



Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft

## **Stellungnahme**

### **der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

zum

#### **Gesetzentwurf der Bundesregierung**

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

#### **(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

**BT-Drs. 19/26822**

#### **Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen – Perspektive für Therapieberufe schaffen – Verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung aufstellen**

**BT-Drucksache 19/27829**

#### **Antrag der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen – Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen**

**BT-Drucksache 19/26889**

zur öffentlichen Anhörung am 12. April 2021

Berlin, 8. April 2021

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.

ver.di konzentriert sich mit der Stellungnahme auf die Bewertung

- der Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit,
- der Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken/Eigenständige Rahmenvereinbarung ambulante Hospizdienste,
- der Entwicklung eines DMP Adipositas,
- der Regelungen zum Pflegepersonalquotienten,
- der Reform des Notlagentarifs für PKV-Versicherte,
- der Modellklauseln in der Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sowie
- der Regelungen im neuen Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Nummer 3 (§ 17 – Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit)**

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 und 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.

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 ver.di die Ausweitung des Anspruchs gegen den Arbeitgeber des im Ausland beschäftigten Mitglieds, sofern die betroffenen Familienangehörigen die Voraussetzung für eine Familienversicherung erfüllen.

#### **Zu Nummer 13 (§ 39d – Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken/Eigenständige Rahmenvereinbarung ambulante Hospizdienste)**

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 Kooperationstätigkeiten ausführen.

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.

ver.di 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. Nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie leiden viele Gemeinden unter Steuerausfällen und können eine hälftige Finanzierung der notwendigen Hospiz-Strukturen nicht gewährleisten. Deshalb schlägt ver.di eine anteilige Förderung durch die kommunalen Träger im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten vor, die bei maximal 50 Prozent liegen sollte.

#### **Zu Nummer 47 (§ 137f – Entwicklung eines DMP Adipositas)**

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.

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 gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt werden. Vielmehr bedarf es eines abgestimmten Ansatzes aus gesamtgesellschaftlich wirksamer Präventionsstrategie, Ursachenvermeidung und Therapie, um der Komplexität der zugrundeliegenden Einflussfaktoren und Zusammenhänge gerecht zu werden. Daher fordert ver.di die Stärkung settingübergreifender Präventionsprogramme unter Federführung der Nationalen Präventionskonferenz anzuregen, mit denen der Entstehung und Ausbreitung von Adipositerkrankungen entgegengewirkt werden kann. Zudem ist es offensichtlich, dass das Fehlen verpflichtender gesundheitsförderlicher Nährstoffkennzeichnungen auf Lebensmitteln mit ursächlich für die Verbreitung von Adipositerkrankungen ist. Daher sollte durch den Gesetzgeber eine Ressortkoordination mit dem BMEL hinsichtlich der Einführung einer gesonderten herstellerseitigen 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. Ver.di weist darauf hin, dass die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme interdisziplinären Ansätzen folgen sollte und Maßnahmen der Prophylaxe, der Ernährungs- und Bewegungsberatung, therapeutische Unterstützungsangebote und, wo nötig, weitere 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.

### **Zu Nummer 49 (§ 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 erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens einer Untergrenze künftig gemeinsam mit der Festlegung der Untergrenze 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.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 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](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, inzwischen ergänzt um die Instrumente für die Intensivmedizin und die Pädiatrie, 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.

ver.di kritisiert die fehlende Einführung der PPR 2.0, entsprechende Anwendungsvorschriften sind im vorliegenden Gesetzentwurf aufzunehmen.

Darüber hinaus ist – 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 Artikel 4 – Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

### **Zu Nummer 1 und 2 (Reform des Notlagentarifs für PKV-Versicherte)**

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

ver.di spricht sich für eine Reform der bestehenden Notlagentarifregelung der PKV aus, 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 Zweckbestimmung.

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

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. Die großen Schnittstellen in den Aufgabenbereichen der Therapeut\*innen und die stark ausgeprägte interdisziplinäre Arbeit zwischen den Berufsgruppen lässt eine gemeinsame gesetzliche Grundlage geboten erscheinen. Gleichzeitig ist den Spezifika der einzelnen Ausbildungen in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Rechnung zu tragen. Die einzelnen Berufsprofile der therapeutischen Berufe können so bestmöglich herausgearbeitet, die Ausbildungen nachhaltig gestärkt, und die therapeutischen Berufe insgesamt aufgewertet 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 den Gesundheitsfachberufen 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.

**Zu Änderungsantrag 18 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) BT-Drs. 19/26822 Artikel 15b - neu - (Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland)**

Der Antrag sieht eine Förderung der Anwerbung von Pflegekräften im Ausland durch Steuermittel vor. Diese Förderung soll im Falle von selbst anwerbenden Arbeitgeber oder von Arbeitgeber beauftragten privaten Vermittlungsagenturen an deren Zertifizierung durch ein Gütesiegel für ethisch hochwertige Anwerbung gebunden sein. Darüber wie dieses Gütesiegel auszusehen hat, soll das Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) mit Zustimmung mehrerer Ministerien sowie unter Berücksichtigung von Stellungnahmen aus sogenannten „Fachkreisen“ entscheiden.

ver.di sieht die Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung, für die betriebliche Integration und für die Anwerbung von Pflegefachkräften grundsätzlich bei den Arbeitgebern in der Pflege. Eine öffentliche Förderung der Anwerbung von qualifizierten Pflegefachkräften im Ausland über Steuermittel lehnt ver.di entschieden ab. ver.di weist ausdrücklich darauf hin, dass kein Präzedenzfall in Bezug auf Refinanzierung von Anwerbekosten in anderen Branchen mit tatsächlichem oder vermeintlichem Fachkräftemangel geschaffen werden darf.

Zudem kritisiert ver.di die mit dem Antrag beabsichtigte zentrale Stellung des KDA, das zukünftig über die Kriterien, die Kosten, die Kontrollmöglichkeiten und die Vergabestelle des Gütesiegels entscheiden soll. ver.di sieht eine große Gefahr darin, dass dem KDA die demokratische Legitimation für die Herausgabe des Gütesiegels fehlt und es dadurch großem Druck von verschiedenen Akteuren ausgesetzt werden könnte. Vor diesem Hintergrund fordert ver.di, dass die Verantwortung für die Herausgabe des Gütesiegels ausdrücklich auf ministerieller Bundesebene liegt.

Mit dem Antrag ist beabsichtigt, dass während das KDA mit Zustimmung der Ministerien über alle Aspekte der Herausgabe des Gütesiegels entscheidet, gleichzeitig gemäß §1 Abs. 4 „Den

maßgeblichen Verbänden der Sozialleistungsträger, den Leistungserbringern und den Fachkreisen auf Bundesebene [ist] Gelegenheit zur Stellungnahme zu allen die Herausgabe nach Absatz 2 Satz 2 betreffenden Regelungen zu geben“ ist.

ver.di fordert, dass die zuständige Gewerkschaft bzw. der Deutsche Gewerkschaftsbund sowie die Bundesagentur für Arbeit neben den genannten Institutionen und Verbände wie Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Verbände und weiteren nicht näher benannten, zwingend an den Entscheidungsprozessen zu beteiligen ist und ein geregeltes, ausgewogenes Verfahren für die Berücksichtigung der jeweiligen Positionen und Interessen an den Entscheidungen des DKA gesetzlich zu verankern ist.

Aufgrund der Bedeutsamkeit und der hohen ethischen Verantwortung, die Deutschland bei der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland trägt, sieht es ver.di als zentral an, dass die Trägerschaft für die Vergabe und Kontrolle des Gütesiegels nicht privatwirtschaftlichen Akteuren überlassen wird, sondern in öffentlicher Hand liegt.

## **BT-Drucksache 19/27829**

### **Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen – Perspektive für Therapieberufe schaffen – Verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung aufstellen**

ver.di teilt die Einschätzung der Notwendigkeit eines verbindlichen Fahrplans für eine Reform der Ausbildungen in den therapeutischen Berufen, spricht sich jedoch für eine Weiterentwicklung und Stärkung der beruflichen Ausbildung hin zu einer dual ausgestalteten Ausbildung aus. Wie in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GVWG (Artikel 7 bis 9) ausgeführt, ist es 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 Aufwertung der Gesundheitsfachberufe beginnt bereits mit der Ausbildung.

ver.di sieht in der angekündigten Neuordnung der Gesundheitsfachberufe die Chance, die längst überfällige Harmonisierung der Strukturen und Qualitätsstandards vorzunehmen. Aufgrund der großen Schnittstellen in den Aufgabenbereichen der Therapeut\*innen in Verbindung mit der ausgeprägten interdisziplinären Arbeit zwischen den Berufsgruppen bietet sich eine gemeinsame gesetzliche Grundlage ausdrücklich an. Den Besonderheiten der jeweiligen Berufe kann durch eine entsprechende Ausgestaltung der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Rechnung getragen werden.

Die zentralen Anforderungen an eine Reform der Ausbildung hat ver.di in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GVWG benannt. Besonders hervorzuheben sind die längst überfällige Kostenfreiheit der Ausbildung und die Verankerung eines Anspruchs auf eine angemessene Ausbildungsvergütung. Damit kann die Attraktivität der Ausbildungen erheblich gesteigert und ein wichtiger Beitrag zur Fachkräftesicherung gewährleistet werden.

Unerlässlich für eine gute Ausbildung ist zudem die Verankerung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards u. a. zur Praxisanleitung, Praxisbegleitung und zur Qualifikation der Lehrkräfte. Theorie und Praxis müssen gut miteinander verzahnt sein und die Auszubildenden über gute Schutzrechte verfügen, wie sie im BBiG bereits Standard sind.

Die Entwicklungstendenzen und Anpassungsbedarfe der Berufsbildung in den Gesundheitsfachberufen müssen aufgrund der sich verändernden Versorgungslandschaft, der Anforderungen an die Patientensicherheit und der Digitalisierungsprozesse systematisch

beobachtet werden. Es braucht eine Berufsbildungsforschung, die die notwendigen Erkenntnisse generiert, um die Weiterentwicklung der Berufsausbildungen zu unterstützen. Eine Einbeziehung der Heilberufe in die Regelförderung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) unter Beteiligung der Sozialpartner ist daher dringend notwendig.

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. Auch braucht es unabhängiger Befragungen bisheriger Studienabsolventinnen und -absolventen, da derzeit zu wenig über ihren Verbleib und ihre Beschäftigungssituation bekannt ist. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass die Hochschulausbildungen nicht immer den Anforderungen der Versorgungspraxis entsprechen. Hier sind die Einrichtungen und Hochschulen gefragt, überzeugende Antworten zu liefern<sup>2</sup>.

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. Auch der Bericht der Bundesregierung über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung dieser Klausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäd\*innen, Physiotherapeut\*innen und Ergotherapeut\*innen (BT-Drs. 18/9400: S. 29) diskutierte die Vor- und Nachteile hochschulischer Ausbildung aus unterschiedlichen Perspektiven, legte aber zugleich dar, dass „über den Mehrwert akademischer Ausbildung in der Qualität der Versorgung [...] zurzeit noch keine objektiven Aussagen getroffen werden [können]. Langfristige und valide Forschungsergebnisse dazu stehen noch aus.“ Mit einer Teilakademisierung geht die Gefahr einer Spaltung der Berufsgruppe und Abwertung der beruflichen Ausbildung einher. Es darf nicht weiter den Absolventinnen und Absolventen überlassen werden, nach ihrem Abschluss Arbeitsfelder für sich zu erschließen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Gemeinsame Stellungnahme des Fachbeirats zu den Ergebnissen der „Verbleibsstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) (2019). Online abrufbar unter: [Microsoft Word - Stellungnahme des Fachbeirats VAMOS - 30.10.2019.docx \(hv-gesundheitsfachberufe.de\)](#)

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.

**BT-Drucksache 19/26889****Antrag der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen – Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen**

Der Antrag zielt unter 1.) auf die Etablierung eines unabhängigen und qualitätsgesicherten Monitorings von Versorgungsleistungen und Versorgungsqualität der Krankenkassen, wodurch den Versicherten über einen Portalzugang eine selbstständige Informationsmöglichkeit ermöglicht wird. ver.di erkennt im Ansatz, die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen und Qualität für Versicherte nachvollziehbar und zugänglich zu gestalten, zwar eine nachvollziehbare Motivation. Die Gewährleistung größter Versorgungsqualität und die Sicherstellung des Zugangs zu dieser seitens der Versicherten stellen begründete Kernanforderungen an die Solidargemeinschaft GKV dar. Allerdings sind wettbewerbszentrierte Vergleichsportale nicht geeignet, die Solidargemeinschaft GKV auf dem Weg zur Gewährleistung dieser Anforderungen zu unterstützen. Die Kernaussage der meisten, den Bürgerinnen und Bürgern bisher zugänglichen Vergleichsportale reduziert sich häufig auf die Verknappung von Fakten und Leistungen zu einem reinen Preiswettbewerb, bei dem oft genug die niedrigsten Kosten das Hauptselektionskriterium darstellen. Ein Preiswettbewerb um Mitgliedschaften und Versicherte ist jedoch ausdrücklich nicht das eigentlich Ziel des Ursprungsgedankens, den Wettbewerb ausschließlich um bestmögliche Versorgungsqualität zu führen. Ver.di befürwortet unter diesem Gesichtspunkt die Idee, den Versicherten einen besseren und vergleichbaren Zugang zu Informationen über Ergebnisse aus geprüften Indikatoren zur Versorgungsqualität seitens der Krankenkassen zugänglich zu machen. Davon zu unterscheiden ist jedoch das Vorhaben, auch Informationen zu Versorgungsleistungen bereitzustellen. Leistungsvergleiche prägen bereits gegenwärtig den Wettbewerb um Versicherte massiv, und ein Portal, mit dem den Versicherten eine Gegenüberstellung von Kassenleistungen eröffnet wird, hat zwar keinen Einfluss auf die Qualität der erbrachten Versorgungsleistungen, aber eine voraussichtlich erhebliche Wirkung auf die künftige Entwicklung des der Solidargemeinschaft GKV als Ganzes nicht zuträglichen Preiswettbewerbs. Diesem Ansatz kann ver.di deshalb nicht zustimmen.

Ferner sieht der Antrag unter 2.) vor, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen damit zu beauftragen, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen das besondere Engagement von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Handlungsbedarf belohnt wird oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden, vorzulegen. Dies folgt der Logik,

dass gute und gezielte Versorgungsleistungen einzelner Kassen im Kontext des Preiswettbewerbs durch eine Kompensation der entstehenden Kosten zu honorieren sind. Auch hier erkennt ver.di eine gute Grundintention, hält die Zielformulierung allerdings für nicht ausgewogen. Das vorgeschlagene Gutachten über ein Instrumentarium, mit dem Krankenkassen belohnt beziehungsweise dazu bewegt werden, sich für eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen, führt letztlich zu einer Differenzierung zwischen „guten“ und „schlechten“ Kassen bzw. deren Versorgungsangeboten, was jedoch nicht dem Gedanken eines hochwertigen, allen Versicherten gleichermaßen offenstehenden Versorgungsangebots seitens der GKV-Krankenkassen entsprechen würde. Zuschläge an Kassen für Patienten, die bestimmte Zentren oder Netzwerke zur Behandlung aufsuchen oder die sektorübergreifende Versorgungsverträge abschließen, stellen eine spezifische Form der Honorierung dar. Aufgrund der unterschiedlichen wettbewerblichen Rahmenbedingungen der einzelnen Kassen würden damit voraussichtlich vorrangig jene Kassen gestärkt, die bereits zusätzliche spezifische Versorgungsleistungen anbieten und somit tendenziell bessere Chancen haben, GKV-Mitglieder im Wettbewerbskontext zu gewinnen bzw. zu binden. Dies benachteiligt unmittelbar Kassen, denen bspw. sektorübergreifende Vertragsformen oder Zusatzleistungen für bestimmte Patientengruppen nicht offenstehen, da hierfür ggf. keine adäquaten Leistungserbringerstrukturen vor Ort gegeben sind.

ver.di schlägt stattdessen vor, dass ein entsprechendes Gutachten nicht nur auf eine mögliche Honorierung bestehender Zusatzversorgungsangebote einzelner Kassen eingeht, sondern zugleich Lösungswege aufzeigt, mit denen Krankenkassen, die bisher keine sektorübergreifenden Versorgungsangebote geschlossen haben und deshalb wettbewerbliche Benachteiligungen erleiden würden, an bestehende Vertragsformen angeschlossen werden können. Leitgedanke eines solchen Gutachtens darf nicht die Vertiefung der Differenzierung zwischen den GKV-Kassen, sondern die Angleichung der Versorgungsleistungen auf einem hohen, universell verfügbaren Niveau zum Wohle aller GKV-Versicherten sein.