

# Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum  
Referentenentwurf

## **Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung**

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

12.11.2020

Deutscher Gewerkschaftsbund  
Bundesvorstand  
Abteilung Sozialpolitik  
Telefon: +49 30 – 24060-0

Henriette-Herz-Platz 2  
D – 10178 Berlin

zur Erörterung des  
Bundesministeriums für Gesundheit



## Einschätzung und Bewertung

### **1. Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern mittels der Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten**

#### Inhalt

Zur Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern sollen die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten künftig auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei veröffentlicht werden. Durch die vergleichende Veröffentlichung der für jeden Standort eines Krankenhauses errechneten Pflegepersonalquotienten würde für alle Bürgerinnen und Bürger deutlich, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Um Planungssicherheit für die Krankenhäuser zu schaffen, soll der Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens einer Untergrenze künftig gemeinsam mit der Festlegung der Untergrenze in einer Rechtsverordnung bestimmt und die bisher vorgesehene Sanktionierung für das Budgetjahr 2020 aufgehoben werden.

#### Bewertung

Die Ermittlung des Pflegeaufwands im Verhältnis zum nachzuweisenden Personaleinsatz der Krankenhäuser steht bereits heute schon verpflichtend im Gesetz. Der DGB begrüßt, dass die Pflegepersonalquotienten sowie die standortbezogene Zusammensetzung des Pflegepersonals vergleichend auf den Internet-Seiten des INEK dargestellt werden sollen und somit mehr Transparenz für die Patientinnen und Patienten entsteht. Aufgrund der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden personellen Engpässe für den Bereich des Pflegepersonals soll die Regelung um ein Jahr verschoben werden, um die Träger nicht zu überlasten und eine adäquate Versorgung der Patienten zu ermöglichen. Eine Sanktionierung der Krankenhäuser bei Unterschreiten der Untergrenzen ist damit bis auf Weiteres ausgesetzt.

Der DGB 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. Er bildet weder den Pflegebedarf noch den für die Patient\*innen einer DRG tatsächlich durchschnittlich erbrachten Pflegeaufwand ab. Damit kann der Pflegepersonalquotient keine Aussage zu angefallenem Pflegeaufwand und Personalbesetzung geben.

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“. Deshalb setzt sich der DGB 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.



Der DGB weist auf die besondere Situation für die Beschäftigten im Krankenhaus hin und fordert mehr Verantwortung im Sinne einer besonderen Fürsorgepflicht zum Erhalt gut funktionierender Versorgungsstrukturen – insbesondere in Zeiten der Pandemie. Die ohnehin extrem schwierigen Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte werden unter den momentanen zusätzlichen Belastungen noch einmal erheblich erschwert. Darum ist es wichtig, dass trotz weiterhin nicht festgelegter Untergrenzen zum Pflegepersonalquotienten und entsprechend nicht zu erfolgenden Sanktionen bei Unterschreitungen die Kontroll- und Fürsorgepflichten zur Erhöhung der personellen Kapazitäten nicht einseitig zurückgefahren werden, sondern Arbeitsschutz und Belastungsstandards gerade unter erschwerten Bedingungen einzuhalten sind. Gerade weil die medizinische Versorgung auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen angewiesen ist, müssen Ausfälle, z.B. durch Infizierung von Pflegepersonal durch mangelnde Schutzausrüstung oder psychische und physische Überlastung durch permanent eingeschränkte Ruhezeiten, vermieden werden. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz des Personals im Krankenhaus muss während der Pandemie höchste Priorität haben, zum Schutz der Gesundheit der Beschäftigten und der Gewährleistung der Versorgung. Schließlich ist das Ende der Coronavirus-Pandemie nicht in Sicht.

Damit einhergehend muss sichergestellt sein, dass auch in Zeiten der Pandemie eine gute medizinische Versorgung für alle gewährleistet ist. Dies kann aus Sicht des DGB nur in dem Sinne erfolgen, wie die Beschäftigten dazu in die Lage versetzt werden. In diesem Sinne dürfen qualifizierte Tätigkeiten und Vorbehaltsaufgaben nur von dafür ausgebildetem Personal vorgenommen werden. Zur Aufrechterhaltung der Versorgungsstandards sind diesbezüglich auch weiterhin Kontrollen sowie die Einhaltung von Versorgungsstandards nötig.

Statt Untergrenzen für ein zusätzliches Instrument, dem 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.

Die Gewerkschaft 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 »pflege-sensitive« 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 Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) vereinbart - durch den Gesetzgeber der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Instruments zur Personalbedarfsermittlung zu erteilen. Der DGB setzt sich dafür ein, die am Bedarf orientierte Personalbemessung in den zwei Schritten kurzfristig einzuführen.

## **2. Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit**

### Inhalt

Der Entwurf sieht vor, dass pflichtversicherte und freiwillig versicherte Familienangehörige eines im Ausland Beschäftigten Mitglieds künftig einen Anspruch gegen den Arbeitgeber des im Ausland beschäftigten Mitglieds erhalten, wenn sie dieses Mitglied während seiner Elternzeit besuchen oder begleiten. Bisher müssen sich diese Personen selbst absichern. Durch die Gesetzesänderung soll die Personengruppe den regulär familienversicherten Angehörigen gleichgestellt werden. Durch Änderung des § 17 wird daher auch Familienangehörigen, die ohne den Erhalt ihrer eigenen Mitgliedschaft die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen, ein entsprechendes Schutzniveau gewährt, während der betroffene Arbeitgeber einen teilweisen Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse des pflicht- oder freiwillig versicherten Mitglieds erhält.

### Bewertung

Im Rahmen der GKV-Leistungen zur Familienversicherung erscheint es nicht gerechtfertigt, die bisher erforderliche Selbstversicherung der Familienangehörigen unter den spezifischen Bedingungen eines Besuchs des Mitglieds im Ausland aufrecht zu erhalten. Gerade einkommensschwachen Familienangehörigen wird damit eine nicht zu rechtfertigende finanzielle Belastung auferlegt. Daher begrüßt der DGB die Ausweitung des Anspruchs gegen den Arbeitgeber des im Ausland beschäftigten Mitglieds, sofern die betroffenen Familienangehörigen die Voraussetzung für eine Familienversicherung erfüllen.

## **3. Entwicklung eines DMP Adipositas**

### Inhalt

Der Gesetzgeber schlägt vor, den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm DMP Adipositas zu entwickeln, um die Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern.



### Bewertung

Die Aufnahme eines DMP Adipositas in ein strukturiertes Behandlungsprogramm erscheint insofern potentiell sinnvoll, als dass betroffenen Versicherten die Perspektive einer zielgerichteten Versorgungsleistung geboten wird und gleichzeitig dem Erfordernis, strukturierte Antwortansätze auf Krankheitsformen mit hoher Prävalenz in der Bevölkerung zu finden, entsprochen wird. Die Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht sollte jedoch nicht alleine durch Etablierung eines Angebots invasiver oder medikamentengestützter Maßnahmen seitens der GKV-Krankenkassen sichergestellt werden. Vielmehr braucht es einen abgestimmten Ansatz aus gesamtgesellschaftlich wirksamer Präventionsstrategie, Ursachenvermeidung und Therapie, um der Komplexität der zugrundeliegenden Faktoren und Zusammenhänge gerecht zu werden.

Daher fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften, die Stärkung settingübergreifender Präventionsprogramme unter Federführung der Nationalen Präventionskonferenz anzuregen, mit denen der Entstehung und Ausbreitung von Adipositaserkrankungen entgegenwirkt werden kann. Zudem ist es offensichtlich, dass das Fehlen verpflichtender gesundheitsförderlicher Nährstoffkennzeichnungen auf Lebensmitteln mit ursächlich für die Verbreitung von Adipositaserkrankungen ist. Daher sollte durch den Gesetzgeber eine Resortkoordination mit dem BMEL hinsichtlich der Einführung einer gesonderten herstellereitigen Abgabe für besonders gesundheitsschädliche Lebensmittel geprüft werden. Die Entwicklung von Adipositas-DMPs mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung betroffener Versicherter kann eine sinnvolle Ergänzung hierzu bilden.

Aus Sicht des DGB ist es erforderlich, darauf zu achten, dass die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme interdisziplinären Ansätzen folgt und Maßnahmen der Prophylaxe, der Ernährungs- und Bewegungsberatung, therapeutischer Unterstützungsangebote und, wo nötig, weiterer Maßnahmen ausgewogen berücksichtigt werden. Invasive oder medikamentengestützte Leistungen können letztlich dort in Betracht gezogen werden, wo regelmäßige ärztliche und therapeutische Begutachtungen für betroffene Versicherte wenig Aussichten auf die Bewältigung der Erkrankung mit herkömmlichen Mitteln schaffen.

## **4. Reform des Notlagentarifs für PKV-Versicherte**

### Inhalt

Vorgesehen ist, durch eine Reform des Notlagentarifs dafür zu sorgen, dass PKV-Versicherte auch im Fall von Beitragsrückständen über jederzeit über einen rechtssicheren Anspruch auf ärztliche und medizinische Versorgung verfügen. Dazu soll ein Direktanspruch der Leistungs-



erbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung sowie die gesamtschuldnerische Haftung von Versicherungsnehmer und Versicherer im Rahmen seiner Leistungspflicht aus dem Versicherungsverhältnis eingeführt werden. Dies wird flankiert durch ein Aufrechnungsverbot für den Versicherer mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus der privaten Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung, sofern der Versicherungsnehmer im Notlagen- oder Basistarif versichert ist.

### Bewertung

Aus Sicht des DGB ist eine Reform der bestehenden Notlagentarifregelung der PKV gerechtfertigt, da durch Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs vom 05. Dezember 2018 (IV ZR 81/18) ein PKV-Unternehmen erbrachte Leistungen im Rahmen der Notlagentarifversorgung gegen bestehende Beitragsschulden aufrechnen konnte. In der Folge konnte es geschehen, dass die Betroffenen entstandene Kosten dauerhaft selbst tragen mussten, da in der PKV das Kostenerstattungsprinzip gilt und geleistete Vorauszahlungen im relevanten Fall seitens des PKV-Unternehmens möglicherweise nicht erstattet wurden. Alternativ wären Betroffene gegebenenfalls gezwungen, auf eine notwendige ärztliche Behandlung oder medizinische Maßnahme zu verzichten. Erst mit Beseitigung dieses Schlupflochs, mit dem PKV-Unternehmen entstandene Kosten an behandlungsbedürftige Personen mit Notlagentarif durchreichen konnten, erhält der Notlagentarif die Perspektive auf Realisierung seiner eigentlichen Sinnhaftigkeit.

Nichtsdestotrotz bleibt das ausschlaggebende Problem bestehen: PKV-Kundinnen und Kunden, die wegen Beitragsschulden in den Notlagentarif rutschen, haben gleichzeitig ein erhöhtes Risiko, aufgrund entstehender finanzieller Hilfebedürftigkeit oder wirtschaftlicher Schwierigkeiten in den Basistarif ihres Versicherungsanbieters zu wechseln. In dieser Konstruktion ist zwar regulär die hälftige bis vollständige Beitragsübernahme für die jeweils Betroffenen eine finanziell eindeutig entlastende Maßnahme, sie wird allerdings mit den Mitteln jener öffentlichen Träger bezahlt, die der finanziellen Hilfebedürftigkeit der Betroffenen begegnen. Damit bleibt die Gewinnerorientierung der PKV-Unternehmen in Verbindung mit dem Selbstausschluss der PKV-Versicherten aus der Solidargemeinschaft durch den Einsatz öffentlicher Mittel bei nachgewiesener finanzieller Hilfsbedürftigkeit abgesichert. Aus Sicht des DGB ist diese Konstruktion inakzeptabel. Statt unsolidarische Rückfallmechanismen zum Schutze der PKV-Wirtschaft aufrecht zu erhalten, fordert der DGB den Gesetzgeber auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, mit denen für Betroffene in finanziellen Notlagen ein einmaliger Wechsel in die GKV-Mitgliedschaft zur vorrangigen Option wird. Zugleich sind versorgungsrechtliche Barrieren, die spezifische Personengruppen wie etwa Beamtinnen und Beamte bisher von einer Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft GKV abhalten, gesetzgeberisch zu beseitigen. Die Einführung einer Bürgerversicherung für alle Versicherten bleibt der primär zielführende Ansatz zur Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung und Absicherung aller Bürgerinnen und Bürger und damit auch all jener Personen, die von finanzieller Hilfsbedürftigkeit betroffen sind.



## **5. Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken/ Eigenständige Rahmenvereinbarung ambulante Kinderhospize**

### Inhalt

Zur Förderung der Koordination in Netzwerken sollen Krankenkassen künftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen. Damit beteiligen sich die Krankenkassen künftig gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von bedarfsgerechten, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Hierfür werden in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Netzwerkkoordinatoren gefördert, die unter Beibehaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen übergreifende Koordinierungs- und Kooperationsaktivitäten ausführen.

### Bewertung

In der Vergangenheit konnte der Beitrag der GKV an der Hospiz- und Palliativversorgung stetig weiterentwickelt werden. Dies folgt aus der Erkenntnis, dass eine gute Gesundheitsversorgung nicht nur in der Gewährleistung eines umfänglichen kurativen und palliativen Behandlungsangebots, sondern auch in einer am Hospizgedanken orientierten Begleitung der Versicherten in der letzten Lebensphase besteht.

Der DGB begrüßt die geplante Förderung von bedarfsgerechten, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken zur Unterstützung der ehrenamtlichen wie professionellen Strukturen, verweist jedoch gleichzeitig darauf, dass eine hälftige Co-Finanzierung der Kommunen als zwingende Voraussetzung nicht zielführend im Sinne der Versicherten und Patienten ist. Gerade in Zeiten der Corona-Pandemie leiden vielen Gemeinden unter Steuerausfällen und können eine hälftige Finanzierung der notwendigen Hospiz-Strukturen nicht gewährleisten. Deshalb schlägt der DGB eine anteilige Förderung durch die kommunalen Träger im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten vor, die bei maximal 50 Prozent liegen sollte.

## **6. Anerkennung von Mitgliedschaften in Solidargemeinschaften**

### Inhalt

Vorgeschlagen wird, künftig auch Solidargemeinschaften als Formen der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen. Zu diesen Solidargemeinschaften zählen bspw. Unterstützungskassen und Pfarrvereine, die bereits vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht in Deutschland eine Absicherung ihrer Mitglieder im Krankheitsfall vorgesehen haben.



### Bewertung

Eine gesetzliche Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Form der Absicherung ist aus Sicht des DGB nicht erforderlich. Die Solidargemeinschaft GKV bietet bereits eine umfassende und gesetzlich verankerte, selbstverwaltete Organisation der Versicherten und ihrer Familienangehörigen als Solidargemeinschaft. Das durch den Referentenentwurf angesprochene Organisationsprinzip sonstiger Solidargemeinschaften zielt hingegen auf eine exkludierende Form der Absicherung ab, bei der eine Gemeinschaft mittels der ihr freiwillig zur Verfügung gestellten Mittel die gesetzliche Krankenversicherungspflicht ihrer Mitglieder ersetzen soll. Damit wird, ähnlich der Geschäftsprinzipien Privater Krankenversicherungsunternehmen, eine Form risikobezogener Versichertenselektion etabliert, die zugleich die Mitgliederbasis der Solidargemeinschaft GKV verkleinern würde. Auch wäre im Falle der Insolvenz einer sonstigen Solidargemeinschaft voraussichtlich seitens der GKV-Versichertengemeinschaft die Finanzierung medizinischer Versorgungsleistungen betroffener Personen zu übernehmen, ohne dass diese zuvor Beiträge im Rahmen ihrer gesetzlichen Sozialversicherungspflicht an die GKV abgeführt hätten. Der DGB fordert daher, die Anerkennung von Mitgliedschaften in sonstigen Solidargemeinschaften nicht vorzusehen, da sowohl bereits eine echte solidarische Gemeinschaft in Form der GKV als auch eine funktionale Alternative in Form privater Krankenversicherungsunternehmen besteht.

## **7. Modellklauseln in der Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie**

### Inhalt

Die Modellklauseln zur Erprobung von akademischen Ausbildungsangeboten in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sollen bis Ende 2026 verlängert werden. Derzeit sind sie bis Ende 2021 befristet.

### Bewertung

Der DGB 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. Der DGB 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 der DGB 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.

## **8. Weiterentwicklung der Regelungen zu ambulanten Notfallstrukturen und Terminservicestellen**

### Inhalt

Vorgesehen ist, für eine verbesserte Patientensteuerung in der Notfallversorgung ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus sowie die Anwendung dieses Verfahrens als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfallleistungen zu etablieren. Terminservicestellen sollen den Zugang zur Terminvermittlung nach Vorstellung der Notfallambulanz durch Wegfall des Überweisungserfordernisses leichter ermöglichen.

### Bewertung

Die Festschreibung bundesweit einheitlicher Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, erscheint sinnvoll. Gleichwohl weist der DGB darauf hin, dass die Entwicklung eines gemeinsamen telefonischen bzw. digitalen Notfalleitsystems unter Maßgabe der notwendigen Vereinheitlichung bzw. zentralen Koordination der bestehenden Rufnummernsysteme ein weiterhin bestehendes Ziel zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Sicherheit von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf notfallmedizinischem Versorgungsbedarf darstellt.