

berlin aktuell

Parlamentarischer Kalender



Juli 2012

Aktuelles aus dem Monat Juli

- Bundesgesundheitsministerium legt langerwarteten Referentenentwurf für eine Rechtsverordnung über die Rahmenbedingungen für die PID vor
- Bundestag verabschiedet zweite Änderung des Arzneimittelgesetzes
- Patientenrechtegesetz im Bundeskabinett beschlossen/ Entwurf geht Länderkammer nicht weit genug
- Psych-Entgeltgesetz - Bundesgesundheitsminister Bahr verhindert Einberufung des Vermittlungsausschusses
- Abschluss der Beratungen zu den Gesetzentwürfen zur Organspende
- Bundesregierung will gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellen

Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen

- Durchführung von Gesprächen mit Angehörigen bei postmortalen Organspende
- Gewährleistung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes bei Ärzten
- Sucht im Alter - Aufklärung fördern und „Nationale Strategie“ mit Leben füllen

1. Gesetzgebungsinitiativen der Bundesregierung.....2

1.1. Im parlamentarischen Verfahren.....2

1.2. In Planung.....13

2. Initiativen aus dem Bundesrat.....14

3. Aus der Opposition.....14

3.1. Eingebrachte Anträge und Gesetzesentwürfe.....14

3.2. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen.....18

3.3. Schriftliche Fragen an die Bundesregierung.....19

4. Rechtsverordnung.....22

5. Verschiedenes.....24

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

Bundesgesundheitsministerium legt langerwarteten Referentenentwurf für eine Rechtsverordnung über die Rahmenbedingungen für die PID vor

Die Anzahl der Zentren, in denen eine Präimplantationsdiagnostik (PID) durchgeführt werden darf, soll zahlenmäßig nicht begrenzt werden. Um allerdings sicherzugehen, dass die PID nur in besonders qualifizierten Einrichtungen und von entsprechend qualifizierten Personen angemessen und kompetent durchgeführt wird, soll es hohe Anforderungen an die Zulassung dieser Zentren geben. Das geht aus dem am 11. Juli 2012 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Verordnungsentwurf über die rechtmäßige Durchführung einer PID hervor.

Mit Hilfe der sogenannten Präimplantationsdiagnostikverordnung sollen die im Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik enthaltenen grundsätzlichen Verfahrensvorgaben umgesetzt werden. Im Mittelpunkt steht dabei die Konkretisierung der Anforderungen an die Zulassung von Zentren für die PID und der Vorgaben im Hinblick auf die einzurichtenden Ethikkommissionen.

Nach dem Entwurf muss die Ethikkommission bei dem jeweiligen Zentrum angesiedelt sein. Sie soll interdisziplinär und unabhängig arbeiten und aus acht Personen bestehen – vier Medizinern, einem Ethiker, einem Juristen sowie zwei Patientenvertretern. Berufen wird sie von den Ländern für vier Jahre, eine Verlängerung ist möglich. Auch hier gibt es keine zahlenmäßigen Beschränkungen.

Um für die Durchführung einer PID zugelassen zu werden, muss das Zentrum durchgängig für die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen als auch für die genetische Untersuchung der Zellen eine hohe Qualität sicherstellen. So muss das Zentrum künftig u. a. über eine interne Qualitätssicherung für alle eingesetzten Methoden und über eine Benennung der zur Anwendung der Methoden berechtigten Personen, verfügen. Auch wird die Teilnahme an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgeschrieben.

Eine Zulassung kann zudem auch nur dann erteilt werden, wenn für den Bereich der reproduktionsmedizinischen Maßnahme die Person, die die reproduktionsmedizinische Einrichtung leitet, Fachärztin oder Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ist und über die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin“ verfügt, heißt es in dem Referentenentwurf. Diese Regelung entspreche dem Arztvorbehalt gemäß § 9 des Embryonenschutzgesetzes. „Mit den Anforderungen an die berufliche Qualifikation für die Leitung der reproduktionsmedizinischen Einrichtung soll sichergestellt werden, dass eine kompetente und angemessene Umsetzung des anerkannten Standes von Wissenschaft und Technik in der Reproduktionsmedizin für alle Patienten der Einrichtung gewährleistet ist“, heißt es in der Begründung zu dem Vorschlag. Und: „Die Anforderungen der Rechtsverordnung stehen im

[Referentenentwurf
Präimplantationsdiagnostik-
verordnung](#)

[BÄK \(Muster-\)Richtlinie zur
Durchführung der assistierten
Reproduktion - Novelle 2006](#)

<p>Einklang mit dem in der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Novelle 2006 der Bundesärztekammer in Absatz 4.3.1. „Fachliche Voraussetzungen“) Beschriebenen“.</p>	
<p>Bundestag verabschiedet zweite Änderung des Arzneimittelgesetzes</p> <p>Das Plenum des Bundestages ist vor kurzem den Beschlussempfehlungen des Gesundheitsausschusses gefolgt und hat den Regierungsentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften – wenn auch in abgeänderter Fassung - in zweiter und dritter Lesung verabschiedet.</p> <p>Mit dem Gesetz soll u. a. gesetzlichen Maßnahmen nachgekommen werden, die sich auf Grund der sogenannten EU-Pharmakovigilanzrichtlinie (2010/84/EU) und der Richtlinie zur Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette (2011/62/EU) ergeben.</p> <p>Die Beschlussempfehlung hat u. a. die bereits im Vorfeld bekannt gewordenen Änderungsanträge der Regierungsfractionen zum Inhalt. So wurden beispielsweise ergänzende Regelungen zu dem Stellvertreter des Prüfers in klinischen Prüfungen sowie zur Streichung der Anordnungsbefugnis der Länder bei Versorgungsmängeln in den Gesetzentwurf eingebracht.</p> <p>In ihren während des parlamentarischen Verfahrens eingebrachten Stellungnahmen zur 16. AMG-Novelle unterstrichen die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft u. a. die Notwendigkeit einer Überprüfung der Qualifikation des Stellvertreters des Prüfers durch die zuständige Ethik-Kommission. „Da der Stellvertreter im Vertretungsfall in vollem Umfang die gleiche Verantwortung trägt wie der Prüfer, ist die Bewertung seiner Qualifikation durch die Ethik-Kommission im Sinne des Patientenschutzes unverzichtbar“, heißt es in der Stellungnahme. BÄK und AkdÄ warnten vor der zukünftig steigenden Gefahr für Rechtsverstöße in klinischen Arzneimittelprüfungen. Die Bundestags- und Bundesratsabgeordneten sind diesen Empfehlungen gefolgt und haben sich dafür ausgesprochen, auch weiterhin die Qualifikationen des Stellvertreters des Prüfers durch die Ethik-Kommission prüfen zu lassen.</p> <p>Um die Versorgung ambulanter Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln in Krisensituationen zu verbessern, haben sich die Abgeordneten zudem auf eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes geeinigt. Danach darf der Arzt einem ambulant versorgten Palliativpatienten zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs unter bestimmten Voraussetzungen Betäubungsmittel in Form von Fertigarzneimitteln überlassen. Eine Bedingung ist unter anderem, dass der Bedarf des Patienten durch eine Verschreibung nicht gedeckt werden kann. Die Bundesärztekammer und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hatte sich bereits im Vorfeld der Abstimmung in ihrer Stellungnahmen für Möglichkeiten einer Überlassung von Betäubungsmitteln ausgesprochen, die im Rahmen einer eng kontrollierten Behandlung und für einen überbrückenden Zeitraum erfolgt. Zukünftig sei das nicht mehr unter Strafe zu stellen, so die</p>	<p>BT-Drs. 17-9341 Regierungsentwurf 16. AMG- Novelle</p> <p>BT-Drs. 17-10156 Beschlussempfehlung 16. AMG- Novelle</p> <p>Stellungnahme der BÄK und der AkdÄ zu dem Regierungsentwurf 16. AMG-Novelle</p>

<p>Forderung der BÄK und AkdÄ.</p> <p>Darüber hinaus wird es Apotheken im Hinblick auf einen befürchteten Versorgungsmangel künftig möglich sein, "das patientenindividuelle Umfüllen, einschließlich Abfüllen, Abpacken oder Kennzeichnen von zugelassenen Arzneimitteln erlaubnisfrei vorzunehmen, soweit es sich um Arzneimittel mit monoklonalen Antikörpern handelt". Weitere Änderungen betreffen die Klarstellung bei Fristenregelungen für Erlaubnisse zur Gewinnung von Gewebe und den Regelungsbereich "Anzeigespflicht und Neuzulassung". Zudem werden die ursprünglich im Regierungsentwurf vorgesehenen Anordnungsbefugnisse der Landesbehörden zur Durchsetzung des öffentlichen Bereitstellungsauftrags gestrichen.</p> <p>Ferner wurden mit der Annahme der Beschlussempfehlung zugleich Regelungen zur Haftung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei Pflichtverletzungen gegenüber Dritten gesetzlich verankert. Danach hat der G-BA für die Mitglieder des Beschlussgremiums und deren Stellvertreter bei einer Amtspflichtverletzung zu haften und nicht die Träger des G-BA. Dies gilt fortan auch im Falle der Berufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesgesundheitsministerium.</p> <p>Der zweite Durchgang im Plenum des Bundesrats zu dem Gesetzentwurf ist für den 21. September 2012 geplant. Am 01. Oktober 2012 soll das Gesetz in Kraft treten.</p>	
<p>Patientenrechtegesetz im Bundeskabinett beschlossen/ Entwurf geht Länderkammer nicht weit genug</p> <p>Patienten sollen mehr Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken und Krankenkassen erhalten und bei ärztlichen Behandlungsfehlern leichter Schadensersatz verlangen können. Das sieht der Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vor, den das Bundeskabinett Ende Mai beschlossen hat. Derweil hat auch der Bundesrat in erster Beratung Stellung zu dem Entwurf genommen.</p> <p>Im Gegensatz zu dem Mitte Januar dieses Jahres veröffentlichten Referentenentwurf werden in dem Kabinettsbeschluss ausführliche Angaben zu den Folgen des Gesetzes gemacht. So heißt es etwa, dass der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2014 Mehraufwendungen in Höhe von rund 720 000 Euro im Jahr für Vergütungszuschläge bei der Beteiligung von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen entstünden. Ferner sei anzunehmen, dass dieser Betrag durch Einsparungen der Krankenkassen für Folgekosten unerwünschter Ereignisse im Behandlungsprozess deutlich übertroffen werde. „Zusätzlich entsteht für die gesetzlichen Krankenkassen ein einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von 1 023 000 Euro. Der jährliche Erfüllungsaufwand beläuft sich auf 5 577 505 Euro", heißt es in dem Regierungsentwurf.</p>	<p>BR-Drs. 312-12 Regierungsentwurf Patientenrechtegesetz</p> <p>BR-Drs. 312-12 Beschluss des Bundesrates zu dem Patientenrechtegesetz</p>

Hinsichtlich der Informationspflicht, etwa bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), wird betont, dass der Arzt den Patienten bei Kenntnis darüber informieren muss, dass die Behandlungskosten durch einen Dritten, in der Regel den Krankenversicherer, nicht vollständig übernommen werden. „In diesem Fall muss der Arzt die voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten beziffern. Diese Information ist notwendig, damit der Patient die wirtschaftliche Tragweite seiner Entscheidung überschauen kann“, heißt es dazu. Die Information habe in Textform zu erfolgen.

Darüber hinaus soll festgeschrieben werden, dass dem Patienten die im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung von ihm unterzeichneten Unterlagen auszuhändigen seien.

In Bezug auf die Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler heißt es ferner: „War ein Arzt für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war“. In dem Referentenentwurf hatte sich diese Regelung nicht nur auf eine mangelnde Befähigung, sondern auch auf eine mangelnde Eignung bezogen.

Der **115. Deutsche Ärztetag** hat das Vorhaben der Bundesregierung grundsätzlich begrüßt, im Zuge des geplanten Patientenrechtegesetzes mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen. Als sinnvoll erachtet das Ärzteparlament insbesondere die vorgesehenen Möglichkeiten der Vergütungszuschläge für Kliniken, wenn diese sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. „Hiermit greift der Gesetzgeber die seit langem von der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen initiierten Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur auf“, heißt es in einer Entschließung des Ärztetages. Mit Blick auf die vorgesehenen Informations- und Dokumentationspflichten warnten die Delegierten jedoch vor zusätzlicher Bürokratie.

Die Bundesärztekammer hatte sich bereits im Vorfeld des 115. Deutschen Ärztetages intensiv mit dem ersten Entwurf - dem sogenannten Referentenentwurf – befasst und ausführlich Stellung dazu genommen. Darin kritisierte sie u. a., dass die Kategorien „Eingriff“ und „geringfügiger Eingriff“ nicht klar bestimmt sind. Gemäß dem Gesetzentwurf kann bei geringfügigen Eingriffen auf die mündliche Aufklärung verzichtet werden – eine schriftliche Ausklärung würde ausreichen. Allerdings wird nicht festgeschrieben, was unter dem Begriff „geringfügiger Eingriff“ zu verstehen ist. „Der Gesetzgeber sollte im Interesse der Rechtsklarheit den Begriff des Eingriffs entweder legal definieren oder zumindest in der Begründung erläutern“, äußert sich die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme. Auch wird unterstrichen, dass die Verpflichtung des Arztes, den Patienten auf Nachfrage über erkennbare Behandlungsfehler zu informieren, vielfältige Fragen aufweist.

Nach Ansicht des Bundesrates gehen die Forderungen der Bundesregierung hingegen nicht weit genug. Der Gesetzentwurf müsse nicht nur an zahlreichen Stellen nachgebessert, sondern auch um weitere Bestimmungen ergänzt werden.

[115. DÄT Entschließung zu dem Patientenrechtegesetz I - 05](#)

[Gemeinsame Stellungnahme der BÄK und der KBV zu dem Referentenentwurf eines Patientenrechtegesetzes](#)

So fehlten zusätzliche Regelungen zur Einrichtung eines Patientenschädigungsfonds und zur Erbringung von Zusatzleistungen, wie zum Beispiel von IGeL. Das geht aus dem Beschluss einer Stellungnahme des Bundesrates zu dem Patientenrechtegesetz hervor.

In manchen Fällen könne es vorkommen, dass ein Behandlungsfehler oder dessen Kausalität für den Schaden trotz konkreter Anhaltspunkte nicht nachweisbar ist, so der Bundesrat. Um die Lage dieser geschädigten Patienten zu verbessern, wird die Einrichtung eines Patientenentschädigungsfonds vorgeschlagen. Zu diesem Zweck habe die Bundesregierung nach Ansicht des Bundesrates eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die die rechtlichen Grundlagen und die mögliche Ausgestaltung eines Patientenentschädigungsfonds prüfen soll.

Mit der Annahme des Beschlusses ist im Bundesrat die erste Beratung zu dem Gesetzentwurf abgeschlossen. Die Abgeordneten des Bundestages werden sich mit dem Patientenrechtegesetz voraussichtlich am 27. September 2012 in erster Lesung befassen. Derweilen bereitet die Bundesregierung die Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrates vor.

Psych-Entgeltgesetz - Bundesgesundheitsminister Bahr verhindert Einberufung des Vermittlungsausschusses

In einer Stellungnahme hatten die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundesrates dem Plenum vor wenigen Wochen empfohlen, im Rahmen der zweiten Beratung zu dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) den Vermittlungsausschuss einzuberufen. Grund hierfür seien noch zahlreiche offene Fragen und bestehende Forderungen. So wurde u. a. ein Abschlag je Berechnungs- und Belegungstag für die Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung gefordert. Auch sprachen sich die Vertreter der Länder im Gesundheitsausschuss gegen Zu- und Abschläge für eine Über- oder Unterschreitung von erkrankungstypischen Behandlungszeiten sowie gegen eine vollständige Tarifrefinanzierung für das Jahr 2012 aus.

Entgegen der Empfehlung des Gesundheitsausschusses hat sich das Plenum des Bundesrates Anfang Juli 2012 allerdings dagegen ausgesprochen, zu dem Psych-Entgeltgesetz den Vermittlungsausschuss einzuberufen. Grund hierfür könnte ein vorangegangenes Schreiben des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr an die Gesundheitsminister der Länder gewesen sein, in dem er betonte, bei einer Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat auf das Psych-Entgeltgesetz zu verzichten.

In dem Schreiben erklärte Bahr, dass das vorliegende Gesetz die Leistungsorientierung und Transparenz der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen stärke. Zudem verbessere es die Finanzierung der Krankenhäuser. So erhalten die Krankenhäuser in den Jahren 2012 bis 2014 zusätzliche Finanzmittel in Höhe von rund 630 Millionen Euro. „Bei einer Anrufung des Vermittlungsausschusses könnte eine Tarifrefinanzierung noch in diesem Jahr

[BR-Drs. 349-12 Gesetzbeschluss des Bundestages zu dem Psych-Entgeltgesetz](#)

[BR-Drs. 349-1-12 Stellungnahme der BR-Ausschüsse - abgelehnt](#)

<p>nicht mehr gewährleistet werden ", warnte der Bundesgesundheitsminister. „Dies würde etliche Krankenhäuser in ernste wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen", heißt es in dem Schreiben weiter.</p> <p>Mit der Annahme des Gesetzes durch den Bundesrat ist der Weg für die schrittweise Einführung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Leistungen frei. Auch können nun die zahlreichen Neuregelungen, etwa zur Vermeidung der in den letzten Jahren zu beobachtende dynamische Mengenentwicklung in Krankenhäuser und der damit einhergehende Anstieg der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, umgesetzt werden. Dabei sollen begleitend zur Einführung eines anteiligen Orientierungswertes ab dem Jahr 2013 übergangsweise zweijährige Mehrleistungsabschläge eingeführt werden. Kliniken mit stark steigenden Behandlungszahlen müssen danach künftig einen Vergütungsabschlag von 25 Prozent hinnehmen. Die Höhe der Abschläge soll im Jahr 2015 gesetzlich fixiert werden.</p>	<p>BR-Drs. 349-12 (B) Beschluss des Bundesrates zu dem Psych-Entgeltgesetz</p>
<p>Abschluss der Beratungen zu den Gesetzentwürfen zur Organspende</p> <p>Nach zahlreichen Debatten hat der Bundesrat Mitte Juni 2012 mit der Billigung des Gesetzentwurfs zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz und des Gesetzentwurfs zur Änderung des Transplantationsgesetzes das parlamentarische Verfahren zur Organspende beendet.</p> <p>Ziel des aus der Mitte des Deutschen Bundestages eingebrachten „Entscheidungslösungs-Gesetzes“ ist es, die Bürgerinnen und Bürger in die Lage zu versetzen, sich mit der Frage der eigenen Spendenbereitschaft ernsthaft zu befassen und diese anzuhalten, die hierfür erforderliche Erklärung zu dokumentieren. Wie bereits zuvor der Bundestag, hatte auch die Länderkammer den Gesetzentwurf uneingeschränkt begrüßt und mit großer Mehrheit angenommen.</p> <p>Etwas holpriger verlief hingegen die Annahme des Gesetzentwurfs zur Änderung des Transplantationsgesetzes: So hatte der Gesundheitsausschuss des Bundesrates im Vorfeld der Abstimmung empfohlen, das Gesetz nicht anzunehmen. Geplant war, den Gesetzentwurf mit Hilfe des Vermittlungsausschusses um eine zusätzliche Änderung des § 11 TPG (Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben, Koordinierungsstelle) zu ergänzen. Vorgeschlagen worden war, die Koordinierungsstelle (Deutsche Stiftung Organtransplantation - DSO) zu verpflichten, künftig von den Transplantationszentren organisatorisch unabhängige regionale Untergliederungen zu bilden, denen die eigenverantwortliche Wahrnehmung der operativen Aufgabenerledigung in ihrem jeweiligen regionalen Zuständigkeitsbereich grundsätzlich übertragen wird.</p> <p>Obwohl der Bundesrat den Empfehlungen des Gesundheitsausschusses nicht gefolgt ist, wurde der Vorschlag, die Deutsche Stiftung Organtransplantation und</p>	<p>BR-Drs. 322-12 (neu) Gesetzesbeschluss des Bundestages zur Regelung der Entscheidungslösung im TPG</p> <p>BR-Drs. 322-12 Beschluss des Bundesrates zu der Regelung der Entscheidungslösung im TPG</p> <p>BT-Drs. 17-9030 Gesetzentwurf zur Regelung der Entscheidungslösung im TPG</p> <p>BR-Drs. 292-12 Gesetzesbeschluss des Bundestages zu dem TPG-Änderungsgesetz</p>

ihre regionalen Untergliederungen bestmöglich zu organisieren, teilweise in einer Entschließung übernommen. Darin fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, „im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei den Partnern des Vertrags nach § 11 TPG auf eine Vertragsänderung mit dem Ziel hinzuwirken, den regionalen Untergliederungen der Koordinierungsstelle in geeigneter Weise stärkere Eigenverantwortlichkeit bei der Wahrnehmung der Aufgaben in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich einzuräumen“. So soll insbesondere den regionalen Untergliederungen zur grundsätzlich eigenverantwortlichen Aufgabenerledigung ein Regional-Budget, das mit entsprechender Budget- und Personalverantwortung verbunden sei, von der Koordinierungsstelle zugewiesen werden.

Bereits in wenigen Tagen soll das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes im Bundesgesetzblatt verkündet werden. Am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats wird das Gesetz in Kraft treten. Die Neuregelungen könnten damit bereits zum 1. August 2012 gelten.

Das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung wird am ersten Tag des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft treten. Die Verkündung erfolgte am 18. Juli 2012, sodass das Gesetz zum 1. November 2012 in Kraft treten kann.

[BR-Drs. 292-12 Beschluss des Bundesrates zur Änderung des TPG](#)

Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Bundestag schließt Beratungen ab

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 Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) hervor, der Ende Juni dieses Jahres im Bundestag mit den Stimmen der Regierungsfaktionen und gegen die Stimmen der Oppositionen im Bundestag in zweiter und dritter Lesung gebilligt wurde.

Die Abgeordneten haben sich nicht nur auf die ursprünglich vorgesehenen Bestimmungen, sondern auch auf Neuregelungen zur Konkretisierung der Berichtspflichten der Pflegekassen im Hinblick auf Ablehnungsgründe von Rehabilitationsträgern und zur Einführung einer Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge einigen können. Auch konnte eine Einigung zur Überführung der Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsverordnung in das SGB V erzielt werden. Danach können Krankenkassen ihren Versicherten im Bereich der Hebammenleistungen künftig auch ergänzende Leistungen anbieten. Auch wird der Anspruch des Säuglings auf Hebammenhilfe nun ausdrücklich im Gesetz geregelt und die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung in der gesamten Hebammenhilfe gestärkt. Zudem sieht der geänderte Regierungsentwurf neue Regelungen zur Abrechnung der Leistungen der von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen (§ 301a SGB V) vor.

[BT-Drs. 17-9369 Regierungsentwurf Pflege-Neuausrichtungsgesetz](#)

[BT-Drs. 17-10157 Beschlussempfehlung des BT-Gesundheitsausschusses zu dem PNG](#)

<p>Um im Bereich Entbürokratisierung Verbesserungen zu erzielen, enthält der angenommene Gesetzentwurf auch Klarstellungen zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung für die Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. für die Beantragung von Leistungen.</p> <p>Am 21. September 2012 wird die zweite Beratung des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf stattfinden. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2013 in Kraft treten.</p>	<p>BT-Drs. 17-10170 Bericht des BT-Gesundheitsausschusses zum PNG</p>
<p>Uneinigkeit über Anwendung des Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen</p> <p>In der Stellungnahme des Bundesrates zu dem Regierungsentwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Novelle) haben sich die Mitglieder des Bundesrates in erster Beratung explizit dagegen ausgesprochen, die Anwendbarkeit des Gesetzes auf die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu erweitern.</p> <p>Der Gesetzentwurf zielt u. a. darauf ab, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Bereich der Fusionskontrolle, der Missbrauchsaufsicht und des Verfahrens bei Kartellverstößen weiter zu modernisieren und zu optimieren. So sieht der Regierungsentwurf etwa vor, das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auch auf das Verhältnis der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander sowie zu den Versicherten zu übertragen. Eine freiwillige Vereinigung von Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde könne danach zukünftig nur noch genehmigt werden, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt.</p> <p>Die Mitglieder des Bundesrates begründen ihre ablehnende Haltung gegenüber einer Anwendung des Kartellrechts auf die GKV damit, dass „diese Krankenkassen nicht nur keine Unternehmen im kartellrechtlichen Sinn darstellen, sondern auch als Teil der mittelbaren Landes- bzw. Bundesverwaltung mit Rechtsaufsicht in ein konsistentes System eingebettet sind, das den Bedarf an einer Fusionskontrolle vollständig befriedigt“ - eine Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt sei nicht nötig.</p> <p>Die Bundesregierung sieht diese Befürchtung hingegen nicht und lehnt die Forderung des Bundesrates ab. Das geht aus ihrer Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrates hervor. „Die Prüfung einer Fusion durch das Bundeskartellamt zielt darauf ab, eine Verschlechterung der Wettbewerbsstruktur zu verhindern. Diesen Schutz bezweckt die Prüfung durch die sozialrechtlichen Aufsichtsbehörden nicht“, heißt es in der Gegenäußerung.</p> <p>Ebenso wenig Einigkeit herrscht zu diesem Thema unter den Abgeordneten des Bundestages. Während Wirtschaftsminister Dr. Rösler im Rahmen der ersten Lesung zu dem Gesetzentwurf Mitte Juni dieses Jahres betonte, dass es richtig sei, wenn sich auch die Krankenkassen dem Kartellrecht unterwerfen müssten, steht die SPD-Fraktion den Plänen der Bundesregierung kritisch gegenüber: „Die Krankenkassen sind dann Teilnehmer im Wettbewerb und nicht mehr Agenten der</p>	<p>BT-Drs. 17-9852 Regierungsentwurf zu der 8. GWB-Novelle</p> <p>BR-Drs. 176-12 B Beschluss des Bundesrates zur 8. GWB-Novelle</p> <p>Gegenäußerung der Bundesregierung zu der 8. GWB-Novelle</p> <p>Wortprotokoll zur 1. Lesung im Bundestag zu der 8. GWB-Novelle</p>

<p>Versicherten. Das hat beispielsweise zur Folge, dass das Gesundheitssystem teurer wird", so der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion, Prof. Lauterbach. Auch die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die CSU und die Fraktion Die Linke sprechen sich dagegen aus, das Kartellrecht auf Krankenkassen zu übertragen.</p>	
<p>Bundesregierung will gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellen</p> <p>Die Fälle, in denen Menschen in Form einer entgeltlichen Dienstleistung eine schnelle und effiziente Möglichkeit für einen Suizid angeboten werden, nehmen auch in Deutschland zu. Nach deutschem Strafrecht ist die eigenverantwortliche Selbsttötung ebenso wie deren Versuch oder die Teilnahme daran straflos, weil sich die Tötung nicht gegen einen anderen Menschen richtet. Dieses Regelungskonzept habe sich nach Ansicht des Bundesjustizministeriums (BMJ) grundsätzlich bewährt. In den Fällen, in denen eine kommerzialisierte Suizidhilfe Menschen dazu verleiten kann, sich das Leben zu nehmen, bedürfe es jedoch der Korrektur. Das geht aus dem Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung des BMJ hervor.</p> <p>Vorgeschlagen wird die Schaffung eines neuen Straftatbestands im Strafgesetzbuch, der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Konkret sollen Handlungen verboten werden, mit denen anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewerbsmäßig vermittelt, gewährt oder verschafft wird, und dies in der Absicht geschieht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern. „Eine solche Kommerzialisierung stellt eine qualitative Änderung in der Praxis der Sterbehilfe dar. Sie lässt befürchten, dass die Hilfe zum Suizid als eine normale Dienstleistung angesehen wird und sich Menschen zur Selbsttötung verleiten lassen, die dies ohne ein solches Angebot nicht getan hätten“, heißt es in dem Gesetzentwurf.</p> <p>Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme den Gesetzentwurf begrüßt. „Die Angst der Menschen vor Krankheit und Schmerzen darf nicht von sog. Sterbehilfevereinen für deren Geschäftemacherei ausgenutzt werden. Bei diesen Organisationen stehen nicht Beratungsangebote über lebensbejahende Perspektiven im Vordergrund, sondern die rasche und sichere Abwicklung des Selbsttötungsentschlusses“, führt die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme an.</p> <p>Nach Ansicht der Bundesärztekammer sei allerdings nicht nur die gewerbliche Suizidbeihilfe, sondern jede Form der organisierten Sterbehilfe in Deutschland zu verbieten. Das haben auch die Delegierten des diesjährigen 115. Deutschen Ärztetages (I-07) in einer EntschlieÙung zum „Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid“ gefordert.</p>	<p>Referentenentwurf Suizidhilfegesetz</p> <p>Stellungnahme der BÄK zu dem Referentenentwurf Suizidhilfegesetz</p>

BMG plant Novellierung der Rettungsassistentenausbildung und Änderung des Hebammengesetzes

Das derzeit geltende Rettungsassistentengesetz stammt aus dem Jahr 1989. Die darin geregelte Ausbildung sei nach Ansicht der Bundesregierung nicht mehr in ausreichendem Maße den Anforderungen an einen modernen Rettungsdienst gewachsen. Daher hat das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzentwurf über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters - das sogenannte **Notfallsanitätergesetz** – vorgelegt, mit welchem der Forderung nach einer Neuregelung der Rettungsassistentenausbildung nachgekommen werden soll. Darüber hinaus zielt der Referentenentwurf darauf ab, das Hebammengesetz zu ändern.

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter soll umfassend überarbeitet werden. Diese werde sich beginnend mit der Ausbildungsdauer, die von zwei auf drei Jahre verlängert wird, wesentlich von der bisherigen Ausbildung unterscheiden, heißt es in dem Referentenentwurf. Dabei wird sich nicht nur das Tätigkeitsspektrum der Berufsangehörigen ändern: Weitere Neuerungen betreffen die Berufsbezeichnung (Notfallsanitäter), die Vernetzung von theoretischem und praktischem Unterricht mit der praktischen Ausbildung sowie Einführung einer Ausbildungsvergütung. Zudem soll das Aufgabenspektrum konkretisiert werden.

Zwar unterstützt die Bundesärztekammer seit vielen Jahren die dringend gebotene und längst überfällige Veränderung der Rettungsassistentenausbildung. Die vorgelegten Pläne der Bundesregierung kritisierte sie aber scharf: „Im vorliegenden Referentenentwurf wird den Notfallsanitätern mit der eigenverantwortlichen Durchführung angemessener medizinischer Maßnahmen bei Notfallpatienten eine weitgehende und unbestimmte Freigabe für die Durchführung umfassender medizinischer Maßnahmen an allen Patienten in Notfallsituationen erteilt, die in keinem Verhältnis zur geplanten Ausbildung stehen“. Der Gesetzentwurf führe in seiner derzeitigen Fassung zu einer Verwischung der Grenzen zwischen dem Heilberuf des Arztes und einem geplanten neuen Gesundheitsfachberuf, warnt die BÄK und fordert zum Schutz der Patientensicherheit, den Gesetzentwurf abzulehnen.

Im Mittelpunkt der geplanten **Änderung des Hebammengesetzes** steht die stärkere Einbindung des ambulanten Bereichs in die praktische Ausbildung der Hebammen. „Da sich insbesondere die Verweildauer im Krankenhaus nach der Geburt verkürzt hat und eine Wochenbettbetreuung vermehrt im häuslichen Umfeld erfolgt, ist eine Verlagerung eines Teil der praktischen Ausbildung in diesen Bereich angemessen“, heißt es u. a. in der Begründung zu den Änderungsvorschlägen.

Der geplanten Änderung des Hebammengesetzes steht die Bundesärztekammer positiv gegenüber. Allerdings gilt dies nur für den Fall, dass die außerklinische Ausbildung in Hebammenpraxen vergleichbaren Maßstäben der Qualifikation, der Qualitätssicherung und der standardisierten Dokumentation unterliegt, die auch in der Klinik und der vertragsärztlichen Praxis vorgeschrieben und implementiert

[Referentenentwurf
NotfallsanitäterG. u.
HebammenÄnderungsG](#)

[Stellungnahme der BÄK zu dem
Referentenentwurf
NotfallsanitäterG u
HebammenÄnderungsG](#)

<p>sind. „Solange es keine derartigen gesicherten Qualitätsstandards für auszubildende Hebammen gibt, ist eine Verlagerung der Hebammenausbildung in den ambulanten Bereich in solch erheblichem Umfang im Interesse der Qualität der Ausbildung als kritisch anzusehen“, verdeutlicht die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme.</p>	
<p>BMG will Regelungen des Assistenzpflegebedarfs auf den Bereich der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausweiten</p> <p>Pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte ambulant sicherstellen, haben seit knapp drei Jahren einen Anspruch auf Mitnahme ihrer Pflegekräfte in ein Krankenhaus sowie auf Weiterzahlung der bisherigen entsprechenden Leistungen während der Dauer der Krankenhausbehandlung. Eingeführt wurde die Regelung mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus aus dem Jahr 2009. Nun soll der Anwendungsbereich auch auf den Bereich der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ausgeweitet werden. Das sieht ein vor wenigen Wochen veröffentlichter Referentenentwurf vor.</p> <p>Zur Sicherung des Assistenzbedarfs bei stationärer Vorsorge oder Rehabilitationsbehandlung von pflegebedürftigen Menschen ist u. a. die Weiterzahlung des Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung sowie Weiterleistung der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe für die gesamte Dauer von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsaufenthalten vorgesehen.</p> <p>Die durch den Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs wird von der Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt.</p>	<p>Referentenentwurf eines Assistenzpflegebedarfsgesetzes</p> <p>Stellungnahme der BÄK zu dem Referentenentwurf eines Assistenzpflegebedarfsgesetzes</p>
<p>Umsetzung des nationalen Krebsplanes soll gesetzlich geregelt werden</p> <p>Deutschland stehe trotz erheblicher Fortschritte in der Krebsbehandlung vor wachsenden Herausforderungen in der Krebsbehandlung. Nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums stehe dabei insbesondere die demographisch bedingte Zunahme der Krebserkrankungen im Vordergrund. Im Jahr 2008 wurde daher der Nationale Krebsplan initiiert, um die Krebsfrüherkennung, onkologische Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung zu stärken. Mit Hilfe eines Anfang dieses Monats veröffentlichten Referentenentwurfs sollen nun die im Nationalen Krebsplan erarbeiteten Empfehlungen umgesetzt werden.</p> <p>Als eine Maßnahme wird in dem Gesetzentwurf u. a. vorgeschlagen, die maximale Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Altersgrenze der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht länger gesetzlich vorzugeben. Diese seien vielmehr künftig durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach dem jeweils gültigen Stand des medizinischen Wissens festzulegen.</p> <p>Der Gesetzentwurf sieht zudem Regelungen für den vom Nationalen Krebsplan</p>	<p>Referentenentwurf eines Krebsplan-Umsetzungsgesetzes</p>

<p>empfohlenen flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister vor. Danach sollen die Länder zur Einrichtung solcher Register verpflichtet werden. Der Betrieb der Krebsregister soll künftig für alle die Versorgung betreffenden Aufgaben durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziell gefördert werden. Bei der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen neben zahlreichen weiteren gesundheitspolitischen Akteuren auch die Bundesärztekammer zu beteiligen.</p>	<p>BMG - Nationaler Krebsplan 2012</p>
<p>1.2 In Planung</p>	
<p>Eckpunkte für ein Pflegeberufegesetz: Einheitliche Ausbildung für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte</p> <p>Die bereits im März 2010 unter gemeinsamer Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesfamilienministeriums eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe hat sich dafür ausgesprochen, die Pflegeausbildungen zu modernisieren und zusammenzuführen. Durch eine einheitliche Berufsausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege könne der Beruf insgesamt attraktiver gestaltet werden. Das geht aus einem Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes hervor, das noch nicht veröffentlicht wurde und vertraulich zu behandeln ist.</p> <p>Der Vorschlag der EU-Kommission, die Zugangsvoraussetzungen für die Pflege im sektoralen System von zehn auf zwölf Jahre anzuheben, wird dabei abgelehnt. Als Zugangsvoraussetzung für die Pflege präferiert die Arbeitsgruppe den mittleren Bildungsabschluss (Realschulabschluss) oder den Hauptschulabschluss in Verbindung mit einer Berufsausbildung. Auch die Bundesärztekammer hatte sich u. a. in ihrer Stellungnahme zu dem <i>Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems</i> gegen eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung der Krankenpflege und der Ausbildung von Hebammen auf zwölf Jahre Schulbesuch ausgesprochen.</p> <p>Ferner sollen in dem Gesetz einheitliche Standards für die akademische Pflegeausrichtung festgelegt werden. Die Absolventen des Pflegestudiengangs sollen als "reflektierende Praktiker" in allen Einrichtungen und Diensten der kurativen, präventiven, rehabilitativen und palliativen Versorgung tätig sein. Dabei könnte der Schwerpunkt auf der Pflege und Betreuung von Patienten und Pflegebedürftigen mit hochkomplexen Pflegebedarfen liegen. Ferner heißt es in dem Papier, dass die Absolventen „Qualifikationen erwerben, die - ausgehend von der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der ärztlichen Tätigkeit zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege nach § 63 Absatz 3 c SGB V - zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigen".</p> <p>Das geplante Gesetz soll nicht nur das Altenpflege- und das Krankenpflegegesetz</p>	<p>Eckpunktepapier zur Vorbereitung eines Pflegeberufegesetzes</p> <p>Stellungnahme der BÄK Berufsqualifikation 21062012</p> <p>Beschluss G-BA RL nach § 63 Abs. 3c SGB V</p>

<p>ablösen, sondern auch die Finanzierung der vorgesehenen generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung neu regeln. Es wird erwogen, die Ausbildung etwa durch ein Fondssystem zu finanzieren. Auch wird angeregt, nicht ausbildende Einrichtungen an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen.</p>	
<h2>2. Initiativen aus dem Bundesrat</h2>	
<p>Bundesrat will Versicherte bei künstlicher Befruchtung finanziell entlasten</p> <p>Der Bund habe nach Ansicht des Bundesrates künftig ergänzend zur 50-prozentigen Übernahme der Kosten für eine Kinderwunschbehandlung durch die Krankenkasse weitere 25 Prozent mitzufinanzieren. Damit würde der Eigenanteil der Versicherten von derzeit 50 auf 25 Prozent der Behandlungskosten sinken. Die Länder einigten sich vor wenigen Monaten darauf, den Gesetzentwurf zur Änderung des SGB V zur Kostenübernahme des Bundes für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei Paaren mit Kinderwunsch (Kinderwunschförderungsgesetz) im Bundestag einzubringen, den die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern dem Bundesrat bereits im August 2011 zugeleitet hatte. Dem Gesetzesantrag hatten sich auch die Länder Saarland und Thüringen angeschlossen. In der Begründung zu dem Gesetzesentwurf wird betont, dass „die Erfüllung des Kinderwunsches nicht länger von der Vermögens- und Einkommenssituation der betroffenen Paare abhängig sein soll“.</p>	<p>BR-Drs. 478-11 (B) Beschluss des Bundesrates über die Einbringung eines Kinderwunschförderungsgesetzes</p> <p>BT-Drs. 17-9344 Gesetzentwurf des Bundesrates zum Kinderwunschförderungsgesetz u Gegenäußerung der Bundesregierung</p>
<h2>3. Aus der Opposition</h2>	
<h3>3. 1. Eingebraachte Anträge und Gesetzesentwürfe</h3>	
<p>Oppositionsfraktionen fordern mehr Schutz für Whistleblower</p> <p>Misstände in Unternehmen und Behörden werden oft erst durch Hinweise von Mitarbeitern bekannt, heißt es in dem Entwurf eines Whistleblower-Schutzgesetzes der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 17/9782), der Mitte Juni in erster Lesung im Bundestag zur Diskussion stand.</p> <p>Ziel verantwortungsvoller Whistleblower (Mitarbeiter, die auf interne Probleme aufmerksam machen) sei es, Transparenz und Publizität über bestehende interne, riskante, gefährliche oder korrupte Entwicklungen herzustellen. Allerdings drohten vielen Hinweisgebern neben Mobbing häufig auch arbeits- und dienstrechtliche Konsequenzen bis hin zur Kündigung. Mit Hilfe des Gesetzentwurfes soll es u. a. gelingen, den Whistleblowern arbeits- bzw. dienstrechtlichen Diskriminierungsschutz zu gewähren. Der Bundestagsabgeordnete Ulrich Lange der CDU-Bundestagsfraktion gab im Rahmen der Beratung des Gesetzentwurfes zu bedenken, dass Einzelfälle kein gesetzgeberisches Vorgehen legitimieren und dass es bereits Möglichkeiten der außerbetrieblichen Anzeige und Beschwerde gibt. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte habe dazu klargestellt, dass die interne Klärung grundsätzlich Vorrang vor der externen hat, so Lange weiter.</p>	<p>BT-Drs. 17-9782 Vorschlag Bündnis 90-Die Grünen für ein Whistleblower-Schutzgesetz</p> <p>BT-Drs. 17-8567 Vorschlag der SPD für ein Hinweisgeberschutzgesetz</p>

<p>Die FDP-Fraktion schließt sich dieser Argumentation an.</p> <p>Die SPD-Fraktion als auch die Fraktion Die Linke halten den Vorschlag von Bündnis 90/Die Grünen für angemessen, auch wenn sich diese für eine andere Umsetzung aussprechen. Die SPD hatte bereits im Vorfeld der Sitzung einen eigenen Gesetzentwurf zum Schutz von Hinweisgebern (BT-Drs. 17/8567) eingereicht. Nach diesem soll sich ein Whistleblower bei einem Missstand entweder an seinen Arbeitgeber, eine vom Arbeitgeber im Unternehmen oder Betrieb eingerichtete zuständige Stelle oder an eine betriebliche Interessenvertretung wenden können. Darüber hinaus soll der Hinweisgeber auch das Recht erhalten, sich sofort an eine zuständige externe Stelle zu wenden.</p> <p>Bereits Mitte des Jahres 2011 hatte die Fraktion Die Linke einen Antrag zu diesem Thema (BT-Drs. 17/6492) eingereicht. Darin wird ein Gesetzentwurf zum Schutz und zur Förderung der Tätigkeit von Hinweisgebern gefordert.</p>	<p>BT-Drs. 17-6492 Antrag Die Linke zum Schutz von Hinweisgebern</p>
<p>Bündnis 90/Die Grünen: Eigengebrauch von Cannabis wirksam entkriminalisieren</p> <p>Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen fordert in dem Antrag „Eigengebrauch von Cannabis wirksam entkriminalisieren - Nationale und internationale Drogenpolitik evaluieren“ (BT-Drs. 17/9948) die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vorzulegen. Danach habe die Strafbarkeit zu entfallen, „wenn eine Person Cannabis ausschließlich zum Eigenverbrauch anbaut, herstellt, einführt, erwirbt, besitzt oder zur Ermöglichung des gleichzeitigen und gemeinsamen Konsums unentgeltlich abgibt“. Der Antrag wurde auf der 184. Sitzung des Bundestages Mitte Juni 2012 an den Ausschuss für Gesundheit des Bundestages zur weiteren Beratung überwiesen.</p> <p>Darüber hinaus fordern Bündnis 90/Die Grünen in ihrem Antrag „Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen“ (BT-Drs. 17/6127) die Einbringung eines Gesetzentwurfs zum Ausschluss der Strafverfolgung bei Gebrauch von Cannabis aufgrund einer ärztlichen Empfehlung. Auch wird das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, Bewertungen zur zulassungsüberschreitenden Anwendung von Arzneimitteln auf Basis von Cannabis erstellen zu lassen. In einer öffentlichen Anhörung zu diesem Antrag nahm auch ein Vertreter der Bundesärztekammer teil. Im Vorfeld hatten sich die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft in einer Stellungnahme zu dem Antrag kritisch geäußert: Der therapeutische Einsatz von cannabinoidhaltigen Arzneimitteln könnte für einzelne Patienten zwar sinnvoll sein, doch variiert bei ungeprüften Cannabiszubereitungen der Wirkstoffgehalt, dessen Konstanz eine grundlegende Voraussetzung für eine gezielte und sichere Pharmakotherapie sei, heißt es in der Stellungnahme.</p>	<p>BT-Drs. 17-9948 Antrag Bündnis 90/Die Grünen 'Eigengebrauch von Cannabis wirksam entkriminalisieren'</p> <p>BT-Drs. 17-6127 Antrag Bündnis 90/Die Grünen 'Patienten Zugang zu medizinischem Cannabis ermöglichen'</p> <p>BÄK-Stellungnahme zu dem Antrag Bündnis 90-Die Grünen auf BT-Drs- 17-6127</p>

<p>Privat versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen</p> <p>Die Bundesregierung habe einen Gesetzentwurf zur Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung vorzulegen. Das ist die finale Forderung der Bundestagsfraktion Die Linke in dem Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drs. 17/10119), der am 26. Juni 2012 veröffentlicht wurde. Nach Ansicht der Antragsteller sollen die PKV-Versicherten in die gesetzliche Krankenversicherung überführt und die PKV auf das Geschäftsfeld der Zusatzversicherung für medizinisch nicht relevante Leistungen begrenzt werden.</p>	<p>BT-Drs. 17-10119 Antrag Die Linke zur Abschaffung der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung</p>
<p>Abschaffung der Praxisgebühr</p> <p>Die Praxisgebühr muss abgeschafft werden. Darüber sind sich die Oppositionsfraktionen einig. Das geht aus den Anträgen der SPD-Fraktion „Praxisgebühr abschaffen - Hausärztinnen und Hausärzte stärken“ (BT-Drs. 17/9189), der Fraktion Die Linke „Zuzahlung für Patientinnen und Patienten jetzt abschaffen“ (BT-Drs. 17/9067) sowie der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Zusatzbeiträge aufheben, Überschüsse für Abschaffung der Praxisgebühr nutzen“ (BT-Drs. 17/9408) hervor.</p> <p>Die Fraktion Die Linke fordert in ihrem Antrag die Abschaffung sämtlicher Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Antrag der SPD heißt es: „Aufgrund mangelhafter Effekte und der positiven Finanzlage der GKV ist die Praxisgebühr ersatzlos zu streichen. Im Zuge der Einführung einer Bürgerversicherung müssen zudem die Zusatzbeiträge abgeschafft und zur Beitragssatzautonomie der Krankenkassen zurückgekehrt werden.“ Darüber hinaus fordert die SPD die Wiederherstellung des Rechtszustands vor dem 22. September 2010 bezüglich der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 SGB V.</p> <p>Auch Bündnis 90/Die Grünen sprechen sich für die Abschaffung der Praxisgebühr und der pauschalen, alleine von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeiträge, aus. Außerdem fordern Die Grünen die Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen.</p> <p>Am 27. April wurden die Anträge der Oppositionsfraktionen im Bundestag beraten und federführend an den Gesundheitsausschuss des Bundestages überwiesen.</p>	<p>BT-Drs. 17-9189 SPD-Antrag zur Abschaffung der Praxisgebühr</p> <p>BT-Drs. 17-9067 Antrag Die Linke zur Abschaffung der Zuzahlungen für Patienten</p> <p>BT-Drs. 17-9408 Antrag Bündnis 90/Die Grünen zur Abschaffung der Praxisgebühr</p>
<p>Individuelle Gesundheitsleistungen</p> <p>Die Abgeordneten der Fraktion der SPD wollen Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) eindämmen. Das geht aus einem Antrag (BT-Drs. 17/9061) hervor, in dem die Bundesregierung aufgefordert wird, ein Gesetz zur Überarbeitung der Rahmenbedingungen für diese Leistungen vorzulegen. Als Grund für die Initiative führen die Antragsteller unter anderem an, dass im Jahr 2010 in deutschen Arztpraxen Individuelle Gesundheitsleistungen im Wert von 1,5 Milliarden Euro erbracht worden sein sollen. „Patienten werden in den Arztpraxen zum Teil durch</p>	<p>BT-Drs. 17-9061 Antrag der SPD zur Eindämmung individueller Gesundheitsleistungen</p>

aggressives Marketing zu den Leistungen gedrängt und erhalten häufig weder schriftliche Behandlungsverträge noch schriftliche Rechnungen", heißt es in der Begründung. Ferner wird behauptet, dass individuelle Gesundheitsleistungen deutlich häufiger Patienten mit höheren Einkommen angeboten werden, wodurch sich der Eindruck verdichten würde, dass bei der Erbringung dieser Leistungen nicht die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund stehe, sondern die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte.

Vor diesem Hintergrund wird in dem Antrag vorgeschlagen, einem Arzt künftig zu verbieten, für einen Patienten dann eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen, wenn er bereits am selben Tag für diesen Patienten eine Individuelle Gesundheitsleistung erbracht hat. Ausnahmen davon seien lediglich dann möglich, wenn der Patient selbst spezielle Leistungen wie etwa eine Reiseschutzimpfung nachfragt. Die Neuregelungen sollen nach Ansicht der SPD Fraktion in den vertragsärztlichen Pflichten normiert und bei Zuwiderhandlung von den Kassenärztlichen Vereinigungen sanktioniert werden. Als Sanktionsmittel sei auch ein Zulassungsentzug nicht auszuschließen.

„Grundsätzlich muss bei Individuellen Gesundheitsdienstleistungen ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden", heißt es in dem Antrag weiter. Dabei soll der Arzt verpflichtet werden, „umfassend zu informieren, u. a. auch darüber, warum eine Individuelle Gesundheitsleistung nicht GKV-Leistung ist, bzw. wann sie es wäre". In diesem Zusammenhang sei auch ein Beratungsgespräch vorzusehen, das von den behandelnden Ärzten selbst vorgenommen werden müsse und nicht an Dritte delegiert werden dürfe.

Darüber hinaus habe die Bundesregierung nach Ansicht der Antragsteller dafür zu sorgen, „dass in den vertragsärztlichen Verpflichtungen bei der Zulassung durch die regionalen Zulassungsausschüsse sichergestellt wird, dass Vertragsärzte den überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Kassenleistungen verwenden".

Im Mai wurde der Antrag der SPD-Fraktion zur Eindämmung individueller Gesundheitsleistungen federführend an den Gesundheitsausschuss des Bundestages überwiesen.

Die Bundesärztekammer hat unterdessen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und mit Unterstützung durch zahlreiche weitere Gesundheitsakteure die Vorversion der 2. Auflage des Ratgebers: „Selbst zahlen? – Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte" vorgelegt.

[Protokoll der 178. Plenarsitzung des Bundestages zu dem Antrag der SPD 'Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen'](#)

[BÄK und KBV - IGeL Ratgeber Vorversion 2.Auflage Mai 2012](#)

3.2 Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen

Gewährleistung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes bei Ärzten

„Das Recht der ärztlichen Berufsausübung und der Berufsausübung sonstiger Heilberufe fällt nach der Zuständigkeitsverteilung des Grundgesetzes in die Zuständigkeit der Länder. Der dort bereits angestoßenen Diskussion (Bundesrats-Drucksache 676/10) über die Gewährleistung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes wird die Bundesregierung nicht vorgreifen.“ Das verdeutlichte die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Einführung weiterer Verpflichtungen zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung (BT-Drs. 17/9336), die über die in den Berufsordnungen sowie Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder verankerten Verpflichtungen hinausgehen. Die Fraktion hatte die Bundesregierung in einer Kleinen Anfrage aufgefordert, Fragen zur Berufshaftpflichtversicherung in medizinischen Berufen zu beantworten.

In der Vorbemerkung haben die Antragsteller auf die verschärfte Situation für Hebammen und Ärzte durch die deutlich steigenden Berufshaftpflichtprämien aufmerksam gemacht. Zu dem Vorschlag einer „verpflichtenden umlagefinanzierten Versicherungslösung entsprechend der Unfallversicherung“ bekräftigt die Bundesregierung ihre Auffassung, dass sich das bestehende System des Haftungsrechts bewährt habe. Die Einführung einer solchen Versicherungslösung sei weder erforderlich noch geboten. „Die gesetzliche Unfallversicherung folgt grundlegend anderen Prinzipien als eine Haftpflichtversicherung. Sie schützt unmittelbar vor dem Risiko einer gesundheitlichen Schädigung. Die Haftpflichtversicherung tritt hingegen dann ein, wenn jemand für einen Schaden, den er verursacht hat, haftet“. Die Haftpflichtversicherung als umlagefinanzierte Versicherung entsprechend den Prinzipien der (gesetzlichen) Unfallversicherung sei nicht denkbar, führt die Bundesregierung ferner an.

[BT-Drs. 17-9336 Antwort der BR zur Berufshaftpflichtversicherung in medizinischen Berufen](#)

[BR-Drs. 676-10 Entschließung des Bundesrates über ein Gesetz zur Stärkung der Patientenrechte S. 3 - 4](#)

Durchführung von Gesprächen mit Angehörigen bei postmortalen Organspende

Nach geltender Rechtslage sei es möglich, bereits im Vorfeld einer Hirntoddiagnostik abstrakt über eine mögliche Organspende zu sprechen - dies sei insbesondere dann der Fall, wenn Angehörige diese Frage ihrerseits aufwerfen. Allerdings sei ein Angehörigengespräch mit dem konkreten Ziel der Klärung, ob der mögliche Organspender eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgegeben hat und wie deren Inhalt aussieht, aufgrund des § 7 des Transplantationsgesetzes (TPG) erst nach der Feststellung des Hirntodes zulässig. Eine darüber hinausgehende Regelung zur gesetzlichen Festschreibung dieses Zeitpunktes sei weder erforderlich noch sachlich angezeigt. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen betreffend Gespräche mit den Angehörigen bei postmortalen Organspende

<p>hervor. In der Kleinen Anfrage beziehen sich die Antragsteller unter anderem auf die „umstrittene Kommunikationstechnik Neurolinguistisches Programmieren (NLP), die nach Medienberichten von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) in Schulungen vermittelt worden sein soll“.</p> <p>Die Bundesregierung betont, dass es mit der Intention des TPG nicht vereinbar sei, wenn Angehörigengespräche zielgerichtet daraufhin geführt werden, eine Zustimmung zur Organspende zu erhalten. Der Bundesregierung lägen keine Erkenntnisse darüber vor, dass die DSO in ihren Schulungen eine Ausrichtung der Angehörigengespräche dahingehend empfiehlt. Auch würden der Bundesregierung keine Erkenntnisse über die Verwendung von NLP in Angehörigengesprächen zur postmortalen Organspende und über die Vermittlung entsprechender Kenntnisse in Schulungen für DSO-Koordinatoren oder für Klinikpersonal vorliegen.</p>	<p>BT-Drs. 17-9334 Antwort der BR betreffend Gespräche mit Angehörigen bei postmortalen Organspende</p>
<p>Sucht im Alter - Aufklärung fördern und „Nationale Strategie“ mit Leben füllen</p> <p>Zwar ist Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch in höheren Altersgruppen seltener, dafür nimmt aber der Gebrauch von Psychopharmaka bei älteren Menschen zu. Darauf verwies die Bundesregierung Ende Mai dieses Jahres in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der SPD betreffend „Sucht im Alter - Aufklärung fördern und „Nationale Strategie“ mit Leben füllen“ (B-Drs. 17/9706). Wegen der wachsenden Zahl älterer Menschen warnt die Regierung, dass in Zukunft auch die Zahl älterer Menschen mit Alkoholerkrankungen zunehmen könnte. Um älteren Menschen besser dabei helfen zu können, Sucht zu vermeiden, sei die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zu verbessern.</p>	<p>BT-Drs. 17-9706 Antwort der BR „Nationale Strategie“ zur Drogen- und Suchtpolitik</p>
<p>3.3 Schriftliche Fragen an die Bundesregierung</p> <p>Praxiscoachings für Vertragsarztpraxen zur Maximierung des Praxisgewinns mit IGeL</p> <p>In einer schriftlichen Frage wollte die gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Biggi Bender, in Erfahrung bringen, wie die Bundesregierung die Förderung von Praxiscoachings durch das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) für Vertragsarztpraxen zur Maximierung des Praxisgewinns mit Individuellen Gesundheitsangeboten (IGeL) begründet. Frau Bender bezieht sich darin auf Praxiscoachings des Unternehmens „Profitraining“ (http://www.profitraining.de/medizin1.php). Die Anfrage geht auf die Sendung „report München - Wie Ärzte bei Kassenpatienten Reibach machen“, vom 5. Juni 2012, zurück.</p> <p>Die Bundesregierung führt in ihrer Antwort vom 13. Juni 2012 an, dass die Zuschüsse zu den Kosten einer Beratung oder eines Seminars auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie über die „Förderung unternehmerischen Know-hows für kleine und mittlere Unternehmen sowie Freie Berufe“ erfolgen. Damit soll die Leistungsfähigkeit u. a. der Freien</p>	<p>Antwort der Bundesregierung zu dem Thema Praxiscoachings für Vertragsarztpraxen</p>

<p>Berufe - demnach auch der Ärzte - gesteigert werden, heißt es in der Antwort weiter. Zwar prüfe das BAFA die Förderfähigkeit einzelner Beratungen und Schulungen auf ihre Vereinbarkeit mit den Richtlinien, konkrete Produkte und Dienstleistungen werden hingegen nicht bewertet. „Im Übrigen enthebt die Förderung Ärzte nicht von ihren berufs- und sozialrechtlichen Pflichten gegenüber Patienten. Es ist Aufgabe der ärztlichen Körperschaften, etwaige Verstöße gegen das Berufs- und Vertragsarztrecht zu ahnden“, so die Bundesregierung in ihrer Antwort.</p>	
<p>Gründe für unterschiedliche Finanzsituation der Krankenkassen</p> <p>Dr. Bunge, Martina (Die Linke): Welche Gründe sind maßgeblich für die unterschiedliche Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen, und welchen Anteil an dieser ungleichen Finanzsituation hat der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich? Antwort: ... Die unterschiedliche Finanzsituation ist u. a. davon abhängig, welche Finanzreserven die einzelnen Krankenkassen in den Vorjahren vorgehalten haben. Auch muss der Vermögensstand miteinbezogen werden, von welchem die Krankenkasse zu Beginn des Entschuldungszeitraumes ausgehen musste. Die Finanzsituation der einzelnen Krankenkassen wird auch dadurch beeinflusst, in welchem Umfang die Ausgaben der Krankenkassen durch die Zuweisungen, die die Krankenkassen unter Berücksichtigung der spezifischen Morbidität aus dem Gesundheitsfonds erhalten, gedeckt werden. Unterschiedliche Deckungsgrade bei den einzelnen Krankenkassen liegen u. a. darin begründet, dass die tatsächlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkasse von den standardisierten Aufwendungen insbesondere für Leistungs- und Verwaltungsaufgaben abweichen.</p>	<p>Antwort der Bundesregierung zu den Gründen unterschiedlicher Finanzsituationen der GKVen</p>
<p>EU-Patientenrechterichtlinie - Stand der Einrichtung nationaler Kontaktstellen</p> <p>Graf, Angelika (Rosenheim) (SPD): Wie ist der aktuelle Stand der bei der durch die EU-Patientenrechterichtlinie (2011/24/EU) vorgeschriebenen Einrichtung einer nationalen Kontaktstelle, und wie wird die Bundesregierung die Bürger über die in dieser Richtlinie vorgeschriebenen Rechte und Pflichten der Patienten informieren? Antwort: ... Hinsichtlich der Einrichtung der nationalen Kontaktstelle nach Artikel 6 der Richtlinie strebt die Bundesregierung eine kosten- und verwaltungslastenarme Lösung an, die auf bestehende Strukturen im deutschen Gesundheitswesen aufbaut. Die Bundesregierung hat Gespräche mit der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) aufgenommen, die über weitreichende Kompetenzen und Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügt. Eine Information der Bürger über den Regelungsgehalt der Richtlinie erfolgt bereits auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-g/patientenmobilitaetsrichtlinie.html).</p>	<p>Antwort der Bundesregierung zu dem Stand der Einrichtung nationaler Kontaktstellen gem. der EU-Patientenrechterichtlinie</p>

Postmortale Organspende: Möglichkeiten einer Umgehung der üblichen Allokationsregeln

Dr. Terpe, Harald (Bündnis 90/Die Grünen): Wie viele postmortale Organspenden wurden in Deutschland seit 2002 als sogenannte Zentrumsangebote an die Organempfänger vermittelt und kann die Bundesregierung ausschließen, dass durch diesen Verteilungsmechanismus die üblichen Allokationsregeln umgangen werden? **Antwort:** ... Die Vermittlung vermittlungspflichtiger Organe erfolgt durch die Vermittlungsstelle nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten. Die Bundesärztekammer stellt den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Absatz 3 Satz 1 TPG fest. Hierbei gilt, dass Organe grundsätzlich patientengerichtet vermittelt werden. Allein in den Fällen, in denen eine Organvermittlung nach dem patientengerichteten Vermittlungsverfahren nicht gelingt oder aus bestimmten Gründen der Verlust eines Spenderorgans droht, kann die Vermittlungsstelle im Einklang mit den diesbezüglichen Vorgaben der vorgenannten Richtlinien der Bundesärztekammer in ein sog. beschleunigtes Vermittlungsverfahren wechseln.

Im Rahmen eines solchen beschleunigten Vermittlungsverfahrens kann es dazu kommen, dass, trotz der Bemühungen um eine regionale und hierbei auch patientengerichtete Vermittlung der Vermittlungsstelle, ein Teil der Organe in dem Transplantationszentrum verbleibt, in dem es sich gerade befindet, z. B. wenn die anderen Zentren das Angebot nicht akzeptieren. Dies verhindert einen Organverlust und kommt auch einer kurzen Ischämiezeit zu Gute. Dass die Anzahl der beschleunigten Vermittlungsverfahren in den letzten Jahren für alle Organe gestiegen ist, liegt an einem deutlichen Anstieg des mittleren Spenderalters und der damit einhergehenden ausgeprägten Zunahme des Anteils der Spender mit erweiterten Spenderkriterien. Pankreata von Spendern, die älter als 50 Jahre sind oder einen Body Mass Index von mehr als 30 aufweisen, werden im Übrigen seit 2011 gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer unmittelbar im sog. beschleunigten Vermittlungsverfahren angeboten.

[Antwort der Bundesregierung zu Möglichkeiten einer Umgehung der üblichen Allokationsregeln](#)

Maßnahmen zur Bekämpfung der Korruption von Ärzten

Vogler, Kathrin (Die Linke): Welche Maßnahmen zur Bekämpfung der Korruption von Ärzten hält die Bundesregierung für notwendig? **Antwort:** ... Die Bundesregierung räumt der Korruptionsbekämpfung einen hohen Stellenwert ein. Es ist aber Aufgabe aller Beteiligten, vermehrt und gezielt mit den zur Verfügung stehenden rechtlichen Mitteln gegen diejenigen vorzugehen, die dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zuwiderhandeln. Ein ergänzender gesetzlicher Handlungsbedarf wird derzeit nicht gesehen.

Zu den rechtlichen Mitteln: Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde ein neuer § 128 in das SGB V aufgenommen, mit dem der Gesetzgeber auf fragwürdige Praktiken in der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und

[Antwort der Bundesregierung zu weiteren Maßnahmen zur Bekämpfung der Korruption von Ärzten](#)

<p>Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich reagiert hat. Derweilen wurden diese Regelungen weiterentwickelt und verschärft. So wurde beispielsweise ausdrücklich geregelt, dass die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen sowie auch eine Beeinflussung von Versicherten zur Inanspruchnahme einer privat-ärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Kassenleistung Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellen. Die Krankenkassen haben ferner vertraglich sicherzustellen, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen Vorschriften des § 128 SGB V angemessen geahndet werden, und bei Hinweisen auf ein Fehlverhalten von Vertragsärztinnen oder -ärzten sowohl die zuständige Ärztekammer als auch die Kassenärztliche Vereinigung zu informieren.</p>	
<p>4. Rechtsverordnung</p> <p>Medizinprodukte-Durchführungsverordnung tritt zum 1. Januar 2013 in Kraft</p> <p>Bei der Durchführung und Qualitätssicherung der Überwachung von Medizinprodukten haben die Bundesländer bislang unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, um ihren Aufgaben in geeigneter Weise nachzukommen. Damit künftig eine bundeseinheitliche, qualitätsgesicherte Überwachung durch die Länder sichergestellt werden kann, haben sich Bund und Länder auf eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes einigen können, die am 24. Mai 2012 im Bundesanzeiger bekanntgemacht wurde.</p> <p>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>Die Verwaltungsvorschrift wird am 1. Januar 2013 in Kraft treten.</p>	<p>BR-Drs. 863-11 (B) Beschluss des Bundesrates einer Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift</p> <p>Pressemitteilung BMG zu dem Kabinettsbeschluss einer Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift</p>
<p>Ärztliche Approbationsordnung: Bund und Länder machen Weg für Abschaffung des Hammerexamens frei</p> <p>Nachdem sich die Länderkammer Mitte Mai dieses Jahres auf eine finale Fassung einer Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte einigen konnte, hat nun auch das Bundeskabinett den Verordnungsentwurf zur Umsetzung freigegeben. Damit ist der Weg für die Abschaffung des Hammerexamens durch die Verlegung des schriftlichen Teils des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr (PJ) frei. Am 1. Januar 2014 soll die neue Regelung in Kraft treten. Bereits vor diesem Zeitpunkt werden die zudem vorgesehenen Neuregelungen, wie beispielsweise die Einbeziehung weiterer geeigneter Krankenhäuser in die Ausbildung im Praktischen Jahr oder die Einführung der Mindestdauer des Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin, in Kraft treten.</p>	<p>BR-Drs. 862-11 1. Verordnung zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung</p> <p>BR-Drs. 238-12 Beschluss des Bundesrates zu der 1. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung</p>

<p>Der im Vorfeld der Einigung zwischen Bund und Länder viel diskutierte Vorschlag des Gesundheitsausschusses des Bundesrates, das frei wählbare dritte Tertial im PJ durch ein Pflichttertial in der Allgemeinmedizin zu ersetzen, fand hingegen kein Eingang in die Verordnung. Der Vorschlag fand im Bundesrat keine Mehrheit - eine Entscheidung, die auch in der Ärzteschaft auf breite Zustimmung stieß: Der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg hatte begrüßt, dass im Medizinstudium die Wahlmöglichkeiten im dritten Tertial des Praktischen Jahres (PJ) erhalten bleiben sollen.</p>	<p>Pressemitteilung des BMG zur Kenntnisnahme der ärztlichen Approbationsordnung</p>
<p>Datentransparenzverordnung – DIMDI soll Aufgaben der Vertrauensstelle und Datenaufbereitungsstelle übernehmen</p> <p>Zur Wahrnehmung, Durchführung und Finanzierung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt, durch eine Rechtsverordnung eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle sowie eine Datenaufbereitungsstelle zu bestimmen. Mit dem Ende Mai 2012 veröffentlichten Referentenentwurf einer Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz ist das Bundesgesundheitsministerium dieser Ermächtigung nachgekommen und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Vertrauensstelle als auch der Datenaufbereitungsstelle betraut.</p> <p>Hintergrund: Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes konnten Anfang des Jahres 2012 neue Regelungen zu der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung in das Fünfte Sozialgesetzbuch etabliert werden. Mit der damit einhergehenden Bereitstellung pseudonymisierter Daten durch öffentliche Stellen soll das Ziel verfolgt werden, durch eine hierdurch nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Entscheidungsprozesse und für die Versorgungsforschung einen effizienteren Ressourceneinsatz im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt den Entwurf der Datentransparenzverordnung als konkreten Schritt, der Zielsetzung einer datengestützten, versorgungsforschungsbasierten Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe eines für die Akteure des Gesundheitswesens zu schaffenden Datenzugangs näher zu kommen. Allerdings wird empfohlen, Detailregelungen zu der Aufgabenwahrnehmung des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information sowie zu der Festlegung einer Evaluation der Auswirkungen der Rechtsverordnung zu überarbeiten. So müsse hinsichtlich der Aufgabenwahrnehmung beispielsweise geprüft werden, ob eine Aufteilung von Vertrauensstelle und Datenaufbereitungsstelle auf zwei separate Einrichtungen zugunsten einer höheren Datensicherheit und zur Vermeidung von Zielkonflikten innerhalb einer Einrichtung realisierbar ist, heißt es in der Stellungnahme der BÄK.</p>	<p>Referentenentwurf einer Datentransparenzverordnung</p> <p>BÄK-Stellungnahme zu dem Referentenentwurf einer Datentransparenzverordnung</p>

<p>Abschluss des parlamentarischen Verfahrens zur Vierten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung</p> <p>Die Vierte Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung ist im Juni dieses Jahres nach Abschluss des parlamentarischen Verfahrens im Bundesgesetzblatt verkündet worden und am 12. Juni in Kraft getreten.</p> <p>Die Apothekenbetriebsordnung wurde punktuell geändert, um etwa die Regelungen an neue Herstellungstätigkeiten, an inzwischen geänderte rechtliche Bedingungen und an Erfahrungen aus der Praxis anzupassen. Die Verordnung zielt darauf ab, die Regelungen für die Arzneimittelherstellung und -prüfung in der Apotheke zu konkretisieren, die Beratungs- und Informationspflicht der Apotheken zu stärken und die Arzneimittelsicherheit sowie die Versorgung mit Arzneimitteln zu verbessern.</p> <p>Im Einzelnen sieht die Verordnung nun auch eine Begriffsdefinition für das Medikationsmanagement in Bezug auf die pharmazeutische Tätigkeit vor. Danach umfasst die pharmazeutische Tätigkeit auch „das Medikationsmanagement, mit dem die gesamte Medikation des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation, wiederholt analysiert wird mit den Zielen, die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Therapietreue zu verbessern, indem arzneimittelbezogene Probleme erkannt und gelöst werden“. Dabei ist auch festgelegt worden, dass die Bewertung der Analyse und die Beratung im Rahmen eines Medikationsmanagements durch einen Apotheker der Apotheke zu erfolgen habe.</p>	<p>Zweite zur Kenntnisnahme der Bundesregierung einer Apothekenbetriebsordnungsänderungsverordnung</p>
<p>Bundesrat stimmt 26. Betäubungsmitteländerungsverordnung zu</p> <p>Der Bundesrat hat auf seiner Juli-Sitzung beschlossen, dem Entwurf einer 26. Betäubungsmitteländerungsverordnung zuzustimmen. Mit Hilfe der Änderungsverordnung sollen neue synthetische, psychoaktive Stoffe in die Anlagen des BtMG mitaufgenommen werden, um den Missbrauch dieser Stoffe einzudämmen und die Strafverfolgung zu erleichtern.</p> <p>Daneben haben sich die Bundesrats-Mitglieder auch auf eine Entschlieung geeinigt. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert zu prüfen, wie eine Gruppenunterstellung psychoaktiver Substanzen unter das BtMG durchzusetzen sei. Bislang werden psychoaktive Substanzen nur einzeln dem BtMG unterstellt. So können beispielsweise durch kleine chemische Änderungen bekannter Betäubungsmittel sogenannte Designer-Drogen hergestellt werden, die nicht im BtMG aufgeführt sind.</p>	<p>BR-Drs. 317-12 Regierungsentwurf 26. Betäubungsmitteländerungsverordnung</p> <p>BR-Drs. 317-12 Beschluss des Bundesrates 26. Betäubungsmitteländerungsverordnung</p>
<p>5. Verschiedenes</p> <p>85. Bundesgesundheitsministerkonferenz 27./28. Juni 2012</p> <p>Um die medizinische und pflegerische Versorgung zu verbessern und nachhaltig zu sichern, bedarf es nach Einschätzung der Gesundheitsminister der Länder auch</p>	

über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hinaus weiterer Anstrengungen. So müssten Maßnahmen zur Vorbeugung des Fachkräftemangels ergriffen und die Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses überarbeitet und zeitnah verabschiedet werden. Das geht aus einem einstimmig gefassten Beschluss zur Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der 85. Gesundheitsministerkonferenz hervor, die im Zeitraum vom 27. bis zum 28. Juni 2012 in Saarbrücken stattfand.

Auch sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen angehalten werden, die ihnen mit dem GKV-VStG zusätzlich eingeräumten Instrumentarien umfänglich zu nutzen, um dem ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrag zur flächendeckenden ambulanten Versorgung Rechnung zu tragen.

Neben der Weiterentwicklung der Pflegeberufe, der Einführung einer nutzerorientierten Telematik im Gesundheitswesen und der Verbesserung der Anerkennungspraxis nach Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes, diskutierten die Länderminister auch über die bedarfsgerechte Steuerung der (ärztlichen) Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. „Die GMK stellt fest, dass bereits viele Instrumente für eine bedarfsgerechte Steuerung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen. Mit Blick auf die jetzt schon erkennbare Entwicklung steht zu befürchten, dass diese Instrumente nicht ausreichen werden. Die GMK empfiehlt daher, diese Instrumente regional bedarfsspezifisch unter Berücksichtigung guter Beispiele in den Ländern auszubauen und weiterzuentwickeln“, heißt es in dem dazu gefassten Beschluss.

Ergänzend zu diesen Beschlüssen haben sich die Länder auch auf eine „Saarbrücker Erklärung“ einigen können, in der sie zu der Kostenübernahme für Behandlungsmaßnahmen bei ungewollter Kinderlosigkeit Stellung nehmen. Darin heißt es wörtlich: „Die Gesundheitsminister würden es begrüßen, wenn die gesetzliche Krankenkassen von der ihnen in § 11 Absatz 6 SGB V eingeräumten Satzungsermächtigung Gebrauch machen würden, ihren Kostenanteil auf mind. 62,5 % zu erhöhen“. Derzeit erstatten die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten für die ersten drei medizinisch notwendigen und erfolgversprechenden Behandlungen Kosten in Höhe von 50 Prozent.

[Beschlüsse der 85. Gesundheitsministerkonferenz](#)

[85. GMK - TOP 6.12 Saarbrücker Erklärung](#)

Korruption im Gesundheitswesen: Debatte über einen Antrag der SPD und über ein Urteil des Bundesgerichtshofes

Das Thema „Korruption im Gesundheitswesen“ stand in den vergangenen Wochen und Monaten mehrfach im Mittelpunkt der politischen Diskussion. Aufhänger waren dabei neben eines **Antrags der SPD-Bundestagsfraktion "Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen"** (BT-Drs. 17/3685) auch das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) zur Strafbarkeit von Kassenärzten wegen Bestechlichkeit.

Bereits Ende des Jahres 2010 hatte die SPD den Antrag in das parlamentarische Verfahren eingebracht. Gefordert wird darin unter anderem, durch ergänzende Regelungen im Strafgesetzbuch sicherzustellen, dass Korruptionshandlungen

[BT-Drs. 17-3685 Antrag der SPD 'Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen'](#)

niedergelassener Vertragsärzte Straftatbestände darstellen. Auch sprechen sich die Antragsteller dafür aus, durch entsprechende gesetzliche Regelungen dafür zu sorgen, dass systematische Falschabrechnungen von Krankenhäusern mit spürbaren Sanktionen geahndet werden.

Am 28. März dieses Jahres hatte der Gesundheitsausschuss des Bundestages Experten zu einer **öffentlichen Anhörung** geladen, um mit Ihnen über die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit des Antrages zu diskutieren.

Die zahlreichen geladenen Experten von Seiten der Krankenhäuser, Ärzteschaft, Krankenkassen und der Staatsanwaltschaft konnten sich im Rahmen der Anhörung nicht auf ein Instrument einigen, durch welches der Korruption im Gesundheitswesen am besten entgegengewirkt werden könnte. Viele Experten sprachen sich allerdings gegen eine ergänzende Regelung im Strafgesetzbuch aus, zumal - wie während der Anhörung deutlich wurde - keine Angaben darüber gemacht werden können, welchen Umfang die Korruption überhaupt hat. So wurden etwa unterschiedliche Angaben über die Zahl der bewiesenen Betrugsfälle von Krankenhäusern gemacht. In diesem Zusammenhang wurde auch festgestellt, dass nur wenig verwertbaren Daten vorliegen würden, die deutlichere Aussagen über den Umfang der Korruption im Gesundheitswesen machen könnten.

Mittlerweile hat der BGH ein langerwartetes **Urteil zur Bestechlichkeit von Ärzten** gefällt. Darin kommt der BGH zu dem Ergebnis, dass der freiberuflich tätige Kassenarzt weder Angestellter noch Funktionsträger einer öffentlichen Behörde ist. „Er [der BGH] hebt damit auf die besondere, freiberufliche Stellung des Arztes ab. Dieser werde aufgrund der individuellen, freien Auswahl des Versicherten tätig. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird, so stellen die Richter des Bundesgerichtshofes fest, wesentlich vom persönlichen Vertrauen und der Gestaltungsfreiheit gekennzeichnet, die der Bestimmung durch die gesetzlichen Krankenkassen weitgehend entzogen ist“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, nach Bekanntgabe des Urteils.

Der Bundesgerichtshof führt in seinem Urteil aus, dass die Verordnung eines Arzneimittels zwar den gesetzlichen Leistungsanspruch auf Sachleistung konkretisiert, dass dieser aber untrennbar Bestandteil der ärztlichen Behandlung ist und sich innerhalb des „personalgeprägten Vertrauensverhältnisses“ zwischen Versicherten und Arzt vollzieht. Der Bundesgerichtshof stellt abschließend fest: „Die Einbindung des Vertragsarztes in das System öffentlich gelenkter Daseinsfürsorge verleiht der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht den Charakter hoheitlich gesteuerter Verwaltungsausübung.“

Bereits wenige Tage später haben sich die Bundestagsabgeordneten einen gesundheitspolitischen Schlagabtausch zu dem Thema „Korruption im Gesundheitswesen“ geliefert. Die SPD-Fraktion hatte die Aussprache in Form einer **Aktuellen Stunde** nach der Bekanntgabe des BGH-Urteils beantragt.

Anders als die Regierungsfractionen fasste die Opposition das Urteil des BGH als Aufforderungen auf, weitere Straftatbestände zur Ahndung der Korruption im Gesundheitswesen zu etablieren. „Wir brauchen ergänzende Normen, um diese

[Bundestag: Aktuelle Stunde zur Korruption im Gesundheitswesen](#)
[Wortprotokoll](#)

[Leserbrief: Dr. Frank Ulrich Montgomery im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“](#)

[BT-Drs. 17-9587](#)
[Beschlussempfehlung und Bericht zu dem SPD-Antrag 17-3685](#)

Regelungslücke zu schließen; denn es ist niemandem zu erklären, dass ein angestellter Arzt, wenn er geschmiert wird, bestraft werden kann, ein niedergelassener Arzt aber nicht", führte der SPD-Bundestagsabgeordnete, Dr. Edgar Franke, an. Anders die Position von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP): „Wir werden es [das BGH-Urteil] gründlich auswerten und dann entscheiden, ob daraus Konsequenzen zu ziehen sind und Gesetze geändert werden müssen. Die Konsequenzen können aber nicht schon ein paar Tage nach dem Urteil gezogen werden, sondern erst nach gründlicher Auswertung", führte Bahr an. Zudem verwies er auf die falsche Darstellung, der BGH erlaube nunmehr, dass Ärzte Geschenke annehmen dürfen. „Der Bundesgerichtshof hat sich ausschließlich mit der Frage beschäftigt, ob Ärzte als Angestellte und Beauftragte einer gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Aus guten Gründen hat der Bundesgerichtshof diese Frage verneint", so der Bundesminister.

Der Unionsabgeordnete Rudolf Henke kritisierte die Aussagen der Oppositionsfraktion scharf: „Sie suggerieren unter dem Eindruck des BGH-Urteils und unter dem Eindruck bestimmter öffentlicher Schlagzeilen, dass hier eine Situation festgeschrieben wird, in der es keine Sanktionen, keine Gegenmaßnahmen, kein staatliches Handeln dagegen gibt, dass sich jemand in seiner Arztpraxis schmieren lässt". Er verwies auf sozial- und berufsrechtliche Regelungen. Beispielhaft nannte er das Verbot für Vertragsärzte, sich für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Auch der **Präsident der Bundesärztekammer** hat der Darstellung in Medienberichten widersprochen, Ärzte dürfen sich nach dem Grundsatzurteil des BGH mit Geschenken oder anderen Zuwendungen zu einer Änderung ihres Ordnungsverhaltens animieren lassen. In einem vor wenigen Tagen im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel" veröffentlichten Leserbrief verweist der BÄK-Präsident auf die ärztliche Berufsordnung. „Diese verbietet eindeutig die Annahme von Geschenken. Sie wird also berufsrechtlich sanktioniert und kann zu empfindlichen Strafen führen. Die Ärztekammer vertritt die Sanktionen ausdrücklich und wünscht sich sogar eine Verschärfung des Ermittlungs- und Sanktionsinstrumentariums", heißt es in dem Leserbrief zu dem kürzlich im Spiegel veröffentlichten Artikel „Ärzte dürfen weiterhin Schmiergeld kassieren" (Nr. 26/2012).

Die **finale Abstimmung im Bundestag** über den Antrag der SPD-Fraktion zu dem Thema „Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen" (BT-Drs. 17/3685) wird erst nach der Sommerpause, frühestens im September dieses Jahres stattfinden. Bereits jetzt liegt allerdings die Beschlussempfehlung (BT-Drs. 17/9587) des für den Antrag federführenden Bundestag-Gesundheitsausschuss vor. Darin wird empfohlen, den Antrag der SPD-Bundestagsfraktion abzulehnen.

SPD und Bündnis 90/Die Grünen fordern mehr Sicherheit bei Medizinprodukten

Die Federführung für den Antrag der SPD-Fraktion „Mehr Sicherheit bei Medizinprodukten“ (BT-Drs. 17/9932) sowie der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Sicherheit, Wirksamkeit und gesundheitlichen Nutzen von Medizinprodukten besser gewährleisten“ wurde dem Gesundheitsausschuss des Bundestages übertragen. Zudem fand im Juni 2012 eine öffentliche Anhörung zu den Anträgen im Bundestag statt, zu der auch ein Vertreter der Bundesärztekammer geladen wurde.

Die SPD-Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag die Bundesregierung u. a. auf, eine europaweit einheitliche amtliche Zulassung für Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III zu erreichen und eine Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung für die Hersteller von Medizinprodukten einzuführen. Auch wird darin gefordert, die bestehenden Regelungen und Pflichten zur Meldung und Information bei Vorkommnissen bei Medizinprodukten zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen schlägt die SPD vor, bei unterlassenen Meldungen durch einen Arzt oder ein Krankenhaus eine Beweislastumkehr greifen zu lassen, so dass Patienten bei späteren gerichtlichen Auseinandersetzungen besser gestellt werden.

Nach Ansicht der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen sei es hingegen primäre Aufgabe der Bundesregierung, im Zuge der Beratungen zu der Überarbeitung der EU-Medizinprodukterichtlinie im Ministerrat darauf hinzuwirken, dass alle Studien zu implantierbaren Medizinprodukten in einem Studienregister erfasst und öffentlich zugänglich gemacht werden. Das geht aus ihrem Antrag „Sicherheit, Wirksamkeit und gesundheitlichen Nutzen von Medizinprodukten besser gewährleisten“ (BT-Drs. 17/8920) hervor. Ferner habe die Regierung einen Gesetzentwurf zur Änderung des SGB V vorzulegen, durch den beispielsweise „die Voraussetzungen geschaffen werden, um Angaben zu implantierten Medizinprodukten auf der elektronischen Gesundheitskarte der Patienten speichern zu können“.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zu dem Antrag von Bündnis 90/Die Grünen das darin zum Ausdruck gebrachte Anliegen, für noch mehr Sicherheit bei der Herstellung und Anwendung von Medizinprodukten Sorge zu tragen, unterstützt. Allerdings wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass es wegen der Besonderheiten von Medizinprodukten, hier insbesondere von Implantaten im weitesten Sinne, auch erforderlich sei, den Fokus stärker auf die Nachverfolgung der Produkte nach der Implantation zu richten.

[BT-Drs. 17-9932 Antrag der SPD 'Mehr Sicherheit bei Medizinprodukten'](#)

[BT-Drs. 17-8920 Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Sicherheit von Medizinprodukten](#)

[Stellungnahme der BÄK zu dem Antrag BT-Drs. 17-8920](#)