

## 10. Zusammenarbeit mit der Politik

### Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union, Brüssel

#### Europa in der Krise

Keiner wollte es so recht wahrhaben, aber bei der Ratifizierung des Europäischen Verfassungsvertrages rutschte Europa durch das Nein der Volksabstimmungen in Niederlande und Frankreich in eine echte Identitätskrise. Die Krisenstimmung wurde noch verstärkt durch das Scheitern des EU-Gipfels im Juni 2005, bei dem sich die Staats- und Regierungschefs nicht über die künftige Finanzierung der Gemeinschaft einigen konnten. Dies hat zu einer tiefgehenden Reflektionsphase bzw. „Denkpause“ auf europäischer Ebene geführt, bei der es vor allem darum geht, den Bürger wieder ins Boot zu holen. Europa muss bürgerfreundlicher gestaltet werden. Die halbjährlich britische Präsidentschaft konnte zwar mit der politischen Einigung zu „REACH“ ein wichtiges Etappenziel bei der europäischen Chemikalienpolitik erreichen und schaffte im Endspurt mit der Bundeskanzlerin Angela Merkel auch eine Einigung zu den Haushaltsfinanzen, aber das Stimmungsbarometer bleibt auf Stagnation.

#### Krise ist Chance

Die immer (noch) wichtigste Aufgabe in Europa stellt die Verwirklichung der „Lissabon-Strategie“ dar, die von den Staats- und Regierungschefs als das ehrgeizige Ziel bezeichnet wird, um aus der Europäischen Union bis 2010 den wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen. Bei der Arbeitszeit-, Dienstleistungs- und Anerkennungsrichtlinie, die alle wichtige Maßnahmen der „Lissabon-Strategie“ sind, konnten bei den legislativen Beratungen im Jahre 2005 wichtige Entscheidungen getroffen werden. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig der Dialog und die kompetente Interessenvertretung auf europäischer Ebene für die Ärzteschaft sind. Obwohl die Europäische Union im Bereich des Gesundheitswesens kein eigenes Gestaltungsrecht hat, können gesundheitspolitische Fragen nicht mehr ohne den europäischen Kontext diskutiert werden. Der Grundsatz der Freizügigkeit, der schon in den Verträgen von Rom festgehalten ist, wird zunehmend von Bürgern/Patienten eingefordert und u.a. im Rahmen der Dienstleistungsrichtlinie äußerst umstritten diskutiert.

#### Chancen für die Ärzte wahrnehmen

Mit dem Büro Brüssel bietet sich die Chance, aktuelle Entwicklungen der europäischen Politik mit Auswirkungen auf die deutsche Gesundheitspolitik zeitnah und genau zu erfassen, zu analysieren und die Positionen der Ärzteschaft den Entscheidungsträgern zu übermitteln. Büro Brüssel versteht sich als Vermittler von Positionen der Bundesärztekammer, die als berufspolitische Interessenvertretung aller Ärzte fungiert, im Span-

nungsbogen zwischen dem Verständnis für europäische Aktivitäten und der Erhaltung bewährter nationaler Strukturen. Dabei ist eine konstruktive, pro-aktive Haltung, die Kompromissfähigkeit einschließt, bei allen Bemühungen immer erfolgversprechender als eine reine Blockadeposition. Durch das frühzeitige Erkennen und Vermitteln von Entwicklungen und Tendenzen können Strukturen innerhalb der Ärzteschaft besser auf mögliche Probleme vorbereitet werden und können adäquater auf Herausforderungen reagieren.

Die politische Willensbildung und der Prozess der Einflussnahme in den europäischen Institutionen (Europäische Kommission, Europäisches Parlament, Ministerrat) ist komplex und wird auch in Zukunft weiter erklärungsbedürftig bleiben, trotz einer Reihe von Transparenzbemühungen seitens der Kommission und des Rates. Ein wichtiger Arbeitsauftrag des Büro Brüssel besteht darin, dieses komplizierte und facettenreiche Geflecht von europäischen Aktivitäten verständlich und klar darzustellen. Durch permanentes Beobachten und Begleiten von relevanten Gesetzesvorschlägen kann zeitnah, diplomatisch und effektiv im Interesse der Ärzteschaft gehandelt werden und geeignete Empfehlungen ausgesprochen werden.

Diese Themen bilden auch die Schwerpunkte der europapolitischen Berichterstattung mit dem „Bericht aus Brüssel zu gesundheits- und sozialpolitischen Themen“, der auf der Webseite der Bundesärztekammer (<http://www.bundesaerztekammer.de>) abgerufen werden kann. Durch die im November 2005 konstituierte Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ können europapolitische Themen mit Bezug auf die Ärzteschaft verstärkt mit den Vertretern der Landesärztekammern erörtert werden.

## **Auswirkungen europäischer Gesetzesvorhaben für die ärztliche Tätigkeit**

Nachstehend eine Auswahl von Themen, die im Jahre 2005 die Interessenarbeit in Brüssel bestimmt haben und für Ärztinnen und Ärzte von großem Interesse sind:

### **Binnenmarkt für Dienstleistungen**

Der im Januar 2004 angenommene Richtlinienentwurf der Kommission zum „Binnenmarkt für Dienstleistungen“ ist maßgeblicher Teil der kommissionseigenen Binnenmarktstrategie von 2003 bis 2006. Mit der Richtlinie sollen Hindernisse beseitigt werden, die einem tatsächlichen Binnenmarkt für Dienstleistungen entgegenstehen. Diese Richtlinie verstärkt den Druck auf Regierungen und vor allem auf die freien Berufe, die sich um ihre besondere Stellung als Dienstleistungserbringer Sorgen machen. Im Zentrum des Konflikts steht die Frage, wie die Wettbewerbs- und die Dienstleistungsfreiheit im Binnenmarkt gefördert sowie der Verbraucher- und Patientenschutz am besten gewährleistet werden kann. In diesem Zusammenhang kann es heute als großer Vorteil angesehen werden, dass die Bundesärztekammer schon sehr früh im Diskussionsprozess eingeschaltet war und die besonderen Belange der Ärzteschaft auf europäischer Ebene deutlich gemacht hat. Mit der Plenarabstimmung im Februar 2006 wird sich zeigen, wie das Europäische Parlament in erster Lesung seinen Standpunkt zum Herkunftslandprinzip, zu den Gesundheitsdienstleistungen und den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse fasst. Die Bundesärztekammer wird sich zusammen mit dem

Europäischen Ständigen Ausschuss der Ärzte (CPME) deutlich für eine Ausnahme der Gesundheitsdienstleistungen vom Anwendungsbereich der Richtlinie aussprechen.

### **Anerkennung von Berufsqualifikationen**

Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union haben am 7. September 2005 die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen endgültig verabschiedet und im Amtsblatt L 255 vom 30. September 2005 veröffentlicht. Die Richtlinie muss bis spätestens 20. Oktober 2007 in nationales Recht umgesetzt sein. In einer Reihe von Bereichen haben sich die Vorstellungen der Bundesärztekammer gegenüber dem europäischen Gesetzgeber durchsetzen können, so die Erhaltung der automatischen Anerkennung von 52 Facharztqualifikationen. Weiterhin wird festgeschrieben, dass die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin künftig auch in Teilzeit durchgeführt werden kann.

### **Richtlinienvorschlag zur Arbeitszeitrichtlinie**

Nach der Konsultationsphase der Sozialpartner zur Revision der Richtlinie zur Arbeitszeit (93/104/EG), die im Sommer 2004 gescheitert ist, präsentierte die Kommission im September 2004 ihren Vorschlag zur Richtlinie zur Arbeitszeitgestaltung. Dieser Vorschlag stieß bei der Ärzteschaft auf große Kritik, da er den Bereitschaftsdienst von Ärzten nur eingeschränkt als Arbeitszeit respektiert. Das Europäische Parlament verabschiedete seine Änderungsanträge zum Richtlinienvorschlag im Mai 2005 und wertete den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit. In ihrem geänderten Vorschlag legte die Kommission einen Kompromiss zur Lösung der Frage aktive/inaktive Zeiten im Bereitschaftsdienst vor. Ein Urteil des EuGH vom 1. Dezember 2005 (Dellas C-14/04) bestätigt wiederum, dass Bereitschaftsdienst Arbeitszeit sei. Auf dem Dezemberrat einigten sich die Minister jedoch darauf, dass inaktive Zeiten während des Bereitschaftsdienstes nicht vollständig als Arbeitszeit anzusehen seien und eine pauschale Berechnung heranzuziehen sei. Bis heute gibt es keine politische Einigung zu dem gesamten Dossier „Arbeitszeitrichtlinie“, da die nationalen Interessen im Hinblick auf das „Opt-out“ zu unterschiedlich sind. „Opt-out“, die Möglichkeit, die Vorgaben der europäischen Gesetzgebung bei der Länge der Arbeitszeit zu umgehen, sind vor allem in Großbritannien gängige Praxis. Die Kommission und das Europäische Parlament wollen die Möglichkeit des „Opt-out“ völlig unterbinden, aber die Interessen der Mitgliedstaaten sind in diesem Bereich zu unterschiedlich. Das „Jäger-Urteil“ des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in Deutschland sowie das „SIMAP-Urteil“ des EuGH in Spanien haben gehörigen Anteil daran, dass die Mitgliedstaaten aufgrund des zu erwartenden Kostendrucks eine Änderung der aktuellen Gesetzeslage zum Bereitschaftsdienst gefordert haben.

### **Gesundheitsaspekte einer Grippe-Pandemie**

Der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zufolge, ist es unmöglich vorherzusehen, wann die nächste Influenza-Pandemie auftreten wird und wie ernst ihre Folgen sein werden. Auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene wird derzeit intensiv daran gearbeitet, um sicherzustellen, dass die zuständigen Mitgliedstaaten solide Vor-

bereitungen für den Fall einer Influenza-Pandemie treffen. Wichtig sei auch eine besonnene Kommunikation mit der Öffentlichkeit, die jede Panikmache vermeide. Die europäischen Gesundheitsminister sind sich einig, dass derzeit noch keine akute Gefahr für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger in der Europäischen Union bestehe. Die Mitgliedsstaaten waren bis September 2005 aufgefordert, ihre nationalen Pandemiepläne und die Arzneimittelbevorratung der Kommission zu melden. Am 23. und 24. November 2005 fand unter dem Namen „Common Ground“ eine Übung statt, um festzustellen, ob die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, der Kommission und dem seit Mai 2005 bestehenden Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten in Stockholm (ECDC) funktioniert. Hierzu wird es im Februar 2006 seitens ECDC einen Bericht geben.

Darüber hinaus hat die Kommission Ende November 2005 eine Mitteilung über die Bereitschafts- und Reaktionsplanung der Europäischen Gemeinschaft mit Blick auf eine Influenza-Pandemie verabschiedet.

### **Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen – Patientenmobilität**

Mit dem Urteil Kohll/Decker aus dem Jahre 1998 des Europäischen Gerichtshofes sowie mit einer Reihe von Folgeurteilen wurde bestätigt, dass Patienten ein Anrecht auf die Nutzung und Kostenerstattung von gesundheitlichen Dienstleistungen in anderen europäischen Mitgliedstaaten besitzen. Hierbei müssen Patienten bei einer Reihe von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen keine vorherige Genehmigung einholen. Dennoch müssen die Behandlungskosten durch das jeweilige nationale Krankenversicherungssystem erstattet werden. Durch die zunehmende Mobilität in Europa wird ein Anfang eines Wandels deutlich, in dem Patienten nicht grundsätzlich von Binnenmarktregeln ausgenommen sind und dass nationale Gesundheitssysteme die Regeln des europäischen Binnenmarktes zu beachten haben. Der von den Gesundheitsratsminister im Juni 2002 eingeleitete Reflexionsprozess über die zunehmende Patientenmobilität formulierte 19 spezifische politische Empfehlungen. Auf dieser Grundlage folgte im April 2004 die Vorlage der ersten Mitteilung der Kommission über die Patientenmobilität, in der die Fortführung des Reflexionsprozesses gefordert wurde. Dies erfolgte durch den Einsatz der hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen unter dem Vorsitz von Generaldirektor Madelin im Juli 2004. Diese „Madelin-Gruppe“ aus Vertretern der Kommission und der Mitgliedstaaten fördert die nationale Zusammenarbeit bei der Patientenmobilität und setzt sich für eine verbesserte Patienteninformation zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen ein. Die europäischen Gesundheitsminister nahmen am 9. Dezember 2005 einen Bericht der Gruppe zur Kenntnis. Die Arbeit der Gruppe wird mit ihren gebildeten fünf Arbeitsgruppen:

Die gebildeten fünf Unterarbeitsgruppen Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Referenzzentren, Patientensicherheit, e-Health und Evaluierung von Gesundheitstechnologie werden ihre Beratungen auch im Jahr 2006 fortsetzen.

## Kinderarzneimittel

Der Verordnungsvorschlag der Kommission sieht die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln für Kinder (0-18 Jahre) vor. Über 50 Prozent der Arzneimittel die in Europa zur Behandlung von Kindern eingesetzt werden, wurden nicht an Kindern geprüft und es besteht bisher kein spezielles Zulassungsverfahren für die Anwendung an Kindern. Mit Hilfe des Vorschlags soll die Sicherheit der Medikamente für Kinder verbessert und die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Pharmaindustrie gestärkt werden. Für neu zuzulassende Medikamente soll die Pharmaindustrie zu einem „Pädiatrischen Prüfkonzept“ verpflichtet werden. Das Europäische Parlament verabschiedete im September 2005 seine Änderungsanträge in erster Lesung. Die Kommission nahm alle Änderungsanträge des Europäischen Parlamentes in ihren geänderten Vorschlag vom November 2005 auf. Auf dieser Basis konnte die politische Einigung am 9. Dezember 2005 zwischen den Gesundheitsministern erreicht werden. Unter österreichischer Präsidentschaft wird der Gemeinsame Standpunkt formell angenommen und dem Europäischen Parlament zur zweiten Lesung zugeleitet. Da Rat und EP zu allen Fragen übereinstimmende Positionen einnehmen, wird mit einem Inkrafttreten der Verordnung voraussichtlich schon Ende 2006/ Anfang 2007 gerechnet.

## REACH – Europäische Chemikalienpolitik

Die neue EU-Chemikalienpolitik REACH war sicher eines der herausragenden Themen des Jahres mit weitreichenden Auswirkungen auf Umwelt, Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit. Die Bundesärztekammer konnte ihr Positionspapier vom Juni 2005 zeitgerecht in den Gesetzgebungsprozess vor der ersten Lesung des Europäischen Parlamentes einbringen und auf sachlicher Ebene den Verbraucher- und Patientenschutzinteressen Rechnung tragen. Dennoch hat das Parlament in seiner Plenarabstimmung einem Kompromiss zugestimmt, der eher den Industrieinteressen zugute kommt. Auf einem außerordentlichen Rat Wettbewerb am 13. Dezember 2005 einigten sich die Minister politisch, so dass mit der baldigen Annahme des Gemeinsamen Standpunkts zu rechnen ist.

## Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Regierungssitz Berlin

Die Beobachtung der politischen Vorgänge auf nationaler Ebene ist Aufgabe der Vertretung der deutschen Ärzteschaft in Berlin. Dabei gilt es, die Interessen der Ärzteschaft effizient in den legislativen und exekutiven Bereich (Bundestag, Bundesrat, Bundesregierung und die Institutionen der Europäischen Union) einzubringen.

Der Prozess der politischen Meinungsbildung beginnt nicht erst mit der Vorlage des Referentenentwurfs des zuständigen (Bundes-) Ministeriums. Die meisten Gesetzes- und Verordnungsvorhaben haben ihren Ursprung beispielsweise in den Koalitionsver-

einbarungen zu Beginn einer Legislaturperiode, in übergreifenden politischen Langzeitplanungen oder in kurzfristigeren Entschlüssen der Partei-, Fraktions- oder Ressortchefs der jeweiligen Koalition. Darüber hinaus werden Gesetzes- und Verordnungsinitiativen aus der Mitte des Bundestages und aus dem Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

## **Berliner Büro**

Vom Beginn der politischen Überlegung mit den jeweiligen Planungen informiert das Berliner Büro der deutschen Ärzteschaft die Bundesärztekammer detailliert über den jeweiligen Stand des Verfahrens, die Haltung der Ministerien, die Meinung der Fraktionen, bzw. der damit befassten Gesundheits- und Sozialpolitiker sowie insbesondere auch über die politische Meinungsbildung im Bundesrat.

Durch den ständigen und engen Kontakt mit den zuständigen Beamten bzw. den Gesundheits- und Sozialpolitikern aller Bundestagsfraktionen werden die Anliegen der deutschen Ärzteschaft – entsprechend dem politischen Informationsbedürfnis – stets rechtzeitig in den Prozess der politischen Meinungsbildung eingebracht.

Bei einem Gesetzentwurf der Bundesregierung berichtet das Berliner Büro über den Referentenentwurf bis zur Einbringung in das Bundeskabinett, über die Behandlung des Regierungsentwurfs in den Ausschüssen des Bundesrates im ersten Durchgang, in den Ausschüssen des Bundestages, über die Beratungen im zweiten Durchgang im Bundesrat und gegebenenfalls im Vermittlungsausschuss bis zur Verkündung des Gesetzes.

Im Bereich der Ministerialbürokratie erfordert dies den ständigen Kontakt mit dem zuständigen Referat, der Abteilungsleitung sowie dem Ressortleiter und dem Ministerbüro. Zur Vorbereitung der Kabinettsitzung ist die Beobachtung der koordinierenden Aktivitäten des Bundeskanzleramtes notwendig.

Im Bereich des Bundestages ist die Zusammenarbeit mit den Fraktionen, deren Facharbeitsgruppen und Fachreferenten sowie vor allem mit den für den Entwurf zuständigen Berichterstatern der Fraktionen und den Mitgliedern des jeweiligen Bundestagsausschusses erforderlich.

Im so genannten ersten und zweiten Durchgang des Bundesrates ist die Meinungsbildung der Bundesländer in den Bundesratsausschüssen für den Erfolg oder die Änderung der Vorhaben entscheidend. Durch die enge und gute Zusammenarbeit mit den Vertretungen der Länder beim Bund kann das Berliner Büro durchgehend frühestmöglich über die Entwicklung im Bundesrat berichten. Dies gilt in gleicher Weise für die Beratungen des Vermittlungsausschusses.

## Im Berichtszeitraum befasste sich das Berliner Büro mit den folgenden politischen Initiativen:

### Verabschiedete Gesetze / Gesetzentwürfe / Vorhaben

- Mit dem Entwurf des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) soll das Ziel verfolgt werden, zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV kurzfristige Einsparungen im Arzneimittelbereich, insbesondere auch mittels Regressdrohungen gegenüber den verschreibenden Ärzten in Form eines Bonus-Malusystems, zu erzielen.
- Mit dem Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen werden die notwendigen Regelungen für die von der gemeinsamen Selbstverwaltung gegründeten Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) geschaffen. Außerdem werden mit dem Gesetz bereits getroffene Absprachen zur Finanzierung der elektronischen Gesundheitskarte rechtlich abgesichert. Vom Bundestag beschlossene Änderungen des ursprünglichen Entwurfes stellen klar, dass es sich bei der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) über die gematik GmbH um eine Rechts- und nicht um eine Fachaufsicht handele. Ferner sehen die Änderungen eine Klarstellung der Finanzierung von Forschungsaufträgen des BMGS vor, die unerwartete Mittelanforderungen an die gematik GmbH ausschließt. Das Gesetz ist Ende Juni 2005 in Kraft getreten. (RS 17, 26, 42, 48, 58, 59)
- Das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) sieht u. a. Regelungen hinsichtlich der elektronischen Gesundheitskarte vor. Danach soll z. B. die Weiternutzung der Karte bei einem Krankenkassenwechsel ermöglicht werden. Außerdem werden die Möglichkeiten zur Prüfung von Arzneimittelunverträglichkeiten mittels der elektronischen Gesundheitskarte erweitert und die Zugriffsrechte auf gespeicherte Daten an die Erfordernisse der Praxen, Apotheken und Krankenhäuser angepasst. (RS 109/04, 149/04, 10, 22)
- Die CDU/CSU-Fraktion legte einen Gesetzentwurf zur Sicherung der Arzneimittelversorgung bei Kindern und Jugendlichen vor. Darin forderte die Union, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für alle Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr wieder in die Erstattungspflicht der GKV aufzunehmen. (RS 53, 76)
- Mit dem von den Koalitionsfraktionen vorgelegten Gesetzentwurf zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention sollte die Prävention als eigenständige Säule des Gesundheitssystems ausgebaut werden. Nach dem Willen der Fraktionen sollte sich künftig neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung an der Finanzierung der primären Prävention beteiligen. Das Gesetzgebungsverfahren konnte aufgrund der vorgezogenen Bundestagswahl nicht mehr abgeschlossen werden und fiel somit dem Prinzip der Diskontinuität anheim. (RS 14, 21, 33, 56, 64, 67, 78)
- Der von der Bundesregierung eingebrachte Gesetzentwurf zur Errichtung einer Deutschen Arzneimittel- und Medizinproduktagentur (DAMA-Errichtungsgesetz) konnte ebenfalls aufgrund der vorgezogenen Bundestagswahl nicht abgeschlossen werden. Ziel des Entwurfes war die Umwandlung des Bundesinstituts für Arznei-

mittel und Medizinprodukte (BfArM) in eine Bundes unmittelbare Anstalt des öffentlichen Rechts mit der Bezeichnung „Deutsche Arzneimittel- und Medizinproduktagentur“ (DAMA) zum 1. Januar 2006. Durch organisatorische Straffung und Verfahrensbeschleunigungen sollte ein international wettbewerbsfähiges Arzneimittelzulassungsinstitut geschaffen werden. (RS 41, 63, 69)

- Mit dem von den Koalitionsfraktionen eingebrachten Vierzehnten Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (*14. AMG-Novelle*) sollen Richtlinien der Europäischen Union in deutsches Recht umgesetzt werden. Die Änderungen betreffen hierbei das Arzneimittelgesetz, das Heilmittelwerbegesetz und das Patentgesetz. Des Weiteren wurde eine Klarstellung zu klinischen Studien mit Arzneimitteln im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlungen u.a. dahingehend vorgenommen, dass der Versorgungsanteil auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln durch die Krankenkassen vergütet wird. (RS 44, 54, 65, 68, 73, 80)
- Der vom Bundesrat eingebrachte *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens* wurde vom Bundestag abgelehnt, da nach Ansicht des Bundestages die wesentlichen Anliegen des Bundesrates mit der vom Bundestag beschlossenen 14. AMG-Novelle abgedeckt seien. (RS 19, 73)
- Die Bundesregierung bzw. das Land Sachsen-Anhalt haben Gesetzentwürfe zum *Ausgleichsverfahren bei Mutterschaftsleistungen* sowie bei *Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall* vorgelegt. Danach sollen künftig alle Krankenkassen und darüber hinaus auch alle Betriebe unabhängig von ihrer Größe in das Ausgleichsverfahren einbezogen werden. (RS 94)
- Das *Gesetz zur Änderung der Bundes-Apothekerordnung und anderer Gesetze* sieht die Umsetzung der EU-weiten Anerkennung von Berufsqualifikationen für Apotheker und pharmazeutisch-technische Assistenten in deutsches Recht vor. Der Bundesrat verabschiedete im Zusammenhang mit dem Gesetz eine Prüfbitte an die Bundesregierung zur Zulassung von Angehörigen aus Nicht-EU-Staaten zu Heilberufen in Deutschland. Der Bitte wird die Bundesregierung nachkommen und den Bundesrat zeitnah über das Ergebnis informieren. Das Gesetz trat Ende Juni 2005 in Kraft. (RS 15; 20; 31, 61 )
- Mit dem im Februar vom Bundestag verabschiedeten *Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften* soll europäisches in nationales Recht umgesetzt werden, insbesondere die Rechtsgrundlage für die Arzneimittelprüfrichtlinien. (RS 18, 34)
- Mit dem Ende April vom Bundestag verabschiedeten *Gesetz zur Änderung des Apothekengesetzes* soll das deutsche Apothekengesetz an die EU-Vorschriften über den freien Warenverkehr angeglichen werden. Das Gesetz trat Ende Juni 2005 in Kraft. (RS 9, 23, 55, 62)
- Das beschlossene *Zweite Gesetz zur Änderung des Seemannsgesetzes und anderer Gesetze* beinhaltet u. a. eine Übergangsregelung zur weiteren vollständigen Förderung dreijähriger Weiterbildungsmaßnahmen in Gesundheitsfachberufen durch die Bundesagentur für Arbeit bis Ende 2005. Die Regelung trat rückwirkend zum 1. Januar 2005 in Kraft. (RS 60)
- Mit dem Ende Juni vom Bundestag verabschiedeten *Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch* sollen die bisher großzügigen Fälligkeitsregelungen bei der Abführung der Sozialbeiträge gestrafft werden und die Fristen für die Abwicklung des Zahlungsverkehrs auf den Monat vorgezogen, in dem



auch die Arbeitsleistung erbracht worden ist. Das Gesetz tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. (RS 71,74, 81)

- Mit dem *Gesetz zur Umsetzung europäischer Antidiskriminierungsrichtlinien* soll die Diskriminierung wegen Rasse, ethnischer Herkunft, Religion und Weltanschauung sowie wegen Alter, Behinderung, sexueller Ausrichtung und Geschlecht insbesondere im Arbeitsrecht sowie im Rechtsverkehr zwischen Privatpersonen verboten und sanktioniert werden. (RS 11, 24, 75, 79)
- Das *Informationsfreiheitsgesetz* soll den allgemeinen Anspruch auf Zugang zu Informationen gegenüber Behörden und Einrichtungen des Bundes gewährleisten. Außerdem sieht das Gesetz u.a. eine Klarstellung vor, die insbesondere den Schutz der wirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherungen gewährleisten soll. So sollen die bei den Sozialversicherungen wie z. B. der gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Einrichtungen vorhandenen anonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten sowie Mitglieder-, Vertrags- und Finanzdaten geschützt werden. Das Gesetz tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. (RS 72, 82)

#### **Verabschiedete Verordnungen / Verordnungsentwürfe / Verwaltungsvorschriften**

- Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat einen Entwurf einer *13. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung* vorgelegt. (RS 99)
- Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat einen Entwurf einer zweiten Verordnung zur *Änderung der Apothekenbetriebsordnung* vorgelegt, mit dem u.a. die im GKV-Modernisierungsgesetz geregelte Pflichtenanwendung elektronischer Verschreibungen umgesetzt werden soll. (RS 100)

#### **Sonstiges**

- Die Bundesregierung nahm zu einer Entschließung des Bundesrates vom 12. März 2004 zur *Übernahme der Kosten von PSA-Tests* im Rahmen der GKV Stellung. Darin erklärte sie, dass sie hierzu erst Maßnahmen einleiten werde, wenn voraussichtlich im Jahr 2008 die endgültigen Ergebnisse noch laufender Studien vorlägen. (RS 38)

#### **Parlamentarische Anträge / Empfehlungen / Entschlüsse**

- Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen lehnten in einem vorgelegten Antrag die von der CDU/CSU-Fraktion geforderte Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre für die Verschreibung rezeptfreier Arzneimittel ab. Außerdem stellten die Parlamentarier in ihrem Antrag fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss seine Richtlinien fortlaufend und zeitnah an neue Erkenntnisse anpasse und hierdurch den Anspruch der Versicherten auf eine *qualitativ hochwertige und umfassende Versorgung mit rezeptfreien Arzneimitteln*, die Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen sind, gewährleistet. (RS 76)
- Der Bundestag hat zu dem im Jahr 2002 von der Bundesregierung vorgelegten *vierten Bericht zur Lage der älteren Generation* in der Bundesrepublik Deutschland eine Entschließung angenommen, die unter anderem Maßnahmen zur Verbesserung der Früherkennung und -behandlung von Demenz sowie zur Verbesserung der pflegerischen und medizinischen Betreuung älterer Menschen umfasst. (RS 13)

- Die Fraktion der CDU/CSU legte einen Antrag vor, mit dem die Fraktion durch verschiedene Maßnahmen die zunehmende Bürokratie in Heimen reduzieren will. (RS 36)
- Die Fraktion der CDU/CSU-Fraktion forderte in einem Antrag, der klinischen Forschung wieder einen höheren Stellenwert bei der Forschungsförderung einzuräumen. (RS 49)

### Parlamentarische Anfragen

- In einer Großen Anfrage an die Bundesregierung erkundigte sich die Fraktion der FDP nach den Folgen der Abwanderung für die neuen Bundesländer. Dabei interessierten die Parlamentarier im Bereich der Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik besonders die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung. Nach Ansicht der Bundesregierung sei die fachärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern gesichert. Die Versorgung im hausärztlichen Bereich sei dagegen, insbesondere in den ländlichen Regionen, mittelfristig problematisch. Eine Gegensteuerung dieser absehbaren Entwicklung erfolge laut Bundesregierung unter anderem durch das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz. (RS 1)
- Nach dem Stand der Umsetzung der integrierten Versorgung erkundigte sich die Fraktion der CDU/CSU in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung. Detaillierte Angaben zur Anzahl der bisherigen Anträge und Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung oder zu der regionalen Verteilung bzw. zu den Inhalten dieser Verträge könne die Bundesregierung aufgrund fehlender Erhebungen bzw. des zu frühen Zeitpunktes nicht geben. Außerdem habe sich laut Bundesregierung die Nichtbeteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Entwicklung, Bewertung, Ausgestaltung und Abwicklung von Verträgen zur integrierten Versorgung bewährt. Die frühere Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag der KVen und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung habe sich als Hindernis für den Abschluss von Verträgen für diese Versorgungsform erwiesen, heißt es in der Antwort. (RS 39)
- Die Verwaltungskosten und der bürokratische Aufwand von Disease-Management-Programmen (DMP) sowie die Kopplung dieser Programme an den Risikostrukturausgleich (RSA) beschäftigte die CDU/CSU-Fraktion in einer Kleinen Anfrage. (RS 3)
- Die Fraktion der CDU/CSU-Fraktion erkundigte sich in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung nach der Finanzentwicklung der Sozialversicherungen. In ihrer Antwort gab die Bundesregierung Auskunft über die Rücklagen bzw. die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung. (RS 66)
- Die Fraktion der FDP erkundigte sich in einer Großen Anfrage nach personengebundenen datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der Wirtschaft und in der öffentlichen Verwaltung. Dabei interessierte sie auch Art und Umfang der Datenerfassung und -organisation im Bereich Gesundheit, insbesondere hinsichtlich der Einführung der Gesundheitskarte. (RS 25)
- In einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung erkundigte sich die FDP-Fraktion nach der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Mutter-Kind-Kuren. (RS 90)

- Im Mittelpunkt einer Kleinen Anfrage der CDU/CSU-Fraktion stand die stete Zunahme von Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen in den letzten Jahren. (RS 2)
- Die CDU/CSU-Fraktion erkundigte sich in einer Kleinen Anfrage nach dem Umfang und den Folgen der Nadelstichverletzungen bei medizinischem Personal. (RS 5)
- Die Fraktion der FDP richtete eine Kleine Anfrage zum Schutz vor Infektionen an die Bundesregierung. (RS 8)
- Die zunehmende Gefahr für Menschen durch die Vogelgrippe beschäftigte die Fraktion der CDU/CSU in einer Kleinen Anfrage. (RS 51)
- Die klinische Forschung interessierte die Fraktion der FDP in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung. (RS 91)
- Im Mittelpunkt einer Kleinen Anfrage der Fraktion der FDP stand die Qualität der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland. (RS 6)
- Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen war Anlass einer Kleinen Anfrage der CDU/CSU-Fraktion. (RS 47)
- Die in Deutschland und anderen hochzivilisierten Staaten zunehmende Fehlernährung interessierte Fraktion der CDU/CSU in einer Kleinen Anfrage. (RS 50)
- Die Bundesregierung gab in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion Auskunft über den Stand der Gesundheitsforschung in Deutschland, die nach Ansicht der Fraktion eine immer größere Bedeutung erlangt. (RS 83)

### Berichte

- Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) legte Anfang März die Bilanz zur Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2003 vor. Die Bilanz wies für das Jahr 2004 einen Überschuss von 4 Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Nach Aussage des BMGS seien damit die Finanzziele der Gesundheitsreform für das Jahr 2004 erreicht. (RS 28)
- Die Bundesregierung hat ihren vom Bundesrat am 9. Juli 2004 in einer Entschließung über die Auswirkungen der arzneimittelrechtlichen Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) geforderten Bericht vorgelegt. Laut Bundesregierung seien die Ziele der Neuregelungen zur Arzneimittelpreisgestaltung des GKV-Modernisierungsgesetzes erreicht worden. Als unbefriedigend bezeichnete die Bundesregierung in ihrem Bericht jedoch die bisherigen Ergebnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Anwendung der arztbezogenen Instrumente zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungen. (RS 86)
- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sein Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ vorgelegt. Neben der korporativen Koordination bilden die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit, die Strategien der Primärprävention, die Schnittstellen zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung, die Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln in der GKV und die Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln Schwerpunkte der Betrachtung. (RS 87)
- Die im Jahr 2003 vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat ihren Bericht über den Stand ihrer bisherigen Arbeit vorgelegt. (RS 98)

- Die Bundesregierung hat ihren in einer Entschließung des Bundestages vom April 2002 geforderten Erfahrungsbericht zum Zweiten Gesetz zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften vorgelegt. Die bisherigen Erfahrungen mit den neuen Haftungsvorschriften schätzte die Bundesregierung sehr gering ein. Außerdem bestehe laut Bericht in Übereinstimmung mit den Ländern sowie dem Berufsordnungsausschuss der Bundesärztekammer kein Anlass die Dokumentationspflichten zu ändern. (RS 94)
- Die Bundesregierung legte ihren Bericht über die Auswirkungen des Alkopopsteuergesetzes auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen unter 18 Jahren sowie die Marktentwicklung von Alkopops und vergleichbaren Getränken vor. (RS 93)
- Anfang März legte die Bundesregierung ihren zweiten Armut- und Reichtumsbericht vor. (RS 37)
- Die Bundesregierung legte ihren Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheiten Geschehen im Jahr 2003 vor.
- Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages legte Mitte März ihren Zwischenbericht „Organlebenspende“ vor. Der Bericht setzt sich eingehend mit Fragen der Organlebenspende auseinander. (RS 32)
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legte seinen Tätigkeitsbericht für den Zeitraum 2003 bis 2004 vor. Neben datenschutzrechtlichen Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte, zu Disease-Management-Programmen und zur Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings, werden in dem Bericht auch den Datenschutz betreffende Aspekte der Gesundheitsreform diskutiert. (RS 57)
- Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages legte ihren Zwischenbericht zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit vor. Darin werden neben allgemeinen Informationen zu Palliativmedizin und Hospizarbeit, die Entwicklung und der Stand der Hospizarbeit in Deutschland, Pilotprojekte in der ambulanten Versorgung sowie Palliativmedizin und Hospizarbeit in anderen europäischen Ländern erläutert und diskutiert. Schließlich spricht die Kommission in ihrem Bericht eine Reihe von Empfehlungen aus. (RS 84)