

Grüne Gesundheitspolitik spornt an

Herzlich willkommen zur Frühjahrsausgabe 2012 meines Newsletters.

Die Neuwahl in Nordrhein-Westfalen hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr ein unsanftes Frühlingserwachen beschert und in hektische Betriebsamkeit verfallen lassen. Heraus kommt ein altbekanntes Streiten und Tauziehen zwischen Union und FDP, weil letztere jetzt jede Gelegenheit nutzen muss sich dem verbliebenen Klientel zu empfehlen. So meint man die Abschaffung der Praxisgebühr nicht wirklich ernst sondern als Symbol an die Ärzteschaft. Bahr jeder innovativen Konzepte verschleppt das Ministerium die eigentlich notwendigen Reformen zum Beispiel in der Pflege und bietet nur Trostpflasterchen und gute Vorsätze ohne Behandlungsplan.

Jetzt aber erstmal viel Spaß beim Lesen und einen sonnigen Frühling,

Ihre und Eure Maria Klein-Schmeink

Meine Initiativen zu Patientenrechten, Prävention und psychischer Gesundheit:

Patientenrechtegesetz: Regierungspläne sind nur Trostpflaster für Patienten

Zu den jetzt bekanntgewordenen Regelungen zum geplanten Patientenrechtegesetz von Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger und Gesundheitsminister Bahr erklärt Maria Klein-Schmeink, Sprecherin für Prävention und Patientenrechte:

Wie zu erwarten, legen die beiden Minister nur ein Trostpflasterchen für die Patienten vor. Faktisch vermeiden die FDP-Minister jegliche Regelung, die Auflagen für die Ärzteschaft bringen würde. Sie sehen keine durchgreifenden Verbesserungen für Patienten vor, die Opfer eines Behandlungsfehlers oder - wie aktuell - von schädlichen Medizinprodukten wurden. Die Beweislastumkehr bei einem groben Behandlungsfehler ist schon jetzt ständige Rechtsprechung unserer Gerichte. Nach den jetzt veröffentlichten Vorschlägen muss auch weiterhin ein Patient, obwohl nachweislich ein Behandlungsfehler vorliegt, beweisen, dass dieser ursächlich für den erlittenen Schaden ist. Dieser Nachweis ist für einen Laien denkbar schwer zu führen und ist keine faire Rechtsposition. Wir vermissen weiterhin eine gesetzlich verbindliche Regelung zu Fehlermelde- und Fehlervermeidungssystemen in den Krankenhäusern. Es reicht nicht, die Krankenhäuser mit finanziellen Anreizen dazu bewegen zu wollen. Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, so wie man sich heute beim Einstieg in ein Flugzeug darauf verlassen kann, dass es einen Funktionscheck gegeben hat.

[\[Unsere wichtigsten zehn Forderungen\]](#)

Behandlungsfehler: Bundesregierung begnügt sich mit oberflächlicher Sichtung des Eisbergs

Zu den Antworten der Bundesregierung auf zwei schriftliche Fragen zu Behandlungsfehlern mit Todesfolge erklärt Maria Klein-Schmeink: „Die Zahlen stellen nur die Spitze des Eisbergs dar, weil sie auf den offiziell gemeldeten Angaben der behandelnden Einrichtungen beruhen. Es ist aber davon auszugehen, dass die tatsächlichen Zwischenfälle mit Todesfolge weitaus höher sind. Patientenverbände nennen zumeist eine Zahl von 17000. Ich habe die Fragen an die Bundesregierung gestellt, weil es im Bereich der Behandlungsfehler und der fehlerhaften Medizinprodukte einen eklatanten Datenmangel gibt. Man wird bislang immer nur auf Schätzungen oder Teilerfassungen verwiesen. Wie im Fall der fehlerhaften Brustimplantate zeigt sich erneut, dass insgesamt zu wenig Transparenz und stringente Erfassung von Vorkommnissen an der Tagesordnung sind. Ein verbindliches Meldesystem ist aber Voraussetzung für eine patientenorientierte Qualitätssicherung. Voraussetzung dafür ist ein offensiver und transparenter Umgang der behandelnden Einrichtungen mit Fehlern. Deshalb fordern wir Grünen seit längerem ein umfassendes Monitoring zu den Behandlungsfehlern. Diese sollen Todesfälle infolge von Behandlungsfehlern aber auch Behandlungsfehler ohne Todesfolge erfassen. Auch Zwischenfälle mit fehlerhaften Medizinprodukten müssen darin erfasst sein. Zudem fordern wir verbindliche Melderegister für Medizinprodukte höherer Gefahrenklassen. Es geht nicht darum Ärzte und Krankenhäuser an den Pranger zu stellen, sondern es muss um die Etablierung einer Kultur der Fehlervermeidung und des Risikomanagements in der Breite gehen und somit den Ausbau bestehender Ansätze.“

[Maria Klein-Schmeinks Stellungnahme im PDF-Format](#)

[Die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftlichen Fragen](#)

Fehlende Patientensicherheit bei Medizinprodukten

Ende Dezember 2011 und Anfang Januar 2012 wurde in den Medien intensiv über schadhafte Brustimplantate einer französischen Firma berichtet, deren Produkte auch in Deutschland in den Verkehr gebracht worden sind. Die französische Regierung rät allen Trägerinnen von Brustimplantaten der Firma Poly Implant Prothèse (PIP) diese entfernen zu lassen. Die Explantation wird als vorbeugende, aber nicht dringliche Maßnahme beschrieben. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im Dezember 2011 zunächst die Entfernung der Implantate nicht generell empfohlen, am 6. Januar 2012 jedoch eine anderslautende Empfehlung ausgesprochen. Der Herstellerfirma PIP wird unter anderem vorgeworfen, billigeres Industriesilikon statt medizinisches Silikon verwendet zu haben. Nach Medienberichten kommt es häufiger vor, dass sich in den Billigimplantaten Risse bilden und die Implantate auch ohne Rupturen „ausschwitzten“; ein erhöhtes Krebsrisiko kann nicht ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit der Zulassung und der Kontrolle von Medizinprodukten auf nationaler und europäischer Ebene. Außerdem ist bisher unklar geblieben, wer dafür haftet, wenn infolge von fehlerhaften Implantaten die Silikonkissen entfernt oder ersetzt werden müssen. Der Skandal verdeutlicht gravierende Mängel in den Bereichen Patienteninformation, Qualitätskontrolle und Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten. Über die Auslegung des von der schwarz-roten Bundesregierung 2007 eingeführten § 52 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Beteiligung der Versicherten an den Kosten in angemessener Höhe bei nicht medizinisch indizierten ästhetischen Operationen wird in der Presse widersprüchlich berichtet. Wir haben nachgehakt.

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

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

[\[Kommentar Maria Klein-Schmeink\]](#)

Sicherheit, Wirksamkeit und gesundheitlichen Nutzen von

Medizinprodukten besser gewährleisten

Am 1. April 2010 informierte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Deutschland erstmals über fehlerhafte Silikonimplantate eines französischen Herstellers. Inzwischen ist klar, dass diese bzw. gleichartige Implantate anderer Hersteller auch in Deutschland in etwa 7.500 Fällen verwendet wurden und den betroffenen Patientinnen somit erhebliche gesundheitliche Risiken entstehen. Mittlerweile empfiehlt das BfArM die präventive Entfernung der betreffenden Implantate. Wiewohl diese Geschehnisse zunächst auf kriminelle Energie des Herstellers der Silikonimplantate zurückzuführen sind, haben sie jedoch Defizite bei der Überwachung der Qualität von Medizinprodukten und deren Koordination offenbar werden lassen. Darüber hinaus gibt es auch ganz grundsätzliche Kritik an den bestehenden nationalen und europarechtlichen Vorschriften zu Medizinprodukten. Medizinprodukte, insbesondere diejenigen, die Patientinnen und Patienten implantiert werden und dabei mit dem Gefäß- oder dem Zentralen Nervensystem in Kontakt kommen, entfalten ein Arzneimittel durchaus ähnliches gesundheitliches Risikopotential. Während jedoch an Arzneimittel inzwischen erhebliche Anforderungen gestellt werden, fehlt bei Medizinprodukten ein vergleichbares Zulassungs-, Nutzenbewertungs- und Vigilanzsystem. Wir fordern die Bundesregierung auf, das bisherige Zertifizierungsverfahren zu ersetzen, die Anforderungen an die klinische Überprüfung zu ergänzen und ein verbindliches Register zur Langzeitüberprüfung zu schaffen sowie gesetzliche Klarstellungen im Rahmen des Patientenrechtegesetzes und im Rahmen eines Medizinproduktegesetzes vorzunehmen.

[\[Antrag lesen\]](#)

Kein Ende der Fastenzeit für Prävention in Sichtweite

Zum Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes 2011 erklärt Maria Klein-Schmeink MdB, Sprecherin für Prävention und Patientenrechte:

Prävention wirkt: dies bestätigten die vielen vorgestellten Studien und Praxisbeispiele jüngst beim 17. Kongress Armut und Gesundheit. Doch die Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte bewegt sich nur im Schneckentempo voran. Die Zielgruppen, die Prävention und Gesundheitsförderung am dringenden benötigen, werden kaum erreicht. Nur vier Prozent der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richten sich beispielsweise direkt an Arbeitslose. Seit schwarz-gelb regiert, geben die Kassen immer weniger für Gesundheitsförderung und Prävention aus: im Jahr 2010 waren es wiederum 11 Millionen weniger als 2009 und im Vergleich zu 2008 drosselten die Kassen ihr Engagement sogar um 40 Millionen. Es verbleiben 300 Millionen Euro, von denen 80 Prozent in individuelle Präventionskurse fließen, die vor allem dem Wettbewerb der Kassen dienen. Im Vergleich zu den Gesamtausgaben der Kassen 2010 von 175,7 Milliarden macht das weniger als 0,2 Prozent aus. Da tröstet es wenig, dass die Ausgaben für Angebote in den direkten Lebenswelten, in den Kitas, Schulen, Stadtteilen und Betrieben ein wenig gesteigert wurden. Wen wundert es da, dass der GKV-Spitzenverband seinen Präventionsbericht zum Berichtsjahr 2010 erst jetzt vorlegte. Schlimmer noch: die Bundesregierung verschleppt ihre Präventionsstrategie seit Jahren. Auf Nachfrage heißt es lapidar: noch in dieser Legislatur werde sie vorgelegt. Konkrete Pläne werden nicht vorgestellt. Dabei wird die Koalition nicht müde, ein Gesetz weiterhin strikt abzulehnen. Diese Hinauszögerungstaktik wird dafür sorgen, dass die Schere bei der gesundheitlichen Chancengleichheit weiter auseinandergeht.

Prävention wirkt!

Beim Kongress Armut und Gesundheit 2012 diskutierten 2.200 Teilnehmende aus Politik, Praxis und Wissenschaft die Wirksamkeit von erfolgreicher Gesundheitsförderung und Prävention. Die vorgestellten Studien, Evaluationen und Kosten-Nutzen-Analysen zeigten die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention für gesundheitliche Chancengleichheit. Dabei wurde deutlich: Es gibt jede Menge gute Ansätze, jetzt kommt es darauf an, diese mit kommunalen Gesamtkonzepten und Präventionsketten von Geburt an in die Fläche zu bringen. Dafür brauchen wir endlich ein Gesetz für Gesundheitsförderung und Prävention, das die Verantwortungsbereiche von Bund, Ländern und Kommunen verbindlich festschreibt und für eine

verlässliche Finanzierung sorgt, sowie eine nationale Gesamtstrategie mit dem Schwerpunkt soziale Lage.

Die Dokumentation des Kongresses kann [hier](#) bestellt werden.

Geschlechterperspektive für die betriebliche Gesundheitsförderung

Die Bundesregierung hat schon seit langem eine Präventionsstrategie angekündigt, die einen besonderen Stellenwert auf die betriebliche Gesundheitsförderung legen soll, vorgelegt wurde bislang nichts. Der im Juni 2011 vorgelegte Bericht der Arbeitsgruppe "Geschlechterperspektive für wirksamere Arbeits- und Gesundheitsschutz", welche von der 20. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder eingesetzt wurde, hat gezeigt, dass Frauen und Männer unterschiedliche Arbeitsbelastungen haben und Handlungsempfehlungen zur Förderung geschlechtergerechter Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgelegt. Diese wurden von der Bundesregierung bislang nicht aufgegriffen. Mit unserer kleinen Anfrage haben wir nachgehakt. Eine Antwort der Bundesregierung erwarten wir in Kürze.

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

Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen

In ihrer Rede erklärt Maria Klein-Schmeink, dass die grüne Bundestagsfraktion noch deutlichen Nachbesserungsbedarf beim Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein pauschaliertes Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen sieht. Sie kritisiert u.a. dass die Besonderheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht berücksichtigt wurden.

[Video zur Rede](#)

[Video zur gesamten Debatte](#)

Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen

Unser Antrag zur Vergütungsreform in der stationären Psychiatrie plädiert für eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Die große Herausforderung besteht darin, die psychiatrische, die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung sowie die fachärztliche Behandlung besser zusammenzubringen. Das bisher entwickelte System der Zusammenarbeit über die Sektorgrenzen hinaus funktioniert nur punktuell in einigen wenigen Regionen. Möglichst viele Patientinnen und Patienten müssen in ihrer Region sektorübergreifende Behandlungsangebote nutzen können. Auch die Reform der stationären Vergütung ist nur mit ausreichenden Personalkapazitäten möglich. Deshalb müssen Nachverhandlungen zur Personalbemessung nach der Psychiatrie-Personalverordnung auf 100 Prozent weiterhin für alle Häuser möglich bleiben. Für die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind geeignete Lösungen zu entwickeln.

[\[Antrag lesen\]](#)

Schriftliche Fragen Februar 2012

1. Plant die Bundesregierung einen ausführlichen Bericht an den Deutschen Bundestag und an die Bundesländer zu den finanzpolitischen und versorgungspolitischen Konsequenzen aus

- den gewonnenen Erkenntnissen zu den Verfahren nach dem PsychEntgeltG aus den Regelhäusern und den Modellvorhaben vor Eintritt in die Konvergenzphase und wenn nein, was plant sie statt dessen zur Beteiligung des Deutschen Bundestages und der Bundesländer?
2. Was plant die Bundesregierung, um die Besonderheiten des Versorgungsfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zuge der Weiterentwicklung der stationären psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen in angemessener Weise abzubilden, und wie soll das Problem gelöst werden, eine repräsentative Auswahl von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen in der Kalkulation zu berücksichtigen, angesichts der regionalen Heterogenität und der geringen Abteilungsgrößen?
 3. Besteht die Absicht, bei Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Kontrahierungszwang für gesetzliche Krankenkassen festzuschreiben, angesichts Abteilungsgrößen von bis zu 30 Betten, und auf welchem anderen Weg ist es denkbar, unterschiedliche Standards und Settings in diesen kleinen Versorgungseinheiten anzuwenden, wenn wie allgemein geplant, Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung kassenindividuell oder gemeinsam durch alle Krankenkassen geschlossen werden können?
 4. Auf welche neutrale Beratung und Information können Patientinnen und Patienten zurückgreifen, wenn ihnen im Rahmen einer Katarakt-Operation vorgeschlagen wird, auf eigene Kosten eine Multifokallinse implementieren zu lassen, und wer gibt ihnen evidenzbasierte Informationen zu den Erfolgsaussichten, Nebenwirkungen und Risiken eines solchen Eingriffs?

[\[Antwort der Bundesregierung auf Frage 1 bis 3\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung auf Frage 4\]](#)

Schriftliche Fragen März 2012

1. Wann wird die Bundesregierung ihre lang angekündigte und noch immer in Arbeit befindliche Präventionsstrategie vorlegen, aufgrund deren Schwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung sie in ihrer Stellungnahme zur Entschließung des Europäischen Parlaments vom 15.12.2011 über die Halbzeitprüfung der Strategie der Europäischen Union für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2012 die Kritik am Engagement der Mitgliedstaaten zurückwies, und welche konkreten Pläne verfolgt die Bundesregierung für die betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen dieser Präventionsstrategie?
2. Welche Bereiche der Versorgungsstruktur werden mit der Machbarkeitsstudie zur Umsetzung der Begleitforschung nach § 17d Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erprobt, und zu welchem Zeitpunkt soll die flächendeckende Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems beauftragt werden?
3. Was unternimmt die Bundesregierung, um die Erkenntnisse eines Forscherteams der Universität Bristol zu giftigem Abrieb bei Hüftprothesen aus Metall und sich daraus ergebender fehlender Patientensicherheit und Gesundheitsverträglichkeit den betreffenden Patientinnen und Patienten zur Kenntnis zu geben?

[\[Antwort der Bundesregierung auf Frage 1\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung auf Frage 2\]](#)

[\[Antwort der Bundesregierung auf Frage 3\]](#)

Erhebung zeigte: Gesetzlich Versicherte warten länger auf einen Facharzttermin

Wiederholte Hinweise auf lange Wartezeiten von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten haben Bärbel Höhn und mich Ende 2011 bewogen eine Untersuchung durchzuführen. Bei dieser Erhebung in Nordrhein-Westfalen wurden in verschiedenen Regionen und Städten rund 350 Praxen angerufen und nach einem Arzttermin gefragt – einmal als Kassenpatient/in und als privat Versicherte/r.

Kassenpatientinnen und -patienten müssen bis zu 45 Tage länger auf einen Arzttermin warten als Privatversicherte, im Durchschnitt erhalten Privatversicherte 23 Tage früher einen Arzttermin. Die Ergebnisse variieren nach Regionen und Fachrichtungen der Praxen. Private Krankenkassen können höhere Arzthonorare zahlen, dadurch sind ihre Versicherten im Vorteil. Zudem sind privat Versicherte gern gesehen, weil sie den Arzt direkt bezahlen und sich dann selbst um die Rückerstattung durch ihre Kasse kümmern. Wir Grüne wollen das grundlegend ändern. Mit unserem Bürgerversicherungskonzept erreichen wir für die gesetzliche und private Krankenversicherung gleiche Bedingungen. Mit einer echten Solidargemeinschaft gäbe es keinen Grund mehr für unterschiedliche Wartezeiten auf den Arzttermin.

Die Ergebnisse unserer Erhebung sind [hier](#) nachzulesen.

Weitere Initiativen aus dem Fachbereich Gesundheit:

Pflegereform: Nix für die Pflege - viel für die Falschen

Zum Kabinettsbeschluss vom 28.03.2012 zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz erklärten Renate Künast, Fraktionsvorsitzende und Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik:

Die schwarz-gelbe Pflegereform ist schon bei ihrer Verkündung krachend gescheitert. Minister Bahr packt die dringendsten Probleme nicht an, weder einen neuen Pflegebegriff, noch eine ausreichende Versorgung der Demenzkranken. Dieses Gesetz als Neuausrichtung zu bezeichnen verleumdet das Wort. Die wenigen Leistungsverbesserungen sind nur auf Pump oder zeitlich begrenzt. Nach dem „Jahr der Pflege 2011“ schafft Bahr nichts außer Geschenken an die schwarz-gelbe Klientel, wie höhere Vergütungen für Ärzte und Zuschüsse für Gutverdiener zur Pflegeversicherung. Selbst die kleinsten Verbesserungen wurden noch gekürzt. So sind die geplanten kleinen Verbesserungen für pflegende Angehörige bei Reha- und Vorsorge im Bereich der Rentenversicherung komplett gestrichen worden. Und das auf Wunsch von Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen. Die einstige Kämpferin für eine gute Pflege knausert also herum, wenn sie zur Entlastung Pflegenden beitragen soll. Auch für die Pflegekräfte tut die Bundesregierung nichts, sie droht ihnen sogar mit Lohnrückerei. Das ist ein heftiger Schlag ins Gesicht aller Pflegekräfte. Wir Grüne sind für den Pflege-Mindestlohn. Er darf aber nur eine absolute Lohnuntergrenze sein. So jedoch droht er zum Normlohn zu werden. Diese Reform kann man getrost vergessen. Wir brauchen eine tatsächliche Neuausrichtung in der Pflege. Deswegen fordern wir die Einführung eines neuen Pflegebegriffs, der den Menschen ihre Würde bewahrt anstatt sie nur zu versorgen. Zur nachhaltigen Finanzierung einer besseren Pflege brauchen wir eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung.

[\[Mein Vortrag zum Thema "Ist gute Pflege noch bezahlbar"\]](#)

[\[Weitere Informationen auf den Seiten der grünen Bundestagsfraktion\]](#)

Praxisgebühr und Arzt-Patient-Kontakte

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen seit dem 1. Januar 2004 für den jeweils ersten Besuch einer Ärztin/eines Arztes, einer Zahnärztin/eines Zahnarztes oder einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro zahlen, sofern sie mindestens 18 Jahre sind, keine Überweisung vorlegen können, nicht von Zuzahlungen befreit sind und es sich nicht um eine gesetzliche Vorsorgemaßnahme handelt.

Die Praxisgebühr war Bestandteil des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) und wurde gemeinsam von der damaligen Koalition der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Fraktion der CDU/CSU beschlossen. Sie sollte zu einem rationalen Inanspruchnahmeverhalten des Versicherten beitragen und diente zugleich als Beitrag zur Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Da Umfragen und Studien belegten, dass 15 bis 20 Prozent der Befragten den Arztbesuch

wegen der Gebühr vermieden und jeder Zehnte aus Unkenntnis auf Leistungen der Vorsorge verzichtet, haben wir die Bundesregierung nach ihren Erkenntnissen und Plänen zur Praxisgebühr befragt.

[\[Kleine Anfrage\]](#)

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

Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen

In Deutschland steigt die Rate von Geburten mit Kaiserschnitt stetig an. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 28 Prozent aller Entbindungen im Jahr 2005 Kaiserschnittentbindungen, im Jahr 2009 bereits 31,3 Prozent. Dabei variiert die Zahl der Kaiserschnittentbindungen stark nach Bundesländern. Die höchste Kaiserschnitttrate im Jahr 2009 hatte das Saarland (38,4 Prozent), die Niedrigste hatte Sachsen (22,6 Prozent). Die Kaiserschnittstudie der Gmünder Ersatzkasse (GEK) aus dem Jahr 2006 zeigt, dass Ärzte und Ärztinnen einen maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt haben und bei 60 Prozent aller Kaiserschnitte sie diesen Schritt empfehlen. Auf der anderen Seite empfehlen Hebammen Kaiserschnitte deutlich seltener (27 Prozent). Die steigende Tendenz zu Kaiserschnitten ist laut GEK-Studie mit einer geringeren Intensität der Hebammenbetreuung verbunden. Nach der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte ein Kaiserschnitt nur dann durchgeführt werden, wenn eine natürliche Geburt die Gesundheit oder das Leben von Mutter oder Kind gefährdet. Es wird davon ausgegangen, dass bei Anwendung dieser Empfehlung bei etwa 15 Prozent der Geburten Kaiserschnitte medizinisch indiziert sind. Wir haben nachgehakt.

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

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

Terminvorschau:

Öffentliche Anhörung zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Wo: Deutscher Bundestag

Wann: 23. April 2012, 13:00 bis 16:00 Uhr

Infos demnächst [hier](#)

Öffentliche Anhörung Opfer des Brustimplantateskandals

Wo: Bundestag, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus

Wann: 25. April 2012, 14:00 bis 15:30 Uhr

Infos demnächst [hier](#)

Mitgliedertag der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft

Wo: Universität der Künste, Bundesallee 1-12, 10719 Berlin

Wann: 5. Mai 2012, 10:00 bis 16:30 Uhr

Information und Anmeldung [hier](#)

Fachgespräch Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen

Wo: Landesvertretung Nordrhein-Westfalen in Berlin, Hiroshimastr. 12

Wann: 7. Mai 2012, 11:00 bis 16:30 Uhr

Infos demnächst [hier](#)

Öffentliche Anhörung Zugang zu medizinischem Cannabis

Wo: Bundestag, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus

Wann: 9. Mai 2012, 13:00 bis 15:00 Uhr

Infos demnächst [hier](#)

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

Redaktion: Christine Hopfgarten

Wahlkreisbüro in Münster

Windthorststr. 7 | 48143 Münster

Telefon: 0251 / 662280 | Fax: 0251 / 662296

Mail: maria.klein-schmeink@wk.bundestag.de

Homepage: www.klein-schmeink.de