

## Grüne Gesundheitspolitik heizt ein

Herzlich willkommen zur Sommerausgabe 2012 meines Newsletters.

Kurz vor der Sommerpause haben wir der Regierung noch einmal ordentlich eingeheizt. Dem Gesetzentwurf "Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" mussten wir leider bescheinigen, dass er seinen Namen nicht verdient hat, sondern die PatientInnen im Regen stehen lässt. Unsere kleine Anfrage zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen verdeutlichte, wie uninformiert und ignorant sich die Bundesregierung immer dann zeigt, wenn es um diejenigen geht, die Gesundheitsförderung am dringendsten benötigen. Die Beschlüsse der AG Gesundheit der Union zu Prävention sind nur ein Indiz, dass der Union die Hinhaltetaktik des Bundesgesundheitsministeriums auch langsam gegen den Strich geht - ihre Vorschläge bleiben dennoch halbherzig und ohne soziale Ambition.

Jetzt aber erstmal viel Spaß beim Lesen und eine sonnige Sommer- und Urlaubszeit,

*Ihre und Eure Maria Klein-Schmeink*

---

### Meine Initiativen:

---

## Neues Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen und allgemeine Krankenhausfinanzierung: Gesetz verabschiedet

Anfang Juni wurde der Einstieg in ein neues pauschalierendes Entgeltsystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser beschlossen. Damit soll das bisherige Pflegesatzsystem abgelöst werden. Wir meinen, ein neues Entgeltsystem muss vorrangig zu Verbesserungen in der Versorgung führen und insbesondere eine bessere Vernetzung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung bringen. War der Gesetzentwurf noch eindeutig ein Sparprogramm zu Lasten der PatientInnen, hat die Koalition dem Druck von Fachverbänden, Bundesrat und unseren grünen Initiativen in Teilen nachgegeben und an wichtigen Stellen nachgebessert. Dabei sind auch Anregungen aus unserem grünen Antrag eingeflossen. Mit zusätzlichen Anträgen in der zweiten Lesung haben wir uns u.a. noch einmal für Verbesserungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt.

Angehängt an dieses Gesetz hat die Regierungskoalition auch eine "Tarifhilfe" für die Allgemeinkrankenhäuser. Sie ist allerdings unzulänglich und umfaßt bundesweit im Gesamten gerade einmal die Mehrbelastungen der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Damit bleiben die Krankenhäuser auf zwei Dritteln der Kosten aus den Tarifsteigerungen im öffentlichen Dienst sitzen. Auch die neuen Regelungen zum Orientierungswert, der die heutige Anbindung an die Grundlohnsumme als Richtschnur für die Anpassung der Krankenhausentgelte ablösen soll, bleiben unzulänglich. Das wird die finanzielle Situation und die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern weiter belasten. Schon heute schreiben besonders kleinere Krankenhäuser in

ländlichen Gebieten rote Zahlen. Für sie gibt es keine tragfähigen Lösungen, sie zahlen vielmehr die aktuelle "Tarifhilfe" quasi selbst, indem sie in den kommenden Jahren zusätzliche Abschläge hinnehmen müssen. Die Bundesregierung überlässt also den Krankenhaussektor einem ruinösen Wettbewerb um teure Krankenhausleistungen, deckelt gleichzeitig Mehrleistungen und nimmt sehenden Auges in Kauf, dass die Privatisierung von Krankenhäusern voranschreitet.

[\[Mehr dazu in meiner Rede nachlesen\]](#)

[\[Antrag der grünen Fraktion zur Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems lesen\]](#)

[\[Änderungsanträge Pflichtversorgung und Kinder- und Jugendpsychiatrie\]](#)

[\[Änderungsantrag Geriatrische Institutsambulanzen\]](#)

[\[Papier zur Krankenhauspolitik lesen\]](#)

[\[Kurzbewertung zum Gesetz lesen\]](#)

---

## Bundesregierung lässt Patientinnen und Patienten im Regen stehen

Der Gesetzentwurf "Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" macht seinem Namen keine Ehre. Der Applaus der organisierten Ärzteschaft zeigt auch wessen Sicht die Minister Bahr und Leutheusser-Schnarrenberger das Gesetz verfasst haben. Durchgreifende materielle Verbesserungen für Patientinnen und Patienten sind nämlich an keiner Stelle vorgesehen. Opfer von Behandlungsfehlern müssen weiterhin mit langwierigen Prozessen und hohen Prozesskostenrisiken rechnen. Anders als wir es gefordert haben, erhalten sie keine Beweiserleichterung vor Gericht.

Auch die MigrantInnen, die die Information und Aufklärung vor Einwilligung in eine Behandlung nicht verstehen können, bleiben mit ihren Problemen allein. Sie können weiterhin nur auf eigene Kosten einen Dolmetscherdienst hinzuziehen. Trotz massiver Missstände sind im Gesetzentwurf bei den Individuellen Gesundheits-Leistungen (IGeL) und gesundheitsgefährdenden Medizinprodukten keine zusätzlichen Regelungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten enthalten.

Wir werden die Zeit der parlamentarischen Beratung zum Gesetzentwurf nutzen, um noch Verbesserungen zu erreichen. Aber wir müssen befürchten, dass sich hier die FDP auf ganzer Linie durchsetzt und sich als "Wächter" vorgelebter Interessen der Ärzteschaft profilieren will. Dabei sollte die Zeit vorbei sein, Ärzte und Patienten gegeneinander auszuspielen.

---

## Bewertung des Beschlusses der Union zum Patientenrechtegesetz

Ende April hat die AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag einen Beschluss zu Nachbesserungen des Gesetzentwurfs für ein Patientenrechtegesetz gefasst. Sie hat sich in einigen Teilen unseren Forderungen angeschlossen. Konkret will sie unter anderem Regelungen für einen freiwilligen Entschädigungs- und Härtefallsfonds einführen und fordert eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung für Ärztinnen und Ärzte. Auch sie will nun eindeutigere Regelungen im Gesetz zu den IGeL-Leistungen. Die entscheidende Verbesserung für die Opfer von Behandlungsfehlern geht die Union dagegen nicht an, nämlich Beweiserleichterungen bei Schadensersatzklagen von geschädigten Patientinnen und Patienten.

[\[Stellungnahme lesen\]](#)

---

## Individuelle Gesundheitsleistungen

In meiner Rede kritisierte ich die steigende Zahl der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und die Tatsache, dass bei der Hälfte der Fälle keine schriftliche Aufklärung erfolgt. Diese ist aber schon heute verbindlich vorgeschrieben. Bislang hat die Ärzteschaft versucht, mit Selbstverpflichtungen den Anstieg von IGeL einzudämmen. Doch Studien zeigen: sie werden häufig nicht befolgt. Die Bundesregierung sieht jedoch keinen Handlungsbedarf. Wir hingegen fordern die Regelungen aus dem Bundesmantelvertrag für Ärzte und aus der Selbstverpflichtung im Patientenrechtegesetz zu verankern.

In diesem Zusammenhang ist auch eine Studie der Bundesärztekammer zu individuellen Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen interessant, die unter anderem zeigte, dass über 43 % der befragten GKV-Versicherten, denen ein Arzt eine Leistung versagte, im direkten Anschluss die versagte Leistung als IGeL angeboten bekamen.

[\[Rede hier nachlesen oder anschauen\]](#)

[\[Studie der Bundesärztekammer lesen\]](#)

---

## Korruption im Gesundheitswesen

In meiner Rede im Rahmen der Aktuellen Stunde zum Thema Korruption im Gesundheitswesen forderte ich deutlich mehr Transparenz und eine vernünftige gesetzliche Regelung zur Strafbarkeit, nachdem nun der Bundesgerichtshof höchststrichterlich festgestellt hat, dass eine strafrechtliche Basis zur Verfolgung von Korruption und Bestechlichkeit bei niedergelassenen Ärzten fehlt. Es darf nicht hingenommen werden, dass Ärzte Geschenke annehmen dürfen und PatientInnen somit nicht sicher sein können, dass ihnen das medizinisch richtige empfohlen wird, sondern materielle Interessen ausschlaggebend sind. Ich kritisiere, dass die Bundesregierung in dieser Frage vollkommen untätig bleibt. Die bereits 2004 noch unter rot-grün eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind bislang weder schlagkräftig noch können sie Transparenz herstellen. Dazu müssen ihre Möglichkeiten weiter ausgebaut werden. Das wurde in den vergangenen Jahren versäumt.

[\[Rede hier nachlesen oder anschauen\]](#)

[\[Kleine Anfrage zu den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage lesen\]](#)

---

## Präventionsstrategie: notwendiger Paradigmenwechsel bleibt aus

Ende April legte die AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion ein Papier mit ihren Vorstellungen einer Präventionsstrategie vor. Die Beschlüsse sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Unionspolitiker die Verschleppungstaktik des Gesundheitsministers nicht mehr hinnehmen wollen. Denn die Fakten sprechen eine klare Sprache: Unter Schwarz-Gelb sind die ohnehin nur marginalen Präventionsausgaben der Krankenkassen gesunken. 165 Milliarden Gesundheitsausgaben stehen Aufwendungen von 300 Millionen für die Primärprävention gegenüber. Es wäre deshalb zu begrüßen, wenn nun endlich Bewegung in die Präventionspolitik der Bundesregierung kommen würde.

Die Unionspläne bleiben aber halbherzig und sind ohne soziale Ambition. Ein Präventionsrat und nationale Präventionspläne bleiben blutleer, wenn sie nicht mit klar definierten und finanziell unterlegten Rahmenbedingungen und Vereinbarungen verbunden sind. Die so wichtige Frage der sozialen Benachteiligung wird flugs als Querschnittsaufgabe definiert ohne zu benennen, wer was und in welchem Zeitraum tut. Was fehlt ist Kontinuität, Verbindlichkeit und Zielgenauigkeit.

[\[Mehr zur Bewertung der Unionspläne lesen\]](#)

---

## Gesundheitsförderung: Arbeitslose bleiben auf der

## Strecke

Es ist erschreckend, wie uninformiert und ignorant sich die Bundesregierung immer dann zeigt, wenn es um diejenigen geht, die Gesundheitsförderung und Prävention am dringendsten benötigen. Obwohl die Bundesregierung eingestehen muss, dass sie keinen Überblick darüber hat, inwieweit Arbeitslose von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden, sieht sie keinen Handlungsdruck für eine abgestimmte Gesamtstrategie für diese Zielgruppe.

Es nicht nachvollziehbar, dass bislang Settingmaßnahmen für Arbeitslose in der gesundheitlichen Prävention gerade einmal vier Prozent aller Projekte ausmachen. Bundesweit 31 Projekte sind schlicht weg zu wenig. Wie viele Arbeitslose durch die Individualmaßnahmen der Krankenkassen bislang erreicht werden können, ist vollkommen unklar. Dazu existiert kein Berichtswesen. Wir brauchen zügig niedrigschwellige Angebote von Seiten der Krankenkassen für ihre Versicherten. Aber wir brauchen auch genauso zügig gut miteinander abgestimmte Maßnahmen, in denen Wiedereingliederungsmaßnahmen der Jobcenter und der Agentur für Arbeit mit gesundheitsfördernden und stabilisierenden Angeboten verbunden werden. Denn diese haben sich als besonders wirksam erwiesen.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung lesen\]](#)

[\[Bewertung der Antwort der Bundesregierung\]](#)

---

## Bundesregierung ignoriert Geschlechterunterschiede bei der Arbeitsbelastung

Wir fordern die Bundesregierung auf, ihre Wissenslücken bezüglich der Geschlechterunterschiede bei der Arbeitsbelastung zu schließen. Sie muss einen Arbeitskreis für geschlechtergerechten Arbeitsschutz einrichten und Initiativen zur Förderung geschlechtergerechter Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ergreifen.

Nach zweieinhalb Jahren ist die Bilanz des Bundesministeriums für Gesundheit mehr als traurig. Schon zu Zeiten von Minister Rösler machte das Ministerium vollmundige Ankündigungen für mehr Gesundheitsförderung und Prävention. Die Verschleppungs- und Hinhaltetaktik ist ein echtes Ärgernis und eine herbe Enttäuschung für alle, die sich mehr versprochen haben. Obwohl ihre vorgelegten Daten ganz eindeutig geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arbeitsbelastung und bei den gesundheitlichen Beschwerden von Frauen und Männern nachweisen, sieht die Bundesregierung „keine konkreten Gestaltungsmöglichkeiten für die Berücksichtigung des Geschlechts und der unterschiedlichen Rollenverständnisse in der Arbeitswelt“. Die Einrichtung eines thematischen Arbeitskreises sei demnach „verfrüht“, schreibt die Bundesregierung. Die Aussage ist ein Hohn für die vielen prekär beschäftigten Frauen, die tagtäglich schlechte Arbeitsbedingungen hinnehmen müssen. Ihre Arbeitsbelastung und gesundheitlichen Beschwerden sind nicht auf die höhere Sensibilität der Frauen für ihre Gesundheit oder die Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zurückzuführen.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung\]](#)

[\[Ausführliche Auswertung lesen\]](#)

---

## 25 Jahre Ottawa – Was sagt uns die Charta heute?

Prävention wirkt lautete das Motto des 17. Kongresses Armut und Gesundheit am 9. und 10. März, zu dem hunderte Teilnehmende in die TU Berlin kamen. Das Abschlusspodium widmete sich der Rückschau auf 25 Jahre Ottawa Charta und der Frage, was diese zur Entwicklung der Gesundheitsförderung beitragen und erreichen konnte. Dabei diskutierte ich unter anderen mit

Prof. Dr. Ilona Kickbusch, der Initiatorin der Charta. Der folgende Artikel wird auch in der Kongressdokumentation erscheinen:

Gesundheitsförderung zielt im Sinne der Ottawa Charta auf einen Prozess, Menschen eine größere Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie somit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheitsförderndes Handeln ist auf Chancengleichheit gerichtet und will bestehende soziale Unterschiede des gesundheitlichen Wohlbefindens verringern. Gesundheitsförderung ist deshalb nicht allein Aufgabe des Gesundheitssektors, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Diese Vision der Ottawa Charta ist leider noch weit von der Umsetzung entfernt. Denn eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu etablieren ist eine große Mission. Das Problem ist die zerklüftete Landschaft im deutschen Gesundheitswesen. Eine verbindliche Koordinierung zwischen Bund, Ländern und Kommunen gibt es nicht. Die Ansätze laufen oft fest wegen mangelndem Zusammenwirken. Zudem gibt es keine dauerhaften Gelder, weshalb viele gute Projekte als Modellprojekte nach zwei Jahren bereits wieder auslaufen. Dies kennzeichnet die Lage in den Kommunen. Praktisch wird in der Bundesrepublik nicht eingelöst, was vollmundig betont wird: Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebenswelten zu verwirklichen.

[\[Gesamten Artikel lesen\]](#)

---

## Bundesrechnungshof beleuchtete nur Spitze des Eisbergs

Der Bundesrechnungshof hat in seinen Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes 2011 das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, die Sponsoring-Vereinbarungen mit der privaten Krankenversicherung (PKV) nicht fortzusetzen, um einen Anschein der Einflussnahme zu vermeiden. Zu leicht entsteht der Eindruck, die ablehnende Haltung der PKV zu einer gesetzlichen Pflicht zu Präventionsaufgaben nehme Einfluss auf die Bundesregierung.

Auf meine Nachfrage gab die Bundesregierung zu, dass immerhin 14,1 Prozent der Sponsoringmittel der privaten Krankenversicherung (PKV) für die HIV/AIDS-Kampagne und 4,5 Prozent der Sponsoringmittel der PKV für die Kampagne gegen Alkoholmissbrauch von Jugendlichen für Personalkosten genutzt werden. Der Anteil der aus Sponsoringmitteln finanzierten Personalkosten an den Gesamtpersonalausgaben beträgt für den Aufgabenbereich HIV/AIDS sogar 46,0 % und für den Aufgabenbereich Alkohol/Sucht 52,7 %. Wenn um die 50% der Personalkosten für die Präventionsarbeit einer Bundeseinrichtung aus Sponsoringmitteln von interessierter Seite stammen, drängt sich förmlich der Eindruck auf, dass sich die PKV hier freikauft und gleichzeitig auf die Ziele und Zielgruppen der Präventionsarbeit Einfluss nimmt.

---

## Heilmittelversorgung für Patienten mit langfristigen Behandlungsbedarf

Die Heilmittelversorgung von Patientinnen und Patienten mit langfristigen Behandlungsbedarf bleibt weiter ein Problem. Dabei war mit der gesetzlichen Neuausrichtung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz Abhilfe versprochen worden. Die Heilmittel bei langfristigen Bedarf wurden aus den Regressforderungen gegenüber Ärzten herausgenommen. Die Vorgaben für eine langfristige Genehmigung von Verordnungen wurden in der Heilmittel-Richtlinie bereits zum 01.01.2011 geändert und enthalten alle Voraussetzungen zur Definition von langfristigen Behandlungsbedarf, davor war seit 2008 um einen Kompromiss gerungen worden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat nun erneut vertröstet und auf die Festlegung von bundesweiten Praxisbesonderheiten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen zum 30.09.2012 verwiesen. Kommt die Vereinbarung nicht zustande, gilt die Entscheidung des Schiedsamtes voraussichtlich im November 2012. Menschen mit einer chronischen Erkrankung müssen sich also erneut gedulden, die ÄrztInnen sind erneut verunsichert, welche Vorgaben gelten. Vier Jahre des Ringens der PatientenvertreterInnen in den Gremien der Selbstverwaltung sind noch immer nicht erfolgreich zum Abschluss gebracht. Ich meine, dies ist ein Skandal. Gerade Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen und einer dauerhaften Behinderung dürfen nicht weiter durch

so hochbürokratische und langwierige Verfahren belastet werden.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung\]](#)

[\[Bewertung lesen\]](#)

---

## Exclusive Gesundheit? - Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Im Rahmen der Fachtagung "Exclusive Gesundheit - Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen" ging die grüne Bundestagsfraktion Anfang Mai der Frage nach, welchen Anforderungen das Gesundheitssystem bezogen auf die Bedürfnisse behinderter Menschen entsprechen muss. Die Tagung zeigte, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht und wir noch weit davon entfernt sind, den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention zu genügen. Ein ausführlicher Bericht ist [hier](#) nachzulesen.

---

## Weitere Initiativen aus dem Fachbereich Gesundheit:

---

### Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest

Die Koalition der Fraktionen von CDU/CSU und FDP lösen mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) keines der drängenden Probleme der pflegerischen Versorgung. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit eine Neubestimmung des Leistungsgeschehens der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) wird weiter vertagt. Die geplanten Leistungsverbesserungen des PNG sind völlig unzureichend und folgen keinem erkennbaren Konzept. Weder werden ausreichende Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger noch zur Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege ergriffen. Eine verlässliche, nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung fehlt, sodass spätestens im Jahr 2015 erneut eine Finanzreform auf die Agenda gesetzt werden muss.

Erforderlich ist eine grundlegende Pflegereform, die eine wirkliche Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung strukturell wie finanziell ermöglicht. Mit einem neuen Pflegebegriff muss das starre defizit- und rein somatisch orientierte Leistungsrecht der SPV neu geregelt werden. Die Versorgungsstrukturen sind konsequent nutzerorientiert auszugestalten, damit sie dem Recht der Menschen auf Selbstbestimmung und Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit entsprechen. Notwendig sind ein konsequenter Ausbau ambulanter und quartiersbezogener Versorgungs- und Wohnangebote, unabhängige und zugehende Beratungsstrukturen, eine Entlastungsoffensive für pflegende Angehörige und ein Programm zur Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege.

[\[Antrag lesen\]](#)

---

## Ortsübliche Vergütung und Mindestlohn in der Pflegebranche

Mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung beabsichtigt die Bundesregierung eine Änderung in § 72 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Danach soll die bislang geltende Regelung zur Koppelung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages für Pflegeeinrichtungen an die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung für die Beschäftigten nicht mehr gelten, sofern für die Beschäftigten eine Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Arbeitnehmer- Entsendegesetzes greift. In der Pflegebranche ist dies die Regelung zum sogenannten Pflegemindestlohn.

Diese Gesetzesänderung könnte Auswirkungen auf die Gehaltsstrukturen im Pflegebereich und auf die Attraktivität der Pflegeberufe haben. So kritisiert beispielsweise die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Arbeitgeber könnten durch die geplante Neuregelung versucht sein, die Löhne zu drücken. Dies gelte vor allem für ländliche Regionen, wo es nur wenige Krankenhäuser oder Pflegeheime gebe. Die geplante Neuregelung sei "ein völlig falsches Signal angesichts des sich abzeichnenden Mangels an Pflegekräften, wenn der ortsübliche Vergleichslohn entfällt und nur der Mindestlohn als Auffanglinie bleibt". Wir haben nachgehakt.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung\]](#)

---

## Zusatzbeiträge aufheben, Überschüsse für Abschaffung der Praxisgebühr nutzen

Statt in die Stärkung des Solidarausgleichs und in die Verbesserung der medizinischen Versorgung zu fließen, werden derzeit Beiträge und Steuermittel im Gesundheitsfonds und auf den Konten der Krankenkassen gebunkert. Diese unterlassen Investitionen in neue Versorgungsformen, kürzen Prävention und streichen Rehabilitationsleistungen. Diesen Irrweg gilt es zu verlassen. Mittelfristig muss das mit einer Bürgerversicherung geschehen, die alle Bürgerinnen und Bürger sowie alle Einkommensarten in den Solidarausgleich einbezieht. Kurzfristig und als erste Schritte haben wir in unserem Antrag folgende Sofortmaßnahmen gefordert: Die Praxisgebühr muss endlich abgeschafft werden. Denn von ihr gehen keine positiven Steuerungswirkungen aus. Stattdessen werden sozial Benachteiligte von notwendigen Arztbesuchen eher abgehalten. Die Krankenkassen müssen (wieder) eigenständig in Höhe ihres Beitragssatzes entscheiden können. Die pauschalen, von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeiträge müssen abgeschafft werden. Sie haben in einem Solidarsystem keinen Platz. Die Ausgaben der Krankenkassen sollen vollständig über einkommensabhängige Beiträge und den Bundeszuschuss finanziert werden.

[\[Antrag lesen\]](#)

[\[Rede vom 27.04.12 hier nachlesen oder anschauen\]](#)

---

## Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen

Die Versorgung bedürftiger Patientinnen und Patienten mit Cannabismedikamenten ist entgegen allen Beteuerungen der Bundesregierung nach wie vor unzureichend. Zwar können Patientinnen und Patienten seit einigen Jahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Anträge zur therapeutischen Verwendung von Cannabis stellen. In bislang etwa 50 Fällen hat das BfArM eine Erlaubnis zum Bezug eines Cannabisextraktes oder von Cannabisblüten erteilt.

Allerdings müssen die Betroffenen die Kosten hierfür selbst tragen. Nach Angaben des BfArM (vgl. Bundestagsdrucksache 17/4789) betragen die monatlichen Therapiekosten je nach Bedarf bis zu 1 500 Euro. Das übersteigt in vielen Fällen die finanziellen Möglichkeiten der häufig arbeitsunfähigen Patientinnen und Patienten. Andere Therapiealternativen wie Dronabinol stehen den Betroffenen nicht zur Verfügung, da die Krankenkassen die Kostenübernahme hierfür in der Regel ablehnen.

Wir fordern die Bundesregierung vor diesem Hintergrund auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen und durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Expertengruppe einzuberufen.

[\[Antrag lesen\]](#)

---

## Das Reha-Budget der gesetzlichen Rentenversicherung

## bedarfsgerecht gestalten

Der Entwurf der Bundesregierung für ein „demografiefestes Reha-Budget“ sieht für die Jahre zwischen 2017 und 2050 für jedes Jahr eine Demografiekomponente vor: einen Faktor, der zusätzlich zur voraussichtlichen Brutto Lohnentwicklung bei der Festsetzung der jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe gesondert zu berücksichtigen ist.

Eine erste Anhebung des Reha-Budgets über mögliche Steigerungen durch Veränderungen in der Brutto Lohnentwicklung hinaus ergibt sich nach genanntem Referentenentwurf erst in fünf Jahren. Dem bereits heute erhöhten Rehabilitationsbedarf wird eine derart verzögerte Anhebung des Budgets für Teilhabeleistungen nicht gerecht, ein deutlicher Anstieg der Erwerbsminderungsrenten wäre vorgezeichnet. Wir haben nachgehakt.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antworten der Bundesregierung\]](#)

---

## Berufshaftpflichtversicherung in medizinischen Berufen

Deutlich steigende Berufshaftpflichtversicherungen für Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte insbesondere aus den Bereichen Gynäkologie, Orthopädie und Chirurgie waren Anfang 2011 Gegenstand der Kleinen Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/4570. Nach Berichten der Hebammenverbände hat sich die Situation im letzten Jahr verschärft. Steigenden Berufshaftpflichtprämien stünden ins Stocken geratene Honorarverhandlungen mit nicht ausreichenden Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber.

Die Bundesregierung stellte damals in ihrer Antwort (Bundestagsdrucksache 17/4747) fest, dass nicht Fallzahlsteigerungen, sondern deutlich gestiegene Schadenssummen ausschlaggebend für steigende Berufshaftpflichtprämien seien. Die Kalkulation der Beiträge der Berufshaftpflicht habe laut Bundesregierung für einzelne Berufsgruppen zu erfolgen, um eine Quersubventionierung durch andere Versicherungsnehmerinnen und -nehmer auszuschließen. Eine Vorabgenehmigung der Tarife oder eine Anzeigepflicht von Prämienanhebungen sei europarechtlich nicht möglich. Der Vorschlag einer „verpflichtenden umlagefinanzierten Versicherungslösung entsprechend der Unfallversicherung“ erschien der Bundesregierung als nicht erforderlich. Wir haben nachgehakt.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung\]](#)

---

## Tätigkeitsumfänge in der vertragsärztlichen Versorgung

ÄrztInnen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen (sogenannte VertragsärztInnen), müssen laut Gesetz mindestens 20 Sprechstunden zur Versorgung von KassenpatientInnen anbieten. Weder der Bundesregierung noch den Kassenärztlichen Vereinigungen ist bekannt, ob diese Vorgabe von der Ärzteschaft eingehalten wird. Deutlich wird, dass keiner der Beteiligten ein Interesse hat, Licht ins Dunkel zu bringen: die Bundesregierung verweist an die unwissenden und untätigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), deren Aufgabe die Überwachung des gesetzlichen Versorgungsauftrages sei. Ob dies tatsächlich geschieht, ist der Bundesregierung egal und auch keiner Untersuchung wert. Auffällig ist, dass die nach dem Gesetz bestehende Möglichkeit, Kassensitze (teilweise) ruhen zu lassen oder zu entziehen, von den KVen wohl nicht genutzt werden.

Die Bundesregierung will eine neue Bedarfsplanung umsetzen, ohne dass zuverlässige Zahlen über das Ist und die Gründe der bestehenden Versorgungssituation existieren. Wer dieses Manko nicht beheben will, der muss sich den Vorwurf gefallen lassen, ärztliche Klientelpolitik zu betreiben, statt dafür zu sorgen, dass die Realität des Versorgungsalltages in den Blick genommen wird.

[\[Kleine Anfrage lesen\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung\]](#)



## Terminvorschau:

---

### Alle inklusive. Grüner sozialpolitischer Kongress

Wo: Stadthalle Bielefeld, Willy-Brandt-Platz 1

Wann: 6. Juli 2012, 18:00 Uhr bis 7. Juli 2012 17:00 Uhr

Infos und Anmeldung [hier](#)

---

### Ablegen der Großsegler zu den Paralympics

Zu Ehren der Paralympics und der Seefahrernation England stellen sich 12 behinderte und 12 nicht behinderte Jugendliche einer besonderen Herausforderung. Sie unternehmen als Crew eine Fahrt mit einem barrierefreien Großsegler von einem deutschen Hafen - Emden - und erreichen London pünktlich zur Eröffnungsfeier der Paralympics am 29.08.12. Die Mannschaft wird durch 12 Begleiter aus Organisationen und Unternehmen komplettiert. Diese Aktion gehört zu mehreren Aktionen des Behindertensportverbands Nordrhein-Westfalen e.V. zum Thema "Wege zum 'inkluisiven' Sport".

Wo: Emden, Hafen

Wann: 24.08.2012, 12:00 Uhr bis 16:00 Uhr

---

### XIV. Sommerparalympics

Wo: London, Hauptaustragungsort: Olympic Stadium

Wann: 29.08.2012 - 09.09.2012

Weitere Informationen auf der [offiziellen Website der Olympischen und Paralympischen Sommerspiele 2012](#)

---

#### HERAUSGEBERIN

Maria Klein-Schmeink, MdB

#### Berliner Büro

Platz der Republik | 11011 Berlin

Telefon: 030 / 227 - 72307 | Fax: 030 / 227 – 76307

Mail: [maria.klein-schmeink@bundestag.de](mailto:maria.klein-schmeink@bundestag.de)

Redaktion: Christine Hopfgarten

#### Wahlkreisbüro in Münster

Windthorststr. 7 | 48143 Münster

Telefon: 0251 / 662280 | Fax: 0251 / 662296

Mail: [maria.klein-schmeink@wk.bundestag.de](mailto:maria.klein-schmeink@wk.bundestag.de)

Homepage: [www.klein-schmeink.de](http://www.klein-schmeink.de)