



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Berlin, 07.11.2014

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Zur Stärkung der medizinischen Versorgung in der Fläche und zur Behebung des ärztlichen Nachwuchsmangels sind in den vergangenen Jahren vielfältige Aktivitäten initiiert worden, nicht zuletzt von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Zwar zeigen die Anstrengungen erste Erfolge, sie können aber vor dem Hintergrund des stetig steigenden Versorgungsbedarfs einer alternden Gesellschaft ohne weitergehende strukturpolitische Förderung nicht ausreichen.

Deshalb unterstützt die Bundesärztekammer grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 eingeleiteten Maßnahmen für die Sicherung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden medizinischen Versorgung mit Hilfe gesetzgeberischer Schritte weiterzuentwickeln. Jedoch bedürfen die im Referentenentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angelegten Maßnahmen in weiten Teilen dringend einer Überarbeitung, damit das selbstgesteckte Ziel der Koalition, die Rahmenbedingungen der Versorgung an die sich wandelnden gesellschaftlichen Strukturen anzupassen, tatsächlich erreicht werden kann.

So ist grundsätzlich zu hinterfragen, ob die geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen dem deutlichen Bekenntnis des Koalitionsvertrages zur ärztlichen Freiberuflichkeit entsprechen oder dieses in Teilen sogar konterkarieren. Freiberuflichkeit sichert die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses. Sie ist Grundlage von Therapieverantwortung und Therapiefreiheit und begründet damit eines der wichtigsten Patientenrechte. Statt die freiheitliche ärztliche Berufsausübung zu sichern und zu fördern, setzt der Entwurf in vielen Bereichen auf mehr staatliche Regulierung sowie auf eine weitere Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Beispielhaft seien hier die vorgesehene Verschärfung der ärztlichen Zulassungsbeschränkungen, die geplanten Termin-Servicestellen aber auch die im Gesetz angelegte Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses über Anforderungen an zwemeinungsberechtigte Leistungserbringer genannt. Auf diese und weitere Maßnahmen wird im Folgenden näher eingegangen.

Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches

1. Zweitmeinung

Zu Nummer 5: § 27b

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung für Patientinnen und Patienten. Allerdings gab es für Patienten schon bisher die Möglichkeit, relativ unkompliziert und unbürokratisch Zweitmeinungen für potentiell belastende Maßnahmen einzuholen.

In Fällen, bei denen mehrere Therapieoptionen denkbar sind und die erforderlichen komplexen Abwägungen die Patientinnen und Patienten verunsichern, kann eine Zweitmeinung dazu beitragen, gemeinsam zu einer informierten Entscheidung über das therapeutische Vorgehen zu gelangen. Zweitmeinungen können aus ärztlicher Sicht ein wichtiges Element der Qualitätssicherung sein, indem sie die Diagnosefindung unterstützen und den interkollegialen Austausch fördern.

Dem konkreten Vorschlag der Einführung eines § 27b SGB V-E liegt die primäre Intention zugrunde, die Patienten durch Einholung einer Zweitmeinung vor möglichen Indikationsausweitungen zu schützen. Auch dies ist zu begrüßen, verweist aber auf Ursachen, die nicht medizinisch-fachlicher Natur sind. Zweitmeinungen als Korrektiv für finanzielle Fehlanreize können insofern lediglich zur Dämpfung derartiger Auswirkungen führen, nicht jedoch die eigentlichen Probleme lösen. Dies darf bei der Entwicklung und Pflege eines Zweitmeinungsverfahrens i. S. v. § 27b SGB V-E zu keinem Zeitpunkt aus den Augen verloren werden.

Bezüglich der geplanten Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) insbesondere über Anforderungen an zweitmeinungsberechtigte Leistungserbringer (§ 27b Abs. 2 SGB V-E) verweist die Bundesärztekammer auf die originäre Zuständigkeit der Ärztekammern für die fachliche Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. Hier ist eine enge Abstimmung des G-BA mit den Ärztekammern bzw. der Bundesärztekammer zwingend erforderlich, um eine Kompatibilität zu den Inhalten der ärztlichen Weiterbildung zu gewährleisten. Konsequenterweise sind dann auch die Ärztekammern an den geplanten Informationsangeboten für die Versicherten gemäß § 27b Abs. 4 SGB V-E zu beteiligen, nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften.

Im Zuge der näheren Ausgestaltung des Verfahrens ist darauf zu achten, dass es mit der Beschränkung der Zweitmeinung auf bestimmte Leistungen einerseits und bestimmte Ärzte andererseits für Patientinnen und Patienten nicht zu einer Verschlechterung der bisherigen Situation kommt. Das Einholen einer Zweitmeinung darf nicht zur Pflicht werden, auch nicht für sogenannte mengenanfällige Indikationen. Das Festlegen einer Liste von planbaren Eingriffen gemäß § 27b Abs. 2 SGB V-E darf auch nicht dazu führen, dass nur noch für diese Leistungen ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht. Ferner ist dafür Sorge zu tragen, dass die ärztliche Zweitmeinung frei von Einflüssen ist, die über medizinisch-fachliche Erwägungen oder das Wohl und die persönliche Lebenssituation der Patienten hinausgehen. Insbesondere der letztgenannte Aspekt unterstreicht die Notwendigkeit, dass eine Zweitmeinung nicht ohne persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient erbracht werden sollte.

Die vorgesehene Liste planbarer Eingriffe gemäß § 27b Abs. 2 SGB V-E bedarf außerdem einer kontinuierlichen Beobachtung und regelmäßiger Aktualisierungen durch den G-BA, da die sogenannte Mengenanfälligkeit der Leistungen unmittelbar an den jeweiligen Stand der Vergütungsbestimmungen gekoppelt sein dürfte. Dies steht derzeit noch im Kontrast zu der unter Abschnitt 4 - Erfüllungsaufwand - geäußerten Einschätzung des Gesetzgebers, wonach der Erfüllungsaufwand für die Aktualisierung der Richtlinie als „geringfügig“ einzustufen sei.

Über die Wirkung von Zweitmeinungsverfahren gibt es weder national noch international belastbare Erkenntnisse bezüglich der medizinischen und ökonomischen Folgen. Es wäre daher erforderlich, die Auswirkungen der Regelungen nach § 27b SGB V-E regelhaft zu evaluieren, wenn schon keine zeitlich und/oder regional befristete Pilotstudie vorgesehen ist.

Darüber hinaus ist dafür zu sorgen, dass die durch das gesetzlich vorgesehene Zweitmeinungsverfahren induzierte Leistungsausweitung angemessen vergütet wird, vorzugsweise extrabudgetär oder durch Anhebung der Gesamtvergütung.

Die in § 27b Abs. 5 SGB V-E vorgesehene Verpflichtung der Ärzte, über die Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung „aufzuklären“ und auf entsprechende Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinzuweisen, scheint zudem rechtlich bedenklich. Anders als in der Entwurfsbegründung dargelegt, ist nicht davon auszugehen, dass es zur Förderung der Inanspruchnahme des Rechts auf Zweitmeinung rechtlich erforderlich ist, den Ärzten zusätzliche Informations- und Aufklärungspflichten aufzuerlegen.

Der Begriff "aufklären" muss gestrichen werden, weil er unbeabsichtigt haftungsrechtliche Problemstellungen induzieren und in der Folge zu Rechtsunsicherheit führen kann. Durch das Patientenrechtegesetz wurden die Anforderungen an die Aufklärung eines Patienten über einen indizierten Eingriff in § 630e BGB umfassend normiert. Auch auf § 8 (Muster-)Berufsordnung wird verwiesen. Versäumt es der Arzt, den Patienten umfassend aufzuklären, liegt selbst bei einem lege artis durchgeführten Eingriff eine rechtswidrige Körperverletzung vor. Die mit § 27 Abs. 5 SGB V-E beabsichtigte Förderung der Zweitmeinung zielt nach unserem Verständnis aber lediglich auf einen einfachen Hinweis ab. Der Arzt soll den Patienten über die Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung informieren.

Im Fall der Schaffung einer weiteren gesetzlichen Aufklärungspflicht nach § 27 Abs. 5 SGB V-E ergäbe sich zwangsläufig die Frage nach dem Verhältnis zu der Aufklärungspflicht gemäß § 630e BGB. Die Rechtsunsicherheit, ob die Information des Patienten über sein Zweitmeinungsrecht die Wirksamkeit seiner Einwilligung in den geplanten Eingriff berührt, muss vermieden werden. Der Gesetzesvorschlag zielt erkennbar auf eine zusätzliche vertragsarztrechtliche Informations- und Aufklärungspflicht ab. Eine Erweiterung des Umfangs der Aufklärung über die Vorgaben gemäß § 630e BGB und § 8 (Muster-)Berufsordnung wird abgelehnt.

2. Entlassmanagement

Zu Nummer 6: § 39

Nach der Einfügung der Vorschrift des § 39 Abs. 1a SGB V-E umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Positiv zu bewerten sind die hierbei vorgesehenen weiteren Möglichkeiten der Krankenhäuser, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Leistungen (s. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen, um Versorgungslücken beim Übergang von stationären in den ambulanten Versorgungsbereich zu schließen.

Die Bundesärztekammer verweist im Zusammenhang mit hier erforderlichen weiteren Präzisierungen für ein sachgerechtes Entlassmanagement auf die im Jahr 2012 im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelten „Checklisten für das ärztliche

Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren“. Die Checklisten sollen im Sinne einer Orientierungshilfe dazu beitragen, den Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus sowie Krankenhaus und Praxis so zu organisieren, dass eine gute individuelle Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet wird. Die Checklisten beinhalten Kriterien für die ambulant-stationäre Nahtstelle zur Umsetzung einer verbesserten Kommunikation, Befundübermittlung und Medikationsüberprüfung.¹

3. Terminservicestellen

Zu Nummer 18: § 75 Abs. 1a

Zur Förderung eines schnelleren Zugangs zum Facharzt sollen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen eingerichtet werden. Die medizinische Notwendigkeit eines Termins muss eine Voraussetzung für die Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von vier Wochen darstellen. Unter Beachtung dieses Kriteriums ist in den meisten Fällen bereits heute ein Facharzttermin erreichbar.

Die vorgesehene Vermittlung von Patienten an Krankenhäuser nach Ablauf der Vier-Wochen-Frist kann zu erheblichen Problemen führen, da diese bereits heute die hierfür erforderlichen Kapazitäten kaum noch zur Verfügung haben. Krankenhäuser sind vorrangig auf die Behandlung ihrer stationären Patienten ausgerichtet und sind im Hinblick auf ihre knappe oder unzureichende Personalbesetzung insbesondere im ärztlichen Dienst schon an ihrer Belastungsgrenze angelangt. Im Übrigen ist die grundsätzliche Kritik angezeigt, dass mit dem Konstrukt der Servicestellen Bürokratie Vorschub geleistet wird.

Geradezu widersprüchlich erscheint die Begründung für die Einrichtung von Terminservicestellen mit Blick auf die vorgesehenen Aufkaufsregelungen von Arztsitzen und die damit einhergehende Reduzierung von Versorgungskapazitäten.

¹ Zu den Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren gelangen Sie über den folgenden Link: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf>

4. Notdienst

Zu Nummer 18: § 75 Abs. 1b

Die Regelung sieht ausdrücklich vor, dass die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) keine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes ist, soweit es das Landesrecht nicht anderes bestimmt. Sowohl der Rettungsdienst als auch der vertragsärztliche Notdienst erfüllen weiterhin ihren spezifischen Versorgungsauftrag. Die Intention des Gesetzgebers zur Kooperation zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsleitstellen der Länder greift die jahrzehntelange Forderung der ärztlichen Selbstverwaltung, nach sogenannten integrierten Leitstellen (mindestens Rettungsdienst und Kassenärztlicher Notdienst, gegebenenfalls weitere Dienste) zur besseren Verzahnung der medizinischen Notfallversorgung auf. Hierdurch können Doppelstrukturen vermieden, Synergien und Kompetenzen genutzt sowie Patientenströme zielgerichtet geleitet werden.

5. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Zu Nummer 19: § 75a

Die vorgesehene gesetzliche Regelung fasst die bisherige Praxis und in Verträgen geregelte Verfahrensweise der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zusammen und normiert diese nunmehr im Sozialgesetzbuch V. Bei dieser insgesamt zu begrüßenden Regelung bleibt zu kritisieren, dass die derzeitigen Koordinierungsstellen, welche zum Teil auch bei Landesärztekammern angesiedelt sind, hierbei keine Berücksichtigung finden.

Die Bundesärztekammer begrüßt die erweiterten Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, insbesondere die Erhöhung der Zahl der zu fördernden Stellen, damit sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden können. Nicht zu akzeptieren ist, dass der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern in Anbetracht ihrer schon bisherigen Einbindung in die in Verträgen geregelte Verfahrensweise zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin hier nur ein Benehmens- und kein Einvernehmensrecht eingeräumt wird.

Die Bundesärztekammer begrüßt die ausdrückliche Festlegung, dass auch im niedergelassenen Bereich in der Weiterbildung eine Vergütung auf dem Niveau der Tarifverträge

im Krankenhaus gezahlt werden soll. Sie vermisst jedoch eine klare extrabudgetäre Finanzierungsregelung, die sicherstellt, dass die Budgets der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte nicht belastet werden.

Es ist auch darauf hinzuweisen, dass Notwendigkeiten zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern auch für weitere Facharzt-richtungen bestehen.

6. EBM-Bewertung: Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen

Zu Nummer 24: § 87

Die mit der Neufassung der Vorschrift des § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehene verbesserte EBM-Bewertung des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, wird ausdrücklich begrüßt. Die Bundesärztekammer lehnt allerdings die angestrebte Beseitigung des vorherigen persönlichen Patienten-Arzt-Kontaktes der aus ihrer Sicht eine unabdingbare Voraussetzung für eine Delegation ärztlicher Leistungen strikt ab.

7. Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen, Innovationsfonds und -ausschuss

Zu Nummer 29: § 92a, § 92b

Mit der Einfügung der gesetzlichen Vorschrift des § 92 SGB V-E wird das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel umgesetzt, zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung einen Innovationsfonds mit einer Fördersumme von insgesamt 300 Mio. Euro jährlich ab dem Jahr 2016 einzurichten.

Dies wird von der Bundesärztekammer als grundsätzlich sinnvoll erachtet.

Der Deutsche Ärztetag sowie die Bundesärztekammer fordern den Ausbau der Versorgungsforschung seit Jahren. Sie haben nicht zuletzt durch ihre Initiative zur Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag zur Förderung dieses Forschungszweiges geleistet. Jedoch sollen nach dieser Vorschrift ausschließlich universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen, Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Patientenorganisationen nach § 140f SGB V-E antrags-

berechtigt sein. Die Ärztekammern sind nach dieser Vorschrift nicht berechtigt, eine Förderung aus diesem Innovationsfonds zu beantragen. Dies ist nicht hinnehmbar, da die Perspektive der Ärzteschaft somit ausschließlich durch antragberechtigte Subgruppen und deren Partikularinteressen vertreten werden soll. Die Bundesärztekammer fordert vor diesem Hintergrund, dass auch den Ärztekammern im Rahmen der Ausschreibungsverfahren die Möglichkeit eingeräumt wird, sich um eine Förderung durch den Innovationsfonds zu bewerben. Nur so kann allen im Gesundheitsbereich vertretenen Interessengruppen gleicher Zugang zu den Fördermitteln gewährt werden.

Bedenklich ist darüber hinaus, dass gemäß § 92b SGB V-E zur Durchführung der Förderung beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet werden soll. Hier wird zum einen eine erhebliche Kompetenzerweiterung für den G-BA bewirkt, zum anderen ist zu befürchten, dass die durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsforschung nicht unabhängig, sondern mit einem deutlichen Bias auf Funding- oder Sponsorship durchgeführt werden soll. Sofern jedoch die aktuell vorgesehene Zusammensetzung dieses Innovationsausschusses beibehalten werden soll, wäre für eine ausgeglichene Berücksichtigung aller bedeutenden Perspektiven auch die Vertretung der Bundesärztekammer in diesem Ausschuss von großer Bedeutung.

8. Zulassungsbeschränkungen

Zu Nummer 33: § 103

Die vorgesehenen Regelungen zum Zwangseinzug von Vertragsarztsitzen können weder den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen kompensieren, noch den ärztlichen Nachwuchs zur Niederlassung motivieren. Zudem bleibt das räumliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten unberücksichtigt. Studien belegen, dass Ärzte in städtischen Mittel- und Oberzentren oft in bedeutendem Maße Patienten aus den umliegenden Landkreisen mitversorgen. Dies betrifft insbesondere die fachärztliche Versorgung. Nach dem Gesundheitsreport 2014 des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen stammen beispielsweise in Darmstadt über die Hälfte der Facharztpatienten (58,2%) aus der Umgebung. In Frankfurt erbringen Fachärzte fast ein Drittel (31,8%) ihrer Leistungen für Patienten aus dem Umland. Ähnliche Ergebnisse liefern Untersuchungen für andere Regionen. Wenn Arztsitze wegen rechnerischer Überversorgung zwangsweise abgebaut werden, gefährdet dies die Mitversorgung von Berufspendlern und mobilen Bürgern aus ländlichen Regionen.

9. Medizinische Behandlungszentren

Zu Nummer 44: § 119c

Mit der Regelung in § 119c SGB V-E wird eine neue Versorgungsmöglichkeit von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in medizinischen Behandlungszentren eingeführt. Diese neue Versorgungsform stellt einen begrüßenswerten Beitrag zur weiteren Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sowie den daraus abgeleiteten nationalen gesetzlichen Vorschriften dar.

10. Haftungsbefreiung freiberuflich tätiger Hebammen

Zu Nummer 50: § 134a

Nach der geänderten Vorschrift des § 134a SGB V kann ein Ersatzanspruch nach § 116 Abs. 1 SGB X (Ansprüche gegen Schadensersatzpflichtige) aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.

Die vorgesehene Haftungsbefreiung ist eine Sonderhaftungsregelung für Hebammen. Die in der Geburtshilfe tätigen Belegärzte und Kliniken mit Geburtsabteilung bleiben bisher unberücksichtigt. Hier muss zwingend eine vergleichbare Regelung greifen.

Vorgeschlagen wird eine Absicherung des Haftungsrisikos „Geburtsschaden“ durch Einrichtung eines Staatshaftungsfonds, über den Geburtsschäden unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung des Staates in Analogie zum sog. „Impfschadenmodell“ reguliert werden könnten.

11. Medizinprodukte: Nutzenbewertung der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode

Zu Nummer 54: § 137h

Der Ansatz, der Anwendung von Medizinprodukten hoher Risikoklassen im Zusammenhang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verstärkte methodisch-wissenschaftliche Aufmerksamkeit zu widmen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die

vorgesehene Einführung einer frühen Nutzenbewertung durch den G-BA ist dabei nicht auf die Medizinprodukte selbst, sondern auf die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, in deren Zusammenhang sie verwendet werden sollen, ausgerichtet. Ob die Nutzenbewertung einer solchen Methode tatsächlich vollständig von einer – zumindest impliziten – Nutzenbewertung des verwendeten Medizinprodukts zu trennen ist, wird der G-BA bei der Umsetzung des Verfahrens zu beachten haben. Absehbar anspruchsvoll und dadurch möglicherweise zeitintensiv dürfte dabei die für den G-BA handlungsleitende Eingrenzung sein, was unter „neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzepten“ zu verstehen ist. Es sollte sichergestellt werden, dass der Beratungszeitraum zu Gunsten einer zeitnahen Versorgung der Patienten mit innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei welchen Medizinprodukte angewandt werden, überschaubar bleibt.

Zu Artikel 9: Änderung des Krankenpflegegesetzes

Aus- und Fortbildungscurricula für Gesundheitsfachberufe durch den G-BA

Zu den Nummern 1 und 2: § 4

Mit den hier vorgesehenen Änderungen des § 4 des Krankenpflegegesetzes wird zum einen dem G-BA die Möglichkeit eröffnet, für Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung zu entwickeln, welche vom Bundesministerium für Gesundheit ohne ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V genehmigt werden können. Zum anderen sollen Qualifizierungsmaßnahmen für diese Tätigkeiten zukünftig auch als Fortbildung bereits Berufstätiger durchgeführt werden können. Diese von der Bundesärztekammer ausdrücklich abgelehnte Erweiterung der rechtlichen, organisatorischen und zeitlichen Vorgaben der Richtlinie des G-BA für Modellvorhaben stellt eine sehr weitgehende Öffnung der Umsetzungsmöglichkeiten dar. Die Bundesärztekammer lehnt diese Ausweitung der Zuständigkeit des G-BA für Aus- und Fortbildungscurricula für Gesundheitsfachberufe strikt ab.