

berlin aktuell

Parlamentarischer Kalender



Aktuelles aus dem Monat März

- Drei fraktionsübergreifende Gesetzesentwürfe zur PID stehen im Bundestag zur Abstimmung
- BMG legt Entwurf eines Positionspapiers zum „Versorgungsgesetz“ vor
- AG-Gesundheit der Unionsfraktion beschließt „14. Punkte-Papier“ zum Versorgungsgesetz
- Referentenentwurf für ein „Krankenhaushygienegesetz“ erstellt
- Grüne wollen Genitalverstümmelung als schwere Körperverletzung ahnden
- Linke wollen Kopfpauschale in der Pflege verhindern
- Ablehnung der europäischen „Patientenrichtlinie“ gefordert

Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen

- Ärmere Kinder haben schlechtere Chancen auf ein gesundes Leben
- Pflegeversicherung ohne Beitragserhöhung bis 2014
- Kein Anspruch lesbischer Paare auf Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen
- Direkte Verhandlungen mit Pharmaunternehmen sinnvoll

März 2011

1. Gesetzgebungsinitiativen der Bundesregierung.....2
 - 1.1. Im parlamentarischen Verfahren.....2
 - 1.2. In Planung.....4
2. Initiativen aus dem Bundesrat.....7
3. Aus der Opposition.....8
 - 3.1. Eingebraachte Anträge und Gesetzesentwürfe.....8
 - 3.2. Kleine/Große Anfragen aus dem Monat Dez/Jan11
 - 3.3. Schriftliche und mündliche Fragen an die Bundesregierung.....16
5. Verschiedenes.....17

Impressum

berlin aktuell

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Alexander Dückers
Samir Rabbata
Jessica Beyer
Jana Kromer

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
Tel. (030) 40 04 56-358 · Fax -707
presse@baek.de · www.baek.de

1. Gesetzgebungs-Initiativen der Bundesregierung

1.1 Im Parlamentarischen Verfahren

Bundestag muss über drei Gesetzentwürfe entscheiden

Abgeordnete aller Bundestagfraktionen haben einen weiteren und damit dritten Gesetzentwurf zur Präimplantationsdiagnostik (PID) vorgelegt. Die Gruppe um Birgitt Bender (Grüne), Rudolf Henke (CDU) und Ulla Schmidt (SPD) dringt auf ein umfassendes Verbot der PID. In dem Gesetzentwurf wird vorgeschlagen, das PID-Verbot im Gendiagnostikgesetz zu verankern. Die Anwendung der PID gefährde die Akzeptanz gesellschaftlicher Vielfalt und erhöhe den sozialen Druck auf Eltern, ein gesundes Kind haben zu müssen, heißt es in dem Gesetzentwurf. Die Werteordnung des Grundgesetzes bestimme ausdrücklich, dass jeder Mensch den gleichen Anspruch auf Würde und die gleichen und unveräußerlichen Rechte auf Teilhabe besitze. Dieses Wertgefüge würde durch die Zulassung der PID nachhaltig beschädigt werden, schreiben die Abgeordneten in dem Gesetzentwurf.

[Gesetzesentwurf: Ablehnung der PID](#)

„Eine gesetzlich legitimierte Selektion vor Beginn der Schwangerschaft ist für mich nicht hinnehmbar. Weder der Staat noch eine Ethikkommission dürfen darüber entscheiden, welches Leben gelebt werden darf und welches nicht. Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass eine Begrenzung auf Einzelfälle nicht möglich ist. Zudem kann die PID die geweckten Hoffnungen auf ein gesundes Kind nicht erfüllen und ist mit hohen gesundheitlichen Belastungen verbunden“, sagte Kathrin Vogler (Linke), stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, bei der Vorstellung des Gesetzentwurfs.

Bei einem Verstoß gegen das Verbot sollen aber nur diejenigen strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, die die PID anwenden, also Ärzte, Biologen oder Angehörige anderer Heilberufe. Ausdrücklich nicht bestraft werden sollen die potenziellen Eltern bzw. die Ei- oder Samenzellenspender. Der Gesetzentwurf richte sich nicht gegen diejenigen Eltern, die eine PID durchführen wollen, betonen die Initiatoren, zu denen auch die Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags Katrin Göring-Eckhardt (Grüne) und die stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der Union Günter Krings (CDU) und Johannes Singhammer (CSU) gehören.

Bereits Ende Dezember 2010 hatten die Abgeordneten Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD), und Ulrike Flach (FDP) einen gemeinsamen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem die PID in Ausnahmefällen erlaubt werden soll. Nach dem Entwurf soll die PID grundsätzlich verboten, jedoch dann nicht rechtswidrig sein, wenn die Nachkommen „eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit“ haben oder mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist.

[Gesetzesentwurf: PID in Ausnahmefällen](#)

„Um Rechtssicherheit für die betroffenen Paare und die Ärzte herzustellen, ist das Embryonenschutzgesetz um eine Regelung zu ergänzen, die die Voraussetzungen

und das Verfahren einer PID festlegt“, heißt es in dem Entwurf. Betroffene Paare könnten sich nach einem medizinisch-psychologischen Beratungsgespräch in einem speziellen, lizenzierten Zentrum behandeln lassen. Dabei solle es keine Liste mit Krankheiten als Indikation für eine PID geben. Die entscheidende Instanz solle in jedem individuellen Fall eine interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission sein. Dahinter stehe der Gedanke, sich mit jedem Verfahren einzeln auseinandersetzen zu müssen um einem Missbrauch vorzubeugen.

Das gesetzeswidrige Durchführen einer PID würde mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe geahndet. Ein Bericht soll alle zwei Jahre über einen eventuellen Nachbesserungsbedarf aufklären.

Einen weiteren Gruppenantrag haben die Abgeordneten René Röspel (SPD), Patrick Meinhardt (FDP) und Priska Hinz (Grüne) eingebracht. Die PID soll nach ihren Vorstellungen nur dann zulässig sein, wenn eine Erkrankung des Kindes zu einer Fehlgeburt oder zum Tod in den ersten Lebensjahren führen könnte. Das Kriterium für die Zulassung sei hierbei nicht ein bestimmtes Krankheitsbild beim Embryo, sondern die Lebensfähigkeit des Embryos. Daher soll das Embryonenschutzgesetz um eine Regelung ergänzt werden, nach der die genetische Untersuchung eines Embryos im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zwar grundsätzlich verboten ist. In Ausnahmefällen aber soll eine solche Untersuchung für nicht rechtswidrig erklärt werden, und zwar dann, wenn bei den Eltern oder einem Elternteil eine humangenetisch diagnostizierte Disposition vorliegt, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehl- oder Totgeburten oder zum Tod des Kindes im ersten Jahr führt. Diese zweitstufige Beschränkung der Zulässigkeit einer PID stelle sicher, dass einer Ausweitung der Indikationsstellung klare Grenzen gesetzt werden, heißt es in der Begründung.

[Gesetzesentwurf: PID in sehr engen Grenzen](#)

Darüber hinaus sieht der Gesetzesentwurf die Verpflichtung einer Beratung der Eltern sowie das positive Votum einer Ethikkommission vor. Zudem dürfe die PID nur in zertifizierten Zentren durchgeführt werden.

Der Bundestag wird voraussichtlich noch vor Ostern ohne Fraktionsdisziplin über die drei Gesetzentwürfe entscheiden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) hat in seiner Februar-Sitzung ein 22-seitiges Memorandum verabschiedet, in dem Vorschläge zur Ausgestaltung einer möglichen gesetzlichen Regelung für eine Präimplantationsdiagnostik (PID) enthalten sind. Im Kern zeigt das Memorandum medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung der PID auf. Demnach sollte es Ziel des Indikationsmodells sein, Paaren mit hohem genetischem Risiko zu einer Schwangerschaft mit einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Bei den Landesärztekammern angesiedelte PID-Kommissionen könnten vorab prüfen, ob die jeweils geplante PID den rechtlichen und standesrechtlichen Vorgaben entspricht. Die Bundesärztekammer hat darauf hingewiesen, dass sie mit diesem Papier der gesetzlichen Regelung weder vorgreifen, noch diese beeinflussen will.

[Memorandum der BÄK](#)

1.2 In Planung

Versorgungsgesetz

Das Bundesgesundheitsministerium beschäftigt sich in einem Entwurf für ein Positionspapier zum geplanten Versorgungsgesetz u. a. mit folgenden Themen: Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sowie den Zuweisungen gegen Entgelt.

Zu dem vom Ministerium versandten Diskussionspapier anlässlich der Klausurtagung der Bund-Länder-Kommission zur Vorbereitung der Amtschefkonferenz am 29. März zum Thema Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unterscheidet sich das Positionspapier dergestalt, dass Regelungsvorschläge zu MVZ und zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung hinzugekommen sind. Das BMG stellt klar, dass sich die MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser beschränke. Zudem müssten Geschäftsanteile eines MVZ mehrheitlich in ärztlicher Hand liegen. Diese Beschränkung soll jedoch dann nicht gelten, wenn das MVZ in einem unterversorgten bzw. von einer Unterversorgung bedrohten Gebiet läge. Im Hinblick auf die derzeitige zulässige Anzahl von Zweigpraxen nach dem Berufsrecht fordert das Ministerium eine Lockerung des Berufsrechts.

[Positionspapier BMG
„Versorgungsgesetz“](#)

In dem Themenkomplex „Verbot der Zuweisung gegen Entgelt“ spricht sich das BMG für eine Präzisierung des Verbots von Zuweisungen aus. Zudem müsse eine Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften erfolgen. Ziel sei, dass diese nicht nur zur Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gegründet werden.

In die ambulante spezialärztliche Versorgung sollen nach Ansicht des BMG nicht nur Krankenhäuser, sondern auch besonders qualifizierte Vertragsärzte, MVZ und Schwerpunktpraxen einbezogen werden. „Hinsichtlich des Leistungsumfangs des spezialärztlichen Versorgungsbereichs ist dabei zunächst von dem bisher in § 116b SGB V umfassten Spektrum auszugehen“. Für diese Leistungserbringer sollen einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen festgelegt werden. Zur Überprüfung, ob diese Anforderungen durch die Leistungserbringer erfüllt sind, soll eine „neutrale“ Stelle auf Landesebene bestimmt werden. In weiterer Zukunft sieht das BMG bei einigen (häufigeren) Erkrankungen vor, einzelnen Krankenkassen gezielt die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens zu eröffnen.

Zur Wahrung gleicher Wettbewerbschancen bei der Erbringung von ambulanten spezialärztlichen Leistungen durch Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte erwägt das Ministerium bei öffentlichen Krankenhäusern einen Investitionskostenabschlag (als Durchschnittswert) von der Vergütung vorzunehmen. Es sei nicht von der Hand zu weisen, „dass die vorhandene – und hinsichtlich ihres Investitionsaufwandes mit öffentlichen Mitteln geförderte – stationäre Infrastruktur von Krankenhäusern einen Wettbewerbsvorteil begründen kann, so das Positionspapier.

Wie schon aus den Ergebnissen der Klausurtagung der Bund-Länder-Kommission zu erkennen war, hat der Bund kein Interesse daran ein – wie von den Ländern gefordertes – sektorübergreifendes Gremium zur Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich zusätzlich zu installieren. Im BMG-Positionspapier erhalten die Länder lediglich dergestalt mehr Rechte, in dem ihnen ein Recht zur Teilnahme an den Sitzungen des Landesausschusses eingeräumt wird. Zudem sollen sie ein Beanstandungs- und Initiativrecht erhalten. Dies dürften den Ländern nicht weit genug gehen, da sie schon auf der Klausurtagung erklärten, das Beanstandungs- und Initiativrecht habe auch in Bezug auf Verträge nach §§ 71 Abs. 4 SGB V (Beitragssatzstabilität), §73b (Hausarztzentrierte Versorgung), 73c (besondere ambulante ärztliche Versorgung), 140a – 140d (Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung) zu gelten. Die Länder wiesen auf der Klausurtagung darauf hin, dass sie ein Beanstandungsrecht nur für den Fall fordern, wenn ein Vertrag dem Ziel – das Vertragsgeschehen mit den Versorgungsplanungen in Übereinstimmung zu bringen – widerspricht. Ein Initiativrecht soll nur dann beansprucht werden können, wenn den Erfordernissen der Bedarfsplanung nicht Rechnung getragen wird.

[Ergebnisse Klausurtagung
Bund-Länder-Kommission](#)

Darüber hinaus wollen die Länder an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend beteiligt werden. Der Bund lehnt diese Forderungen mit der Begründung ab, dass die angebotenen Gestaltungsangebote im Landesausschuss genügen.

In der Klausurtagung bestand jedoch Einigkeit zwischen Bund und Ländern hinsichtlich der Flexibilisierung der Bedarfsplanung. So soll die derzeit verbindliche Vorgabe, dass die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen, entfallen. Vielmehr sollen die Planungsbereiche so gestaltet werden, „dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen“.

Die endgültigen Eckpunkte für das Versorgungsgesetz sollen im Anschluss an die Amtschefkonferenz (29. März) auf einer Sonder-Gesundheitsministerkonferenz (6. April) beraten werden.

Derzeit ist geplant, einen Referentenentwurf im Mai vorzulegen.

CDU/CSU legt ebenfalls 14 Vorschläge zur Reform der medizinischen Versorgung vor

Die Arbeitsgruppe Gesundheit der Unions-Bundestagsfraktion spricht sich weiterhin für die Einrichtung regionaler sektorübergreifender **Versorgungsausschüsse** zur ärztlichen Versorgungsplanung unter Einbezug auch der **Landesärztekammern** aus. Hier zeichnet sich ein Konflikt innerhalb der Regierungskoalition ab. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) lehnt – siehe oben – derartige Steuerungsgremien grundsätzlich ab. Im Düsseldorfer Handelsblatt sagte er „er wolle die alte Planwirtschaft nicht durch eine neue ersetzen“. Das 17-seitige Eckpunktepapier zum Versorgungsgesetz sieht neben den Vorschlägen für eine Neufassung zur Bedarfsplanung weitere Neuregelungen unter anderem für die

[14. Punkte-Papier](#)

ambulante Behandlung im Krankenhaus, für Medizinische Versorgungszentren sowie für die ärztliche Aus- und Weiterbildung vor.

Im Themenkomplex „Einheitliche Rahmenbedingungen und Vergütungen an der Sektorengrenze“ will die Union gleiche Voraussetzungen in Bereichen ambulanter Versorgung, in denen sowohl niedergelassene Ärzte als auch stationäre Einrichtungen aktiv sind, schaffen. Hierfür sei ein sektorübergreifender Ordnungsrahmen nötig.

Unter der Überschrift „Bessere Steuerung der Versorgung“ fordert die Union jetzt auch, ärztliche Zulassungen in unterversorgten Gebieten mit dem Anspruch zu verbinden, dass nach einer Zeit von mindestens fünf Jahren in einen gesperrten Bezirk gewechselt werden kann. Damit soll die Entscheidung zur Niederlassung in einer unterversorgten Region nicht wie bisher zu einer unabänderlichen Lebensentscheidung werden, so das Unionspapier.

Die Union spricht sich ferner dafür aus, eine Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Pflegeeinrichtungen zu prüfen.

Im Hinblick auf die Honorarreform will die Union zudem nicht mehr den Zwang zur Pauschalierung der Vergütung aufheben. Vielmehr hält sie weiterhin am Grundsatz der pauschalierten Honorierung fest. Die Selbstverwaltung soll jedoch mehr Spielraum erhalten, um in begründeten Fällen davon abzuweichen.

Krankenhaushygienegesetz

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte Mitte Februar einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze u. a. der Bundesärztekammer zur Stellungnahme übersandt. Ziel des Gesetzes ist, die Zahl der nosokomialen Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern, durch bessere Einhaltung von Hygieneregeln und eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie durch die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Präventionsansätzen zu senken. Qualität und Transparenz der Hygiene in medizinischen Einrichtungen sollen gestärkt werden.

[Referentenentwurf
„Krankenhaushygienegesetz“](#)

[Stellungnahme BÄK](#)

Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) soll eine Rechtsgrundlage und Verpflichtung der Länder zum Erlass von Rechtsverordnungen zur Verbesserung der Hygiene in Krankenhäusern und weiteren relevanten Einrichtungen mit der Möglichkeit einer Bußgeldbewehrung bei Zuwiderhandlungen geschaffen werden. Die Verantwortung der Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und die rechtliche Bedeutung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie die neu zu gründende Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) beim RKI sollen gesetzlich geregelt werden. Die Kommission ART soll klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger für verordnende Ärzte erstellen. Zudem soll in der vertragsärztlichen Versorgung eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten sowie für die diagnostische

Untersuchung von Risikopatienten geschaffen werden. Darüber hinaus soll der G-BA verpflichtet werden, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität insbesondere auf der Basis von Indikatoren zu bestimmen und diese Ergebnisse für die Öffentlichkeit in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent zu machen.

In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf begrüßt die BÄK die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzes, die Krankenhaushygiene zu verbessern. Die BÄK wies jedoch darauf hin, dass die Gefahr einer nosokomialen Infektion in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zwar steige. Dies läge jedoch nicht nur daran, dass der Einsatz von Antibiotika Bakterien resistenter werden lassen. Ein wesentlicher weiterer Grund hierfür sei, dass bei einer aus finanziellen Gründen ausgedünnten Personaldecke in den Kliniken immer mehr Risikopatienten behandelt würden, die anfälliger für Krankenhausinfektionen seien.

Der Referentenentwurf soll am 16. März vom Bundeskabinett verabschiedet werden. Die erste Lesung im Bundestag ist derzeit für den 25. März vorgesehen. Eine Anhörung im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag ist für den 11. Mai vorgesehen. Nach dem jetzigen Zeitplan soll die 2./3. Lesung im Bundestag am 9./10. Juni erfolgen. Das „Krankenhaushygienegesetz“ soll dann Mitte Juli am Tag der Verkündung in Kraft treten.

2. Initiativen aus dem Bundesrat

Bund soll Impfstoffe gegen Schweinegrippe finanzieren

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Kosten für die nicht verwendeten Impfstoffe zu übernehmen, die im Zuge der Pandemievorsorge zur Bekämpfung des sogenannten Schweinegrippevirus erworben wurden. In seiner Plenarsitzung fasste er eine entsprechende EntschlieÙung.

[BR-Drs. 823/10](#)

Zur Begründung führen die Länder aus, dass die fachlich zuständigen Bundesoberbehörden (Robert-Koch-Institut und Paul-Ehrlich-Institut) im Sommer 2009 die Ausbreitung der neuen Influenza mit großen Fallzahlen und erheblichen Auswirkungen auf die Gesellschaft als sehr wahrscheinlich eingestuft haben. Diese Prognosen seien Entscheidungsgrundlage für die Menge des beschafften Pandemieimpfstoffes gewesen. Nachdem der Bund die fachlichen Vorgaben formuliert habe, müsse er auch die Finanzverantwortung tragen. Die damalige Bundesgesundheitsministerin hätte den Ländern auch zugesagt, dass die Impfungen ohne Belastung der Länderhaushalte durchgeführt werden könnten. Zudem stellten Pandemien nationale Herausforderungen dar, die Deutschland als Ganzes betreffen. Folglich seien die Kosten auch gesamtgesellschaftlich zu tragen.

3. Aus der Opposition

3.1 Eingebrachte Anträge und Gesetzesentwürfe

SPD und Linke wollen mit eigenen Anträgen die Patienten vor Krankenhausinfektionen schützen

Die Fraktionen von SPD und Die Linke wollen Patienten besser vor Krankenhausinfektionen schützen. In ihrem Antrag verlangt die SPD-Fraktion dazu von der Bundesregierung, das Infektionsschutzgesetz so zu ändern, "dass in allen deutschen Kliniken Fachärzte für Hygiene sowie Hygienefachpflegekräfte in ausreichender Zahl eingesetzt werden". Außerdem müssten die Bundesländer darin unterstützt werden, eigene Hygieneverordnungen zu erlassen. Auch die Linksfraktion schlägt in ihrem Antrag vor, das Infektionsschutzgesetz zu ändern. Das Bundesgesundheitsministerium solle den Auftrag erhalten, sich für die Schaffung bundeseinheitlicher, wirksamer Sanktionen einzusetzen, um die von der Kommission für Krankenhaushygiene beim Robert-Koch-Institut aufgestellten Richtlinien flächendeckend wirksam werden zu lassen. Weiter verlangt Die Linke, grundsätzlich eine Meldepflicht für Infektionen mit multiresistenten Keimen einzuführen.

[BT-Drs. 17/4452](#)

[BT-Drs. 17/4489](#)

Die SPD schreibt, mit der Bestellung von gut ausgebildetem Hygienefachpersonal werde sichergestellt, dass die bestehenden aktuellen wissenschaftlich begründeten Standards und Leitlinien zur Hygiene und Infektionskontrolle in allen deutschen Krankenhäusern wirksam angewendet werden. Weiter heißt es, in den Kliniken würden jährlich rund 18 Millionen Patienten behandelt. Trotz aller Anstrengungen gebe es aber "eine besorgniserregende Entwicklung der Krankenhausinfektionen". Besonders besorgniserregend sei die Entwicklung bei antibiotikaresistenten Keimen.

Die Linke weist darauf hin, dass im Krankenhaus erworbene Infektionen "die mit Abstand häufigste Form von ernsthaften Infektionskrankheiten in Deutschland und zugleich eine der häufigsten Todesursachen" seien. Die Abgeordneten fordern unter anderem, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, "dass alle Krankenhäuser mit ausreichend personellen Kapazitäten ausgestattet werden können". Nur so lasse sich die Arbeitszeitverdichtung und der Qualifikations- beziehungsweise Fachkompetenzverlust an den Krankenhäusern abbauen, "die zu einem Mangel an Versorgungsqualität im Allgemeinen und hygienischen Mängeln im Besonderen führen". Über die Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen solle sich die Bundesregierung mit den Ländern ins Benehmen setzen. Für etwaige finanzielle Mehrbelastungen der Kommunen sei ein finanzieller Ausgleich vorzusehen, betont die Linksfraktion.

Grüne wollen Genitalverstümmelung als schwere Körperverletzung ahnden

Genitalverstümmelung soll nach dem Willen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ausdrücklich als schwere Körperverletzung im Strafgesetzbuch geregelt werden. Damit würde die Höchststrafe 15 Jahre betragen, wenn die Tat absichtlich oder zumindest wissentlich herbeigeführt wird, heißt es in einem Gesetzentwurf der

[BT-Drs. 17/4759](#)

Fraktion. Nach Schätzung der Frauenrechtsorganisation "Terre des Femmes" würden rund 18.000 von Genitalverstümmelung betroffene und rund 5.000 gefährdete Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland leben.

Maßnahmen zur Eindämmung der Gefahr von Genitalverstümmelung seien verfassungsrechtlich angezeigt, betonen die Grünen. Großen Teilen der Öffentlichkeit fehle allerdings das Bewusstsein für die Strafbarkeit solcher Taten. Bei der Genitalverstümmelung handele es sich zumeist um Eingriffe an den weiblichen Genitalien, die an Mädchen zwischen dem siebten Lebensjahr und dem 18. Lebensjahr vorgenommen würden. Dabei würden wesentliche Teile der Sexualorgane beschädigt, in der Regel sogar entfernt. Der Eingriff sei weder mit Religionen noch mit Tradition zu legitimieren, schreiben die Abgeordneten. Der Gesetzesentwurf wurde im Bundestag noch nicht beraten.

Ende Februar hatte Terre des Femmes einen von der Bundesärztekammer und dem Arbeitskreis Frauengesundheit unterstützen Vorschlag für die Aufnahme eines expliziten ICD-Codes für weibliche Genitalverstümmelung (FGM) beim DIMDI eingereicht. Ziel ist es, die medizinische Versorgung FGM-betroffener Frauen in Deutschland zu verbessern.

Linke wollen Kopfpauschale in der Pflege verhindern

Die Fraktion Die Linke wendet sich gegen einen Systemwechsel in der Pflegeversicherung. Dazu hat sie einen Antrag mit dem Titel "Kopfpauschale in der Pflege verhindern – Humane und solidarische Pflegeabsicherung gewährleisten" vorgelegt. Die Abgeordneten fordern darin von der Bundesregierung, "jegliche Aktivitäten zu unterlassen, die die Einführung einer verpflichtenden Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung zum Ziel haben".

[BT-Drs. 17/4425](#)

Zugleich solle die Regierung einen Reformentwurf vorlegen, der auch Menschen etwa mit einer demenziellen Erkrankung "angemessen in die Pflegeabsicherung" einbezieht. Die Linke verlangt darüber hinaus, das Leistungsniveau in der Pflegeversicherung deutlich anzuheben. Als Sofortmaßnahme solle der Realwertverlust der Pflegeleistungen vollständig ausgeglichen werden. Außerdem sollten die Sachleistungsbeträge für die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege je Kalendermonat um weitere 25 Prozent erhöht werden.

Zur Finanzierung schlagen die Abgeordneten die Einführung einer Bürgerversicherung vor. Arbeitgeber sollten die Hälfte der Pflegeversicherungsbeiträge auf Löhne und Gehälter ihrer Beschäftigten zahlen, Rentner nur noch den halben Beitragssatz. Der Antrag wurde u. a. dem Gesundheitsausschuss zur Beratung überwiesen.

Linke fordern Ablehnung der europäischen „Patientenrichtlinie“

Die Fraktion Die Linke fordert von der Bundesregierung, die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zu Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (KOM (2008) 0414 endgültig)

abzulehnen. Die Abgeordneten weisen in ihrem Antrag darauf hin, dass das Europäische Parlament am 19. Januar in Straßburg einen Kompromiss zu dieser Patientenrichtlinie angenommen habe. In Zukunft könnten sich Patienten entscheiden, in welchem europäischen Land sie sich behandeln lassen wollen. Die Kosten würden durch die Krankenkassen in der Höhe übernommen, die auch im Herkunftsland erstattet worden wäre.

[BT-Drs. 17/4717](#)

Dazu heißt es in dem Antrag: "Was sich freizügig anhört, bedeutet eine Verschärfung des Trends zur Zwei-Klassen-Medizin." Nur Menschen, die über ein ausreichendes Einkommen verfügen, um Reise- und Beratungskosten zu finanzieren, könnten sich diese Patientenmobilität leisten. Zudem verschlechtere sich auf längere Sicht die Gesundheitsversorgung in ärmeren Ländern der EU. Den nationalen Gesundheitssystemen würden Mittel entzogen, wenn Ärzte bevorzugt für wohlhabende ausländische Patienten tätig werden, schreibt die Linksfraktion.

Sie verlangt von der Regierung, sich im Rat dafür einzusetzen, dass patientengerechte Lösungen für Behandlungen im EU-Ausland und in grenznahen Gebieten erarbeitet werden. Ferner müsse die europäische Integration in Richtung einer europäischen Sozialunion befördert werden.

Familienausschuss lehnt verstärkte Zusammenarbeit von Bund und Ländern im Bereich Gesundheitsprävention ab

Der federführende Familienausschuss hat (zum Teil in Übereinstimmung mit dem mitberatenden Gesundheitsausschuss) die Anträge der SPD und Bündnis 90/Die Grünen, in denen die beiden Fraktionen die Bundesregierung auffordern, verstärkt mit den Ländern in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen zusammenzuarbeiten, mit den Stimmen der CDU/CSU- und der FDP-Fraktion mehrheitlich abgelehnt. Obwohl die beiden Anträge inhaltlich sehr ähnlich seien, wie Vertreter beider Oppositionsfraktionen betonten, enthielten sich beide Seiten bei der Abstimmung des jeweiligen gegnerischen Antrages. Die Fraktion Die Linke hingegen stimmte beiden Anträgen zu.

[BT-Drs. 17/3863](#)

[BT-Drs. 17/3178](#)

[Beschluss](#)

SPD und Grüne berufen sich in ihren Anträgen auf die Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Dieser habe gezeigt, dass sich die gesundheitlichen Risiken bei circa 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen konzentrierten. Besonders stark betroffen seien Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien und Migrantenfamilien. Soziale Benachteiligungen, Umweltbelastungen und schlechte Ernährung würden zu gesundheitlichen Problemen führen. Zugleich sei eine dramatische Verlagerung der Krankheitsbilder von den akuten zu den chronischen und von den somatischen zu den psychischen Störungen zu beobachten. Fehlende Bewegung, ungesunde und einseitige Ernährung, Leistungsdruck und ein zunehmender Medienkonsum seien dafür wesentliche Ursachen.

[BT-Drs. 16/12860](#)

Auch die Linksfraktion verwies in der Ausschusssitzung auf die deutlich schlechteren Chancen von Kindern- und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien auf ein

gesundes Aufwachsen.

Die Vertreter der CDU/CSU- und der FDP-Fraktion hingegen kritisierten, dass die Anträge die vielfältigen Initiativen der Regierung zur Gesundheitsfürsorge und Prävention bei Kindern und Jugendlichen verschwiegen. In der Praxis seien auf diesem Gebiet zunächst einmal Länder und Kommunen zuständig. Zur Bestandsaufnahme des Kinder- und Jugendberichts gehöre auch, dass etwa 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund und gut aufwachsen.

3.2 Kleine Anfragen/Große Anfragen der Opposition

Ärmere Kinder haben schlechtere Chancen auf ein gesundes Leben

Ärmere Kinder haben schlechtere Chancen auf ein gesundes Leben. Zu diesem Schluss kommt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Große Anfrage der Fraktion Die Linke. Die Regierung führt unter anderem aus, dass zwar 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen nach eigenen Angaben beziehungsweise nach Angaben ihrer Eltern einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand haben. Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey sei aber die Chance eines Kindes aus sozial schwachen Verhältnissen, einen guten Gesundheitszustand zu haben, um die Hälfte geringer als die eines Kindes aus gut situierten Verhältnissen.

[BT-Drs. 17/4332](#)

„Da sozial schwache Familien häufig in benachteiligten Wohnquartieren leben, kann auf einen gewissen Zusammenhang geschlossen werden“, heißt es weiter. Hohe Verkehrsbelastung, fehlende Infrastruktur für Bewegung und Sport, wenig Grünflächen und wenig ausgeprägtes nachbarschaftliches Zusammenleben führten zu einer Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustands. „Das Aufwachsen in sozial benachteiligter Situation vermindert somit die Chancen auf ein gesundes Leben“, betont die Regierung. Gerade in den Bereichen psychosoziale Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen träten sozial bedingte Unterschiede auf.

Die Große Anfrage der Linksfraktion trägt den Titel „Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung“. In ihrer Antwort erläutert die Regierung, dass allgemein zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitsverhalten ein enger Zusammenhang bestehe. Es lasse sich feststellen, dass Männer und Frauen mit hohem Sozialstatus sich häufiger gesundheitsförderlich verhalten, „während verhaltensbezogene Risikofaktoren in den unteren Statusgruppen vermehrt“ auftraten, schreibt die Bundesregierung. Sie verweist auf eine aktuelle Studie, die auf Daten des Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts beruht. Danach ist das Risiko zu rauchen bei Männern mit niedrigem im Verhältnis zu Männern mit hohem Sozialstatus 1,9 Mal höher. Bei Frauen habe das entsprechende Verhältnis 1,6 zu 1 betragen. Ähnlich stark sei der Unterschied beim Risiko sportlicher Inaktivität. Dieses lag bei Männern bei 2,3 zu 1 und bei Frauen bei 1,9 zu 1. Das Risiko, adipös, also krankhaft übergewichtig zu werden, ist den Angaben zufolge bei Männern mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu solchen mit

hohem Sozialstatus 1,3 Mal höher; bei Frauen sogar 3,2 Mal höher ausgeprägt.

Die Regierung konstatiert einen engen Zusammenhang von beruflicher Stellung und Gesundheitszustand. Unter Verweis auf das sozio-ökonomische Panel 2006 schreibt sie, dass 59 Prozent der Männer mit hohem, aber nur 44 Prozent der Männer mit niedrigem beruflichen Status einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand hätten. Bei Frauen falle dieser Unterschied mit 53 Prozent im Vergleich zu 39 Prozent ähnlich aus.

Versorgung psychisch kranker Menschen insgesamt sehr gut

Die Bundesregierung will bei der geplanten Erarbeitung eines Versorgungsgesetzes prüfen, welche Regelungen für bessere Versorgungsstrukturen und eine zielgenauere Bedarfsplanung erforderlich sind. In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion zur Versorgung psychisch kranker Menschen im ländlichen Raum schreibt die Regierung weiter, dass fast alle Planungsbereiche derzeit als überversorgt gelten. Ausgehend von den Vorgaben der derzeitigen Bedarfsplanung sei die psychotherapeutische Versorgung insgesamt als sehr gut zu bezeichnen. Dabei sei eine Konzentration von psychotherapeutischen Leistungserbringern in städtischen Gebieten im Vergleich zu ländlichen Regionen zu erkennen.

[BT-Drs. 17/4643](#)

Die SPD-Fraktion hatte darauf verwiesen, dass in ländlichen Gebieten insbesondere in Ostdeutschland Patienten von langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz berichteten. Besonders dramatisch ist demnach die Situation bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Pflegeversicherung ohne Beitragssatzerhöhung bis 2014

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ohne Beitragssatzerhöhung bis zum Frühjahr 2014 gesichert ist. Es seien aber keine zuverlässigen Voraussagen möglich, wann der Beitragssatz um jeweils ein Zehntel Prozentpunkt angehoben werden müsste, um in den kommenden 40 Jahren die jetzigen Leistungen der Pflegeversicherung zu finanzieren, schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion. Sie gehe davon aus, dass die demografische Entwicklung und die Veränderung der Familienstrukturen "in Zukunft tendenziell zu einem allmählichen Anstieg des Anteils der stationären Versorgung" führen werde. Bei der Lösung der langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung werde die Regierung "auch den Aspekt der Lohnzusatzkosten zu berücksichtigen haben". Mit Blick auf den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP fügt sie hinzu, Ziel der dort vereinbarten Ergänzung des bestehenden Umlageverfahrens durch eine Kapitaldeckung sei es, "eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung zu gewährleisten".

[BT-Drs. 17/4362](#)

Keine Anerkennung von Solidargemeinschaften

Die Bundesregierung plant derzeit keine Anerkennungsregeln für kleine Solidargemeinschaften als Alternative zur Krankenversicherung. Allerdings habe sie der Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeeinrichtungen und

Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG) einen Vorschlag unterbreitet, wie deren Mitgliedsorganisationen eine rechtssichere Stellung erlangen könnten, schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Danach ist der derzeit einzig gangbare Weg, wenn sich die Selbsthilfeeinrichtungen in so genannte Kleinere Vereine gemäß Paragraf 53 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umwandeln.

[BT-Drs. 17/4386](#)

Die Abgeordneten hatten darauf hingewiesen, dass es bislang keine allgemein verbindlichen Kriterien für Solidargemeinschaften wie etwa den Verein Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer gebe, deren Mitglieder sich im Krankheitsfall gegenseitig unterstützen. Nach dem Sozialgesetzbuch seien Personen, die weder in der gesetzlichen noch in der privaten Krankenversicherung versichert sind, versicherungsfrei, wenn für sie ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

Kein Anspruch lesbischer Paare auf Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen

Die Bundesregierung will lesbischen Paare in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft vorerst keinen Anspruch auf Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung einräumen. "Eine Neuregelung der Finanzierung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist derzeit nicht vorgesehen", schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Der Gesetzgeber könne zwar auch nichtehelichen Lebensgemeinschaften einen solchen Anspruch ermöglichen, er sei "jedoch verfassungsrechtlich nicht dazu verpflichtet".

[BT-Drs. 17/4297](#)

Weiter heißt es in der Antwort, die Bundesregierung schließe sich der bisherigen Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes (BFH) an, wonach die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung, die einem Ehepaar zu einem gemeinsamen Kind verhelfen soll, die Merkmale einer Heilbehandlung und somit steuerlich zu berücksichtigende Krankheitskosten darstellten. Anders beurteilt würden bisher Aufwendungen im Rahmen einer so genannten heterologen Insemination, bei der eine Befruchtung von Eizellen mit Fremdsamen erfolgt. Bei diesen Aufwendungen handele es sich nicht um die Kosten therapeutischer Maßnahmen im Sinne der Rechtsprechung des BFH, schreibt die Bundesregierung.

Regierung für Freizügigkeit bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der EU

Die Bundesregierung setzt sich nach eigener Darstellung dafür ein, dass Patienten im Rahmen des Freizügigkeitsrechts grundsätzlich berechtigt sein sollen, Gesundheitsbehandlungen im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen. Anreize zur Nutzung solcher Angebote sollten hingegen nicht gesetzt werden, schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Haltung der Regierung bei den Verhandlungen des Europäischen Rates über eine Richtlinie zu den Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Weiter heißt es, die Bundesregierung unterstütze den

[BT-Drs. 17/4113](#)

Vorschlag, dass die Richtlinie nicht im Ergebnis darauf hinauslaufen dürfe, Patienten zur Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zu ermutigen.

Die Regierung betont, sie setze sich dafür ein, dass national getroffene ethische Wertentscheidungen, etwa im Bereich der Fortpflanzungsmedizin, "uneingeschränkt beachtet werden müssen". So sollten EU-Staaten gehalten sein, "nur die Kosten für solche Behandlungen zu übernehmen, die im inländischen Leistungskatalog vorgesehen sind". Ferner solle der Zugang zu den Transplantationsprogrammen und die Zuteilung von Spenderorganen vom Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen werden.

Regierung: Direkte Verhandlungen mit Pharmaunternehmen sinnvoll

Die Bundesregierung verteidigt die mit der Arzneimittelrechtsreform geschaffene Möglichkeit der direkten Vertragsverhandlungen von Pharmaunternehmen mit gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der integrierten Versorgung. Die Versorgung mit Arzneimitteln könne wesentlicher Bestandteil innovativer, integrierter Versorgungskonzepte sein, schreibt die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Daher sei es "sinnvoll, den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen solcher Versorgungsformen direkte Vertragsabschlüsse mit pharmazeutischen Unternehmen zu ermöglichen". Bislang existierte die Möglichkeit für Kassen, die Arzneimittelversorgung in der integrierten Versorgung über Rabattverträge zu regeln.

[BT-Drs. 17/3625](#)

Anzahl krankhaft dicker Menschen wächst

Die Zahl krankhaft dicker Deutscher wächst. Wie aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hervorgeht, ist der Anteil der adipösen, also krankhaft fettleibigen Männer von zwölf Prozent im Jahr 1999 auf 16 Prozent in den Jahren 2009/2010 gestiegen. Der Anteil adipöser Frauen wuchs im selben Zeitraum von 11 auf 15 Prozent. Die Regierung bezieht sich in ihrer Antwort auf den vom Robert-Koch-Institut jährlich erhobenen Gesundheitssurvey "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA).

[BT-Drs. 17/3808](#)

Für Kinder und Jugendliche bietet [der Regierung zufolge]* die Studie zur "Gesundheit von Kindern und Jugendlichen" [KiGGS Studie, 2003 bis 2006]* die aktuellsten Zahlen. Danach sind 8,8 Prozent der drei- bis 17-jährigen Jungen und 8,5 Prozent der gleichaltrigen Mädchen übergewichtig, jedoch nicht adipös. Dieses Merkmal treffe auf 6,3 Prozent der Jungen und 6,4 Prozent der Mädchen zu. Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher bis 17 Jahre habe sich seit 1999 um 1,5 Prozentpunkte erhöht und der Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher um mehr als drei Prozentpunkte verdoppelt.

Weiter heißt es in der Antwort, die Regierung räume der Förderung eines gesunden Lebensstils einen hohen Stellenwert ein. So werde mit dem Aktionsplan "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" das Ziel verfolgt, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nachhaltig zu verbessern. Der

Plan habe eine Laufzeit bis zum Jahr 2020. "Dadurch soll erreicht werden, dass Erwachsene gesünder leben, Kinder gesünder aufwachsen und von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit in Bildung, Beruf und Privatleben profitieren", betont die Regierung.

350.000 Kinder im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM erreicht

Die Bundesregierung hat im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung - über 350 000 Kinder in der Ernährungsbildung im Schulunterricht erreicht. In ihrer Antwort erläutert die Regierung unter anderem einen Schwerpunkt des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, der die Verbesserung der Außer-Haus-Verpflegung durch die Erarbeitung und Verbreitung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards mit Anforderungen und Empfehlungen an eine gesunde Verpflegung in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben oder Senioreneinrichtungen zum Ziel hat.

[BT-Drs. 17/4447](#)

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hatte sich in einer Kleinen Anfrage für die Umsetzung des Aktionsplans IN FORM interessiert und einen Bericht über die geförderten Projekte und erzielten Ergebnisse gefordert. In dem Zeitplan des Nationalen Aktionsplans IN FORM ist festgelegt, dass ein erster Zwischenbericht für den Zeitraum 2011 bis 2016 vorgesehen ist. Ein genauer Termin steht nicht fest.

Höhere Prämien für Berufshaftpflichtversicherung keine Gefahr für Gesundheitsberufe

Bei der Bewertung steigender Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung nicht-ärztlicher und ärztlicher Berufe muss nach Meinung der Bundesregierung die Entwicklung der kommenden Jahre abgewartet werden. Eine Gefährdung der Ausübung nicht-ärztlicher und ärztlicher Gesundheitsberufe aufgrund der erhöhten Versicherungsprämien sehe sie derzeit nicht, erläutert die Regierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion. Sie verweist weiterhin auf die grundlegende Tatsache, dass Patienten bei Behandlungsfehlern Schadenersatz und Schmerzensgeldansprüche zustehen. Versicherungen hätten ihre Beiträge "verursachungsgerecht" zu kalkulieren. Die Auswirkungen steigender Prämien zur Haftpflichtversicherung könnten bei gesetzlich geregelten Verhandlungen zur Honorarhöhe berücksichtigt werden.

[BT-Drs. 17/4747](#)

Noch kein feststehender Gutachterpool aus Ärzten und Psychologen zur Begutachtung von Asylantragstellern etabliert

Aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zum Umgang mit kranken und traumatisierten ausreisepflichtigen Ausländern geht hervor, dass derzeit noch kein feststehender Gutachterpool aus Ärzten bzw. Psychologen zur Begutachtung von Asylantragstellern bestünde. Die Zusammenarbeit mit Fachleuten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie befinde

[BT-Drs. 17-4779](#)

sich noch im Aufbau, so die Antwort der Bundesregierung.

Im Rahmen ihres Asylverfahrens haben im vergangenen Jahr insgesamt 548 der Ende Januar 2011 erfassten Erst- und Folgeantragsteller Traumatisierungen vorgetragen, so die Bundesregierung weiter. Im Jahr 2009 lag die Zahl bei 418 und im Jahr 2008 bei 305. Im Jahr 2007 waren es den Angaben zufolge 437 Antragsteller und im Jahr 2006 insgesamt 741.

3.3 schriftliche Fragen an die Bundesregierung

Bas, Bärbel – ist die Therapiefreiheit von Ärzten durch Arzneimittelrabattverträge von Krankenkassen gefährdet? **Antwort:** [...Die Bundesregierung geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte von ihrer gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch machen, durch ihre Verordnung einen Generika-Austausch in der Apotheke zu unterbinden, sofern hierfür ein sachlicher Grund vorliegt....]

[Antwort der Bundesregierung](#)

Klein-Schmeink, Maria – wann ist mit einem aktuellen Bericht des RKI zur Häufigkeit und Bedeutung von medizinischen Behandlungsfehlern zu rechnen und warum wird keine bundeseinheitliche Statistik zu medizinischen Behandlungsfehlern geführt?

Antwort: [...Einer bundeseinheitlichen Statistik zu medizinischen Behandlungsfehlern steht grundsätzlich entgegen, dass die hierfür erforderlichen Daten nicht umfassend auf Bundesebene erhoben werden....]

[Antwort der Bundesregierung](#)

Reimann, Carola – Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung um den jährlichen Milliarden Schaden für die gesetzliche Krankenversicherung durch falsche Klinikabrechnungen künftig zu vermeiden? **Antwort:** [...Ein Schaden in Milliardenhöhe ergebe sich nur bei einer linearen Hochrechnung der beanstandeten Rechnungen auf alle Krankenhausfälle. Dies sei aber methodisch problematisch....]

[Antwort der Bundesregierung](#)

Reimann, Carola – Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen des „WIdOmonitors“, wonach bei medizinischen Leistungen auf Privatrechnung der GKV-Versicherten die geforderte schriftliche Vereinbarung in der Mehrzahl der Fälle unterblieb? **Antwort:** [...Die Aussagen des WIdOmonitors sind nicht nachvollziehbar. Denn die Vergütungen privatärztlicher Leistungen niedergelassener Ärzte bestimmen sich nach der GOÄ. Nach § 12 GOÄ wird die Vergütung erst fällig, wenn dem zahlungspflichtigen Patienten eine den Vorgaben der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden ist....]

[Antwort der Bundesregierung](#)

Roth, Karin – Welche Schritte hat die Bundesregierung unternommen, den von der WHO verabschiedeten „code of conduct“ zur Vermeidung eines sogenannten brain drains von Gesundheitsfachpersonal auf nationaler und europäischer Ebene umzusetzen? **Antwort:** [...Auf europäischer Ebene unterstützt die Bundesregierung die Umsetzung des globalen Verhaltenskodexes. Im Dezember 2010 hat der Rat der Gesundheitsminister mit deutscher Unterstützung für die Annahme der Ratschlussfolgerungen „In Europa Arbeitskräfte des Gesundheitswesens von morgen investieren: Möglichkeiten für Innovation und Zusammenarbeit“ gestimmt. Darin ersucht der Rat der Europäischen Union die Mitgliedstaaten, dem globalen Verhaltenskodex der WHO beizutreten. Gemäß diesen Schlussfolgerungen beteiligt

[Antwort der Bundesregierung](#)

sich Deutschland an der Entwicklung eines europäischen Aktionsplans zum Thema Gesundheitsfachberufe. Dieser Aktionsplan soll dem Verhaltenskodex der WHO entsprechen....]

Volkmer, Marlies – Wie begründet die Bundesregierung, dass bei der Anwendung der Mehrkostenregelung gemäß geltendem Recht Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung und dem vertraglich vereinbarten Rabatt auch den gesetzlichen Apothekenabschlag, die gesetzlichen Herstellerabschläge sowie den gesetzlichen Großhandelsabschlag tragen müssen? **Antwort:** [...Das BMG hat die Vertragspartner bereits Anfang Dezember 2010 gemahnt, die notwendigen vertraglichen Anpassungen unverzüglich vorzunehmen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Erstattung von Arzneimitteln im Rahmen der Mehrkostenregelung in ihren Satzungen zu regeln. Diese bedürfen der Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden. Das BMG wird die zuständigen Aufsichtsbehörden darauf hinweisen, dass Krankenkassen die gesetzlichen Hersteller-, Apotheken- und Großhandelsabschläge bei der Erstattung an Versicherte im Rahmen der Mehrkostenregelung nicht in Abzug bringen dürfen....]

[Antwort der Bundesregierung](#)

5. Verschiedenes

Anhörung im Bundestag zum Antrag der SPD „Patientenrechte stärken“

Ob es im Interesse der Patientensicherheit einen weitergehenden gesetzlichen Regelungsbedarf bei den Patientenrechten gibt, ist unter Experten umstritten. Während einer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses fand die von der SPD-Fraktion in einem Antrag erhobene Forderung nach einem Patientenrechtegesetz Fürsprecher und Gegner gleichermaßen.

[BT-Drs. 17/907](#)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit befürwortete ein Patientenrechtegesetz, das Rechtssicherheit gewährleisten und Transparenz in der Gesundheitsvorsorge fördern sollte. Gleichzeitig müsse da, wo es möglich sei, auf Selbstregulierung gesetzt werden. So sei eine gesetzliche Fehlermeldepflicht nicht nötig, da auf Basis der Selbstregulierung eine wirkungsvollere Fehlervermeidung zu erreichen sei. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) betonte, es gebe derzeit Fehlervermeidungssysteme auf freiwilliger Basis, die akzeptiert würden. "Wie das gesetzlich erfolgen soll, erschließt sich uns nicht", so der KBV-Vertreter.

Angesichts der ungeheuer langen Dauer bei gerichtlichen Verfahren wegen Falschbehandlungen müsse im Interesse der Patienten ein eigenständiges Gesetz geschaffen werden, sagte der Einzelsachverständige Klaus Kirchner von der Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte. Grund für die lange Dauer seien oftmals die benötigten Gutachten, deren Erstellung viel Zeit in Anspruch nehmen. In einem Patientenrechtegesetz müssten seiner Ansicht nach daher auch Fristen für derartige Gutachten enthalten sein. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen unterstützte diese Forderung. Die lange Verfahrensdauer sei belastend für Patienten und Angehörige. Durch ein Gesetz könne es den Patienten ermöglicht werden

nachzuschauen, welche Rechte sie haben, da ihnen Akteneinsicht ohne anwaltliche Unterstützung kaum gewährt werde.

Die von der SPD-Fraktion vorgeschlagene Regelung, wonach arbeitsrechtliche Sanktionen für Meldungen eigener und fremder ärztlicher Fehler ausgeschlossen werden müssten, stieß auf Widerstand bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Es könne nicht sein, dass arbeitsrechtliche Regularien außer Kraft gesetzt werden. Dies habe zur Folge, dass die ohnehin schon eingeschränkten arbeitsrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten bei fehlerhafter Erfüllung der arbeitsvertraglichen Pflichten des Arbeitnehmers völlig entwertet werden.

Auch die angedachte Beweiserleichterung für Patienten in gerichtlichen Verfahren wurde skeptisch bewertet. Laut Bundesärztekammer würde man damit den "Trend zur Defensivmedizin" angesichts des gesteigerten Risikos für Ärzte unterstützen. Aus Sicht der Ärztevertreter seien die Rechtsmittel ausreichend. Der Einzelsachverständige Michael Wessel nannte Beweiserleichterungen für Patienten "grundsätzlich sinnvoll", weil sie so ihre Ansprüche besser durchsetzen könnten. Es müsste aber geprüft werden, ob die Ärzteseite dabei nicht unangemessen benachteiligt werde und dadurch ein Ungleichgewicht entstehe.

Aus Sicht des Deutschen Richterbundes kann mit den aktuellen Haftungsregelungen gut gearbeitet werden. Eine Beweislastumkehr wäre zu weitgehend, hieß es. Die zivilrechtliche Regelung, wonach "derjenige, der etwas will, dies auch beweisen muss", greife gut. Bei groben Behandlungsfehlern gebe es ohnehin schon die Umkehr der Beweislast. Als "prinzipiell gut" bezeichnete der Deutsche Anwaltsverein die Rechtsstellung der Patienten. Vielfach gebe es schon die Beweislastumkehr. Wollte man das noch weitergehend regeln, wären Ärzte "chancenlos", was mit Folgen für die Gesundheitsversorgung verbunden sein könne, warnte der Anwaltsverein.

Finanzierungslücke bei privat-krankenversicherten ALG II-Empfängern soll geschlossen werden

Der Petitionsausschuss setzt sich dafür ein, die Finanzierungslücke zu schließen, die entsteht, wenn ein im Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV) Versicherter Bezieher von ALG II ist. Die Abgeordneten beschlossen daher einstimmig die darauf abzielende Forderung einer öffentlichen Petition der Bundesregierung zur Berücksichtigung zu überweisen und den Fraktionen zur Kenntnis zu geben.

Wie aus der Begründung zu der Beschlussempfehlung des Ausschusses hervorgeht, bestehe zwar für ALG II-Empfänger eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies gelte jedoch nicht für Personen, die unmittelbar vor dem Bezug von ALG II privat krankenversichert waren - ebenso wenig für jene, die davor weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig oder versicherungsfrei sind.

Derzeit bestehe für diesen Personenkreis auch nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums eine "Regelungslücke". So sei der zuständige

Leistungsträger laut Gesetz nur verpflichtet, den Betrag zu übernehmen, der auch für einen in der GKV versicherten Bezieher von ALG II bezahlt würde. Dies entspreche in der Regel einem Betrag von 130 Euro. Für Versicherte im Basistarif der PKV werde zwar im Falle der Hilfebedürftigkeit nach ALG II der Beitrag von rund 570 Euro auf rund 285 halbiert. Dennoch, so der Petitionsausschuss, bleibe dem Versicherten eine "ungeddeckte Beitragslücke" von rund 155 Euro monatlich.

Der Petitionsausschuss erinnert in seiner Beschlussempfehlung daran, dass im Rahmen der Verhandlungen zur letzten Gesundheitsreform im Jahr 2007 die beschriebene Regelungslücke bekannt gewesen sei. Leider sei es jedoch nicht gelungen, eine entsprechende Klarstellung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund hält es der Ausschuss für "angezeigt", dass die Bundesregierung bestrebt ist, nach Lösungen für das aufgezeigte Problem zu suchen.

Bundesregierung legt "Aktionsplan Nanotechnologie 2015" vor

Die Bundesregierung will nanotechnologische Innovationen "zur Stärkung der deutschen Wirtschaft und zum Nutzen der Bürger sicher und nachhaltig" vorantreiben. Dies geht aus dem als Unterrichtung durch die Bundesregierung vorgelegten "Aktionsplan Nanotechnologie 2015" hervor.

Danach hat sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, mit Nanotechnologie zu Wachstum und Innovation in Deutschland beizutragen sowie die Potenziale dieser Technologie in Bildung und Forschung zu nutzen und "bei der Lösung globaler Herausforderungen auszuschöpfen". So will die Regierung der Vorlage zufolge "die Beiträge der Nanotechnologie zu Umwelt- und Klimaschutz, zur Sicherung der Energieversorgung sowie zum Aufbau einer wissensbasierten Bioökonomie sichern". Auch wolle sie die Möglichkeiten der Nanotechnologie für die Gesundheit sowie für eine "nachhaltige Landwirtschaft und die Sicherung der Ernährung nutzen" und mit dieser Technologie "zu umweltfreundlicher und energiesparender Mobilität kommen".

[BT-Drs. 17/4485](#)

Gesundheitsprogramm im Ausschuss umstritten

Medizinische Forschung soll schneller beim Patienten ankommen. Das ist eines der Ziele des im Dezember 2010 von der Bundesregierung verabschiedeten Gesundheitsforschungsprogramms, das im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung vorgestellt wurde.

Wie aus dem Programm hervorgeht, soll die Gesundheitsforschung von 2011 bis 2014 mit rund 5,5 Milliarden Euro gefördert werden. Schwerpunkte sind die Erforschung von Volkskrankheiten, individualisierte Medizin, Präventions- und Ernährungsforschung, Versorgungsforschung, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsforschung in globaler Kooperation. Wie eine Regierungsvertreterin im Ausschuss erläuterte, soll das Zusammenspiel von Universitäten und außeruniversitärer Forschung mit der Gründung von sechs deutschen Zentren für Gesundheitsforschung gefördert werden. Bislang seien 27 Standorte in der

Diskussion, auf die sich die Zentren verteilen.

Die CDU/CSU-Fraktion begrüßte das Programm als Maßnahme, "von der unser Land profitieren wird". Sie wollte wissen, ob man im Bereich der Prävention auf die Unterstützung der Länder angewiesen sei – etwa in Schulen und Kindergärten, in denen Bewegung und Ernährung eine Rolle spielten. Auch die individualisierte Medizin sei ein wichtiges Feld, betonte die FDP-Fraktion. Sie wollte zudem wissen, wie der Finanzfluss zwischen den Zentren erfolgen soll.

Die SPD-Fraktion befürwortete den im Programm vorgesehenen Stellenwert der Erforschung seltener Krankheiten. Dennoch seien ihre Erwartungen nicht erfüllt worden. "Neben der Situationsanalyse bleibt das Programm eher nebulös", kritisierte die Fraktion. Es fehlten Maßnahmen und Projektideen, etwa im Bereich Versorgungsforschung.

Ähnliche Kritik äußerte die Fraktion Die Linke. Zwar unterstütze man die genannten Schwerpunkte, jedoch frage man sich, welche konkreten Schritte gegangen werden sollen. Zudem bleibe unklar, wie sich die Milliardensumme zwischen den Schwerpunkten verteilen werde.

Forschungsprogramme und die Verteilung von Geldern seien "souveräne Entscheidungen der Wissenschaft", hieß es von Seiten der Regierung. Das Forschungsprogramm ermögliche Schwerpunkte, nationale Strategien und die dringend notwendige Konzentration.

Wie die Konzentrationsidee umgesetzt bei 27 Standorten umgesetzt werden soll, fragte die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Es dränge sich der Eindruck auf, der Bund stecke Geld in die Forschung, weil die Länder dies nicht mehr leisten könnten. Man müsse sich fragen, ob die Forschungsstrukturen nicht insgesamt "auf den Prüfstand" gehörten.

Regierung hält deutsche Stammzellforschung nach Reform für wettbewerbsfähiger

Die Novellierung des Stammzellgesetzes und die Einführung eines neuen Stichtags (1. Mai 2007) hat die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen nach Auffassung der Bundesregierung auf eine tragfähige Basis gestellt. Diese sei nunmehr international vernetzt möglich und damit international wettbewerbsfähig, schreibt die Regierung in dem als Unterrichtung vorgelegten Vierten Stammzellbericht. Die gewonnene Wettbewerbsfähigkeit zeige sich auch an der deutlichen Zunahme an Anträgen zum Import von humanen embryonalen Stammzellen. Im Berichtszeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 31. Dezember 2009 seien 26 Anträge auf Einfuhrgenehmigung genehmigt worden. Im vorangegangenen Berichtszeitraum vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2007 seien es neun gewesen. Insgesamt seien bis Ende Dezember 2009 Genehmigungen für die Verwendung von humanen embryonalen Stammzellen in 49 Forschungsvorhaben erteilt worden, die an 34 Institutionen vorgenommen würden.

[BT-Drs. 17/4760](#)

Wie die Regierung in dem Bericht erläutert, besteht seit dem Inkrafttreten der Reform des Stammzellgesetzes am 14. August 2008 die Möglichkeit der Einfuhr und Verwendung auch solcher humaner embryonaler Stammzellen, die nach dem 1. Januar 2002, aber vor dem 1. Mai 2007 gewonnen wurden. Bis zum Ende des Berichtszeitraums sei die Einfuhr von 23 solcher "neuen" Zelllinien und ihrer Verwendung in insgesamt 19 Forschungsvorhaben genehmigt worden.

Die Regierung schreibt, die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen sei weiterhin überwiegend eine Domäne der Grundlagenforschung, wenngleich sich künftige Anwendungen insbesondere zur Erprobung neuer Medikamente oder Therapieverfahren sowie zu Zell- und Gewebeersatztherapien im Berichtszeitraum "deutlich konkretisiert" hätten. Weiter heißt es, die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen sei durch neue Entwicklungen im Bereich der alternativen Quellen für Stammzellen keinesfalls obsolet geworden. Dies zeige sich nicht zuletzt auch am ungebrochenen internationalen Interesse an der Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen.