LANDTAG
Rheinland-Pfalz
17/0303
VORLAGE

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAFIE

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
Postfach 31 80 | 55021 Mainz

Vorsitzender des
Ausschusses für Gesundheit, Pflege
und Demografie
Herrn Dr. Peter Enders, MdL
Landtag Rheinland-Pfalz
55116 Mainz

DIE MINISTERIN

Bauhofstraße 9
55116 Mainz
Telefon 06131 16-0
Telefax 06131 16-2452
Mail: poststelle@msagd.rlp.de
www.msagd.rlp.de

13. **September 2016**

Mein Aktenzeichen	**Ihr Schreiben vom**	**Ansprechpartner/-in / E-Mail**	**Telefon / Fax**
PuK-01 421-2-28/16		Dagmar Rhein-Schwabenbauer Dagmar.Rhein@msagd.rlp.de	06131 16-2415 06131 1617-2415

3. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 31. August 2016
hier: TOP 1
89. Gesundheitsministerkonferenz am 29./30. Juni in Rostock-Warnemünde
Antrag gemäß § 76 (4) GOLT, Vorlage 17/130

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Dr. Enders,

anlässlich der Erörterung des oben genannten Tagesordnungspunktes in der 3. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 31. August 2016 habe ich zugesagt, den Mitgliedern des Ausschusses meinen Sprechvermerk sowie eine Übersicht über die Beschlüsse der 89. Gesundheitsministerkonferenz zur Verfügung zu stellen.

Dieser Zusage komme ich gerne nach. Der Anlage ist neben dem Sprechvermerk auch die Ergebnisniederschrift der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

Blinden und sehbehinderten Personen wird dieses Dokument auf Wunsch auch in für sie wahrnehmbarer Form übermittelt.

Abteilung Gesundheit: Schießgartenstraße 6 • Fax 06131/164375
Abteilung Sozialversicherungen: Schießgartenstraße 6 • Fax 06131/165336

sozial AKTIV für Rheinland-Pfalz

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE

631-1

Mainz, den 18. August 2016
Silke Heinemann/Albrecht Winkler, ☎ 06131 16-2406

Sprechvermerk

3. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 31. August 2016
hier: TOP 1
89. Gesundheitsministerkonferenz am 29./30. Juni in Rostock-Warnemünde
Antrag gemäß § 76 (4) GOLT, Vorlage 17/0130

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Dr. Peter Enders
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

das zentrale Thema der diesjährigen GMK, die am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde stattfand, war auf Anregung des diesjährigen Vorsitzlandes Mecklenburg-Vorpommern die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Der ÖGD spielt im Gesundheitswesen eine unverzichtbare Rolle, die sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis hin zur Mitgestaltung und Mitwirkung bei der Gesundheitsversorgung erstreckt. Angesichts der Globalisierung und des demografischen Wandels werden die Aufgaben des ÖGD immer komplexer. Die Länder sprachen sich in Mecklenburg-Vorpommern für eine stärkere Verbindung des ÖGD mit der Wissenschaft, sowohl in der Forschung, als auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung, aus. In diesem Zusammenhang bereitet Rheinland-Pfalz auch seinen Beitritt in die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AfÖG) vor. Auch in der Prävention und Gesundheitsförderung ist der ÖGD aktiv. Hier gilt es, ihn in die Umsetzung des Präventionsgesetzes einzubeziehen.

sozial AKTIV
für Rheinland-Pfalz

Ein weiteres zentrales Thema war der Entwurf eines „Masterplans Medizinstudium 2020", der den Zugang zum Studium der Humanmedizin neu regeln, die Praxisnähe des Studiums verbessern und die Allgemeinmedizin in der Ausbildung des Medizinernachwuchses stärken soll. Die Ministerinnen und Minister sprachen sich nachdrücklich dafür aus, den Masterplan nunmehr in einer gemeinsamen Konferenz der Wissenschafts- und Gesundheitsministerinnen und -minister von Bund und Ländern zu verabschieden, damit neben den bereits ergriffenen Maßnahmen der Gesundheitspolitik nun auch die Hochschulen im Bereich der Ausbildung einen flankierenden Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der Fläche leisten.

Der Masterplan sieht hierfür zahlreiche Maßnahmen vor, wobei die Einführung einer zurzeit noch strittigen Landarztquote noch einmal auf der Ministerebene unter Beteiligung von Rheinland-Pfalz mit der Kultusministerkonferenz erörtert werden soll.

In einem Beschluss zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen spricht die GMK Institutionen und den Helferinnen und Helfern, die sich in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen engagiert eingebracht haben, ihre große Anerkennung und ihren Dank aus. Die GMK sieht das deutsche Gesundheitswesen in der Lage, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen zu gewährleisten und sieht Chancen, Flüchtlinge mit einer medizinischen oder pflegerischen Ausbildung in das deutsche Gesundheitswesen zu integrieren oder unter den Flüchtlingen Interesse für eine Ausbildung, zum Beispiel in den Pflegeberufen, zu wecken.

Auf der Tagesordnung stand ebenfalls die Telematik im Gesundheitswesen. Rheinland-Pfalz hatte das Thema bereits im letzten Jahr als Vorsitzland federführend eingebracht und sich auch in diesem Jahr für eine stärkere Abstimmung aller Länder am Aufbau einer Telematik-Infrastruktur eingesetzt, auch in politischer Hinsicht. Um weitere Maßnahmen anzugehen, hat die zugehörige Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine Strategie zum weiteren Ausbau erarbeitet und einen Bericht vorgelegt, der Handlungsempfehlungen enthält.

Einstimmig fordert die GMK von der Bundesregierung die Einbeziehung der Gesundheitsministerien der Länder in den Pharmadialog auf Bundesebene, der auch nach Vorlage von ersten Ergebnissen im April 2016 fortgesetzt werden soll. Viele der Beratungsthemen betreffen die Interessen der Länder ganz unmittelbar.

Als letzten Punkt möchte ich auf einen der Anträge aus Rheinland-Pfalz eingehen, der die gesetzliche Krankenversicherung betrifft. Rheinland-Pfalz konnte hier die Unterstützung aller Länder gewinnen, vom Bund angemessene und damit höhere Beiträge an die gesetzlichen Krankenkassen für Empfänger von Arbeitslosengeld II zu erwarten. Hintergrund ist, dass der pauschale Beitrag des Bundes für ALG II-Empfänger derzeit bei rund 90 Euro liegt. Dieser ist bei Weitem nicht kostendeckend. Das daraus resultierende Defizit muss von den Versicherten getragen werden. Sollte die Zahl der ALG II-Empfänger ansteigen, so würde auch die Finanzierungslücke größer werden.

Es ist aus Sicht der GMK nicht gerechtfertigt, dass allein die gesetzlich Versicherten mit ihren Beiträgen diese Finanzierungslücke schließen. Vielmehr sollten die Versicherten finanziell entlastet werden.

Im kommenden Jahr wird die GMK in Bremen stattfinden. Ein Schwerpunktthema soll dann die „Patientenorientierte, gesundheitliche Versorgung älterer Menschen sein.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister,
Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder
am 29./30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

Mecklenburg Vorpommern

GMK | 2016

Ergebnisniederschrift

Vorsitz:

Ministerin Birgit Hesse
Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales
des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Schwerin, den 14. Juli 2016

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

Stand: 21.06.2016

Unterschriftenliste

BW	**Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg**	
	Minister Manfred Lucha Dr. Monika Vierheilig Leonie Dirks	
BY	**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**	
	Staatsministerin Melanie Huml Gabriele Hörl	
BE	**Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin**	
	Senator Mario Czaja Christa Mientus-Schirmer	

BB	**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg**	
	Staatssekretärin Almuth Hartwig-Tiedt	
	Thomas Barta	
HB	**Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie Hansestadt Bremen**	
	Senatorin Prof. Dr. Eva Quante-Brandt	
	Silke Stroth	
	Sabine Scholz	
	Jörg Henschen	
HH	**Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg**	
	Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks	
	Dr. Matthias Gruhl	

HE	**Hessisches Ministerium für Soziales und Integration**	
	Staatsminister Stefan Grüttner	.....
	Dr. Stephan Hölz	.....
	Katherine Grabolle	.....
MV	**Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern**	
	Ministerin Birgit Hesse	.....
	Dr. Sibylle Scriba	.....
	Ursula Claaßen	.....
	Dr. Thomas Broese	.....
	Ralf Iwohn	.....
	Christian Sievers	.....
	Christina Unkenholz	.....
	Christian Moeller	.....
	Silke-Maria Preßentin	.....

NI	**Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**	
	Ministerin Cornelia Rundt	.....
	Claudia Schröder	.....
NW	**Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen**	
	Ministerin Barbara Steffens	.....
	Gerhard Herrmann	.....
RP	**Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz**	
	Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler	.....
	Dr. Silke Heinemann	.....
	Tom Rutert-Klein	.....
	Stefan Hackstein	.....

SL	**Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarland**	
	Ministerin Monika Bachmann	
	Staatssekretär Stephan Kolling	- entschuldigt -
	Maik Müller	
SN	**Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz**	
	Staatsministerin Barbara Klepsch	
	Hans Blome	
ST	**Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt**	
	Staatssekretärin Beate Bröcker	
	Prof. Dr. Dr. Reinhard Nehring	

SH	**Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein**	
	Ministerin Kristin Alheit	.....
	Dr. Renée Buck	.....
	Anke Nöbel	.....
TH	**Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**	
	Ministerin Heike Werner	.....
	Dieter Berkholz	.....
	Kai Bekos	.....
BMG Bundesministerium für Gesundheit	**Bundesministerium für Gesundheit**	
	Bundesminister Hermann Gröhe	.....
	Staatssekretär Lutz Stroppe	.....
	Dr. Alexander Schmidt-Gernig	.....
	Oliver Schenk	.....

Bundesrat	**Bundesrat**	
	Beate Schmidt	
	Mecklenburg Vorpommern GMK | 2016	
Geschäfts-stelle Mecklenburg Vorpommern GMK | 2016	Judith Rißе	
	Annelie Karwowski	
	Ines Schalt	
	Sabine Lichtenstein	
	Sabine Bärsch	
	Eva Rahn	
	Christian Weese	
	Kirsten Jaehne	
	Marita Zucker-Kleppa	
	Christian Sievers	

	Florian Schwabe	.....
	Mariana Lichtner	.....
	René Stempin	.....
	Heinz Wagner	.....
Technik	Thomas Brucksch	.....
	Joachim Brucksch	.....
	Philipp Lindner	.....

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatoreninnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29.und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

Tagesordnung

TOP	Thema	Berichterstatter
1	**Genehmigung der Tagesordnung**	
1.1	Genehmigung der Tagesordnung	Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzland)
1.2	Grüne Liste	Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzland)
2	**Genehmigung der letzten Ergebnisniederschrift**	
2.1	Genehmigung der Ergebnisniederschrift der 88. Gesundheitsministerkonferenz am 24. und 25. Juni 2015 in Bad Dürkheim	Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzland)
3	**Berichte**	
3.1	Bericht der GMK-Vorsitzenden	Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzland)
3.2	Bericht des Bundesministers für Gesundheit	Bund
3.3	Bericht des Patientenbeauftragten der Bundesregierung	Bund
4	**Schwerpunktthema der GMK**	
4.1	Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	Mecklenburg-Vorpommern, alle Länder (Vorsitzland)
5	**Aktuelle politische Entwicklungen**	
5.1	Medizinische Versorgung von Flüchtlingen	Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

TOP	Thema	Berichterstatter
5.2	Anhebung der Beiträge des Bundes an die Krankenkassen für Empfänger von Arbeitslosengeld II	Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
5.3	Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege	Hamburg
6	**Berufe des Gesundheitswesens**	
6.1	Masterplan Medizinstudium 2020	Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
6.2	Berufsgesetz Osteopathie	Saarland, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein
6.3	Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe	Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
6.4	Neuordnung des Heilpraktikerrechts	Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
6.5	Mitteilung der Zivilgerichte an Berufsaufsichtsbehörden	Sachsen
6.6	Bericht zur Umsetzung des Beschlusses der 87. GMK zu TOP 7.3 „Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen“	Berlin (Vorsitzland der AG Berufe des Gesundheitswesens)
6.7	Erweiterte Delegation ärztlicher Leistungen	Schleswig-Holstein
7	**Infektionsschutz**	
7.1	Nationaler Pandemieplan Teil I – Fortschreibung	Rheinland-Pfalz, alle Länder
7.2	Joint Procurement Agreement (JPA) – Sachstand und Vertretung im JPASC	Mecklenburg-Vorpommern
7.3	Impfstoffsicherung der Bevölkerung	Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

TOP	Thema	Berichterstatter
7.4	Probleme und Hindernisse bezüglich der Etablierung verbindlicher, bundesweiter Screening-Untersuchungen auf multiresistente Krankenhauserreger im ambulanten und stationären Bereich	Schleswig-Holstein, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen
7.5	Gemeinsame Ausrichtung der Nationalen Impfkonferenz 2017	Bremen, Niedersachsen
7.6	Nationales Impfregister für Deutschland	Thüringen
8	**Arzneimittel-, Apotheken-, Transfusions-, Betäubungsmittel- und Medizinproduktewesen**	
8.1	Ausschlusskriterien bei der Blutspende	Saarland
8.2	Länderbeteiligung am Pharma-Dialog	Hessen, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen
8.3	Auswirkungen von Exklusivverträgen nach § 129 SGB V auf die patientenindividuelle Versorgung mit parenteralen Arzneimitteln	Thüringen
9	**Psychiatrie / Maßregelvollzug**	
9.1	Gerichtliche Kontrolle von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Hamburg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein
10	**Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung**	
10.1	Strategie zum weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur unter Beteiligung der Länder im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens	Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
10.2	Brückenpraxen – Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung	Hamburg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
10.3	Migrationshintergrund-Indikatoren und Monitoring	Niedersachsen (Vorsitz AG GPRS), Berlin
10.4	Bewältigung von Krisensituationen: Umgang mit dem Thema „Sterben, Tod und Trauer“ im Schulunterricht	Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

TOP	Thema	Berichterstatter
10.5	Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen“ – Finanzierung der Stiftung ab 2017	Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern
10.6	Krankenversicherung von in der Ausbildungsförderung (BAföG) leistungsberechtigten Ausländern mit Aufenthaltstiteln gemäß § 8 Abs. 2 und Abs. 2a BAföG	Thüringen
10.7	GMK Schwerpunktthema 2017	Bremen
11	**Krankenhauswesen**	
11.1	Novellierung § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen - GIA)	Hamburg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
11.2	Gesetzliche Regelung zur Aufbewahrung von Patientenakten	Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
12	**Umweltbezogener Gesundheitsschutz**	
12.1	Gesundheitliche Auswirkungen von Bahnlärm	Baden-Württemberg (LAUG-Vorsitzland)
12.2	Sicherstellung des Gesundheitsschutzniveaus bei der Novellierung der Musterbauordnung	Nordrhein-Westfalen, Hessen
13	**Europäische Gesundheitspolitik**	
13.1	Stärkung der Patientensicherheit auf europäischer Ebene	Rheinland-Pfalz (Vorsitz EU-AG)
14	**Termin**	
14.1	90. Gesundheitsministerkonferenz 2017 in Bremen	Bremen

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 1.1

Genehmigung der Tagesordnung

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Tagesordnung für die 89. Gesundheitsministerkonferenz am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde wird in der vorliegenden Fassung genehmigt.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 1.2

Thema: Grüne Liste

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder stimmen den Beschlussempfehlungen zu folgenden Tagesordnungspunkten zu:

TOP	Bezeichnung	Antragsteller
TOP 2.1	Genehmigung der Ergebnisniederschrift der 88. Gesundheitsministerkonferenz am 24. und 25. Juni 2015 in Bad Dürkheim	Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzland)
TOP 3.1	Bericht der GMK-Vorsitzenden	Mecklenburg-Vorpommern (Vorsitzland
TOP 6.3	Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe	Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
TOP 6.4	Neuordnung des Heilpraktikerrechts	Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt,

TOP	Bezeichnung	Antragsteller
		Schleswig-Holstein, Thüringen
TOP 6.5	Mitteilung der Zivilgerichte an Berufsaufsichtsbehörden (37. AOLG TOP 7.2, ACK TOP 7.5)	Sachsen
TOP 6.6	Bericht zur Umsetzung des Beschlusses der 87. GMK zu TOP 7.3 „Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen“ (37. AOLG TOP 7.5, ACK TOP 7.6)	Berlin (Vorsitz der AG Berufe des Gesundheitswesens)
TOP 7.1	Nationaler Pandemieplan Teil 1–Fortschreibung (ACK TOP 8.1)	alle Länder
TOP 7.5	Gemeinsame Ausrichtung der Nationalen Impfkonferenz 2017 (37. AOLG TOP 8.5, ACK TOP 8.6)	Bremen, Niedersachsen
TOP 8.1	Ausschlusskriterien bei der Blutspende (37. AOLG TOP 9.2, ACK TOP 9.1)	Saarland
TOP 10.3	Migrationshintergrund - Indikatoren und Monitoring (37. AOLG TOP 11.2, ACK TOP 11.5)	Niedersachsen (Vorsitz AG GPRS), Berlin
TOP 12.1	Gesundheitliche Auswirkungen von Bahnlärm (36. AOLG TOP 10.1, ACK TOP 13.1)	Baden-Württemberg LAUG-Vorsitzland)
TOP 13.1	Stärkung der Patientensicherheit auf europäischer Ebene (ACK TOP 14.1)	Rheinland-Pfalz (Vorsitz EU-AG)

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 2.1

Genehmigung der Ergebnisniederschrift der 88. GMK am 24. und 25. Juni 2015 in Bad Dürkheim

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ergebnisniederschrift der 88. Gesundheitsministerkonferenz am 24. und 25. Juni 2015 in Bad Dürkheim wird in der vorliegenden Fassung genehmigt.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 3.1

Bericht der GMK-Vorsitzenden

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Der Bericht wird zur Kenntnis genommen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 3.2

Bericht des Bundesministers für Gesundheit

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Der Bericht wird zur Kenntnis genommen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 3.3

Bericht des Patientenbeauftragten der Bundesregierung

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Der Bericht wird zur Kenntnis genommen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 4.1

Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden Beschluss:

Für einen starken Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

1. Die GMK betont die unverzichtbare Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen, die sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis zur Mitgestaltung und Mitwirkung bei der Gesundheitsversorgung erstreckt. Sie ist der Auffassung, dass diese Rolle noch stärker gegenüber allen politischen Ebenen und den Akteuren der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen herauszustellen ist.

2. Die Herausforderungen für die Gesunderhaltung der Bevölkerung und damit für die Aufgabenwahrnehmung durch den ÖGD werden angesichts von Globalisierung, demografischem Wandel und nicht zuletzt durch die Flüchtlingsbewegungen komplexer. Deshalb sieht die GMK die Notwendigkeit, die Perspektiven für den ÖGD neu zu bestimmen und auf allen politischen Ebenen die Grundlagen für die Gewinnung qualifizierter, motivierter Fachkräfte zu verbessern.

3. Die GMK sieht im ÖGD ein professionelles Netzwerk, das mit und in allen Gesundheitsbereichen von der Prävention und Gesundheitsförderung, dem Gesundheitsschutz bis zur Versorgung kooperativ und koordinierend tätig ist. Die Bezeichnung des ÖGD als dritte Säule im Gesundheitswesen (neben der ambulanten und der stationären Versorgung) bildet die aktuellen Herausforderungen für den ÖGD nicht umfassend genug ab. Die GMK begrüßt deshalb ein modernes Leitbild auf der Grundlage des vorgelegten Diskussionspapieres, das neue Perspektiven für den ÖGD aufzeigt. Die GMK regt an, dass alle Träger des ÖGD und die für den ÖGD engagierten Verbände und Institutionen hierzu in die weitere Diskussion eintreten und bittet die AOLG, sich aktiv und moderierend in diesen Prozess einzubringen und dabei den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie andere relevante Berufsverbände zu beteiligen.

4. Die GMK hält es für erforderlich, die Arbeit des ÖGD auch zukünftig effektiv und effizient zu gestalten. Sie begrüßt deshalb die vielfältigen Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und Kooperationsmodelle und beauftragt die AOLG, den weiteren Erfahrungsaustausch der Länder und der kommunalen Träger des ÖGD über Beispiele guter Praxis stetig zu befördern.

Perspektive Wissenschaft

5. Die GMK spricht sich für eine stärkere Verbindung des ÖGD mit der Wissenschaft sowohl in der Forschung als auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung aus. Studierende der Medizin müssen bereits im Studium an die Themenfelder der Öffentlichen Gesundheit herangeführt werden. Die GMK fordert den Bund auf, in der Approbationsordnung für Ärzte das Thema Öffentliche Gesundheit verpflichtend zu verankern. Sie bittet um eine klarstellende Änderung der Approbationsordnung, damit Medizinstudierende die Möglichkeit haben, den ÖGD praktisch kennenzulernen.

6. Um die Zusammenarbeit in Lehre und Forschung zu fördern, hält die GMK eine strukturelle Verankerung des Themenschwerpunkts „Öffentliche Gesundheit" an geeigneten Hochschulen für erforderlich. Dies sollte in gemeinsamer Weiterentwicklung mit den Lehrstühlen für „Public Health" erfolgen, die sich stärker den operativen Themen des ÖGD annehmen sollen.

7. Die GMK bittet den Bund, einen Forschungsschwerpunkt „ÖGD und Public Health“ im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung aufzunehmen, um die Forschung in diesem Themenfeld entsprechend den aktuellen nationalen und globalen Herausforderungen zu befördern.

Perspektive Prävention und Gesundheitsförderung

8. Das Präventionsgesetz bietet eine konkrete Chance, eine verbesserte Gesundheit für die Bürgerinnen und Bürger zu erreichen. Der ÖGD muss aufgrund seiner in den Ländergesetzen festgeschriebenen Rolle als regionaler Koordinator in der Gesundheitsförderung eine aktive Rolle im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes spielen. Die GMK erwartet von den Partnern der Rahmenvereinbarungen die Rolle des ÖGD anzuerkennen, zu nutzen und zu unterstützen und hierzu geeignete Formen der Einbindung zu entwickeln.

   Die GMK fördert die Einbeziehung des ÖGD bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20 f SGB V zum Präventionsgesetz und bittet die Sozialversicherungsträger um Zusammenarbeit mit dem ÖGD.

9. Unter den neuen Rahmenbedingungen gilt es, gemeinsam auf die Nutzung und die Weiterentwicklung vorhandener tragfähiger Strukturen für die Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. regionaler Ebene hinzuwirken und dazu beizutragen, dass der ÖGD dabei sein Potential zur Wirkung bringen kann. Der Koordinierung der regionalen Gesundheitsförderung und Prävention kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu, z. B. mit Blick auf die Bedarfsfeststellung, orientierende Rahmenkonzepte oder die Qualitätssicherung. Die GMK schlägt vor, diese Entwicklung in regelmäßigen Statuskonferenzen zu begleiten und bittet den Bund und die anderen Partner hierbei um Unterstützung.

Perspektive Gesundheitsversorgung

10. Der ÖGD kann und soll bei der Planung und Gestaltung regionaler Versorgungskonzepte eine aktive Rolle spielen. Er besitzt mit seiner Kernkompetenz im Bereich der Gesundheitsberichterstattung (GBE) hierzu die erforderlichen Fachkenntnisse. Dies gilt insbesondere in ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten, die einerseits durch einen hohen Versorgungsbedarf und andererseits durch Verknappung von Grundversorgungsanbietern geprägt sind. Die Länder

haben die Bedeutung des ÖGD bei der Steuerung dieser Prozesse erkannt und diese durch legislative Maßnahmen, die Einrichtung von sektorübergreifenden Gremien und zahlreiche Projekte zur regionalen Versorgungsplanung befördert.

Die GMK fordert auch die kommunalen Entscheidungsträger auf, diese Entwicklung zu unterstützen und die wachsende Aufgabe bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für den ÖGD in den Blick zu nehmen.

Zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Kompetenzen sowie der Gestaltungsmöglichkeiten des ÖGD bekennt sich die GMK zur Stärkung der aktiven und regelmäßigen GBE.

Fachkräftegewinnung für den ÖGD

11. Die GMK bekräftigt ihre erstmals durch die 83. GMK sowie in den Beschlüssen der 86. und 87. GMK erhobene Forderung nach arztspezifischen tariflichen und besoldungsrechtlichen Regelungen für angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte im ÖGD in Anlehnung an die Vergütung in Krankenhäusern.

12. Die GMK sieht die Notwendigkeit, den ÖGD adäquat mit Ressourcen auszustatten. Sie regt auch gegenüber den kommunalen Trägern des ÖGD an, durch angemessene Stellenpläne die erforderlichen Grundlagen für die Erfüllung der umfangreichen und fachlich anspruchsvollen Aufgaben des ÖGD zu schaffen. Diese Stellenpläne sind auf der Grundlage einer gründlichen und kritischen Analyse von Art und Umfang der Aufgaben auszugestalten.

13. Die Ableistung von Ausbildungsabschnitten im ÖGD innerhalb einer Facharztausbildung einer anderen Fachrichtung kann dazu beitragen, Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu interessieren und zu motivieren. Die GMK bittet die Bundesärztekammer um Prüfung, inwieweit in bestimmten Weiterbildungsordnungen in somatischen Bereichen über die bisher bestehenden Möglichkeiten hinaus Ausbildungszeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert werden können.

    Zur Heranbildung ärztlichen Nachwuchses für den ÖGD hält es die GMK für erforderlich, bei Landesämtern und Gesundheitsämtern über die regulären Stellenpläne hinaus Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte vorzuhalten. Sie begrüßt, dass mehrere Länder hier bereits Möglichkeiten ergriffen haben. In diesem

Zusammenhang können auch die Postgraduierten Ausbildungsangebote des RKI genutzt werden.

Die GMK sieht auch in Famulaturen von Medizinstudierenden im ÖGD eine gute Möglichkeit zur Personalgewinnung. Die Länder werden dazu geeignete Instrumente zur Vermittlung entwickeln.

14. Die GMK bittet die Bundesregierung, die Aufnahme der Daten zur Personalausstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in die amtliche Statistik zu veranlassen und in Zusammenarbeit mit den Ländern die Datensätze inhaltlich abzustimmen. Die GMK strebt verbindliche, einheitliche Vorgaben zur statistischen Erfassung und Meldung des Personals im ÖGD im Sinne der Daseinsversorgung an.

Das Vorsitzland wird gebeten, diesen Beschluss der IMK, der KMK, dem BMG, der Bundesärztekammer, den Sozialversicherungsträgern, den Kommunalen Spitzenverbänden, dem BVÖGD und dem VKA zuzuleiten.

89. Gesundheitsministerkonferenz 2016

Amtschefkonferenz am 11./12. Mai 2016 in Güstrow

Anlage zu TOP 4.1

Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Entwurf eines Leitbildes für ein ÖGD - Diskussionspapier der Länder

Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort

1. Der Öffentliche Gesundheitsdienst im modernen Sozialstaat

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist als ein Teil des öffentlichen Gesundheitswesens integraler Baustein einer modernen Sozialstaatlichkeit. Er nimmt öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr, ist zivilgesellschaftlich orientiert und arbeitet partnerschaftlich mit anderen Akteuren zusammen. Dies gilt für alle Verwaltungsebenen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, von den Bundesbehörden über die Landesebene bis hin zu den Gesundheitsämtern.

2. Leitorientierung im ÖGD

Mit dem Wandel der Gesellschaft insgesamt geht auch ein Wandel des Selbstverständnisses und der Leitorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einher. So agiert der ÖGD heute nicht mehr in einem obrigkeitsstaatlichen Umfeld, sondern muss modernen zivilgesellschaftlichen Anforderungen gerecht werden, ebenso muss seine Arbeitsweise der ausgeprägten Verwissenschaftlichung des Gesundheitswesens Rechnung tragen. Vor dem Hintergrund des sozialepidemiologischen Wissensstandes ist dabei das Streben nach gesundheitlicher Chancengleichheit ein alle Bereiche durchziehender Anspruch.

Dies prägt die Leitorientierung des ÖGD. Er arbeitet

- orientiert an prioritären Aufgaben der Bevölkerungsgesundheit
- ethisch reflektiert und in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen,
- frei von kommerziellen Interessen,
- auf aktueller wissenschaftlicher Basis
- vernetzt und partnerschaftlich mit anderen Akteuren,
- erfolgskontrolliert, verantwortlich und transparent

Dabei bezieht sich der ÖGD konzeptionell auf Gesundheit als einen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Zustand des Wohlbefindens.

3. Kernaufgaben des ÖGD

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist Teil eines arbeitsteiligen Gesundheitswesens mit einem Schwerpunkt in Public Health. Die konkreten Aufgaben unterscheiden sich nach Maßgabe der jeweiligen Ländergesetze von Land zu Land. Gemeinsame verbindende Schwerpunkte sind:

- Gesundheitsschutz (Hygiene, Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht etc.),
- Aufklärung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen (Gesundheitspflege für Kinder und Jugendliche, Sozialmedizin, Schwangerenberatung, Sozialpsychiatrie, Suchtberatung, Behindertenberatung etc.),
- Koordination, Kommunikation, Prioritätensetzung, Qualitätssicherung (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit, Begutachtungswesen etc.).

Dabei sind die traditionellen Aufgaben des Gesundheitsschutzes sowie der Fürsorge und die in den letzten Jahren verstärkt hinzu gekommenen planerischen und koordinativen Aufgaben gleichermaßen bedeutsam. Vom ÖGD werden heute sowohl hoheitliche Funktionen als auch das Gemeinwesen unterstützende und beratende Leistungen erwartet. Dies spiegelt sich auch auf europäischer Ebene in den dort definier-

ten sog. Essential Public Health Operations (EPHOs)[1] wider. Der ÖGD und seine in multiprofessionellen Teams tätigen Beschäftigten leisten einen wichtigen Beitrag, das Prinzip von „health in all policies" in die Gremien der jeweiligen Handlungsebenen hineinzutragen. Der ÖGD unterstützt in bevölkerungsmedizinischen und gesundheitsplanerischen Fragen des Gesundheitswesens die jeweiligen politischen Entscheidungsträger, wodurch das Thema „Gesundheit" im Bewusstsein der Akteure gestärkt werden kann und als Standortfaktor auf lokaler Ebene mehr Gewicht erhält.

4. Arbeitsweisen, Ansätze und Funktionen

Das genannte Aufgabenspektrum erfordert vom ÖGD verschiedene Kompetenzen. Seine Tätigkeit ist:

- sowohl risikoorientiert (pathogenetischer Ansatz) als auch ressourcenorientiert (salutogenetischer Ansatz),
- sowohl hoheitlich als auch partizipativ bzw. partnerschaftlich,
- sowohl einzelfall- als auch bevölkerungs- bzw. sozialraumbezogen.

Die Arbeitsweise umfasst dabei analysierende, planende, beratende, vernetzende, moderierende, koordinierende, überwachende, kontrollierende und eingreifende Funktionen. Je nach Aufgabe sind dazu Kenntnisse aus unterschiedlichen Fächern wie der Infektiologie, der Hygiene, der Kinder- und Jugendmedizin, der Toxikologie, der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, der Epidemiologie, der Sozialarbeit, der Psychologie und Psychiatrie, des Gutachterwesens und anderen Wissenschaftsbereichen nötig.

Für die Erfüllung dieser Aufgaben benötigt der ÖGD eine multiprofessionelle Ausstattung sowie eine interdisziplinäre und in Netzwerken denkende Arbeitsweise. Medizinische Qualifikationen bilden nach wie vor die Basis im Öffentlichen Gesundheitsdienst, sozialwissenschaftliche und gesundheitswissenschaftliche Qualifikationen sind heute jedoch ebenso unverzichtbar.

Der ÖGD kann dies nur in enger Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen leisten.

---

[1] http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations

Zunehmende Bedeutung gewinnt darüber hinaus das systematische Zusammenspiel von überregionalen Stellen, die Kompetenzen bündeln und Konzepte entwickeln, und örtlichen Behörden in der Umsetzung stärken.

5. Stärken des ÖGD

Der ÖGD hat traditionell einen bevölkerungsbezogenen Blickwinkel, er ist Public Health-orientiert. Er arbeitet frei von kommerziellen Interessen, neutral, gemeinwohlorientiert und sozialkompensatorisch. Dies unterscheidet ihn von vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Wie kaum ein anderer Akteur bündelt er zudem ein breites Spektrum an fachlicher Kompetenz aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Auf der örtlichen Ebene zeichnet er sich durch seine Bürgernähe und die Einbindung in die kommunalen Strukturen mit vielfachen Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden (z. B. Schul-, Sozial- oder Jugendamt) und Institutionen aus. Er verfügt über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen Institutionen, Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (darunter beispielsweise Krankenhäuser, Arztpraxen, Kindertagestätten, Schulen, Senioren- und Pflegeheime, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteilen). Neben den bevölkerungsmedizinischen Aufgaben wird der ÖGD bei Bedarf für besondere Personengruppen auch individualmedizinisch tätig und bietet aufsuchende Hilfen an.

6. Den ÖGD stärken

Für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind drei Punkte von entscheidender Bedeutung:

- Der ÖGD braucht eine breite und nachhaltige politische Unterstützung aller Ebenen von Kommune bis Bund. Es ist notwendig, die Personalentwicklung im ÖGD am Umfang seiner fachlichen Aufgaben auszurichten und nicht allein an finanzpolitischen oder verwaltungspolitischen Vorgaben.
- Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen muss entlang der genannten Kernaufgaben profiliert werden, insbesondere mit Blick auf die Stärkung der bevölkerungs- und sozialraumbezogenen Arbeit.

- Die Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft muss sowohl in der Forschung als auch in der Aus- und Weiterbildung gestärkt werden.

Vor diesem Hintergrund ist der Feststellung der Wissenschaftsakademien, ein starker ÖGD sei eine Voraussetzung für das Funktionieren des Public Health-Systems insgesamt, in den nächsten Jahren in einem substanziellen Entwicklungsprozess Rechnung zu tragen, um den Öffentlichen Gesundheitsdienst nach einem zukunftsfähigen Leitbild gestalten.

Literatur

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V., acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften e. V., Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V. Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle, München, Mainz; 2015

Grunow D, Grunow-Luther V. Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim/München: Juventa Verlag; 2000

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt), Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. KGSt-Bericht 11/1998. Köln

Kuhn J, Wildner M, Zapf A, Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Deutsches Ärzteblatt 109(9) 2012, A 413-416

Steen R. Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2005

Teichert-Barthel U, Bornhofen B, Vom Physicus zum/zur Facharzt/-ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen- Ein Berufsbild im Wandel, HygMed2011; 36-1/2

Weltgesundheitsorganisation, Europäisches Regionalbüro. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen: WHO; 2012

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 5.1

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die Gesundheitsministerkonferenz spricht den Diensten, Institutionen und Personen des Gesundheitswesens sowie den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hilfsorganisationen und den vielen freiwilligen Helferinnen und Helfern, die sich mit sehr hohem Engagement in den letzten Monaten in die medizinische Versorgung von Flüchtlingen eingebracht haben, ihre große Anerkennung und ihren Dank aus. In besonderem Maße trifft dies auch auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu, der an vielen Orten für die Organisation und Erbringung präventiver, hygienischer und kurativer Maßnahmen Außergewöhnliches geleistet hat.

2. Die GMK betont die Notwendigkeit und den Anspruch der Asylbewerber und Flüchtlinge auf eine medizinische Versorgung, wie sie im Asylbewerberleistungsgesetz und im Asylgesetz garantiert wird. Sie sieht das deutsche Gesundheitswesen aktuell in der Lage, die medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen mit den gegebenen Strukturen zu gewährleisten.

3. Die GMK empfiehlt, grundsätzlich auf die Strukturen der medizinischen Regelversorgung zurückzugreifen. Die GMK erkennt allerdings die Notwendigkeit an, bei besonderen Unterbringungsbedingungen z.B. in großen Erstaufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften eine angemessene ge-

sundheitliche Grundversorgung in den Einrichtungen sicherzustellen. Bei notwendigen weiterführenden medizinischen Behandlungen soll grundsätzlich auf die spezialisierte Regelversorgung zurückgegriffen werden.

4. Sie bittet die AOLG, die Entwicklung der zusätzlichen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Regelsystems durch Flüchtlinge insbesondere im stationären Bereich soweit möglich zu beobachten und der 90. GMK zu berichten.

5. Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge stellt die Länder vor große Herausforderungen. Dabei sind Kooperationen zwischen ambulanten Gesundheitsversorgern, Krankenhäusern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Flüchtlingsversorgung maßgeblich. Dazu liegen inzwischen zahlreiche Erfahrungen vor. Insbesondere im ländlichen Raum mit einer eingeschränkten Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten bedarf es besonderer Lösungen. Die GMK bittet deshalb die AOLG, eine Informationsplattform für die Länder und den Bund einzurichten, um den Erfahrungsaustausch über regionale Lösungen zwischen den Ländern zu fördern.

6. Die GMK stellt fest, dass die hohe Verantwortung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die Vielfältigkeit der Aufgaben für die medizinische Versorgung der Flüchtlinge gut qualifiziertes Fachpersonal verlangt, das in erforderlichem Umfang zur Verfügung stehen muss, sowohl im ärztlichen als auch im nichtärztlichen Bereich.

7. Die GMK stellt fest, dass einige Länder eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt haben. Sie bittet die AOLG um einen Erfahrungsaustausch und einen Bericht darüber zur 90. GMK.

8. Die GMK nimmt zur Kenntnis, dass sich das Krankheitsspektrum von Flüchtlingen nach ersten Analysen nicht wesentlich von dem einer entsprechenden deutschen Bevölkerung unterscheidet.

9. Die GMK begrüßt - angesichts der notwendigen Bekämpfung der Verbreitung von Antibiotikaresistenzen - die Veröffentlichung der Empfehlungen des Ro-

bert Koch-Institutes zum „Screening von Asylsuchenden auf Multiresistente Erreger". In Anbetracht der derzeit noch begrenzten Datenlage spricht sich die GMK dafür aus, Untersuchungen über die Besiedlungsrate mit multiresistenten Erregern bei Flüchtlingen fortzuführen, um zeitnah angemessen und differenziert auf neue Erkenntnisse reagieren zu können. Sie fordert das BMG auf, entsprechende Daten zusammenzutragen und auszuwerten.

10. Angesichts des herrschenden Fachkräftemangels betrachtet es die GMK als Chance und Herausforderung, Flüchtlinge mit einer medizinischen oder pflegerischen Ausbildung und anerkannten Qualifikationen in das deutsche Gesundheitswesen zu integrieren.

11. Zusätzlich fordert sie alle beteiligten Stellen auf, unter den Flüchtlingen mit einer Bleibeperspektive das Interesse für eine Ausbildung insbesondere in den Pflegeberufen zu wecken und für entsprechende Unterstützung in der Vorbereitung und Ausbildung Sorge zu tragen.

12. Die AOLG wird gebeten, sich zu den Inhalten der Ziffern 10 und 11 auszutauschen und einen Bericht an die 90. GMK abzugeben.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 5.2

Anhebung der Beiträge des Bundes an die Krankenkassen für Empfänger von Arbeitslosengeld II

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Seit Längerem klagen die Krankenkassen über die nicht kostendeckenden Kassenbeiträge des Bundes für Empfänger von Arbeitslosengeld II. Die GMK bittet die Bundesregierung um Prüfung, inwieweit die Beiträge des Bundes an die gesetzlichen Krankenkassen für Empfänger von Arbeitslosengeld II noch angemessen sind. Sie bittet die Bundesregierung weiter darum, dafür Sorge zu tragen, dass nicht allein die Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung für mögliche steigende Defizite aufkommen, sondern dass der Bund entweder über höhere Beiträge für ALG II-Empfänger oder über Bundeszuschüsse dem Entstehen einer Finanzierungslücke in der GKV vorbeugt.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 5.3

Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die pflegerische Versorgung ist ein sich dynamisch entwickelnder Sektor mit annähernd 13.000 Pflegediensten. Die ganz überwiegende Mehrheit der Pflegedienste in Deutschland leistet immense Anstrengungen, um die pflegerische Versorgung in Deutschland zu gewährleisten, und sie arbeitet in aller Regel redlich und auf hohem qualitativem Niveau. Kriminelle Machenschaften einzelner Betrüger dürfen nicht die ganze Pflegebranche in Verruf bringen. Sie müssen konsequent bekämpft werden, um Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und das Sozialsystem insgesamt vor Missbrauch zu schützen.

2. Die Gesundheitsministerkonferenz begrüßt die bisherigen Aktivitäten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gegen Abrechnungsbetrug in der Pflege und bittet das BMG, dafür Sorge zu tragen, dass der durch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in den §§ 81a Abs. 3, 197a Abs. 3 SGB V, 47a SGB XI vorgesehene Erfahrungsaustausch im Bereich der Pflege bundesweit erfolgen kann, die Träger der Sozialhilfe mit einbezieht und die Ergebnisse so aufbereitet werden, dass sie auch überregional auswert- und nutzbar sind.

3. Weiterhin begrüßt die Gesundheitsministerkonferenz die Bereitschaft des BMG, Regelungslücken zu den Prüfrechten der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V im Gesetzentwurf zum Dritten Pflegestärkungsgesetz zu schließen.
   Die Gesundheitsministerkonferenz bittet das BMG mit geeigneten Maßnahmen sicherzustellen, dass der MDK im Rahmen seiner Begutachtung feststellen kann, dass die Person des zu Begutachtenden mit der zur Pflege gemeldeten Person identisch ist.

4. Darüber hinaus bittet die Gesundheitsministerkonferenz das BMG sicherzustellen, dass alle in den Ländern zuständigen Aufsichtsbehörden an den Gremien und Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 47a SGB XI i.V.m. § 197a SGB V beteiligt werden können und diese durch bundesrechtliche Regelungen zu einer Zusammenarbeit mit den Aufsichtsbehörden verpflichtet werden.

5. Die Gesundheitsministerkonferenz bittet die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe die Vorschriften der Hilfe zur Pflege im SGB XII mit dem Ziel zu überprüfen, den kommunalen Trägern der Hilfe zur Pflege die gleichen Prüf- und Informationsaustauschmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, wie den Kranken- und Pflegekassen im SGB V und SGB XI.

6. Die Gesundheitsministerkonferenz bittet die Justizministerkonferenz zu prüfen, inwieweit eine verstärkte Einrichtung von z.B. Schwerpunktstaatsanwaltschaften einen Beitrag zur effektiven Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege leisten kann.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.1

Masterplan Medizinstudium 2020

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden Beschluss:

   a) Um die medizinische Versorgung in der Zukunft flächendeckend zu sichern, sind weiterhin kurz-, mittel- und langfristig wirkende Maßnahmen u.a. der Rechtsetzung durch Bund und Länder, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Ärztekammern und der Gremien der Selbstverwaltung erforderlich. Die demographische Entwicklung und sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. i.S. Vereinbarkeit von Familie und Beruf) zeigen schon heute, dass dringend ärztlicher Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung vor allem in ländlichen Regionen benötigt wird.
   b) Bund und Länder haben in den zurückliegenden Jahren zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um sowohl die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Allgemeinmedizin als auch die Berufsausübung als Hausärztin bzw. Hausarzt und hier insbesondere eine Tätigkeit im ländlichen Raum attraktiver zu gestalten.
   c) Diese Maßnahmen müssen nun flankiert und ergänzt werden durch konkrete und bald ihre Wirkung entfaltende Maßnahmen für eine zielgerichtete Auswahl der Medizinstudierenden, zur Förderung der Praxisnähe des Studiums der Humanmedizin und zur Stärkung der Allgemeinmedizin in diesem Studium. Hierzu dient der „Masterplan Medizinstudium 2020".

d) Das Ziel der ärztlichen Ausbildung sind laut der Approbationsordnung für Ärzte schon heute wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt sind. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Sie soll auf wissenschaftlicher Grundlage sowie praxis- und patientenbezogen durchgeführt werden.

e) Die Attraktivität eines Medizinstudiums in Deutschland ist ungebrochen; die Zahl der Bewerbungen um einen Studienplatz der Medizin übersteigt seit Jahren das Angebot. Die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist anspruchsvoll und erfolgt auf hohem Niveau. Sie hat auch international einen guten Ruf. Dennoch besteht Bedarf an einer Weiterentwicklung des Medizinstudiums an deutschen Hochschulen.

f) Hier setzt der Masterplan Medizinstudium 2020 an, der mit seinen Maßnahmen den Hochschulen auch eine Orientierung am zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung Notwendigen geben wird. Der Masterplan zeigt, dass Wissenschaftlichkeit und Praxisnähe im Studium der Humanmedizin keinen Gegensatz darstellen!

2. Die Gesundheitsministerkonferenz nimmt den aktuellen Stand in der Erarbeitung des Masterplans Medizinstudium 2020 zur Kenntnis und dankt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe für die bislang geleistete Arbeit. Die vorliegende Entwurfsfassung vom 02. Mai 2016, ergänzt um die Ergebnisse des Staatssekretärsgespräches zwischen Gesundheitsministerkonferenz und Kultusministerkonferenz am 01. Juni 2016, die auch vom BMG und BMBF gebilligt wurden, ermöglicht eine baldige Verabschiedung des Masterplanes Medizinstudium 2020 durch die Gesundheits- und Wissenschaftsministerinnen und –minister bzw. –senatorinnen und –senatoren von Bund und Ländern.

3. Die Gesundheitsministerkonferenz begrüßt, dass der Entwurf des Masterplanes mit Ausnahme der Landarztquote auf Staatssekretärsebene bereits konsentiert werden konnte. Die Gesundheitsministerkonferenz plädiert weiterhin dafür, den Ländern die Möglichkeit zur Einführung einer solchen Vorabquote einzuräumen.

Das Vorsitzland wird gebeten, hierzu auf Ebene der Ministerinnen und Minister zu einem bald möglichen klärenden Gespräch mit der Kultusministerkonferenz einzuladen. Seitens der Gesundheitsministerkonferenz werden die in der AG Masterplan vertretenen Länder teilnehmen.

4. Die Gesundheitsministerkonferenz nimmt den Beschluss der 354. Kultusministerkonferenz zur Kenntnis und erklärt hinsichtlich des beabsichtigten Vorbereitungsgespräches der Kultusministerkonferenz mit der Finanzministerkonferenz ihre Erwartung und Bereitschaft zur Teilnahme an diesen Beratungen. Sie stellt dazu fest, dass es in den kommenden Jahren und Jahrzehnten eine Hauptaufgabe der medizinischen Hochschulen sein wird, qualifizierten und wissenschaftlich geschulten ärztlichen Nachwuchs für die ambulante und stationäre Versorgung auszubilden und deshalb eine partielle Neujustierung des Verhältnisses von Forschung und Lehre zugunsten einer praxiszugewandten Ausbildung erforderlich ist, die gleichermaßen auf eine kurative Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung wissenschaftlich und praxisorientiert vorbereitet. Nur so kann auch der hohe finanzielle Aufwand, der für ein Medizinstudium erforderlich ist, gerechtfertigt werden.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.2

Berufsgesetz Osteopathie

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die GMK bittet das BMG, aus Gründen des Patientenschutzes zu prüfen, wie die durch verschiedene Gerichtsurteile entstandene Rechtsunsicherheit im Hinblick auf die Voraussetzungen, Finanzierungs- und Haftungsfragen der osteopathischen Leistungserbringung ausgeräumt werden können. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob das Berufsbild des Osteopathen einer Reglementierung durch ein eigenes Berufsgesetz bedarf.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.3

Modellvorhaben zur Erprobung der Übernahme eigenständiger Versorgungsverantwortung durch Gesundheitsfachberufe

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die GMK bittet das BMG zu prüfen, ob durch Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der entsprechenden Gesetze über die jeweiligen Gesundheitsfachberufe die Voraussetzungen für Modellvorhaben geschaffen werden können, die es Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden im Rahmen eines Direktzugangs erlauben, Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Indikationen zu erbringen, soweit sie hierzu aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.4

Neuordnung des Heilpraktikerrechts

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die GMK stellt fest, dass die Anforderungen an die Erlaubniserteilung nach dem Heilpraktikerrecht nicht den Qualitätserfordernissen genügen, die aus Gründen des Patientenschutzes an die selbständige Ausübung der Heilkunde zu stellen sind.

2. Die GMK bittet das BMG, unter Beteiligung der interessierten Länder die Inhalte und Gegenstände der Überprüfung (Ziff. 2.3 der Leitlinien Heilpraktikeranwärter) zu überarbeiten und ggf. auszuweiten, um dem Patientenschutz besser gerecht zu werden und bessere Voraussetzungen für die Einheitlichkeit der Kenntnisüberprüfungen zu schaffen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.5

Mitteilung der Zivilgerichte an Berufsaufsichtsbehörden

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder bitten die Bundesregierung eine Rechtsgrundlage zu schaffen, welche die Zivilgerichte ermächtigt, ihnen bekannt gewordene Tatsachen, die bei Angehörigen eines Heilberufes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG Anlass zu berufszulassungsrechtlichen oder berufsrechtlichen Maßnahmen geben können, den für die Berufsaufsicht zuständigen Behörden und Heilberufekammern mitzuteilen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.6

Bericht zur Umsetzung des Beschlusses der 87. GMK zu TOP 7.3 „Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen"

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen den Bericht zur Umsetzung des Beschlusses der 87. GMK zu TOP 7.3 („Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen") zur Kenntnis.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 6.7

Erweiterte Delegation ärztlicher Leistungen

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt mehrheitlich:

Das Bundesministerium für Gesundheit wird gebeten zu prüfen, ob durch eine Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Gesundheitsfachberufe erweiterte Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen eröffnet werden können.

Darüber hinaus wird das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, in die weiteren Überlegungen auch die Möglichkeit einer etwaigen Substitution einzubeziehen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 7.1

Nationaler Pandemieplan Teil I Fortschreibung

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder stimmen dem fortgeschriebenen Nationalen Pandemieplan Teil I (Anlage 1) zu, der gemeinsam von Bund und Ländern verfasst wurde und die für die Planung als auch für den Pandemiefall vorhandenen Strukturen und notwendigen Maßnahmen in Deutschland aufzeigt. Die GMK dankt allen, die an seiner Fertigstellung beteiligt waren. Die GMK empfiehlt die Veröffentlichung.

Die GMK stellt fest, dass im Ergebnis der Fortschreibung von Teil I in einzelnen Themenbereichen weiterer Handlungsbedarf (Anlage 2) besteht und beschließt insbesondere:

1. Die AOLG wird beauftragt, zur Optimierung der Abstimmung von Bund und Ländern bei länder- und/ oder ressortübergreifenden Gefahrenlagen im Gesundheitsbereich, wie einer Pandemie, die Installation eines gemeinsamen Krisenrates von Bund und Ländern vorzubereiten.

2. Das BMG wird für eine Verbesserung der Surveillance des Krankheitsgeschehens gebeten,

- die begonnenen Systeme für eine Krankenhaussurveillance sowie eine Mortalitätssurveillance voranzubringen
- die bestehenden Systeme, wie das Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza und das Grippeweb des RKI, zu verstetigen und auszubauen
- die Umsetzbarkeit von DEMIS zu prüfen und dieses ggf. zu etablieren
- Studien vorzubereiten, die für die frühzeitige Gefährdungsbeurteilung einer Pandemie notwendig sind.

3. Die GMK bittet das BMG zur Sicherung der diagnostischen Expertise und vorhandener Kapazitäten zeitnah ein Labornetzwerk unter Federführung des RKI und unter Beteiligung virologischer Laboratorien der Länder und Universitäten zu etablieren.

4. Die GMK stellt fest, dass auch in der interpandemischen Phase im ambulanten und stationären Bereich die notwendigen Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie regelmäßig zu überprüfen und insbesondere im stationären Bereich regelmäßig zu üben sind.

5. Die GMK bittet das BMG zu prüfen, wie und welches bundeseinheitliche System zu einer aussagefähigen zeitnahen Erfassung der Influenza-Impfquoten im Pandemiefall eingesetzt werden kann.

6. Die GMK bittet das BMG unter Beteiligung der Länder, die Kostentragung des Einsatzes der durch die Länder bevorrateten antiviralen Arzneimittel (Fertigarzneimittel und Wirkstoffpulver) für die Therapie im Ereignisfall unter Einbeziehung der für das SGB V zuständigen Gremien zu klären.

7. Das BMG wird zur Verbesserung der Information und Aufklärung der Bevölkerung gebeten, während einer Pandemie eine Internetplattform mit allen wichtigen Materialien und FAQs in allen relevanten Sprachen vorzuhalten.

8. Für die Verbesserung der Information der Ärzte wird das BMG gebeten, ein Konzept zur Nutzung moderner Medien im Ereignisfall zu erstellen.

9. Die GMK bittet das BMG um Überarbeitung der bewährten Checklisten aus dem vorangegangenen Nationalen Pandemieplan zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zur Ergänzung als Anhang an Kapitel 9 des neuen Planes.

Die GMK beauftragt die AOLG, die die Länder betreffenden Klärungs- und Handlungspunkte (Anlage 2) kontinuierlich zu bearbeiten.

Sie bittet das BMG ebenso um weitere Veranlassung hinsichtlich der offenen Punkte im Zuständigkeitsbereich des Bundes, die in der Anlage 2 aufgelistet sind.

Darüber hinaus bittet die GMK die Kosten- und Leistungsträger im Gesundheitswesen, den Pandemieplan zur Kenntnis zu nehmen und die Umsetzung konstruktiv zu begleiten.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 7.2

Joint Procurement Agreement (JPA) - Sachstand und Vertretung im JPASC

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen den Sachstand zum JPA, insbesondere zu den Vorbereitungen zur Beschaffung pandemischer Impfstoffe, gemäß anliegendem Bericht zur Kenntnis.

Die GMK benennt auf Abteilungsleiterebene Niedersachsen als Vertretung für das ständige Mitglied Saarland im JPASC.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 7.3

Impfstoffsicherung der Bevölkerung

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Gesundheitsministerkonferenz bittet das BMG, auf Grundlage der STIKO-Empfehlung den zu erwartenden Bedarf an Impfstoffen in Deutschland aktuell abzuschätzen und in Gesprächen mit den Impfstoffherstellern darauf hinzuwirken, dass dieser Bedarf dem deutschen Markt zur Verfügung steht.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 7.4

Probleme und Hindernisse bezüglich der Etablierung verbindlicher, bundesweiter Screening-Untersuchungen auf multiresistente Krankenhauserreger im ambulanten und stationären Bereich

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen den Bericht zur Identifizierung von Problemen und Hindernissen bezüglich der Etablierung verbindlicher, bundesweiter Screening-Untersuchungen auf multiresistente Krankenhauserreger (MRE) im ambulanten und stationären Bereich zustimmend zur Kenntnis.

Der Bericht zeigt auf, welche Screening- Untersuchungen wann erforderlich sind und welche Maßnahmen die bundesweite, konsequente Durchführung der erforderlichen Screening Untersuchungen auf resistente Keime fördern können:

Aufgrund des dargestellten Handlungsbedarfs hält es die GMK für erforderlich, dass

- die Problematik der Entstehung, Ausbreitung, Überwachung und Bekämpfung multiresistenter Erreger stärker in die Aus- und Weiterbildungsgänge der Arztinnen und Ärzte und des medizinischen Fachpersonals integriert wird. Sie bittet die dafür zuständigen Kammern und Institutionen, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

- verbesserte Daten zur Häufigkeit vor allem für MRGN verfügbar sein müssen. Sie bittet das Robert Koch-Institut zu prüfen, inwieweit die vorhandenen Daten der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) hierfür genutzt werden können und diese ggf. entsprechend aufzubereiten. Gleichzeitig bittet sie die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) um Präzisierungen ihrer Empfehlungen zu vier MRGN auf Basis der verfügbaren Daten zur Häufigkeit.
- eine adäquate Kostenübernahme der verbindlich geforderten Screening-Untersuchungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gesichert wird. Hierzu bittet sie die Kostenträger, eine Abschätzung der durch eine Kostenübernahme für die Gesetzliche Krankenversicherung ergebenden Ausgaben und Einsparungen vorzunehmen, damit die erforderlichen Finanzierungsregelungen auf Bundesebene auf den Weg gebracht werden können.
- die entsprechenden Vorgaben der Hygieneverordnungen der Länder durch die Gesundheitseinrichtungen weiterhin konsequent zu beachten sind. Die darin vorgegebenen organisatorischen, strukturellen und personellen Maßnahmen müssen von den verantwortlichen Leitungen im stationären Bereich sichergestellt werden.

Die Gesundheitsministerkonferenz bittet die AOLG, der 91. GMK über die Umsetzung der hier erbetenen Maßnahmen zu berichten.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 7.5

Gemeinsame Ausrichtung der Nationalen Impfkonferenz 2017

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Nationale Impfkonferenz soll im Jahr 2017 von Bremen und Niedersachsen als gemeinsame Gesundheitsregion ausgerichtet werden.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 7.6

Nationales Impfregister für Deutschland

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt mehrheitlich:

Die Gesundheitsministerkonferenz bittet das BMG, das RKI zu beauftragen, den fachlichen und finanziellen Aufwand und Nutzen eines bundesweiten Impfregisters darzustellen und darzulegen, welcher Modalitäten es bedarf, gegebenenfalls ein bundesweites Impfregister zu etablieren.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 8.1

Ausschlusskriterien bei der Blutspende

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die GMK stellt fest, dass der Blutspende-Dauerausschluss von Männern, die Sex mit Männern hatten oder haben, nach wie vor seitens der betroffenen Personengruppen als Diskriminierung empfunden wird. Eine Änderung nationaler wie auch europäischer Richtlinien ist insbesondere vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Regelungen in anderen EU-Mitgliedstaaten bisher nicht erfolgt.

2. Die GMK bittet deshalb das Bundesministerium für Gesundheit, die Auswirkungen des Urteils des Europäischen Gerichtshofes vom 29.04.2015 auf die Änderungen der Spenderausschlusskriterien in den bestehenden nationalen Vorschriften darzulegen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 8.2

Länderbeteiligung am Pharma-Dialog

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die GMK beschließt, dass die Gesundheitsministerien der Länder an der Fortsetzung des Pharma-Dialogs der Bundesregierung beteiligt werden sollen, da Investitionen, Arbeitsplätze und auch die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln die Menschen und die Interessen der Länder ganz unmittelbar betreffen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 8.3

„Auswirkungen von Exklusivverträgen nach § 129 SGB V auf die patientenindividuelle Versorgung mit parenteralen Arzneimitteln"

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt ohne Gegenstimme:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder stellen fest, dass das aktuelle Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG, Urteil vom 25. November 2015 – B 3 KR 16/15 R) zum Abschluss von Exklusivverträgen nach § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V dort erhebliche Auswirkungen auf die ambulante Versorgung der Versicherten mit in Apotheken gem. ärztlicher Verschreibung individuell hergestellter Zytostatika und steriler Arzneimittel haben dürfte, wo solche Exklusivverträge geschlossen werden.

Die Exklusivverträge führen zwar kurzfristig zu Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben in der GKV. Zu befürchten ist aber, dass damit eine Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen einhergehen könnte. Da individuell hergestellten Zytostatika in der Regel kurzfristig zubereitet werden müssen, deren Haltbarkeit gering ist und in Notfallsituationen Eile geboten ist, ist der Erhalt einer flächendeckenden Versorgung erforderlich. Die europaweit harmonisierten Anforderungen an die Herstellung von Zytostatika und sterilen Arzneimitteln erfordern hohe Investitionen für

Räume, Geräte und Personal. Solche Investitionen tätigen Apotheken nur, wenn diese sich rechnen. Dazu sind verlässliche Versorgungsmöglichkeiten erforderlich.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten daher die Bundesregierung um eine Überprüfung, ob solche Exklusivverträge die bewährte, flächendeckende, qualitativ hochwertige und zugleich flexible, zeit- und ortsnahe Versorgung mit individuellen Zytostatikazubereitungen gefährden und ob daher zur Begrenzung der erheblichen Ausgabensteigerungen bei parenteralen Zubereitungen andere Instrumente als Exklusivverträge nach § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V gesetzlich geregelt werden müssen. Ziel muss sein, dass eine qualitätsgerechte und patientennahe ambulante Versorgung der Versicherten mit individuell hergestellten sterilen Arzneimitteln in der Fläche erhalten bleibt.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.1

Strategie zum weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur unter Beteiligung der Länder im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder danken der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen (BLAG) für die Erstellung einer „Strategie zum weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur unter Beteiligung der Länder im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens".

1. Die GMK nimmt die Strategie zustimmend zur Kenntnis und verständigt sich auf folgende Umsetzungsschritte:

   a) Ausgangspunkt ist das E-Health-Gesetz, mit dem die Telematikinfrastruktur nach Jahren des Stillstandes aufgebaut werden soll. Die Forderungen der Länder wurden fast vollständig umgesetzt. Sein Erfolg ist stark abhängig von der Einhaltung der Fristen, die der Selbstverwaltung gesetzt werden. Schon jetzt können die Länder über Projekte oder die Selbstverwaltung (SV) in den Ländern entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung der Telematikinfrastruktur und vor allem der Anwendungen nehmen. Genannt seien hier beispielhaft

- die Arzneimitteltherapiesicherheit. Derzeit finden Abstimmungsgespräche mit allen AMTS-Projekten bundesweit statt mit dem Ziel eines einheitlichen Vorgehens.
- die Telemedizin. Die UAG Telemedizin der BLAG wird dem Bewertungsausschuss bzw. G-BA praxisnah Anwendungsfelder vorschlagen.
- der elektronische Arztbrief, der maßgeblich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt wird.
- der elektronische Heilberufsausweis, der durch die Kammern herausgegeben wird.
- der Notfalldatensatz, der derzeit in den Ländern erprobt wird.
- die Elektronische Fallakte, die nicht ohne die Krankenhausgesellschaften auf Landesebene in die Fläche gebracht werden kann.
- die Testregionen.
- das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) als Kernstück der Sicherheitsinfrastruktur, das auf der Grundlage eines Staatsvertrages der Länder aufgebaut werden soll.

Strategisch kommt es entscheidend darauf an, in den Ländern Projekte durchzuführen und/oder über die Selbstverwaltung zu initiieren und implementieren, die geeignet sind, nutzerorientierte Telematikanwendungen in die Fläche zu bringen.

Um diese Projekte erfolgreich umsetzen zu können, müssen bestehende Netze, wie das sichere Netz der KVen (SNK), möglichst in ihrer Gesamtheit und mit allen enthaltenen Diensten in eine künftige Telematikinfrastruktur migrierbar sein. Doppelte Kosten für die nutzenden Arztpraxen und Krankenhäuser, zum einen durch die bisherige Beteiligung an den bestehenden Netzen und zum anderen zur Anbindung an die künftige Telematikinfrastruktur, sind für die Leistungserbringer grundsätzlich zu vermeiden. Die Länder werden sich hierbei intensiv abstimmen, um vorhandenes Potential gemeinsam zu nutzen, Parallelstrukturen zu vermeiden und gemeinsam mehr E-Health-Anwendungen in die Regelversorgung zu bekommen.

Bestehende rechtliche Hürden oder Fehlanreize insbesondere bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Gesundheits- und Pflegeberufe sind zu identifizieren und auf ihren Abbau hinzuwirken.

b) Die Diskussionen um die Einführung von Telematikanwendungen werden immer noch zu technikzentriert geführt. Die Telematikinfrastruktur ist bei aller Komplexität ein rein technisches Werkzeug. Ziel ist die Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsprozesse. Vor allem aber sind die Nutzerin und der Nutzer von Beginn an in den Fokus der Entwicklung zu stellen. Die Länder werden sich deshalb auf Kriterien für die Einführung nutzerorientierter Anwendungen (beispielsweise Datenschutz und Datensicherheit, Interoperabilität und Standardisierung, Gebrauchstauglichkeit und Nutzen, Berücksichtigung vorhandener Infrastrukturkomponenten usw.) verständigen, die als verbindlich für die Förderung und Unterstützung von Projekten erklärt werden.

c) Die Länder beteiligen sich auf dieser Grundlage aktiv am Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses, wie dies auch nach dem E-Health-Gesetz vorgesehen ist.

d) Die Länder sind im Beirat der Gematik mit vier Sitzen vertreten und damit stärkste „Fraktion". Sie stellen derzeit auch den Sprecher. Das E-Health-Gesetz stärkt deutlich Aufgaben und Funktion des Beirats. Die Länder nutzen dieses Mandat, um ihre Interessen beim Aufbau der Telematikinfrastruktur zu vertreten.

e) Obwohl die Zusammenarbeit zwischen BMG und den Ländern auf Arbeitsebene in der BLAG Telematik im Gesundheitswesen sehr konstruktiv ist (s. Ausführungen zum E-Health-Gesetz) bedarf es einer intensiveren Abstimmung darüber hinaus. Zusätzlich zu den regelmäßigen Arbeitstreffen der BLAG Telematik wird ein jährliches Strategiegespräch zwischen Bund und Ländern auf politischer Ebene vorgeschlagen. Die BLAG wird um Vorbereitung dieses Gesprächs gebeten.

2. Die GMK bittet das BMG, die in der vorgelegten Strategie als notwendig definierten Maßnahmen aufzugreifen und sich gegenüber den relevanten Akteuren des Gesundheitswesens für eine Umsetzung einzusetzen. Dies betrifft insbesondere die Maßnahmen

   - zur Verbesserung der Vergütungsfähigkeit der Anwendungen der Telemedizin, u. a. differenzierte methodische Mindestanforderungen für die Bewertung der Vergütungsfähigkeit,

- zur Erhöhung des Know-hows in der Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen zu Anwendungen der Telematik und Telemedizin (u. a. Entwicklung eines modularen nationalen Lernzielkatalogs für das Thema eHealth und Spezifizierung für einzelne Berufsgruppen),
- Maßnahmen für die Verbesserung der Sicherheit und Transparenz von Gesundheits-Apps.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.2

Brückenpraxen - Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit begrüßen den mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verfolgten Ansatz, den von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu organisierenden Notdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit vertreten die Auffassung, dass es für eine zukünftige flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten sinnvoll ist, die länderspezifischen Möglichkeiten einer solchen Kooperation und organisatorischen Verknüpfung, wie sie jetzt mit der Etablierung von Notdienstpraxen bzw. der Einbindung von Notfallambulanzen in den Bereitschaftsdienst nach § 75 1b SGB V vorgesehen sind – in Abhängigkeit von der Versorgungssituation vor Ort – weiterzuentwickeln, um eine echte sektorenübergreifende Zusammenarbeit, und damit eine Verbindung im Sinne einer Brückenpraxis zwischen Ambulant und Stationär, zu ermöglichen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.3

Migrationshintergrund – Indikatoren und Monitoring

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die GMK nimmt den Bericht der AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (GPRS) der AOLG zustimmend zur Kenntnis.

Das Vorsitzland wird gebeten, die Integrationsministerkonferenz wie folgt über den Umsetzungsstand und die Möglichkeit der Bereitstellung der vorhandenen Daten zum Migrationshintergrund zu informieren:
„Grundsätzlich wird von allen Ländern die Relevanz von über die Ländergrenzen vergleichbar erhobenen Indikatoren im Rahmen der migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung und mit Blick auf das Integrationsmonitoring der Länder gesehen. Die Erhebung der Merkmale für die einheitliche Definition des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen kann jedoch bisher aus unterschiedlichen Gründen nicht in allen Ländern umgesetzt werden.
Die vorhandenen Daten zur Inanspruchnahme der U8 stratifiziert nach Migrationshintergrund (Indikator 7.5a des Indikatorensatzes der Länder) können bei den obersten Landesgesundheitsbehörden über die für das Integrationsmonitoring zuständigen Stellen abgerufen werden."

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.4

Bewältigung von Krisensituationen: Umgang mit dem Thema „Sterben, Tod und Trauer" im Schulunterricht

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt mehrheitlich:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit begrüßen die in der Vergangenheit auch mit Unterstützung des Bundes initiierten Projekte an Schulen, die sich mit dem Thema „Umgang mit Sterben, Tod und Trauer" befassen.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit setzen sich für eine möglichst flächendeckende Umsetzung der aus den Projekten gewonnenen Erfahrungen ein. Das Grundschulprojekt „Hospiz macht Schule" und das Konzept für Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 9 bis 13 „Umgang mit Sterben, Tod und Trauer" zeigen Möglichkeiten auf, wie Kinder und Jugendliche zu einem angstfreieren Umgang mit Tod und Trauer finden können.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit betonen, dass Initiativen und Projekte, die das Wissen in der Bevölkerung auch in jungen Lebensjahren über das noch weitgehend tabuisierte Thema „Sterben und Tod" verbessern, einen wichtigen Beitrag zu einer öffentlichen Kultur des Sterbens leisten.

4. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit bitten die für Schule und Bildung zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren, die Schulen zur Diskussion des Themas „Sterben und Tod“ im Unterricht ausdrücklich zu ermutigen. Die Schulen können auf die bewährten Projekte zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer für die Grundschule sowie für die weiterführende Schule zurückgreifen. Die örtlichen Hospizvereine haben es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, die Schulen bei der Umsetzung der regional möglichen Maßnahmen zu unterstützen.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.5

Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen" – Finanzierung der Stiftung ab 2017

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

1. Die GMK begrüßt die laufenden Gespräche der Bundesregierung mit den bislang beteiligten und potenziell neuen Zustiftern und die dort geäußerte grundsätzlich positive Haltung zu einer Weiterfinanzierung der Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen" nach 2017.

2. Die GMK bittet das BMG, kurzfristig eine verbindliche Weiterfinanzierungszusage der Pharmaindustrie und des Deutschen Roten Kreuzes zu erwirken sowie die eigene Fortführung der Finanzierung verbindlich zu bestätigen oder zu versichern, dass das BMG bei Nichteinhaltung diese Finanzierungszusagen von Industrie und des Deutschen Roten Kreuzes diese Anteile übernimmt.

3. Nach Umsetzung des Pkt. 2 erachtet die GMK die Voraussetzungen als gegeben, den von Bund und Ländern, dem Deutschen Roten Kreuz und Pharmaunternehmen getragenen Prozess weiterhin bis zur bisherigen Höhe des Länderanteils zu fördern.

4. Der Beschluss steht unter dem Vorbehalt einer Zustimmung durch die Finanzministerkonferenz. Das GMK-Vorsitzland wird gebeten, nach Umsetzung des Pkt. 2, die hierzu erforderliche Abstimmung in die Wege zu leiten.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatoreninnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.6

Krankenversicherung von in der Ausbildungsförderung (BAföG) leistungsberechtigten Ausländern mit Aufenthaltstiteln gemäß § 8 Abs. 2 und Abs. 2a BAföG

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten die Bundesregierung zu prüfen, ob es einer zusätzlichen gesetzlichen Grundlage bedarf, damit für Geduldete und bestimmte Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis in der Ausbildungsförderung mit Anspruch auf Leistungen nach § 8 Abs. 2 und Abs. 2a Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) eine Absicherung im Krankheitsfall gewährleistet ist.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 10.7

GMK Schwerpunktthema 2017

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die GMK bittet die AOLG das Thema „Patientenorientierte, gesundheitliche Versorgung älterer Menschen" für die 90. GMK zu bearbeiten. Dabei sollen Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung entwickelt werden. Die Perspektive älterer Menschen soll dabei im Mittelpunkt stehen und die Möglichkeiten einer verstärkten Patientenbeteiligung ausgelotet werden.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 11.1

Novellierung § 118 a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen - GIA)

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt mehrheitlich:

Die GMK bittet das Bundesministerium für Gesundheit, eine Novellierung von § 118 a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen-GIA) zu initiieren, so dass geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie geriatrische Rehabilitationseinrichtungen geriatrische Patientinnen und Patienten auf Überweisung eines Vertragsarztes diagnostizieren und therapieren können.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 11.2

Gesetzliche Regelung zur Aufbewahrung von Patientenakten

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die GMK sieht aktuellen Handlungsbedarf bei dem Umgang mit Patientenakten geschlossener, insbesondere insolventer Einrichtungen, wie z. B. Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen, die Patientenakten verwalten und bittet die Bundesregierung, umgehend eine Gesetzesinitiative, z.B. zum Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in die Wege zu leiten, damit das Recht der Patientinnen und Patienten auf Akteneinsichtnahme gemäß § 630g BGB gesichert ist.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 12.1

Gesundheitliche Auswirkungen von Bahnlärm

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Gesundheitsministerkonferenz betrachtet weiterhin und verweisend auf ihren Beschluss zur 85.GMK vom Juni 2012 in Saarbrücken die Belastung von Anwohnerinnen und Anwohnern an Schienenstrecken durch Bahnlärm mit Sorge. Die GMK ist der Auffassung, dass der Lärmschutz an Schienenstrecken deutlich zu verbessern ist. Insbesondere ein gesunder Nachtschlaf muss gewährleistet sein. Weitere rechtliche und konzeptionelle Voraussetzungen für die Vermeidung von Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Lärm als Folge des Bahnverkehrs müssen geschaffen werden.

Nach neueren Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen beeinträchtigt Bahnlärm die Gesundheit der Menschen grundsätzlich in ähnlicher Weise wie andere Verkehrslärmquellen. Im Vordergrund der Lärmwirkungen stehen sowohl kurzzeitige als auch langfristige kardiovaskuläre Effekte. Hierbei ist insbesondere die Beeinträchtigung des Schlafs von Bedeutung. Eine diesbezüglich engere Korrelation zu Maximalschallpegeln im Vergleich zu Mittelungspegeln wird beobachtet. Auch gibt es Hinweise auf den Einfluss von langfristig einwirkendem Bahnlärm auf die kognitive und psychomotorische Leistungsfähigkeit.

Angesichts der hohen Anzahl von Anwohnerinnen und Anwohnern an bestehenden Schienenstrecken, der allgemein prospektierten Zunahme des nächtlichen schienengebundenen Güterverkehrs und der nur schleppenden Verbesserung des Schallschutzes an der Quelle, weist die Gesundheitsministerkonferenz auf ihren Beschluss vom Juni 2012 in Saarbrücken (85. GMK TOP 10.1) hin und bittet darüber hinaus die Bundesregierung,

- in rechtlichen Regelungen den Rechtsanspruch auf Lärmschutz für Anwohnerinnen und Anwohner an Bestandsstrecken festzulegen.

- Kriterien für die Festlegung von Maximalpegeln und deren Häufigkeiten für Zugvorbeifahrten insbesondere für die Nachtzeit zu entwickeln und auf dieser Basis eine begrenzende Regelung zu fassen.

- ein Konzept zur verkehrsträgerübergreifenden Beurteilung des Verkehrslärms zu entwickeln und verpflichtend vorzugeben.

- die Auslösewerte für die Lärmsanierung an die Immissionsgrenzwerte der 16. Verordnung zum Bundes-Immissionsschutzgesetz anzupassen. Hierbei sollten bei der Neufassung von Immissionsschutzgrenzwerten und der Neufestsetzung von Auslösewerten für die Lärmsanierung die neueren Erkenntnisse der Lärmwirkungsforschung sowie die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (Night noise guidelines for Europe) berücksichtigt werden.

- dass Mittel des Bundes zur Reduzierung des Bahnverkehrslärms an der Quelle bereitgestellt werden.

- die Einrichtung eines unabhängigen Lärmmonitoringsystems von Bahnlärm, das nach einheitlichen Kriterien betrieben wird, zu etablieren.

- den Schutz der Anwohnerinnen und Anwohner an Schienenstrecken vor gleisnah auftretenden Erschütterungswirkungen zu verbessern.

- über ihre Bemühungen zur Erzielung eines ausreichenden Gesundheitsschutzes für Anwohnerinnen und Anwohnern von Bahnstrecken zu berichten, insbesondere zu folgenden Punkten:
    a. Stand der Entwicklung von Kriterien zur Festlegung von Maximalpegeln und deren Häufigkeiten nachts.
    b. Stand der Entwicklung von Kriterien zur Begründung eines Rechtanspruches auf Lärmschutz an Bestandsstrecken.
    c. Geplante Maßnahmen des Bundes zur Reduzierung des Schienenverkehrslärms an der Quelle (z. B. Bereitstellung von finanziellen Mitteln).
    d. Zeitraum für die Umsetzung von Maßnahmen.

Die Gesundheitsministerkonferenz begrüßt die Beschlüsse vorangegangener Umweltministerkonferenzen im Zusammenhang mit Bahnlärm (81. UMK (TOP 15), 82. UMK (TOP 13), 83. UMK (TOP 23/24), 84. UMK (TOP 20-23) und unterstützt aus gesundheitlicher Sicht die Forderungen der Umweltministerkonferenzen zur Verbesserung des Lärmschutzes an Bahnverkehrswegen.

Die Gesundheitsministerkonferenz leitet den Beschluss der Verkehrsministerkonferenz mit der Bitte zu, sich auf dieser Grundlage für einen besseren Lärmschutz einzusetzen. Sie gibt den Beschluss der Umweltministerkonferenz und der Raumordnungsministerkonferenz zur Kenntnis.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 13.1

Stärkung der Patientensicherheit auf europäischer Ebene

Die Gesundheitsministerkonferenz beschließt einstimmig:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder unterstützen grundsätzlich das im Arbeitsprogramm 2016 der Europäischen Kommission formulierte Anliegen, sich auf große Fragen mit erkennbarem Mehrwert eines gemeinsamen Tätigwerdens auf EU-Ebene zu konzentrieren. Sie haben allerdings mit Verwunderung zur Kenntnis genommen, dass im Arbeitsprogramm 2016 nicht wie vorgesehen das Thema Patientensicherheit Berücksichtigung findet. Sie sehen dies mit Sorge, da es neben den Anstrengungen auf Ebene der Mitgliedstaaten auch relevante Aspekte des Themas gibt, die weiterhin auf europäischer Ebene behandelt werden sollten.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder sehen die Schaffung eines geeigneten Rahmens für eine nachhaltige Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Patientensicherheit auf EU-Ebene seitens der EU-Kommission als erforderlich an. Als unverzichtbaren Eckpfeiler einer solchen Strategie empfehlen sie die Fortführung und dauerhafte Etablierung des Netzwerkes „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care“ (PaSQ) sowie die weitere Zusammenarbeit auf der Ebene der EU-Arbeitsgruppe „Patient Safety and Quality of Care Expert Group“ (PSQCEG).

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten das Bundesministerium für Gesundheit, sich gegenüber der EU-Kommission aktiv für die Umsetzung dieser Maßnahmen einzusetzen. Zugleich bitten Sie das Vorsitzland, bei dem für Gesundheit zuständigen EU-Kommissar auf eine grundsätzliche Fortsetzung und Weiterentwicklung der Aktivitäten auf Europäischer Ebene im Bereich der Patientensicherheit im Sinne dieses Beschlusses hinzuwirken.

89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29. und 30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde

TOP 14.1

Termine

90. Gesundheitsministerkonferenz 2017 in Bremen

- Gesundheitsministerkonferenz: 21./22.06.2017 in Bremen
- Amtschefkonferenz: 26./27.04.2017 in Bremen
- AOLG: 08./09.03.2017 in Bremen
  und
  08./09.11.2017 in Bremen