

# **Ergebnisprotokoll**

**77. Konferenz  
der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen und Minister, Senatorinnen  
und Senatoren der Länder**

**am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Vorsitz:**

**Dr. Heidi Knake-Werner**

**Senatorin für Gesundheit, Soziales  
und Verbraucherschutz des Landes Berlin**

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**TOP Thema**

---

**5 Beschluss der „Gelben Liste“**

**7 Aktuelle gesundheitspolitische Fragen**

- 7.1 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit finanziellen Auswirkungen auf die Länder  
- Antrag Bremen -
- 7.2 Anpassungsnotwendigkeiten der Versorgungsstrukturen aufgrund des demographischen Wandels  
- Antrag Berlin, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Schleswig-Holstein -
- 7.3 Weiterführung der Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen“  
- Antrag Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt -
- 7.4 Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungsforschung in Deutschland weiterentwickeln  
- Nordrhein-Westfalen, Bremen, Berlin, Schleswig-Holstein -
- 7.5 Finanzsituation der GKV  
- Antrag B-Länder -

**8 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung**

- 8.1 Gemeinschaftsaufgabe Organspende – Verbesserung der Organspendesituation -  
- Antrag Rheinland-Pfalz, Sachsen -
- 8.2 Hormontherapie in den Wechseljahren  
- Antrag Bremen – (Grüne Liste)
- 8.3 Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund  
- Antrag Berlin, Nordrhein-Westfalen -
- 8.4 Präventionsgesetz des Bundes  
- Antrag B-Länder -
- 8.5 Flächendeckende Einführung des Mammographie-Screenings  
- Antrag Hamburg, Bremen, Brandenburg, Schleswig-Holstein -

**9 Qualitätssicherung**

- 9.1 Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems für den Vollzug des Medizinprodukterechts  
- Antrag Sachsen-Anhalt – (Grüne Liste)
- 9.2 Weiterentwicklung der einheitlichen Qualitätsstrategie  
- Antrag Bremen – (Grüne Liste)

9.3 Ausbau der Krebsregister zur besseren Versorgung von Krebskranken  
- Antrag Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Bremen – (Grüne Liste)

9.4 Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Deregulierung  
- Antrag Rheinland-Pfalz, Sachsen -

## **10 Berufe des Gesundheitswesens**

10.1 Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung  
- Antrag Sachsen – (Grüne Liste)

10.2 Rezertifizierung oder Systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung,  
Bewertung der Berichte der Bundesvereinigungen der Heilberufskammern  
- Antrag Bremen – (Grüne Liste)

## **11 Drogen und Sucht**

11.1 Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger  
- Antrag Hamburg, Nordrhein-Westfalen -

11.2 Aktionsplan Alkohol  
- Antrag Vorsitzland, Nordrhein-Westfalen -

## **12 Gesundheitlicher Verbraucherschutz**

12.1 Erzielung von Synergieeffekten in der Lebensmittelüberwachung  
- Antrag Vorsitzland – (Grüne Liste)

## **13 Europäische Gesundheitspolitik**

13.1 Gesundheitspolitische Aspekte der EU-Erweiterung  
- Antrag aller Länder -

## **14 Umweltbezogener Gesundheitsschutz**

14.1 Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“  
- Antrag Hamburg – (Grüne Liste)

14.2 Arzneimittel in der Umwelt  
- Antrag Bremen – (Grüne Liste)

14.3 Zustimmung zur „Radon-Richtlinie“ der Bauministerkonferenz  
- Antrag Vorsitzland – (Grüne Liste)

14.4 Veröffentlichung der Standortdaten von Mobilfunksendeanlagen - Beschluss der 60. UMK -  
- Antrag Vorsitzland – (Grüne Liste)

## **15 Verschiedenes**

15.1 Deutschland-Online  
- Antrag Vorsitzland – (Grüne Liste)

15.2 Einheitlicher Internetauftritt der Gesundheitsministerkonferenz  
- Antrag Vorsitzland -

## **16 Termine**

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 5**

**Beschluss der „Gelben Liste“**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Der Beschluss der „Gelben Liste“ zu „Entnahme von Blutproben zum Zwecke der Gefahrenabwehr“ hat dadurch Gültigkeit erlangt, dass bis zu der gesetzten Frist (04.06.04) kein Widerspruch erfolgt ist und wird hier der GMK nur **nachrichtlich** mitgeteilt.

Die GMK nimmt den Beschluss der „Gelben Liste“ zur Kenntnis.

**77. Gesundheitsministerkonferenz  
2. Beauftragtenrunde am 13./14. Mai 2004  
in Berlin-Köpenick**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 12.3**

**Entnahme von Blutproben  
zum Zwecke der Gefahrenabwehr**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die interministerielle Arbeitsgruppe von GMK und IMK, BMGS und BMI unter Federführung der AOLG wird aufgelöst. Die Arbeitsgruppe hat zur Infektionsgefahr mit Hepatitis B, C und HIV und zu möglichen prophylaktischen Maßnahmen Stellung genommen. Die noch offenen Fragen nach der verfassungsrechtlichen Güterabwägung und der rechtlichen Verankerungsmöglichkeit etwaiger Zwangsmaßnahmen sind von den Innen- und Justizressorts zu klären.

**„Gelbe Liste“**

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 7.1**

**Beschlüsse des Gemeinsamen  
Bundesausschusses mit  
finanziellen Auswirkungen auf die  
Länder**

Antrag: Bremen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die GMK stellt fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. der ehemalige Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen in seinen Beschlüssen zunehmend Leistungserwartungen zu Lasten der Länder formuliert.
2. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage des SGB V das Leistungsgeschehen der GKV zu konkretisieren. Darüber hinausgehende Regelungsinhalte sind nicht Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses.
3. Die Vorsitzende der GMK wird gebeten, in einem Schreiben an den Gemeinsamen Bundesausschuss darauf hinzuweisen, dass entsprechende Beschlüsse für die Länder nicht akzeptabel und nicht bindend sind.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 7.2**

**Anpassungsnotwendigkeiten der  
Versorgungsstrukturen aufgrund  
des demographischen Wandels**

Antrag: Berlin, Rheinland-Pfalz,  
Brandenburg, Schleswig-Holstein

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat folgenden Beschlussvorschlag mehrheitlich abgelehnt:

1. Die GMK erkennt die Herausforderungen, die sich durch den demographischen Wandel in den nächsten Jahrzehnten für die gesundheitliche Versorgung und Pflege stellen werden. In den kommenden Jahrzehnten ergeben sich gravierende Veränderungen in der Bevölkerungszusammensetzung. Geburtenrückgang einerseits und steigende Lebenserwartung andererseits führen dazu, dass allein bis 2020 die Zahl der über 60-jährigen um 24% ansteigt. Besonders stark wird die Zahl der über 75-jährigen zunehmen – um 50% bis 2020. Zudem wird die künftige Lebenssituation älterer Menschen maßgeblich von der Entwicklung der Haushalts- und Familienstrukturen abhängen. Es wird daher in den nächsten Jahren eine wichtige Aufgabe sein, die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und Pflege so an den demographischen Wandel anzupassen, dass eine teure Unterauslastung oder Fehlbelastung von Einrichtungen vermieden und gleichzeitig ein in Qualität und Quantität ausreichendes und an den Bedürfnissen der alternden Bevölkerung orientiertes Versorgungsangebot in zumutbarer Entfernung erhalten bleibt.
2. Für Deutschland liegen zur demographischen Entwicklung bereits eine Vielzahl von Materialien vor. Beispielhaft seien hier nur der Bericht der Enquête-Kommission des Bundestages, der Bericht der Rürup-Kommission, die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes oder die Studie der Bertelsmann-Stiftung „Die demographische Bedrohung meistern“ genannt. Außerdem gibt es hierzu eine Vielzahl von Aktivitäten in den Ländern, beim BMFSFJ sowie von Forschungseinrichtungen, Institutionen und Wissenschaftlern. Da die demographischen Entwicklungen in der EU ähnlich sind und alle Mitgliedstaaten vor vergleichbare Probleme stellen, bittet die GMK die Bundesgesundheitsministerin, den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit einer Analyse innovativer Konzepte anderer europäischer Länder in der Versorgung älterer Menschen einschließlich schwerstkranker und sterbender älterer Menschen zu beauftragen.

3. Die GMK sieht es als sinnvoll an, die vorliegenden Erkenntnisse länderübergreifend zu bündeln und nutzbar zu machen. Sie beauftragt die AOLG, bis zur 79. GMK im Jahr 2006 die vorliegenden Materialien auszuwerten und einen Bericht zur Veränderung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsstrukturen für ältere Menschen sowie deren Finanzierung mit folgenden Schwerpunkten vorzulegen:
  - a. Bestandsaufnahme der unterschiedlichen ambulanten, teilstationären und stationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepte der Länder.
  - b. Beschreibung der sich aus der erwarteten weiteren Verkürzung von Krankenhausaufenthalten abzeichnenden Veränderungen an den Übergängen zu ambulanten Diensten und (teil-)stationären Einrichtungen sowie den aus Sicht der Krankenhausversorgung daraus sich ergebenden gewandelten Anforderungen an die Leistungserbringer in den Bereichen
    - Rehabilitation
    - Pflege
    - Hospize und Palliativmedizin.
  - c. Bestandsaufnahme und Beschreibung integrativer Versorgungsformen
4. Die GMK schlägt der ASMK die Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Bestandsaufnahme der Konzepte der Länder im Rahmen der Altenhilfe (ambulante/komplementäre, teilstationäre und stationäre Versorgung und Betreuung älterer Menschen, einschl. hospizliche Versorgung und Entwicklung/Förderung betreuter Wohnformen) vor. Sie bittet den Bund, an der AG mitzuwirken.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 7.3**

**Weiterführung der Stiftung  
„Humanitäre Hilfe für durch  
Blutprodukte HIV-infizierte  
Personen“**

Antrag: Baden-Württemberg,  
Bayern, Hamburg, Hessen,  
Niedersachsen, Saarland, Sachsen,  
Sachsen-Anhalt

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wird gebeten, bis Ende des Jahres 2006 zur gegenwärtigen Lebenssituation und medizinischen Prognose der Betroffenen und Patienten, die Leistungen aus der Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen“ erhalten, einen Bericht vorzulegen, damit er auf der 80. GMK diskutiert werden kann.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 7.4**

**Rahmenbedingungen für eine  
effektive Versorgungsforschung  
in Deutschland weiterentwickeln**

Antrag: Nordrhein-Westfalen,  
Bremen, Berlin, Schlesig-  
Holstein

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die GMK stellt fest, dass in den vergangenen Jahren an vielen Universitäten in Deutschland, aber auch in verschiedenen außeruniversitären Forschungseinrichtungen, insbesondere des selbstverwalteten Gesundheitswesens, bemerkenswerte Grundlagen für eine leistungsfähige Versorgungsforschung geschaffen wurden. Bislang gibt es aber noch strukturelle Defizite und systematischen Entwicklungsbedarf.
2. Die GMK hält es daher für erforderlich, die Rahmenbedingungen für die Versorgungsforschung in Deutschland weiterzuentwickeln. Dies hat auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinen Gutachten aus den Jahren 1995, 1997 und zuletzt aus dem Jahre 2001 angemahnt. Der Deutsche Ärztetag hat sich im Mai 2003 dieser Forderung angeschlossen. Zuletzt hat die Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ in ihrem Memorandum vom September 2003 in Form eines 6-Punkte-Programms Empfehlungen zur Versorgungsforschung in Deutschland ausgesprochen.
3. Die GMK sieht im Bereich der Versorgungsforschung selbst vordringlich Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:
  - Herstellung von mehr Transparenz über Forschungsschwerpunkte und Forschungsergebnisse,
  - Etablierung einer systematischen Zusammenarbeit innerhalb der Forschung zwischen den Einrichtungen der Versorgungsforschung einerseits und mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Public Health - Wissenschaften andererseits,
  - Entwicklung und Konsentierung methodischer Standards.

4. Die GMK bittet die zuständigen Ressorts auf Bundesebene, die Entwicklung der Versorgungsforschung inhaltlich und finanziell im Rahmen entsprechender Forschungsprogramme verstärkt zu fördern, ähnlich wie dies in der Vergangenheit auch für die Public Health - Forschung und die klinische Forschung erfolgt ist, um dadurch auch den Aufbau der notwendigen Grundlagen für die künftige Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu gewährleisten.
5. Auch auf Länderebene – Gesundheits- und Wissenschaftsressorts, Hochschulen und Forschungseinrichtungen – sind entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten zu prüfen, die insbesondere auf eine verbesserte Kooperation der Einrichtungen der Versorgungsforschung untereinander sowie mit den Organisationen und Institutionen des selbstverwalteten Gesundheitswesens zielen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 7.5**

**Finanzsituation der GKV**

Antrag: B-Länder

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

1. Die Gesundheitsministerkonferenz fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, die aufgrund der Auswirkungen des GMG erzielten Einnahmeüberschüsse vorrangig zur Konsolidierung ihrer Finanzlage, d. h. zum Abbau der bestehenden, z. T. erheblichen Verschuldung, einzusetzen.
2. Die Gesundheitsministerkonferenz ist der Auffassung, dass Beitragssatzsenkungen erst vorgenommen werden sollten, wenn sich der im 1. Quartal 2004 zu verzeichnende Ausgabenrückgang in der GKV als nachhaltig erweist und die individuelle Haushaltslage der jeweiligen Kasse dies zulässt.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 8.1**

**Gemeinschaftsaufgabe  
Organspende – Verbesserung der  
Organspendesituation**

Antrag: Alle Länder

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) begrüßt die Steigerung der Zahl der postmortalen Organspenden im Jahre 2003 (10 % mehr Organe und 11 % mehr Spender als in 2002) ebenso wie die Zunahme der Transplantationen postmortal gespendeter Organe (2003 = 3657, 2002 = 3309). Trotz dieser positiven Entwicklung besteht in Deutschland angesichts von rund 12.000 Patienten auf der Warteliste weiterhin ein erheblicher Organmangel. Die Zahl der Organspenden pro eine Million Einwohner ist in Deutschland nach wie vor erheblich geringer als in anderen europäischen Staaten. Auch in den einzelnen Ländern der Bundesrepublik Deutschland ist die Zahl der Verstorbenen, von denen eine Organspende realisiert werden konnte, unterschiedlich. Sie reichte im Jahr 2003 von 11 bis 26 pro eine Million Einwohner.

Die GMK betont weiterhin die Verantwortung aller mit der Organspende befassten staatlichen und nichtstaatlichen Stellen. Sie hält es deshalb für erforderlich, dass diese ihre Anstrengungen im Sinne einer ständigen Verbesserung der Rahmenbedingungen der "Gemeinschaftsaufgabe Organspende" fortsetzen, um die Zahl der Organspenden in Deutschland weiter zu erhöhen und in allen Ländern auf ein vergleichbar hohes Niveau anzuheben.

Für die GMK sind hierbei folgende Schritte nötig:

1. Ein wesentlicher Schlüssel für die Steigerung der postmortalen Organspende ist das Wirken der **Krankenhäuser**. Von entscheidender Bedeutung ist dabei insbesondere die Motivation des Personals durch umfassende Information über Chancen und Möglichkeiten der Transplantationsmedizin und ihres rechtlichen Rahmens. Die GMK fordert die Krankenhäuser auf, die Mitwirkung an der Organspende als Bestandteil ihres Versorgungsauftrages engagiert wahrzunehmen und insbesondere die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen zu treffen, um ihre Verpflichtungen nach § 11 Abs. 4 Transplantationsgesetz zu erfüllen. Außerdem sollen sie die Zusammenarbeit mit ihren Partnern, insbesondere mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle und den Transplantationszentren, verbessern.

2. Die GMK begrüßt, dass es gelungen ist, die Aufwandserstattung von Krankenhäusern hinsichtlich der für eine postmortale Organentnahme erforderlichen Leistungen, auch wenn sie nicht zum angestrebten Erfolg geführt haben, zu verbessern. Die GMK bittet die **Krankenkassen** als Kostenträger, im Interesse ihrer Versicherten den neuen Rechtsrahmen des Fallpauschalengesetzes auch in Zukunft aktiv zu Gunsten einer verbesserten und leistungsgerechten Vergütung der Organtransplantationen auszugestalten.
3. Die GMK bittet die **Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)**, die Wahrnehmung der ihr durch Vertrag nach § 11 Transplantationsgesetz übertragenen Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern hinsichtlich einer effektiven und effizienten Organisation aller bis zur Transplantation erforderlichen Maßnahmen fortzusetzen und weiter zu intensivieren.
4. Die GMK hält es für erforderlich, dass die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Umsetzung des Transplantationsgesetzes weiter darauf hinwirken, dass in allen Transplantationszentren und anderen Krankenhäusern mit Intensivbetten strukturelle und organisatorische Bedingungen für die effektive Wahrnehmung der Möglichkeiten zur postmortalen Organspende geschaffen und genutzt werden. Die GMK hält es ebenso für notwendig, dass die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Umsetzung des Transplantationsgesetzes (TPG) die DSO bei ihrer Aufgabenerfüllung unterstützen.  
Die GMK hält es für notwendig, dass die Länder die Vorgaben für die Zulassung als Transplantationszentrum, die sich aus dem TPG und der höchstgerichtlichen Rechtsprechung ergeben, konkretisieren. Dabei kommt sowohl der Schwerpunktbildung im Sinne einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung als auch der Sicherung der erforderlichen Verfahrens- und Ergebnisqualität eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus sind die Transplantationszentren auf die Beachtung der jeweils gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation gemäß § 16 Abs. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG hinzuweisen, die u.a. Verfahren festlegen, wenn ein Transplantationsprogramm an einem Zentrum ausfallen muss.
5. Lebendspenden sind ein zunehmend wichtiger Teil der Transplantationsmedizin. Die GMK nimmt den Bericht "Positionen zur Lebendorganspende" der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer vom Januar 2004 zur Kenntnis. Sie bittet die **Bundesärztekammer**, bis zur 78. GMK, eine Stellungnahme zur Situation der Lebendspende in Deutschland zu erarbeiten und dabei gegebenenfalls konkrete Vorschläge zu ihrer Weiterentwicklung zu machen.
6. Die GMK bekräftigt, dass die Aufklärung über die Organspende nach dem Transplantationsgesetz eine auf Dauer angelegte Gemeinschaftsaufgabe von **Bund, Ländern, gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen** ist. Nur eine kontinuierliche Fortsetzung der Informationsarbeit kann zu einer anhaltenden Steigerung der Bereitschaft zur Organspende führen. Die Aktivitäten der Aufklärung sollen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein. Die vielfältigen vorhandenen Erfahrungen von Patientenverbänden ("Betroffene als Experten") sind einzubeziehen. Wegen des Wiedererkennungswertes der Informationsinitiativen soll das Logo der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) „Organspende schenkt Leben“ mit dem Hinweis auf das kostenlose Informationstelefon Organspende als Angebot der BzGA und der DSO verwendet werden.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 8.2**

**Hormontherapie in den  
Wechseljahren**

Antrag: Bremen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die GMK begrüßt die Publikation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur „Hormontherapie in den Wechseljahren“.
2. Die GMK sieht in den Reaktionen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft auf wissenschaftliche Erkenntnisse neuer Studien wichtige versorgungspolitische Schritte zu einem angemesseneren Umgang mit der Hormontherapie in den Wechseljahren.

Die GMK fordert die Fachgesellschaften und die Ärztekammern auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Evidenz entsprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Verordnungspraxis zügig umgesetzt wird.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 8.3**

**Gesundheitliche Versorgung  
von Menschen mit  
Migrationshintergrund**

Antrag: Berlin, Nordrhein-Westfalen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat folgenden Beschlussvorschlag mehrheitlich abgelehnt:

1. Die GMK bekräftigt die Notwendigkeit einer offensiven Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in der gesundheitlichen Versorgung und Prävention. Sie weist in diesem Zusammenhang nochmals auf die besondere Notwendigkeit hin, sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden. Dies hält die GMK für eine wesentliche Voraussetzung zur Vermeidung von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen und der Chronifizierung von Erkrankungen mit den daraus resultierenden Belastungen für die Betroffenen wie auch Mehrkosten im Gesundheitssystem.
2. Die GMK nimmt das Ergebnis der Umfrage zu Aktivitäten im Bereich der Sprachmittlung in Ländern und Kommunen zur Kenntnis. Sie stellt fest, dass es zwar eine Reihe von unterschiedlich organisierten Einzelprojekten in Ländern und Kommunen gibt, eine bedarfsgerechte Versorgung damit aber nicht erreicht werden kann. Die bestehenden Projekte stehen zudem häufig auf einer finanziell nicht dauerhaft gesicherten Grundlage.
3. Die GMK fordert die Spitzenverbände im Bereich des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Rehabilitationsträger) auf, systematische Möglichkeiten zur Verbesserung der Sprachmittlung zu prüfen. Dabei geht es auch um verbesserte Informationen über Leistungsansprüche und Angebotsstrukturen. Die Möglichkeiten einer Sprachmittlung durch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens Beschäftigte mit Migrationshintergrund sind systematischer als in der Vergangenheit zu nutzen. Sie bittet in diesem Zusammenhang insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft, bestehende Modelle für die Sprachmittlung in Kliniken, die sich vor allem auf die Sprachkompetenzen des in den Krankenhäusern bereits vorhandenen Fachpersonals mit Migrationshintergrund stützen, auszuwerten und darauf aufbauend Empfehlungen unter Berücksichtigung von Machbarkeit und Qualität zu formulieren.

4. Die GMK bittet das BMGS, die bereits im Teilbericht der AG „Armut und Gesundheit“ zum Thema „Migration und gesundheitliche Versorgung“ vom 11.09.01 konstatierten Handlungsbedarfe, insbesondere die Erstellung einer Expertise über die unterschiedlichen rechtlichen Bedingungen und Möglichkeiten der Sprachmittlung unter Berücksichtigung der in anderen EU-Mitgliedstaaten praktizierten Modelle aufzugreifen, die Möglichkeiten der Umsetzung zu prüfen und voranzubringen.
5. Um den Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen zu erhöhen, bittet die GMK
  - a) die Bundesagentur für Arbeit, Menschen mit Migrationshintergrund gezielt auf die Berufschancen in den Gesundheitsberufen hinzuweisen,
  - b) die Heilberufskammern und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst darauf hinzuwirken, dass interkulturelle Kompetenzen in Stellenausschreibungen und Anforderungsprofile aufgenommen und migrationspezifische Aspekte bei Einstellung, Fort- und Weiterbildung von Personal stärker berücksichtigt werden,
  - c) die Bundesregierung zu überprüfen, welche Rechtsvorschriften des Bundes für die Heilberufe mit Approbation der wünschenswerten und mit Blick auf die demografische Entwicklung auch notwendigen Erhöhung des Anteils von Fachkräften mit Migrationshintergrund entgegenstehen und ggf. für diesen Personenkreis besondere Regelungen zu schaffen.. Die Länder nehmen in Aussicht, ihren Verwaltungsvollzug ebenfalls auf Zugangshemmnisse zu untersuchen.
6. Die GMK hält es außerdem für notwendig, die neuen technologischen Möglichkeiten, insbesondere das Internet, stärker dafür zu nutzen, Hinweise über Rechtsansprüche, Angebotsstrukturen sowie Informationen über die häufigsten Erkrankungen und notwendige diagnostische und therapeutische Erfordernisse in den wichtigsten Sprachen für Migrantinnen und Migranten zur Verfügung zu stellen und damit sowohl ratsuchenden Migrantinnen und Migranten als auch Fachkräften eine Unterstützung anzubieten. Hierzu sind differenzierte Internetinformationen auf den unterschiedlichen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) erforderlich, deren Entwicklung und Pflege unter den Beteiligten (selbstverwaltetes Gesundheitswesen, Bund, Länder) abgestimmt werden sollten. Das BMGS wird gebeten, die Koordination dieses Prozesses zu übernehmen.
7. Die GMK bittet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, bei der Ausarbeitung von Informationsmaterial und Informationskampagnen die Inhalte noch kultursensibler zu gestalten und Methodik und Medien der Information so auszuwählen, dass sie Menschen mit Migrationshintergrund in der Praxis noch gezielter erreichen und in Zusammenarbeit mit dem bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ für die wichtigsten Herkunftssprachen Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem zu erstellen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 8.4**

**Präventionsgesetz des Bundes**

Antrag: Alle Länder

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder stellen fest, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in einen Dialog mit den Ländern über Zielsetzungen und Inhalte des Präventionsgesetzes eingetreten ist. Sie begrüßen es, dass eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet wurde, die hierzu kurzfristig nähere Details ausarbeiten und nach Möglichkeit abstimmen soll. Die GMK erwartet, dass dabei die Länderkompetenzen gewahrt und folgende, aus der Sicht der Länder wesentliche Positionen Grundlage eines gemeinsam zu erarbeitenden Eckpunktepapieres werden:

1. Prävention und Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung sind als eigenständige und mit Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangige Säule im Gesundheitswesen zu etablieren.
2. Schwerpunkt der Gesetzgebung im Rahmen des Präventionsgesetzes soll die Stärkung der Primärprävention und der Gesundheitsförderung (insbesondere auch in Betrieben) im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sein. Der bisherige § 20 SGB-V ist in eine für die Gesetzliche Krankenversicherung verbindliche Rechtsgrundlage umzugestalten, damit die zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft werden können. Die Private Krankenversicherung (PKV) sowie die anderen Zweige der Sozialversicherung (Renten-, Unfall-, und Pflegeversicherung) sind nach Möglichkeit ebenfalls einzubeziehen.
3. Es sind drei Handlungsebenen für Prävention und Gesundheitsförderung zu differenzieren:
  - Der Bund mit spezifischen Aufgaben von bundesweiter Relevanz,
  - die Länder mit landes-, und regionalspezifischen Maßnahmen im Konsens mit den Kostenträgern und
  - die Sozialversicherungsträger, primär die Gesetzliche Krankenversicherung mit eigenständigen Maßnahmen auch im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander.

Für zielgerichtete Präventionsaktivitäten ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in den Regionen und aller drei Handlungsebenen erforderlich.

Funktionierende Präventionsaktivitäten setzen am ehesten bei den Bürgerinnen und Bürgern an und müssen landesspezifischen Gesundheitszielen und Strukturen Rechnung tragen. Damit möglichst viele Bürgerinnen und Bürger erreicht werden, müssen Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz in den Lebenswelten verankert werden. Lebenswelten sind z. B. Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen wie auch benachteiligte Stadtteile. Prävention in Lebenswelten bedeutet, dass alle Beteiligten und Gruppen in einem gemeinsamen Prozess die zur Gesundheitsförderung notwendigen Veränderungen definieren und gemeinsam umsetzen. Das Präventionsgesetz muss diesen Gegebenheiten Rechnung tragen.

4. Präventionsziele, Qualitätsanforderungen, Modellprojekte mit besonderem, bundesweitem Charakter und wissenschaftlicher Begleitung, Evaluation oder Koordination abgesprochener Kampagnen können bundeseinheitlich geregelt und auf Bundesebene organisiert und entwickelt werden. Allerdings sollte es keine Detailvorgaben des Bundes für die Umsetzung auf Länder- und kommunaler Ebene sowie im Bereich des originären Wirkens der Sozialversicherungsträger geben. Auf Länderebene müssen entsprechend den spezifischen Erfordernissen eigenverantwortlich Konkretisierungen und Schwerpunktsetzungen der Akteure vor Ort möglich bleiben.
5. Die derzeit geleisteten finanziellen und personellen Beiträge der Länder, der Kommunen, von Firmen, Sponsoren und anderen Beteiligten sollen – ebenso wie auf Länderebene bereits vorhandene Strukturen - in der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Prävention und Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene verbunden werden. Doppelstrukturen sollen vermieden bzw. abgebaut werden. Beiträge des Bundes sollen in Strukturen auf Bundesebene eingebracht werden.
6. Der Kompetenzzuordnung im föderalen System folgend muss auch in Zukunft über die Verwendung der für die Prävention gesetzlich vorgesehenen Mittel zum weit überwiegenden Teil auf regionaler Ebene und im Bereich der Sozialversicherungsträger entschieden werden. Es wird vorgeschlagen, unter Berücksichtigung der bundesweit geltenden Grundsätze
  - mindestens 40 % der Gesamtmittel zur Finanzierung gemeinsamer, kassenübergreifender Projekte auf Landes- und Regional-/Kommunalebene zu verwenden; die Länder werden ermächtigt, das Verfahren landesspezifisch zu regeln;
  - mindestens 40 % der Gesamtmittel verbleiben zur originären Verwendung der gesetzlichen Krankenkassen (und gegebenenfalls weiterer Sozialversicherungsträger);
  - die verbleibenden bis zu 20% der Gesamtmittel können der Finanzierung bundesweiter Aktivitäten und der Erfüllung der auf Bundesebene wahrzunehmenden Aufgaben dienen.
7. Durch das Präventionsgesetz sollen keine neuen Verwaltungsstrukturen geschaffen werden. Bestehende Strukturen der Länder und der Kommunen müssen unter Beteiligung der Sozialversicherungsträger genutzt, verstärkt und in die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel eingebunden werden.
8. Soweit auf Bundesebene nationale Präventionsziele entwickelt werden, sind diese Ziele auf Rahmenvorgaben zu beschränken, in deren Spannweite die Länder in eigener Hoheit landesweite und/oder regionale Präventionsziele konkretisieren und umsetzen können.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 8.5**

**Flächendeckende Einführung des  
Mammographie-Screenings**

Antrag: Hamburg, Bremen,  
Brandenburg, Schleswig-  
Holstein

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

1. Die GMK begrüßt, dass mit dem Inkrafttreten der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen und durch den Abschluss des Vertrags zur Änderung des Bundesmantelvertrags seit Anfang 2004 die Voraussetzungen für die Einführung eines Mammographie-Screenings geschaffen sind.
2. Die GMK betont erneut, dass die Länder bereit sind, sich den Aufgaben, die mit der Einführung des Mammographie-Screenings verbunden sind, zu stellen. Dies betrifft insbesondere eventuell notwendige Anpassungen der Meldegesetze oder –verordnungen im Hinblick auf das bevölkerungsbezogene Einladungswesen, die Zulassung nach der Röntgenverordnung und eventuell notwendig werdende Anpassungen der Krebsregistergesetze im Hinblick auf die Evaluation des Früherkennungsprogramms.
3. Neben den auf Seiten der Länder zu bewältigenden Aufgaben sind durch die Organe der Selbstverwaltung nun vorrangig die Ausschreibung der Versorgungsregionen sowie die Errichtung der jeweiligen zentralen Stelle zur Organisation und Durchführung des Einladungswesens zu leisten. Unabhängig davon, welche Stelle mit den Aufgaben der Zentralen Stelle betraut wird, weist die GMK darauf hin, dass die Finanzierung der für die Umsetzung des Früherkennungsprogramms gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinien notwendigen Infrastruktur durch die Organe der Selbstverwaltung erfolgen muss.
4. Die GMK nimmt Kenntnis von der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Veränderung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Einführung des nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. Januar 2004. Sie stellt allerdings fest, dass die Finanzierungsverantwortung der Selbstverwaltung sich auf alle Teile des Versorgungsprogramms beziehen muss.

Dies betrifft neben der Finanzierung des Einladewesens auch die Finanzierung der notwendigen Prozess- und Ergebnisevaluation. Die Länder bitten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung um eine entsprechende Klärstellung.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 9.1**

**Einrichtung eines Qualitäts-  
sicherungssystems für den  
Vollzug des Medizinprodukte-  
rechtes**

Antrag: Sachsen-Anhalt

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

Die 77. GMK nimmt das vorgelegte Konzept für die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems für den Vollzug des Medizinprodukterechtes zur Kenntnis und bestätigt damit die termingerechte Erfüllung des GMK-Auftrages (TOP 8.1 der 76. GMK).

Sie beauftragt die AOLG, zur 79. GMK einen Erfahrungsbericht vorzulegen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 9.2**

**Weiterentwicklung der  
einheitlichen Qualitätsstrategie**

Antrag: Bremen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

*Die Gesundheitsministerkonferenz nimmt Bezug auf den Beschluss der 72. GMK „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ und verweist auf die seinerzeit einstimmig verabredeten Zielvereinbarungen zur Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen.*

Im Rahmen der Umsetzung des Beschlusses und unter Hinweis auf die zwischenzeitlich erfolgten Veränderungen im Gesundheitswesen bittet die Gesundheitsministerkonferenz die AOLG, ihr unter Beteiligung der wesentlichen Spitzenorganisationen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung über die Umsetzung der Zielvereinbarung spätestens zur 79. GMK zu berichten und einen Vorschlag für die Weiterentwicklung der einheitlichen Qualitätsstrategie vorzulegen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 9.3**

**Ausbau der Krebsregister  
zur besseren Versorgung von  
Krebskranken**

Antrag: Brandenburg, Hessen, Nord-  
rhein-Westfalen, Sachsen, Bremen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

Die GMK ist der Auffassung, dass regional organisierte klinische bzw. epidemiologische Krebsregister wesentliche Beiträge zur Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung leisten. Ohne solche Register stehen Erkenntnisse über die nicht selten erheblichen Unterschiede zwischen den Ergebnissen von Leistungserbringern und damit eine unentbehrliche Grundlage für Entscheidungen zur Optimierung der Versorgung nicht zur Verfügung. Klinische Krebsregister integrieren die regional z.T. redundanten Aktivitäten von epidemiologischer, klinischer und nachsorgezentrierter Krebsregistrierung, liefern ein aus den Ergebnissen der einzelnen Versorgungsträger zusammengesetztes Gesamtergebnis einer Region und damit notwendige Informationen und Anreize zur Leistungsoptimierung.

Die GMK würdigt den vom Bund im Rahmen des Gesamtprogramms zur besseren Versorgung von Krebskranken zunächst in den alten, dann auch in den neuen Bundesländern geförderten Aufbau klinischer Krebsregister. Sie hält einen Ausbau von Leitstellen der regionalen onkologischen Qualitätssicherung unter Beachtung der in den Bundesländern unterschiedlich organisierten Strukturen der onkologischen Versorgung für erforderlich.

Die GMK stellt fest, dass klinische Krebsregister noch nicht in allen Bundesländern als feste Bestandteile der regionalen onkologischen Versorgung etabliert sind und von den Landesverbänden der Krankenkassen finanziert werden. Sie appelliert an die Landesverbände der Krankenkassen, die bestehenden positiven Ansätze der Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung durch klinische Krebsregister weiter auszubauen.

Beim Ausbau klinischer Krebsregister sollen die positiven Erfahrungen der bestehenden klinischen Krebsregister, die in Kürze erwarteten Ergebnisse der von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren gebildeten Kommission zur Evaluation der Tumorzentren sowie die Empfehlungen des von der Bundesregierung geförderten Feldstudienverbundes zur Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung berücksichtigt werden. Zu den vorliegenden positiven Erfahrungen gehört die enge Zusammenar-

beit zwischen klinischen und epidemiologischen Registern, durch die Doppelmeldungen vermieden und Kosten eingespart werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird gebeten, bei der Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Grundlagen von Früherkennungsprogrammen und strukturierten Behandlungsprogrammen und der Krankenhausfinanzierung im Bereich der onkologischen Versorgung (im Sinne eines umfassenden Cancer Control–Programms) die notwendigen Voraussetzungen für eine sachgerechte Einbindung klinischer Krebsregister in diese Programme zu schaffen.

Die GMK fordert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf, für eine sach- und fachgerechte ressourcensparende Einbindung der Krebsregister in das DMP Brustkrebs Sorge zu tragen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 9.4**

**Verbesserung der medizinischen  
Versorgung durch Deregulierung**

Antrag: Rheinland-Pfalz, Sachsen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Institutionen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und Berufsverbände weisen darauf hin, dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal durch Dokumentationsaufgaben häufig in hohem Maße belastet seien.

Schon aus Gründen des Patientenschutzes, der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und zur Abrechnung von Leistungen ist Dokumentation grundsätzlich erforderlich. Deren Ausgestaltung gibt allerdings teilweise Anlass zur Sorge.

Die GMK hält es deshalb für geboten, das medizinische Personal von nicht zwingend notwendigen Dokumentationspflichten zu entlasten, um die vorhandenen Ressourcen besser für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten nutzen zu können.

Die GMK setzt eine länderoffene Arbeitsgruppe unter Federführung von Rheinland-Pfalz und Sachsen ein. Sie bittet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, sich an der Arbeitsgruppe zu beteiligen.

Diese Arbeitsgruppe hat den Auftrag, Vorschläge zum Abbau von Dokumentationsaufwand, soweit dieser durch rechtliche Vorgaben bedingt ist, zu erarbeiten und der 78. GMK vorzulegen. Die Arbeitsgruppe soll die bisherigen Erkenntnisse aus den Ländern einbeziehen und die Stellungnahmen, insbesondere der Krankenkassen, der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sowie der Fachverbände der Pflege berücksichtigen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 10.1**

**Mangel an Ärztinnen und Ärzten  
in Teilbereichen der Versorgung**

Antrag: Sachsen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) nimmt den zweiten Bericht der Projektgruppe „Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung“ zur Kenntnis.
2. Die GMK ist besorgt über den fortschreitenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung, vor allem in der hausärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern.
3. Sie stellt fest, dass die im Bericht zur 76. GMK genannten Handlungsoptionen nur zum Teil aufgegriffen worden sind.
4. Sie erwartet von den Selbstverwaltungskörperschaften, dass sie ihrer Verantwortung für das Gesundheitssystem nachkommen und das vorhandene Instrumentarium zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, insbesondere die Möglichkeiten nach § 105 SGB V, auch tatsächlich ausschöpfen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 10.2**

**Rezertifizierung oder  
Systematische Darlegung der  
Kompetenzerhaltung,  
Bewertung der Berichte der Bundesvereinigungen der Heilberufskammern**

Antrag: Bremen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK nimmt den Bericht der Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ zur Bewertung der Berichte der Bundesvereinigungen der Heilberufskammern zum Thema „Rezertifizierung von Ärzten oder Systematische Darlegung ärztlicher Kompetenzerhaltung“ unter Einbeziehung kompetenzerhaltender Systeme zur Kenntnis.

Die GMK bewertet die Intensivierung der Kammerfortbildung und die Einführung des Freiwilligen Fortbildungszertifikats als Schritt in die richtige Richtung. Durch das verstärkte Angebot von Fortbildungsmaßnahmen, die eine aktive Beteiligung der Teilnehmer erfordern, wird erreicht, dass die vermittelten Fortbildungsinhalte auch tatsächlich zu einer Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer führen.

Die GMK bedauert allerdings, dass sich die Bundesvereinigungen der Heilberufskammern zu den im Ausland gemachten Erfahrungen mit Kompetenzerhaltungssystemen nicht näher geäußert, sondern diese lediglich in pauschaler Form als nicht erforderlich bezeichnet haben. Die GMK weist darauf hin, dass die Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), bei der auch deutsche medizinische Fachgesellschaften Mitglieder sind, in 2003 Empfehlungen zur Rezertifizierung vorgelegt hat, die deutlich über die bisherigen Aktivitäten der deutschen Kammern hinausgehen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 11.1**

**Modellprojekt zur  
heroingestützten Behandlung  
Opiatabhängiger**

Antrag: Hamburg, Nordrhein-  
Westfalen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

In dem von den Städten München, Karlsruhe, Bonn, Köln, Hannover und Frankfurt/Main, dem Stadtstaat Hamburg, den Ländern Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hessen sowie durch den Bund geförderten Modellvorhaben zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger konnte zum Jahresende 2003 in allen Studienzentren die Rekrutierungsphase abgeschlossen werden.

Die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister, -senatorinnen und –senatoren nimmt den vorliegenden Zwischenbericht zur Umsetzung des Modellprojekts in den beteiligten Städten zur Kenntnis und beschließt, sich anlässlich der GMK im Jahr 2005 erneut mit den bis dahin vorliegenden Ergebnissen des Modellvorhabens zu befassen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 11.2**

**Aktionsplan Alkohol**

Antrag: Vorsitzland, Nordrhein-  
Westfalen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK stimmt den von der Gemeinsamen Arbeitsgruppe des Bundes, der Länder und der Alkohol- und Werbewirtschaft erarbeiteten Grundsätzen „Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit alkoholhaltigen Getränken – Zur Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspolitik und Alkoholwirtschaft“ zu.

Sie begrüßt die auf dieser Grundlage vereinbarten Maßnahmeschwerpunkte „Jugendschutz und Alkohol“ für das Jahr 2005 sowie „Punktnüchternheit, z. B. Schwangerschaft oder Straßenverkehr“ für das Jahr 2006.

Die GMK nimmt das von der Arbeitsgruppe entwickelte inhaltliche, organisatorische und finanzielle Konzept einer Kampagne zur Verbesserung des Jugendschutzes, die sich speziell an Handel und Gastronomie wendet, zur Kenntnis und bittet bei der weiteren Umsetzung dieses Konzeptes um Unterstützung durch die Jugend- und die Kultusministerkonferenz.

Die Auflösung des DIFA-Forums e.V. („Deutsche Initiative zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit alkoholhaltigen Genussmitteln“) als wichtiger Ansprechpartner auf der Seite der Alkoholwirtschaft wird zur Kenntnis genommen. Die GMK erwartet, dass die bisherige Zusammenarbeit fortgeführt und die Vorbereitung und Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nicht verzögert wird. Zur weiteren Abstimmung wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebeten, zu einem zeitnahen Treffen einzuladen.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 12.1**

**Erzielung von Synergieeffekten  
in der Lebensmittelüberwachung**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK begrüßt, dass in der Länderarbeitsgemeinschaft Gesundheitlicher Verbraucherschutz (LAGV) eine breitgefächerte Initiative zur Erzielung von Synergieeffekten durch Kooperation und Abstimmungen zwischen den Ländern in dem vertretenden Aufgabenfeld initiiert worden ist und bittet die LAGV um einen zusammenfassenden Bericht über die Ergebnisse zur 78. GMK.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 13.1**

**Gesundheitspolitische Aspekte  
der EU-Erweiterung**

Antrag: Alle Länder

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Gesundheitsministerkonferenz nimmt den Bericht der EU-Arbeitsgruppe hinsichtlich der Erweiterung der EU und des sich daraus ergebenden Handlungsbedarfs der Länder zur Kenntnis.
2. Sie begrüßt die sich auf Grund der Erweiterung ergebenden neuen Perspektiven der Zusammenarbeit mit den an die Bundesrepublik angrenzenden Ländern Polen und Tschechien.
3. Die Gesundheitsministerkonferenz stellt fest, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden kann, welche Auswirkungen sich konkret aus den mit der EU-Erweiterung zusammenhängenden Entwicklungen, insbesondere hinsichtlich der Mobilität der Patientinnen und Patienten und des Gesundheitspersonals, aber auch z.B. im Hinblick auf Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland und den Beitrittsländern ergeben.
4. Es besteht Einigkeit, dass angesichts der regional unterschiedlichen Probleme im Bereich des Gesundheitswesens ein enger bilateraler Austausch mit den Nachbarländern erforderlich ist.
5. Die Gesundheitsministerkonferenz bietet dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung an, mit einem gemeinsamen Brief an das tschechische und polnische Gesundheitsministerium und darüber hinaus auch an die anderen Beitrittsländer einen regelmäßigen Dialog über Entwicklungen im Gesundheitsbereich vorzuschlagen, um Handlungsnotwendigkeiten rechtzeitig zu erkennen. Gegenstand des Dialogs sollten aus Sicht der GMK vorrangig die Bereiche Patientenmobilität, Mobilität von Gesundheitspersonal und Bekämpfung von Infektionskrankheiten sein.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 14.1**

**Aktionsprogramm  
„Umwelt und Gesundheit“**

Antrag: Hamburg

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK ist der Auffassung, dass die Zielerreichung auf den Gebieten der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsvorsorge in einem hohen Maße von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen auf lokaler Ebene abhängt. Sie bekräftigt ihre bereits auf der 74. GMK dargestellte Auffassung, dass lokale Aktivitäten im Rahmen des Aktionsprogramms „Umwelt und Gesundheit“ (APUG) daher adäquat repräsentiert sein müssen.

Die GMK nimmt den Bericht der AOLG zur Unterstützung lokaler Aktivitäten zur Kenntnis und begrüßt insbesondere die auf Bundesebene auf diesem Gebiet inzwischen eingeleiteten Projekte. Sie sieht in der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern gute Erfolgsaussichten, Konzepte, Methoden und Verfahren zu entwickeln, die auf kommunaler Ebene zur wirksamen Verbesserung der Lebens- und Umweltbedingungen genutzt werden können. Sie bittet die mit dem APUG befassten Bundes- und Landesbehörden, für eine wirksame Weitervermittlung der aus den eingeleiteten Projekten gewonnenen Erfahrungen an die kommunale Ebene Sorge zu tragen.

Die GMK bittet die AOLG, im Jahre 2006 über den Stand der Umsetzung erneut zu berichten.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 14.2**

**Arzneimittel in der Umwelt**

Antrag: Bremen

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) nimmt den Bericht des Bund/Länderausschusses für Chemikaliensicherheit (BLAC) zu „Arzneimittel in der Umwelt – Auswertung des Arzneimitteluntersuchungsprogramms“ und die Stellungnahme der LAUG zum Beschluss der 61. UMK zu „Arzneimittel in der Umwelt – Auswertung des Arzneimitteluntersuchungsprogramms“ zur Kenntnis.

Aus Gründen der gesundheitlichen Vorsorge unterstützt die GMK das in Punkt 1 des UMK-Beschlusses formulierte Anliegen, zukünftig Arzneistoffe in Untersuchungsprogrammen der Länder und des Bundes zur Überwachung der Umwelt stärker zu berücksichtigen.

In Verfolgung des Nachhaltigkeitsgedankens im Rahmen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sieht die GMK es ebenfalls als zielführend an, auf europäischer Ebene verstärkt Umweltaspekte in Regularien über Arzneimittel zu integrieren und die Bundesregierung um eine entsprechend unterstützende Einflussnahme zu bitten.

Die GMK befürwortet die unter Punkt 3 des UMK-Beschlusses geäußerte Bitte der UMK an den Bundesumweltminister, das Umweltbundesamt zu beauftragen, Arzneistoffe, die in relevanten Mengen, auch als stabile Metaboliten, in die Umwelt gelangen können, zu identifizieren und ggf. neue Testmethoden insbesondere für chronische Arzneistoffexpositionen zu entwickeln. Sie sieht es ebenso als sinnvoll an, in diesem Zusammenhang auch potenziell hoch toxische und persistente Arzneistoffe und Metaboliten zu berücksichtigen, die nur in geringen Mengen in die Umwelt gelangen.

Nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnis ist davon auszugehen, dass im Bereich der Trinkwassergewinnung mögliche Verunreinigungen mit Arzneimitteln weder flächendeckend noch regelhaft in Deutschland auftreten. Entsprechend ist ein Bedarf für eine flächendeckende Überprüfung des Arzneimittelgehaltes von Roh- und Trinkwasser im Rahmen der Trinkwasserüberwachung aus dem BLAC-Bericht nicht zu erkennen. Der Bericht unterstützt vielmehr die Annahme, dass Kontaminationen im Bereich der Trinkwasserversorgung nur unter bestimmten Umgebungsbedingungen zu erwarten sind. Diese Umstände sind beispielsweise dann gege-

ben, wenn verunreinigtes Grundwasser (z.B. über eine defekte Kanalisation) und/oder fremdstoffhaltiges Uferfiltrat aus abwasserbelasteten Oberflächengewässern zu einem hohem Prozentsatz zur Trinkwassergewinnung beitragen.

Die GMK nimmt zur Kenntnis, dass die LAUG bereits in ihrem Beschluss im September 2003 Sachsen-Anhalt gebeten hat, aktuell vorhandene Daten über die Verunreinigung von Roh- und Trinkwasser mit Arzneistoffen unter Mitwirkung der Länder zusammenzutragen und ihr zu berichten.

Die LAUG im September 2003 hat ferner die Länder aufgefordert zu prüfen, ob auf der Grundlage des BLAC-Berichtes in ihrem Zuständigkeitsbereich weitergehende Untersuchungen zur Charakterisierung einer möglichen Belastungssituation im Rahmen der Trinkwassergewinnung angezeigt sind. Mit diesem Vorgehen ist der Umsetzung der im Beschluss der 61. UMK unter Punkt 5 formulierten Bitte an die GMK um Prüfung und ggf. Untersuchung bereits vorgearbeitet worden.

Die oben genannte Abfrage im Auftrag der LAUG ist allerdings noch nicht abgeschlossen. Eine erste Übersicht über die bislang eingegangenen Meldungen entspricht den Erwartungen, dass insbesondere dort Prüfungen erfolgten, wo auch spezifische Einträge vermutet wurden sowie dass nicht von einer flächendeckenden Arzneimittelbelastung des Trinkwassers, auch nicht bei Nutzung von Oberflächenwasser, auszugehen ist. Der Bericht wird nach Fertigstellung der AOLG zur Kenntnis gegeben.

Im Rahmen der LAUG sollen ggf. notwendige weitere Aktivitäten fortgeführt werden.

Die GMK erwartet einen Bericht zur 78. GMK.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 14.3**

**Zustimmung zur  
„Radon-Richtlinie“  
der Bauministerkonferenz**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

Die GMK nimmt den Entwurf der „Richtlinie für die Bewertung und Sanierung radonbelasteter Gebäude und Empfehlungen zum radongeschützten Bauen (Radon-Richtlinie)“ zur Kenntnis.

Der Festlegung der jeweiligen Radon-Konzentrationsbereiche und der jeweils resultierenden Maßnahmen liegen sowohl gesundheitliche als auch bautechnische und Fragen der finanziellen Belastbarkeit der Gebäudeeigentümer und –nutzer zugrunde.

Da die Radon-Richtlinie erhebliche Konsequenzen für Gebäudeeigentümer und Gebäudenutzer in den radonbelasteten Regionen mit sich bringt, stimmt sie dem von der Bauministerkonferenz vorgeschlagenen Verfahren der gemeinsamen Umsetzung durch die für Gesundheit, Strahlenschutz und Bauen zuständigen Ressorts der Länder zu.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 14.4**

**Veröffentlichung  
der Standortdaten von  
Mobilfunksendeanlagen  
- Beschluss der 60. UMK -**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK nimmt den Beschluss der 60. Umweltministerkonferenz über die Veröffentlichung der Standortdaten von Mobilfunksendeanlagen zur Kenntnis.

Die GMK unterstützt die Initiative der UMK. Durch größtmögliche Transparenz beim Ausbau der Mobilfunknetze in Deutschland, insbesondere durch eine verstärkte Einbeziehung der betroffenen Bevölkerung in Standortentscheidungsprozesse durch die Mobilfunkbetreiber und Kommunen wird Befürchtungen über mögliche gesundheitliche Belastungen durch Mobilfunksendeanlagen entgegengewirkt.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 15.1**

**Deutschland-Online**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die GMK nimmt den Beschluss der Regierungschefs der Länder vom 18. Dezember 2003 zur „Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen bei Deutschland-Online“ (TOP 6) zur Kenntnis.

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 15.2**

**Einheitlicher Internetauftritt der  
Gesundheitsministerkonferenz**

Antrag: Vorsitzland

**Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die 77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) billigt den für die Einrichtung des Internetauftrittes der Gesundheitsministerkonferenz unter der Adresse [www.gmkonline.de](http://www.gmkonline.de) vorgelegten Entwurf.

Er beinhaltet

- Begrüßung durch den/die jeweilige/n Vorsitzende/n der GMK
  - Allgemeine Angaben zur GMK
  - Angaben zu Vorsitz und Geschäftsstelle
  - Einstellung der Beschlüsse der GMK mit einer zusätzlichen Suchfunktion
  - Vorstellung der Mitglieder inkl. der Internetadressen und der Ansprechpartner der einzelnen Länder
  - Liste der Arbeitsgruppen der AOLG
  - Presseinformationen
  - und im Impressum Angaben über Hosting und redaktionelle Verantwortlichkeit.
2. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder stimmen der in der Anlage beigefügten Vereinbarung mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu. Sie bevollmächtigen die Vorsitzende der 77. GMK zur Unterzeichnung dieser Vereinbarung. Änderungen sowie die Kündigung der Vereinbarung bedürfen der erneuten Bevollmächtigung des/der jeweiligen GMK-Vorsitzenden durch einen einstimmigen GMK-Beschluss.

*Bei den Beschlüssen ist kenntlich zu machen, ob sie einstimmig oder mehrheitlich gefasst wurden. Protokollerklärungen sind grundsätzlich zu veröffentlichen.*

**77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen  
Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin**

**Ergebnisprotokoll**

**TOP 16**

**Termine**

Die 78. Gesundheitsministerkonferenz wird am 30.06. und 01.07.2005 in Erlangen statt finden.