

Quelle:

Bundesärztekammer

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gesundheitsfachberufe/konferenz-der-fachberufe/maerz-2014/>

## Ausführlicher Bericht über die Sitzung vom März 2014

---

Herr Dr. Kaplan heißt die Teilnehmer sowie die Referenten und Gäste aus Ärztekammern, vom Deutschen Ärzteblatt, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie anderen Abteilungen der Bundesärztekammer (BÄK) herzlich willkommen. Die Fachberufekonferenz existiert nunmehr seit 25 Jahren, in denen ein interessanter, konstruktiver, teilweise auch konfliktiver Dialog zwischen allen Berufsverbänden gepflegt wurde. Die Einrichtung habe sich als Erfolgsmodell für die interprofessionelle Kommunikation auf Verbandsebene bewährt. So sei auch heute wieder ein Austausch der rund 40 teilnehmenden Verbände über drängende Fragen der Berufe und der gesundheitlichen Versorgung zu erwarten, zumal durch die Themen zentrale Belange aller Berufe berührt würden.

Er begrüßt namentlich den Präsidenten der BÄK, Herrn Prof. Montgomery, die Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. Güntert sowie Frau Dr. Satrapa-Schill von der Robert-Bosch-Stiftung. In ihren neuen Funktionen als Bundesvorsitzende heißt er Frau Mattfeld, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) und Herrn Drude, Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe, willkommen.

Für die Zusammenstellung eines wieder sehr interessanten Programms bedankt er sich bei der Planungsgruppe, die aus Frau Stöcker, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Frau Mattfeld, Frau Michelsen, Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland, Frau Hoffschildt, Deutscher Bundesverband für Logopädie sowie Frau Bristrup bestand.

### TOP 1: Bericht zur Lage

#### - aus Sicht der Fachberufe

Frau Steppat, Deutscher Hebammenverband (DHV), berichtet über die massiven Probleme insbesondere der freiberuflichen Hebammen mit der Höhe der Haftpflichtprämien. Diese seien in einem 10-Jahres-Zeitraum von 450,- Euro auf derzeit knapp 5000,- Euro jährlich angestiegen. Die Umsätze bei Hausgeburten stünden in keinerlei Verhältnis zur Höhe der Prämien. Eltern, Klinikmitarbeiter und Bürger beteiligten sich derzeit solidarisch an Protestmaßnahmen, um ein Aussterben des Berufsstandes zu verhindern. Es würden Lösungen durch eine interministerielle Arbeitsgruppe beim Bundesgesundheitsministerium erarbeitet. Das Land Schleswig-Holstein habe eine Bundesratsinitiative mit einem kurzfristigen Lösungsmodell vorgelegt. Die Rechtsabteilung des Verbandes habe Möglichkeiten ausgearbeitet, die auch für andere Berufe mit ähnlichen Problemlagen interessant seien. Der DHV strebe an, nicht mehr mit den Krankenkassen zu diesem Problem verhandeln zu müssen. – Herr Dr. Kaplan merkt an, dass auch für die Gynäkologen eine ähnliche Problemlage existiert.

Herr Petzold, Deutscher Berufsverband für Altenpflege (DBVA), spricht sich mit Blick auf die für 2015 angekündigte Novellierung des Pflegeberufsgesetzes gegen das Modell einer generalistischen Pflegeausbildung aus. Die spezifische Altenpflegeausbildung in Deutschland sei ein „Exportschlag“ in der EU. Bei einer Zusammenlegung aller Ausbildungszweige müsse die Ausbildung mindestens vier Jahre dauern. Auch eine Verkammerung der Pflegeberufe sei wegen der damit verbundenen Verwaltungskosten keine Problemlösung für die zentrale Frage des Fachkräftemangels. Hierzu habe sich ein sogenanntes „Bündnis Altenpflege“ aus verschiedenen Verbänden gebildet.

Frau Stöcker, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), informiert, dass die Berufsankennungsrichtlinien im Januar 2014 in Kraft getreten ist und bis zum 17.01.2016 in Verbindung mit einem neuen Pflegeberufsgesetz durch die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert werden müsse. Damit habe die Richtlinie zur Weiterentwicklung des Berufes beigetragen, obgleich die Bundesregierung mit dem Argument des Fachkräftemangels in Deutschland und dem Einsatz ihrer parlamentarischen Sperrminorität im EU-Parlament eine Beibehaltung der zehnjährigen Schulausbildung als Zugangsvoraussetzung bewirkt habe. Grundsätzlich betrage jedoch die Zulassungsvoraussetzung regelhaft 12 Jahre allgemeine Schulbildung, was auch dem Niveau der anderen 27 europäischen Mitgliedsstaaten entspreche. Ein Problem bleibe die nicht einheitlich geregelte Vorschrift zur Sprachkompetenz. Diese werde in einzelnen deutschen Bundesländern im Vergleich zum Ausland zu niedrig angesetzt; dort sei das Niveau B2 Standard, ggf. C1. Der Nachweis über das Sprachniveau müsse bei der Bewerbung vorliegen. – Frau Stöcker bringt den Wunsch ihres Verbandes nach einer einheitlichen Berufsausbildung für alle Zweige des Pflegeberufs zum Ausdruck und hofft, dass die Pflegeausbildung nicht arbeitsmarktpolitisch instrumentalisiert werde. Das von der EU noch festzulegende Kompetenzniveau in der Pflegeausbildung müsse sowohl von Absolventen mit 10 und 12jähriger Schulausbildung erreicht werden. – Herr Dr. Kaplan ergänzt, dass die Diskussionen zur Sprachkompetenz auch von der Ärzteseite aufmerksam verfolgt würden. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden werde sich demnächst mit der Frage beschäftigen.

Herr Stehr, Physiotherapieverband (VDB), thematisiert die Themen Ausbildung, Leistungserbringung/Vergütung und Bürokratie: Sein Verband plädiert für eine Reform der Fachschulausbildung, in die curricular die jetzt erforderlichen Zusatzqualifikationen integriert werden. Die Tatsache, dass 40% aller physiotherapeutischen Leistungen auf der Basis zusätzlich erworbener Zertifikate erbracht werden müssten, habe die Grundausbildung geschwächt. Eine regelhafte akademische Ausbildung lehnt der Verband wegen des Rückgangs der Schülerzahlen ab. Herr Stehr verweist in diesen Zusammenhang auf die Ergebnisse eines Projektes in Rheinland-Pfalz, zu dem sich dort ein „runder Tisch“ zur Bewältigung der anstehenden Probleme gebildet habe. Bei der Vergütung fordere man eine Orientierung an den Einkommen von Handwerksmeistern. Das Verordnungsgeschehen sei durch einen großen Bürokratieüberhang gekennzeichnet, vor allem bei Folgeverordnungen. – Frau Bristrup erinnert an die beiden Präsentationen zu dem rheinland-pfälzischen Landesleitprojekt des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ durch Herrn Lauxen (vgl. Fachberufekonferenzen 2011 und 2012) – Herr Dr. Kaplan kommentiert, dass die Themen Fachkräftemangel und Bürokratieabbau alle Berufsgruppen gleichermaßen betreffen.

Frau Müller-Rawlins, Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland (DVTA) informiert, dass der Verband gemeinsam mit dem Bundesverband der Pharmazeutisch-technischen AssistentInnen einen Antrag beim Deutschen Frauenrat zur Unterstützung der Novellierung der Berufsgesetze gestellt habe. Das MTA-Gesetz sei nunmehr 20 Jahre alt und müsse z. B. bzgl. der neuen Techniken, der Durchlässigkeit zwischen den Ausbildungszweigen und der Teilzeitausbildung novelliert werden. Sie bittet die Bundesärztekammer um Unterstützung. – Auch aus Sicht von Herrn Dr. Kaplan muss eine Flexibilisierung der Berufstätigkeiten vorangebracht werden.

Frau Hoffschmidt, Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbi), informiert über den Anfang des Jahres neu gegründeten Spitzenverband in der Sprachtherapie „Arbeitsgemeinschaft Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie – AG SSST“, dessen Ziel es ist, die erfolgreiche Zusammenarbeit, die zu der ersten sektoralen "Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie" mit dem GKV-Spitzenverband geführt habe, zukünftig mit weiteren gemeinsamen Projekten fortzusetzen und zu vertiefen. Für die nahe Zukunft sind bereits gemeinsame Projekte und Initiativen im Bereich der Lobby-, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit geplant. Die Vorstände der Verbände seien der Auffassung, dass nur mit einer gemeinsamen Vertretung auf der Bundesebene den spezifischen Interessen ihrer drei Berufsgruppen Gehör verschafft werden könne. Für das wichtige Anliegen, die primärqualifizierende Akademisierung der Logopäden/-innen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen weiter voranzutreiben, sei eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwingend notwendig und gewünscht.

Nach Frau Repschläger, Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK), läuft das Projekt des Verbandes zur Umsetzung des § 63 b SGB V zur Autonomie von Physiotherapeuten gut: Erste Ergebnisse hätten eine höhere Effektivität der Behandlung ergeben, wenn Physiotherapeuten Methode, Dauer und Frequenz von Behandlungsmethoden selbst bestimmen könnten. Nunmehr würde die Hypothese geprüft, ob sich auch die Wirtschaftlichkeit erhöhe. Auch das Projekt des IFK zur Ausgabe von Heilberufausweisen sei in der ersten Phase erfolgreich abgeschlossen. Durch eine Metaanalyse des Cochrane-Zentrums würde darüber hinaus derzeit der Bedarf an versorgungsrelevanten Forschungsprojekten bei den Heilmittelerbringern erhoben. Nach ihrer Auffassung kann das Problem des Fachkräftemangels nur durch eine höhere Vergütung für physiotherapeutische Leistungen gemildert werden, wodurch dann auch die Attraktivität des Berufes steige. Hinsichtlich der ärztlichen Verordnungen habe sich gezeigt, dass jede vierte bis fünfte Verordnung falsch ausgefüllt sei. Man habe bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angeregt, die Verordnungssoftware entsprechend zu verbessern.

Herr Drude, Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS), bekräftigt den nachdrücklichen Willen mehrerer Pflegeverbände, die Pflegekammer auf den Weg zu bringen. Von den Initiativen in sieben Bundesländern, die teilweise auf positiven Befragungsergebnissen unter Pflegenden basierten, sei die rheinland-pfälzische am weitesten fortgeschritten. Dort sei die Novellierung des Heilberufegesetzes vom Kabinett beschlossen worden und ein Gründungsausschuss für 2015 geplant. 2016 solle die Gründung der Pflegekammer erfolgen. Die bisherige Unterstützung durch die Landesärztekammern und durch die Bundesärztekammer sei sehr erfreulich, auch hinsichtlich der Einrichtung einer Bundespflegekammer. – Herr Prof. Montgomery bekräftigt nochmals die uneingeschränkte Unterstützung von Bundes- und Landesebene. Nach seiner Auffassung kann es keine Unterschiede in den verschiedenen Ländern geben. Er fordert ein einheitliches Votum der AOLG und der Gesundheitsministerkonferenz ein. Sollte die Bundespflegekammer rechtsfähig werden, so müsse dies in Folge auch für die Bundesärztekammer gelten.

Herr Schnell, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), bewertet es positiv, dass durch die EU-Richtlinie der breite Berufszugang auch für Haupt- und Realschüler erhalten geblieben ist,

damit der Fachkräftemangel nicht vorprogrammiert sei. Hinsichtlich der Probleme der Altenpflege sei die Verkammerung lediglich ein reiner Placebo-Effekt, z. B. arbeiteten Altenpfleger/Innen in der Regel als Angestellte und könnten damit ihre Fortbildung nicht selbst bestimmen. Darüber hinaus sei die Qualitätssicherung gesetzlich weitgehend definiert. Auch die bei freiberuflichen Kammern übliche Altersversorgung könne mit einer Pflegekammer nicht realisiert werden. Das Befragungsergebnis in Hamburg schätzt er als repräsentativ ein. – Herr Dr. Breuckmann, BLGS, kommentiert, dass die von Frau Stöcker geäußerte Einschätzung zur EU-Richtlinie die Auffassung aller im Deutschen Pflegerat zusammengeschlossenen Verbände repräsentiere.

Frau Leybold, Verband medizinischer Fachberufe, sieht eine durchgehend gute Stimmung bei den Medizinischen Fachangestellten. Dies liege zum einem an den guten Tarifabschlüssen in 2013, die die vorhandene hohe Fortbildungsbereitschaft der Berufsangehörigen noch weiter fördere. Darüber hinaus seien neue Mustercurricula der Bundesärztekammer für Medizinische Fachangestellte entwickelt und eine Problemlösung bei der gegenseitigen Anerkennung von VERAH's und Nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen zwischen Hausärzterverband und Bundesärztekammer gefunden worden.

Herr Kellermann, Verband Physikalische Therapie/Vereinigung für physiotherapeutischen Berufe (VPT), ist zugleich Vorsitzender des neuen Spitzenverbandes der Heilmittelverbände – SHV. In ihm sind in Nachfolge des Bundesverbandes der Heilmittelverbände (BHV) der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten, der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, der Deutsche Verband für Physiotherapie und der Verband Physikalische Therapie zusammengeschlossen. Die vier Verbände vertreten die Mehrzahl aller Leistungserbringer mit 86,6% des Heilmittelumsatzes in der GKV. Der neue Spitzenverband wende sich gegen die bürokratische Abwicklung der Verordnungen und die zu geringe Vergütung der Heilmittelleistungen. – Frau Donner, Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED), kommentiert, dass dieser neue Spitzenverband neben den Physiotherapeuten nur einen Ergo-therapieverband umfasse. – Für Herrn Dr. Kaplan ist es umso mehr notwendig, dass alle Verbände der Fachberufekonferenz an einem Strang ziehen.

#### - aus Sicht der Bundesärztekammer

Herr Prof. Montgomery dankt für 25 Jahre Fachberufekonferenz, deren Sitzungen einen geschützten Raum auch für die kontroverse Darstellung unterschiedlicher Interessen geboten hätten. Die Unterschiedlichkeit sei als legitim anzusehen, eine Einheit sei oft nicht herstellbar. Trotzdem müssten verschiedene Sichtweisen und Problemlagen beschrieben und es müsse konstruktiv gestritten werden, ohne die guten Beziehungen zwischen Verbänden zu gefährden.

Die Stimmung in der Ärzteschaft bezeichnet er insgesamt als gut; auch mit den Aussagen im Koalitionsvertrag könne man im Großen und Ganzen leben. Die neue EU-Richtlinie 2013/55/EU bringe sowohl für Ärzte als auch für Pflegenden Positives. Bei den Neubesetzungen im Bundesgesundheitsministeriums gehe man von Offenheit für alle Seiten aus. – Im Einzelnen thematisiert er folgende Aspekte:

- Hinsichtlich der Richtlinie 2013/55/EU sei die Prüfung sprachlicher Qualifikationsvoraussetzungen eine wichtige Aufgabe für die Kammern, wobei es sich um Fachsprachprüfungen handeln müsse.
- Die Haftpflichtproblematik und das Risiko nicht vermeidbarer Großschäden betreffe in hohem Maße auch die Ärzteschaft, weshalb man die Diskussion bei den Hebammen interessiert verfolge.
- Die geplante Sanierung des Bundeshaushaltes zulasten der Sozialkassen bzw. der Gesetzlichen Krankenversicherung i.H.v. 2,5 Mill. Euro verlagere gesamtgesellschaftliche Probleme auf die jüngere Generation. Letztlich gehe es immer nur um Umverteilung, nie um mehr Ressourcen für das Gesundheitswesen. Bereits ab 2015 würden wieder höhere Ausgaben prognostiziert, so dass die Mangelverwaltung eine ständige Gefahr sei. Alle Berufe müssten auf den Mittelentzug reagieren und die Konsequenzen klar benennen. – Auch Frau Repschläger hält eine Finanzierung der GKV je nach Liquidität des Bundeshaushaltes für äußerst problematisch. Dies könne weder im Interesse der Versicherten noch der Leistungserbringer sein, wenngleich sich hieraus ein echtes Dilemma zum gesamtgesellschaftlichen Interesse einer geringeren Neuverschuldung ergebe.
- Bei der Diskussion um eine schnellere Terminvergabe beim Zugang zu Fachärzten werde übersehen, dass es lediglich um eine beschleunigte Weiterbehandlung nach Überweisung durch einen Hausarzt gehe. In wirklich dringenden Fällen sei stets eine Behandlung innerhalb einer Woche möglich. Es sei fatal, die Patienten in bereits überlastete Krankenhäuser weiterleiten zu wollen.
- Das geplante neue Qualitätsinstitut sieht er hinsichtlich des Nutzens mit Skepsis. Ergebnisqualität werde nicht verwaltet, sondern von den Leistungserbringern produziert und könne auch nicht durch eine neue Behörde weiter gesteigert werden.
- Das in Artikel 168 des Lissabonvertrages ausgesprochene Verbot, in die nationalen Gesundheitssysteme einzugreifen, werde von der EU-Kommission umgangen, indem versucht werde, anhand technischer Normen Berufsausübung bei den Gesundheitsberufen zu regulieren. Die Entwicklung von DIN-Normen erfolge durch private Institute, die sich über die Beteiligung an der Entwicklung sowie über den Verkauf der Produkte finanzierten. Der Einstieg sei im Bereich der Schönheitschirurgie bei Maßnahmen ohne medizinische Indikation erfolgt. Normungsanträge ergingen von Einzelverbänden und zu einzelnen medizinischen Indikationen. Er fordert die Verbände dringend zu einem gemeinsamen Vorgehen gegenüber den Bundesministerien für Gesundheit und für Wirtschaft dahingehend auf, keine technischen Normen für Gesundheitsberufe zuzulassen.

– Rechtsanwalt Bill, Verband Deutscher Badebetriebe (VDB), unterstützt diese Einschätzung. Er informiert darüber hinaus über ein Urteil des Verwaltungsgerichts Leipzig, mit dem englischen Chiropraktoren die Erteilung einer eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis verwehrt wurde.

Herr Dr. Kaplan ergänzt den Lagebericht um einige spezifische Aspekte zu den Fachberufen und zum hausärztlichen Bereich:

- Die vom Gesetzgeber gemäß Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2011 eingeführte Liste delegierbarer Leistungen nach § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V wurde zwischenzeitlich zwischen KBV und GKV-Spitzenverband erarbeitet und ist zum 01.10.2013 in Kraft getreten. Die Vereinbarung umfasse einen Paragraphenteil und einen Beispielkatalog allgemeiner und gebietsärztlicher Leistungen, welche an Medizinische Fachangestellte, zum Teil mit Zusatzqualifikationen, aber auch an andere Berufe delegiert werden können.
- Das Projekt zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums Case Management sei im Herbst vergangenen Jahres mit der Veröffentlichung eines sogenannten Kerncurriculums Case Management im Internet durch den Projektgeber Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) erfolgreich beendet worden. Das Projekt beruhe auf einer Initiative der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband für Krankenpflege, dem Deutschen Verband für Soziale Arbeit sowie der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management. Das Curriculum wurde von Prof. Bals, Universität Osnabrück, nach den Vorgaben des Deutschen Qualifikationsrahmens für das Fall- und das Systemmanagement in den Bereichen Pflege, Pflegeberatung, Medizin und Soziale Arbeit entwickelt und stehe allen Bildungsinstitutionen zur Anwendung offen.
- Für Medizinische Fachangestellte wurden das Curriculum „Assistenz in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“ und die Fortbildung „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ als neue Standards entwickelt. Bezüglich der Medizinprodukteaufbereitung stehe die Bundesärztekammer noch im Dialog mit dem Robert-Koch Institut und den Landesaufsichtsbehörden. Die Entwicklung weiterer Mustercurricula in den nächsten Jahren sei geplant.
- Der Gehaltstarifabschluss vom 09.07.2013 mit einer Laufzeit von drei Jahren führe zu einer Gehaltserhöhung für Medizinische Fachangestellte von insgesamt durchschnittlich 10,7 %. Es wurde eine neue Tarifstruktur mit Ausweitung der Qualifikationsstufen bei gleichzeitiger Kürzung der Berufsjahrguppen vereinbart. Aufstieg und Spezialisierung würden jetzt besser honoriert und seien schneller möglich. Die Ausbildungsvergütungen seien in allen drei Ausbildungsjahren um je 30 Euro monatlich gestiegen und erhöhen sich zum 01.04.2014 und 01.04.2015 um je weitere 30 Euro monatlich pro Ausbildungsjahr.
- Der Koalitionsvertrag sehe für die hausärztliche Versorgung eine weitere Stärkung vor. Die Krankenkassen blieben gesetzlich verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Die hausarztzentrierte Versorgung werde weiterentwickelt und um geeignete Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt. Die bestehenden Vergütungsbeschränkungen würden aufgehoben. Die strukturierten Behandlungsprogramme müssten, soweit sie Hausärzte betreffen, Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein.
- Zum Förderprogramm Allgemeinmedizin hätten die Vertragspartner den gemeinsamen Bericht für das Jahr 2012 im Dezember 2013 vorgelegt, danach steige die Zahl der mit dem Förderprogramm zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin unterstützten Ärztinnen und Ärzte. Im ambulanten Bereich seien im Jahr 2012 im Vergleich zum Start des Programms im Jahr 2010 18 Prozent mehr Ärzte gefördert worden (3.842 Ärzte), im stationären Bereich über 14 Prozent (2.199 Ärzte). Insgesamt sieht Herr Dr. Kaplan die Situation für die Hausärzte positiv, wenn die Rahmenbedingungen weiter verbessert und damit Nachwuchsprobleme verstärkt angegangen würden.

## TOP 2: Neue berufsrechtliche Entwicklungen bei den Gesundheitsberufen

### 2.1 Neuregelung der Gesundheitsberufe? – Rechtsexpertise zur Weiterentwicklung des Berufsrechts

Herr Univ.-Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Gesundheitsrecht, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, referiert foliengestützt über seine Rechtsexpertise zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe aus Sicht der Verbände der Fachberufe (**Anlage 2**). Diese wurde im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, erstellt und liegt seit Oktober 2013 veröffentlicht vor. Laut Prof. Igl sind die Funktionen von Heilberufen und Gesundheitsberufen nicht nur auf den Bereich der Medizin beschränkt, sondern umfassen die gesamte gesundheitliche Versorgung. Dabei seien verschiedene Berufe übergreifend in unterschiedlichen Bereichen tätig. Die von ihnen ausgeübten Heilkundetätigkeiten seien umfassender als die bislang im Heilpraktikergesetz verankerte Definition von Heilkunde, unter welcher üblicherweise die heilkundliche Tätigkeit des Arztes verstanden werde. Bei allen Heilberufen fehle bisher die ausdrückliche Regelung der Heilkundeausübung, sondern es werde über die Berufsgesetze lediglich der Bezeichnungsschutz und die Zulassungsregelung geregelt, ggf. ergänzt um vorbehaltene Tätigkeiten (Hebammen-/MTA-Berufe). Während der Arzt grundsätzlich im gesamten Bereich der Heilkunde selbstständig tätig werden dürfe, dürften dies andere Heil- und Gesundheitsberufe nur in den jeweils in spezifischen Ausbildungen vermittelten Gebieten. Ärztliche Tätigkeiten in der Heilkunde dürften darüber hinaus teilweise delegiert werden. Für bestimmte, bisher Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten habe die Rechtsprechung den selbstständigen Zugang zur Leistungserbringung durch eine sogenannte beschränkte Heilpraktikererlaubnis geöffnet. Für die Zukunft sieht Herr Prof. Igl die Tendenz, dass auch für andere Heil- und Gesundheitsberufe die Möglichkeiten der selbstständigen/eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde in den Bereichen, für die sie qualifiziert sind, erweitert werden. Hierfür seien rechtlich gefestigte Kooperationsstrukturen zu entwickeln.

Entwicklungsperspektiven für eine erweiterte Heilkundeausübung der anderen Heil- und Gesundheitsberufe liegen laut Herrn Prof. Igl im Ausbildungsrecht, in den Berufsordnungen/Weiterbildung und in denjenigen Rechtsbereichen, die die berufliche Tätigkeit dieser Berufe normieren. Das Ausbildungs- oder Zulassungsrecht bezeichnet er als „direktes“ Berufsrecht; die Rechtsfelder, die die ausübungsrechtlichen Regelungen, im Wesentlichen das SGB V, umfassen, bezeichnet er als „indirektes“ Berufsrecht.

In der Aus-, Fort- und Weiterbildung zeichne sich eine sehr vielgestaltige Entwicklung, vor allem durch die neuen hochschulischen Bildungsgänge, ab. Die Länderautonomie zur Einrichtung von Hochschulbildungsgängen, aber auch die Vielzahl der „privaten“ Ausbildungen kollidierten teilweise mit den Vorschriften zur Heilkundeausübung. Es müsse ein bundesrechtlicher Rahmen für Ausbildungen und Prüfungen geschaffen werden, durch den der Gesundheitsschutz staatlich gewährleistet werde.

Herr Prof. Igl plädiert dafür, im Rahmen des Sozialrechts den selbständigen Zugang zur Leistungserbringung für weitere Heil- und Gesundheitsberufe zu kodifizieren/zu erweitern. Hierfür müssten in den Ausbildungszielen bzw. im Berufsrecht Erweiterungen im Sinne einer Teilapprobation erfolgen. In Folge könnten dann berufsrechtliche Zugänge anderer Berufe zum Sozialleistungserbringerrecht, das bisher unter Arztvorbehalt stehe, geschaffen werden. Eine evolutionäre Entwicklung in diese Richtung stellten die geplanten Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V dar.

Ein geregelter Miteinander verschiedener Berufe in hochdifferenzierten Tätigkeitsfeldern sei zukünftig unter den Aspekten der Kooperation und Koordination zu gestalten. Um dies rechtlich angemessen abzubilden, seien unter der Prämisse des Patientenschutzes nach Artikel 2 Abs. 2 Abs. 1 Grundgesetz Vorbehaltstätigkeiten, gegenüber selbst-/eigenverantwortlichen und mitwirkenden Tätigkeiten präziser gegeneinander abzugrenzen. Herr Prof. Igl plädiert deshalb für eine klare Definition von Kompetenzen und Aufgaben/Tätigkeiten, für eine Definition des Heilkundebegriffs und verschiedener Kooperationsformen und Koordinierungsaufgaben und eine Beschreibung der Rahmenbedingungen für eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten. Im Rahmen eines Allgemeinen Heilberufegesetzes – bei gleichzeitiger Abschaffung des Heilpraktikers – könnten alle genannten Aspekte systematisiert und im Sinne eines neuen Heilkundebegriffes modernisiert werden; das Gesetzgebungsverfahren könne entbürokratisiert werden. In diesem Zusammenhang, z. B. in Bezug auf das Verhältnis Arzt – Heilmittelerbringer, sei auch die Gesamtverantwortung des Arztes zu klären.

Herr Prof. Igl schließt seine Ausführungen mit einem Plädoyer für die Einrichtung eines Nationalen Gesundheitsberufes zur Schaffung einer abgestimmten Entwicklung zwischen Bildungssystem und Arbeitskräftebedarf sowie mit einem Ausblick auf die aktuellen Entwicklungen zur Richtlinie 2005/36/EG, jetzt geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU, mit ihren Auswirkungen auf die Pflegeberufe und den Hebammenberuf ab.

In der folgenden Diskussion stehen vor allem die Themen Haftungsrecht sowie direktes/indirektes Berufsrecht im Mittelpunkt. Verschiedene Teilnehmer aus Landesärztekammern (Herren Ass. Kalb, Bayerische Landesärztekammer, Dr. Scholz, Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Schwarzenau, Ärztekammer Westfalen-Lippe und Dr. Kaplan) monieren das aus ihrer Sicht völlige Ausblenden der haftungsrechtlichen Dimension veränderter Kompetenzzuschreibungen sowohl im Ausbildungsrecht als auch bei den Auswirkungen in der selbständigen Heilkundeausübung. Die Übernahme zusätzlicher Verantwortung, wie z. B. beim Notfallsanitäter, aber auch bei den neuen hochschulischen Ausbildungen, mache für junge Menschen Berufe zunächst attraktiv, führe aber zu vorher nicht absehbaren haftungsrechtlichen Konsequenzen mit Kostenfolgen, wie die Diskussion über die Prämienentwicklung bei Hebammen zeige. Es sei auch unklar, ob bei definierten erweiterten Kompetenzen automatisch in der bisherigen Realität der Versorgung gelebte Delegationsmöglichkeiten entfielen.

– Laut Herrn Prof. Igl sind die aus dem Behandlungsvertrag resultierenden haftungsrechtlichen Konsequenzen kaum beeinflussbar, die Rechtsprechung werde hier nachbildend tätig. Im Berufsrecht klarer geregelte Zuständigkeiten stellten in Folge gleichzeitig klarere Grundlagen für haftungsrechtliche Regelungen dar. Es sei nur konsequent, dass sich aus der Übernahme von mehr Verantwortung auch ein erhöhtes Haftungsrisiko ergebe. Auch die bisherige Delegation berge große Unsicherheiten.

Bei der Schaffung von „Teilapprobationen“ sehen Herr Prof. Montgomery, Herr Dr. Kaplan und Herr Dr. Schwarzenau große Probleme. Bei „Teilapprobationen“ sei eine Zersplitterung von Berufsbildern mit der Gefahr verbunden, dass Dialog und Kooperation in der Durchführung von Tätigkeiten in den Hintergrund träten. Laut Herrn Prof. Igl stellen die Regelungen des § 63 Abs. 3c SGB V allerdings bereits „funktionale Teilapprobationen“ dar. In der Tat bedürfe dieser Begriff einer Operationalisierung und müsse für die verschiedenen Berufe durchdekliniert werden.

Auf Rückfrage qualifiziert Herr Prof Igl die Begriffe „direktes“ und „indirektes“ Berufsrecht als eher „didaktische“ Kategorien. Zum „direkten“ Berufsrecht, das Gegenstand des öffentlichen Rechtes ist, gehörten Berufsausbildungsregelungen, Berufszulassungsregelungen, Berufsausübungs- und Berufsbeendigungsregelungen; zum „indirekten“ Berufsrecht, das sich quer durch alle Rechtsgebiete ziehe, gehörten z. B zivilrechtliche, strafrechtliche oder sozialrechtliche Tatbestände. Eventuelle Überschneidungen zum Begriffspaar Berufsrecht–Sozialrecht hält er für auflösbar.

Herr Esser, Zentralverband der Physiotherapeuten (ZVK), sieht durch die Rechtsexpertise mehr Klarheit in diese komplexe Materie gebracht und regt an, insbesondere die Idee eines Allgemeinen Heilberufegesetzes an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) heranzutragen. – Herr Dr. Kaplan dankt Herrn Prof. Igl für seine instruktiven Ausführungen.

## 2.2 Berufsgesetzliche Regelungen zum Notfallsanitäter

Herr Prof. Dr. Gerhard Nadler, Berufsverband für den Rettungsdienst (BVRD), Hochschule für Gesundheit und Sport, Technik und Kunst, Berlin, referiert foliengestützt insbesondere die historischen Aspekte bei der Entwicklung des Sanitäterberufes (**Anlage 3**). Er verweist dabei neben seiner juristischen und sozialwissenschaftlichen Expertise auf Erfahrungen in rund 8.000 nebenberuflichen Notfalleinsätzen.

Auf Grund der katastrophalen Situation im deutschen Rettungswesen seit Anfang der 60er Jahre mit steigenden Verkehrsunfallzahlen und Schwerverletzten und Toten sei es Anfang der 70er Jahre zu ersten Reaktionen im politisch-administrativen System und demzufolge 1976/77 zu einem 520 Stunden Ausbildungsprogramm des Bund-Länder-Ausschusses „Rettungswesen“ als Empfehlung gekommen, welche sukzessive landesrechtlich umgesetzt wurde. Im Jahre 1989 folgte dann das Rettungsassistentengesetz, das zwar einerseits zur Verbesserung für Ausbildungssituationen führte, andererseits aber bereits wenige Jahre nach seinem In-Kraft-Treten in Fachkreisen in Kritik geriet. Nach langen Diskussionen erfolgten Anfang 2000 die ersten Ansätze zur Novellierung dieses Gesetzes, zunächst im Juli 2007 mit einer Anhörung vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit. 2012 legte das BMG den Entwurf eines Notfallsanitätergesetzes vor, das in 2013 beschlossen und im Januar 2014 in Kraft getreten ist.

Herr Prof. Nadler erläutert im Folgenden in einem juristischen Exkurs die Rechtslage bei der medizinischen Behandlung durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe, insbesondere die Notkompetenz und das Heilpraktikergesetz und stellt anschließend das Notfallsanitätergesetz im Überblick dar. Wichtig sei, dass im Rahmen der nunmehr dreijährigen Ausbildungszeit eine präzise Ausbildungszielbeschreibung erfolgt sei und die Komponenten der Ausbildung besser verzahnt seien. Darüber hinaus wurden die Zugangsvoraussetzungen und die Qualifikation der Lehrenden angehoben und eine Modellklausel zur akademischen Ausbildung eingefügt. Herr Prof. Nadler verweist insbesondere auf die Ausführungen in der Bundestagsdrucksache 17/12524, wonach Notfallsanitäter am Ende ihrer Ausbildung die Kompetenz besitzen sollen, „...eigenverantwortlich Maßnahmen zur Sicherung der Atemwege und Beatmung, zur Stabilisierung des Kreislaufs, der Schmerzbekämpfung oder zur Reanimation einschließlich der dabei erforderlichen Abgabe von Medikamenten“ durchzuführen. Gegenwärtig keime eine Diskussion darüber auf, welche adäquaten praxisgerechten Kompetenzen im Rahmen einer "Vorab-Delegation" durch den ärztlichen Leiter Rettungsdienst sinnvoll seien. Darüber hinaus stelle sich die Frage, ob gesetzliche Regelungen notwendig seien, die die Durchführung von invasiven medizinischen Maßnahmen regeln.

Herr Marko König, Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), konkretisiert in seinen ergänzenden Ausführungen zur sinnvollen und strukturierten Umsetzung der Ausbildungsinhalte (**Anlage 4**) zunächst Tätigkeiten, die in der Anästhesie/Intensivmedizin erlernbar bzw. beobachtbar sind. Er konkretisiert diese durch eine Liste möglicher invasiver Maßnahmen durch Notfallsanitäter sowie eine Auflistung von Medikamenten bzw. Medikamentengruppen, deren Applikation durch Notfallsanitäter im Rahmen zukünftiger Regelungen möglich erscheint. Er beschreibt im Folgenden den sogenannten „Pyramidenprozess“, angestoßen durch die Bundesverbände Ärztlicher Leiter Rettungsdienst und Deutscher Berufsverband Rettungsdienst. Beim „Pyramidenprozess“ handele es sich um einen Entwicklungs- und Abstimmungsprozess, in dem alle am Rettungswesen Beteiligten (Ärzte, Schüler, Ärztekammern, Schulen, Krankenhäuser, Hilfsorganisationen, Feuerwehr sowie Kommunen und Länder) mitwirkten. Ziel sei es, eine Vereinheitlichung der Durchführung des Rettungsdienstes über Länder und Gemeindegrenzen hinweg zu erreichen sowie einen festgelegten Medikamentenkatalog zu erarbeiten. Darüber hinaus sollen Standard Operation Procedures (SOPs) festgelegt werden. Den Trägern des Rettungsdienstes soll empfohlen werden, diese SOPs umzusetzen. – Für Herrn König ist der Beruf des Notfallsanitäters zum Nutzen der Notfallpatienten auf dem Wege zur Professionalisierung.

Herr Dr. Kaplan sieht in dem beschriebenen Prozess eine sinnvolle Umsetzung der Ausbildungsregelungen durch Algorithmen, die die Notfallkompetenz genau definieren. – Auf Nachfrage zum Übergang alte/neue Ausbildung verweisen Herr Prof. Nadler und Herr König auf (bundeslandspezifische) Prüfungen, in denen leider unterschiedliche Zeiten der Berufserfahrung zugrunde gelegt seien. Ob der Übergang gelinge, hänge allerdings primär von der Stringenz der

Anwendung der SOPs und von der Qualitätssicherung der Ausbildung durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst ab.

Mit einem Plädoyer für einen umsichtigen und allmählichen Übergang dankt Herr Dr. Kaplan den Herren Prof. Nadler und König für ihre umfassenden Ausführungen.

### 2.3 Eingeschränkte Heilpraktiker-Erlaubnis für Physiotherapeuten

Herr RA Heinz Christian Esser, Geschäftsführer des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) und des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände, referiert foliengestützt (**Anlage 5**). Herr Esser unterstreicht einfühend die von Herrn Prof. Igl umrissenen Vorstellungen zur Erweiterung der heilkundlichen Tätigkeiten auch für Physiotherapeuten. Er verweist insbesondere auf die wirtschaftliche Dimension eines Direktzugangs von Patienten zur physiotherapeutischen Behandlung ohne ärztliche Verordnung. Leider hätten die intensiven Bestrebungen der Heilmittelverbände gegenüber dem Gesetzgeber bislang nicht zum Erfolg geführt. Deshalb werde die vom Bundesverwaltungsgericht am 26.08.2009 ergangene Entscheidung zur eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis seitens der Heilmittelverbände begrüßt. Danach könne Physiotherapeuten die Erlaubnis zur Ausübung einer auf die Physiotherapie beschränkten Heilpraktikertätigkeit erteilt werden, wenn eine zusätzliche Qualifizierung durchlaufen wurde. Hierbei gehe es nicht um eine Kenntnisprüfung medizinischer Inhalte, sondern um die Schließung der sogenannten „normativen Lücke“, womit der Physiotherapeut nachweisen müsse, dass er die Abgrenzung zur ärztlich-heilkundlichen Tätigkeit im Sinne der Gefahrenabwehr kennt. Eine dem Arzt gleichgestellte Kompetenz zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und zur Erstdiagnose wurde vom Bundesverwaltungsgericht ausdrücklich verneint. Physiotherapeuten könnten qua Berufsgesetz nur auf ärztliche Indikation, Anordnung und Verordnung hin tätig werden.

Bedauerlicher Weise könne damit der Direktzugang nur über den Umweg der Heilpraktikererlaubnis erfolgen, was mit der Umsatzsteuerpflicht verbunden sei. Dieser Weg stelle aus Sicht des Verbandes deshalb nur eine pragmatische Zwischenlösung auf dem Weg zu einer berufsgesetzlichen Lösung dar, die der Verband anstrebe. Gemeinsam forderten alle Physiotherapieverbände eine Novellierung des Berufsausbildungsgesetzes mit einer geänderten Ausbildungszielbeschreibung dergestalt, dass mit Ausbildungsabschluss unmittelbar der Direktzugang zum Patienten möglich wird. Die derzeit zur Erlangung der eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis notwendigen 60 Stunden Weiterbildung (darunter 10 Stunden Rechtskunde) seien in die Ausbildungsinhalte zu integrieren.

Herr RA Christian Bill, VDB-Physiotherapieverband, führt ergänzend aus (Redebeitrag siehe **Anlage 6**):

Bei Selbstzahlern könnten Physiotherapeuten in medizinisch geklärten oder unbedenklichen Fällen die eigenverantwortliche Behandlung von Patienten ohne vorhergehende Diagnostik des Arztes durchführen, wenn gem. des o. g. Urteils des Bundesverwaltungsgerichts eine eingeschränkte (d. h. auf Physiotherapie beschränkte) Heilpraktiker-Erlaubnis erworben wurde. Das Gericht habe zugleich eine sogenannte „normative“ Kenntnislücke aus der Ausbildungsverordnung und Prüfungsordnung abgeleitet, die durch ergänzende Kurse zur Rechtskunde und zu einschlägigen Krankheitsbildern geschlossen werden müsse. Der notwendige Umfang dieser Kurse sei umstritten. Der Verband sehe bei Einhaltung der für Physiotherapeuten aufgestellten Grenzen eine wachsende Zusammenarbeit mit Ärzten, die zu deren Entlastung und zur Stärkung größerer Eigenverantwortlichkeit von Patienten führe. Weitergehende Kompetenzen wünsche der Verband nicht, weder eine Ausweitung in der Diagnostik noch einen Direktzugang in die GKV. Sowohl die Budgetverantwortung als auch eine verpflichtende akademische Ausbildung würden abgelehnt: Ein Budget sei ohne ärztliche Verordnung nicht kontrollierbar; eine Hochschulausbildung sei für physiotherapeutische Behandlungen nicht erforderlich. Wegen der Schwierigkeit der Abgrenzung von Tätigkeiten in der Physiotherapie bzw. deren Zuordnung zu verschiedenen Berufen sowie der konkurrierenden Gesetzgebung im Bereich der Gesundheitsberufe halte der Verband die Schaffung eines Berufsausübungsgesetzes durch den Gesetzgeber für unwahrscheinlich.

### 2.4 Kooperative Formen der Berufsausübung

Frau Dr. Susanne Ambruster, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Abteilung Flexible Versorgungsformen und Patientenorientierung, referiert foliengestützt (**Anlage 7**). Durch kooperative Versorgungsformen werde auf die zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung flexibel und patientenorientiert reagiert. Vor allem die Auswirkungen des demografischen Wandels sowohl bei Patienten als auch den Leistungserbringern – Frau Dr. Ambruster erläutert dies am Beispiel der geriatrischen Versorgung – verlangten nach einer Neuorientierung vorzugsweise in Form von multiprofessionellen Teams. Die bisherige Ausrichtung an der Idee des "Einzelkämpfers" werde durch eine zunehmende Zahl ärztlicher Kooperationen in der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt: z. B. angestellte Ärzte, Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften, Ärztehäuser, Praxen in Krankenhäusern, Praxisnetze, Berufsausübungsgemeinschaften. Kooperation bedeute Vielfalt und Individualität und stärke Qualität und Patientennutzen, einen "Königsweg" gebe es dabei nicht. Frau Dr. Ambruster geht beispielhaft auf die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004

eingeführten Medizinischen Versorgungszentren als fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen ein und beschreibt den Nutzen aus Sicht von Patienten und Ärzten und für die Versorgung allgemein. Mit knapp 2.000 Zulassungen und rund 10.000 in MVZ tätigen Ärzten (davon 1.358 Vertragsärzte) arbeiteten mittlerweile ca. 7% aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in MVZ (Stand 2011). Die durchschnittliche Arbeitsgröße habe sich langsam aber stetig auf durchschnittlich 5,5 Ärzte erhöht. MVZ befänden sich zu 41,4% in Trägerschaft von Vertragsärzten und zu 37,3% in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Sie seien vorwiegend in den Rechtsformen GmbH und GBR organisiert. Frau Dr. Armbruster referiert in diesem Zusammenhang die Ergebnisse des MVZ-Surveys der KBV 2011, der nach 2005 und 2008 zum dritten Mal durchgeführt wurde. Es handelt sich um eine Vollerhebung unter allen zum 31.12.2010 zugelassenen MVZ. Danach sei im Vergleich zwischen 2005 und 2011 eine zunehmende Kooperationsintensität von Ärzten mit verschiedenen anderen Gesundheitsberufen festzustellen, insbesondere mit Physiotherapeuten, Sozialdiensten und sozialen Einrichtungen, aber auch in nennenswertem Umfang mit Pflegeeinrichtungen, Ergotherapeuten und Logopäden. In ländlichen Gebieten sei die Kooperation mit anderen Leistungserbringern deutlicher ausgeprägt. – Die KBV begleite die MVZ-Entwicklung durch verschiedene unterstützende Maßnahmen. In Abgrenzung zu MVZ seien Kooperationen in Form von Praxisnetzen Zusammenschlüsse von Praxen unter Wahrung der Selbstständigkeit der beteiligten Freiberufler ohne eigenen Leistungserbringerstatus. Nach § 87 b SGB V unterliegen sie speziellen Anforderungen: Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung, verbesserte Effizienz. Sie sicherten vor allem die fachübergreifende wohnortnahe Versorgung in allen Regionen und Raumtypen, seien populations- und indikationsbezogen ausgerichtet und sollen strukturelle und prozessuale Entwicklungsimpulse liefern. Für die Anerkennung von Praxisnetzen gelte eine Rahmenvorgabe, die zum 01. Mai 2013 in Kraft getreten sei und die eine Verpflichtung zu einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer unter Berücksichtigung von Versorgungszielen umfasse. Für die multiprofessionelle Kooperation können z. B Physiotherapeuten, Pflegedienste, Pflegeheime, Logopäden oder Hospize in Frage. Richtlinien zur Anerkennung bzw. Förderung von Praxisnetzen seien bereits von fünf Kassenärztlichen Vereinigungen erlassen worden. Frau Dr. Armbruster geht abschließend noch auf weitere multiprofessionelle Kooperationsansätze ein, die sich aus der Sozialpsychiatrievereinbarung, der Versorgung in Pflegeheimen gemäß § 119 b SGB V und der geriatrischen Komplexbehandlung in Schwerpunktpraxen ergeben. In allen Ansätzen gehe es um die interdisziplinäre fachübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen bis hin zum Pflegepersonal von stationären Pflegeeinrichtungen unter Leitung und Koordination durch den teilnehmenden Vertragsarzt. Herr Dr. Kaplan kommentiert den Vortrag – auch mit Blick auf die kritische Bemerkung von Frau Donner zur eventuellen Marktmacht von MVZ – mit dem Hinweis auf die auch versorgungspolitisch gewollte zunehmende Förderung von Netzen und MVZ, da sich die positiven Auswirkungen von Kooperationen besonders vor Ort deutlich zeigten. Mit Blick auf die eventuelle Dominanz dieser Versorgungsform müsse die Entwicklung kritisch konstruktiv begleitet werden. Die berufsrechtliche Klärung (bestimmter Aspekte?) von Praxisverbänden stehe noch aus.

## TOP 3: Verschiedenes

### 3.1 Pressemitteilung

Die Pressemitteilung wird auf der Basis des vorbereiteten Entwurfs einvernehmlich abgestimmt (**Anlage 8**). Sie ist den Verbänden per Rundschreiben und per E-Mail am 14. März 2014 zugegangen.

\*\*\*

Herr Dr. Kaplan dankt den Teilnehmern für die konstruktive Sitzung und den Referenten für ihre engagierten Beiträge und wünscht allen eine gute Heimreise.

Für die sachliche Richtigkeit:  
Berlin, den 01.04.2014  
Dipl.-Päd. Rosemarie Bistrup  
Bereichsleiterin Dezernat 5 –  
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen

---