

# berlin aktuell

## Parlamentarischer Kalender



### Aktuelles aus dem Monat Februar

- Bundeskabinett beschließt zweite Änderung des Arzneimittelgesetzes
- CDU/CSU-Positionspapier zur AMG-Novelle in der Kritik
- Bundesregierung legt langerwarteten Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vor
- BMG legt Pflege-Neuausrichtungsgesetz vor
- Bundesjustizministerium plant versicherungsrechtliche Vorschriften zu ändern
- Kabinettsbeschluss zur ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte
- Bundeskabinett beschließt Vierte Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung

#### Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen

- Verbot der Präimplantationsdiagnostik
- Hintergründe der vorgesehenen Regelungen für MVZ
- Fehlende Patientensicherheit bei Medizinprodukten
- Gesundheitsrisiken in der Leiharbeit

## Februar 2012

1. Gesetzgebungsvorhaben der Bundesregierung.....	2
1.1. Im parlamentarischen Verfahren.....	2
2. Aus der Opposition.....	10
2.1. Eingebachte Anträge und Gesetzesentwürfe.....	10
2.2. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen.....	12
2.3. Schriftliche Fragen an die Bundesregierung.....	16
3. Rechtsverordnung.....	20
4. Verschiedenes.....	23

#### Impressum

berlin aktuell

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Alexander Dückers  
Samir Rabbata  
Karla Göbel  
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

#### **Bundeskabinett beschließt zweite Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Das Bundeskabinett hat vor wenigen Tagen den Entwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften beschlossen. Damit soll unter anderem gesetzlichen Maßnahmen nachgekommen werden, die sich auf Grund der sogenannten EU-Pharmakovigilanzrichtlinie (2010/84/EU) und der EU-Richtlinie zur Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette (2011/62/EU) ergeben.

Damit die neuen europäischen Regelungen umgesetzt werden können, sollen etwa 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 künftig besser verhindern zu können, zeigt der Kabinettsbeschluss Anforderungen an Hersteller, Importeure und Vertreiber von Wirkstoffen auf und konkretisiert diese. Für besonders fälschungsgefährdete Arzneimittel sehen die neuen Regelungen zudem Sicherheitsmerkmale zur Authentifizierung und Identifizierung einzelner Arzneimittelpackungen vor.

Zudem sollen Angehörige der Gesundheitsberufe künftig regelmäßig aufgefordert werden, „jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung an die zuständige Bundesoberbehörde zu melden“. So soll bei allen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, ein Standardtext aufgenommen werden, der eine solche Aufforderung zum Inhalt hat. Auch zielt der Kabinettsentwurf darauf ab, allgemeine Voraussetzungen für angeordnete, nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsstudien festzuschreiben. In diesem Zusammenhang soll auch festgelegt werden, dass der Inhaber der Zulassung, Unbedenklichkeitsprüfungen künftig auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung anzuzeigen hat. Dabei ist neben Ort, Zeit, Ziel und Protokoll der Prüfung auch der Name und die lebenslange Arztnummer der beteiligten Ärzte anzugeben.

Nach dem nun vorliegenden Kabinettsbeschluss sollen darüber hinaus nur noch Vertreter der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft an den Beratungen des Sachverständigen-Ausschusses nach § 53 AMG stimmberechtigt beteiligt werden, etwa hinsichtlich der Ermächtigung zu weiteren Ausnahmen von der Verschreibungspflicht für Arzneimittel. So sei die Einbeziehung der stimmberechtigten Sachverständigen aus den Arzneimittelkommissionen der Ärzte, Tierärzte und Apotheker geboten, um den besonderen Sachverstand aus diesen

[Kabinettsbeschluss - Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften](#)

[Stellungnahme der BÄK und AkdÄ zum Referentenentwurf AMG](#)

Einrichtungen zur Beurteilung von Pharmakovigilanzrisiken bei Fragen zur Verschreibungspflicht von Arzneimitteln gebührend zu berücksichtigen, heißt es in der Begründung zu dem Entwurf. Die Vertreter der pharmazeutischen Industrie und der Praxis sollen an den Beratungen teilnehmen, aber zukünftig kein Stimmrecht haben.

Schließlich befasst sich der Kabinettsentwurf mit den Voraussetzungen für klinische Prüfungen. In der Begründung wird betont, dass „der Sponsor, der Prüfer und alle weiteren an der klinischen Prüfung beteiligten Personen die Regeln der guten klinischen Praxis zum Schutz der Teilnehmer und zur Sicherung der Qualität der Ergebnisse einzuhalten haben“. Ferner ist der Prüfer für die notwendige Qualifikation, Anleitung und Überwachung der Mitglieder der Prüfgruppe verantwortlich. Er muss auch dafür Sorge tragen, „dass diese Personen die notwendigen Kenntnisse haben, damit sie die ihnen übertragenen Aufgaben sachkundig und regelgerecht durchführen können“.

Neben der Änderung des Arzneimittelgesetzes sieht der Kabinettsbeschluss auch Änderungen anderer Rechtsvorschriften, etwa des Heilmittelwerbegesetzes, des Apothekengesetzes und des Betäubungsmittelgesetzes vor. Deshalb kann auch von einem "Artikelgesetz" gesprochen werden.

Bereits Ende des vergangenen Jahres hatte das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf zu dem Gesetzesvorschlag veröffentlicht, den die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2012 kommentierte.

Der erste Durchgang im Plenum des Bundesrats zu dem Gesetzentwurf ist für den 30. März 2012 geplant. Die erste Lesung im Bundestag soll Ende April, die zweite und dritte Lesung am 6. Juli 2012 stattfinden.

### **Bundesregierung legt langerwarteten Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vor**

Patienten sollen mehr Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken und Krankenkassen erhalten und bei ärztlichen Behandlungsfehlern leichter Schadensersatz verlangen können. Bei bestimmten Fehlern müssen Ärzte künftig nachweisen, dass sie medizinisch richtig gehandelt haben. Das sieht der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vor, den das Bundesgesundheits- und das Bundesjustizministerium am 16. Januar vorgelegt haben.

Derzeit sind die unterschiedlichen Patientenrechte in Deutschland in verschiedenen Gesetzen geregelt, einiges ist bislang auch nur Richterrecht. Künftig bestehe für Patienten mehr Klarheit, welche Pflichten Ärzten, und welche Rechte Patienten hätten. „Das wird jetzt alles im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt. Erstmals findet der Patient alles an einer Stelle“, sagte Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) in einem Zeitungsinterview. In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es dazu: „Mit der Kodifizierung sollen Unklarheiten beseitigt werden, die sich aus der bisherigen

[Referentenentwurf Patientenrechtegesetz](#)

Rechtsprechung ergeben haben“.

Mit dem Gesetz soll unter anderem die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht gesetzlich geregelt werden. Dabei sieht der Gesetzentwurf nur für grobe Behandlungsfehler eine Beweislastumkehr vor. Dies sei etwa dann der Fall, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht, das zu dem Tod, zu der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat und das für den Behandelnden voll beherrschbar war.

Ferner sieht der Gesetzentwurf Regelungen für den Schadensersatz bei Behandlungsfehlern vor: Wer Opfer eines Behandlungsfehlers wird, dem muss künftig die Krankenkasse helfen, Schadensersatz zu erhalten. Bisher war diese Unterstützung in das Ermessen der Leistungsträger gestellt. Die Regelung soll zunächst nur für Kassenpatienten gelten. Nach Angaben von Ministerin Leutheusser-Schnarrenberger handelt es sich dabei formal zwar nicht um eine Rechtsschutzversicherung, jedoch sollen die Kassen Ansprechpartner sein und Betroffene in den schwierigen medizinischen und rechtlichen Fragen beraten.

Darüber hinaus soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet werden, die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement durch wesentliche Maßnahmen zur Patientensicherheit und Fehlervermeidung zu ergänzen und Mindeststandards für das medizinische Risiko- und Fehlermanagement festzulegen. Für Krankenhäuser, die sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen und damit einen zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit leisten, haben die Vertragsparteien zukünftig Vergütungszuschläge zu vereinbaren.

Kritisch wird in der Gesetzesbegründung die Bearbeitung von Anträgen durch die Krankenkassen thematisiert. „Bei der Erbringung von Leistungen durch ihre Krankenkassen, z.B. bei Hilfsmitteln, sind die Patientinnen und Patienten auf eine zügige Entscheidung angewiesen“, heißt es darin. Die neuen Vorschriften zielen daher auch darauf ab, Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu beschleunigen. Wird über einen Leistungsantrag nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entschieden, hat die Krankenkasse dies den Versicherten mit nachvollziehbarer Begründung schriftlich mitzuteilen. Andernfalls sollen sich die Versicherten unter Umständen ihre Leistung selbst beschaffen können. In diesem Fall sei die Krankenkasse zu verpflichten, die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten.

Um darüber hinaus die Patientensouveränität und den Verbraucherschutz im Rahmen der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zu stärken, soll nach dem Willen des Gesetzgebers bei Hausarztverträgen und anderen sogenannten besonderen Versorgungsformen mehr Transparenz für die Patienten geschaffen werden. So sollen Versicherte künftig das Recht erhalten, innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Erklärung der Teilnahme diese schriftlich zu widerrufen.

Neu ist auch, dass die Pflicht zur Dokumentation (Patientenakte) im Gesetz

festgelegt werden soll. Patientenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Wird gegen diese Pflicht verstoßen, so hat dies - so schon die bisherige Rechtsprechung - in einem späteren Gerichtsverfahren Folgen. Es wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme auch tatsächlich nicht erfolgt ist. Außerdem sollen Ärzte verpflichtet werden, nachträgliche Änderungen, Berichtigungen oder Ergänzungen der Dokumentation kenntlich zu machen. Ziel ist es, eine fälschungssichere Organisation der Dokumentation sicherzustellen.

Bei den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufzustellenden Bedarfsplänen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und ihrer Anpassung soll künftig auch den Patientenverbänden - in gleicher Weise wie den zuständigen Landesbehörden - im Rahmen der Aufstellung oder der Anpassung des Bedarfsplans Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Konkret ist vorgesehen, den Patientenorganisationen auf Landesebene ein Mitberatungsrecht im künftigen (fakultativen) gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V einzuräumen. Auch bei der künftigen Möglichkeit zur Befristung von Zulassungen für Vertragsärztinnen und -ärzten in Zulassungsausschüssen und Berufungsausschüssen sollen Patienten mitberaten dürfen.

Anders als zunächst vorgesehen, sind in dem Referentenentwurf weder die Einführung der Proportionalhaftung noch ein sogenannter Entschädigungsfonds enthalten. Einen solchen Fonds hatte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner (CSU), zuvor ins Gespräch gebracht. In der jüngsten Diskussion um das Patientenrechtegesetz hat der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Johannes Singhammer, allerdings angekündigt, den Gesetzentwurf im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens um Regelungen zu einem Entschädigungsfonds erweitern zu wollen.

Hinsichtlich der sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen lässt der Entwurf Raum für individuelle Abwägungen des Arztes. So heißt es zwar, dass Ärzte ihre Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform darüber informieren müssen, wenn sie darüber Kenntnis haben, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch die Kassen nicht gesichert ist. Diese Informationspflicht gilt jedoch nicht, wenn die Behandlung nicht aufschiebbar ist, erhebliche therapeutische Gründe der Information des Patienten entgegenstehen, der Patient selbst auf die Information verzichtet oder er aufgrund eigener Fachkenntnis keiner Information bedarf.

„Der Gesetzentwurf entspricht im Wesentlichen dem, was wir mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung abgesprochen haben und ist eine Kodifizierung des bisherigen Rechts“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, zu Referentenentwurf. „Wir sehen in dem gegenwärtigen Gesetzentwurf auf den ersten Blick eine Einlösung des Versprechens, dieses Gesetz nicht gegen die Ärzte zu formulieren“, betonte der Bundesärztekammerpräsident weiter.

[Statement Dr. med. Frank Ulrich Montgomery zu dem Referentenentwurf](#)

## **Kabinett beschließt Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Die bisher kostenorientierten Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen sollen nach Ansicht der Bundesregierung künftig in ein pauschalierendes, leistungsorientiertes Entgeltsystem überführt werden. Das sieht der Gesetzesentwurf zu dem sogenannten Psych-Entgeltgesetz vor, den das Bundeskabinett am 18. Januar dieses Jahres beschlossen hat. So soll der Weg von der krankenhausesindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung fortgesetzt werden. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erklärte dazu: „Mit dem Gesetz wird die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen gestärkt. Das noch in der Entwicklung befindliche neue Entgeltsystem wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessern. Das neue Entgeltsystem trägt den Besonderheiten psychischer Krankheiten Rechnung, indem grundsätzlich keine Fallpauschalen, sondern tagesbezogene Pauschalen eingeführt werden. Zugleich werden die Voraussetzungen für einen effizienteren Ressourceneinsatz geschaffen. Die Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen wird verbessert“.

Das neue Entgeltsystem soll im Rahmen eines „lernenden Systems“ schrittweise eingeführt und wie bereits das DRG-Fallpauschalensystem, das für Allgemeinkrankenhäuser gilt, datengestützt entwickelt werden. Die sogenannte budgetneutrale Phase des Psych-Entgeltsystems soll bereits im Jahr 2013 starten und vier Jahre dauern. Ferner sind die primären Ziele des Entwurfs die Präzisierung der notwendigen Vergütungsvereinbarungen, die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, die Stärkung sektorübergreifender Ansätze sowie der erforderlichen begleitenden Maßnahmen.

In ihrer Stellungnahme hatte sich die Bundesärztekammer deutlich gegen eine Weiterentwicklung zu einem „Psych-DRG-Fallpauschalensystem“ und für eine langfristige Entwicklung und eine Beibehaltung eines tagesbezogenen Entgeltsystems ausgesprochen. Die Bundesärztekammer betonte, dass im Fall einer weiteren Ausgestaltung des Gesetzesvorhabens unbedingt der zunehmender Fachkräftebedarf im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung mit einem Bedarfszuwachs an psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigt werden müssen.

Bereits Mitte Juni 2012 soll der Gesetzesentwurf den Bundestag in zweiter und dritter Lesung und den Bundesrat nach zweiter Beratung passieren. Der erste Durchgang ist im Bundesrat für Anfang März, die erste Lesung im Bundestag für den 22. März dieses Jahres geplant.

[Kabinettsentwurf Psych-Entgeltgesetz](#)

[Referentenentwurf Psych-Entgeltgesetz](#)

[Stellungnahme BÄK vom 2. Dezember 2011](#)

## **BMG legt Pflege-Neuausrichtungsgesetz vor**

Neben einem verbesserten Leistungskatalog insbesondere für demenziell erkrankte Menschen und einer flexibleren Leistungsanspruchnahme für Pflegebedürftige, soll künftig auch die ärztliche Versorgung in Heimen verbessert werden. Das geht aus dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) hervor, den das Bundesgesundheitsministerium am 20. Januar an die Verbände versandt hat.

Der Entwurf sieht noch keine abschließende Definition der Pflegebedürftigkeit vor. Zunächst seien noch offene Fragen, die mit der Einführung des neuen Begriffs sowie eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, zu klären und Umsetzungsprozesse zu definieren, heißt es dazu in dem Entwurf.

Damit sich Pflegebedürftige gemeinsam mit den Pflegediensten künftig flexibler als bisher auf benötigte Leistungen verständigen können, sollen diese mehr Wahlmöglichkeiten erhalten. In diesem Zusammenhang soll der Pflegesachleistungsanspruch auch auf häusliche Betreuungsleistungen ausgeweitet werden.

Neben der Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen - anzusiedeln zwischen ambulanter und stationärer Versorgung - sieht der Gesetzentwurf auch Maßnahmen vor, mit denen die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen verbessert werden kann. So soll die Vorgabe, dass Kassenärztliche Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheimes zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner Kooperationsverträge mit dafür geeigneten Ärzten anzustreben haben, stringenter gefasst werden. Kommt es zu einem Abschluss eines solchen Kooperationsvertrags, sollen Ärzten Zuschläge, beziehungsweise eine zusätzliche Vergütung gewährt werden. „Durch die vorgesehenen Zuschläge zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen entstehen den gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung jährliche Mehraufwendungen von insgesamt ca. 77 Millionen Euro“, heißt es in dem Entwurf.

[Referentenentwurf Pflege-Neuausrichtungsgesetz](#)

[Gemeinsame Stellungnahme BÄK und KBV zum Referentenentwurf Pflege-Neuausrichtungsgesetz](#)

## **CDU/CSU-Positionspapier zur AMG-Novelle in der Kritik**

Vor wenigen Wochen ist ein internes Positionspapier der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion zu "weiteren notwendigen Regelungen im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle)" an die Öffentlichkeit gelangt.

In diesem wird vorgeschlagen, im Rahmen des parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens zusätzliche Themen einzubringen, die noch nicht Inhalt des Gesetzentwurfs zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften sind. So will die Union Änderungen etwa an den mit dem Arzneimittelneueidungsgesetz (AMNOG) eingeführten Preisverhandlungen für neue Arzneimittel vornehmen. Bei diesen Preisverhandlungen sei klarzustellen, dass die

[Positionspapier CDU-CSU Fraktion zur AMG-Novelle](#)



<p>Referenzländer in ihrer Wirtschaftskraft mit Deutschland vergleichbar sein müssen. „Das Preisniveau von Rumänien und Bulgarien ist sicher nicht angemessen“, heißt es weiter in dem Papier. CDU und CSU verwiesen in diesem Zusammenhang auf die Regelung für Impfstoffe. Hier werden für die Preisverhandlungen allenfalls die Vergleichskosten der vier anderen EU-Hochpreisländer herangezogen.</p> <p>In dem Papier spricht sich die CDU/CSU-Fraktion ferner dafür aus, sogenannte Pick-Up-Stellen (bei welchen Medikamente bestellt und abgeholt werden können) zu verbieten sowie die Ausschreibungspflicht von Zytostatika, die Betäubungsmittelgebühr und mögliche gesetzliche Anpassungen im Rahmen der Nullretaxationen bei Betäubungsmitteln zu überprüfen.</p> <p>Zudem will die Union die Herstellung von Biosimilars fördern. Hierfür sollen in den ersten zwei Jahren nach Patentablauf des Originals keine Ausschreibung für Rabattverträge erfolgen dürfen. Auch soll geprüft werden, wie laufende Sortiments- und Portfolioverträge zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen gekündigt werden können.</p> <p>Schließlich schlägt die CDU/CSU-Fraktion vor, die Befristung des Verbots von HIV-Heimtests aufzuheben (Tests zur Erkennung von HIV-Infektionen sollen auch weiterhin nur an Ärzte oder qualifizierte Einrichtungen abgegeben werden dürfen) und die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Nikotinentwöhnung in bestimmten Fällen zu überprüfen.</p>	
<p><b>Landärztegesetz in Kraft getreten</b></p> <p>Nach langen und zähen Verhandlungen hatte das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Dezember vergangenen Jahres den Bundesrat passiert, um am 1. Januar 2012 wie vorgesehen in Kraft treten zu können.</p> <p>Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Wesentlichen die Bedarfsplanung neu geregelt. Ferner schafft das Gesetz Anreize für die ärztliche Niederlassung in strukturschwachen Gebieten. Mittelfristig sollen ambulanter und stationärer Sektor durch die neue sogenannte spezialfachärztliche Versorgungsebene enger miteinander verzahnt werden.</p> <p>Neben der Annahme des Gesetzentwurfs forderte der Bundesrat die Bundesregierung in einer begleitenden EntschlieÙung unter anderem dazu auf, „den Sparbeitrag der Krankenhäuser im Jahr 2012 vor dem Hintergrund der Tarifsteigerungen und der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern zurückzunehmen und den neuen Orientierungswert fristgerecht einzuführen“. Auch sei den Ländern die Möglichkeit zu geben, „in Abhängigkeit von der konkreten Versorgungssituation ausnahmsweise die Anforderungen an die Leitung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) anzupassen, um die Förderung von MVZ zur Versorgung im ländlichen Raum nicht zu verhindern“, heißt es in der EntschlieÙung weiter.</p>	<p><a href="#">BGBl. Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70 GKV-VStG</a></p> <p><a href="#">BR-Drs. 785-11 Beschluss des Bundesrates GKV-VStG</a></p> <p><a href="#">BR-Drs. 785-11 Gesetzbeschluss des BT zum GKV-VStG</a></p>



### **Bundeskinderschutzgesetz nach Einsetzen des Vermittlungsausschusses beschlossen**

Bundestag und Bundesrat haben im Dezember 2011 die Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses zum Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) angenommen. Das vom Bundestag beschlossene Gesetz hatte im Bundesrat keine Mehrheit erhalten. Eine Zustimmung scheiterte unter anderem an Finanzierungsfragen. Nach Ansicht des Bundesrates müsse der Bund, die den Ländern infolge des Gesetzes entstehenden finanziellen Mehrbelastungen dauerhaft und vollständig ausgleichen. Im Vermittlungsausschuss hatten sich Bund und Länder am 14. Dezember 2011 aber auf eine Beschlussempfehlung einigen können. Danach wird der Bund künftig dauerhaft einen Großteil der Mehrbelastungen, die durch die Umsetzung der medizinischen und psychosozialen Hilfsprojekte entstehen, übernehmen. Das neue Gesetz ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

[BR-Drs. 826-11 Beschluss des Bundesrates Bundeskinderschutzgesetz](#)

[BT-Drs. 17-8130 Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses zum Bundeskinderschutzgesetz.pdf](#)

### **Bundesjustizministerium plant versicherungsrechtliche Vorschriften zu ändern**

Bei der Anwendung verschiedener Regelungen, die das Recht der privaten Krankenversicherung betreffen, haben sich nach Ansicht des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) Probleme ergeben. So führe beispielsweise die Vereinbarung eines Selbstbehalts im Basistarif eines PKV-Versicherten entgegen der Erwartung nicht immer zu einer Beitragsreduktion. Auch wüssten Versicherte oftmals nicht, ob ihre Krankenversicherung tatsächlich für die Behandlungskosten aufkommt. Auch aus diesen Gründen hat das BMJ Ende Januar einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften vorgelegt.

Zu dem Entwurf erklärt Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger: "Nach dem neuen Gesetz kann ein Versicherter jetzt vor Beginn einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung von seiner Versicherung Auskunft über die Kostenübernahme verlangen." Dabei müsse die Auskunft in dringenden Fällen unverzüglich - also ohne schuldhaftes Zögern -, spätestens jedoch nach zwei Wochen, erfolgen. Voraussetzung für den Auskunftsanspruch gegen den Versicherer sei allerdings, dass die Heilbehandlung voraussichtlich mehr als 3000 Euro kosten werde. Dabei habe die Auskunft verbindlich zu sein, sofern diese auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans erteilt wird. Sollte die Frage der Kostenübernahme durch die Versicherung in dringenden Fällen (objektive Dringlichkeit) noch nicht abschließend geklärt sein, werde der Arzt dennoch zur Behandlung verpflichtet.

Hat der Versicherungsnehmer im Basistarif einen Selbsterhalt vereinbart, der nicht dazu führt, dass sich die Prämie verringert, soll der Versicherungsnehmer ferner den Selbstbehalt jederzeit kündigen können. Zuletzt wird vorgeschlagen, den Versicherten künftig zwei Monate Zeit einzuräumen, um ihre private Krankenversicherung aufgrund einer Erhöhung der Beiträge zu kündigen. Bislang belief sich der Kündigungszeitraum auf einen Monat.

[Referentenentwurf zu dem Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften](#)

## Bundestag beschließt IGV-Durchführungsgesetz

Der Bundestag hat am 9. Februar die Beschlussempfehlung und den Bericht des Gesundheitsausschusses zu dem Gesetzentwurf zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze in zweiter und dritter Lesung angenommen. Dabei wurde der Regierungsentwurf geringfügig abgeändert.

Eine Änderung stellt auf zusätzliche Bußgeldtatbestände in Bezug auf Pflichten bei der Schutzimpfung gegen Gelbfieber ab. In dem angenommenen Entwurf heißt es: „Schutzimpfungen gegen Gelbfieber dürfen nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, die die erforderliche fachliche Qualifikation besitzen und über geeignete Räumlichkeiten und Einrichtungen für die Lagerung des Impfstoffs sowie für die Durchführung der Impfung verfügen“. Auch der Vorschlag zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes wurde abgeändert: So sollen Arztemeldpflichten für Keuchhusten, Mumps und Windpocken sowie Labormeldpflichten bei Nachweis der entsprechenden Krankheitserreger eingeführt werden. Zudem soll die Meldepflicht für MRSA nach der Labormeldpflichtverordnung in das Infektionsschutzgesetz übernommen werden. Im Gesetzentwurf der Regierung war bereits eine Arzt- und eine Labormeldpflicht für Röteln vorgesehen.

Der Vorschlag der Bundesärztekammer aus ihrer Stellungnahme vom 18. November 2011, mit Hilfe des vorliegenden "Artikelgesetzes" auch das Gendiagnostikgesetz (GenDG) zu ändern, fand keine Berücksichtigung.

Das Plenum des Bundesrates wird am 2. März 2012 über den Gesetzentwurf abstimmen.

[BT-Drs. 17-8615  
Beschlussempfehlung zu dem  
Gesetzentwurf IGV-DG](#)

[Wortprotokoll Plenum BT Drs.  
17-7576 u 17-8615 IGV-DG](#)

[Stellungnahme der  
Bundesärztekammer zum IGV-  
Durchführungsgesetz](#)

## 2. Aus der Opposition

### 2. 1. Eingebraachte Anträge und Gesetzesentwürfe

#### Die Linke zu den Konsequenzen des Brustimplantate-Skandals

Der Antrag der Fraktion Die Linke mit dem Titel "Opfer des Brustimplantate-Skandals unterstützen - Keine Kostenbeteiligung bei medizinischer Notwendigkeit" wurde Anfang Februar in erster Lesung im Plenum des Bundestages an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Darin fordert die Linke die vollständige Übernahme der Risiken nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings durch die gesetzliche Krankenversicherung. Übertragen auf den PIP-Skandal sei beispielsweise bei den Frauen, denen mangelhafte Brustimplantate eingesetzt wurden, auf eine Kostenbeteiligung zu verzichten. Dadurch könne vermieden werden, dass Versicherte mit einem geringen Einkommen einer medizinisch notwendigen Behandlung fernbleiben, heißt es in dem Antrag. Die Fraktion fordert in dem Antrag die Bundesregierung auf, § 52 SGB V rückwirkend zum 6. Januar 2012

[Antrag BT-Drs. 17-8581 Opfer  
des Brustimplantate-Skandals  
unterstützen](#)

<p>abzuschaffen. Darin heißt es: „Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.“ Stattdessen habe die Bundesregierung - gegebenenfalls auf europäischer Ebene - darauf hinzuwirken, dass „künftig weder die Betroffenen noch die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund medizinisch notwendiger Folgebehandlungen von Schönheits-Operationen finanziell belastet werden.</p>	<p><a href="#">Wortprotokoll Plenum BT Antrag Drs. 17-8581 Opfer des Brustimplantate-Skandals schützen</a></p>
<p><b>Altersbilder positiv fortentwickeln - Potenziale des Alters nutzen</b></p> <p>Im Bundestag wurde vor wenigen Wochen über einen Antrag der Fraktion der CDU/CSU und der FDP zu dem Thema "Altersbilder positiv fortentwickeln - Potenziale des Alters nutzen" beraten. Dabei wurde auch der "Sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft" diskutiert. Im Ergebnis stimmten die Abgeordneten dafür, die Federführung für den Antrag dem Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zuzusprechen.</p> <p>Unter "Altersbilder" werden in dem Antrag der Regierungsfractionen "allgemein verbreitete Meinungen, Überzeugungen und Einstellungen über das Alter und das Älterwerden" verstanden. Diese seien laut den Regierungsfractionen häufig überholt und müssten an die jetzigen Gegebenheiten angepasst werden. So würden die dominierenden Altersbilder in zentralen Bereichen der Gesellschaft, wie etwa in der Arbeitswelt oder in der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Vielfalt des Alters häufig nicht gerecht.</p> <p>So sprachen sich die Antragsteller unter anderem dafür aus, die bisher differenzierten Ausbildungen in der Alten-, Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zusammenzuführen. Neben der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, habe die Bundesregierung auch die Umsetzung der bestehenden Regelungen zur Hospiz- und Palliativversorgung voranzutreiben und falls notwendig auch zu verbessern, heißt es schließlich in dem Antrag.</p>	<p><a href="#">BT-Drs. 17-8345 Antrag 'Altersbilder positiv fortentwickeln' mit Plenarprotokoll</a></p>
<p><b>Wirksame Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch eine nationale und europäische Förderung von Development Partnerships</b></p> <p>Fast die Hälfte aller Todesfälle sei in armen Ländern auf Infektionskrankheiten zurückzuführen, die größtenteils durch Durchfall- und Atemwegserkrankungen, HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und Masern verursacht werden. Im Rahmen der Initiative "Product Development Partnerships" (PDPs) arbeiten zahlreiche Experten eng zusammen um ein erfolgreiches und erschwingliches Produkt gegen Infektionskrankheiten auf den Markt zu bringen. In ihrem Antrag "Millennium-Entwicklungsziele ernst nehmen - Infektionserkrankungen wirksam durch eine nationale und europäische Förderung von PDPs bekämpfen" fordert die</p>	<p><a href="#">BT-Drs. 17-8183 Antrag - Wirksame Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch eine nationale und europäische Förderung von PDPs</a></p>

<p>Bundestagsfraktion der SPD unter anderem eine Ausweitung der PDP-Förderung durch die Bundesregierung sowie eine konsequentere Zusammenarbeit zwischen den befassten Bundesministerien.</p>	
<p><b>Gesetzentwurf zur Änderung des Strafgesetzbuches - Strafbarkeit der Genitalverstümmelung</b></p> <p>Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hatte einen Gesetzentwurf zur "Änderung des Strafgesetzbuchs - Strafbarkeit der Genitalverstümmelung" in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Vor wenigen Wochen fand die erste Lesung zu dem Entwurf im Bundestag statt.</p> <p>Eine allgemeingültige Rechtsnorm sei für den Schutz vor weiblicher Genitalverstümmelung zwingend notwendig. Auch würde mit der Gesetzesänderung mehr Klarheit und Transparenz für Beteiligte - etwa für medizinisches Fachpersonal - geschaffen werden. So soll eine Genitalverstümmelung künftig als schwere Körperverletzung im Strafgesetzbuch geregelt werden, heißt es in dem Gesetzentwurf. Das Strafmaß soll sich auf ein bis zehn Jahre Freiheitsstrafe belaufen. Ferner ist vorgesehen, die Anwendbarkeit des deutschen Strafrechts auf Genitalverstümmelungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland durch eine Ergänzung der Auslandsstrafbarkeit auszuweiten.</p> <p>Im Rahmen der Diskussion hatte die Abgeordnete Sonja Steffens der SPD-Fraktion auch angeregt, eine Meldepflicht für Ärzte bei Gefährdungen oder offensichtlich durchgeführten Genitalbeschneidungen zu prüfen. Der Gesetzentwurf wurde an den Rechtsausschuss (federführend) überwiesen. Der Gesundheitsausschuss des Bundestags ist als einer der mitberatenden Ausschüsse für den Gesetzentwurf bestimmt worden.</p> <p>Als Alternative zu dem Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen liegt ferner ein Gesetzentwurf des Bundesrates zur Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien vor. Dieser wurde bereits im Jahr 2009 veröffentlicht und dem Bundestag zugeleitet, ist allerdings bisher noch nicht beraten worden.</p>	<p><a href="#">BT-Drs. 17-4759 Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der Genitalverstümmelung</a></p> <p><a href="#">Wortprotokoll Plenum BT Antrag Drs. 17-4759 Strafbarkeit von Genitalverstümmelung 9.2.20121.pdf</a></p> <p><a href="#">BT-Drs. 17-1217 Gesetzentwurf des Bundesrats zur Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien</a></p>
<p><b>2.2 Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen</b></p> <p><b>Verbot der Präimplantationsdiagnostik</b></p> <p>In ihrer Antwort auf eine schriftliche Frage der Bundestagsabgeordneten Kathrin Vogler (Die Linke) zu den neuen Regelungen der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat die Bundesregierung betont, dass ein ausdrückliches Verbot der PID seit dem 8. Dezember 2011 besteht. Seither wurde nach Kenntnis der Bundesregierung auch keine PID in Deutschland durchgeführt. In Bezug auf die Verwendung totipotenter Zellen wurde ferner betont, dass die Verwendung dieser Zellen zu einem anderen als ihrer Erhaltung dienenden Zweck verboten sei und sich die Rechtslage durch die Änderung des Präimplantationsgesetzes nicht geändert habe.</p>	<p><a href="#">Antwort der Bundesregierung auf die Frage von Kathrin Vogler zur PID</a></p>

<p>Hintergrund: Seit dem Inkrafttreten des Präimplantationsgesetzes am 8. Dezember 2011 und der damit erfolgten Änderung des Embryonenschutzgesetzes ist die Präimplantationsdiagnostik (PID) in Deutschland ausdrücklich verboten; eine Rechtsverordnung zu Ethikkommissionen und PID-Zentren steht bislang aus. Nach dem Gesetz soll die PID an zugelassenen PID-Zentren und nach einem positiven Votum einer Ethikkommission Paaren ermöglicht werden, die etwa die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen. Die Zulassungsvoraussetzungen für diese Zentren hat die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung festzulegen.</p> <p>Die Bundestagsabgeordnete Vogler sagte in einer Pressemitteilung zu der Antwort der Bundesregierung: „Ohne eine Rechtsverordnung zu Ethikkommissionen und PID-Zentren bleibt die PID derzeit ausdrücklich verboten“. Dass sich die Bundesregierung mit der Umsetzung der im PID-Gesetz vorgesehenen Ausnahmeregelungen so schwer tue, könne man ihr kaum vorwerfen. „Im Gesetz wimmelt es nur so von unbestimmten Rechtsbegriffen und offenen Einfallstoren für die Begehrlichkeiten der Fruchtbarkeitsindustrie“, so Vogler.</p>	<p><a href="#">Pressemitteilung Kathrin Vogler - PID seit Dezember 2011 ausdrücklich verboten</a></p>
<p><b>Änderung der Approbationsordnung für Ärzte</b></p> <p>Nach Ansicht der Linken enthält der Verordnungsentwurf zur Änderung der Approbationsordnung zwar unterstützenswerte Zielsetzungen, doch seien auch noch zahlreiche offene Fragen zu klären. So werden beispielsweise Qualitätsprobleme in der Ausbildung befürchtet, weil Studierende künftig das Praktische Jahr (PJ) auch in anderen geeigneten Krankenhäusern als in den zugeordneten Lehrkrankenhäusern absolvieren können. In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion die Linke zu der geplanten Änderung der Approbationsordnung für Ärzte betont die Bundesregierung, dass sich die Mindestanforderungen an die Lehrkrankenhäuser auch durch die Änderung der Approbationsordnung nicht verändern werden. Mehr noch würden Universitäten künftig verpflichtet, einen Ausbildungsplan (Logbuch) zu erstellen, nach dem die Ausbildung im Praktischen Jahr - sei es am Universitätskrankenhaus oder aber an außeruniversitären Krankenhäusern - durchzuführen sei. Ein von den Krankenhäusern zu benennender Beauftragter für das Praktische Jahr werde ferner die Evaluation der Ausbildung nach den Vorgaben der Heimatuniversität durchführen.</p> <p>In der Antwort wird darüber hinaus auch auf die Ausbildungsförderfähigkeit von Studierenden der Medizin während des PJ sowie auf die Vorbereitungszeit der Studierenden auf den schriftlichen Teil des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung eingegangen. Zu dem letztgenannten verdeutlicht die Bundesregierung, Universitäten müssten durch eine entsprechende Ausgestaltung ihrer Curricula dafür Sorge tragen, dass entsprechende Vorbereitungszeit gegeben sei.</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte</a></p>
<p><b>Gesundheitsrisiken in der Leiharbeit</b></p> <p>In einer Kleinen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zu den Gesundheitsrisiken in der Leiharbeit von Mitte Januar dieses Jahres wird auf</p>	

<p>Studienergebnisse verwiesen, denen zufolge die Arbeitsbedingungen in der Leiharbeit mit einer Reihe von Risiken für die soziale Teilhabe und die gesellschaftliche Inklusion einhergehen würden. Auch wird zu bedenken gegeben, dass diese beiden Faktoren das Wohlergehen und die psychische Gesundheit der Menschen in erheblichen Maße beeinflussen könnten. Auf die Frage nach der Einschätzung der Bundesregierung in Bezug auf dargestellte Annahmen verwies diese in ihrer Antwort unter anderem auf eine Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Laut der Studie seien zwar viele Zeitarbeitnehmer Einflüssen ausgesetzt, die die Gesundheit beeinträchtigten. Allerdings dürfe in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden, dass Zeitarbeit für viele Menschen die Chance auf Beendigung der Arbeitslosigkeit biete. „Insbesondere für Langzeitarbeitslose ist die Zeitarbeit eine Chance auf einen Zugang zu Arbeit und damit auf ein höheres Maß an soziale Teilhabe und gesellschaftliche Integration“, so die Bundesregierung weiter.</p>	<p><a href="#">BT-Drs. 17-8267 - Gesundheitsrisiken in der Leiharbeit</a></p>
<p><b>Hintergründe der vorgesehenen Regelungen für MVZ</b></p> <p>Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hatte in einer kleinen Anfrage die Bundesregierung aufgefordert, zu den Hintergründen der vorgesehenen Regelungen für Medizinische Versorgungszentren Stellung zu nehmen. In ihrer Antwort betonte die Bundesregierung, dass das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz unter anderem vorsieht, dass der ärztliche Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein muss. Die Gründungsberechtigung konzentrierte sich im Wesentlichen auf Leistungserbringer (Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser), die den Großteil der ambulanten und stationären Leistungen erbringen. Damit solle künftig noch besser als bisher gewährleistet werden, „dass die ärztliche Tätigkeit im MVZ allein medizinischen Gesichtspunkten folgt“, so die Bundesregierung in ihrer Antwort weiter. Ferner wurde betont, dass keine neuen Erkenntnisse bezogen auf Einschränkungen der Therapiefreiheit von in MVZ tätigen Ärzten vorliegen würden. Mit den strukturellen Vorgaben die sich aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ergeben, könne jedoch bereits im Vorfeld der Gefahr entgegengewirkt werden, „dass die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen durch wirtschaftliche Interessen von Investoren beeinträchtigt wird“. Mit dem Ausschluss der Gründung und des Betriebs von MVZ beispielsweise in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft könne zudem ein weiterer Beitrag dazu geleistet werden, „Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen zu reduzieren“.</p>	<p><a href="#">BT-Drs. 17-8115 Hintergründe der vorgesehenen Regelungen für MVZ</a></p>
<p><b>Situation der Heilmittelerbringung in Deutschland</b></p> <p>Die Fraktion Die Linke hat in einer Kleinen Anfrage zur Situation der Heilmittelerbringung in Deutschland auf die Schwierigkeiten von Heilmittelerbringern bei der Gewährung und Abrechnung von Heilmitteln gegenüber der Gesetzlichen Krankenkasse hingewiesen. In der Antwort betont die Bundesregierung unter anderem, dass keine aktuellen Verträge bekannt seien, nach denen nicht in Anspruch genommene Heilmittelleistungen in die</p>	



<p>Gesamtvergütung der Ärzte eingehen und damit für die Honorierung dieser zur Verfügung stehen. Sofern Krankenkassen oder ihre Landesverbände bzw. Kassenärztliche Vereinigungen in ihrem Vertragsgeschäft gegen geltendes Recht verstoßen bzw. Anreize zum Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten setzen würden, sei gegebenenfalls die zuständige Aufsichtsbehörde in der Pflicht, etwaigen Rechtsverstößen nachzugehen. Ferner betont die Bundesregierung, dass auch künftig keine Bedarfsplanung für die Heilmittelversorgung analog der ärztlichen ambulanten Planung vorgesehen sei.</p>	<p><a href="#">BT-Drs. 17-8116 Situation der Heilmittelerbringung in Deutschland</a></p>
<p><b>Fehlende Patientensicherheit bei Medizinprodukten</b></p> <p>In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur fehlenden Patientensicherheit bei Medizinprodukten betont die Bundesregierung, dass der „außergewöhnliche Einzelfall“ im Zusammenhang mit dem aktuellen Brustimplantate-Skandal nicht zum Anlass genommen werden dürfe, um „von gravierenden Mängeln in den Bereichen Patienteninformation, Qualitätskontrolle und Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten“ zu sprechen. Angesichts des problemlosen millionenfachen täglichen Einsatzes von Medizinprodukten in ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen allein in Deutschland, würden solche Pauschalbehauptungen „nur zu einer unnötigen Verunsicherung von Patienten führen“. In der Kleinen Anfrage hatte die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen die Wirksamkeit und Zulassung der Kontrolle von Medizinprodukten auf nationaler und europäischer Ebene in Frage gestellt.</p> <p>Auf die Frage, wie häufig Brustimplantate entfernt werden müssen, verweist die Bundesregierung auf einen Bericht der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) zur Sicherheit von silikongelgefüllten Brustimplantaten vom Juni 2011. Dort wird angeführt, dass bei einer von fünf Patientinnen mit primärer Brustvergrößerung innerhalb von zehn Jahren eine Entfernung der Implantate erforderlich gewesen sei. Bei einer von zwei Patientinnen mit primärer Rekonstruktion war innerhalb des gleichen Zeitraums hingegen eine Entfernung der Implantate erforderlich. „Aus Sicht des BfArM ist zu betonen, dass die in dem Bericht der FDA untersuchten Produkte einen hochwertigen Silikonkern enthalten, der die geforderte Reinheit aufweist“, heißt es weiter in der Antwort der Bundesregierung. Auf die Frage, wie häufig Brustimplantate als Schönheitschirurgischer Eingriff und wie häufig aus medizinischen Gründen jährlich in Deutschland eingesetzt werden, verweist die Bundesregierung auf eine Frequenzstatistik des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (DRG-Institut). Danach seien im Jahr 2010 insgesamt 3579 Brustimplantationen aus medizinischen Gründen durchgeführt worden. 2195 Brustimplantationen wurden aus kosmetischen - auch medizinischen - Gründen durchgeführt; zusätzlich erfolgte in 1321 Fällen der Wechsel einer Mammoprothese, heißt es weiter in der Antwort der Bundesregierung.</p>	<p><a href="#">BR-Drs. 17-8548 Antwort der BR zur fehlenden Patientensicherheit bei Medizinprodukten</a></p>



<p><b>2.3 Schriftliche Fragen an die Bundesregierung</b></p> <p><b>Ergebnisse zur Reform der Pflegeausbildung</b></p> <p>Crone, Petra (SPD): Wann beabsichtigt die Bundesregierung, ihre bereits vorliegenden Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Pflegeausbildung dem Parlament zugänglich zu machen? <b>Antwort:</b> ...Die Arbeiten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die unter gemeinsamer Federführung der zuständigen Fachressorts, BMFSFJ und BMG, eingerichtet wurde, sind noch nicht abgeschlossen. Sie befinden sich aktuell in der Phase der Endabstimmung...</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zu den Ergebnissen zur Pflegeausbildung BT-Drs. 17-8538</a></p>
<p><b>Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeausbildung</b></p> <p>Crone, Petra (SPD): Wann beabsichtigt die Bundesregierung, einen Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeausbildung vorzulegen? <b>Antwort:</b> ....Die Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe werden in die Fachdiskussion eingebracht und sollen die Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess zur Vorbereitung eines Gesetzentwurfs bilden. Bei diesem Diskussionsprozess wird auch die parallel laufende Überarbeitung der EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen zu berücksichtigen sein. Ein konkreter Termin für den Gesetzentwurf kann daher zurzeit nicht genannt werden....</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zur Reform der Pflegeausbildung BT-Drs. 17-8538</a></p>
<p><b>Erbringung des Sparbeitrags gemäß des AMNOG</b></p> <p>Dr. Jüttner, Egon (CDU/CSU): Was unternimmt die Bundesregierung dagegen, dass pharmazeutische Großhandlungen im Jahr 2011 den im Zusammenhang mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vorgesehenen Sparbeitrag nicht selbst erbracht, sondern die Belastung in Höhe von 0,85 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens an die Apotheken weitergereicht und somit gegen die ursprünglich vorgesehene gleiche Lastenverteilung zwischen pharmazeutischem Großhandel und Apotheken verstoßen haben? <b>Antwort:</b> ...Der gesetzliche Großhandelsrabatt in Höhe von 0,85 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens war auf das Jahr 2011 begrenzt und so bemessen, dass die Apotheken auch weiterhin die Möglichkeit hatten, angemessene Einkaufskonditionen mit Großhändlern zu vereinbaren. Der Gesetzgeber hat hierauf keinen Einfluss und kann keine Gewähr für bestimmte Ergebnisse übernehmen. Auch liegen dem BMG keine nachprüfbareren Angaben über die Ergebnisse der Vereinbarungen über Lieferkonditionen zwischen Großhändlern und Apotheken vor...</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zur Erbringung des Sparbeitrags gemäß des AMNOG BT-Drs. 17-8538</a></p>
<p><b>Pharmaindustrie - Verzicht auf Markteinführung von Neuentwicklungen um Preisschwankungen zu vermeiden</b></p> <p>Dr. Volkmer, Marlies (SPD): Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der Entscheidung einzelner pharmazeutischer Unternehmen, auf eine Markteinführung ihrer Neuentwicklungen zu verzichten, um etwaige Auswirkungen auf das Preisniveau in anderen Ländern zu vermeiden? <b>Antwort:</b> ... Bisher konnten pharmazeutische Unternehmen ihre Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zum Verzicht einer Markteinführung BT-Drs. 17-8102</a></p>

<p>in beliebiger Höhe festsetzen. Folge davon war, dass diese Arzneimittel in Deutschland meist teurer sind als in unseren europäischen Nachbarländern. Diese einseitige Preisfestsetzung wurde mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) bewusst beendet. Die Gründe für oder gegen die Markteinführung können vielfältig sein. Verzichten pharmazeutische Unternehmer auf die Markteinführung, weil sie keinen Zusatznutzen für ihr Arzneimittel gegenüber Therapiealternativen nachweisen können, so resultieren daraus angesichts des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland keine Versorgungslücken für die Patientinnen und Patienten.</p>	
<p><b>Todesfälle aufgrund von fehlerhaften Behandlungen und der Verwendung von mangelhaften Medizinprodukten</b></p> <p>Klein-Schmeink, Maria (Bündnis 90/ Die Grünen): Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Anzahl von Todesfällen infolge von fehlerhaften Behandlungen oder der Verwendung von mangelhaften Medizinprodukten vor?</p> <p><b>Antwort:</b> ...Die Todesursachenstatistik führt das Statistische Bundesamt anhand der Meldungen der dafür zuständigen Länder. Durch die international vorgegebene ICD-10-Kodierung sind gezielte Einzelauswertungen möglich. Diese betreffen „Zwischenfälle bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung“, „Medizintechnische Geräte und Produkte im Zusammenhang mit Zwischenfällen bei diagnostischer und therapeutischer Anwendung“, „Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme“ sowie „Folgezustände äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität“....</p> <p>Die Bild-Zeitung greift die Antwort der Bundesregierung am 16. Februar 2012 auf und meldete: „In Deutschland sind im Jahr 2010 1712 Patienten durch Ärztepfeusch oder mangelhafte Medizinprodukte ums Leben gekommen“. Dies entspreche im Vergleich zum Vorjahr einem Anstieg der Todesfälle um fast 35 Prozent. Weiter wurde in dem Artikel betont, dass „die Zahl der durch Ärztefehler verursachten Todesfälle besonders stark stieg: von 551 auf 944“. Häufigste Todesursache seien mangelnde Desinfektion (410 Fälle), Abstoßungsreaktionen bei einer Transplantation (171) und Komplikationen bei der Implantation eines künstlichen Gerätes (121).</p> <p>Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, der Präsident der Bundesärztekammer, erklärte umgehend in einer Pressemitteilung: „Jeder Mensch, der durch den Fehler eines Arztes oder eines anderen stirbt, ist einer zu viel. Insofern begrüßen wir eine statistisch korrekte Aufarbeitung der Todesursachenstatistik. Dazu gehört aber auch, die Ursachen der Todesfälle in ihrer schuldhaften Abhängigkeit korrekt aufzuarbeiten.“ Er verwies darauf, dass Abstoßungsreaktionen bei einer Transplantation häufig auftretende und den Patienten vorher mitgeteilte Komplikationen sein können. Mangelnde Desinfektion oder Hygienemängel seien oft Strukturfehler und nicht Arztfehler. Ferner betonte er, dass Komplikationen bei einer Implantation Ärzten dann nicht angelastet werden könnten, „wenn es sich um zwar TÜV-geprüfte, aber fehlerhafte Produkte handelt, wie bei den PIP-</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zu Todesfällen aufgrund von fehlerhaften Behandlungen und mangelhaften Medizinprodukten BT-Drs. 17-8538</a></p> <p><a href="#">16022012 - PM der BÄK zur Todesursachenstatistik</a></p>

<p>Brustimplantaten“. Im Gegensatz zur rein bürokratisch-statistischen ICD-10-Erfassung auf Grundlage der Totenscheine, die jetzt als reißerische Trendmeldung verkündet werde, weisen die von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern erhobenen Statistiken auf Grundlage meist mehrerer unabhängiger Expertengutachten keine signifikanten Änderungen auf, erklärte Montgomery weiter.</p>	
<p><b>Härtefallfonds im Patientenrechtegesetz nicht vorgesehen</b></p> <p>Dr. Volkmer, Marlies (SPD): Warum hat die Bundesregierung keinen Härtefallfonds für Patienten, die durch Behandlungsfehler geschädigt wurden, in ihren Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz übernommen? <b>Antwort:</b> ...Der vorgelegte Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz wird derzeit noch innerhalb der Ressorts abgestimmt. Ein Entwurf der Bundesregierung liegt damit noch nicht vor. Nach dem zivilrechtlichen Haftungssystem muss ferner derjenige haften, der durch sein fehlerhaftes Verhalten einen Schaden verursacht hat. Der Grundsatz der umfassenden persönlichen Verantwortung muss auch für Ärztinnen und Ärzte gelten; er kann nicht durch einen Entschädigungsfonds abgelöst werden. Bei einem Entschädigungsfonds stellt sich darüber hinaus die Frage, wie dieser finanziert werden kann...</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zum Härtefallfonds im Patientenrechtegesetz BT-Drs. 17-8538</a></p>
<p><b>Patientenrechtegesetz - Verpflichtender Nachweis über eine Haftpflichtversicherung für Ärzte</b></p> <p>Dr. Volkmer, Marlies (SPD): Warum hat die Bundesregierung keinen verpflichtenden Nachweis über eine Haftpflichtversicherung für Ärzte mit in ihren Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz übernommen? <b>Antwort:</b> ...Regelungen der ärztlichen Berufsausübung liegen nach der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes in der Verantwortung der Länder. Die Verpflichtung zum Abschluss einer hinreichenden Haftpflichtversicherung ist als Regelung des Berufsausübungsrechts bundesweit in den Berufsordnungen der Ärztekammern sowie in den meisten Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder verankert. Einige Landesgesetze verpflichten ihre Kammerangehörigen darüber hinaus ausdrücklich zur Aufrechterhaltung der Haftpflichtversicherung sowie zu einem Nachweis. Dies könnte und sollte in allen Landesgesetzen vorgesehen werden...</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zu dem verpflichtenden Nachweis über eine Haftpflichtversicherung für Ärzte im Patientenrechtegesetz BT-Drs. 17-8538</a></p>
<p><b>Aufnahme von Patientenvertretern in die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärzteschaft</b></p> <p>Dr. Volkmer, Marlies (SPD): Warum hat die Bundesregierung die Aufnahme von Patientenvertretern in die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärzteschaft, nicht mit in ihren Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz übernommen? <b>Antwort:</b> ...Die Einrichtung der Gutachter- und Schlichtungsstellen beruht ebenfalls auf landesrechtlicher Zuständigkeit und Regelungen des Landesrechts. Auch hier fällt es in den Aufgabenbereich der Länder, die Aufnahme von Patientenvertretern in die Gutachter- und Schlichtungsstellen vorzusehen, wie dies</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zur Aufnahme von Patientenvertreter über das Patientenrechtegesetz BT-Drs. 17-8538.pdf</a></p>

<p>beispielsweise bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern ab Anfang 2012 der Fall ist....</p>	
<p><b>Modifizierung der Praxisgebühr</b></p> <p>Dr. Bunge, Martina (Die Linke): 1. Welche Studien liegen der Bundesregierung vor, die nachweisen, dass eine bei jedem Arztbesuch fällige Praxisgebühr die Inanspruchnahme nicht sinnvoller ärztlicher Leistungen verringert könnte (...)? 2. Erhofft sich die Bundesregierung von einer Modifizierung der Praxisgebühr eine positive Steuerungswirkung auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, und falls ja, auf welche Anhaltspunkte und Studien stützt sich die Bundesregierung dabei? <b>Antwort:</b> ...Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP wurde vereinbart, dass die Zahlung der Praxisgebühr in ein unbürokratisches Erhebungsverfahren überführt werden soll. Bisher wurde innerhalb der Koalition das Thema nicht beraten. Studien zur Wirkung einer bei jedem Arztbesuch fälligen Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sind der Bundesregierung nicht bekannt...</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zur Modifizierung der Praxisgebühr BT-Drs. 17-8279</a></p>
<p><b>Verhinderung eines fetalen Alkoholsyndroms</b></p> <p>Özoğuz, Aydan (SPD): Wie hoch schätzt die Bundesregierung die jährliche Anzahl der Neugeborenen, die mit einem fetalen Alkoholsyndrom geboren werden, und welche Maßnahmen hält sie für besonders geeignet, um die Zahl der Fälle zu senken? <b>Antwort:</b> ...Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für kindliche Fehlbildungen, die keine genetische Ursache haben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert im Rahmen ihrer Aufklärungsmaßnahmen für werdende Eltern, insbesondere in ihrem Internetauftritt <a href="http://www.familienplanung.de">www.familienplanung.de</a>, regelmäßig auch über die Gefahren von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Darüber hinaus informiert die BZgA im Rahmen ihrer Erwachsenenkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ Frauen und ihre Partner über die Gefahren von Alkohol in der Schwangerschaft. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert zudem seit Frühjahr 2011 sieben Modellprojekte, die „neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ entwickeln und erproben ...</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zur Verhinderung eines fetalen Alkoholsyndroms BT-Drs. 17-8279</a></p>
<p><b>Vertrieb der "Pille danach" als OTC-Produkt</b></p> <p>Rawert, Mechthild (SPD): Welche flächendeckenden und zeitlich jederzeit nutzbaren Distributionsmöglichkeiten sind der Bundesregierung für die „Pille danach“ bekannt, und was müsste sie tun, damit die „Pille danach“ als sogenanntes Over the counter (OTC-)Produkt vertrieben werden kann? <b>Antwort:</b> ...In Deutschland können Notfallkontrazeptiva nur auf Vorlage einer ärztlichen Verschreibung in der Apotheke abgegeben werden. Dies ist auf Grund des flächendeckenden ärztlichen und apothekerlichen Notdienstes jederzeit möglich. Um Notfallkontrazeptiva in Deutschland aus der Verschreibungspflicht zu entlassen, ist es unter den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen notwendig, dass die Arzneimittelverschreibungsverordnung geändert wird. Ein</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zu dem Vertrieb der 'Pille danach' als OTC-Produkt BT-Drs. 17-8279</a></p>

solches Vorgehen bedarf der Zustimmung des Bundesrates...	
<p><b>Zeitplan für die Rechtsverordnung zur Durchführung der Präimplantationsdiagnostik</b></p> <p>Vogler, Kathrin (Die Linke): Wie ist der Verfahrensstand für die Ausarbeitung einer Rechtsverordnung durch die Bundesregierung, in der die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik geregelt werden sollen? <b>Antwort:</b> ...Die Rechtsverordnung befindet sich derzeit in der Erarbeitung durch das federführende Bundesministerium für Gesundheit. Vor Erstellung eines Referentenentwurfs kann dessen Versendung nicht erfolgen....</p>	<p><a href="#">Antwort der BR zu dem Zeitplan Rechtsverordnung Präimplantationsdiagnostik BT-Drs. 17-8279</a></p>
<p><b>3. Rechtsverordnung</b></p> <p><b>Medizinprodukte-Durchführungsverordnung im Bundeskabinett beschlossen</b></p> <p>Gemäß dem Medizinproduktegesetz hat die Bundesregierung einen Vorschlag für eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift vorgelegt, die die Durchführung und Qualitätssicherung der Überwachung regelt sowie Vorgaben für den Informationsaustausch der beteiligten Behörden enthält. Der Vorschlag hat Ende Dezember das Bundeskabinett passiert. Die darin vorgesehenen medizinprodukterechtlichen Vorschriften umfassen unter anderem die Inspektionen, den Umgang mit Proben und Überprüfungen von Medizinprodukten, das Qualitätsmanagement, Qualitätsmängel und Rückrufe. Ferner werden Bestimmungen zur Überwachung der Heilmittelwerbung vorgeschlagen. Ziel sei unter anderem die Steigerung der Effektivität im Bereich des Vollzuges des Medizinprodukterechts und der Überwachung von Medizinprodukten.</p> <p>Abweichend von dem vorangegangenen Referentenentwurf sieht der Kabinettsbeschluss keine Regelungen vor, nach welchen die zuständigen Behörden regelmäßig gegenseitig ihre Arbeitsweisen bei der Überwachung sowie die Einhaltung der Anforderungen des Systems zur Qualitätssicherung überprüfen sollten. Neu hinzugekommen ist hingegen die Schaffung einer zentralen Koordinierungsstelle (ZLG). Die Länder sollen diese Stelle gemeinsam bestimmen und deren Aufgaben festlegen. Dadurch könne Doppelarbeit vermieden und gleichzeitig ein konkreter Ansprechpartner für bestimmte Fragestellungen zur Durchführung der Marktüberwachung etabliert werden, heißt es in der Begründung. Diesbezüglich wird auch vorgeschlagen, dass die zuständigen Obersten Landesgesundheitsbehörden im Bereich der Marktüberwachung ein Verfahren zur Sicherung der effektiven, grenzüberschreitenden Überwachung und zum Informationsaustausch mit anderen Mitgliedstaaten festlegen sollen.</p> <p>Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr betonte, dass eine funktionierende Marktüberwachung für Medizinprodukte wichtig für den Patientenschutz sei. „Auch wenn die Bundesländer in den letzten Jahren bereits Maßnahmen ergriffen haben, um ihre Überwachungsaufgaben zu erfüllen, ist es geboten, eine bundeseinheitliche, qualitätsgesicherte Überwachung durch die Länder</p>	<p><a href="#">Kabinettsbeschluss Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift MPGvV</a></p>

<p>sicherzustellen“, sagt Bahr weiter.</p> <p>Die Verwaltungsvorschrift soll am 1. Januar 2013 in Kraft treten. In einem nächsten Schritt wird der Gesundheitsausschuss des Bundesrates am 14. März 2012 über den Entwurf beraten. Die Aussprache im Plenum des Bundesrates ist für den 30. März 2012 geplant.</p>	
<p><b>Kabinettsbeschluss zur ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte</b></p> <p>Das Bundeskabinett hat den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung zur Kenntnis genommen und sie an den Bundesrat zur Zustimmung zugeleitet.</p> <p>Vorgesehen ist unter anderem, den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (Hammerexamen) vor das Praktische Jahr (PJ) zu verlegen und die Ärztliche Prüfung dadurch in drei Abschnitte aufzuteilen. Dadurch sollen sich angehende Ärzte während des PJ auf die klinisch-praktische Tätigkeit konzentrieren und ihre ärztlichen Kompetenzen verfestigen können, ohne sich gleichzeitig auf die schriftlichen Prüfungen vorbereiten zu müssen. Ferner soll es künftig möglich sein, das Praktische Jahr nicht nur an der Universitätsklinik der Heimatuniversität und an den der Heimatuniversität bisher zugeordneten Lehrkrankenhäusern zu absolvieren, sondern auch an anderen geeigneten Krankenhäusern.</p> <p>Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Studium soll den Studierenden durch die Neuregelungen zudem die Möglichkeit eingeräumt werden, „das PJ in Teilzeit durchzuführen“. Außerdem soll die Anzahl der zulässigen Fehltag im PJ auf insgesamt 30 erhöht werden. „Die Änderung hat insbesondere im Blick, dass im Fall einer Schwangerschaft, bei der Betreuung minderjähriger Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger die bisher möglichen Fehlzeiten von 20 Ausbildungstagen nicht ausreichen“, heißt es dazu in dem Kabinettsbeschluss.</p> <p>Ferner sieht der Vorschlag vor, die Palliativversorgung zu stärken. Bislang schreibt die geltende Approbationsordnung vor, dass auch in dem Querschnittsbereich "Palliativmedizin" Leistungsnachweise zu erbringen sind, um zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zugelassen zu werden. In dem Regierungsentwurf zu der Verordnung wurde der Querschnittsbereich nun um die Schmerztherapie erweitert und in "Palliativ- und Schmerzmedizin" umbenannt. In diesem Zusammenhang forderten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer gemeinsamen Stellungnahme zu dem Referentenentwurf, die Querschnittsbereiche Palliativ- und Schmerzmedizin zu trennen. Damit würden Verquickungen vermieden, die zu Missverständnissen führen könnten, die etwa in irrtümlichen Gleichsetzungen von palliativmedizinischen und schmerztherapeutischen Ansätzen liegen könnten, heißt es in der Stellungnahme dazu.</p>	<p><a href="#">Kabinettsbeschluss Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte</a></p> <p><a href="#">Stellungnahme-ÄApprO Referentenentwurf BÄK-KBV</a></p>



<p>Grundsätzliche begrüßten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung aber die Neuregelungen, mit denen einige langjährige Forderungen der Ärzteschaft zur Reformierung der ärztlichen Ausbildung aufgegriffen worden seien. Positiv wurde auch die Beibehaltung der bewährten Struktur des Medizinstudiums bewertet, für welches weiterhin eine Regelstudienzeit von sechs Jahren und drei Monaten einschließlich der Prüfungszeit gilt.</p> <p>Das Plenum des Bundesrats wird sich voraussichtlich am 2. März 2012 mit dem Regierungsentwurf und der dazugehörigen Stellungnahme der Ausschüsse des Bundesrates beschäftigen und gegebenenfalls darüber abstimmen.</p>	
<p><b>Bundeskabinett beschließt Vierte Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung</b></p> <p>Mit der geplanten Änderung der Apothekenbetriebsordnung sollen die darin enthaltenen Regelungen, an inzwischen geänderte rechtliche Bedingungen und an Erfahrungen aus der Praxis angepasst werden. Im Gegensatz zu dem Referentenentwurf vom Oktober 2011 geht der Anfang Februar dieses Jahres vom Bundeskabinett beschlossene Verordnungsentwurf nun auch auf die Versorgung von ambulanten Palliativpatienten ein und sieht ein eingeschränktes Dispensierrecht für Ärzte vor. Damit die Versorgung von Palliativpatienten verbessert werden könne, seien ergänzende Regelungen zur Vorratshaltung von Betäubungsmitteln in der Apotheke sowie (im Betäubungsmittelgesetz) zum Überlassen bestimmter Betäubungsmittel durch den Arzt in eng begrenzten Fällen erforderlich. Maßgeblicher Anwendungsfall sei hierbei die Deckung des dringenden und kurzfristigen Betäubungsmittelbedarfs eines ambulant versorgten Patienten in einer voraussichtlichen palliativ-medizinischen Krisensituation, heißt es dazu in der Begründung zu dem Verordnungsentwurf.</p> <p>Nach dem Entwurf soll der Arzt dem Patienten die verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel überlassen dürfen, die in Anlage III des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln bezeichnet sind. Voraussetzung ist jedoch, dass der Betäubungsmittelbedarf des Patienten durch eine Verschreibung nicht rechtzeitig gedeckt werden kann. In der Begründung heißt es dazu, dass diese Regelungen in weiteren Rechtsakten getroffen werden sollen, die zu einer Änderung des Betäubungsmittelrechts sowie zu einer Ergänzung der vorliegenden Verordnung führen werden.</p> <p>Unter anderem in den Jahren 2008 und 2011 hatte der Deutsche Ärztetag in Entschließungsanträgen gefordert, die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Substitution Opiatabhängiger zu verbessern. So sprachen sich die Delegierten in einer Entschließung aus dem Jahr 2011 dafür aus "es dem Arzt im Rahmen der substitions-gestützten Therapie Opiatabhängiger zu gestatten, das Substitutionsmittel für einen Zeitraum von zwei Tagen dem Patienten zur Einnahme aus der Praxis mitzugeben".</p> <p>In einer ersten Reaktion auf die bekannt gewordenen Pläne der Regierung betonte</p>	<p><a href="#">Kabinettsbeschluss Vierte Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung</a></p>



<p>der Präsident der Bundesärztekammer: „Wir begrüßen die Initiative der Bundesregierung, durch eine begrenzte Öffnung des Dispensierrechts für Ärzte die Behandlung von Schmerzpatienten in der ambulanten Palliativversorgung zu verbessern.“ „Bisher würden Palliativmediziner mit der Überlassung eines Betäubungsmittels nach dem Betäubungsmittelgesetz eine strafbare Handlung begehen, die mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft werden kann.“ Dies sei ein völlig unverhältnismäßiges Sanktionsmittel, erklärte Montgomery dazu weiter.</p>	
<p><b>4. Verschiedenes</b></p> <p><b>Bundestag spricht sich für zehnjährige abgeschlossene allgemeine Schulausbildung als Zugangsvoraussetzung in der allgemeinen Krankenpflege aus</b></p> <p>Die Bundesregierung soll sich im laufenden Evaluierungs- und Änderungsprozess der sogenannten Berufsankennungsrichtlinie (2005/36/EU) auf EU-Ebene für den Erhalt der bisherigen Zugangsvoraussetzung einer zehnjährigen abgeschlossenen allgemeinen Schulausbildung für die Ausbildung im Bereich der allgemeinen Krankenpflege einsetzen. Diese Voraussetzung soll auch in Zukunft für eine automatische Anerkennung der Berufsqualifikation innerhalb der EU in diesem Bereich erhalten bleiben. Das ist das Ergebnis einer Abstimmung im Bundestag über die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Wirtschaft und Technologie zu dem Grünbuch „Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen“, die Mitte Januar stattfand.</p> <p>Neben der Forderung nach einer Beibehaltung der derzeit geltenden Zulassungsvoraussetzung sprachen sich die Abgeordneten des Deutschen Bundestags bei Enthaltung von Bündnis 90/Die Grünen auch dafür aus, "im Zusammenhang mit der Modernisierung und Neuregelung der Ausbildungen in den Pflegeberufen Regelungen zu prüfen, wie eine automatische Anerkennung deutscher Krankenpflegeausbildungen gewährleistet werden kann, wenn in der EU eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen beschlossen werden sollte". Schließlich wird die Bundesregierung aufgefordert, sich gleichermaßen für den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers einzusetzen. In der Begründung dazu heißt es, dass sich der Fachkräftemangel nicht auf den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege beschränken werde. Auch für den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers müssten junge Menschen gewonnen werden.</p>	<p><a href="#">Beschlussempfehlung zur Überarbeitung der RL über Berufsqualifikationen mit Plenarprotokoll</a></p>
<p><b>Öffentliche Anhörung zur möglichen Einführung von Cannabis-Clubs</b></p> <p>In einem Antrag forderten die Abgeordneten der Fraktion Die Linke den Besitz von bis zu 30 Gramm Cannabisserzeugnissen zum Eigengebrauch zu legalisieren. Danach soll der Handel mit Cannabispflanzen und -produkten zwar weiterhin untersagt bleiben, der Eigenanbau von Cannabispflanzen hingegen erlaubt werden. Ende Januar dieses Jahres fand zu dem Thema eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss statt – die Befürworter als auch die Gegner der</p>	

Einführung sogenannter Cannabis-Clubs führten zahlreiche Argumente auf. Prof. Rainer Thomasius vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gab zu bedenken, dass „kein Zweifel“ daran bestünde, dass Cannabis zu einer „physischen und psychischen Abhängigkeit“ führe. Bei zehn Prozent aller Cannabis-Konsumenten in Deutschland bestehe eine körperliche Abhängigkeit. Nach Ansicht der Oberstaatsanwältin Hannelore Biniok von der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main sei eine Legalisierung des Besitzes von bis zu 30 Gramm Cannabiserzeugnissen „nicht angezeigt“. „Das Festhalten des Gesetzgebers an der Verbotsentscheidung in Bezug auf Cannabis erscheint umso mehr geboten, da in den letzten Jahren bei illegalen Cannabisprodukten im Wege genetischer Umformung (Züchtung) kontinuierlich der Wirkstoffgehalt an THC (Tetrahydrocannabinol) intensiviert wurde“, heißt es in der Stellungnahme der Generalstaatsanwaltschaft. Der Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V., Hans-Günther Meyer-Thompson betonte, dass „ein Blick in die Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu geführt“ habe, dass man „Cannabis neu bewerten“ müsse.

In einer Pressemitteilung betonte der Bundesärztekammerpräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery, dass die Legalisierung des Anbaus und Konsums von Cannabis über sogenannte Cannabis-Clubs einem wirksamen Gesundheitsschutz widerspreche. Der Drogenkonsum könne zu massiven akuten wie auch chronisch gesundheitlichen Schädigungen führen. „Eine Legalisierung dieser Einstiegsdroge kann die schädliche Entwicklung noch fördern“, erklärte Montgomery weiter und forderte: „Aufklärung und Drogenprävention statt Freigabe von Cannabis“. Auch für den medizinischen Eigenbedarf sei eine Legalisierung des Besitzes und Anbaus von Cannabis nicht zielführend, so Montgomery weiter. „Lediglich bei Patienten, die an einer Erkrankung leiden, bei der der Nutzen von Cannabisprodukten wissenschaftlich nachgewiesen ist, kann eine Therapie mit Extrakten der Hanfpflanze sinnvoll sein.“

Der Vertreter des Deutschen Hanf Verbands, Georg Wurth, verwies allerdings darauf, dass in Deutschland zwar in allen Bundesländern der Besitz von sechs Gramm Cannabis straffrei sei (in manchen Bundesländern würden sogar bis zu 15 Gramm Besitz geduldet), in anderen Bundesländern jedoch schon beim Besitz von zwei Gramm Haus- und Körperdurchsuchungen durchgeführt würden. Davor müsse man die Konsumenten, die zumeist sehr jung seien, schützen, sagte er weiter.

[Antrag der Fraktion Die Linke zur Legalisierung von Cannabis durch Einführung von Cannabis-Clubs](#)

[Statement Dr. med. Frank Ulrich Montgomery zur Legalisierung von Cannabis](#)