

Das 10 000-fach bewährte KKF-Fachbuch in der aktuellen 22. Auflage – Mai/August 2017!



SGB V-Handbuch 2017 mit Begründungen – u. a. mit

- GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)
- Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)
- GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz
- Gesetz ... psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- Beilage August 2017 (mit Begründungen)
 - Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen u. a.
 - Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten und weitere sechs Gesetze!

In der aktuellen Auflage des seit 30 Jahren bewährten Handbuches sind bei den einzelnen Paragraphen alle Änderungen in **Fettdruck auf einen Blick** ersichtlich, ergänzt um die „amtlichen“ Begründungen zum Gesetzentwurf und zu den zahlreichen Änderungen durch den Gesundheitsausschuss.

Wegen ihrer grundlegenden Bedeutung sind z. B. auch diese Begründungen mit genauen Verweisen wiedergegeben:

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (Artikel 2 – in Kraft 1.1.2017)
- Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)
- Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)
- „eHealth“-Gesetz

Unter www.sgb-v-handbuch.de finden Sie den Gesamtinhalt und Leseproben

Enthalten sind auch die übrigen Artikel zu wichtigen Gesetzen, umfangreiche allgemeine Begründungen (einschl. Stellungnahmen Bundesrat/Gegenäußerung Bundesregierung) und ein ausführliches Stichwortverzeichnis.

Eine Musterseite finden Sie auf der Rückseite.

Ich/wir bestelle(n):

Neu! Ex. Bestell-Nr. 1660
SGB V-Handbuch Krankenversicherung – 22. Auflage
einschl. Beilage August 2017
Format 17 x 24 cm, Umfang rund 730 Seiten
Stückpreis: 37,90 € inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)
ISBN-Nr. 978-3-87245-099-9

Neu! Ex. Bestell-Nr. 1669
Beilage zu SGB V-Handbuch Krankenversicherung –
22. Auflage, Stand August 2017
Format 14,8x21 cm, Umfang 20 Seiten
Stückpreis: 9,00 € inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

Neu! Ex. Bestell-Nr. 1665 – topaktuell August 2017
wie Nr. 1660 – auf CD-ROM
(Volltext-Recherche/Lesezeichen)
Stückpreis: 35,50 € inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)
ISBN-Nr. 978-3-87245-100-2

Neu! Ex. Bestell-Nr. 1661
SGB V-Kombi-Paket
bestehend aus Bestell-Nr. 1660 und 1665
Preis: 60,- € inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)
ISBN-Nr. 978-3-87245-101-9

Mit Begründungen: Pflege-Reform 2017 – August 2017

- Ex. Nr. 1990 PflegeVG-Handbuch 12. Auflage: 35,90 €
 - Ex. Nr. 1998 PflegeVG-Handbuch auf CD-ROM: 33,50 €
 - Ex. Nr. 1991 PflegeVG-Kombi-Paket (Nr. 1990 + 1998): 58,- €
- jeweils inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten · www.pflege-vg-handbuch.de

Das KKF SGB V-Handbuch: aktuell, kompakt, preiswert

Bitte Lieferung und Rechnung an (in Druckbuchstaben ausfüllen):

Firma: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Besteller: Frau Herr

Name: _____

Abteilung: _____

Datum/Unterschrift: _____

§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

(1) ¹ Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Bluttteststreifen. ² Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. ³ Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. ⁴ Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. ⁵ Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(1a) ¹ Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. ² Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. ³ Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. ⁴ Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum ... [letzten Tag des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. ⁵ Bis zwölf Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem ... [Tag des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Gesetzes] erbracht wurden.

(2) ...

(3) ...

(4) ...

(5) ...

(6) ¹ Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung

a) nicht zur Verfügung steht oder

b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,

2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

² Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. ³ Verordnet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Leistung nach Satz 1 im Rahmen der Versorgung nach § 37b, ist über den Antrag auf Genehmigung nach Satz 2 abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragsingang zu entscheiden. ⁴ Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird mit einer bis zum ... [letzten Tag des auf das Inkrafttreten folgenden 60. Monats] laufenden nichtinterventionellen Begleiterhebung zum Einsatz der Arzneimittel nach Satz 1 beauftragt. ⁵ Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die Leistung nach Satz 1 verordnet, übermittelt die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form; über diese Übermittlung ist die oder der Versicherte vor Verordnung der Leistung von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zu informieren. ⁶ Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die nach Satz 5 übermittelten Daten nur in anonymisierter Form und nur zum Zweck der wissenschaftlichen Begleiterhebung verarbeiten und nutzen. ⁷ Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung sowie das Format des Studienberichts nach Satz 8 zu regeln. ⁸ Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleiterhebung nach Satz 4 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach der Übermittlung der Ergebnisse der Begleiterhebung in Form eines Studienberichts das Nähere zur Leistungsgewährung in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. ⁹ Der Studienbericht wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Begründung zum HHVG zum Einfügen von Absatz 1a

Die Neuregelung enthält eine Legaldefinition für Verbandmittel. Hintergrund ist, dass es sich bei Verbandmitteln um spezielle Medizinprodukte handelt, die beispielsweise im Bereich der Wundversorgung eine zentrale Rolle spielen. Wunden können unterschiedliche Ursachen haben. Die Behandlung kann akute Wunden beispielsweise in Folge einer Verletzung aber auch chronische Wunden umfassen. Verbandmittel sind ein Teil einer je nach den Umständen zu gestaltenden umfassenden ärztlichen Wundbehandlung. Die fachgerechte Versorgung von Wunden ist ein wichtiger Aspekt der Krankenbehandlung. Die Versicherten bedürfen einer Wundbehandlung, die nachweislich dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht. Kosten für entsprechende Produkte werden von der GKV übernommen.

In den letzten Jahren sind zunehmend Produkte zur Förderung der Wundheilung auf den Markt gekommen. Die Vielfalt der Produkte auf dem Markt und die Zunahme von Produkten mit neuen Ansätzen zur Wundheilung führen in der Praxis zu einer zunehmenden Rechtsunsicherheit darüber, ob ein Produkt als Verbandmittel im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 anzusehen ist. Der G-BA hatte im Jahr 2008 in den tragenden Gründen zu einem Beschluss über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zur Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten konkrete Beispiele anhand des damaligen Marktes aufgeführt. Seitdem ist der Markt aber vielfältiger geworden. Die Finanzierung der Produkte in der GKV erfolgt nicht einheitlich. Dies ist nicht sachgerecht, weshalb es einer gesetzlichen Regelung bedarf.

...

Begründung zum Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Zu Absatz 6 – Anmerkung: siehe Änderungen durch den 14. Ausschuss (u. a. zur Begleiterhebung siehe Satz 5 zweiter Halbsatz; Wegfall Subdelegation anBfArM; § 13 Absatz 3a Satz 1 gilt nicht bei Versorgung im Rahmen von § 37b)

Mit einer Ausnahmeerlaubnis des BfArM nach § 3 Absatz 2 BtMG wird derzeit im Einzelfall für einige Patientinnen und Patienten, denen keine geeigneten schulmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung stehen, Cannabis zu medizinischen Zwecken in Form von getrockneten Blüten nach Deutschland eingeführt oder ein Cannabisextrakt in Deutschland hergestellt, in Apotheken abgegeben und von diesen Patientinnen und Patienten in Form einer medizinisch betreuten Selbsttherapie angewandt. Mit der in diesem Gesetz enthaltenen Änderung des BtMG wird die Therapie mit Cannabisarzneimitteln in Form von getrockneten Blüten und Extrakten in die ärztliche Verantwortung gegeben, indem eine entsprechende Verschreibungsfähigkeit hergestellt wird. Die Neuregelung im SGB V schafft parallel für Versicherte in eng begrenzten Ausnahmefällen einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten. Das gilt aber nur für solchen Cannabis in Form von getrockneten Blüten, der die betäubungsmittelrechtlichen sowie arzneimittel- und apothekenrechtlichen Anforderungen erfüllt und von der jeweiligen Ärztin bzw. dem jeweiligen Arzt verordnet wurde. Auch in Deutschland zugelassene Fertigarzneimittel (z. B. Sativex®) fallen unter diese Regelung.

In denselben begrenzten Ausnahmefällen sollen Versicherte zudem einen Anspruch auf Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon erhalten. Wenn man eine Erstattung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten und Extrakten vorsieht, ist es sachgerecht, auch für Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon die Erstattungsfähigkeit herzustellen. Eine Erstattung z. B. der Rezeptur Dronabinol scheitert nach der Rechtsprechung bisher insbesondere daran, dass die Behandlung als Gegenstand einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1 angesehen wird (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010, Az. B 6 KA 48/09 R), für die keine Richtlinien-Empfehlung des G-BA vorliegt. Mit der neuen gesetzlichen Regelung kommt es darauf künftig nicht mehr an.

Voraussetzung für den Anspruch auf Versorgung ist, dass bei der oder dem Versicherten eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

...