Beschlussfassung

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Bremen, 29.07.2011
Bearbeitet von: Wolfgang Wilhelm
Tel.: 361 - 9549

Lfd. Nr. L-5-18

Vorlage
für die Sitzung
der staatlichen Deputation
für Gesundheit
am
23.08.2011

Beschlüsse der 84. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) am 29. und 30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

A. Problem

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder haben sich auf ihrer 84. Konferenz am 29. und 30. Juni 2011 in Frankfurt am Main mit zahlreichen gesundheitspolitischen Fragen befasst.

B. Lösung

Als Ergebnis der Konferenz sind eine Reihe von Beschlüssen gefasst worden, von denen einige Beschlüsse auf einer Initiative Bremens beruhen. Die zu den einzelnen Tagesordnungspunkten gefassten Beschlüsse sind als Anlagen beigefügt. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die Beschlusstexte der 84. GMK im Internet unter www.gmkonline.de in der Rubrik „Beschlüsse der 84. GMK (2011)“ abrufbar sind.

C. Beschluss

Die staatliche Deputation für Gesundheit nimmt die Beschlüsse der 84. GMK zur Kenntnis.

Anlage: GMK-Beschlüsse

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30 Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 1

Genehmigung der Tagesordnung

Antragsteller: Vorsitzland

Beschluss:

Die Tagesordnung für die 84. Gesundheitsministerkonferenz am 29. und 30. Juni 2011 in Frankfurt am Main wird in vorliegender Fassung beschlossen.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30 Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 2

Genehmigung des Protokolls der 83. Gesundheitsministerkonferenz

Antragsteller: Vorsitzland

Beschluss:

Das Ergebnisprotokoll über die 83. Gesundheitsministerkonferenz vom 1. Juli 2010 in Hannover wird genehmigt.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30 Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 3

Berichte

Antragsteller: Vorsitzland

Beschluss:

Die GMK nimmt die Berichte des GMK-Vorsitzenden, des Bundesministers für Gesundheit und des Patientenbeauftragten der Bundesregierung zur Kenntnis.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 4

Grüne Liste

Antragsteller: Vorsitzland

Beschluss:

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

3.	Berichte	
5.2	Geplante Änderung des Luftverkehrsgesetzes (§ 25), Auswirkungen auf Hubschrauberlandeflächen an Krankenhäusern *ACK TOP 5.6*	Hamburg, Baden-Württemberg
5.6	Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau *ACK TOP 5.11*	Berlin
6.1	Illegaler Arzneimittelvertrieb und Fälschungen *ACK TOP 6.1*	Hessen, Baden-Württemberg
6.4	Bericht der offenen Arbeitsgruppe der AOLG zur Frage der Finanzierungsmöglichkeiten der Giftinformationszentralen (GIZ) *ACK TOP 6.5*	Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt
8.2	Periodische Nationale Impfkonferenz unter Schirmherrschaft der GMK *ACK TOP 8.2*	Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz
10.1	Forschungsauftrag „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“ *ACK TOP 9.1*	Hessen
11.1	Pflanzenschutzrechtlich nicht relevante Metaboliten im Grundwasser *ACK TOP 10.1*	Berlin
11.2	Bericht zur Überwachung mobiler elektroakustischer Beschallungsanlagen *ACK TOP 10.2*	Berlin

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.1

Rettungsdienst als Leistungssegment im SGB V

Antragsteller: Baden-Württemberg

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen den Bericht der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) über das Ergebnis der Prüfung der Sach- und Rechtslage zur Regelung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Kenntnis und danken der länderoffenen Arbeitsgruppe unter Federführung von Baden-Württemberg für die geleistete Arbeit.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten das zuständige Bundesministerium für Gesundheit, auf der Basis der Vorschläge der AOLG eine Veränderung und Ergänzung der Regelungen im SGB V herbeizuführen.

Begründung:

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat auf ihrer 83. Sitzung einstimmig festgestellt, dass sich der Rettungsdienst zu einem eigenständigen, präklinischen Leistungssegment in der Gesundheitsversorgung entwickelt hat und die AOLG gebeten, dieser Entwicklung folgend die Sach- und Rechtslage zu prüfen und bis zur 84. Sitzung der GMK einen entsprechenden Bericht vorzulegen. Der Bericht und Regelungsvorschlag der AOLG zeigen auf, dass gesetzgeberischer Handlungsbedarf für die Schaffung einer Rechtsgrundlage besteht, die eine Abrechnung des Rettungsdienstes als eigenes Leistungssegment ermöglicht und der seit Jahren fortgeschrittenen Entwicklung der vorklinischen Versorgungsleistung und insbesondere der Notfallmedizin Rechnung trägt.

Der Regelungsvorschlag sieht eine eigene Rechtsgrundlage für die Leistungen des Rettungsdienstes vor. Die Verknüpfung für die Übernahme der Kosten in § 60 Abs. 1 SGB V mit einer weiteren Leistung der Krankenkassen wird aufgehoben. Dadurch werden Unwirtschaftlichkeitspotenziale beseitigt. Über den Auftrag der GMK hinaus sieht der Berichtsentwurf die Möglichkeit vor, durch Landesrecht eine einheitliche Vermittlung von vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst zu bestimmen. Die Neuregelungen führen zu keiner Ausweitung der jetzigen Leistungsansprüche der Versicherten.

Die Länder sind sich einig, im Wege einer Bundesratsinitiative die notwendige Gesetzesänderung für eine Regelung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im SGB V entsprechend dem Regelungsentwurf anzustoßen, sollte das zuständige Bundesministerium für Gesundheit nicht zeitnah dem Anliegen der Länder Rechnung tragen.

Votum: 14 : 2 (NW, HH) : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

29. und 30. Juni in Frankfurt am Main

TOP 5.10

Sicherstellung der medizinischen Versorgung – Umsetzung der Eckpunkte

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder begrüßen, dass dem Beschluss der Sonder-GMK vom 6. April 2011 entsprochen und kurzfristig der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vorgelegt worden ist.

   Besonders hervorzuheben sind dabei:

   - die Flexibilisierung der Bedarfsplanung mit regionalen Abweichungsmöglichkeiten,
   - die Beteiligungsrechte der Länder im G-BA und in den Landesausschüssen,
   - der Einführung eines Landesbevollmächtigten der Kassenarten mit Vertragsabschlusskompetenz,
   - die Berücksichtigung sektorenübergreifender Aspekte wie die Möglichkeit, ein sektorenübergreifendes Gremium auf Landesebene zu errichten, das Empfehlungscharakter haben soll,
   - der Auftrag an den G-BA, insbesondere bei der Entwicklung der Verhältniszahlen die Demografie zu berücksichtigen, während der Aspekt der Morbidität bei der Bedarfsplanung auf regionaler Ebene Berücksichtigung finden kann,
   - die Möglichkeiten zur Umverteilung von Arztsitzen und erleichterte Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
   - die Unterstützung neuer Kooperationsformen und mobiler Praxisausübung sowie die Lockerung der Residenzpflicht.

2. Der Referentenentwurf setzt weitgehend die Eckpunkte um, die in der „Kommission zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland“ zwischen Bund und Ländern konsentiert worden sind.

   Für die vereinbarten Maßnahmen zur Sicherung der zukünftigen Versorgung gilt dies jedoch nur mit Einschränkungen. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder erwarten, dass die Umsetzung der Eckpunkte zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung zeitgleich mit dem Versorgungsgesetz erfolgt. Gerade Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung wie auch

Veränderungen in der ApprOÄ, die u.a. darauf zielen, hausärztliches Wissen gegenüber fachärztlichem Spezialwissen zu stärken, sind elementar, damit eine Antwort auf demographisch bedingte Veränderungen des Versorgungsbedarfs gegeben werden kann. Es bestand Konsens, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Außerdem sollen die Zugangsvoraussetzungen für das Medizinstudium neu geregelt werden. Ferner fehlt entgegen Punkt 9 des Kommissionsergebnisses bei der Zulassung eine größere Differenzierung als die heutige Voll- oder Teilzulassung (50%).

3. Einige der vorgeschlagenen Regelungen könnten die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der Versorgungssteuerung einschränken und hätten von daher vom Bundesministerium für Gesundheit bereits in die Beratungen der Kommission eingebracht und auch konsentiert werden sollen. Dazu zählt die Regelung, dass sich Kassenärztliche Vereinigungen zukünftig für den Bereich mehrerer Länder vereinigen dürfen, wenn auch mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Im Hinblick auf die Versorgungssteuerung ist auch die Möglichkeit für Krankenkassen, in ihren Satzungen auch Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer vorsehen zu können, problematisch.

4. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen zur Kenntnis, dass der Referentenentwurf über die Eckpunkte hinaus weitere Themenfelder verändernd regelt. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Diskussions- und Klärungsbedarfe:

    a. Besonders stark greifen die Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V in die Länderkompetenzen ein. Vor allem die Befreiung dieser Leistungen von jeglicher Mengensteuerung und Bedarfsplanung konterkariert die Bemühungen, durch Errichtung eines sektorübergreifenden Gremiums zur Versorgungsplanung die Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Die vorgesehenen Regelungen gehen zu Lasten der allgemeinen Grundversorgung und sind damit vor dem Hintergrund des ursprünglichen Ziels der Gesundheitsministerkonferenz, vor allem die hausärztliche Versorgung attraktiver zu gestalten, kontraproduktiv. Die Regelung ist in der vorliegenden Form für die Länder nicht sinnvoll umsetzbar und mit erheblichen Kostenrisiken für die Krankenkassen verbunden.
    b. Die Elemente der Regionalisierung im Versorgungsgesetz werden begrüßt. Andererseits ermöglicht insbesondere § 87 b Abs. 4 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), über Richtlinien bundeseinheitliche Vorgaben zu machen. An dieser Stelle sollte die Kompetenz für die KBV mehr Kontur erhalten und ein regionales Abweichungsrecht vorgesehen werden, damit diese nicht über Richtlinien den regionalen Spielraum zu sehr einengen kann.
    c. Hinsichtlich der Möglichkeit für die Krankenkassen, über Satzungsleistungen insbesondere die Tätigkeit nicht zugelassener Leistungserbringer zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten, wird zu bedenken gegeben, dass dies zu Wertungswidersprüchen zum ersten zu den hohen Qualitätsstandards und den Restriktionen führt, für die die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einzustehen bzw. die sie zu akzeptieren haben, sowie zum zweiten zu den Wahltarifen nach § 53 SGB V. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass dies steigende Kosten nach sich ziehen könnte.

d. In das Versorgungsgesetz soll ein Entwicklungsauftrag aufgenommen werden, um die Krankheitslast der Bevölkerung künftig adäquat abzubilden, um damit die Datengrundlage für die Bedarfsplanung und die Versorgungsforschung zu verbessern.

Begründung:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit haben mit Beschluss vom 6. April 2011 die Einigung von Bund und Ländern im Rahmen der „Kommission zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland“ begrüßt und den Bund zur unverzüglichen Umsetzung dieser Eckpunkte aufgefordert. Dies ist mit der Vorlage des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend erfolgt. Der Referentenentwurf enthält außerdem Regelungen, die über die konsentierten Eckpunkte hinausgehen.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollerklärung der Länder Hessen, Bayern, Schleswig-Holstein:
Punkt 4 d) dieses Beschlusses trifft keine Vorwegfestlegung zum Morbi-RSA.

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.2

Geplante Änderung des Luftverkehrsgesetzes (§ 25), Auswirkungen auf Hubschrauberlandeflächen an Krankenhäusern

Antragsteller: Hamburg, Baden-Württemberg

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Ministern, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder lehnen die geplante Änderung von § 25 Luftverkehrsgesetz ab. Sie bitten die Bundesregierung, die vorgesehenen Änderungen des § 25 des Luftverkehrsgesetzes nicht umzusetzen.

Begründung:

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) hat einen Referentenentwurf für ein 14. Änderungsgesetz zum Luftverkehrsgesetz vorgelegt.

Im deutschen Luftverkehrsrecht gilt gem. § 25 Abs.1 S.1 i.V.m. § 6 ff. LuftVG grundsätzlich der Flugplatzzwang. Dies bedeutet, dass an Orten, an denen regelmäßig und fortgesetzt Flugbetrieb stattfindet, luftverkehrsrechtlich genehmigte Flugplätze vorhanden sein müssen. Hierdurch soll zum einen die öffentliche Sicherheit und Ordnung gewahrt, zum anderen aber auch der Schutz des Luftfahrzeugs und seiner Insassen sichergestellt werden. Diesen Grundsatz unterstützen die Regelungen von JAR-OPS 3 (Gewerbsmäßige Beförderung von Personen und Sachen in Hubschraubern). Diese Rechtsvorschrift ist grundsätzlich von allen Betreibern im deutschen Luftrettungsdienst zu beachten.

Für die Krankenhäuser bedeutend ist die vorgesehene Ergänzung von § 25 Abs. 2 LuftVG (Art. 1 Nr. 4 des Gesetzentwurfes).

Danach soll klar gestellt werden, dass ein Einzelfall im Sinne von Nummer 2 nicht vorliegt bei regelmäßigen Starts und Landungen am gleichen Ort, insbesondere an oder auf Krankenhäusern. In der Begründung wird vom BMVBS dargestellt, dass von einer solchen Regelmäßigkeit gemäß der „Gemeinsamen Grundsätze des Bundes und der Länder für die Erteilung von Allgemeinerlaubnissen für den Einsatz von Hubschraubern“ dann auszugehen ist, wenn im monatlichen Durchschnitt mehr als vier Starts oder Landungen durchgeführt werden.
Dabei steht die Verkehrssicherheit, die Umweltverträglichkeit, der Lärm- und Nachbarschutz im Vordergrund.
Hintergrund der Ergänzung von § 25 Abs. 2 LuftVG dürfte die bundesweite Umsetzung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Genehmigung der Anlage und des Betriebes von Hubschrauberflugplätzen (AVV) sein, die bisher nur auf nach § 6 LuftVG genehmigte Hubschrauberlandeplätze anzuwenden war.

Mit der Ergänzung von § 25 Abs.2 LuftVG würden auch ein Großteil der Krankenhäuser in Deutschland einer Genehmigung nach § 6 LuftVG unter Anwendung der AVV bedürfen, wenn im Monatsdurchschnitt mehr als 4 Flugbewegungen (Starts oder Landungen) stattfinden (regelmäßiger Flugbetrieb).

Es ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl der Krankenhäuser die Voraussetzungen nach § 6 LuftVG nicht erfüllen werden.
Der Kostenaufwand für eine Nachrüstung lässt sich nur schwer beziffern, da die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten eine Rolle spielen. Es ist aber davon auszugehen, dass die Kosten ganz erheblich sein werden, denn – neben personellen Anforderungen an einen Flugplatzbetrieb – sind z.B. allein für die Installation einer Feuerlöscheinrichtung auf Dachlandeplätzen ca. 250.000 € zu veranschlagen.
Hinzu kommt der zeitliche und personelle Aufwand bei den zuständigen Genehmigungsbehörden.

Ein weiterer Aspekt wird künftig die Organisation der Notfallversorgung sein, da die Piloten voraussichtlich nur noch an Kliniken mit nach § 6 LuftVG genehmigten Hubschrauberlandeplätzen geplant und regelmäßig landen dürften.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gefahr besteht, dass es zu erheblichen Beeinträchtigungen der luftgebundenen Notfallversorgung kommen kann.

Es könnte nicht mehr regelhaft das nächste geeignete Krankenhaus angeflogen werden. Sinn und Zweck der Luftrettung könnten dann in Frage gestellt werden.

Auswirkungen auf die klinische Notfallversorgung sind zu befürchten:

- Zusätzliche bodengebundene Transporte vom Landeplatz zur Quell- bzw. Zielklinik
- Verlängerung der Transportzeiten, ggf. auch von Organtransporten mit einer Reduzierung des Transplantationsgeschehens
- zusätzliche Umlagerungen der Patienten,
- zusätzliche Kosten,
- Verlängerte zeitliche Bindung von Luft- und bodengebundenen Rettungsmitteln,
- geringere Verfügbarkeit für weitere Notfalleinsätze.

Es ist sicher unstrittig, dass Krankenhäuser der Maximalversorgung mit einer hohen Luftrettungsfrequenz bezüglich einer sicheren Anfliegbarkeit den hohen Standards des § 6 LuftVG genügen müssen. Auch können bei Neubauten von großen Kliniken die besonderen Belange der Luftrettung nach den aktuell gültigen rechtlichen Standards des Luftverkehrsgesetzes Berücksichtigung finden sollten.

Soll der bestehende flächendeckende hohe Versorgungsstandard nicht gefährdet werden, müssen für kleinere nicht wirtschaftlich nachrüstbare Kliniken im Zuge des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens vertretbare Kompromisse gefunden werden. Hierbei sollte u.a. auch darauf hingewirkt werden, dass die Definition für einen regelmäßigen Flugbetrieb verändert wird (4 Starts / Landungen je Monat ist eindeutig zu niedrig).

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass eine kompromisslose Umsetzung des Luftverkehrsgesetzes für alle bestehenden Landeplätze an den derzeit angeflogenen Kliniken mit den derzeit im Rahmen der Krankenhausfinanzierung zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln nicht zu leisten wäre. Daher sollten auch weitreichende zeitliche Übergangsregelungen für den Krankenhausbereich fixiert werden. Es erscheint daher zwingend notwendig, die beabsichtigte Änderung von § 25 Abs. 2 LuftVG nicht wie vorgeschlagen umzusetzen.

Fazit:
Die vorgesehene Änderung des § 25 Abs. 2 LuftVg ist vor dem Hintergrund der geschilderten Situation abzulehnen.

<u>Votum:</u> 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.3

Streichung des 20%-Abzugs bei Honorarbelegärzten

Antragsteller: Hessen

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

Die GMK fordert die Bundesregierung auf, den 20%-Abzug der Vergütung bei Honorarbelegärzten in § 18 Abs. 3 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in zwei Stufen zu streichen.

Begründung:

Die belegärztliche Versorgung ist das klassische Modell einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung, bei der niedergelassene Ärzte ihre Patienten auch stationär im Krankenhaus behandeln.

Die belegärztlichen Leistungen haben ihre Rechtsgrundlage in § 121 SGB V. Nach dessen Abs. 2 sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen oder Mittel voll- oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 18 KHEntgG mit Detailregelungen zur Abrechnung.

Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes wurde durch § 121 Abs. 5 SGB V zum 1. Januar 2009 eine Alternativregelung eingeführt, nämlich die des (Beleg-) Honorararz-

tes. Der Vorteil liegt darin, dass der Arzt eine vertragliche Vereinbarung mit dem Krankenhaus trifft. Die Leistung an sich wird dann über das DRG-System direkt vom Krankenhaus abgerechnet. Der Belegarzt muss sich zwar den Regelungen des Krankenhauses unterwerfen, kann aber wie bisher seine ambulanten Patienten auch stationär versorgen. Im Gegenzug spart er durch die Versicherung über das Krankenhaus die Kosten für die Haftpflichtversicherung für die stationäre Tätigkeit. Angesichts der Tatsache, dass beispielsweise im Bereich der Geburtshilfe die Versicherungsprämien von 2009 nach 2010 um ca. 30 Prozent gestiegen sind (Grund sind höhere Schadensersatzentscheidungen der Gerichte), bietet dieses System in der Theorie eine echte Alternative. Dem Vertragsarzt bleibt aber die freie Wahl, wie er seine stationäre Tätigkeit gestalten möchte.

Allerdings ist die Neuregelung durch eine Änderung der Vergütungsregelung in § 18 Abs. 3 S. 1 KHEntgG ad absurdum geführt worden. Für den Fall der Vereinbarung mit einem niedergelassenen als Honorararzt wird die Vergütung für das Krankenhaus auf 80 % der regulären Fallpauschlale beschränkt.

In den Ländern war lange überhaupt kein Fall bekannt geworden, in dem die Neuregelung angewandt wurde, da es sich für die Krankenhäuser wirtschaftlich nicht rechnet. Gleichzeitig bleibt aber den Belegärzten das Problem mit der Haftpflichtversicherung. Dies führt zunehmend zu Versorgungsengpässen, da keine Belegärzte mehr zu finden sind.

Der Bundesrat hatte von Anfang an Bedenken, ob die Regelung praktikabel sei. Daher wurde die Bundesregierung in der Entschließung vom 13.2.2009 (BR-Drucksache 31/09) aufgefordert, die Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit sowohl nach dem alten Modell als auch nach dem Honorarvertragsmodell spätestens ein Jahr nach Wirksamwerden der Neuregelung auf seine Wirkungen zu überprüfen und gegebenenfalls eine Neuregelung zu initiieren. Die Bundesregierung ist dem bisher nicht gefolgt.

Eine Bundesratsinitiative des Landes Hessen im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) führte zu keinem Ergebnis.

Als Begründung der Nichtberücksichtigung des Antrags nannten Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit bei der AG Krankenhauswesen im Herbst 2010 eine Auskunft seitens des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), wonach entgegen der dem Antrag zugrundeliegenden Einschätzung der Anwendung des Honorarbelegarztmodells eine Fülle von entsprechenden Verträgen geschlossen worden seien.

Eine Rückfrage beim WIdO durch die Hessische Krankenhausgesellschaft ergab, dass die Einschätzung des BMG offensichtlich auf einem Missverständnis beruhte. Im Wege des Honorarbelegarztmodells verzeichnete das WIdO lediglich Fallzahlen, aber keine Vertragsabschlüsse im vierstelligen Bereich. Angesichts von bundesweit im Jahr 2009 allein 17,8 Mio. Behandlungsfällen (Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft) ist das Institut des Belegho-norararztmodells nach wie vor für die Versorgungssituation vollkommen unerheblich und wird nicht gelebt. Die Versorgungsengpässe werden sich so weiter zuspitzen.

Votum: 14 : 0 : 2 (NW, HH)

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.4

Patientenrechtegesetz in Deutschland

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder begrüßen, dass sich die Bundesregierung verstärkt der Patientenrechte annehmen und diese in einem Patientenrechtegesetz bündeln möchte. Eine Stärkung der Versicherten bei ihrem Anliegen, möglichst selbständig Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrnehmen zu können, wird ausdrücklich befürwortet. Mehr Transparenz und Orientierung für Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Gesundheitswesen über Qualität, Leistung und Preis als angestrebte Konsequenz sind sinnvolle Ziele der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung und greifen Initiativen der Länder auf.

2. Am 23. März hat die Bundesregierung das seit langem angekündigte „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ vorgelegt. Die im Papier enthaltene Themenpalette betrifft auch Gesetzgebungs-, Umsetzungs- und Vollzugskompetenzen der Länder. Die Länder sind daher darauf verwiesen, sich in den Prozess der Ausgestaltung der Rechte von Patientinnen und Patienten auf nationaler Ebene einbringen zu können. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fordern die Bundesregierung deshalb auf, eine Bund- Länder- Arbeitsgruppe zu diesem Thema einzuberufen.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder vertreten die Auffassung, dass die Diskussion mit dem Ziel nicht nur der Bündelung vorhandener Rechte, sondern auch ihrer Erweiterung zu führen ist.

Begründung:

Auf Bundes- und auf Landesebene besteht derzeit ein breiter politischer Konsens darüber, die Patientenrechte zu stärken. Die Bündelung der Patientenrechte in einem Bundesgesetz wurde bereits auf der 83. GMK einstimmig begrüßt. Dies geschah im Zusammenhang mit der „Stärkung der Patientensouveränität und der Rechte von Patientinnen und Patienten als Beitrag zur Entwicklung des Patientenschutzes auf europäischer Ebene“ (TOP 12.1). In diesem Beschluss der Länder war auch die Forderung nach frühzeitiger Beteiligung im nationalen Prozess enthalten. Aktionen auf verschiedenen Ebenen münden zuletzt immer wieder in die Feststellung, dass ein konkretes Papier für die Diskussion erforderlich und ein geordnetes Verfahren für den Prozess hilfreich wären (Beispiele: Befassung der 6. VSMK, Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags, Vorstoß der Länder Berlin/Brandenburg im Bundesrat etc.). Bereits im Koalitionsvertrag der Bundesregierung wird angekündigt, dass ein solches Gesetz mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeitet werden soll.
Mittlerweile haben der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Wolfgang Zöller, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Justiz am 23. März 2011 das „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ der Öffentlichkeit vorgelegt.
Im „Grundlagenpapier“ enthalten sind sowohl Ankündigungen, deren Umsetzung Auswirkungen auf die Länder haben werden (z.B. Beteiligung von Patientenvertretern in Gremien auf Landesebene) als auch konkrete Handlungsaufforderungen an die Länder (z.B. Schaffung von Prüfmechanismen zur Überwachung einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung bei praktizierenden Ärzten).
Derzeit existiert noch kein Gremium, das dazu geeignet wäre, den fachlichen Austausch und die Beteiligung der Länder bei der Ausreifung dieses für Patientinnen und Patienten in Deutschland zentralen Gesetzesvorhabens sicherzustellen.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

29. und 30. Juni in Frankfurt am Main

TOP 5.5

Stärkung der Patientenrechte in Deutschland

Antragsteller: A-Länder

Beschlussvorschlag:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder begrüßen, dass die Bundesregierung laut „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ Transparenz über bereits bestehende Rechte der Patientinnen und Patienten herstellen und die Durchsetzung dieser Rechte verbessern will.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder stellen jedoch fest, dass eine Bündelung der Patientenrechte allein nicht ausreicht, um die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte und Stärkung der Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungserbringern sowie Kranken- und Pflegekassen zu bewirken. Sie fordern die Bundesregierung auf, einen Gesetzesentwurf zum Ausbau der Patientenrechte vorzulegen.

3. Eine Stärkung der Patientenrechte ist auch in Feldern vorzusehen, die bisher im Grundlagenpapier unerwähnt bleiben. Dies betrifft insbesondere die Entwicklung von Regelungen zur Schließung von Schutzlücken im Schadensfall, mehr Transparenz und Patientenorientierung bei der Auswahl von Gutachtern, Festlegung von Qualitätsrechten der Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungserbringern, Erleichterung des Zugangs zu medizinischen Leistungen und den Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen („IGeL“).

4. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fordern die Bundesregierung dazu auf, ein eigenständiges Patientenrechtegesetz zu erarbeiten, in dem bestehende und neue Patientenrechte zusammengeführt werden. Die Ausgestaltung des Gesetzes muss dazu geeignet sein, Patientenrechte zu stärken und transparent zu machen, um Patientinnen und Patienten zur Wahrnehmung ihrer Interessen zu befähigen. Ein Artikelgesetz ausschließlich zur Änderung bestehender Gesetze reicht dazu nicht aus.

Begründung zu Punkt 1 des Beschlussvorschlags:

Auf Bundes- und auf Landesebene besteht derzeit ein breiter politischer Konsens darüber, die Patientenrechte zu stärken. Die Bündelung der Patientenrechte in einem Bundesgesetz wurde bereits auf der 83. GMK einstimmig im Zusammenhang mit der „Stärkung der Patientensouveränität und der Rechte von Patientinnen und Patienten als Beitrag zur Entwicklung des Patientenschutzes auf europäischer Ebene“ (TOP 12.1) begrüßt. Die ACK zur 84. GMK am 3./4.5.2011 verabschiedete darüber hinaus unter TOP 5.8 einstimmig einen weiteren Beschlussvorschlag für die GMK, der die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe sowie die Erweiterung vorhandener Patientenrechte fordert.

Begründung zu Punkt 2 des Beschlussvorschlags:

Die Verfasser schreiben in Ihrem Grundlagenpapier, dass sie das Arzt-Patientenverhältnis auf eine gesetzliche Grundlage stellen, bestehende Vollzugsdefizite abbauen und die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer machen wollen. Eine Stärkung der Patientenrechte ist hingegen nur gegenüber den Kranken- und Pflegekassen vorgesehen, von einer Stärkung der Rechte gegenüber den Leistungserbringern ist jedoch nicht die Rede. Eine echte Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten ist erst dann zu erwarten, wenn über die im Grundlagenpapier benannten Punkte hinaus materielle Regelungen geschaffen werden. So führt die Implementierung des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch nicht zwangsläufig zu einer befriedigenden Verbesserung der Lage der Patientinnen und Patienten. Dazu müssten beispielsweise auch Regelungen über die Qualifikation des Aufklärenden, Dokumentation der Aufklärung – auch über Behandlungsalternativen, Verständlichkeit der Aufklärung, Revisionssicherheit der Dokumentation und die Qualität der zur Verfügung gestellten Patienteninformationen als Pflichten und Rechte aus dem Behandlungsvertrag geschaffen werden. Zusätzlich sollte klar definiert werden, was ein „grober“ und was ein „einfacher“ Behandlungsfehler ist.

Begründung zu Punkt 3 des Beschlussvorschlags:

Wesentliche Themenfelder, die sich während der Diskussion und in den Anhörungen zu einem Patientenrechtegesetz als besonders verbesserungsbedürftig für Patientinnen und Patienten herauskristallisiert haben, bleiben in dem Grundlagenpapier gänzlich unbeachtet. Eine nachhaltige Stärkung der Patienteninteressen kann aber nur erreicht werden, wenn diese Felder bei der Ausgestaltung des Gesetzes nicht ausgeklammert bleiben. Dazu gehören insbesondere die folgenden Themenfelder:

Schutzlücken im Schadensfall:
Bei Schadensfällen entstehen immer wieder Schutzlücken, die es zu schließen gilt. Dies betrifft Fälle, in denen schwere Schäden entstanden sind, ein Behandlungsfehler zwar nachweisbar ist, die Kausalität jedoch nicht nachgewiesen werden kann. Ebenso sind Patientinnen und Patienten häufig auf finanzielle Unterstützung im Rahmen langwieriger Prozesse zur endgültigen Klärung der Sachlage angewiesen. Ein Härtefallfonds, mit dem Ziel unbürokratischer und schneller Hilfe, wäre deshalb für alle Patientinnen und Patienten wünschenswert. An der Finanzierung sollten Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Leistungserbringer, GKV, PKV und öffentliche Hand mit angemessenen Anteilen beteiligt werden.

Transparenz und Patientenorientierung bei der Auswahl von Gutachtern
Gutachten sind häufig die entscheidende Erkenntnisquelle und Beweismittel im Schadensfalle. Um die Qualität der Gutachten zu verbessern und damit zur Beschleunigung der Verfahren (gerichtlich und außergerichtlich) beizutragen, sollen Kriterien für die Auswahl von Gutachtern festgelegt werden (z.B. aus dem einschlägigen Fachgebiet, aus einem anderen Land, innerhalb bestimmter Frist bereit). Dies und eine transparente Gutachterauswahl unter Mitbestimmung des Versicherten/Geschädigten können zu einer höheren Akzeptanz der erstellten Gutachten und damit zu einer Beschleunigung des Verfahrens an sich führen.

Qualität der Behandlung
Patientinnen und Patienten müssen das Recht auf eine fachgerechte Behandlung nach einem wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard für die jeweiligen Heilberufe / Gesundheitsfachberufe haben. Eine Konkretisierung der Qualitätstransparenz über ein Patientenrechtegesetz würde in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung (auch bei selbst zu zahlenden Leistungen) für mehr Verbraucherorientierung sorgen. Durch ein Patientenrechtegesetz sollte weiter forciert werden, dass Qualität nach ausgewiesenen Kriterien gemessen und veröffentlicht wird. Das Recht der Patientinnen und Patienten, eine weitere Meinung einzuholen, sollte festgelegt werden.

Erleichterung des Zugangs zu medizinischen Leistungen
Die im Grundlagenpapier angesprochenen und in dem vorliegenden Antrag beschriebenen, darüber hinaus erforderlichen Patientenrechte können erst zum Tragen kommen, wenn der Zugang zu medizinischen Leistungen gewährleistet ist. Dementsprechend ist es auch notwendig, dass bei der Ausformulierung eines Patientenrechtegesetzes die Gewährleistung des Zugangs zu medizinischen Leistungen mit bedacht wird. Dies betrifft neben angemessenen Wartezeiten auch den Zugang zu Leistungen beispielsweise für Menschen mit Behinderung.

Individuelle Gesundheitsleistungen - IGeL
Durch das Angebot von „IGeL“-Leistungen wandelt sich das Arzt-Patienten-Verhältnis in ein Anbieter-Kunden-Verhältnis unter ungleichen Voraussetzungen. Patientinnen und Patienten sind nur ungenügend in der Lage, Bedarf, Qualität und Nutzen sowie damit einhergehend die Angemessenheit der entstehenden Kosten zu beurteilen. Daher sollte ein Patientenrechtegesetz Regelungen und Vorgaben zu Akquise, Beratung, Vertragsgestaltung und Liquidierung von Individuellen Gesundheitsleistungen enthalten.

Begründung zu Punkt 4 des Beschlussvorschlags:

Ein neues Patientenrechtegesetz soll nicht ausschließlich als Sammlung von Verweisen auf einschlägige Gesetzesstellen bzw. Neuregelungen in diversen, verstreuten Rechtsbereichen ausgestaltet werden. Sonst wäre zu befürchten, dass gerade für die Zielgruppe der juristischen Laien kein Zugewinn an Transparenz erreicht wird. Auch können die Bestrebungen, auf europäischer Ebene mehr Transparenz über Patientenrechte herzustellen - z.B. durch ein von der Europäischen Kommission eingerichtetes Informationsportal über Patientenrechte in den Mitgliedstaaten - nur sinnvoll umgesetzt werden, wenn alle Patientenrechte in einem Patientenrechtegesetz gebündelt werden.

Votum: 10 : 5 (HE, SL, SN, NI, BY) : 1 (SH)

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.6

Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der äußeren Leichenschau

Antragsteller: Berlin

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die GMK nimmt den Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zur Kenntnis und dankt der Arbeitsgruppe für ihre Arbeit.
2. Die GMK ist wie die Justizministerkonferenz der Auffassung, dass eine Verbesserung der ärztlichen Leichenschau anzustreben ist.
3. Die GMK empfiehlt den Ländern, den Landesärztekammern sowie den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die sie betreffenden Prüfergebnisse umzusetzen.
4. Die GMK bittet das Bundesministerium für Gesundheit zu prüfen, ob bei einer Novellierung der GOÄ die Gebühr für die Leichenschau angemessen erhöht werden sollte.
5. Die GMK bittet die Justizministerkonferenz, die Innenministerkonferenz sowie die Kultusministerkonferenz, diesen Beschluss zur Kenntnis zu nehmen.

Begründung:

Die Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder (JuMiKo) hat auf der Grundlage eines Beschlusses aus dem Jahr 2007 zum Thema „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“ eine interministerielle Projektgruppe (IMK, KMK, GMK, JuMiKo) initiiert, deren Projektbericht mit Reformvorschlägen 2009 vorlag.
Die 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat 2010 den Projektbericht zur Kenntnis genommen und die AOLG beauftragt, für diese Prüfung eine länderoffene Arbeitsgruppe einzusetzen und ihr über das Ergebnis zur 84. GMK zu berichten.

Der Bericht der Arbeitsgruppe kommt zu dem Ergebnis, dass es eine Reihe von Maßnahmen gibt, welche die Qualität der äußeren Leichenschau verbessern können. Die Einführung und flächendeckende Sicherstellung eines eigenen speziellen Leichenschaudienstes (Reformvorschlag 1 der Projektgruppe unter Leitung der JuMiKo) wird für nicht umsetzbar gehalten. Alle anderen Reformvorschläge werden aufgegriffen und finden sich in vier wesentlichen Verbesserungsvorschlägen wieder:

1. Verbesserung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung
2. Adäquate Qualitätskontrolle der Dokumentation
3. Einführung von Meldepflichten bei bestimmten Auffindesituationen
4. Einführung einer Leichennachschau durch rechtsmedizinische Institute in noch zu definierenden Fällen

Aufgrund der Vielzahl der Zuständigkeiten und Akteure (insbesondere Länder, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser) und der unterschiedlichen gesetzlichen Ausgangssituationen in den Bestattungsgesetzen der Länder ist eine einheitliche bundesweite Vorgehensweise derzeit nicht zu erreichen. Es obliegt den Ländern, im eigenen Ermessen die Verbesserungspotenziale zu prüfen und die Prüfergebnisse des Berichtes umzusetzen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird hinsichtlich der Erhöhung der Gebühr in der GOÄ um Unterstützung gebeten.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.7

Finanzielle Konsequenzen der derzeitigen EHEC-Ausbrüche

Antragsteller: Alle-Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die aktuelle Häufung von EHEC- und HUS-Fällen hat gezeigt, in welchem Umfang einzelne Krankenhäuser durch außergewöhnliche, nichtvorhersehbare und behandlungsintensive Situationen besonders belastet werden können. Gleichzeitig hat das Gesundheitswesen in den besonders betroffenen Regionen seine außerordentliche Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

2. Die Krankenhäuser in den hauptsächlich betroffenen Regionen, z.B. Hamburg und Schleswig-Holstein, haben äußerst engagiert und flexibel auf die Herausforderungen, die die EHEC-Infektionswelle mit sich gebracht hat, reagiert.
   Die Krankenhäuser wurden dabei u.a. unterstützt durch Dialysepraxen mit Geräten für die Plasmapherese/Dialyse und mit geschultem Fachpersonal, von anderen Krankenhäusern durch Gestellung von Personal und Übernahme der Notfallversorgung. Auch die überregionale Kooperation, z.B. bei der Verlegung von Patientinnen und Patienten, funktionierte reibungslos.

3. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) erkennt diese außerordentlichen Leistungen und das besondere Engagement der Pflegekräfte, Ärzte und aller anderen Mitarbeiter dieser Krankenhäuser ausdrücklich an. In diesem Zusammenhang ist es von großer Wichtigkeit, den Krankenhäusern ausreichende finanzielle Sicherheit zuzugestehen, damit sie sich weiterhin in solchen Situationen auf die akut erforderlichen medizinischen Maßnahmen konzentrieren können.

4. Die GMK begrüßt die Initiative der Hamburger Krankenkassen und Krankenkassenverbände, die den betroffenen Krankenhäusern ihre Unterstützung und „pragmatische Lösungen“ für Budgetfolgen zugesagt haben.

   Die GMK erwartet von den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden in allen Ländern, dass diese - wie in Hamburg - zu ihrer Verantwortung in dieser schwierigen Situation stehen und einheitlich lösungsorientiert mit den betroffenen Krankenhäusern verhandeln.

   Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass

   a. besonders belastete Krankenhäuser für ihr spezielles Engagement nicht durch Mehrerlösausgleichszahlungen und Mehrleistungsabschläge finanziell zusätzlich benachteiligt werden;
   b. kostenintensive Leistungen, die nicht im DRG-System abgebildet sind, vergütet werden können;
   c. eine Kompensation erfolgt, wenn z.B. planbare Operationen auf Grund der Behandlung von zusätzlichen EHEC- und HUS-Patientinnen und Patienten abgesetzt oder verschoben werden mussten und es deshalb in dem betroffenen Krankenhaus insgesamt zu einem Leistungsrückgang kommt.

   Das BMG wird gebeten, einen Erfahrungsbericht über das Ergebnis der Verhandlungen der Krankenkassen und Krankenkassenverbände mit den betroffenen Krankenhäusern zu erstellen. Auf dieser Grundlage ist über eventuellen Handlungsbedarf zu entscheiden.

5. Dabei ist besonders die Notwendigkeit zu prüfen, das KHEntgG in Bezug auf außergewöhnliche, nichtvorhersehbare und behandlungsintensive Situationen wie den derzeitigen EHEC-Ausbruch in der Weise anzupassen, dass besonders belastete Krankenhäuser für ihr spezielles Engagement nicht durch Mehrerlösausgleichszahlungen und Mehrleistungsabschläge oder Mindererlöse bei elektiven Leistungen finanziell zusätzlich benachteiligt werden.

Begründung:

Nach geltendem Recht muss ein Krankenhaus 65% der Erlöse, die es über die Vereinbarung hinaus erbracht hat, an die Krankenkassen zurückzahlen (Mehrerlösausgleich). Darüber hinaus werden Leistungssteigerungen im Verhältnis zum Vorjahr bei Budgetvereinbarungen mit einem „Mehrleistungsabschlag“ von zur Zeit 30% belegt. Neuverhandlungen bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarungsgrundlagen sind grundsätzlich möglich. Hierdurch kann besonderen finanziellen Herausforderungen von Krankenhäusern in Zusammenhang mit der Behandlung von EHEC- und HUS-Patientinnen und Patienten flexibel begegnet werden.

Darüber hinaus kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Leistungen in Zusammenhang mit außergewöhnlichen, nichtvorhersehbaren und behandlungsintensiven Ereignissen im DRG-System nicht abgebildet sind.

Auch ist zu beachten, dass in den von solchen Ereignissen betroffenen Krankenhäusern periphere Stationen und Intensivstationen sowie zeitweise auch zentrale Notaufnahme-Bereiche für die reguläre Versorgung nicht zur Verfügung stehen und es deshalb zu einem Leistungsrückgang kommen kann, der unter bestimmten, restriktiven Voraussetzungen kompensiert werden sollte (siehe im Einzelnen den Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zu Kosten für die Versorgung von EHEC-Patienten im Krankenhaus zu TOP 5.7 der 84. GMK vom 23.06.2011).

Die Situation sollte ergänzend in einem Sachstandbericht der AOLG aufgearbeitet werden.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollerklärung:
Die Länder erwarten, dass die Verhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern bis zum Jahresende zum Abschluss geführt werden.

Protokollerklärung (Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern):
Unabhängig von den akuten Herausforderungen rund um die EHEC-Epidemie appellieren die Länder Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern an die Bundesregierung, die derzeit laufende Konvergenzphase nach § 10 KHEntG gesetzlich so zu gestalten, dass deutschlandweit ein einheitlicher Bundesbasisfallwert gilt. In der Übergangsfrist sollen die

Bundesländer an den einheitlichen Bundesbasisfallwert herangeführt werden, die am Ende der Konvergenzphase in 2015 noch unterhalb des Bundesbasisfallwertes liegen.

84.Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.8

Evaluierung der behördlichen Zusammenarbeit im Rahmen des EHEC-Ausbruches

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten das GMK-Vorsitzland und das Vorsitzland der Verbraucherschutzministerkonferenz, nach Abklingen des EHEC-Geschehens den vereinbarten Evaluierungsprozess zeitnah einzuleiten und dafür die Federführung zu übernehmen. Im Rahmen der Evaluierung sollen die Länderressorts für Gesundheit, Verbraucherschutz, Umwelt und Landwirtschaft sowie die zuständigen Bundesministerien und Bundesoberbehörden mit eingebunden werden. Ziel sollte es sein, möglichst bis zum Jahresende eine erste Bilanz des behördlichen Handelns und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge vorzulegen.

2. Die GMK weist auf die Notwendigkeit der rechtzeitigen Arztmeldung nach dem Infektionsschutzgesetz für eine frühzeitige Erkennung von Ausbruchsgeschehen hin. Sie appelliert an die Ärzteschaft, den Meldeverpflichtungen im Interesse der Patientinnen und Patienten und zur Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes fristgerecht nachzukommen. Sie beauftragt die AOLG, in Zusammenarbeit mit dem BMG und dem RKI Vorschläge für eine Verbesserung des Meldesystems zu erarbeiten mit dem Ziel, alle sinnvollen technischen Möglichkeiten zu nutzen, um vollständige tagesaktuelle Zahlen zu erhalten. Die Vorschläge sind der GMK zeitnah vorzulegen.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten den Bund, die in § 11 des Infektionsschutzgesetzes geregelten Übermitt-

lungsfristen und Verfahren umgehend zu überprüfen und mit einer entsprechenden Gesetzesinitiative an die heutigen Erfordernisse und Gegebenheiten anzupassen.

4. Der EHEC-Ausbruch hat gezeigt, dass es bei größeren, länderübergreifenden gesundheitlichen Lagen zu Ressourcenengpässen kommen kann. Beim aktuellen Ausbruch ist die gegenseitige Hilfeleistung durch das bestehende Nephrologen-Netzwerk vorbildlich organisiert worden. Die GMK spricht dafür ausdrücklich ihren Dank und ihre Anerkennung aus.

5. Die GMK dankt dem Robert Koch-Institut für die Unterstützung der Länder bei der Untersuchung und Bewältigung des EHEC-Ausbruchs. Die GMK hält es für erforderlich, Beschäftigten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verstärkt eine Fortbildung im Bereich Infektionsepidemiologie zu ermöglichen, um die infektionsepidemiologische Expertise des ÖGD nachhaltig zu stärken. Sie bittet dazu den Bund, die Intensivierung von entsprechenden Schulungsangeboten des RKI zu prüfen.

6. Der aktuelle EHEC-Ausbruch hat eine Reihe von infektiologischen Fragestellungen - u.a. Studien zur Erfassung der Krankheitslast, Untersuchungen zu Risikofaktoren, Studien zur Durchseuchung in der Bevölkerung und zur Bedeutung von Ausscheidern sowie die Entwicklung einfacher und kostengünstiger Nachweisverfahren sowie zur Zusammenarbeit und dem Zusammenwirken von Öffentlichen Gesundheitswesen und medizinischer Versorgung - aufgeworfen, die auch im Hinblick auf mögliche zukünftige Ausbrüche von Bedeutung sind und der wissenschaftlichen Untersuchung bedürfen. Die GMK begrüßt das Angebot des Bundes, einen Expertenworkshop am RKI durchzuführen und sich dafür einzusetzen, dass die dabei priorisierten Forschungsaktivitäten im Rahmen der Forschungsförderung des Bundes prioritär Berücksichtigung finden.

Begründung:

Auf der Sonderveranstaltung von GMK und VSMK vom 08.06.2011 wurde in einer gemeinsamen Verlautbarung der Gesundheits- und Verbraucherschutzministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren von Bund und Ländern festgelegt, dass „nach dem aktuellen Geschehen eine sorgfältige Evaluierung der Zusammenarbeit zwischen EU, Bund und Länder sowie zwischen den Gesundheits- und Lebensmittelüberwachungsbehörden erfolgt".

Das bisherige Geschehen hat deutlich gemacht, dass eine interdisziplinäre Evaluierung auch unter Einbeziehung des Agrarsektors erforderlich ist, um ein bundes- oder gar europaweites Ausbruchsgeschehen zukünftig noch besser zu beherrschen.
Aufgrund der Auswirkungen der Zusammenarbeit auf den Agrarbereichen erscheint es daher sinnvoll, der Agrarministerkonferenz eine Einbeziehung in die Evaluierung anzubieten. Die Evaluierung sollte zeitnah nach dem Ende des Ausbruches beginnen und möglichst bis zum Jahresende abgeschlossen sein.

Unabhängig von den Ergebnissen der angestrebten Evaluierung ist bereits jetzt festzustellen, dass die frühzeitige Erkennung von Infektionsgefahren mit überregionalem Bezug und deren Bewertung eine schnellere Information an die Landesbehörden und das Robert Koch-Institut voraussetzen. Das bisherige Meldeverfahren muss daher mit dem Ziel, alle sinnvollen technischen Möglichkeiten zu nutzen, um vollständige tagesaktuelle Zahlen zu erhalten, überarbeitet werden. Die GMK begrüßt in diesem Zusammenhang das Angebot des Bundes, in einer Machbarkeitsstudie Umsetzungsmöglichkeiten prüfen zu lassen. Das hierfür erforderliche Pflichtenheft sollte zwischen Bund und Ländern in der Arbeitsgruppe vereinbart werden.

Neben einer Evaluation der Zusammenarbeit, des Meldeverhaltens sowie der internen und externen Kommunikation müssen auch die Erfahrungen im medizinischen Bereich und die sich hieraus ergebenden neuen Fragestellungen aufgearbeitet werden. Das Robert-Koch-Institut ist hierfür der geeignete Träger. Die Länder sind über den Expertenworkshop mit einzubinden.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 5.9

Neuregelung der Sicherungsverwahrung

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK bittet die Bundesregierung und die Justizministerkonferenz, dafür Sorge zu tragen, dass die sogenannten „Altfälle", die vom Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) erfasst werden, unter Berücksichtigung der Vorgaben des Grundgesetzes und der Europäischen Menschenrechtskonvention sowie des Bundesverfassungsgerichts in die Neuregelung der Sicherungsverwahrung einbezogen werden, so dass auf die gesetzliche Sonderregelung des ThUG künftig wieder verzichtet werden kann.

Die GMK stellt fest, dass sich die vom erkennenden Gericht festzustellende Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) als Abgrenzungskriterien zwischen freiheitsentziehenden Maßregeln, die in psychiatrischen Krankenhäusern (§ 63 StGB) oder Entziehungsanstalten (§ 64 StGB) vollzogen werden, und der Strafhaft oder der Sicherungsverwahrung bewährt haben. Psychische Störungen, die nicht Krankheitswert im Sinne der §§ 20 und 21 StGB haben, müssen daher in Abgrenzung zu den Maßregeln nach § 61 Nr. 1 und 2 StGB künftig vom neu einzuführenden Therapieauftrag der Sicherungsverwahrung nach § 61 Nr. 3 StGB mit umfasst und dem Geschäftsbereich der Justizressorts zugeordnet werden.

Begründung:

Anlass für die erneute Befassung der Gesundheitsministerkonferenz mit der Thematik Sicherungsverwahrung und Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) sind die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 04. Mai 2011 sowie die Beschlüsse der Justizministerkonferenz vom 18./19. Mai 2011.

Nach der Entscheidung des BVerfG ist die vollständige Neuregelung der Sicherungsverwahrung bis zum 31. Mai 2013 erforderlich. Bis zu diesem Zeitpunkt besteht die Möglichkeit, die sogenannten Altfälle, die unter eine Anwendung des ThUG fallen könnten, in der Sicherungsverwahrung zu belassen, wenn bei ihnen eine hochgradige Gefahr schwerster Gewalt- oder Sexualstraftaten besteht und sie psychisch gestört sind, ansonsten sind sie bis spätestens 31. Dezember 2011 zu entlassen.

Nach Auffassung der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden wird sich die Zahl der möglicherweise nach ThUG unterzubringenden Fälle durch diese Entscheidung des BVerfG deutlich verringern, gleichwohl ist das ThUG weiterhin in Kraft und damit sind entsprechende Voraussetzungen für eine Unterbringung nach dem ThUG in den Ländern vorzuhalten.

Die Justizministerkonferenz hat in ihrer letzten Sitzung beschlossen, die Bundesjustizministerin zu bitten, unter Beteiligung der Länder bei der Vorbereitung des vom Bundesgesetzgeber zu erarbeitenden Gesetzentwurfes bis spätestens 31. August 2011 Eckpunkte zur Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes zu entwickeln und dazu eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die dann auch die Erarbeitung des Gesetzentwurfes begleitet. Die Justizministerkonferenz hat unter TOP II.12 u.a. auch beschlossen, dass das „Verhältnis von Sicherungsverwahrung zu Therapie (…) noch zu klären“ bleibt. Mit dem vorliegenden Antrag wollen die für Psychiatrie und Maßregelvollzug Verantwortlichen hierzu einen Beitrag liefern.

<u>Votum:</u> 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 6.1

Illegaler Arzneimittelvertrieb und Fälschungen

Antragsteller: Hessen, Baden-Württemberg

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Der Bund wird gebeten, zu prüfen, welche Maßnahmen durch den Zoll oder andere Bundesbehörden ergriffen werden können, um die Zunahme des illegalen Handels mit Arzneimitteln einerseits und das Eindringen von Fälschungen in die legale Vertriebskette andererseits zu verhindern, und der 85. GMK hierzu zu berichten.

Begründung:

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik ist die Aufrechterhaltung der sicheren Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Die Bürger sollen davon ausgehen können, dass sie bei rechtmäßigem Erwerb Arzneimittel von guter Qualität erhalten.

Dazu müssen sie einerseits über die Gefahren des illegalen Arzneimittelhandels informiert und gewarnt werden: Lieferung gefälschter Arzneimittel mit weniger, gar keinem oder einem anderen Wirkstoff sowie Kauf von scheinbar harmlosen Arzneimitteln mit nicht deklarierten, stark wirksamen Wirkstoffen. Die Länder haben schon reagiert und die seit 2008 bei der ZLG bestehende Stelle zur Beobachtung des Internethandels durch Beschluss der 83. GMK vom 1.7.2010 dauerhaft eingerichtet.

Andererseits muss aber auch das Eindringen von illegal hergestellten Arzneimitteln in die legale Vertriebskette verhindert werden. Hier liegt die größere schleichende Gefahr für das gesamte Versorgungssystem mit Arzneimitteln. Durch die Möglichkeit des Parallelimports sind die Verbraucher daran gewöhnt, auch ausländische Kennzeichnungen (zusätzlich zu der deutschen) zu akzeptieren. Die Unterscheidung von legaler Ware gestaltet sich daher oft schwierig.
Bisher ist die legale Kette als sicher zu betrachten; das muss so bleiben. Da es sich um ein lukratives Geschäft handelt, ist mit verstärkten illegalen Aktivitäten zu rechnen (s.a. 24.2.2011: Millionenbetrug mit HIV-Medikamenten durch Umleitung von HIV-Präparaten, die für Afrika bestimmt waren). Um die Bevölkerung vor Gesundheitsschäden zu schützen, die durch substantielle Fälschungen auftreten können, ist eine Zusammenarbeit aller Marktbeteiligten, aber auch aller betroffenen Behörden notwendig (Gesundheitsministerien, Bundesoberbehörden, Überwachungsbehörden).
Auf europäischer Ebene will man auf diese Herausforderungen mit entsprechenden Regelungen reagieren, wie sie mit der EU-Fälschungsrichtlinie vorgegeben sind, die im März 2011 verabschiedet werden wird. Darin werden Sicherheitsmerkmale für die Arzneimittel vorgesehen zusammen mit einem Monitoringsystem für die Arzneimittel bis zur Abgabe; detaillierte Bestimmungen („delegated acts“) dazu sollen im nächsten Jahr folgen. Daneben wird aber auch eine verstärkte Überwachung des Vertriebs der Arzneimittel festgeschrieben.

Um bis zur Umsetzung dieser Richtlinie eine weitere Verstärkung des illegalen Internethandels zu verhindern und die Infiltration von Fälschungen in die legale Vertriebskette zu erschweren, sind Maßnahmen auf Bundesebene notwendig.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 6.2

Verbot der Pick-Up-Stellen für Arzneimittel

Antragsteller: B-Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK stellt fest, dass nach wie vor das im Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 vereinbarte Verbot der Arzneimittel-Bestell- und Abholstellen (sogenannte Pick-Up-Stellen) nicht umgesetzt wurde. Dies führt zu einer Verfestigung der Strukturen und weiteren praktischen Ausgestaltungen. Das BMG wird daher aufgefordert, Wege aufzuzeigen, mit denen abträglichen Entwicklungen beim Versand von Arzneimitteln entgegengewirkt werden kann, ohne dabei auf unzulässige Weise in die Freiheit der Berufsausübung einzugreifen.

Begründung:

Der Versandhandel mit Arzneimitteln wurde im Jahr 2004 mit der Begründung zugelassen, chronisch kranken und immobilen Menschen den Zugang zu Arzneimitteln zu erleichtern. Inzwischen haben sich Modelle etabliert, die der o.g. Intention des Gesetzes zuwiderlaufen, die aber den Buchstaben des Gesetzes nach nicht anfechtbar sind. Dazu gehören die Pick-Up-Stellen für Arzneimittel, die außer von Drogeriemärkten inzwischen auch von Reinigungen/Tankstellen/Blumenläden betrieben werden. Es ist daher angebracht, nach den Erfahrungen aus den letzten 6 Jahren eine Prüfung der gesetzlichen Vorgaben vorzunehmen, obgleich gesundheitsgefährdende Probleme bisher nicht bekannt geworden sind. Gegen das im Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 vereinbarte Verbot der Pick-Up-Stellen haben allerdings sowohl das Bundesinnen- als auch das Bundesjustizministerium verfassungsrechtliche Bedenken geäußert.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 6.3

Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17 d KHG

Antragsteller: A-Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

1. Die GMK bewertet die aktuelle Entwicklung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen nach § 17d KHG kritisch. Derzeit ist nicht erkennbar, wie der gesetzgeberische Auftrag, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu entwickeln und einzuführen, im Hinblick auf die Durchgängigkeit und Leistungsorientierung hinreichend umgesetzt wird. Die GMK hält die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in das Vergütungssystem für unerlässlich.

2. Die GMK appelliert daher dringend an die beteiligten Selbstverwaltungspartner, das Bundesgesundheitsministerium, das DIMDI sowie die eingebundenen Experten und Fachverbände den bisherigen Umsetzungsstand gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines geeigneten unabhängigen Forschungsinstituts oder einer unabhängigen Expertenkommission im Hinblick auf die Kriterien „Durchgängigkeit“ und „Leistungsorientierung“ insbesondere auch unter dem Aspekt der Pflichtversorgung kritisch zu überprüfen. Dabei sind die derzeit modellhaft erprobten alternativen sektorübergreifenden Finanzierungsmodelle mit einzubeziehen.

3. Die GMK hält es für unerlässlich, dass die Länder von den Selbstverwaltungspartnern in den Prozess der Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17 d KHG aktiv einbezogen werden.

Begründung:

Nach Auffassung der Länder kann nicht von dem gesetzlich geforderten durchgängigen Entgeltsystem gesprochen werden, solange ambulante Leistungen, sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte sowie die besonderen Leistungen im Bereich der Kooperation zur Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung, unberücksichtigt bleiben.

Solange lediglich stationär und teilstationär erbrachte therapeutische Kernleistungen und körperliche Diagnostik in Operationen- und Prozedurenschlüsseln abgebildet werden, ist nur ein geringer Teil der Kosten leistungsgerecht zuzuordnen und entspricht damit nicht der gesetzlich geforderten Leistungsorientierung.

Es ist zu befürchten, dass die mit dem Neuen Entgeltsystem verbundenen Erwartungen auf dem bisherigen Weg nicht erreicht werden können. Trotz eines erheblichen Dokumentationsaufwandes für die beteiligten Kliniken können derzeit nur etwa 25-30% der relevanten Leistungen und Kosten mit Hilfe der aktuellen Klassifikationsgrundlagen abgebildet werden. Die codierbaren Leistungen (Therapieeinheiten im 25-Minuten-Takt) bilden vor allem für schwerer erkrankte Patienten den tatsächlichen Behandlungsaufwand nicht ab. Bei der Weiterentwicklung des Systems muss deshalb unbedingt darauf geachtet werden, dass es zu keiner Fehlallokation der Ressourcen zu Lasten dieser Patientinnen und Patienten kommt. Es ist derzeit auch nicht erkennbar, wie die Anschlussfähigkeit des Neuen Entgeltsystems an moderne sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte integrierter Versorgung und regionaler Budgets hergestellt werden kann. Damit ist zu befürchten, dass das Ziel, ein leistungsorientiertes und durchgängiges Vergütungssystem zu entwickeln, verfehlt wird und gleichzeitig die vorhandenen getrennten Behandlungssektoren weiter verfestigt werden und die Anreize zur Leistungsausweitung im stationären Bereich zu Lasten des ambulanten Bereichs fortbestehen bleiben.

Im Einzelnen:

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene durch § 17 d KHG beauftragt, für Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln und im Jahr 2013 erstmals umzusetzen. Es ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen

der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.

Die amtliche Begründung verweist hierzu auf das Konzept der AOLG zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung vom 16. November 2007. Hiernach soll „dabei […] die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden“ (Vorschlag Nummer 5, S. 3). Des weiteren wird zur Begründung die Diskussion in Fachkreisen angeführt, die in diesem Zusammenhang die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen vorschlagen, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z.B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser nach § 118 SGB V. Hierzu seien die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können (BT-Drucksache 16/10807, S. 25).

Dem wird der bisherige Umsetzungsprozess hinsichtlich der Merkmale der Durchlässigkeit und Leistungsorientierung jedoch nicht gerecht.

a) Völlig unberücksichtigt blieben bislang ambulante Leistungen. Die Einbeziehung der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen in das neue Vergütungssystem ist nach § 8 Abs. 1 der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem*)* zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 30. November 2009 auf einen unbestimmten späteren Zeitpunkt verschoben worden. Gleichfalls keinerlei Berücksichtigung finden bisher moderne sektorübergreifende Versorgungsansätze und Modellprojekte integrierter Versorgung und regionaler Budgets. Es steht damit immer mehr zu befürchten, dass so die vorhandenen getrennten Behandlungssektoren weiter verfestigt werden und gleichzeitig die Anreize zur Leistungsausweitung im stationären Bereich zu Lasten des ambulanten Bereichs fortbestehen bleiben. Die vom Bundesgesetzgeber eröffnete Chance eines Entgeltsystems, das zu einer effizienten Verwendung der vorhanden Finanzmittel anhält und finanzielle Steuerungsanreize für eine moderne patientenorientierte Flexibilisierung der Behandlung setzt, droht so langfristig vertan zu werden.

b) Bislang erschöpft sich die Entwicklung des Entgeltsystems im Erfassen und Abbilden stationär und teilstationär erbrachter psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Leistungen in Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS). Diese stoßen zunehmend auf Widerspruch bei Krankenkassen und Fachverbänden. Letztere halten das jetzt gefundene Konzept der Differenzierung von Therapieeinheiten im Zeittakt von 25 Minuten für ungeeignet zur Abbildung komplexer individueller Therapieleistungen, insbesondere schwer erkrankter Patientinnen und Patienten. Auch zeigten die Erfahrungen der Pretest-Krankenhäuser, dass sich der größte Kostenblock gerade nicht leistungsgerecht zuordnen lasse. Gleichzeitig nicht berücksichtigt wurden diejenigen Bedarfe, die aus der regionalen Versorgungsverpflichtung entstehen.

Die kritische Überprüfung des bisherigen Umsetzungsstands, ggf. unter Hinzuziehung eines geeigneten unabhängigen Forschungsinstituts oder einer unabhängigen Expertenkommission im Hinblick auf die Kriterien „Durchgängigkeit“ und „Leistungsorientierung“, kann nach Auffassung der AOLG die Chance für eine zielführende Umsetzung des Gesetzesauftrags neu eröffnen. Ohne diese Schritte wird die Gefahr gesehen, dass die Interessen der Länder ungenügend berücksichtigt werden.

Votum : 14 : 1 (BY) : 1 (NI)

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 6.4

Bericht der offenen Arbeitsgruppe der AOLG zur Frage der Finanzierungsmöglichkeiten der Giftinformationszentralen (GIZ)

Antragsteller: Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Gesundheitsministerkonferenz nimmt den Bericht der offenen Arbeitsgruppe der AOLG zur Frage der Finanzierungsmöglichkeiten der Giftinformationszentralen (GIZ) zur Kenntnis.

Begründung:

Bereits die 68. Gesundheitsministerkonferenz vom November 1995 hatte beschlossen, eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesumweltministeriums und der Länder einzusetzen, um Eckpunkte der zukünftigen Aufgabenwahrnehmung der Giftinformationszentralen (GIZ) und für ein Finanzierungskonzept zu erarbeiten. Ein daraufhin von der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten (162. AGLMB vom September 1996) erarbeitetes Konzept für eine dauerhafte Finanzierung der Giftnotrufzentralen wurde lediglich zur Kenntnis genommen, eine Umsetzung erfolgte jedoch nicht.

Im Rahmen der weiterhin als unbefriedigend angesehenen Rechts- und Finanzierungssituation der GIZ setzte die 17. AOLG im April 2006 in Magdeburg eine Projektgruppe [Niedersachsen (FF), Bayern, Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen] mit dem Ziel ein, Vorschläge für eine Gebührenerhebung für die Beratung der Giftinformationszentralen bis zur 18. AOLG zu erarbeiten.

Im Rahmen dieser Projektgruppe wurde problematisiert, ob eine abschließende telefonische Beratung durch Ärzte im GIZ mit der Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (siehe § 7 (3) MBO) kollidiert. Der Arbeitsauftrag konnte daher nicht abgeschlossen werden.

Auf Bitte der AOLG vom November 2006 lud Bayern zur Fortführung der länderoffenen Arbeitsgruppe ein, an der sich verschiedene Länder, zuletzt Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt, beteiligten.

Die Arbeitsgruppe unter Federführung Bayerns hat die Problematik in einer Sitzung am 22.03.2007 in München bearbeitet, anschließend im Umlaufverfahren unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse vertieft und legt der AOLG nunmehr den Abschlussbericht mit folgenden Kernaussagen vor:

- GIZ sind unverzichtbare und effektive Bestandteile der Rettungskette, wobei die Kerntätigkeit in der individuellen ärztlichen Beratung im Notfall per Telefon besteht. In den besonders zeitkritischen Vergiftungsfällen können so die erforderlichen Erstmaßnahmen erheblich schneller erfolgen. Dies gilt besonders für Laien aber auch für Konsil suchende Ärztinnen und Ärzte in schwierigen Spezialfällen. Obgleich historisch sehr unterschiedlich entstanden und organisiert, haben sie sich durchweg bewährt und sind als Teil der Notfallmedizin unerlässlich.
- Die Tätigkeit der GIZ wirkt im Gesamtsystem Kosten senkend, da häufig teure Krankentransporte und ambulante wie stationäre Untersuchungen vermieden werden können.
- Allgemeine Auskünfte über Stoffrisiken sind quantitativ unbedeutend und kommen als relevante Finanzierungsquelle nicht in Frage.

- Das Bundesrecht enthält keine hinreichende Rechtsgrundlage für die Errichtung und den Betrieb von GIZ. Das Bundesrecht (ChemG) normiert keine Gewährleistungsträgerschaft.
- Zur evtl. Normierung einer Gewährleistungsträgerschaft bräuchte es eine spezialgesetzliche Rechtsgrundlage. In Frage käme in Abhängigkeit der Finanzierungsoptionen entweder eine Verankerung im SGB V oder die Schaffung von Rechtsgrundlagen auf Länderebene. In verschiedenen Ländern existieren Regelungen z.B. als Staatsverträge.
- Wollte man einer SGB V - orientierten Lösung näher treten, wäre die Einbeziehung der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zu prüfen.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 8.1

Evaluation der Pandemie
Fortschreibung des Nationalen Pandemieplans

Antragsteller: Hessen

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK nimmt den Bericht der Sonder-AG Evaluation der Pandemie vom 15. März 2011 zur Kenntnis und beschließt:

1) Die GMK stellt fest, dass eine zentrale Beschaffung von Impfstoffen über die EU angesichts der völlig unterschiedlichen Interessenlagen der Mitgliedsstaaten, der langdauernden Entscheidungswege, der beabsichtigten Gremienvielfalt sowie der unterschiedlichen nationalen Haftungsrechte nicht im Interesse der Länder liegt.

2) Die GMK bekräftigt ihren Beschluss vom 1. Juli 2010, nach dem die Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen für die Pandemievorsorge und für vergleichbare biologische Gefahrenlagen (Bioterrorismus) als Aufgabe des Bundes zu normieren ist.

3) Bis zu einer Regelung über die Änderung der Zuständigkeiten sollen neue Vertragsverhandlungen, falls erforderlich, mit der pharmazeutischen Industrie gemeinsam von den Ländern und dem Bund geführt werden.

4) Bei der Fortschreibung des Pandemieplanes ist darauf zu achten, dass Entscheidungen der WHO zu Pandemiephasen von den regional erforderlichen Maßnahmen der Länder entkoppelt werden, um regional flexibel auf unterschiedliche Szenarien reagieren zu können.

5) Für die Fortschreibung des Pandemieplans werden grundsätzlich drei Entscheidungsebenen (-gremien) für erforderlich gehalten:
   Politische Entscheidungsebene
   Strategische Entscheidungsebene
   Operative Entscheidungsebene

6) Die Pandemiekommission und die Expertenkommission des RKI sollen zusammengeführt werden, die STIKO und die Länder sind in dieses Gremium einzubinden.

7) Das BMG wird gebeten eine Regelung zu treffen, die die Krankenkassen verpflichtet, auf Bundesebene Verträge mit den Ländern über die Impfvergütung im Pandemiefall abzuschließen.

8) Bei der Fortschreibung des Pandemieplans soll klargestellt werden, dass eine Kostenerstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Laboruntersuchungen, die aus diagnostischen und therapeutischen Gründen erforderlich sind, besteht.
   Bei Untersuchungen aus epidemiologischen Gründen besteht weiterhin keine Leistungspflicht der GKV.

9) Das BMG wird gebeten, die derzeit bestehende Ausnahmeermächtigung nach § 71 Abs. 2 und § 79 Abs. 5 AMG und mit der 16. Änderung des AMG oder einem anderen Artikelgesetz des Bundes dahingehend zu erweitern, dass neben dem Versorgungsmangel auch der Pandemiefall erfasst wird. Neben der Verlängerung der Verwendung sollen auch andere Fallgestaltungen (z.B. Umpacken durch Großhandel, Aktualisierung der sicherheitsrelevanten Informationen (Packungsbeilage, etc.)) zugelassen werden.

10) Die zuständigen Bundesoberbehörden (RKI, BfARM, PEI) werden gebeten, der AOLG eine Stellungnahme zu übermitteln, ob auch zukünftig ein Einsatz von antiviralen Medikamenten als Therapie der Wahl in dem Zeitfenster zwischen dem Auftreten des Virus und der Verfügbarkeit des Impfstoffes anzusehen ist.
    Unabhängig davon wird die AOLG beauftragt, zu prüfen, ob überhaupt eine Bevorratung von antiviralen Arzneimitteln erforderlich ist, oder ob die Verfügbarkeit auf dem Markt ausreichend gegeben ist.

    Durch die geplante Änderung des AMG (§ 79 Absatz 5) wird eine längere Verwendbarkeit der vorhandenen antiviralen Medikamente im Pandemiefall möglich. Insofern wird auch die Entsorgung antiviraler Arzneimittel zurückgestellt.

11) Die AOLG wird beauftragt, zu klären, wie das Wirkstoffpulver Oseltamivir auf der Basis der gelagerten Rückstellmuster zentral auf seine Haltbarkeit untersucht werden kann.
Sie wird weiter gebeten, für die Länder, die eine zentrale Lagerung der antiviralen Medikamente vornehmen wollen, die Verhandlungen zu führen.

12) Die GMK stellt fest, dass der Impfstoff mit Ablauf des Haltbarkeitsdatums nicht mehr zu verwenden, sondern zu entsorgen ist.

13) In künftigen Vertragsverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie ist festzulegen, dass bei der Vorkonfektionierung von Impfstoff Gebinde in kleineren Einheiten zusammengefügt und sachgerecht bereit gestellt werden.

14) Die GMK stellt fest, dass die Strukturen der Länder so unterschiedlich sind, (Stadtstaaten, Flächenstaaten, Dichte der Besiedlung), dass es aus diesem Grund keine einheitliche für alle Länder verbindliche Impfstrategie geben kann.
Da die Logistik der Impfstoffverteilung der Impfstrategie folgt, gilt dies auch für ein Logistikkonzept.

15) Die Priorisierung von Personengruppen für die Impfung ist eine grundsätzliche Entscheidung, sie muss länderübergreifend einheitlich erfolgen, tatsächlich umsetzbar und rechtlich durchsetzbar sein.
Die GMK stellt fest, dass die Bundesärztekammer Priorisierungen aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt hat. Die AOLG wird gebeten, zu prüfen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Versorgung der prioritär zu impfenden Personen sicherzustellen.

16) Die GMK weist darauf hin, dass bei der Fortschreibung des Pandemieplans auf die Notwendigkeit einer abgestimmten Pressearbeit hingewirkt werden muss. Sie hält die Einbindung der Berufs- und Fachverbände der Ärzte für dringend geboten, um eine möglichst einheitliche Information der Öffentlichkeit zu gewährleisten.

17) Die GMK hält im Rahmen der Fortschreibung des Pandemieplans einen Dialog zwischen BMG, Ländern, Kammern und Kassenärztlicher Bundesvereinigung für erforderlich. Dabei soll auch die Notwendigkeit der Fortentwicklung von Fortbildungsangeboten erörtert werden.

18) Das BMG wird gebeten, eine Rechtsverordnung zu erlassen, in der die zeitnahe Dokumentation der Impfung und die Datenweitergabe an das PEI geregelt werden, um Aussagen zur Impfstoffsicherheit zu ermöglichen.

19) Die GMK weist darauf hin, dass die Mortalitätsstatistik als zeitnahe Surveillance über Todesfälle genutzt werden kann. Für die Erfassung der Versorgungssysteme insbesondere im stationären Bereich, die Erfassung der Impfquoten, die Erfassung von Schulschließungen als Hinweis auf regionale Schwerpunkte etc. ist die Installation eines länderübergreifenden Erfassungssystems (Datenbank) erforderlich. Die AOLG wird gebeten hierzu Vorschläge zu erarbeiten.

20) Die AOLG wird gebeten, bei der Fortschreibung des Pandemieplans die infektionshygienischen Maßnahmen im medizinischen Bereich am Arbeitsplatz zu berücksichtigen.

21) Die GMK hält die Überarbeitung des Pandemieplanes für eine gemeinschaftliche Aufgabe des Bundes und der Länder. Dabei sollte der wissenschaftlich geprägte Teil unter der Federführung des RKI fortgeschrieben werden.

Begründung:

Die 83. GMK hat mit Beschluss vom 1. Juli 2010 unter TOP 8.1 die AOLG beauftragt, die Evaluation des Pandemiegeschehens die 2009/2010 Deutschland betraf unter Berücksichtigung der Eckpunkte:

- Kompetenzrechtliche Verbesserung
- Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln
- Pandemiestufen überprüfen/ Pandemiepläne flexibilisieren
- Beratungsfunktion der Bundesoberbehörden verbessern
- Klare Regeln zur Kostentragung
- Anpassung des Arzneimittelrechts
- Tranzparenz der Entscheidungen und Verbesserung der Kommunikation

weiter voran zu treiben und der ACK bis Ende des Jahres eventuell unter Einbeziehung weiterer Evaluationsergebnisse zu berichten.
Darauf aufbauend wurde die AOLG gebeten, Vorschläge für die Überarbeitung der Pandemiepläne zu erstellen.

Vor diesem Hintergrund hat die AOLG hat auf ihrer 26. Sitzung am 18./19. November 2010 die Einrichtung einer Sonder-Arbeitsgruppe „Fortschreibung des Pandemieplans“ der AOLG unter Beteiligung der AG Infektionsschutz und der AG AATB beschlossen.
Die Arbeitsgruppe hat den Auftrag, die aufgezeigten Maßnahmen der Berichte:

- Zwischenbericht „Auswertung Pandemie, Neue Influenza A/H1N1 2009 der AG Infektionsschutz,
- Abschlussbericht der Projektgruppe „antivirale Arzneimittel“ der AG AATB sowie
- Bericht aus der gemeinsamen Sitzung der Influenzakommission für den Pandemiefall und der Expertengruppe „Influenza-Pandemieplanung“ am Robert-Koch-Institut

auf ihre Umsetzbarkeit zu prüfen, die noch offenen Fragen zu klären und unter Beteiligung der betroffenen Ressorts und Gremien bis zu 27. AOLG eine Agenda zur schrittweisen Umsetzung zu erstellen.

An der Sitzung der Sonder-AG nahmen teil Vertreter des BMG, der Länder, der AATB, der AGI, des PEI und des RKI.

Der jetzt vorgelegte Beschluss fasst die Ergebnisse der Sitzung der Sonder-AG Pandemie der AOLG vom 1./2. Februar unter Berücksichtigung der oben angeführten Berichte als Grundlage für die Überarbeitung des Nationalen Pandemieplans zusammen.

Die Struktur des Beschlusses orientiert sich an den von der GMK im Beschluss unter Pkt. 5. vorgegebenen Eckpunkten, die um weitere Punkte ergänzt wurden.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollerklärung:
Die Länder halten nach wie vor an ihrer Auffassung fest, dass die Beschaffung von Impfstoffen und antiviralen Arzneimitteln Aufgabe des Bundes ist.

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 8.2

Periodische Nationale Impfkonferenz unter der Schirmherrschaft der GMK

Antragsteller: Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen den Bericht über die 2. Nationale Impfkonferenz 2011 in Stuttgart zur Kenntnis. Sie stellen zugleich fest, dass die Nationalen Impfkonferenzen die in sie gesetzten Erwartungen in vollem Umfang erfüllt haben. Das zeigen zum einen der Diskussionsentwurf für den Nationalen Impfplan, der unter Berücksichtigung der Ergebnisse der 1. Nationalen Impfkonferenz 2009 von den Ländern unter Federführung von Rheinland-Pfalz erstellt wurde, und zum anderen die in dem Bericht von Baden-Württemberg zusammengefassten Ergebnisse der 2. Nationalen Impfkonferenz.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder beschließen daher, Nationale Impfkonferenzen in zweijährigem Rhythmus fortzuführen, damit allen Akteuren kontinuierlich eine geeignete Plattform für die Diskussion und Konsensfindung der Impfziele und Strategien für die Erreichung dieser Ziele zur Verfügung steht.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder verständigen sich darauf, die 3. Nationale Impfkonferenz 2013 in Bayern und danach in alphabetischer Reihenfolge der Länder durchzuführen.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 8.3

Entwurf eines
Nationalen Impfplanes

Antragsteller: Rheinland-Pfalz

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen den auf Grundlage der Ergebnisse der 1. Nationalen Impfkonferenz unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) erstellten Entwurf für einen Nationalen Impfplan zur Kenntnis und danken allen, die an seiner Fertigstellung beteiligt waren.

Die GMK stellt fest:

1. Der Nationale Impfplan bietet eine umfassende und übersichtliche Information über die komplexe Organisation des deutschen Impfwesens und schafft Transparenz für die Fachwelt und die interessierte Öffentlichkeit.

2. Die in den Teilen A und B formulierten Ziele sind nach Auffassung der GMK geeignet, die gewünschten Verbesserungen im deutschen Impfwesen herbei zu führen.

3. Die GMK wird den Nationalen Impfplan öffentlich machen und bittet die AOLG, auf seiner Grundlage die nötigen Gespräche mit den in Deutschland am Impfen beteiligten Akteuren und Institutionen fortzusetzen, um die vorgeschlagenen Maßnahmen zu konkretisieren und gemeinsame Umsetzungsstrategien zu vereinbaren.

4. Besonders wichtig ist aus Sicht der GMK das WHO-Ziel der Masern-Elimination bis 2015, dem sich auch Deutschland verpflichtet hat. Das erfordert eine vorrangige Befassung mit diesem Thema. Die GMK bittet alle verantwortlichen Akteure, sich an der Aktualisierung und Umsetzung des Nationalen Programms zur Masern-Elimination zu beteiligen.

Begründung:

Zu 1.
Die vom 5. bis 7. März 2009 in Mainz durchgeführte 1. Nationale Impfkonferenz hat gezeigt, dass es erforderlich ist, die Koordination der vielfältigen Akteure und Aktionen zum Thema Impfen zu verbessern.

Um den nötigen Konsens zu erzielen und auf Grundlage der Ergebnisse der 1. Nationalen Impfkonferenz gemeinsame Impfziele der in Deutschland am Impfen beteiligten Akteure und Institutionen zu vereinbaren, hat die 82. GMK die Entwicklung eines Nationalen Impfplanes durch die Länder beschlossen und die AOLG unter Beteiligung des BMG und seiner Behörden mit der Erstellung eines Entwurfes bis zur 83. GMK beauftragt.

Die Bearbeitung durch die AG Infektionsschutz, die mit der Umsetzung von der 23. AOLG beauftragt wurde, hat sich aufgrund der H1N1 Pandemie 2009/2010 verzögert.

Die Ausarbeitung fand unter Federführung von Rheinland-Pfalz in parallelen Arbeitsgruppen aller Länder und unter Beteiligung des BMG und seiner Behörden statt. Soweit wie möglich wurden weitere für die jeweiligen Inhalte wichtige Akteure in die Erarbeitung einbezogen.

Auf der konstituierenden Sitzung der Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland am 20. Januar 2011 in Wiesbaden haben die Amtschefinnen und Amtschefs für Gesundheit den ersten Diskussionsentwurf der Länder zur Kenntnis genommen und die AOLG gebeten, auf Basis dieses Diskussionsentwurfs wesentliche strategische Ziele für einen Nationalen Impfplan zu identifizieren, Vorschläge für deren Umsetzung zu erarbeiten und der 84. GMK vorzulegen.

Den vorgeschlagenen strategischen Zielen (Teil A und B des Nationalen Impfplanes) hat die Amtschefkonferenz der 84. Gesundheitsministerkonferenz am 3./4. Mai 2011 in Frankfurt am Main zugestimmt.

In der Anlage beigefügt ist der aktuelle Entwurf des Nationalen Impfplans (Stand 17. Mai 2011). Er ist in die Teile A bis C gegliedert

Teil A, der „Maßnahmenplan“ des „Nationalen Impfplans, enthält die von Bund und Ländern beschlossenen nationalen Ziele zum Impfen.

Sie sind sechs Themen zugeordnet:
I „Entwicklung und Zulassung von Impfstoffen“
II „Impfempfehlungen“
III „Umsetzung von Impfstrategien“
IV „Information und Aufklärung“
V „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“
VI „Surveillance“

Dazu ist jeweils das generelle Ziel zum jeweiligen Thema formuliert.

In der Tabelle sind sodann die Teilziele, Maßnahmen und die entsprechenden Zuständigkeiten genannt.

Teil B des Nationalen Impfplanes enthält die Ziele für einzelne impfpräventable Erkrankungen.

In Teil C des Nationalen Impfplanes „Impfwesen in Deutschland 2011“ werden in sechs Kapiteln die aktuelle Situation in Deutschland zu den entsprechenden Themen dargestellt und die Hintergründe, die zur Formulierung der einzelnen Ziele geführt haben, erläutert. Die wesentlichen Punkte sind am Ende der Kapitel als „Fazit“ zusammen gefasst. Anhand der in den Abschnitten „Fazit“ genannten Fragestellungen und Empfehlungen wurden die Impfziele in den Teilen A und B formuliert.

Teil C stellt gleichzeitig die Umsetzung eines zentralen Ziels von Bund und Ländern dar, nämlich die Bereitstellung von umfassender Information zur Schaffung von Transparenz im Impfwesen für Fachleute und die interessierte Öffentlichkeit.

Zu 2.
Die Amtschefkonferenz der 84. Gesundheitsministerkonferenz hat am 3./4. Mai 2011 in Frankfurt am Main die AOLG gebeten, ihr den abgestimmten Gesamtentwurf noch vor der 84. Gesundheitsministerkonferenz zur endgültigen Entscheidung vorzulegen, damit der Nationale Impfplan auf der 84. GMK beraten und danach veröffentlicht werden kann.

Zu 2.3
Das Erreichen der Ziele des Nationalen Impfplanes ist gleichermaßen im Interesse von Bund und Ländern. Daher soll zunächst die AOLG zeitnah die nötigen Gespräche mit den in Deutschland am Impfen beteiligten Akteuren und Institutionen aufnehmen bzw. fortsetzen.

Der Nationale Impfplan bedarf einer kontinuierlichen Fortschreibung und Weiterentwicklung und einer fortlaufenden Kommunikation und Abstimmung mit allen am Impfen beteiligten Akteuren. Zur Erfüllung dieser vielfältigen Aufgaben und Koordination der Maßnahmen müssen vorrangig die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden, die bisher weder beim Bund noch bei den Ländern gegeben sind. Die AOLG ist daher von der Amtschefkonferenz gebeten worden, dafür einen Vorschlag zu entwickeln, möglichst unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen. Ziel ist, die vielfältigen Aufgaben und die Koordinationsverantwortung zu bündeln.

Zu 2.4
Bund und Länder werden alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um das neue WHO-Ziel der Masernelimination bis 2015 zu erreichen. Bereits 1999 haben Bund und Länder ein nationales Programm zur Eliminierung der Masern in der Bundesrepublik Deutschland, das „Interventionsprogramm Masern, Mumps, Röteln (MMR)“, beschlossen. Das Masern-Interventionsprogramm soll daher unter Berücksichtigung der bisherigen Erfolge und der noch offenen Ziele aktualisiert werden.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollnotiz:
Bayern weist darauf hin, dass es keine staatlichen Mittel für den in Abschnitt 1.3 Teil C genannten Pool bereitstellen kann.

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 9.1

Wissenschaftliche Analysen zur Ermittlung des zukünftigen medizinischen und pflegerischen Fachkräftebedarfs

Antragsteller: A-Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder halten es angesichts der aktuellen und zum Teil kontrovers geführten Diskussionen um einen drohenden Fachkräftemangel für notwendig, den zukünftigen medizinischen und pflegerischen Fachkräftebedarf in Deutschland unter Berücksichtigung der Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung wissenschaftlich fundiert zu prognostizieren. Dafür reicht es nicht aus, bestehende ärztliche Verhältniszahlen der Bedarfsplanung zugrunde zu legen und fortzuschreiben. Vielmehr müssen zur Ermittlung des Fachkräftebedarfs zunächst die Krankheitslast der Bevölkerung festgestellt und normative Vorgaben dazu entwickelt werden, wie diese Krankheitslast mit Blick auf die Erreichbarkeit und die Behandlungskapazitäten abgedeckt werden kann, um in einem weiteren Schritt den zukünftigen Bedarf zu ermitteln. Bei den Analysen ist zu berücksichtigen, welche Möglichkeiten es gibt, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Gesundheitsversorgung arztentlastend einzubeziehen.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten das Bundesministerium für Bildung und Forschung in Zusammenwirken mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den anderen fachlich betroffenen Ministerien der Bundesregierung, entsprechende Finanzmittel im Rahmen der Gesundheits- und Versorgungsforschung bereitzustellen und Aufträge für wissenschaftliche Forschungsprojekte zur Ermittlung des zukünftigen medizinischen und pflegerischen Fachkräftebedarfs zu erteilen. Die GMK bittet das BMG, zur GMK im Jahre 2012 über die Ergebnisse der Bemühungen zu be-

richten. Sie bittet auch die Bundesärztekammer, im Rahmen ihres Programms zur Versorgungsforschung entsprechende Analysen zu veranlassen.

Begründung:

Auch nach der Einigung der „Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland“ über ein Maßnahmenpaket zur zukünftigen Gewährleistung der medizinischen Versorgung bleibt das genaue Ausmaß des drohenden Fachkräftemangels umstritten. Es fehlen bislang verlässliche Daten über einen im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung angemessenen Ärztebedarf sowie des Bedarfs der weiteren an der Versorgung beteiligten medizinischen und pflegerischen Berufe.

Um eine gesicherte Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen im Bereich der ärztlichen Versorgung und vor allem auch hinsichtlich des erforderlichen Ausbaus von Ausbildungskapazitäten im Bereich der Humanmedizin aber auch der Pflegefachschulen zu erlangen, sind die Forschungsanstrengungen zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs zu intensivieren.
Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 die Entwicklung einer langfristigen Bedarfsprognose zur ärztlichen Versorgung als „überfällig“ angesehen. Diese solle nicht lediglich die bestehenden Zahlenverhältnisse fortschreiben, sondern müsse sachliche Versorgungsnotwendigkeiten berücksichtigen.
Neben der demografischen Entwicklung und der Morbiditätsentwicklung ist für die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs auch das Entlastungspotential des verstärkten Einsatzes nichtärztlicher Gesundheitsberufe in der Versorgung relevant und sollte daher in den Analysen berücksichtigt werden.

Im Koalitionsvertrag der Koalition auf Bundesebene ist ein Ausbau der Versorgungsforschung vereinbart. Daher wird besonders das Bundesministerium für Bildung und Forschung gebeten, entsprechende Finanzmittel bereitzustellen und Forschungsaufträge zu vergeben. Vorbild könnte Österreich sein, wo die zuständigen Ministerien und die Ärztekammer beabsichtigen, eine Studie zum Ärztebedarf und den Ausbildungskapazitäten in Auftrag zu geben. Auch in anderen Ländern ist Forschung zur Ermittlung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen weit verbreitet.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 9.2

Zulassung zum Medizinstudium: Stärkere Berücksichtigung der Wartezeiten im Auswahlverfahren

Antragsteller: A-Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder begrüßen den Beschluss der *Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung*, die Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium zu prüfen und in einem ersten Schritt die Bedeutung der Abiturnote zugunsten anderer Kriterien wie z.B. einschlägige Berufsausbildungen, Freiwilliges Soziales Jahr oder Test für medizinische Studiengänge zu senken. Damit kann auch Studieninteressierten, die zwar eine hohe Motivation und Eignung für eine kurative Tätigkeit haben, den geforderten Abiturnotendurchschnitt aber nicht erreichen, eine Chance auf einen Medizinstudienplatz eröffnet werden.

Dazu sind aber weitere Schritte erforderlich.

Aktuell werden Wartezeiten nur im Rahmen einer Quote beim Auswahlverfahren der Stiftung für Hochschulzulassung berücksichtigt, mit der Folge besonders langer Wartezeiten für die Bewerberinnen und Bewerber mit einem nicht sehr guten Abiturnotendurchschnitt. Beim Auswahlverfahren der Hochschulen dagegen können Wartezeiten nach den Regelungen des Hochschulrahmengesetzes nur als nachrangiges Kriterium bei gleicher Note anerkannt werden.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fordern die Kultusministerkonferenz auf, die Bedeutung der Wartezeiten bei der Zulassung zum Medizinstudium in dem Fall zu stärken, dass für das ärztliche Handeln qualifizierende Tätigkeiten ausgeübt wurden, und sicherzustellen, dass neben den von der Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vorgeschlagenen Kriterien Warte-

semester beim Auswahlverfahren regelhaft und bundeseinheitlich anerkannt werden. Die bestehende 20 %-Quote für Wartezeiten wird davon nicht berührt.

Begründung:

Nach den Regelungen des Hochschulrahmengesetzes (§ 32) werden die Medizinstudienplätze nach Abzug einer Vorabquote für bestimmte Bewerbergruppen (u.a. für Ausländer, Härtefälle, Zweitstudienbewerber, Sanitätsoffiziere der Bundeswehr) wie folgt vergeben:

- 20 Prozent an die Abiturbesten,
- 20 Prozent nach der angesammelten Wartezeit und
- 60 Prozent von den Hochschulen nach dem Ergebnis eines hochschuleigenen Auswahlverfahrens.

Aktuell werden Wartezeiten nur im Rahmen einer Quotenregelung der Stiftung für Hochschulzulassung berücksichtigt, mit der Folge besonders langer Wartezeiten für die Bewerberinnen und Bewerber mit einem nicht sehr guten Abiturnotendurchschnitt. Die Rangfolge bei dieser Auswahl nach der Wartezeit wird grundsätzlich durch die Zahl der seit dem Erwerb der Studienberechtigung verstrichenen Halbjahre bestimmt. In diesem Auswahlverfahren verschlechtert sich die Situation für die Bewerberinnen und Bewerber zusehends. Im Wintersemester 2005/2006 war noch eine Wartezeit von 8 Semestern ausreichend, um einen Studienplatz zu erhalten. Im Sommersemester 2011 wurden nur die Bewerber berücksichtigt, die eine Wartezeit von mindestens 13 Semestern vorweisen konnten. Kürzere Wartezeiten sind in der Zukunft nicht zu erwarten. Hierzu tragen auch die doppelten Abiturjahrgänge und der Wegfall der Wehrpflicht bei.

Unbefriedigend ist, dass außerhalb dieser Quote die Wartezeit fast keine Rolle spielt. Die Wartezeit zählt im Auswahlverfahren der Hochschulen nur bei gleicher Note als nachrangiges Kriterium.

Auch mit Blick auf die Altersstruktur der Ärzteschaft ist das zurzeit praktizierte Auswahlverfahren nicht mehr zeitgemäß. Eine Möglichkeit der Öffnung wäre zum Beispiel eine bundeseinheitliche Regelung, nach der neben den bereits von der Kommission vorgeschlagenen zusätzlichen Auswahlkriterien jedes Semester Wartezeit die Abiturnote - z.B. um 0,1 Notenwerte - verbessert.

Votum: 16 : 0 : 0

84.Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 9.3

Zukunft der Pflegeberufe in Deutschland nach Änderung der EU-Richtlinie 2005/36/EG

Antragsteller: Bremen, Bayern

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fordern das Bundesministerium für Gesundheit auf, sich auf EU-Ebene weiterhin dafür einzusetzen, dass bei der Änderung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG aufgrund des Fachkräftemangels die Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung im Bereich der Krankenpflege bei 10 Schuljahren belassen oder zumindest für die spezifische deutsche Ausbildung eine Sonderregelung geschaffen wird.

Nur sofern sich dies auf EU-Ebene absehbar nicht erreichen lässt, sollen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der von ihnen geleiteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe darauf hinwirken, dass bei der Erstellung der Eckpunkte für einen Referentenentwurf für eines Bundesgesetzes für eine generalistische Pflegeausbildung der 12-jährige Zugang zur Berufsausbildung strukturell und inhaltlich berücksichtigt wird. Gleichzeitig soll die Bund-Länder-Arbeitsgruppe aber Strategien entwickeln, die auch weiterhin eine qualifizierte Pflegeausbildung für Bewerber mit 10-jähriger Schulbildung ermöglichen.

Begründung:

Die EU-Kommission hat in ihrer Sitzung am 30.5.2011 in Brüssel festgestellt, dass der Zugang von 12 Schuljahren für die Krankenpflegeausbildung von der Mehrheit der Mitgliedsstaaten befürwortet wird. Die EU-Kommission beabsichtigt daher, die Anerkennungsrichtlinien dahingehend zu ändern. Diese Änderung muss innerhalb der nächsten Jahre in nationales Recht umgesetzt werden und wirkt sich daher auf die Arbeit der BLAG unmittelbar aus. Eine Änderung hin zu einem Zugang nach 12 Schuljahren hat erhebliche Auswirkungen auf das Pflegeausbildungsszenario in Deutschland. Hier muss insbesondere die mangelnde Rekrutierung von genügend Absolventen/Absolventinnen für die Krankenpflegeausbildung erwogen werden, da die derzeitige Fachschulausbildung für Hochschulzugangsberechtigte nicht attraktiv ist.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 10.1

Forschungsauftrag „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“

Antragsteller: Hessen

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK sieht die Notwendigkeit, die derzeitige Versorgungssituation von Palliativpatienten in Deutschland durch ein Forschungsprojekt zu untersuchen. Die GMK empfiehlt dem BMG nachdrücklich, ein bundesweites Forschungsprojekt aufzulegen und die GMK dabei zu beteiligen.

Begründung:

Es mehren sich derzeit Hinweise darauf, dass sich im Bereich der Palliativmedizinischen Versorgung eine eklatante Fehlentwicklung anbahnt.

Selbst oder gerade in Bundesländern, die eine sehr gute Vertragslage im Bereich der SAPV aufweisen können, finden sich offenbar deutliche Mängel in den bekannten Übergängen zwischen den Sektoren. Dies bedeutet konkret, dass stationäre Patienten im Anschluss an ihren Aufenthalt im Krankenhaus eine SAPV verordnet bekommen, obwohl eine „allgemeine“ palliativmedizinische Versorgung ausreichend gewesen wäre. Dies liegt offenbar daran, dass der EBM keine gesonderte Vergütung für die allgemeine palliativmedizinische Versorgung vorsieht und somit die aufwendige Betreuung dieser Patienten nicht ausreichend finanziert ist.
Eine allgemeine ambulante Palliativversorgung kann sehr zeitaufwendig und personalaufwendig sein. Zudem muss man davon ausgehen, dass der größte Teil dieser Patienten nicht krebskrank und nicht „speziell“ versorgt werden muss. Aber gerade die ambulante allgemei-

ne Führung des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen bedarf einer zwischenmenschlichen Beziehung, die nur schwer im derzeitigen EBM abbildbar ist.

Nicht die Notwendigkeit einer medizinischen Therapie an sich ist häufig das Problem, sondern die Erschöpfung der Patienten selbst und deren pflegender Angehöriger. Diese Leistungen werden im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativmedizin derzeit nicht adäquat abgebildet und führen daher dazu, dass Hausärzte wenig bis keine Kapazitäten haben, sie zu erbringen. Die Versorgung in Pflegeheimen ist hiervon in gleicher Weise betroffen.

Die Konsequenz ist, dass die teure – und nicht immer notwendige – SAPV (aus Mangel an anderen hausärztlichen Alternativen) verordnet wird und/oder es zu regelmäßigen Einweisungen von Palliativ-Patienten in Krankenhäuser kommt.

Einer würdigen Versorgung sterbender Patienten bis zum Lebensende in häuslicher oder vertrauter Umgebung spricht diese Entwicklung entgegen. Zudem führt sie dazu, dass teure Ressourcen genutzt werden (müssen), die dann den Patienten, die sie dringender bräuchten, nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen.

Da diese Beobachtungen derzeit mit keinem der vorhandenen Instrumentarien untersucht und quantifiziert werden können, ist es geboten einen bundesweiten Forschungsauftrag zu vergeben, der die tatsächliche Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland untersucht und folgende Fragen beantwortet:

- Wie viele Patienten kommen als Palliativpatienten in die Klinik, sind vom Vorbehandler entsprechend informiert und dem Nachbehandler gegenüber ausgewiesen
- Sind diese Patienten zuvor palliativmedizinisch ärztlich bzw. palliativpflegerisch ausreichend versorgt worden?
- Wie viele Patienten verlassen erstmals als Palliativpatienten die Klinik?
- Wird für alle zu entlassenden Palliativpatienten eine ausreichende Palliativversorgung in die Wege geleitet?
- Woher kommen diese Patienten und gehen sie an den gleichen Versorgungsort zurück?
- Welche ärztlichen und welche pflegerischen Empfehlungen werden bei Entlassung gegeben?
- Erfolgt vor Entlassung eine strukturierte Entscheidungsfindung mit den Patienten und Angehörigen über eine entsprechend bedarfsgerechte Verordnung von SAPV aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht?
- Welche Aufgaben übernimmt der Sozialdienst eines Krankenhauses zur

Unterstützung des Entlassmanagements?

- Wie wird die Indikation zur Verordnung von SAPV gestellt und dabei die Vermeidung von Über- wie Unterversorgung beachtet?
- Welche Empfehlungen werden zur allgemeinen Palliativversorgung gegeben, soweit eine SAPV nicht angezeigt ist?
- Sind die Sichtweisen der Kliniker und hausärztlich versorgenden Fachärzte bezüglich der erforderlichen Maßnahmen der Palliativversorgung in der jeweiligen Region stimmig?
- Welche Optimierungspotentiale für das Entlassmanagement von Palliativpatienten werden in der jeweiligen Klinik gesehen?

Das Instrument der Evaluation der SAPV ist für die Beantwortung der genannten Fragen ungeeignet, da die SAPV nur ein Aspekt innerhalb der Palliativversorgung ist und sich lediglich auf einen kleinen Teil (der selbst von der SAPV-Seite mit ca. 10% angegeben wird) beschränkt. Sie berücksichtigt darüber hinaus nicht ausreichend die Schnittstellen zwischen ambulanter allgemeiner und spezieller Palliativversorgung sowie die Übergänge Klinik-Klinik oder ambulanter Versorgung-Klinik. 90% der palliativ zu versorgenden Patienten blieben hierbei unberücksichtigt.

Das Instrument der sektorübergreifenden Qualitätssicherung ist sicherlich in weiterer Zukunft denkbar, wobei die Entwicklung von Qualitätsindikatoren eine sehr große Herausforderung darstellen und sicherlich nicht in absehbarer Zeit erfolgen wird.

Es muss berücksichtigt werden, dass es sich um die Versorgung eines Patientengutes handelt, das nicht nach Diagnosen und einer vorangegangenen Therapie klassifizierbar ist. Darüber hinaus sind medizinische Leitlinien nur in kleinen Teilbereichen anwendbar. So kann man etwa bei der Schmerzbehandlung nach Standards vorgehen, aber nicht bei der viel wichtigeren Führung des Patienten und seiner Angehörigen. Auch ist es äußerst schwierig, die Schwere eines Krankheitsverlaufs zu bestimmen, weil zahlreiche Faktoren das Leidensbild abschwächen oder verstärken können.

<u>Votum:</u> 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 10.2

Gesundheitsförderung und Prävention

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder fordert die Bundesregierung auf, gemeinsam mit den Ländern Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in allen Politikfeldern und Lebensbereichen fest zu verankern

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder betonen, dass der Erfolg von Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich davon abhängig ist, in welchem Umfang auf den Ebenen Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger abgestimmt und an gemeinsamen Präventionszielen orientiert gehandelt wird. Dabei ist die bisherige Entwicklung bei der Gesundheitsförderung und Prävention in den Ländern zu berücksichtigen. Für eine wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung muss gewährleistet sein, dass die Menschen, insbesondere auch benachteiligte Zielgruppen, in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld wirksam erreicht werden.

3. Die GMK bittet den Bund, diesen Ansatz zu unterstützen und gemäß § 20 SGB V Abs. 1 und 2 (Primärprävention) bei der gesetzlichen Krankenversicherung darauf hinzuwirken, insbesondere den Lebensweltansatz (Setting) im Rahmen der in § 20 (2) geregelten Ausgaben noch intensiver und mit mehr Finanzmitteln als heute zu verfolgen.

4. Die GMK erneuert ihr Kooperationsangebot an den Bund und regt die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Umsetzung der Ziffern 1 bis 3 an.

Begründung:

Gesundheitsförderung und Prävention sind unverzichtbare Strategien, die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung zu stärken. Angesichts des demografischen Wandels, längerer Lebensarbeitszeiten, des erhöhten Kostendrucks im Gesundheitswesen und einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen sind die Erwartungen an eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention gestiegen.

Gesundheitsförderung und Prävention leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung und können zu größerer Effizienz im Gesundheitswesen oder zu einem Rückgang von Behandlungskosten und Frühberentungen beitragen.

Aktivitäten sollten sowohl auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene etabliert, verknüpft sowie im Sinne einer Gesamtstrategie organisiert und koordiniert gestaltet werden.

Die größten Erfolge werden erzielt, wenn Gesundheitskompetenzen ebenso wie gesundheitsförderliche Bedingungen gestärkt werden und wenn dafür die wesentlichen Akteure zielgerichtet und abgestimmt miteinander zusammenarbeiten.

Bewährt hat sich der Lebensweltansatz als eine gezielte Interventionsstrategie insbesondere in Familien, Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen oder Gemeinden.
Deshalb muss diese Strategie gesichert und weiter entwickelt werden. Die Entwicklung einer Gesamtstrategie zu Gesundheitsförderung und Prävention erfordert die engere Kooperation von Bund und Ländern.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30 Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 10.3

Maßnahmen zur Verbesserung der Organspende in Deutschland

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit sehen nach über 10 Jahren Erfahrung mit dem derzeitigen Transplantationsrecht Verbesserungsbedarf in einzelnen Bereichen, um dem fortbestehenden Organmangel in Deutschland entgegen zu wirken.

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit halten es für notwendig, im Zuge der Umsetzung der EU-Richtlinie 2010/53/EU über die Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe (Organspende-Richtlinie) in das deutsche Transplantationsrecht folgende gesetzliche Änderungen bzw. Ergänzungen, die über den Regelungsgehalt des vorliegenden Referentenentwurfs des Bundesgesundheitsministeriums hinausgehen, aufzunehmen:

a. Die derzeitige erweiterte Zustimmungslösung ist in die Erklärungslösung umzuwandeln, die die Bürgerinnen und Bürger in einem geregelten Verfahren über Organspende informiert und zu einer persönlichen Erklärung auffordert, ob sie einer Organspende zustimmen, nicht zustimmen oder sich nicht erklären möchten. Bei unterbliebener Erklärung ist eine Organentnahme bei einem potentiellen Organspender erlaubt, sofern die Angehörigen zustimmen.

b. In Krankenhäusern mit Intensivstation ist mindestens ein Transplantations-beauftragter / eine Transplantationsbeauftragte zu bestellen. Es sollte ein Arzt oder

eine Ärztin sein. Die Anzahl sollte sich an der Bettenzahl und an der Zahl der Intensivstationen orientieren.

c. Es ist eine staatliche Kontrolle der Koordinierungs- (§ 11 TPG) und der Vermittlungsstelle (§ 12 TPG) sicherzustellen. Neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben Vertreter des Bundes und der Länder die Einhaltung der Vertragsbestimmungen durch die Koordinierungs- und die Vermittlungsstelle zu überwachen.

d. Die Gültigkeit der Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) ist an die rechtsförmliche Prüfung und die Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu binden.

e. Den regionalen Untergliederungen der Koordinierungsstelle ist mehr Eigenverantwortlichkeit einzuräumen. Diese sollen nicht mehr nur als „unselbstständige Verwaltungsstellen“ fungieren, sondern das von der Koordinierungsstelle zugewiesene Budget selbstständig verwalten und Personalverantwortung übernehmen können.

f. Die versicherungsrechtliche Absicherung der Organlebendspender ist, insbesondere im Hinblick auf mögliche Spätfolgen und mittelbare Schäden im Kranken- und Unfallversicherungsrecht (SGB V und VII), eindeutig zu regeln, um für den im Höchstmaße altruistisch handelnden Organlebendspender ein verbessertes Schutzniveau zu erreichen.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit bitten das Bundesministerium für Gesundheit, die Vertragsparteien nach § 11 Abs. 2 TPG aufzufordern, die derzeit gültigen Refinanzierungsparameter für die Entnahmekrankenhäuser, deren Grundkalkulation seit 2004 unverändert ist, unverzüglich neu zu kalkulieren, um sicherzustellen, dass die Aufwandserstattung für die Entnahmekrankenhäuser angesichts der sich rasant verändernden Rahmenbedingungen auch tatsächlich kostendeckend erfolgt.

3. Darüber hinaus fordern die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Qualität der Versorgung im Rahmen der „externen Qualitätssicherung“ zu erarbeiten. Hauptziel der Maßnahme ist es, eine verlässliche Datenbasis zu erlangen, um die Leistung der Krankenhäuser in Deutschland im Bereich

Organspende transparenter und vergleichbarer zu machen. Die im Bereich Organspende auf diese Art erhobenen Indikatoren sollen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht werden.

4. Die Länder werden für den gefundenen Weg intensiv werben, bestehende Ängste aufnehmen, über das Recht des Einzelnen, sich frei zu entscheiden, informieren, und wollen damit erreichen, dass es zu einer signifikanten Erhöhung der Organspenden kommt.

Begründung:

1. Allgemeine Begründung:

Die Transplantationsmedizin wird in Deutschland auch 13 Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes (TPG) noch immer durch einen gravierenden Mangel an Spenderorganen geprägt. Deutschlandweit warten derzeit mehr als 12.500 Patienten auf ein Spenderorgan. Im internationalen Vergleich ist Deutschland im Bereich der postmortalen Organspende deutlich abgeschlagen. Der Bericht der Bundesregierung zur Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland vom 30.6.2009 (BT-Drs. 16/13740) hat gezeigt, dass es zur Verbesserung der Situation und damit zur Steigerung der Zahl der Patienten, die durch eine Organspende gerettet werden können, notwendig ist, konzertierte Maßnahmen zu ergreifen.

Auf der Grundlage dieser Bestandsaufnahme werden Maßnahmen von der GMK für notwendig erachtet, die im Einzelnen erläutert werden:

2. Einzelbegründung:

Zu Punkt 1a:

In Deutschland warten derzeit mehr als 12.500 Patienten auf ein Spenderorgan. Infolge des Organmangels versterben jedes Jahr rund 1.000 Patienten auf der Warteliste, ca. jeder Dritte. Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzGA) aus dem Jahr 2010 sind über 74% der Bundesbürger/-innen bereit ein Organ zu spenden. Jedoch füllen nur 25% einen Organspendeausweis aus und bekennen sich damit zu ihrer Entscheidung. Hierin liegt die Problematik der bestehenden, erweiterten Zustimmungslösung, die für die Organentnahme die Einwilligung des Organspenders bzw. sofern nicht vorhanden, die Einwilligung der nächsten Angehörigen des Spenders vorsieht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle müssen bei nicht vorhandener Einwilligung des Organspenders die Angehörigen des verstorbenen Verwandten eine Entscheidung zur Organspende treffen. Und zwar regelmäßig im Zeitpunkt der Übermittlung der Todesnachricht. In dieser Situation ist es für die Angehörigen häufig unmöglich, eine Entscheidung im Sinne des Verstorbenen abzuwägen, zudem ist ihnen der Wille des Verstorbenen vielfach nicht bekannt. Viele lehnen daher eine Organentnahme ab. Trotz kontinuierlicher Aufklärung und Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger konnte bisher keine nachhaltige Steigerung der Organspendezahlen erreicht werden.

Ziel einer neuen Regelung, ist, es, dass eine Organspende in möglichst vielen Fällen auf eine ausdrückliche Erklärung gestützt werden kann. Wie auch bei der derzeitigen Regelung ist es möglich, die Zustimmung zu Lebzeiten oder den Widerspruch durch die Angehörigen auf bestimmte Organe zu beschränken.

In der aktuellen fachlichen und politischen Debatte werden derzeit vielfältige Lösungsansätze zur Erhöhung der Organspendebereitschaft diskutiert. Die Vorschläge reichen von der Beibehaltung der erweiterten Zustimmungslösung über die Einführung einer erweiterten Widerspruchslösung bis zur Normierung einer Erklärungslösung (bzw. Entscheidungslösung).

Das Problem ist: Die jetzige Regelung der erweiterten Zustimmungslösung hat leider nicht dazu geführt, die Organspenderzahlen deutlich zu erhöhen. Die erweiterte Widerspruchlösung stößt andererseits auf Kritik, insbesondere wegen des Eingriffs in das Selbstbestimmungsrecht, der fehlenden Möglichkeit, vor einer derartigen Entscheidung ausdrücklich befragt zu werden und des Spielraums, die persönliche Entscheidung jederzeit revidieren zu können.

Angesichts dieses Dilemmas bietet eine Erklärungslösung gute Voraussetzungen für einen hohen gesellschaftlichen Konsens. Sie nimmt einerseits alle Bürgerinnen und Bürger in die Pflicht, sich zur Organspende zu verhalten, trägt aber andererseits dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen hinreichend Rechnung.

Zu Punkt 1b:

Organspende entscheidet sich im Krankenhaus. Um die Strukturen des Organspendeprozesses in den Krankenhäusern zu verbessern, bedarf es einer bundesweiten Verpflichtung der Krankenhäuser zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten. Damit ein Transplantationsbeauftragter abteilungsübergreifend agieren kann, muss dieser außerdem im Sinne einer Stabsstelle direkt der Krankenhausleitung unterstellt und mit allen dazu notwendigen Kompetenzen ausgestattet sein.

In Krankenhäusern mit einer eigenständigen Fachabteilung für Neurochirurgie ist mit einem höheren Aufkommen möglicher Organspender zu rechnen, sodass es hier besonders wichtig ist, Strukturen und Abläufe des Organspendeprozesses fest im Krankenhausalltag zu verankern. In großen Krankenhäusern sind nur hauptamtlich tätige

Transplantationsbeauftragte in der Lage, die Abläufe in den einzelnen Abteilungen zu analysieren und zu optimieren sowie Standards zu entwickeln und verbindlich einzuführen. Weitere Aufgaben betreffen u.a. die Führung von Angehörigengesprächen, die kontinuierliche klinikinterne Fortbildung, die enge Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), das Controlling und die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Zu Punkt 1c und 1d:

Zur Gewährleistung eines ausreichenden und effektiven Schutzes der Organempfänger und des Vertrauens der Bevölkerung in das System der Organspende bedarf es einer kontinuierlichen und stringenten staatlichen Überwachung aller am Organspendeprozess beteiligten Institutionen. Es müssen daher die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine ausreichende und effektive staatliche Kontrolle über die Tätigkeiten der Koordinierungs- sowie der Vermittlungsstelle sicherzustellen.

Zudem bedarf es auch einer staatlichen Rückbindung der eminent grundrechtsrelevanten Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer im Wege eines Genehmigungsvorbehalts durch das Bundesministerium für Gesundheit analog der rechtsförmlichen Prüfung und Genehmigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Punkt 1e:

Die operativen Aufgaben der Koordinierungsstelle werden in den DSO-Regionen durchgeführt. Angesichts bundesweit höchst unterschiedlicher Krankenhausstrukturen bedarf es entsprechender Handlungs- und Gestaltungsspielräume in den einzelnen DSO-Regionen, um auf regionale Entwicklungen und Besonderheiten sachgerecht und zeitnah reagieren zu können. Dies verlangt insbesondere nach einer weitgehend eigenständigen Budget- und Personalverantwortung in den Regionen.

Zu Punkt 1f:

Da der Organlebendspender in erheblichem Maße fremd- und gemeinnützig handelt, sollten die bestehenden Unklarheiten und Unsicherheiten des Versicherungsschutzes durch entsprechende gesetzliche Regelungen beseitigt werden. Der Unfallversicherungsschutz sollte auf alle - auch mittelbaren - Komplikationen infolge einer Organspende erstreckt werden, unabhängig davon, ob ein „Unfall“ im Sinne der Unfallversicherung vorliegt. Zudem

sollte eine Leistungspflicht der Unfallversicherung auch bei Spätschäden der Organspenden bestehen. Der Versicherungsschutz sollte auch verhindern, dass es zu finanziellen Einbußen des Organspenders infolge der Lebendspende kommt.

Zu Punkt 2:

Bereits die 82. GMK hat im April 2009 die Bundesregierung gebeten, den Spitzenverband der Krankenkassen gemeinsam mit den Vertragspartnern nach § 11 Transplantationsgesetz aufzufordern, die Aufwandserstattung für Krankenhäuser und Transplantationszentren zu überprüfen und neu zu regeln. Die seit 2004 unverändert geltende Aufwandserstattung für die Krankenhäuser und Transplantationszentren für deren Leistungen bei der Organspende wird als nicht mehr kostendeckend angesehen. Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts sind die Pauschalen z. B. in Abhängigkeit von der Prozessdauer und der Art und Höhe von Zusatzleistungen (z. B. aufwändige apparative Untersuchungen, Laboruntersuchungen) des Krankenhauses nicht hinreichend differenziert. Auch sogenannte Opportunitätskosten, die dadurch entstehen, dass durch den Organspendeprozess gebundene Ressourcen nicht für andere Patienten verwendet werden können, sind nicht erfasst. Zusätzlich sind die allgemeine Kostenentwicklung seit 2004 und die zunehmend knappen personellen und finanziellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu berücksichtigen.

Zu Punkt 3:

Das Hauptziel der externen stationären Qualitätssicherung im Bereich Organspende soll sein, die Leistung der Krankenhäuser in Deutschland in diesem Bereich transparenter und vergleichbar zu machen. Die externe stationäre Qualitätssicherung im Bereich Organspende soll zukünftig das Erhebungswesen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) ersetzen, das im Routinebetrieb der Krankenhäuser häufig als nicht systemkonforme, zusätzliche Leistung angesehen wird. Die daraus resultierende Datenbasis zu möglichen und potentiellen Organspendern ist daher oft lückenhaft und trägt nur teilweise zur Transparenz des Organspendeprozesses bei. Die Qualitätsmerkmale der externen stationären Qualitätssicherung für den Ablauf des Organspendeprozesses sollen auf die Inhalte des derzeit existierenden Erhebungsbogens der Koordinierungsstelle abgestimmt werden.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollerklärung: Die Länder Bayern, Hessen, Sachsen-Anhalt und Saarland haben Zweifel, ob eine Erklärungslösung zu einer signifikanten Verbesserung der

Spendenbereitschaft führt. Eine Verbesserung sehen sie in erster Linie in der erweiterten Widerspruchslösung.

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 10.3

Maßnahmen zur Verbesserung der Organspende in Deutschland

Antragsteller: Hessen, Bayern, Sachsen-Anhalt

Beschlussvorschlag:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit sehen nach über 10 Jahren Erfahrung mit dem derzeitigen Transplantationsrecht Verbesserungsbedarf in einzelnen Bereichen, um dem fortbestehenden Organmangel in Deutschland entgegen zu wirken.

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit halten es für notwendig, im Zuge der Umsetzung der EU-Richtlinie 2010/53/EU über die Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe (Organspende-Richtlinie) in das deutsche Transplantationsrecht folgende gesetzliche Änderungen bzw. Ergänzungen, die über den Regelungsgehalt des vorliegenden Referentenentwurfs des Bundesgesundheitsministeriums hinausgehen, aufzunehmen:

   a. Die derzeitige erweiterte Zustimmungslösung ist in eine erweiterte Widerspruchslösung umzuwandeln. In Zweifelsfällen werden auch weiterhin die Angehörigen über den mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders befragt.

   b. In Krankenhäusern mit Intensivstation ist mindestens ein Transplantationsbeauftragter /eine Transplantationsbeauftragte zu bestellen. Es sollte ein Arzt oder eine Ärztin sein. Die Anzahl sollte sich an der Bettenzahl und an der Zahl der Intensivstationen orientieren.

c. Es ist eine staatliche Kontrolle der Koordinierungs- (§ 11 TPG) und der Vermittlungsstelle (§ 12 TPG) sicherzustellen. Neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben Vertreter des Bundes und der Länder die Einhaltung der Vertragsbestimmungen durch die Koordinierungs- und die Vermittlungsstelle zu überwachen.

d. Die Gültigkeit der Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) ist an die rechtsförmliche Prüfung und die Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu binden.

e. Den regionalen Untergliederungen der Koordinierungsstelle ist mehr Eigenverantwortlichkeit einzuräumen. Diese sollen nicht mehr nur als „unselbstständige Verwaltungsstellen“ fungieren, sondern das von der Koordinierungsstelle zugewiesene Budget selbstständig verwalten und Personalverantwortung übernehmen können.

f. Die versicherungsrechtliche Absicherung der Organlebendspender ist, insbesondere im Hinblick auf mögliche Spätfolgen und mittelbare Schäden im Kranken- und Unfallversicherungsrecht (SGB V und VII), eindeutig zu regeln, um für den im Höchstmaße altruistisch handelnden Organlebendspender ein verbessertes Schutzniveau zu erreichen.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit bitten das Bundesministerium für Gesundheit, die Vertragsparteien nach § 11 Abs. 2 TPG aufzufordern, die derzeit gültigen Refinanzierungsparameter für die Entnahmekrankenhäuser, deren Grundkalkulation seit 2004 unverändert ist, unverzüglich neu zu kalkulieren, um sicherzustellen, dass die Aufwandserstattung für die Entnahmekrankenhäuser angesichts der sich rasant verändernden Rahmenbedingungen auch tatsächlich kostendeckend erfolgt.

3. Darüber hinaus fordern die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Qualität der Versorgung im Rahmen der „externen Qualitätssicherung“ zu erarbeiten. Hauptziel der Maßnahme ist es, eine verlässliche Datenbasis zu erlangen, um die Leistung der Krankenhäuser in Deutschland im Bereich Organspende transparenter und vergleichbarer zu machen. Die im Bereich Organspende auf diese Art erhobenen Indikatoren sollen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht werden.

Begründung:

1. Allgemeine Begründung:

Die Transplantationsmedizin wird in Deutschland auch 13 Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes (TPG) noch immer durch einen gravierenden Mangel an Spenderorganen geprägt. Deutschlandweit warten derzeit mehr als 12.500 Patienten auf ein Spenderorgan. Im internationalen Vergleich ist Deutschland im Bereich der postmortalen Organspende deutlich abgeschlagen. Der Bericht der Bundesregierung zur Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland vom 30.6.2009 (BT-Drs. 16/13740) hat gezeigt, dass es zur Verbesserung der Situation und damit zur Steigerung der Zahl der Patienten, die durch eine Organspende gerettet werden können, notwendig ist, konzertierte Maßnahmen zu ergreifen.

Auf der Grundlage dieser Bestandsaufnahme werden Maßnahmen von der GMK für notwendig erachtet, die im Einzelnen erläutert werden:

2. Einzelbegründung:

Zu Punkt 1a:

In Deutschland warten derzeit mehr als 12.500 Patienten auf ein Spenderorgan. Infolge des Organmangels versterben jedes Jahr rund 1.000 Patienten auf der Warteliste, ca. jeder Dritte. Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzGA) aus dem Jahr 2010 sind über 74% der Bundesbürger/-innen bereit ein Organ zu spenden. Jedoch füllen nur 25% einen Organspendeausweis aus und bekennen sich damit zu ihrer Entscheidung. Hierin liegt die Problematik der bestehenden, erweiterten Zustimmungslösung‘, die für die Organentnahme die Einwilligung des Organspenders bzw. sofern nicht vorhanden, die Einwilligung der nächsten Angehörigen des Spenders vorsieht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle müssen bei nicht vorhandener Einwilligung des Organspenders die Angehörigen des verstorbenen Verwandten eine Entscheidung zur Organspende treffen. Und zwar regelmäßig im Zeitpunkt der Übermittlung der Todesnachricht. In dieser Situation ist es für die Angehörigen häufig unmöglich, eine Entscheidung im Sinne des Verstorbenen abzuwägen, zudem ist ihnen der Wille des Verstorbenen vielfach nicht bekannt. Viele lehnen daher eine Organentnahme ab. Trotz kontinuierlicher Aufklärung und Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger konnte bisher keine nachhaltige Steigerung der Organspendezahlen erreicht werden. Mit der ‚erweiterten Widerspruchslösung‘ kommt grundsätzlich jeder Mensch

als Organspender in Betracht, sofern der Organentnahme nicht ausdrücklich durch ihn selbst, hilfsweise durch seine Angehörigen, widersprochen wurde. Organspende wird damit zum Normalfall.

Zu Punkt 1b:

Organspende entscheidet sich im Krankenhaus. Um die Strukturen des Organspendeprozesses in den Krankenhäusern zu verbessern, bedarf es einer bundesweiten Verpflichtung der Krankenhäuser zur Bestellung von Transplantationsbeauftragten. Diese sind für die Wahrnehmung ihrer Tätigkeit freizustellen. Damit ein Transplantationsbeauftragter abteilungsübergreifend agieren kann, muss dieser außerdem im Sinne einer Stabsstelle direkt der Krankenhausleitung unterstellt und mit allen dazu notwendigen Kompetenzen ausgestattet sein.

In Krankenhäusern mit einer eigenständigen Fachabteilung für Neurochirurgie ist mit einem höheren Aufkommen möglicher Organspender zu rechnen, sodass es hier besonders wichtig ist, Strukturen und Abläufe des Organspendeprozesses fest im Krankenhausalltag zu verankern. In großen Krankenhäusern sind nur hauptamtlich tätige Transplantationsbeauftragte in der Lage, die Abläufe in den einzelnen Abteilungen zu analysieren und zu optimieren sowie Standards zu entwickeln und verbindlich einzuführen. Weitere Aufgaben betreffen u.a. die Führung von Angehörigengesprächen, die kontinuierliche klinikinterne Fortbildung, die enge Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), das Controlling und die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Zu Punkt 1c und 1d:

Zur Gewährleistung eines ausreichenden und effektiven Schutzes der Organempfänger und des Vertrauens der Bevölkerung in das System der Organspende bedarf es einer kontinuierlichen und stringenten staatlichen Überwachung aller am Organspendeprozess beteiligten Institutionen. Es müssen daher die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine ausreichende und effektive staatliche Kontrolle über die Tätigkeiten der Koordinierungs- sowie der Vermittlungsstelle sicherzustellen.

Zudem bedarf es auch einer staatlichen Rückbindung der eminent grundrechtsrelevanten Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer im Wege eines Genehmigungsvorbehalts durch das Bundesministerium für Gesundheit analog der rechtsförmlichen Prüfung und Genehmigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Punkt 1e:

Die operativen Aufgaben der Koordinierungsstelle werden in den DSO-Regionen durchgeführt. Angesichts bundesweit höchst unterschiedlicher Krankenhausstrukturen bedarf es entsprechender Handlungs- und Gestaltungsspielräume in den einzelnen DSO-Regionen, um auf regionale Entwicklungen und Besonderheiten sachgerecht und zeitnah reagieren zu können. Dies verlangt insbesondere nach einer weitgehend eigenständigen Budget- und Personalverantwortung in den Regionen.

Zu Punkt 1f:

Da der Organlebendspender in erheblichem Maße fremd- und gemeinnützig handelt, sollten die bestehenden Unklarheiten und Unsicherheiten des Versicherungsschutzes durch entsprechende gesetzliche Regelungen beseitigt werden. Der Unfallversicherungsschutz sollte auf alle - auch mittelbaren - Komplikationen infolge einer Organspende erstreckt werden, unabhängig davon, ob ein „Unfall“ im Sinne der Unfallversicherung vorliegt. Zudem sollte eine Leistungspflicht der Unfallversicherung auch bei Spätschäden der Organspenden bestehen. Der Versicherungsschutz sollte auch verhindern, dass es zu finanziellen Einbußen des Organspenders infolge der Lebendspende kommt.

Zu Punkt 2:

Bereits die 82. GMK hat im April 2009 die Bundesregierung gebeten, den Spitzenverband der Krankenkassen gemeinsam mit den Vertragspartnern nach § 11 Transplantationsgesetz aufzufordern, die Aufwandserstattung für Krankenhäuser und Transplantationszentren zu überprüfen und neu zu regeln. Die seit 2004 unverändert geltende Aufwandserstattung für die Krankenhäuser und Transplantationszentren für deren Leistungen bei der Organspende wird als nicht mehr kostendeckend angesehen. Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts sind die Pauschalen z. B. in Abhängigkeit von der Prozessdauer und der Art und Höhe von Zusatzleistungen (z. B. aufwändige apparative Untersuchungen, Laboruntersuchungen) des Krankenhauses nicht hinreichend differenziert. Auch sogenannte Opportunitätskosten, die dadurch entstehen, dass durch den Organspendeprozess gebundene Ressourcen nicht für andere Patienten verwendet werden können, sind nicht erfasst. Zusätzlich sind die allgemeine Kostenentwicklung seit 2004 und die zunehmend knappen personellen und finanziellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu berücksichtigen.

Zu Punkt 3:

Das Hauptziel der externen stationären Qualitätssicherung im Bereich Organspende soll sein, die Leistung der Krankenhäuser in Deutschland in diesem Bereich transparenter und vergleichbar zu machen. Die externe stationäre Qualitätssicherung im Bereich Organspende soll zukünftig das Erhebungswesen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) ersetzen, das im Routinebetrieb der Krankenhäuser häufig als nicht systemkonforme, zusätzliche Leistung angesehen wird. Die daraus resultierende Datenbasis zu möglichen und potentiellen Organspendern ist daher oft lückenhaft und trägt nur teilweise zur Transparenz des Organspendeprozesses bei. Die Qualitätsmerkmale der externen stationären Qualitätssicherung für den Ablauf des Organspendeprozesses sollen auf die Inhalte des derzeit existierenden Erhebungsbogens der Koordinierungsstelle abgestimmt werden.

Votum:

- zu Ziffer 1a: 5 (HE, ST, SL, BY, HB) : 11 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 11.1

Pflanzenschutzrechtlich nicht relevante Metaboliten im Grundwasser

Antragsteller: Berlin

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK nimmt den Bericht der Bund / Länder-Arbeitsgemeinschaft Wasser (LAWA) zur Kenntnis und beauftragt das Vorsitzland eine entsprechende Stellungnahme an die UMK abzugeben.

Begründung:

Mit Schreiben vom 26.11.2010 hat sich der UMK-Vorsitzende an die GMK-Vorsitzende gewandt mit der Bitte, eine Stellungnahme zu dem Bericht „Pflanzenschutzrechtlich nicht relevante Metaboliten im Grundwasser Deutschlands – Vorkommen und rechtliche Bewertung“ der Bund / Länder Arbeitsgemeinschaft Wasser (LAWA) abzugeben. Der Bericht wurde bereits auf der 75. UMK zur Kenntnis genommen.

Über die AOLG-Geschäftsstelle 2011 wurde das Schreiben des UMK-Vorsitzenden an die LAUG-Vorsitzende am 18.01.2011 weitergeleitet mit der Bitte, eine Bewertung des Berichtes vorzunehmen und der AOLG-Geschäftsstelle die Stellungnahme vorzulegen, um den Sachverhalt bei der 27. AOLG-Sitzung thematisieren zu können.

Nach der fachlichen Einbeziehung der Ad-hoc-AG Trinkwasser der LAUG wurde zu dem Bericht der LAWA eine innerhalb der LAUG mehrheitlich abgestimmte Stellungnahme erarbeitet, die der 27. AOLG vorgelegt wird.

Aus gesundheitlicher Sicht kann abschließend zusammengefasst werden:

Grundsätzlich ist eine Schwellenwertfestlegung für die bislang nicht geregelten nicht relevanten Metabolite von Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel (PBSM) / Pflanzenschutzmittel und Biozidprodukte (PSMBP) zu begrüßen.

Die Anwendung des Gesundheitlicher Orientierungswert (GOW)-Konzeptes des Umweltbundesamtes mit Konzentrationsschwellen von 1 und 3 µg/l nrM und Festlegung eines Grundwasserschwellenwertes der LAWA von 1 µg/l stellt einen Weg der Regulation von nrM unter Erfüllung des Prinzips des ungeteilten Grund- und Trinkwasserschutzes dar.

Votum: 16 : 0 : 0

84. Gesundheitsministerkonferenz 2011

am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main

TOP 11.2

Bericht zur Überwachung mobiler elektroakustischer Beschallungsanlagen

Antragsteller: Berlin

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK nimmt das Ergebnis des „Untersuchungsprojekts Schallpegelüberwachung bei mobilen elektroakustischen Beschallungsanlagen“ zur Kenntnis.

Begründung:

Die ACK zur 81. GMK hat die AOLG, und letztere die LAUG, gebeten, erneut zu berichten, wenn die technische Entwicklung für umfassende rechtliche Regelungen zur Verhinderung von Gehörschäden des Publikums durch elektroakustische Beschallungsanlagen vollzugsnah gereift und geprüft ist.

Da gegenwärtig ein rechtssicherer einheitlicher Vollzug aus technischen Gründen nur im Bereich ortsfester Beschallungsanlagen gewährleistet werden könnte, hat Bayern zur 13. LAUG das Untersuchungsprojekt “Schallpegelüberwachung bei mobilen elektroakustischen Beschallungsanlagen“ durchgeführt. Nach dem hierzu vorliegenden Bericht sind nunmehr rechtssichere technische Lösungen für die Messung und Begrenzung des Lärmpegels auch bei mobilen Musikveranstaltungen auf dem Markt verfügbar.

Als Ergebnis des Projektes kann zusammengefasst werden:

- Es sind bereits mehrere Messsysteme auf dem Markt, die es ermöglichen, nach den Vorgaben der DIN 15905-5 zu messen, auszuwerten und zu dokumentieren.
- Die Einhaltung der Vorgaben der DIN 15905-5 ist, wie die Testmessungen gezeigt haben, technisch umsetzbar.

- Die getesteten Messsysteme sind sowohl für stationäre als auch für mobile elektro-akustische Beschallungssysteme einsetzbar.
- Zuverlässiges und verantwortungsvolles Handeln der Betreiber bzw. Veranstalter und der DJ' s ist auch bei Vorhandensein eines Messsystems notwendig.

Damit sind die fachlichen Voraussetzungen für eine Gesetzgebung in den Ländern gegeben.

Votum: 16 : 0 : 0