melden. Dafür sollen bei allen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, ein Standardtext aufgenommen werden. Zuletzt zielt der Referentenentwurf darauf ab, besondere Voraussetzungen für angeordnete nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsstudien festzuschreiben.

## **Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften geht voran**

Die geplante Einführung neuer Kapazitäten zur Umsetzung der Gesundheitsvorschriften auf Flughäfen und Häfen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit werden von Bundestag und Bundesrat begrüßt. In dem Regierungsentwurf zum Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze (IGV-DG) wird die Notwendigkeit einer Neuregelung in diesem Bereich betont. Die früheren Vorschriften aus dem Jahr 1969 seien überholt und sollen nun durch ein einheitliches Gesetz abgelöst werden.

[BT-Drs. 17-7576](#)

[Stellungnahme BÄK](#)

[BR-Drs. 522-11 Beschluss Bundesrat](#)

[Beschluss AOLG](#)

Mit den Vorschriften soll die internationale Verbreitung von Krankheiten verhütet und bekämpft sowie die Grundlage für die Einleitung von Gesundheitsschutzmaßnahmen geschaffen werden. Gegenüber den früheren Vorschriften beziehen sich die neuen Regelungen nicht mehr nur auf einige bestimmte übertragbare Krankheiten, sondern auf alle, die die Gesundheit erheblich schädigen. So werden auch Gesundheitsgefahren erfasst, bei denen chemische oder radionukleare Agenzien die Ursache sind.

[Gegenäußerung der Bundesregierung zum Beschluss des Bundesrates](#)

Neben der Sicherstellung der Schiffshygiene beziehen sich die Durchführungsvorschriften auch auf die Melde- und Informationspflichten von Luftfahrt- und Schiffsführern, wenn etwa an Bord eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit festgestellt wird.

Das Gesetz sieht ferner eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes vor, nach der eine Arztemeldepflicht für Röteln sowie eine Labormeldepflicht für den Erreger eingeführt werden soll. Ziel sei es in erster Linie, die weltweite Ausrottung der Röteln zu verstärken.

Der Gesetzentwurf wurde im vereinfachten Verfahren an den Gesundheitsausschuss als federführenden Ausschuss überwiesen.

Schon anlässlich der Beratungen des Bundesrates (1. Durchgang) hatte die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme auf die Notwendigkeit eines weiteren Artikels im IGV-DG zur Änderung des Gendiagnostikgesetzes hingewiesen. Das GenDG sieht derzeit in § 23 Abs. 4 GenDG vor, dass die Regelungen zur ärztlichen Qualifikation zur genetischen Beratung gem. § 7 Abs. 3 GenDG zum 1.2.2012 in Kraft treten. Die entsprechende Richtlinie über die Qualifikation zur genetischen Beratung wurde von der Gendiagnostikkommission im Juli 2011 veröffentlicht. Insofern bleibt den Ländern, die für die Umsetzung zuständig sind, ein deutlich zu kurz bemessener Zeitraum zur Klärung der offenen Fragen.



Zudem hat auch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden in ihrer 28. Sitzung am 16./17. November 2011 in Fulda die Bundesärztekammer und die Ärztekammern der Länder gebeten, dafür Sorge zu tragen, dass die in der Richtlinie der GEKO geforderten Anforderungen an die Qualifikation zur und die Inhalte der genetischen Beratung möglichst schnell in bundeseinheitlich abgesprochenen Vorgaben (einheitliches Curriculum/ abgestimmte Wissenskontrollen) festgelegt werden.

Darüber hinaus hat sich die Arbeitsgemeinschaft dafür ausgesprochen, dass die Ärzte und Ärztinnen, die derzeit genetische Beratungen vornehmen, diese auch ohne Qualifikationsnachweis über den 01. Februar 2012 hinaus durchführen dürfen, bis bundeseinheitliche Kriterien für den Nachweis der Qualifikation festgelegt sind und entsprechende Angebote zur Erlangung eines Qualifikationsnachweises bestehen.

Nach der Überweisung des Gesetzesentwurfs in den Ausschuss für Gesundheit wurde diese Stellungnahme ebenfalls an diesen übersandt.

### **Bundskinderschutzgesetz findet keine Mehrheit im Bundesrat**

Während der Bundestag Ende Oktober dieses Jahres das Bundeskinderschutzgesetz mit großer Mehrheit verabschiedet hatte, stimmte der Bundesrat wenige Wochen später gegen das Gesetz. Die Bundesregierung hat daraufhin den Vermittlungsausschuss angerufen, der am 14. Dezember 2011 tagen wird.

In einer der Abstimmung im Bundesrat vorangegangenen Empfehlung der Ausschüsse wurde bereits kritisiert, dass die befristete Finanzierung der „Bundesinitiative Familienhebammen“ angesichts des jeweiligen Sachstandes in den Ländern weder bedarfsgerecht noch nachhaltig sei. Der Regierungsentwurf sah vor, die Initiative für eine auf vier Jahre befristete Zeit mit jährlich 30 Millionen Euro zu unterstützen.

Ein weiterer kritischer Punkt stellt ferner die Finanzierung der Umsetzung der neuen Vorschrift dar. Nach Ansicht des Bundesrates müsse der Bund die infolge des Gesetzes den Ländern entstehenden finanziellen Mehrbelastungen dauerhaft und vollständig ausgleichen. In der Begründung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung heißt es, dass den Ländern Umstellungs- und Aufbaukosten in Höhe von mehr als 50 Millionen Euro sowie jährliche Mehrkosten in Höhe von 64,03 Millionen Euro entstehen werden.

### **Bundesregierung legt Aktionsplan zum Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt vor**

Um Mädchen und Jungen vor jeglicher Form sexueller Gewalt und Ausbeutung zu schützen, hat die Bundesregierung in einem Aktionsplan (BT-Drs. 17-7233) ein Gesamtkonzept entwickelt und Handlungsfelder sowie spezifische Maßnahmen definiert. Die Schwerpunkte werden dabei unter anderem auf die Prävention und Intervention gelegt. So wird unter anderem vorgeschlagen, die Lerninhalte der Aus- und Fortbildung von Ärzten präziser den konkreten Bedürfnissen in der Praxis

anzupassen. Insbesondere Ärzte seien häufig die erste Anlaufstelle für Hilfesuchende und müssen daher mit Wissen über Hilfemöglichkeiten ausgestattet werden. Konkret sollen künftig verstärkt Kenntnisse zu Ursachen, Symptomen, Begleiterscheinungen und beispielsweise traumaassoziierten Folgen von sexueller, psychischer und körperlicher Gewalt im Kindes- und Jugendalter vermittelt werden. Auch soll diskutiert werden, ob das Fachwissen von ärztlichen Spezialisten, an welche Haus- und Kinderärzte die Betroffenen oder Gefährdeten überweisen, ausgeweitet werden müsse. Finales Ziel sei es vor allem, die Handlungskompetenzen von Ärzten bei der Behandlung von betroffenen Kindern und Jugendlichen zu stärken.

[BT-Drs. 17-7233](#)

Im Rahmen der Intervention sollen über den Aktionsplan zudem Hilfe-, Beratungs- und Therapieangebote sowie Regelungen der Strafverfolgung optimiert und Fachkräfte qualifiziert werden. Nicht zu vernachlässigen sei darüber hinaus der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt in digitalen Kommunikationsnetzen. Auch hier sei eine Bekämpfung der Ausbeutung notwendig. Die künftige Umsetzung des Aktionsplans zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung soll schließlich dazu führen, Forschung zu fördern, um bestehende Erkenntnisdefizite in Deutschland zu beseitigen. Die Vermittlung von Wissen aus der Forschung in die Praxis und umgekehrt sei dafür unabdingbar.

## **Anerkennungsgesetz verabschiedet**

Am 4. November hat der Bundesrat dem Gesetz über die Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (sog. Anerkennungsgesetz) zugestimmt. In einem Entschließungsantrag bittet der Bundesrat die Bundesregierung, den Vollzug des Gesetzes in geeigneter Weise kontinuierlich zu beobachten und bei offensichtlichem Anpassungsbedarf gesetzgeberisch tätig zu werden. Das Gesetz sieht (wie mehrfach berichtet) einen allgemeinen Verfahrensanspruch auf eine individuelle Prüfung sämtlicher erworbener ausländischer Berufsqualifikationen vor.

[BR-Drs. 606/11 vom Bundestag verabschiedete Fassung](#)

[BR-Drs. 606/11 Beschluss Bundesrat inklusive Entschließungsantrag](#)

Die wesentlichsten Änderungen für den Arztberuf sind:

- Der Staatsangehörigkeitsvorbehalt bei einem Antrag auf Erteilung der Approbation entfällt, s. § 3 Abs. 1 BÄO.

- Die Anerkennungssystematik der EU Berufsanerkennungsrichtlinie wird auf alle Anerkennungsverfahren mit Auslandsbezug (d. h. auch auf in Drittstaaten erworbene Berufsqualifikationen) übertragen. Unterschiede bestehen abhängig von der Herkunft des Ausbildungsnachweises lediglich hinsichtlich der Ausgleichsmaßnahmen (Eignungs- (sog. Defizit-)prüfung bei EU-Ausbildungsnachweisen und Kenntnisprüfung bei Drittstaatenausbildungsnachweisen), sofern die Approbationsbehörden nach intern erfolgter Gleichwertigkeitsprüfung diese Maßnahmen für erforderlich ansehen, s. § 3 Abs. 2 und 3 BÄO. Die Ausgestaltung der Ausgleichsmaßnahmen wird künftig bundeseinheitlich in der Approbationsordnung geregelt, s. § 4 Abs. 6a BÄO. Ein Entwurf liegt noch nicht vor.

[Stellungnahme der BÄK zum Anerkennungsgesetz](#)

[Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 63 - Anerkennungsgesetz](#)

- Die Erteilung von Berufserlaubnissen ist in der Regel nur an Antragsteller mit Drittstaatenbildungsnachweisen möglich. Alle übrigen Antragsteller haben bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erteilung der Approbation, sofern kein „besonderes Interesse an der Erteilung der Erlaubnis besteht“, s. § 10 Abs. 1a BÄO. Die Ausgestaltung der Verfahren zur Erteilung von Berufserlaubnissen wird künftig bundeseinheitlich in der Approbationsordnung geregelt, s. § 4 Abs. 6a BÄO. Ein Entwurf liegt noch nicht vor.

Das Anerkennungsgesetz ist nun auch im Bundesgesetzblatt vom 12. Dezember 2011 veröffentlicht worden und wird am 1. April 2012 in Kraft treten.

## 1.2 In Planung

### Eckpunktepapier zur Pflegereform veröffentlicht

Bis zum 1. Januar 2013 soll der Beitragssatz der Pflegeversicherung um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben werden. Dadurch kann nach Angaben der Regierung mit Mehreinnahmen in Höhe von rund 1,1 Milliarden Euro zusätzlich gerechnet werden. Das geht aus dem Eckpunktepapier zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform hervor, dem das Bundeskabinett Mitte November zugestimmt hat. Betont wird in diesem Zusammenhang auch, dass die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auch weiterhin alleine aus Beitragsmitteln finanziert werden. Auf eine Rücklagenfinanzierung soll verzichtet werden. Mit dem Ziel, auch die freiwillige private zusätzliche Vorsorge zu fördern, ist vorgesehen, diese ab dem 1. Januar 2013 steuerlich zu fördern.

[Eckpunktepapier zur  
Pflegereform](#)

Um die Pflegeversicherung weiterentwickeln zu können, sieht die Bundesregierung ferner bessere Leistungen für Pflegebedürftige vor. So sollen Demenzkranke kurzfristig leichtere Leistungen erhalten. Auch soll die medizinische Versorgung in Heimen verbessert werden. Zudem wird in dem Eckpunktepapier angeführt, die Rehabilitation stärken zu wollen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu reduzieren. Durch die Gewährung einer zweckgebundenen Pauschale für die Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in Wohngruppen sorgt, müssen ferner neue Wohnformen gefördert werden. Dadurch soll dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden.

Auch ist vorgesehen, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Angestrebt wird etwa eine einheitliche Berufsausbildung in der Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege, um den Beruf attraktiver zu gestalten.

Zuletzt sieht die Bundesregierung vor, die Arbeiten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff noch im Laufe dieser Wahlperiode abzuschließen. Dazu erhält der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen Auftrag. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken mit der bisherigen verrichtungsbezogenen Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nicht angemessen erfasst werden.

## **Bundesländer fordern Erweiterung der Patientenrechte – Eckpunktepapier vorgelegt**

Als Antwort auf das im März 2011 veröffentlichte „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ haben die Länder ein Eckpunktepapier veröffentlicht. Damit wollen sie sich nicht nur stärker an der Ausarbeitung und Umsetzung des von der Bundesregierung geplanten Patientenrechtgesetzes beteiligen, sondern auch unterstreichen, dass weitergehende Aspekte für eine Verbesserung der rechtlichen Situation der Patienten in bestimmten Bereichen notwendig seien. Neben der Bereitstellung der Patienteninformation soll unter anderem auch die Unterstützung der Rechte der Versicherten gegenüber den Kostenträgern verbessert werden.

[Eckpunktepapier der Länder zu Patientenrechte](#)

Ferner müssen die Rechte der Patienten künftig auch hinsichtlich des Zugangs zu medizinischen Leistungen gestärkt werden. So sollen Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und die Krankenkassen verpflichtet werden, eine zeitnahe und fachgerechte Behandlung innerhalb einer angemessenen Frist zu gewährleisten. Insbesondere bei Fachärzten sollen damit künftig „unzumutbare“ Wartezeiten auf Behandlungstermine vermieden werden, betonten die Länder weiter.

Der Vorschlag der Bundesregierung, den Behandlungsvertrag in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufzunehmen, wurde zwar begrüßt, aber als noch nicht ausreichend konkretisiert erachtet. So soll der Behandlungsvertrag als eigenständiger Vertragstyp in das BGB aufgenommen werden. Dabei sollen insbesondere Regelungen über die Qualifikation des Aufklärenden, die Inhalte und Dokumentation der Aufklärung sowie Regelungen bezüglich der Behandlungsdokumentation, der Akteneinsicht und der Qualität der Patienteninformation geschaffen werden. Eine Definition des Behandlungsvertrags sei für das Vorhaben unabdingbar.

Um Patienten künftig stärkeren Schutz bei der Erbringung von Zusatzleistungen (IGeL) gewähren zu können, schlagen die Länder besondere Vorschriften vor. In bestimmten Fällen soll die Pflicht zur Bezahlung entfallen, beispielsweise wenn die geforderte Vergütung den marktüblichen Preis um mehr als 50 Prozent übersteigt. Gesetzlich festgelegt werden soll ferner, dass Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Gleiches soll auch gelten, wenn Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst werden.

[Flyer BÄK „Was Sie über IGeL wissen sollten“](#)

Der Deutsche Ärztetag hatte bereits im Jahre 2006 klare Regeln für das Erbringen von individuellen Gesundheitsleistungen beschlossen. Die Empfehlung soll Ärzten dabei helfen, die von den Patienten selbst zu zahlenden Leistungen seriös und verantwortungsvoll anzubieten. Jeder Arzt, der mit seinen gesetzlich versicherten Leistungen spricht, ist gehalten die zehn Punkte zu beachten. Der Flyer der BÄK „Was Sie über IGeL wissen sollten“ informiert und klärt Patienten über die Thematik auf.

Krankenkassen, Patientenorganisationen, Ärztekammern, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften sollen nach Ansicht der Länder zudem verpflichtet werden, Qualitätsinformationen für Patienten verständlich aufzubereiten und zu veröffentlichen. Damit soll mehr Transparenz bei der Qualität erreicht werden. Die Informationen sollen sich auf Komplikations- und Fehlerraten sowie auf die Häufigkeit, mit der die jeweiligen Leistungserbringer entsprechende Diagnostik und Behandlung durchführen, beziehen. Krankenhäuser sollen zudem ein Beschwerdemanagement nachweisen.

Neben neuen Nachweispflichten von Ärzten über den Besitz einer Haftpflichtversicherung schlagen die Länder ferner die Einrichtung eines sogenannten Härtefallfonds vor, aus dem Patienten finanzielle Unterstützung erhalten, wenn die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen unzumutbar lange dauern würde oder es keinen sicheren Nachweis für die Schadensursache gibt. Die Finanzhilfe soll auf 100.000 Euro je Schadensfall begrenzt sein, heißt es in dem Eckpunktepapier. Finanziert werden soll der Fonds aus Steuermitteln, durch die Haftpflichtversicherer der Leistungserbringer, aus den bereits zu erbringenden Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten zum Krankenhausaufenthalt und einer analogen Abgabe der PKV-Versicherten.

Noch in diesem Jahr soll der Referentenentwurf für das geplante Patientenrechtegesetz veröffentlicht werden.

## 2. Aus der Opposition

### 2. 1. Eingebraachte Anträge und Gesetzesentwürfe

#### **Die Linke fordert Gesetz zur Teilhabesicherung und gesetzliche Festlegung des Diskriminierungsbegriffs**

Nach Ansicht der Fraktion Die Linke werden Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung an einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe gehindert. Oft werden ihre Bedarfe nicht anerkannt, Leistungen nicht gewährt und Heimunterbringungen gegen den Willen der Betroffenen angeordnet oder aufrechterhalten. Das betont die Fraktion in einem Antrag, in dem sie die Gewährleistung der vollen und wirksamen Teilhabe für Betroffene fordert. Um dies zu garantieren soll die Bundesregierung bis spätestens Ende des Jahres 2012 ein Teilhabesicherungsgesetz vorlegen.

[Antrag zum Teilhabesicherungsgesetz BT-Drs. 17/7889](#)

Das Gesetz müsse darauf ausgerichtet sein, eine flächendeckende, soziale, inklusiv ausgestaltete Infrastruktur zu errichten und behinderungsbedingte Nachteile bedarfsgerecht auszugleichen. So sollen über das Teilhabegesetz Ansprüche und Bedarfe nach bundesweit einheitlichen Kriterien festgestellt werden. Führt die Frage nach der Gewährung von Teilhabeleistungen zu Streitfällen, soll nach der Vorstellung des Antragstellers eine neutrale und unabhängige Ombudsstelle eingeschaltet werden können.

[Antrag zum Diskriminierungsverbot BT-Drs. 17/7872](#)

Im Hinblick auf den Umfang der Leistungen spricht sich Die Linke in ihrem Antrag für eine bedarfsgerechte persönliche Assistenz in jeder Lebenslage und gesellschaftlichem Bereich aus. Eine Rund-um-die-Uhr-Assistenz sei nicht auszuschließen. Zusammensetzen sollen sich die Teilhabeleistungen aus einer Pauschale oder gegebenenfalls aus Personal- und Sachkosten. Die Leistungen sollen einkommens- und vermögensunabhängig gewährt werden.

Ein Gesetz zur Teilhabesicherung reiche allerdings noch nicht aus, Menschen mit einer Behinderung die volle und gleichberechtigte Teilhabe zu garantieren. So fordert Sie in einem weiteren Antrag die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem ein umfassendes Diskriminierungsverbot festgeschrieben werden könne. Ferner müsse die Regierung ihren bereits Mitte Juli beschlossenen „Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention“ (NAP) als offizielle Unterrichtung an den Bundestag zuleiten, um den Weg für eine umfassende Beratung ebnen, heißt es in diesem Antrag.

Beide Anträge wurden an den Ausschuss für Arbeit und Soziales als federführenden Ausschuss überwiesen.

## **Die Linke fordert besseren Zugang zu Medikamenten in Entwicklungsländern**

Millionen Menschen in Entwicklungsländern sterben jährlich an Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose, obwohl die Vermeidung und Bekämpfung häufig möglich sei. Um die Situation dieser Menschen zu verbessern, hat die Fraktion Die Linke die Bundesregierung in einem Antrag unter anderem dazu aufgefordert, die gesundheitsbezogenen Mittel der Entwicklungszusammenarbeit deutlich zu steigern.

Im Einzelnen hat die Bundesregierung die öffentlich finanzierten Forschungsinstitute zu verpflichten, ihre Patente auf HIV-/Aids-Wirkstoffe in einen internationalen Medikamentenpatent-Pool zu geben. Für privat forschende Arzneimittelhersteller solle dies ebenso gelten. In diesem Zusammenhang spricht sich die Fraktion in ihrem Antrag auch für den Aufbau weiterer internationaler Patentpools für andere Krankheiten aus. Zuletzt soll die nichtkommerzielle Forschung mit 500 Millionen Euro jährlich gefördert werden.

[Antrag zur Verbesserung des Zugangs zu Medikamenten BT-Drs. 17-7372](#)

Der Antrag wurde an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung als federführenden Ausschuss überwiesen.

## **2.2 Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen**

### **Entgeltbindung für ausgegründete Privatkliniken gesetzlich festgeschrieben**

Eine Entgeltbindung für ausgegründete Privatkliniken hinsichtlich der allgemeinen Krankenhausleistungen soll im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) nun

erstmalig gesetzlich festgeschrieben werden. Bereits im Vorfeld der 2. und 3. Beratung im Bundestag äußerte sich die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Stellung ausgegründeter Privatkliniken zu diesem Thema.

Ob Entgelte auch für nichtärztliche Wahlleistungen angemessen seien, wurde mittlerweile ebenso entschieden. So finden sich auch diese Forderungen in dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wieder. In der Beschlussempfehlung des Bundestags zu dem Gesetz heißt es: „Eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären. Für nichtärztliche Wahlleistungen gilt die Regelung entsprechend.“

[BT-Drs. 17-7727 Antwort der Bundesregierung](#)

### **Regierung: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zielgerechter als Vorgängermodell**

Der derzeit geltende Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen – der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – wirke zielgerechter als das Vorgängermodell, der bis 2008 geltende Alt-RSA. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zum Finanzausgleich zwischen Krankenkassen hervor. In ihrer Anfrage hoben die Abgeordneten hervor, dass der Morbi-RSA zu finanziellen Benachteiligungen von diesen Krankenkassen führe, die überdurchschnittlich viele ältere und kranke Versicherte versorgen. Hingegen hätten die Krankenkassen mit vielen gesunden und jungen Versicherten einen Vorteil. Diese Annahme entstamme einem Bericht des "Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs".

[BT-Drs. 17-7538 Antwort der Bundesregierung](#)

Wie der schriftlichen Antwort zu entnehmen, schließt die Bundesregierung aus dem Bericht hingegen, dass die Berücksichtigung der Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Versicherten sogar zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben führe. Die Überdeckung bei Versicherten, die keine der im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten haben, als auch die Unterdeckung bei Multimorbiden gegenüber dem Alt-RSA, sei sogar erheblich reduziert worden. Weiter betonte die Bundesregierung, dass die Zahl der im Rahmen des Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten von derzeit achtzig nicht erweitert werden soll.

[Bericht zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs](#)

### **Synthetische Drogen bekämpfen – Einführung einer Stoffgruppenregelung im Betäubungsmittelgesetz nicht ausgeschlossen**

Der Drogenmarkt wird von Jahr zu Jahr komplexer. Der Drogenkonsum sowie die Vorgehensweise von Drogenhändlern verändern sich beständig, was die Bundesregierung im Kampf gegen Drogen vor immer neue Herausforderungen stellt. So hat beispielsweise die Zahl sogenannter „Legal Highs“ deutlich zugenommen.

Dabei handelt es sich um neue psychoaktive Substanzen, die in Deutschland noch nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Ein solcher Fall kann dann auftreten, wenn die Molekülstruktur eines verbotenen Rauschmittels aus psychoaktiven Substanzen so geringfügig verändert wird, dass ein wirkungsähnliches Betäubungsmittel daraus entsteht. Die nun veränderte Substanz kann dann „legal“ als Rauschmittelprodukt verkauft werden, da dieses noch nicht registriert und somit noch nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Alleine in den Jahren 2010 und 2011 wurden jeweils knapp 40 neue psychoaktive Substanzen identifiziert. Eines dieser Produkte wurde als „Spice“ bekannt.

[Kurzzusammenfassung zum Gutachten](#)

[Vorstellung des Gutachtens – PowerPoint Präsentation](#)

Um die Bevölkerung künftig besser vor den Gefahren dieser Drogen schützen zu können, prüft die Bundesregierung derzeit die Einführung eines neuen Straftatbestandes in das Betäubungsmittelgesetz zur Erfassung der „legal highs“. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen hervor. Als Grundlage dafür solle ein Gutachten dienen, das Mitte Oktober 2011 auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten vorgestellt wurde. In diesem Zusammenhang unterstrich die Bundesregierung auch, dass es verfehlt wäre, psychoaktive Substanzen aus dem Betäubungsmittelgesetz auszunehmen: Mit dem Gesetz werde unter anderem der Zweck verfolgt, die menschliche Gesundheit vor den von Betäubungsmitteln ausgehenden Gefahren zu schützen. So kommt dem Betäubungsmittelgesetz eine generalpräventive Wirkung zu. Dies habe sich zum Beispiel bei der Eilunterstellung der ersten synthetischen Cannabinoide gezeigt. So habe etwa die Verbreitung von Spice unter Jugendlichen in Frankfurt innerhalb eines Jahres nach der Eilunterstellung von drei auf ein Prozent abgenommen.

[Antwort der Bundesregierung BT-Drs. 17-7706](#)

In der Antwort betonte die Bundesregierung zudem, dass die Herstellung, der Import und der Vertrieb solcher „Designerdrogen“ im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) strafbar seien. Damit komme dem AMG bereits heute eine Auffangfunktion zu.

## **Bundesregierung äußert sich zur Unterstützung von Kinderwunschbehandlungen**

Zur Unterstützung ungewollt kinderloser Paare könnten für die Bundesregierung grundsätzlich mehrere Handlungsbereiche in Frage kommen. So schließe sie weder eine finanzielle Unterstützung bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, eine umfassende Gewährleistung psychosozialer Beratung, Aufklärungsaktionen zu den Hintergründen von Kinderlosigkeit noch die Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Adoption aus. Welches Konzept letztlich für eine bessere Unterstützung ungewollt kinderloser Paare in Frage kommt und wie dieses ausgestaltet werden könnte, prüft derzeit das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das verdeutlicht die Bundesregierung in einer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zu den Plänen zur Unterstützung von Kinderwunschbehandlungen.

[BT-Drs. 17-7580 Antwort der Bundesregierung](#)



## **Bundesregierung wendet sich gegen Konzept für die Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung**

Das GKV-Finanzierungsgesetz sieht unter anderem vor, dass der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung vorzulegen habe (§ 87 Absatz 9 SGB V). Ausgearbeitet wurde ein solches gemeinsames Konzept bislang allerdings nicht. Nunmehr sieht das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Streichung dieser Regelung vor und legt stattdessen den Schwerpunkt auf eine stärkere Regionalisierung der Honorarverteilung und damit auf eine stärkere Flexibilisierung. In ihrer Antwort auf die Anfrage der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen nach den Gründen ihres kurzfristigen Paradigmenwechsels erklärte die Bundesregierung, dass eine Einigung des Bewertungsausschusses über ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen nicht erfolgte, da die Vorstellungen der Ärzte- und Kassenvertreter zu weit auseinandergingen. Unabhängig davon sei es künftig auch notwendig, regionale Unterschiede stärker zu berücksichtigen. Lediglich ein neues Konzept könne dieser Forderung gerecht werden, so die Bundesregierung weiter.

[BT-Drs. 17-7735 Antwort der Bundesregierung](#)

Im Einzelnen soll die Vertragskompetenz in den Regionen für die ambulante Versorgung durch die Zurücknahme zentraler Vorgaben gestärkt werden. Vorgesehen sei eine Dezentralisierung der Befugnis der Selbstverwaltung zur Vereinbarung der Vergütungen für die Vertragsärzte, was zu einer stärkeren Regionalisierung des Systems der vertragsärztlichen Vergütung führen würde. Lediglich dadurch sei es in Zukunft möglich, besser auf den tatsächlichen Bedarf vor Ort eingehen und regionale Strukturen berücksichtigen zu können, so die Bundesregierung in ihrer Antwort weiter. So sollen die Vertragsparteien in den Regionen künftig den regional medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf fortschreiben und ferner die bisher erreichte Morbiditätsorientierung weiterentwickeln. In diesem Zusammenhang betonte die Bundesregierung unter anderem auch, dass Empfehlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen bei der Bestimmung des regional medizinisch notwendigen Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen seien. Ausreichende und angemessene Instrumente hierfür werde künftig das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zur Verfügung stellen. So heißt es im endgültigen Entwurf des Gesetzes: „Im System der vertragsärztlichen Vergütung erfolgt eine Flexibilisierung und Regionalisierung. Zentrale Vorgaben werden zurückgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Flexibilität bei der Honorarverteilung und die Vertragspartner auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vergütungsvereinbarungen.“

## **Arbeitgeber dürfen ihren Arbeitnehmern empfehlen, sich freiwillig und anonym auf HIV untersuchen zu lassen**

Arbeitgeber dürfen ihren Arbeitnehmern zwar empfehlen, sich freiwillig und anonym auf eine HIV-Infektion untersuchen zu lassen, eine Nichtbefolgung dieser Empfehlung dürfe allerdings nicht zu beruflichen Nachteilen für den Arbeitnehmer führen. Zumal sei das Ergebnis eines HIV-Tests vertraulich und dürfe vom Untersuchenden nicht an den Arbeitgeber weitergeleitet werden. Das verdeutlichte

die Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von HIV-positiven Menschen.

In der Antwort auf die Frage, ob es gerechtfertigt sei, dass Arbeitgeber im Pflege- und Gesundheitsbereich den Arbeitnehmern zu einem freiwilligen HIV-Test auffordern dürfen, verwies die Bundesregierung ferner auf Ausnahmeregelungen. So könne ein Arbeitgeber von einem Arbeitnehmer einen HIV-Test – sofern er nicht in einer Rechtsvorschrift vorgesehen ist - nur dann verlangen, wenn entsprechende Daten erhoben werden müssen. Dies sei der Fall, wenn begründete Zweifel an der gesundheitlichen Eignung eines Arbeitnehmers in Bezug auf die Arbeitsplatzanforderungen vorliegen. Bei einer symptomlosen HIV-Infektion sei dies in aller Regel jedoch nicht der Fall, so die Bundesregierung weiter.

Hinsichtlich des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) betonte die Bundesregierung, dass Menschen in Deutschland wegen einer angenommenen oder tatsächlichen HIV/AIDS-Infektion unter den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen können. Ob eine solche Diskriminierung tatsächlich vorliege und welche Rechtsfolgen sich daraus ergeben, habe allerdings das jeweils zuständige Gericht unter Würdigung der konkreten Umstände des Einzelfalls zu entscheiden.

## 2.3 Schriftliche Fragen an die Bundesregierung

### Continentale-Studie 2011 – Unzufriedenheit der Versicherten mit dem Gesundheitssystem

Lemme, Steffen-Claudio (SPD): Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der jüngst veröffentlichten Continentale-Studie 2011, wonach die Unzufriedenheit der Versicherten mit unserem Gesundheitssystem aufgrund ihrer Regelung zu Zusatzbeiträgen signifikant angestiegen ist? Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen? **Antwort:** [...Die Berichterstattung beschränkt sich weitgehend darauf, den Anteil der Bevölkerung darzustellen, der mit dem Gesundheitswesen unzufrieden oder sehr unzufrieden ist. Nicht berichtet wird hingegen u. a., dass sich immerhin knapp zwei Drittel der Befragten als zufrieden oder sehr zufrieden mit den Leistungen des deutschen Gesundheitssystems bezeichnen (Umkehrschluss). Im Übrigen hat die Bundesregierung in den letzten beiden Jahren wichtige Schritte unternommen: Mit dem derzeit in der parlamentarischen Beratung befindlichen Entwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zielt die Bundesregierung darauf, auch zukünftig eine gute medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten...]

[schriftliche Frage zur  
Continentale-Studie 2011](#)

### Vermerk der Organspendebereitschaft auf der E-Card

Lemme, Steffen-Claudio (SPD): Wie erklärt die Bundesregierung den Wechsel ihrer Auffassung in Sachen elektronischer Gesundheitskarte (E-Card) von einer ursprünglich ablehnend verzögernden Haltung hin zu dem nunmehr sogar gemachten Vorstoß in Sachen Vermerk der Organspendebereitschaft auf der neuen E-Card? Ist mit einer Beschleunigung der nächsten Ausbaustufe bis hin zum elektronischen Arztbrief zu rechnen? **Antwort:** [...Die Bundesregierung hat ein

[schriftliche Frage zur  
Organspendebereitschaft auf  
der E-Card](#)

großes Interesse daran, dass alle geeigneten Maßnahmen genutzt werden, die dazu führen, dass mehr Menschen sich mit der Thematik Organ- und Gewebespende auseinandersetzen und eine Erklärung dazu abgeben. Sie hat sich immer dafür eingesetzt, dass auch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die prioritären Anwendungen der Forderung dieser Maßnahmen nutzen. Die Bundesärztekammer teilt diese Auffassung und hat hierzu im Rahmen ihrer Mitarbeit in der gematik bereits Vorschläge entwickelt. Die Bundesregierung geht davon aus, dass alle Gesellschafter der gematik im Interesse der Patientinnen und Patienten ein großes Interesse daran haben, nutzbringende Anwendungen so schnell wie möglich zu realisieren.... ]

## Eigenanteil an den Pflegekosten

Dr. Bunge, Martina (Die Linke): Wie hoch ist der Eigenanteil an den Pflegekosten im Rahmen der vollstationären Pflege in den jeweiligen Pflegestufen, und wie hoch ist der Eigenanteil an den durchschnittlichen Gesamtentgelten in den jeweiligen Pflegestufen? **Antwort:** [...Zu den Pflegesätzen liegen im Rahmen der alle zwei Jahre erhobenen Pflegestatistik nach § 109 SGB XI gewichtete Durchschnittszahlen für Ende 2009 vor. Danach beträgt der durchschnittliche monatliche Eigenanteil am Pflegesatz in der Pflegestufe I 339 Euro, in der Pflegestufe II 513 Euro und in der Pflegestufe III 739 Euro. Auch liegen Ergebnisse für das Jahr 2010 aus der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ vor. Der durchschnittliche Eigenanteil am Gesamtheimentgelt ist demnach entsprechend höher. Er beträgt in Pflegestufe I 1 351 Euro, in Pflegestufe II 1 526 Euro und in Pflegestufe III 1 751 Euro...]

[schriftliche Frage zum Eigenanteil an den Pflegekosten](#)

## Verbesserung der Qualität in der Pflege

Mattheis, Hilde (SPD): Wird die Bundesregierung auf aktuelle Berichte über Qualitätsmängel in stationären Pflegeeinrichtungen reagieren? Plant die Bundesregierung ferner die Einführung eines zentralen Registers, um Betreiber von Pflegeeinrichtungen zu erfassen, die bei Überprüfungen durch erhebliche Qualitätsmängel aufgefallen sind? **Antwort:** [...Zur Verbesserung der Qualität in der Pflege wurde u. a. die Häufigkeit von Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im ambulanten und stationären Bereich erhöht: Jede zugelassene Pflegeeinrichtung wird seit 2011 im jährlichen Rhythmus geprüft. Alle Prüfungen des MDK erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Nach Vorliegen der Ergebnisse des nächsten Qualitätsberichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) ist die Notwendigkeit möglicher weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu prüfen...]

[schriftliche Frage zur Verbesserung der Qualität in der Pflege](#)

## Wachsende Gefahr durch „Trenddrogen“ wie „Crystal“

Graf (Rosenheim), Angelika (SPD): Welche Informationen hat die Bundesregierung über die Häufigkeit und den Schweregrad von „Crystal-Delikten“ u. a. im Hinblick auf die Beschaffungswege und welche Maßnahmen will die Bundesregierung auf dem Feld neuer „Trenddrogen“ wie „Crystal“ und „Krokodil“ unternehmen? **Antwort:**

[...Die der Bundesregierung aktuell vorliegenden Informationen zeigen eine bundesweite Zunahme von Fallzahlen und Sicherstellungsfällen im Betäubungsmittelbereich im Zusammenhang mit „Crystal“. In mehr als 90 Prozent der Sicherstellungsfälle in Deutschland, wurde dieses aus der Tschechischen Republik nach Deutschland geschmuggelt. Für die Herstellung von Methamphetamin wird häufig die Vorläufersubstanz Pseudoephedrin eingesetzt. Die Verfügbarkeit dieser Substanz konnte in den letzten Jahren in Europa und Deutschland durch Schließung von Produktionsstätten und durch eine strenge Überwachung der Ein- und Durchfuhr stark eingeschränkt werden. Auch wurden in Deutschland Arzneimittel mit einer Wirkstoffmenge von mehr als 720 mg Pseudoephedrin pro Packung der Verschreibungspflicht unterstellt. Sollte nach dieser Maßnahme weiterhin ein erheblicher Missbrauch von pseudoephedrinhaltigen Arzneimitteln zu verzeichnen sein, wird das Bundesministerium für Gesundheit eine vollständige Unterstellung von Pseudoephedrin unter die Verschreibungspflicht prüfen. In Bezug auf „Krokodil“ (Desomorphin) kann beim derzeitigen Erkenntnisstand nicht von einer „Trenddroge“ auf dem deutschen Markt gesprochen werden. ...]

[schriftliche Frage zur Gefahr durch Trenddrogen wie Crystal](#)

## Erhebung von Krankenversicherungsbeiträgen auf die Betriebsrente

Graf (Rosenheim), Angelika (SPD): Wie ist es zu erklären, dass auf selbständig angesparte (also nicht vom Betrieb bezahlte oder bezuschusste), vom Gesetz aber als „Betriebsrente“ behandelte arbeitnehmerfinanzierte Rentenverträge über so genannte Unterstützungskassen vom Moment der Auszahlung an Krankenversicherungsbeiträge erhoben werden? **Antwort:** [...Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Entscheidungen vom 6. September 2010 und 28. September 2010 (AZ: 1 BvR 739/08 und 1 BvR 1660/08) differenziert entschieden und die Beitragspflicht betrieblicher Altersversorgungen, zumindest in Bezug auf so genannte Direktversicherungen, daran festgemacht, wer Versicherungsnehmer der Leistungen ist. Nur für die Anteile der betrieblichen Altersversorgung, die auf Zeiten entfallen, in denen der Arbeitnehmer selbst Versicherungsnehmer ist, kann danach nunmehr grundsätzlich Beitragsfreiheit angenommen werden. Ob und inwieweit diese Entscheidungen auf die Vielzahl der (anderen) Arten betrieblicher Altersversorgung Wirkung entfaltet, wird von den Krankenkassen einzelfallbezogen geprüft....]

[schriftliche Frage zur Erhebung von Krankenversicherungsbeiträgen auf die Betriebsrente](#)

## Verträge zwischen Pharmakonzernen und Krankenhäusern: Geld-zurück-Garantie bei Unwirksamkeit des Arzneimittels

Vogler, Kathrin (Die Linke): Wie beurteilt die Bundesregierung in rechtlicher bzw. gesundheitspolitischer Hinsicht geplante bzw. schon abgeschlossene Verträge des Schweizer Pharmakonzerns Roche mit Krankenhäusern, in denen eine Art Geld-zurück-Garantie bei Unwirksamkeit des Arzneimittels Avastin vereinbart wird? Wie will die Bundesregierung gegen solche Marketing-Maßnahmen im Gesundheitsbereich vorgehen? **Antwort:** [...Krankenhäuser können die Preise für Arzneimittel mit dem Hersteller frei verhandeln. Rabatte auf Arzneimittel können in unterschiedlicher Form verhandelt werden, es gibt keine gesetzlichen Einschränkungen. Dabei müssen Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige

[schriftliche Frage zu Verträgen zwischen Pharmakonzernen und Krankenhäusern](#)

medizinische Versorgung sicherstellen. Letzteres schließt aus, dass ein Arzneimittel eingesetzt wird, mit dem gegenüber anderen Therapien von vornherein nur eine geringere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg verbunden ist. Der Bundesregierung ist kein Krankenhaus bekannt, das einen Vertrag zur Rückvergütung von Arzneimittelkosten bei Therapieversagen mit der Firma Roche abgeschlossen hat...]

### Zuständigkeit der Bundesministerien bei der Finanzierung der künstlichen Befruchtung

Rawert, Mechthild (SPD): Handelt es sich bei der Finanzierung der künstlichen Befruchtung überwiegend um eine familien- und/oder gesundheitspolitische Verantwortung? **Antwort:** [...Die Kosten für reproduktionsmedizinische Behandlungen werden derzeit zu 50 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Die Zuständigkeit für die gesetzlichen Krankenkassen sowie für das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch liegt beim Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist innerhalb der Bundesregierung federführend zuständig für alle Fragen und Anliegen rund um Schwangerschaft und Geburt für Frauen in Notlagen. Hierzu gehören auch Maßnahmen und Projekte zur Unterstützung von Frauen, Männern und Paaren bei ungewollter Kinderlosigkeit...]

[schriftliche Frage zur Zuständigkeit der Bundesministerien bei der Finanzierung der künstlichen Befruchtung](#)

## 3. Rechtsverordnung

### Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte beschlossen

Die Neuordnung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aus dem Jahr 1988 ist nun beschlossen: Mit dem Ziel, den wissenschaftlichen Fortschritt und Veränderungen in der allgemeinen Preisbildung künftig besser berücksichtigen zu können, hat das Bundeskabinett am 16. November 2011 die durch den Bundesrat abgeänderte Fassung der „Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte“ angenommen. Die Änderungen betreffen in erster Linie den Verordnungsteil, die Leistungsbeschreibung sowie die Leistungsbewertung.

[BR-Drs. 566-11 Empfehlung der Ausschüsse zur GOZ](#)

In erster Linie soll durch die Änderungsverordnung mehr Klarheit in Abrechnungsfragen gebracht werden. Die neuen Abrechnungsbestimmungen sollen dafür Sorge tragen, eine Kumulation von Zuschlägen für die Anwendung bestimmter Geräte wie beispielsweise eines Operationsmikroskops oder Lasers zu vermeiden. Zuvor wären solche Leistungen sowohl nach dem Gebührenverzeichnis der Ärzte als auch nach dem der Zahnärzte für dieselbe Sitzung berechnungsfähig gewesen.

[BR-Drs. 566-11 Beschluss des Bundesrates zur GOZ](#)

Darüber hinaus wird die Bundesregierung dazu aufgefordert, die Auswirkungen der Neustrukturierung und –bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte zu überprüfen. In erster Linie soll darüber festgestellt werden, ob die Änderung der Gebührenordnung auf der Basis des nach der aktuellen GOZ abgerechneten Honorarvolumens zu Mehraufwendungen in Höhe von rund 6 Prozent führen könnte. Die Annahme wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geäußert. So geht das BMG davon aus, dass es künftig zu einem Rückgang der

Überschreitungen des Schwellenwertes kommen könnte, was zu einer Kostensteigerung führen könnte, die unter anderem von den gesetzlich Krankenversicherten zu tragen seien. Bis spätestens Mitte des Jahres 2015 sollen die Ergebnisse der Überprüfung dem Bundesrat übermittelt werden – dann wird sich entscheiden, ob die Vorgaben der Gebührenordnung für Zahnärzte angepasst werden.

Zahlreiche nun beschlossene Änderungen der GOZ zielen zudem auf eine Angleichung an entsprechende Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Danach soll etwa eine Leistung als notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung anzusehen sein, wenn sie von deren Leistungsbeschreibung umfasst und bei der Bewertung berücksichtigt worden ist. Auch wird festgelegt, dass künftig der 2,3-fache Gebührensatz für eine nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung abrechenbar sein soll. Für Wegegeld und Reiseentschädigungen als auch für die Berechnung bestimmter zahnärztlicher Leistungen sollen die GOÄ-Regelungen übernommen werden.

Die abgeänderte Gebührenordnung wird zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

## Ärztliche Approbationsordnung

Das Bundesgesundheitsministerium hatte Ende September einen Referentenentwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorgelegt. Wesentliche Inhalte des Verordnungsentwurfs sind die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung, die Einbeziehung weiterer geeigneter Krankenhäuser in die Ausbildung im Praktischen Jahr, die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Studium sowie die Abschaffung des sogenannten „Hammerexamens“. Grundsätzlich sollten die Änderungen im Kontext des geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes erfolgen, doch die Einbringung ins Kabinett wird voraussichtlich erst am 20. Dezember erfolgen. Somit ist eine Befassung des Bundesrates (die Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates) erst am 10. Februar 2012 möglich.

[Referentenentwurf ärztliche Approbationsordnung](#)

[Stellungnahme BÄK/KBV](#)

Die Bundesärztekammer hatte im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Referentenentwurf grundsätzlich begrüßt. Besonders hervorgehoben wurde die Beibehaltung der bewährten Struktur des Medizinstudiums. Die in der Stellungnahme fehlenden Regelungen zum Studienzugang, wie etwa die Relativierung der Gewichtung der Abiturnote als Auswahlkriterium, trugen die Abgeordneten der Regierungsfractionen mit dem beschlossenen Entschließungsantrag zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (siehe Seite 2) Rechnung.

## 4. Verschiedenes

### Öffentliche Anhörung zur künftigen Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Die Prävention und Gesundheitsförderung müssen einen höheren Stellenwert im deutschen Gesundheitssystem einnehmen. In diesem Punkt sind sich die Fraktionen im deutschen Bundestag und Experten aus der Gesundheitspolitik einig. Keine Einigkeit herrscht hingegen darüber, wie dieses Ziel umgesetzt werden könnte. Im Bundestag fand daher Ende November eine öffentliche Anhörung statt, um Meinungen von Experten, wie etwa der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), zu diesem Thema einzuholen.

[Antrag der SPD \(BT-Drs. 17-5384\)](#)

[Antrag der Linken \(BT-Drs. 17-6304\)](#)

Bereits im Vorfeld der Anhörung stellten die Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und von Die Linken in Anträgen Aktionen vor, mit denen die Prävention und Gesundheitsförderung aufgewertet werden sollen. So fordert die SPD von der Bundesregierung die Entwicklung einer umfassenden Präventionsstrategie, mit deren Hilfe es gelingen soll, die Gesundheitsförderung neben der Kuration, Pflege und Reha als vierte Säule zu etablieren. Darüber hinaus sei ein Präventionsgesetz unabdingbar, was auch von der Fraktion Die Linke gefordert wird. Die Grünen sprechen sich dagegen für die Einrichtung eines Bund-Länder-Arbeitskreises aus, deren Empfehlungen in einem Gesetz festgeschrieben werden sollen. Die Prävention und Gesundheitsförderung sei ferner in den Sozialgesetzbüchern zu verankern.

[Antrag Bündnis 90/Die Grünen \(BT-Drs. 17-5529\)](#)

Die Fraktionen sprechen sich in ihren Anträgen zudem dafür aus, die Ausgaben für verhaltensbezogene Primärprävention zu erhöhen und lebensweltbezogene Maßnahmen stärker zu fördern.

[Stellungnahme Bundesärztekammer/Dr. Kunstmann zu der Anhörung](#)

Die Forderung nach einem Präventionsgesetz mit dem Schwerpunkt auf die nichtmedizinische Prävention wurde im Rahmen der Anhörung von vielen Experten begrüßt. Dadurch könne es künftig gelingen, die gesundheitliche Ungleichheit infolge sozialer Unterschiede zu verringern und die bereits bestehenden Papiere zur Prävention mit Hilfe eines gesetzlichen Rahmens zu verbinden, so die Befürworter. Andere Experten verdeutlichten hingegen, dass ein Präventionsgesetz lediglich zu neuen bürokratischen Hürden führen würde. In den vorhandenen Strukturen sei bereits viel erreicht worden, um die Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Ein gemeinsamer politischer Wille und eine Kooperation zwischen Bund und Ländern können dafür ausreichen, so etwa die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Auch die Bundesärztekammer betonte in diesem Zusammenhang, dass bereits heute gut etablierte und funktionierende Strukturen und Maßnahmen existierten, durch die unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens bei der Prävention zusammenarbeiten können.

[Weitere Informationen zu der Anhörung](#)

Auch hinsichtlich der Schaffung neuer Einrichtungen wie etwa einer Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung gab es unterschiedliche Auffassungen. So sehen einige Experten darin eine Möglichkeit, die bereits existierenden Ansätze durch einen „gemeinsamen Akteur“ zu bündeln. Andere Experten betonten hingegen dass die Prävention auch künftig nur übergreifend und unter Einbezug aller

relevanten Akteure erfolgen dürfe. Den Ärzten würde dabei eine zentrale Rolle zukommen, da sie nicht nur präventiv tätig seien, sondern gerade durch ihre Tätigkeit insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichten, so die Bundesärztekammer. Ferner wurde betont, dass ein Präventionsgesetz nicht nur auf nichtmedizinische Primärmedizin beschränkt werden dürfe. Auch verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen müssten mit einbezogen werden.

Die Vorschläge zur Erhöhung der Ausgaben für die Prävention und Gesundheitsförderung wurden zwar begrüßt von Teilnehmern der Anhörung wurde aber auch darauf hingewiesen, dass solche Ausgabensteigerungen auch realistisch sein müssten.

### **Diskussion mit Experten: Versorgung von Schwangeren und Situation von Hebammen verbessern**

Vielen Schwangeren sind ihre gesetzlichen Ansprüche auf die Unterstützung durch Hebammen in der Schwangerschaft, während der Geburt, in der Stillzeit und bei späten Abbrüchen nicht bekannt. Auch fehlte es an einer gesetzlichen Definition der Hebammenhilfe sowie an Informationen über Leistungsansprüche, beispielsweise bei der Adoption von Säuglingen oder für Väter, wenn etwa die Mutter stirbt. Darauf verweist die Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen in einem Antrag (BT-Drs. 17-5098). In diesem heißt es, dass Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt für Versicherte in der so genannten Reichsversicherungsverordnung (RVO) zwar existierten, diese aber „faktisch nicht auffindbar“ und „weder der Praxis noch den zeitgemäßen Anforderungen an eine gesetzlichen Regelung gerecht“ würden.

[Antrag BT-Drs. 17-5098](#)

In einer öffentlichen Anhörung Anfang November dieses Jahres haben sich Abgeordnete mit Experten darüber ausgetauscht, wie die Regelungen zu Schwangerschaft und Geburt für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von der RVO in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) überführt und überarbeitet werden könnten. So wurde unter anderem darüber diskutiert ob und wie es möglich sei, neben medizinischen Aspekten auch psychosoziale - wie beispielsweise die Förderung der Mutter-Kind-Bindung - in das SGB V aufzunehmen. Auch wurden Möglichkeiten aufgezeigt, wie die bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung der Hebammenhilfe und zur Fortbildung von Hebammen gestaltet und verankert werden könnten. Zuletzt wurde darüber diskutiert, wie eine angemessene Honorierung von Hebammen künftig gewährleistet werden könnte. In diesem Zusammenhang verwies die Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen darauf, dass Hebammen insbesondere in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Haftpflichtprämien zahlen und zugleich immer weiter sinkende Entgelte hinnehmen mussten.

[Stellungnahme der Bundesärztekammer zu der Anhörung](#)

[Weitere Informationen zu der Anhörung](#)

Im Rahmen der Anhörung herrschte unter anderem Einigkeit darüber, die Leistungen für Schwangerschaft und Geburt künftig in das SGB V zu überführen und weiter auszugestalten. Dabei sollen neueste Erkenntnisse mit einbezogen werden. Eine gesetzliche Definition von Hebammen soll in diesem Zusammenhang entwickelt und festgeschrieben werden. Im Hinblick auf die ökonomische Situation der Hebammen, die sich durch hohe Haftungs- und Versicherungsleistungen verschärft



habe, wurde von zahlreichen Experten, wie dem Hebammenverband und dem GKV-Spitzenverband, Handlungsbedarf geäußert. Die vor der Anhörung formulierten Bedenken der Grünen, dass vielen Schwangeren ihre gesetzlichen Ansprüche auf Unterstützung durch Hebammen nicht bekannt seien, fand hingegen keine Zustimmung. So wurde unter anderem angeführt, dass Frauen mit der Aushändigung des Mutterpasses umfangreich über ihre Rechte informiert würden. Äußerst kontrovers wurde zudem diskutiert, ob Hausgeburten und Geburtshäuser in Zukunft weiter unterstützt werden sollten. So verwiesen einige Experten darauf, dass die pränatale Mortalität bei außerklinischen Geburten höher liege als bei Geburten in Kliniken. Andere Experten wiesen dies zurück: Neuste Ergebnisse würden zeigen, dass die Mortalität von Neugeborenen, die außerhalb von Krankenhäusern geboren wurden, nicht höher liege.