



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher
und anderer Vorschriften**

BT-Drs. 16/12256

sowie der hierzu vorliegenden Änderungsanträge

Berlin, 6. Mai 2009

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Das Europäische Parlament hat in den Jahren 2006 und 2007 neue Verordnungen zum Arzneimittelrecht beschlossen. Mit dem vorliegenden Entwurf sollen sie in nationales Recht überführt werden.

Daneben werden weitere Rechtsvorschriften geändert, wie das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das Transfusionsgesetz (TFG) und die Verordnung über homöopathische Arzneimittel (HomAMV).

Ebenso soll das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geändert werden, um den Pharmagroßhandel in den öffentlichen Versorgungsauftrag einzubeziehen, die Regelungen zum Krankengeld für Selbständige anzupassen, die Abrechnung für onkologische Rezepturen zu verändern sowie die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu befördern.

Des Weiteren ist eine Änderung des erst am 25. März 2009 in Kraft getretenen KHRG vorgesehen.

Wie der Deutsche Gewerkschaftsbund teilt ver.di weitgehend die Zielsetzung des vorliegenden Entwurfs. Wir beziehen uns daher ausdrücklich auf die Ausführungen des DGB und geben darüber hinaus nachstehende Stellungnahme ab. Sie bezieht sich auf

- 1. Artikel 12a: Änderung des Krankenpflegegesetzes**
- 2. Art. 15: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Krankengeldregelungen für Selbständige)**
- 3. Artikel 18: Weiterer Klarstellungsbedarf im KHRG durch einen Artikel 18a: Änderung der Bundespflegesatzverordnung (Gleichbehandlung der Psychiatrischen Kliniken mit den DRG-Krankenhäusern beim Zeitpunkt des Ausgleichs der Tarifsteigerungen)**
- 4. Ausschussdrucksache 16(14)0523(1): Änderungsantrag 1 Fraktion Die Linke zu Artikel 13 Infektionsschutzgesetz**

Zu Artikel 12a:

Änderung des Krankenpflegegesetzes

Der Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sieht vor, als Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) statt des Realschulabschlusses den Hauptschulabschluss oder eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung vorzuschreiben.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft begrüßt die Intention der Fraktionen der CDU und SPD die Zugangshürden für die Ausbildung in den Pflegeberufen zu senken und mehr Jugendliche für eine Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz zu gewinnen. Die vorgesehene Regelung widerspricht allerdings zumindest in Teilen der für die Bundesrepublik Deutschland verbindlichen Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 7. September 2005. Nach dieser Richtlinie und ihrer Vorgängerin wird bereits seit 1977 für den Zugang zur Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege „eine zehnjährige allgemeine Schulbildung“ vorausgesetzt.

Der Gesetzgeber hat diesen Anforderungen bis dahin im geltenden Recht dadurch entsprochen, dass er für den Zugang als Regelvoraussetzung den Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung vorschreibt. In einigen Bundesländern ist die allgemeinbildende Schulpflicht auf zehn Jahre verlängert worden (z.B. Berlin, Brandenburg, Bremen, NRW), in anderen besteht die Möglichkeit zu einem freiwilligen zehnten Schuljahr, in dem ein höherwertiger Abschluss erworben werden kann. Es gäbe also die Möglichkeit, den für eine Ausbildung in den Pflegeberufen in Frage kommenden Personenkreis dadurch zu erweitern, dass eine „zehnjährige allgemeine Schulbildung“ als Zugangsvoraussetzung festgelegt wird.

Es gibt aber zurzeit, von Ausnahmen abgesehen, noch kein generelles Problem einer ausreichenden Zahl von Bewerbungen für eine Ausbildung in den Pflegeberufen. Die Lehrkräfte und Ausbildungsträger klagen allerdings - wie in anderen Berufen auch - darüber, dass die Bewerber/-innen immer schlechtere schulische Voraussetzungen mitbringen. Das äußert sich in steigenden Abbruchquoten und in den Prüfungsergebnissen. Ein Absenken der Zugangsvoraussetzungen ist daher ohne zusätzliche flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungsbedingungen nicht vertretbar. Es kann nicht alleine darum gehen, mehr Bewerber/-innen für die Ausbildung zu gewinnen; sie muss auch erfolgreich absolviert werden können.

Die Ausgestaltung der Ausbildung in der Krankenpflege bleibt weitgehend den Bundesländern überlassen, die in unterschiedlichem Umfang und in verschiedener Weise

von ihrer Regelungskompetenz Gebrauch machen. Im Bundesrecht sind im Rahmen der Anforderungen, die an Ausbildungsstätten zu stellen sind, vor allem klare Festlegungen hinsichtlich der praktischen Anleitung und einer angemessenen Verhältniszahl von Auszubildenden zu Lehrkräften zu treffen. Letztere reicht von 1:15 bis 1:25 oder gar keiner Regelung. Für die praktische Anleitung sollte eine Verhältniszahl von 10 Auszubildenden zu 1 Fachkraft (Praxisanleiter/in) festgelegt werden. Die Pflegefachkräfte sind für ihre Ausbildungsaufgaben von der Pflegearbeit frei zu stellen. Die Stellenpläne müssen entsprechend erweitert werden. Die Refinanzierung ist nach § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt.

Wenn eine höhere Zahl von Auszubildenden mit weniger guten Bildungsvoraussetzungen erfolgreich zum Ausbildungsabschluss begleitet werden soll, sind vielfach kleinere Klassen und eine bessere Betreuung im Unterricht erforderlich. Daher ist im Krankenpflegegesetz die Empfehlung des Europäischen Übereinkommens von 1967, wonach das Verhältnis von Auszubildenden zu Lehrkräften 15 : 1 betragen soll, verbindlich fest zu legen.

Die rückläufigen Bewerbungszahlen der letzten Jahre sind z. T. demografisch bedingt, z.T. aber auch in der sinkenden Attraktivität der Pflegeberufe infolge verschlechterter Arbeitsbedingungen durch Personalabbau und unzureichender Vergütung vor allem in Bereichen ohne Tarifbindung begründet. Zudem haben es sich die Krankenhäuser geleistet, trotz hoher Bewerbungszahlen und gesicherter Ausbildungsfinanzierung mehr als 10.500 Ausbildungsplätze in der allgemeinen Krankenpflege in den letzten zehn Jahren abzubauen. Das entspricht etwa 16 % der vormals vorhandenen Ausbildungskapazitäten. Hierfür tragen ausschließlich die Krankenhausträger die Verantwortung. Erst seit 2007 ist wieder ein leichter Anstieg der Ausbildungszahlen gegenüber dem Vorjahr zu vermerken.

Unverständlich ist, dass der Antrag der Fraktionen von CDU und SPD von einer entsprechenden Änderung des Altenpflegegesetzes absieht. Hier gelten im Grundsatz die gleichen Zugangsvoraussetzungen wie nach dem Krankenpflegegesetz. Der Ausbildungsplatzabbau ist jedoch ungebrochen und die Refinanzierung der Ausbildungskosten für die Ausbildungsträger unbefriedigend. Fehlende Umlageregelungen und die Zahlung von Schulgeld verhindern in vielen Bundesländern, dass mehr ausgebildet werden kann. Auch hier gilt es, zunächst die Rahmenbedingungen zu verbessern.

Die Intention der Gesetzesänderung, mehr Jugendliche für die Pflegeberufe zu gewinnen, hält ver.di für richtig, ohne flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungsbedingungen ist eine Absenkung der Zugangsvoraussetzungen aber nicht vertretbar.

Zu Art. 15**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 44 „Regelungen zum Krankengeld“, § 46 „Beginn des Krankengeldanspruchs“, § 49 „Ruhe des Krankengeldes“, § 53 „Krankengeldwahltarife“ und § 267 „Regelungen zum Krankengeld“ sowie § 319 „Übergangsregelungen zum Krankengeldwahltarif“ SGB V:

Ver.di unterstützt das Ansinnen des Entwurfes, selbständig Tätige besser im Krankheitsfall abzusichern. Die Zunahme von prekärer Beschäftigung, insbesondere sogenannter Soloselbständiger, macht zusätzliche soziale Sicherung notwendig.

Ver.di hält jedoch eine parallele Beibehaltung der Möglichkeiten, sich für gesetzliches Krankengeld oder einer entsprechenden Wahltarif entscheiden zu können, für überflüssig. In den meisten Fällen sind Krankengeld-Wahltarife teurer als der Unterschied zwischen ermäßigtem und allgemeinem Beitragssatz.

Ver.di plädiert dafür, bezüglich der Neuregelung des Krankengeldes zu den Regelungen vor dem 31.12.2008 zurückzukehren, um ineffiziente Doppelangebote bei den gesetzlichen Krankenkassen zu beseitigen.

Entsprechende Regelungen fordert ver.di auch für die Personenkreise der unständig oder kurzzeitig Beschäftigten sowie für Künstler und Publizisten.

Auf die gemeinsame Stellungnahme des Referats „Selbstständige“ in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft und dem Deutschen Journalisten Verband, die wir gesondert zugesandt haben, weisen wir ausdrücklich hin.

Zu Artikel 18:

Ausdrücklich begrüßt ver.di die Klarstellung in Artikel 18, wonach § 10, Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zugunsten der Krankenhäuser konkretisiert wird. Die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) am 25. März 2009 gerade erst in Kraft getretene Bestimmung wäre ansonsten nicht nach dem Willen des Gesetzgebers umgesetzt worden und hätte zu erheblichen finanziellen Einbußen für die Häuser geführt.

Weiterer Klarstellungsbedarf im KHRG

Es ist jedoch ein weiterer Klarstellungsbedarf im KHRG aufgetreten. So führt die aus dem KHEntG in die Bundespflegesatzverordnung übertragene Bestimmung zum Ausgleich der Tarifsteigerungen in der bisherigen Form zum Nachteil für die psychiatrischen Krankenhäuser. Im Ergebnis würden sie – soweit die Budgetverhandlung für das Jahr 2009

abgeschlossen ist - erst ein Jahr später als die DRG-Krankenhäuser, nämlich erst im Jahr 2010 den vorgesehenen Ausgleich für die Tarifsteigerungen 2008/2009 erhalten. Im Gegensatz zum KHEntgG fehlt in der BPfIV der Auftrag an die Vertragsparteien, dass das bereits verhandelte Budget entsprechend zu korrigieren ist. Wir schlagen daher vor, einen Artikel 18a im Anschluss an Artikel 18 einzufügen:

„Artikel 18a

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

In § 6, Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26.9.1994, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (BGBl Nr. 15 vom 24.03.2009) wird am Ende des Absatzes folgender Satz angefügt:

Ist ein Budget 2009 bereits vereinbart oder festgesetzt, ist dieses während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrates neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich in Folge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.“

Mit dieser Änderung wird erreicht, dass psychiatrische Krankenhäuser hinsichtlich des Zeitpunkts der Berücksichtigung der Tarifrates im Budget nicht gegenüber den DRG-Krankenhäusern benachteiligt werden.

Zur Ausschussdrucksache 16(14)0523(1)

Änderungsantrag 1 Fraktion Die Linke zu Artikel 13 Infektionsschutzgesetz:

Änderung des § 23 des Infektionsschutzgesetzes

Mit dem Änderungsantrag wird verfolgt durch Einführen neuer Meldepflichten, Einstellung zusätzlicher Ärzte für Hygiene und Hygienefachkräfte in Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren die Krankenhaushygiene verbessern. Zugleich soll beim Robert Koch-Institut eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet werden. Sie soll Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen abgeben.

Die Maßnahmen haben zum Ziel, die wachsende Zahl von Krankenhausinfektionen zurückzuführen.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft hat bereits in einer voraus gegangenen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 25.März 2009 begrüßt, dass sich der Deutsche Bundestag mit dem Problem zunehmender Krankenhausinfektionen und den Maßnahmen zu deren Vermeidung beschäftigt.

Dabei haben wir ausdrücklich darauf hingewiesen, dass insbesondere der Personalabbau Krankenhausinfektionen begünstigt hat. So wurden allein in den Jahren 1996 bis 2006 rund 100.000 Stellen abgebaut. Die einzelnen Bereiche im Krankenhaus sind von diesem Abbau sehr unterschiedlich betroffen. Während durch die betriebswirtschaftlichen Anreize im DRG – System bedingt, der ärztliche Dienst ausgebaut wurde, hat in fast allen anderen Bereichen ein massiver Personalabbau stattgefunden. Der hauswirtschaftliche Bereich wurde in vielen Kliniken vollständig ausgegliedert, im Pflegebereich wurde jede siebte Stelle eingespart und in vielen weiteren Bereichen ist zwischenzeitlich Leiharbeit verbreitet.

Auf der anderen Seite wurde die Arbeitsmenge in den Kliniken kontinuierlich gesteigert. Das wird auch durch die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser untermauert. Während im Jahr 2008 eine Veränderungsrate gegenüber 2007 von 0,64 Prozent galt, sind die tatsächlichen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhäuser von 50,797 Mrd. € in 2007 auf 52,570 Mrd. € in 2008 gestiegen. Das ist eine Ausgabensteigerung um 3,5 Prozent. Davon profitieren jedoch nicht alle Häuser. Der Unterschiedsbetrag ist fast ausschließlich auf die Ausweitung der Patientenzahlen und auf die Fallschwere zurückzuführen. Dieser zusätzliche Aufwand wird jedoch mit einem immer geringeren Personalstand erledigt. Die Folge ist eine Zunahme der Arbeitshetze und immer weniger Zeit für Anpassungsqualifizierung – auch im Bereich der Infektionsprophylaxe. Die zusätzlich von der Versichertengemeinschaft aufgewendeten Mittel kommen der Versorgungsqualität nicht zu Gute.

ver.di sieht einen engen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung, der Arbeitsmenge und den Krankenhausinfektionen. Betriebliche Maßnahmen zur wirksamen Infektionsprophylaxe müssen daher immer diese Zusammenhänge berücksichtigen.

Nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Beschäftigten selbst sind durch Infektionen gefährdet. Arbeitnehmer im Klinik- und Pflegesektor sind oft einem Infektionsrisiko aufgrund von Verletzungen ausgesetzt, die durch (infizierte) Nadeln und andere spitze Gegenstände verursacht werden. Dadurch können sehr ernsthafte Viruskrankheiten wie Hepatitis B und C oder AIDS ausgelöst werden.

Ein integrierter Ansatz im Bereich von Risikobewertung, Risikovorbeugung, Schulung und Bewusstseinssteigerung muss in den Krankenhäusern umgesetzt werden. Der Schutz muss auch Studenten, Assistenten, entsandte, selbstständige und vermittelte Arbeitnehmer, die im Klinik oder Pflege-Sektor arbeiten, erfassen. Dabei gibt es weniger einen Mangel an gesetzlichen Vorschriften, als ein Umsetzungsproblem. Bestehende Schutzvorschriften für die Arbeitnehmer/innen werden vielfach nicht oder nur unzureichend umgesetzt. Dies betrifft Organisation, Schulung aber auch Arbeitszeiten und Schichtfolgen. Die im deutschen Arbeitsschutzrecht verpflichtend vorgesehene Gefährdungsbeurteilung wird in vielen

Krankenhäusern noch nicht in ausreichendem Maße durchgeführt. (siehe hierzu auch unsere Stellungnahme vom 25. März 2009 zur BT-Drs. 16/11660).

Auch die Mitteilung der EU-Kommission vom 15. Dezember 2008 zu Zwischenfällen durch Infektionen, in der den Mitgliedstaaten nahe gelegt wird, Systeme zur Berichterstattung über Zwischenfälle und entsprechende Lernsysteme einzurichten bzw. auszubauen, hat hierzulande noch wenig Beachtung erfahren. Darin wird gefordert, dass das Thema Patientensicherheit einen festen Platz in der Aus- und Fortbildung aller Arbeitskräfte im Gesundheitswesen hat und dass die Patient/innen in die Ausgestaltung von Sicherheitsmaßnahmen einbezogen und angemessen über Gesundheitsrisiken und Sicherheitsfragen unterrichtet werden.

ver.di unterstützt die im Antrag genannten Ziele weitgehend. Die vorgeschlagenen Maßnahmen müssen allerdings durch ein Zusammenwirken von Bund und Ländern sowie den Trägern der Unfallversicherung unter Beachtung nationaler und europäischer Standards ergänzt werden.

Vor allem sind die bereits bestehenden Vorschriften und Standards in den Krankenhäusern umzusetzen. Das sind vor allem auch personelle und organisatorische Maßnahmen.

Insbesondere sehen wir die Länder in der Verantwortung ihren Aufsichtspflichten wieder stärker nachzukommen. Auch dort ist das Hauptübel der massive Personalabbau in den Aufsichtsbehörden. Es bedarf dringend einer Aufstockung des Personals.