



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

zur Erörterung am 19. November 2020

Berlin, 12. November 2020
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung werden durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen vorgelegt. Mehr als 40 Einzelmaßnahmen sollen darauf abzielen:

- die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu verbessern,
- die aktuelle, dauerhafte und den Qualitätserfordernissen genügende Verfügbarkeit verlässlicher Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung sicherzustellen,
- Verbesserungen für gesetzlich Krankenversicherte zu erreichen, u.a. durch erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sowie durch Maßnahmen zur Bürokratieentlastung,
- mit der Reform des Notlagentarifs Verbesserungen für privat Krankenversicherte zu erreichen sowie
- die Hospiz- und Palliativversorgung durch die Koordination in Netzwerken zu fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit zu stärken.

ver.di konzentriert sich mit der Stellungnahme auf die Bewertung

- der Regelungen zum Pflegepersonalquotienten,
- der Modellklauseln in der Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sowie
- die Regelungen zu Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA).

Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) verwiesen, die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragen wird.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Ziffer 40 (§ 137j - Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern mittels der Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten)

Mit der künftigen Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll die Transparenz über den Personaleinsatz im Krankenhaus gefördert werden. Über eine vergleichende Veröffentlichung sollen Bürgerinnen und Bürger Informationen erhalten, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zum Pflegeaufwand viel oder wenig Personal einsetzt. Um den Krankenhäusern Planungssicherheit zu geben, soll die bereits bestehende Sanktionierungsoption für das Budgetjahr 2020 aufgehoben und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt werden, näheres zum Zeitpunkt der Sanktionierung in einer Rechtsverordnung zu regeln.

Zudem soll Pflegehilfspersonal und sonstiges für Pflege am Bett eingesetztes Personal anteilig in den Pflegepersonalquotienten eingerechnet werden.

ver.di kritisiert die grundsätzliche Ausrichtung des Pflegepersonalquotienten. Er soll das Verhältnis der Anzahl der Pflegevollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreiben. Jedoch wird der tatsächliche Pflegeaufwand über den zu Grunde liegenden Pflegelastkatalog gar nicht abgebildet. Dieser gibt weder den Pflegebedarf, noch den für die Patient*innen einer DRG tatsächlich durchschnittlich erbrachten Pflegeaufwand wieder. Die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Katalogs basieren letztlich auf Ist-Kosten, die im Rahmen der jährlichen Kalkulationsrunden in den DRG-Kalkulationskrankenhäusern ermittelt werden. Damit kann der Pflegepersonalquotient keine Aussage zu angefallenem Pflegeaufwand und Personalbesetzung geben.¹

¹ Vgl. Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, Online abrufbar unter: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=06992

Der Einsatz von Pflegefachkräften ist Voraussetzung für eine hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Bei der Festlegung einer Untergrenze bezogen auf den Pflegepersonalquotienten handelt es sich um eine untere, „rote Haltelinie“, deren Unterschreitung zukünftig sanktioniert werden soll. Deshalb setzt sich ver.di dafür ein, dass bei Untergrenzen nur auf die Besetzung mit Pflegefachkräften abgestellt wird. Pflegehilfspersonal und sonstiges für Pflege am Bett eingesetztes Personal darf nicht, wie in § 137 j Abs. 1 Satz 4 neu definiert werden soll, anteilig angerechnet, sondern nur zusätzlich eingesetzt werden.

Statt Untergrenzen für ein zusätzliches Instrument, den Pflegepersonalquotienten, einzuführen, die sich an der teils dramatischen Unterbesetzung bei der Pflegepersonalausstattung orientieren, müssen sich Personalmindestvorgaben am tatsächlichen Pflegebedarf bemessen.

Notwendig ist eine durchgreifende und nachhaltige Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser. Dies können weder Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der unteren Quartilsgrenze, noch Pflegepersonalquotienten bewirken. Erforderlich sind vielmehr Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können.

ver.di hat gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Deutschen Pflegerat (DPR) mit der PPR 2.0 ein Instrument zur Personalbemessung für die Pflege auf der Grundlage der Pflege-Personalregelung (PPR) entwickelt. In kurzer Frist wurde damit die im Juni 2019 getroffene Vereinbarung der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) umgesetzt. Das Instrument schätzt unterschiedliche Patientengruppen und Leistungsfelder hinsichtlich des Pflegepersonalbedarfs ein und kann in die digitale Datenverarbeitung des Krankenhauses eingebunden werden. Die Bedienung ist einfach, selbsterklärend und bürokratiearm. Die PPR 2.0 orientiert sich an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung und gewährleistet eine hohe Patient*innensicherheit. Die PPR 2.0 geht über die vorhandenen Pflegepersonaluntergrenzen hinaus und ist anders als diese nicht auf ausgewählte, vermeintlich »pflegesensitive« Bereiche beschränkt. Das Instrument ist als Interimslösung kurzfristig für die unmittelbare Patient*innenversorgung auf allen bettenführenden Stationen einsetzbar. Es ist als Ordnungsrahmen, der eine bedarfsgerechte Personalausstattung vorgibt und absichert, schnellstmöglich verbindlich und bundeseinheitlich auf den Weg zu bringen.

In einem zweiten Schritt ist kurzfristig – wie im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) vereinbart - durch den Gesetzgeber der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Instruments zur Personalbedarfsermittlung zu erteilen.

Zu Nummer 29 (§ 118 SGB V – Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA)

Mit der Regelung sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu vertraglichen Anpassungen an die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verpflichtet werden. Ziel soll es sein, dass psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen an einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung der schwer psychisch kranken Versicherten mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfen sachgerecht teilnehmen können.

ver.di begrüßt die Regelung und hält sie für sachgerecht. Sie kann ein weiterer Baustein für eine besser integrierte Versorgung sein. An grundsätzlichen, strukturellen Problemen wird sich wenig ändern, da die großen Hindernisse in der sektorengetrenten Finanzierung bestehen. Die sektorenübergreifende Versorgung muss vorangetrieben und ausgebaut werden. Dazu müssen die Formen der Finanzierung in den einzelnen Versorgungssektoren einander angeglichen werden.

Zu Artikel 7 – Änderung des Ergotherapeutengesetzes sowie Artikel 8 – Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden sowie Artikel 9 – Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

ver.di spricht sich ausdrücklich für eine grundlegende, zügige Reform der bestehenden Ausbildungen in den therapeutischen Berufen hin zu dual ausgestalteten Ausbildungen aus, um diese attraktiver zu gestalten und dem bereits bestehenden hohen Fachkräftebedarf nachzukommen. Der großen gesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsfachberufe ist endlich Rechnung zu tragen.

Eine erneute Verlängerung der Modellklauseln von akademischen Ausbildungsangeboten in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, wie im Referentenentwurf vorgesehen, greift dagegen zu kurz. Die Verlängerung der Modellklausel verschiebt eine für die therapeutischen Berufe elementar wichtige Entscheidung zur weiteren Ausgestaltung der Ausbildungen und wird den Auszubildenden und Beschäftigten in der therapeutischen Versorgung nicht gerecht.

Eine Verlängerung der Erprobungsregelungen wäre nur sinnvoll, wenn dies mit einer Anforderung verbunden wäre, die weiterhin offenen Fragen zum Nutzen der Hochschulausbildung für die Gesundheitsversorgung, zum Verhältnis der beruflich (schulisch-betrieblich) und der hochschulisch ausgebildeten Berufsangehörigen zueinander und ihrer Arbeitsteilung im Rahmen einer unabhängigen Evaluation zu beantworten. Wichtig ist auch die Frage, ob und wie Schulabsolventinnen und -absolventen mit mittlerem Bildungsabschluss weiterhin der Zugang zur Ausbildung in diesen Berufen ermöglicht werden kann.

Eine schlichte Verlängerung der Erprobungsregelungen ist keineswegs „ergebnisoffen“. Vielmehr verfestigt sie die Entwicklungen, die sich aus einer „Teilakademisierung“ ergeben, ohne die entscheidenden Fragen für die Gesundheitsversorgung und dem Beitrag der therapeutischen Berufe zu beantworten.

Es ist längst überfällig, die Ausbildungen in den therapeutischen Berufen neu zu ordnen und zukunftsgerecht weiterzuentwickeln. Die Reform der Ausbildungen ist daher zügig auf der Grundlage der Eckpunkte des „Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe“ umzusetzen, die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im März 2020 vorgelegt wurden. Die Ausbildungen müssen an veränderte Anforderungen angepasst und attraktiv gestaltet werden. Für die Auszubildenden ist die Kostenfreiheit der Ausbildung sowie der Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung zu gewährleisten. Die Qualität der Ausbildung ist nachhaltig zu stärken, unter anderem durch Vorgaben zur Qualifikation der Lehrkräfte, zu den Anforderungen an die Ausbildungsstätten, an die Praxisanleitung und Praxisbegleitung. Auch sind die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen durchlässig auszugestalten, damit die horizontale und vertikale Durchlässigkeit erhöht wird.

Die angekündigte Neuordnung der Gesundheitsfachberufe bietet die Chance, die längst überfällige Harmonisierung der Strukturen und Qualitätsstandards vorzunehmen. Die Aufwertung der Gesundheitsfachberufe beginnt bereits mit der Ausbildung.

Am besten ließen sich die Schutzrechte für die Auszubildenden durch eine Regelung nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) gewährleisten. Damit verbunden sind Anforderungen an Ausbildungsbetriebe und die Qualität der betrieblichen Ausbildung. Mindestens ist ein bundesweit einheitlicher Rechtsrahmen für die Heilberufe zu schaffen, der einheitliche Standards nach dem Vorbild BBiG enthält. Den berufsspezifischen Besonderheiten kann durch eine entsprechende Ausgestaltung der Ausbildungsordnungen Rechnung getragen werden.

Die Etablierung einer akademischen Ausbildung soll nach Ansicht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für jeden Beruf gesondert geprüft werden. ver.di spricht sich dafür aus, dass für diese Prüfung die Anforderungen, die sich aus der Versorgungspraxis und aus den

Anforderungen des Arbeitsmarkts ergeben, maßgeblich sein müssen. Es braucht gesicherte Erkenntnisse, welche Entwicklungstendenzen und welcher Anpassungsbedarf der Berufsbildung in Gesundheitsberufen besteht. Nach Ansicht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe könnte insbesondere für die Physiotherapie- und Ergotherapie-Ausbildung eine „Teilakademisierung“ in Frage kommen. Überzeugende Antworten, wie sich die Tätigkeitsfelder der beruflich und hochschulisch qualifizierten Berufsangehörigen voneinander unterscheiden sollen, fehlen jedoch ebenso wie eine unabhängige wissenschaftliche Begründung der Notwendigkeit. Damit einher geht die Gefahr einer Spaltung der Berufsgruppe und Abwertung der beruflichen Ausbildung. Es darf nicht weiter den Absolventinnen und Absolventen überlassen werden, nach ihrem Abschluss Arbeitsfelder für sich zu erschließen.

Wenn der Gesetzgeber sich für eine hochschulische Erstausbildung entscheidet, fordert ver.di duale Studiengänge, die nach Berufsbildungsstandards geregelt werden. Notwendig ist eine praktische Ausbildung im Rahmen der Gesundheitsversorgung. Eine derart praxisorientierte Ausbildung kann nur durch ein duales Studium mit einer betrieblichen Anbindung an die Versorgungseinrichtung gewährleistet werden. Berufspraktische Tätigkeit und theoretische und praktische Lehrveranstaltungen müssen dabei inhaltlich und zeitlich eng miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt erfolgen. Für eine ausbildungsrechtliche und soziale Absicherung der Studierenden braucht es eine vertragliche Bindung an einen Ausbildungsbetrieb. Der Anspruch der Studierenden auf eine angemessene Vergütung muss für die gesamte Dauer des Studiums bestehen.

Zum gesamten Referentenentwurf verweisen wir zudem auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).