

15 + 16 – 19

Inhaltsverzeichnis

11. April 2019

Verlagsmitteilung:

„dfg Award® 2019“: Gala-Ablauf am 13. Juni 2019 modernisiert

Seite 2

Kommentar zur Gesundheits- und Sozialpolitik:

Hecken zeigt, wie man mit Ministern umgeht

Seite 3

Gesundheits- und Sozialpolitik:

MDK-Reform: Die Gemeinschaft weiß, was sie will

Seite 5

Krankenhäuser:

BKartA: Durch die Behörde wurden zwei Krankenhaus-Fusionen verhindert

Seite 9

Personalia / Berliner Szene:

Seite 10

Dokumentation:

Pflege: Der SPD-Griff tief in die Taschen von Staat, GKV und PKV

Seite 12

Terminvorankündigung:

Einladung zum 13. A+S-Netzwerktreffen im „Haifischbecken Gesundheitswesen“

Seite 16

Verlagsmitteilung:

Die politisch weniger ereignisreiche Vor-Oster-Zeit 2019, die 16. Kalenderwoche, nutzen der MC.B Verlag und seine Redaktionen, um einige Tage in Form von Betriebsferien Kräfte zu tanken. Es erscheinen daher erst am 25. April und 26. April 2019 die nächsten Ausgaben des „dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik“ und von „A+S aktuell – Ambulant und Stationär aktuell“

Verlagsmitteilung:

„dfg Award® 2019“: Gala-Ablauf am 13. Juni 2019 modernisiert

(dfg 15+16 – 19) Die Jubiläums-Gala zur 11. Verleihung der „dfg Awards®“ am Donnerstag, den 13. Juni 2019 im Hamburger Hotel Grand Elysée wirft schon jetzt ihre Schatten voraus. Und: Die bisher getroffenen Entscheidungen und Planungen versprechen für die Entscheidungsträger im bundesdeutschen Gesundheitswesen einen spannenden wie ereignisreichen Tag. Nicht nur die A+S-Netzwerker kommen zum 13. Treffen im „Haifischbecken Gesundheitswesen“ zusammen (vgl. Einladung als Anlage zu dieser dfg-Ausgabe), rund um die Gala finden weitere Sitzungen statt. Damit zählt die Award-Zeremonie mittlerweile zu den bekanntesten Zusammenkünften im Gesundheitswesen. Wohl mit auch ein Grund dafür, daß CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (38) „gerne“ die ihm angetragene „Schirmherrschaft“ über das „11. Verfahren der Verleihung der Branchenpreise des Gesundheitswesens, den dfg Awards®“ übernommen hat.

Seit 2009 vergeben bekanntlich die Redaktionen der gesundheitspolitischen Hintergrunddienste „dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik“ und „A+S aktuell – Ambulant und Stationär aktuell“ sowie die Berliner MC.B Verlag GmbH den Branchenpreis des Gesundheitswesens, den „dfg Award®“. Aus den beim Notar eingegangenen Vorschlägen und Bewerbungen, wählte die Award-Jury am 22. März 2019 zwischen drei bis fünf Nominee(-Gruppen) für die vier Kategorien aus und befindet sich aktuell in der Schlußphase der Beratungen. Voraussichtlich ab der 17. Kalenderwoche 2019 bestimmen dann die Leserinnen und Leser beider Hintergrunddienste die Preisträger der von der „BILD“ mit dem Titel „Gesundheits-Oscar“ geadelten Auszeichnung. Beim dfg Award® wetteifern damit im Jahr 2019 insgesamt 18 Nominee(-Gruppen) in den vier Kategorien um die begehrten Trophäen und Urkunden.

Erfahrene Gala-Teilnehmer dürften am 13. Juni 2019 merken, daß die Gestaltung des Abends wiederum „farbenreicher“ geworden ist. Der Ablauf wird weiter gestrafft, so daß noch mehr Gelegenheit für Gespräche und Kontakte besteht. Doch nicht nur das: Ab ca. 22.30 Uhr öffnen sich in diesem Jahr zwei „Après-Award-Lounges“, eine ist speziell den Kölsch-Liebhabern gewidmet. Zum musikalischen Angebot der Gala 2019 gehört nicht nur der von früheren Galas bekannte und beliebte Tenor Gideon Poppe (42), das Ensemble-Mitglied der Deutschen Oper Berlin (DOB), sondern zusätzlich soll eine bekannte Hamburger Jazzband mit ihren Darbietungen aus der Hochzeit des Swings erfreuen. Mehr wollen die Planer noch nicht verraten. Wichtig: Aufgrund des begrenzten dfg-Kontingentes für die Gala-Nacht sollten sich interessierte dfg-Leserinnen und -Leser schon jetzt Zimmer im Grand Elysée sichern. Das Verfahren dafür ist einfach: Der dfg-Ausgabe 13 – 19 vom 28. März 2019 lag ein vorbereitetes, speziell für die Nacht vom 13. auf den 14. Juni 2019 geltendes Formular des Hotels Grand Elysée bei. Einfach ausgefüllt lassen sich so die Übernachtungswünsche direkt beim Hotel buchen.

Die Vergabe der „dfg Awards® 2019“ wird nachhaltig unterstützt von der CompuGroup Medical Deutschland AG (Koblenz), der BITMARCK Holding GmbH (Essen), der Cisco Systems GmbH (Garching bei München) sowie der HMM Deutschland GmbH (Moers). Zur kulturellen Unterstützung erklärte sich wieder die DAVASO Gruppe (Leipzig) bereit und als Blumen-Sponsor gewann

man die HBSN AG (Hornburg). Die „Après-Gala“-Zeit verantwortet die AOK Systems GmbH (Bonn). Als Sponsor gewonnen werden konnte zudem die spectrumK GmbH (Berlin), die nun für die „Avant-Gala“-Zeit verantwortlich zeichnet.

Die dfg-Redaktion will ihre Leserinnen und -Leser ständig mit den Informationen zum aktuellen Award-Sachstand versorgen. Interessierte finden schon jetzt mehr auf:

www.facebook.com/dfgAward und www.mcb-verlag.de

Kommentar zur Gesundheits- und Sozialpolitik:

Hecken zeigt, wie man mit Ministern umgeht

(dfg 15+16 – 19) Unbeschadet aller Kritik, die aktuelle gesetzgeberische „Produktivität“ des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) erscheint nicht nur Beobachtern „beachtlich“. Die Vorlage von drei vollständigen Gesetzentwürfen wie das GKV-FKG, dem HebRefG und der Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz innerhalb von neun Tagen, das macht in der jetzigen Bundesregierung dem CDU-Ressortchef Jens Spahn MdB (38) kaum ein anderes Mitglied nach. „Spahn hier, Spahn da“, wie der Figaro in Rossinis „Barbier von Sevilla“ bestimmt der Minister seit über einem Jahr die Themen, gibt die Richtung vor. Das strapaziert nicht nur die Nerven und die Gesundheit der Akteure im Gesundheitswesen. Da bleibt es nicht aus, daß nicht alles glänzend gerät, manches sogar fahrig und wie aus dem Handgelenk geschneidert daher kommt. Andererseits, wer weiß, wie man mit dem Westfalen umzugehen hat, dessen Wünsche werden in der Regel erfüllt. Der „Entscheider“ will Vorlagen sehen und kein Däumchen drehendes Verstummen bei seinen Gesprächspartnern erblicken, wenn er fragt „Was wollen Sie?“.

So kommt es, daß bei dem im Bundestagsausschuß für Gesundheit zu beratenden GSAV die Pharmazeuten wohl einige ihrer Honorarwünsche genauso erfüllt bekommen wie die Arzneimittelhersteller. Ob die Spahn'sche Ideenschmiede in der Friedrichstraße in den folgenden Wochen wieder ähnlich Schnellfeuerwaffen-Salven in Form von Änderungsanträgen abfeuert, wie beim TSVG, das muß man abwarten. Die waren von minderer juristischer Qualität, schnell gestrickt, das merkte man ihnen an. Ganz anders die 108 Seiten Text des GKV-FKG, deren Lektüre – trotz aller fiesen Stellen zu Lasten der Länder und der AOKen – für jeden juristisch Verbildeten einen Genuß darstellten. Dahingehend waren sich hinter vorgehaltener Hand gegenüber der dfg-Redaktion mehrere im Gesundheitswesen an führender Stelle wirkende Volljuristen einig. So durchdacht und sorgfältig subsummiert waren in den letzten Jahren die Denkerfüsse aus dem BMG selten. Man wird den Verdacht nicht los, daß an einigen Passagen des Entwurfes längere Zeit gebosselt wurde. Wenn nicht sogar andere als die jetzt aktiven BMG-Beamten die Feder in der Hand hielten.

Was Spahn mit dem Entwurf bezweckte und ob er ihn bewußt als Maximalforderung anlegte, das dürfte wohl sein Geheimnis bleiben. Sicher ist, nicht nur beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) oder im „grünen Lager“, sondern vor allem in so mancher Landeshauptstadt implodierte der Entwurf zielgenau wie eine Bombe. Darauf deuten erste Äußerungen von Landesge-

sundheitsministern wie NRW-Ressortchef Karl-Josef Laumann MdL (61) oder seiner bayerischen Amtskollegin Melanie Huml MdL (43). Verdächtig allerdings, wenn Unions-Minister sich überdeutlich in den GKV-Wettbewerb einmischen und die Versorgungsfähigkeit von Patienten in ihrer Region nur einer Kassenart zusprechen. Als würden über 90 andere Körperschaften aus fünf Kassenarten in Deutschland sich täglich anderen Dingen widmen. Ministerielle Ängste vor AOK-Fusionen – die als Pläne seit Jahren bekannt sind – oder gar eine gegen alle Wettbewerbsgedanken zu formende „Bundes-AOK“, das dürfte den Ehrgeiz von Spahn weiter anheizen, seinen Ideen doch noch Gesetzesrang zu verleihen. Wobei, wenn solche Fusionen gelängen, diese Kassenart doch noch um das Abschmelzen ihrer milliardenschweren €-Rücklagen herumkäme. Schließlich entstanden ja neue Körperschaften als Rechtsnachfolger. Spahn dürfte wissen, daß er derartige Forderungen als „Verhandlungsmasse“ braucht. Denn nur so zwingt er die Länder in die Knie. Diese werden per se, davon kann man ausgehen, ihre Zustimmung zum GKV-FKG von Zugeständnissen des Bundes abhängig machen. Sei es im Krankenhausbereich, sei es bei der immer wieder aufkeimenden Idee von Spitzenverbänden Land der Krankenkassen oder bei der Neuregelung der Notfallversorgung. Der hohe Altar der Politik, auf dem jede der beiden Seiten etwas darzubringen hat, ist schon mit Ideen breit gepflastert. Es stellt sich nur die Frage, was die Verhandler sich am Ende herauspicken.

Mit einer anderen seiner Ideen dürfte der Minister auch keine so rechte Freude haben. Er outete sich mehrfach als Freund einer „funktionierenden Selbstverwaltung“. Ob er dabei die berufsständische, die soziale oder gar die „Gemeinsame Selbstverwaltung“ meint, das bleibt bei den gekonnten ministeriellen Wortspenden meist offen. Wenn er sich jedoch mit der „Gemeinsamen“ anlegen will, dann hat er im Unabhängigen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Josef Hecken (59), einen ebenso gewieften wie wortgewandten Widersacher. Der überdies als langjähriger, wie extrem gut vernetzter Ex-Landesminister gekonnt über die politische Banden in der Bundeshauptstadt zu spielen weiß – und dafür nicht immer die so genannte „Saarland-Connection“ zur Unterstützung herbeirufen muß. So blieb es nicht aus, daß der „liebe Jens“ und der „liebe Josef“ bei der offiziellen Eröffnung des neubezogenen Verwaltungsgebäudes des G-BA kunstvoll wie heftig verbal die Klängen kreuzten. Es ging nicht nur um den juristischen Wortlaut von eingebrachten Spahn-Änderungsanträgen in den Entwurf zum Implantate-Registergesetz.

Es ging eigentlich um Macht, Einfluß und die Stellung des obersten Beschlußgremiums im Gesundheitswesen. Hecken bekannte, daß bisher der Gesetzgeber „gut mit der Verlagerung von Entscheidungszuständigkeiten auf die Selbstverwaltung gefahren“ sei. Und meinte natürlich die „Gemeinsame“. Allerdings, Hecken verwehrte sich dagegen, daß „Opportunität bei Entscheidungen über die Frage, was Gegenstand des Leistungskataloges wird und welche Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung statuiert werden, niemals ein Maßstab“ sein könne. Und, man könne doch bitteschön nicht die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung an der Schnelligkeit ihrer Entscheidungen messen. Zudem sei „Verlässlichkeit“ das oberste Gebot bei Entscheidungen, die über das Wohl und Wehe von Patienten gefällt würden. Rechtsaufsicht ja, aber gegen eine sich mehr und mehr verlagernde Fachaufsicht auf die Politik verwehrte sich der erfahrene Volljurist vehement. Das gipfelte in dem Satz: „Verlässlichkeit und Vertrauen können nur dann entstehen und bestehen, wenn die Menschen wissen, daß alle Behandlungsoptionen sorgfältigst ohne Rücksicht auf Partikularinteressen nach bestem Wissen und Gewissen geprüft werden.“ Und wenn es halt

Jahre dauert. Die Aufnahme einzelner Leistungen in den GKV-Leistungskatalog“ per Ministerverordnung, das dürfte nicht nur den Akteuren in der Charlottenburger Gutenbergstraße an die Nieren gehen. Das berge nun einmal die „Gefahr von Opportunitätsentscheidungen“. Was Hecken nicht sagte: „und das darf nie mit populistischen Hintergrund geschehen“. Dennoch, mit so viel Selbstbewußtsein wie austarierten Redegut dürfte der Minister nicht gerechnet haben, man sah es ihm an. Jovial blieb er. Aber auch nach dieser Demarche dürfte er bei seinem Versuch der Macht- und Einflußaufbesserung verharren. Da Spahn aber gelernt hat, sorgsam und nach einer längeren Zeit auf die Einwendungen anderer einzugehen, kann es nach diesem verbalen Aufeinandertreffen auch passieren, daß er von seinem Versuch (etwas) abläßt. Denn, guten Argumenten und Wünschen steht er eigentlich offen gegenüber. Es bleibt also abzuwarten, was in den nächsten Wochen mit dem Änderungsantrag so passiert.

Gesundheits- und Sozialpolitik:

MDK-Reform: Die Gemeinschaft weiß, was sie will

(dfg 15+16 – 19) Nicht erst seit dem schwarz-roten Koalitionsvertrag vom März 2018 ist den Verantwortlichen in den fünfzehn Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDKen) und dem Essener Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) klar, daß ihnen noch in dieser Legislaturperiode eine grundlegende Strukturreform „blühen“ kann. Schließlich verfügen sie bei den führenden Akteuren im Gesundheitswesen oder gar unter den Gesundheitspolitikern im Bund und in den Ländern nicht nur über „Freunde“. Spätestens seit sich der Bundesrechnungshof (BRH) am 1. Juni 2017 gegenüber dem Haushaltsausschuß des Bundestages quasi für ein „MDK-Stärkungsgesetz“ stark machte (vgl. dfg 41 – 17, S. 2ff.) hören die Diskussionen nicht auf. CDU-Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe MdB (58) konnte und wollte das Projekt nicht mehr anpacken. Von seinem Sukzessor Jens Spahn MdB (38) steht als „Entscheider“ zu erwarten, daß er die Formulierungen ernst nimmt und bald auf seine Art handelt. Doch während andere Organisationen im Gesundheitswesen, wie z.B. jüngst der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), in dieser Situation in Agonie verfallen und wie ein Karnickel vor der Schlange öffentlich untätig auf die „Handlungen“ des Ressortchefs warten, da scheint die MDK-Gemeinschaft gewappnet zu sein. Diesen Eindruck muß man gewinnen, wenn man nicht nur die jüngsten Beschlüsse des Kooperationsrates der MDK-Gemeinschaft vom 2. April 2019 betrachtet. Sie dürften nur die Spitze an Vorstellungen und Forderungen sein, mit dem die MDKen aufwarten könnten.

Der Kooperationsrat ist wohl das wichtigste Koordinierungsgremium der MDK-Gemeinschaft. Er besteht aus den Verwaltungsratsvorsitzenden der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern und Leitenden Ärztinnen und Ärzten der MDKen. Bei diesem heterogen zusammen gesetzten Thing werden grundsätzliche Entscheidungen diskutiert und beschlossen. Daß dann unbedingte Reformer auf diplomierte Bedenkenräger und Bewahrer des Tradierten treffen, das versteht sich. Aber wenn man sich einig ist, die Strukturen zu modernisieren, dann kommt bei gutem Willen aller Beteiligten im-

mer ein Ergebnis heraus. Schon am 14. Mai 2018, das geht aus Unterlagen hervor, die als erste der Redaktion des gesundheitspolitischen Hintergrunddienstes „A+S aktuell – Ambulant und Stationär aktuell“ am 5. April 2019 vorlagen, beschäftigte sich der MDS-Verwaltungsrat mit den zu erwartenden gesetzlichen Neuregelungen. Damit stieß er unzählige weitere interne Beratungen der MDK-Gemeinschaft an. Das war auch dringend notwendig, denn schon im Herbst 2018 stand der erste Termin im Bundesgesundheitsministerium (BMG) an. Eine große Rolle dürfte bei allen Vorbereitungen der so genannte Geschäftsführende Ausschuß gespielt haben. Dem achtköpfigen Gremium gehören sieben Männer und eine Frau an. Die beiden gesundheitspolitisch überaus erfahrenden Vorsitzenden des MDS-Verwaltungsrates, Dr. rer. pol. Volker Hansen (64) und Dieter F. Märtens (82), zählen genauso dazu wie der MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick (63) sowie eine beratende Ärztin, zwei MDK-Geschäftsführer und zwei Selbstverwalter. Trotz aller Meinungsunterschiede, die Debatten in der MDK-Gemeinschaft kreisten allem Anschein nach um sechs Problembereiche, die teilweise schon der BRH 2017 skizziert hatte:

1. Rechtsform der Medizinischen Dienste

Scheinbar sperrt man sich nicht mehr dagegen, künftig einheitlich in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) aufzutreten und damit die bisher herrschenden unterschiedlichen Organisationsformen aufzugeben. Allerdings gibt es einen wichtigen Vorbehalt: Für den Geschäftsführenden Ausschuß war es z.B. bereits am 6. Februar 2019 wichtig hervorzuheben, daß die Trägerschaft der Kranken- und Pflegeversicherung für MDK und MDS beibehalten wird und die bisherigen föderalen Strukturen der MDKs erhalten werden. Also keine Zwangsfusionen. Die enge Anbindung an die Versorgungslandschaft der jeweiligen Bundesländer wäre wohl dann eine zwingende Voraussetzung für die neuen Strukturen. Die in der Vergangenheit angedachte Umwandlung von MDK und MDS in Stiftungen lehnt man aus grundsätzlichen Überlegungen ab.

2. Besetzung der Gremien

Wie schon beim GKV-SV schwört man auf die Erhaltung der Grundprinzipien der Sozialen Selbstverwaltung. Das bedeutet: Die Beibehaltung der Entsendung von GKV-Vertretern (Versicherten- und Arbeitgebervertretern) in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste durch die Gremien der Selbstverwaltung. Und: Nach Auffassung der MDK-Gemeinschaft haben Vertreter von Betroffenen- und/oder Patientenorganisationen im Verwaltungsrat eines MDK nichts zu suchen. Wohl mit Fug und Recht, wenn es um reine Verwaltungsangelegenheiten wie z.B. die Höhe der Umlage geht. Schon gar nicht in diesem Gremium will man Berufsvertreter (z.B. Kammern der Heilberufe) mit Stimmrecht sehen. Ebenso: Eine Beteiligung von Vertretern der Leistungserbringer wird strikt abgelehnt. Was man verstehen kann.

3. Weiterentwicklung der Beiräte

Allerdings, wenn es um fachliche Fragen geht, da präsentiert sich die MDK-Gemeinschaft offener für die Partizipation von Externen. Eine Erweiterung der Beiräte um Patienten- und Berufsvertreter aus dem Bereich der Krankenversicherung kann man sich vorstellen. Der Einbindung von Vertretern der Leistungserbringerseite steht man allerdings weiterhin negativ gegenüber. Wie bisher sollen die Sprecher und ihre Stellvertreter der Beiräte mit beratender Funktion an den Sitzungen der jeweiligen Verwaltungsräte teilnehmen können.

4. Fachliche Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter

Gar nicht zu sperren scheint man sich gegen den Einbezug von weiteren Gutachtergruppen - wie Pflegefachkräfte, andere Gesundheitsberufe und/oder Kodierfachkräfte – in die MDK-Arbeit. Allerdings soll für diese die Vorgabe der fachlichen Unabhängigkeit, analog der Regelung für Ärztinnen und Ärzte, ebenso gelten und wäre dementsprechend im geplanten Gesetz zu verankern.

5. Stärkung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung

Was die Aufgabenwahrnehmung angeht, da herrscht wohl ein gehöriger Dissenz. Viele Akteure wollen das bisherige Verfahren beibehalten und „Vorgaben“ innerhalb des Systems entwickeln. Der Geschäftsführende Ausschuss sprach sich hingegen für die Beibehaltung der Richtlinienkompetenz des GKV-SV aus. Andere Papiere sprechen davon, daß es „sachgerecht“ erscheine, im Gesetz die Verankerung von Kompetenzen innerhalb der MDK-Gemeinschaft als „Gemeinschaft von Körperschaften“, z.B. in Form der Berechtigung zum Erlaß von Richtlinien, zu regeln.

6. Finanzierung der Medizinischen Dienste

Die Diskussionslage scheint deutlich zu sein. Nicht nur der Geschäftsführende Ausschuss sprach sich für ein Festhalten an der mitgliederbezogenen Umlage der Kranken- und Pflegeversicherung aus. Damit wären die regionalen Finanzierungsstränge weiterhin klar geregelt. An eine Regelung wie z.B. aufwandsbezogene Pauschalen (z.B. für Gutachten) scheint man nicht nur wegen des bürokratischen Aufwandes aktuell noch nicht zu denken.

Bei der letzten Sitzung des Kooperationsrates am 2. April 2019 machten sich in Berlin dessen Mitglieder über das bisher „Erreichte“ her. Die Wogen dürften noch einmal hoch hergegangen sein. Denn vor allem die diplomierten Bedenkenräger und Bewahrer des Tradierten sollen versucht haben, das Erreichte zu erhalten. Wie immer bei einem derart heterogen zusammengesetzten Gremium einigte man sich erst einmal auf Grundsätzliches. Die Details hielt man „in pectore“, also wie der Papst eine umstrittene Kardinalserhebung, im Verborgenen. Aber: Immerhin sprang aus den Beratungen eine klarstellende „Resolution“ der MDK-Gemeinschaft heraus. Dessen Tenor ist zwar – wie so oft bei derartigen Texten – an manchen Stellen „butterweich“ und ergeht sich in Platitüden und Allgemeinplätzchen. Aber zusammen mit den intern erzielten Ergebnislinien zu den wichtigsten „Problemzonen“ der Strukturen der MDK-Gemeinschaft stellt alles ein wichtiges Signal an die Berliner Politik dar. Bei den MDKern ist man – im Gegensatz zu so manchem anderen Sektor des bundesdeutschen Gesundheitswesens – grundsätzlich vorbereitet auf die anstehende Reform. Mal schauen, ob der Ressortchef Spahn – was er eigentlich gerne tut – die erzielten Ergebnisse dankend annimmt und in Gesetzesform gießt.

Wir dokumentieren das MDK-Papier im vollen Wortlaut:

„Leistungsfähigkeit, Unabhängigkeit und föderale Aufstellung als Grundlage einer Stärkung der Medizinischen Dienste

Die Medizinischen Dienste, MDK und MDS, sind die sozialmedizinischen Begutachtungs- und Beratungsinstitutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung.

Sie zeichnen sich durch Leistungsfähigkeit und Unabhängigkeit im föderalen System der Gesundheitsversorgung aus.

Leistungsfähigkeit

Die Medizinischen Dienste sind leistungsfähig. Sie haben 2018 in insgesamt über 8,2 Mio. Fällen sozialmedizinische Stellungnahmen für die Gesetzliche Krankenversicherung, für die Soziale Pflegeversicherung sowie Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durchgeführt. Sie haben sowohl bei der Einführung der neuen Pflegebegutachtung als auch bei der Bewältigung des gestiegenen Auftragsvolumens für die Krankenversicherung, insbesondere bei der Krankenhausabrechnungsprüfung, ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Damit leistet die MDK-Gemeinschaft einen wertvollen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Die hohen Zustimmungswerte in den Versichertenbefragungen zur Pflegebegutachtung (87,7 Prozent Zufriedenheit) zeigen das hohe Vertrauen und die breite Akzeptanz in die Arbeit des MDK. Diese Bilanz kann sich sehen lassen.

Die Medizinischen Dienste erwarten von der Politik, dass diese Leistungsfähigkeit erhalten bleibt.

Unabhängigkeit

Die Medizinischen Dienste sind unabhängig. Ihre Gutachterinnen und Gutachter stehen für eine unabhängige, fachlich fundierte Begutachtung und Beratung. Sie sind bei ihren medizinischen und pflegerischen Bewertungen ausschließlich ihrem ärztlichen bzw. pflegfachlichen Gewissen unterworfen. Die Begutachtungen werden frei von Wettbewerbsinteressen oder Einflussnahmen der Leistungsanbieter, Krankenkassen oder aus der Gesundheitspolitik durchgeführt. Diese unabhängige Aufgabenwahrnehmung garantiert eine faire und gerechte Leistungsgewährung an die Versicherten.

Die Medizinischen Dienste erwarten von der Politik, dass diese fachliche Unabhängigkeit erhalten und gestärkt wird.

Föderale Aufstellung

Die Medizinischen Dienste sind föderal organisiert. Dies entspricht den grundsätzlich auf Landesebene ausgestalteten Versorgungs- und Qualitätsstrukturen im Gesundheitswesen. Der MDK kennt die regionalen Versorgungsangebote und Strukturen. Dies ermöglicht versicherten- und bedarfsorientierte Empfehlungen. Damit ist der MDK wichtiger Partner der Landesgesundheitspolitik und der regionalen Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in den Ländern.

Die Medizinischen Dienste erwarten von der Politik, dass die föderalen Strukturen nicht geschwächt, sondern gestärkt werden.

Gestaltungsverantwortung

Die Medizinischen Dienste stellen sich der Verantwortung, sich – orientiert an den Eckpunkten der Unabhängigkeit, der föderalen Aufstellung und der Leistungsfähigkeit – laufend weiterzuentwickeln. Dabei geht es um die Übernahme neuer oder veränderter Aufgaben in einem dynamischen Gesundheitswesen. Insbesondere ist die Organisation so weiterzuentwickeln, dass die Transparenz nach außen gestärkt wird.

Die MDK-Gemeinschaft steht Vorschlägen für eine Stärkung der Medizinischen Dienste, die sich an diesen Eckpunkten und Zielen orientieren, offen gegenüber.“

Krankenhäuser:

BKartA: Durch die Behörde wurden zwei Krankenhaus-Fusionen verhindert

(dfg 15+16 – 19) Seit Jahren werkelt die Beschlußabteilung 3 des Bundeskartellamtes (BKartA) an neuen „Grundlagen“ für die Bewertung von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern. Scheinbar ist man am Rhein gesonnen, nicht mehr jede Fusion durchzuwinken. Oder aber frühzeitig zu verhindern. Wie das gehen soll, weiß man seit dem 4. April 2019. Die Behörde teilte mittels einer Aus-sendung mit, daß auf Grund von zum Teil erheblichen Bedenken der Behörde zwei Krankenhaus-fusionen noch im so genannten „Hauptverfahren“ verhindert wurden. In den beiden separaten Fu-sionskontrollverfahren hätten die Antragsteller ihre jeweiligen Anmeldungen „nach vorläufigen Be-denken“ des Amtes zurückgenommen.

In dem einen Fall hatte die Kieler AMEOS Psychiatrie Holding GmbH, eine Tochter des Schweizer AMEOS Konzerns, angemeldet, die Anteilmehrheit an der Eutiner SANA Kliniken Ostholstein GmbH vom gleichnamigen, in Ismaning bei München domizilierenden, SANA Kliniken AG-Konzern erwerben zu wollen. In dem anderen Fall war es die in Köln ansässige Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria (Cellitinnen Nord), die einen Zusammenschluß mit der ebenfalls in Köln ansässigen Stiftung der Cellitinnen ge.V. (Cellitinnen Süd) geplant hatte. Laut dem Präsidenten des BKartA, Andreas Mundt (58), wären sowohl bei der geplanten Fusion der Krankenhäuser in Schleswig-Hol-stein als auch bei dem Fusionsvorhaben in Köln „nach unserer vorläufigen Einschätzung die Aus-weichmöglichkeiten für Ärzte und Patienten vor Ort zu stark eingeschränkt worden.“

AMEOS habe, so das Amt, seine Anmeldung am 18. März 2019 zurückgenommen, nachdem das Bundeskartellamt seine wettbewerblichen Bedenken übermittelt hatte. Mit Vollzug dieses Zusam-menschlusses wären letztendlich alle somatischen Allgemeinkrankenhäuser im „Markt“ Ostholstein von der U.S.-„Heuschrecke“ The Carlyle Group, einem Private Equity Unternehmen mit Sitz in Washington, (D.C.), beherrscht worden. Die Erwerberin AMEOS und die größte Wettbewerberin der SANA Kliniken, nämlich die Schön Klinik SE, (Prien am Chiemsee), seien nun einmal Portfo-liogesellschaften von zwei unterschiedlichen Carlyle-Investmentfonds. Die Behörde konstatierte: „Beide Fonds werden von der Carlyle Group betrieben und beherrscht.“ Diese Erkenntnis ist für Marktbeobachter neu. Denn bisher ging man auf Grund von Investor Relations-Meldungen der Schön Kliniken S.E. und des letzten, vorliegenden Geschäftsberichtes 2017 davon aus, daß am Chiemsee der Carlyle-Fonds seit dem 29. Juni 2016 nur Minderheitsgesellschafter ist. Sollte Grün-der Dieter Schön (61) inzwischen „Kasse“ gemacht haben, dann wäre ein weiterer der größeren privaten Klinikkonzerne im Rachen einer Heuschrecke versunken. AMEOS, die mit AMEOS durch die Carlyle Group verbundene Schön Klinik Neustadt und die SANA Kliniken wären laut Einschätz-ung des Amtes in Ostholstein mit einem Marktanteil von über 50 Prozent der Fälle im akutstatio-nären Bereich und einem sehr großen Vorsprung zu den anderen, außerhalb des Marktgebietes liegenden Krankenhäusern marktbeherrschend geworden. Diesem Sachverhalt hätte die Wettbe-werbsbehörde am Rhein wohl nicht tatenlos zugeesehen.

In dem zweiten Fusionsvorhaben nahm das Amt auf einen älteren „Fall“ Bezug. Die beiden Kölner Krankenhausträger der Cellitinnen, einem auf den Regeln des Hl. Augustinus bauenden Zusammen-

schluß von Ordensschwestern (weiblicher Gegenpol zu den Alexianern), hätten nämlich ihre Anmeldung bereits am 17. Dezember 2018 zurückgenommen. Durch den Zusammenschluß wäre der mit Abstand größte Klinikverbund im Kölner Stadtgebiet entstanden. Intensive Ermittlungen des Amtes hätten unter anderem ergeben, daß die Cellitinnen Nord in dem Marktgebiet „Köln-Nord linksrheinisch“ bereits ohne die geplante, und noch immer nicht aufgegebene Fusionsidee, eine marktbeherrschende Stellung innehatten. Im Jahr 2017 behandelten sie in ihren vier Krankenhäusern über 50 Prozent der Patienten des Marktgebietes. Vor allem auf der linksrheinischen Seite von Köln und dort wiederum insbesondere im Norden seien die beiden Krankenhausbetreiber enge Wettbewerber. Dies hätte auch eine Befragung von rund 250 niedergelassenen Ärzten in Köln und Hürth bestätigt. Die Cellitinnen Nord hätten durch die Zusammenführung mit den Cellitinnen Süd ihre weit führende Stellung im Marktgebiet mit insgesamt sieben Allgemeinkrankenhäusern deutlich ausgebaut. Wie die Behörde weiterhin mitteilte, lagen in beiden Fusionsvorhaben die Auswertungen von jeweils über 14 Mill. Patienten-Falldaten zu Grunde. Nachdem das Bundeskartellamt den Beteiligten seine vorläufigen wettbewerblichen Bedenken gegen die Vorhaben in einer ausführlichen Darstellung schriftlich mitgeteilt hatte (sog. „Abmahnung“), wären die Anmeldungen zurückgenommen worden. Die Verfahren sind aufgrund der Rücknahme der Anmeldungen ohne eine abschließende Entscheidung des Bundeskartellamtes zu Ende gegangen. Beide Zusammenschlüsse dürfen damit nicht vollzogen werden.

Personalia / Berliner Szene:

Brüssel: Wann entscheidet GKV-SV über Danner-Nachfolge?

(dfg 15+16 – 19) Keiner der drei wichtigsten Zusammenschlüsse der Sozialversicherungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) will die immensen Kosten für ein in Brüssel domizilierendes Verbindungsbüro am Sitz von Europäischer Kommission und EU-Parlament allein tragen. Also wählte man die Vereinsform und gründete zusammen mit den Kassenverbänden die „Deutsche Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V.“. Als dessen „Vorstand“ amtiert ein „Europäischer Koordinierungsausschuß“ (EKA) genanntes dreiköpfiges Gremium. Der EKA ist auch für die Bestellung des oder der DirektorIn bzw. deren StellvertreterIn zuständig, die das siebenköpfige Team in der belgischen Hauptstadt leitet.

Seit längerem dürfte bei dem eigentlich vorschlagsberechtigten GKV-SV in der Reinhardtstraße bekannt sein, daß der unbestritten bekannteste Europa-Experte für den Bereich der Krankenversicherung, Dr. rer. oec. Günter Danner (64), sich nach Erreichen der Altersgrenze im April 2019 in den Ruhestand verabschieden will. Der Ökonom leitet als stellvertretender Direktor das Brüsseler Büro und fungiert auch als offizieller Europa-Beauftragter der Techniker Krankenkasse (TK). Wie aus Kassenkreisen zu hören ist, soll die Entscheidung über seine Nachfolge noch immer nicht gefallen sein, trotz monatelanger interner Debatten. Die Vorstandsvorsitzende des GKV-SV, Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer (59), könne sich nicht entscheiden, wurde moniert. Andere Quellen reden von einem „wieder mal nicht durchsetzen“, existierten doch zwei Kandidaten. Einer davon soll aus den Reihen der Mitarbeiter des GKV-SV kommen, den anderen hatte der vdek nominiert. Das „Liegenlassen“

gefährde die Vertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf EU-Ebene. Denn bei einem Ausscheiden Danners ohne eine geregelte Nachfolge gäbe es keine/n ExpertIn mehr in Brüssel. An diesen Befürchtungen scheint etwas dran zu sein. Denn laut Website der Europa-Vertretung ist nämlich auch die für Fragen des SGB V reservierte Position nur mit einem „N.N.“ besetzt.

AOK Nordost komplettiert Vorstand – Welchen Weg schlägt Michalak ein?

(dfg 15+16 – 19) Eine verantwortungsbewußte Selbstverwaltung ist sehr wohl in der Lage, einen notwendigen Generationswechsel in der Führungsspitze einer Körperschaft sorgfältig zu planen. Nachdem der Verwaltungsrat der AOK Nordost bereits im Dezember 2018 entschieden hatte, mit dem „Eigengewächs“ Daniela Teichert (46) ab dem 1. Januar 2020 eine weibliche Vorstandsvorsitzende zu installieren (vgl. dfg 51 – 18, S.15f.), komplettierte das Kontrollgremium nun am 5. April 2019 den künftigen Vorstand. Man berief Hans-Joachim Fritzen (53) zum Teichert-Stellvertreter. Der Krankenkassenwirt soll ebenfalls am 1. Januar 2020 seine neue Funktion übernehmen. Fritzen steht seit 1983, als er seine Ausbildung bei der damaligen AOK Münster begann, in den Diensten der AOK-Familie. 1992 wechselte er zur damaligen AOK Brandenburg und stieg sukzessive in leitende Positionen auf. Seit 2012 leitet er die Unternehmenseinheit Pflege bei der AOK Nordost.

Der langjährige Vorstand Frank Michalak (62) übergibt bekanntlich aus Altersgründen Ende 2019 nach 13 Jahren an der Spitze der größten Krankenkasse in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die Führung in Teltow in jüngere Hände. Wer den ideenreichen und tatkräftigen Kassengranden kennt, der dürfte davon ausgehen, daß es ein (Un-)Ruhestand werden dürfte. Beobachter in der Hauptstadt gehen davon aus, daß er sein Wissen und seine Erfahrungen an anderer Stelle einbringen wird. Und damit weiterhin auf dem glatten gesundheitspolitischen Parkett in der Hauptstadt präsent ist. Allerdings ist aktuell unbekannt, welchen Weg das aus Witten an der Ruhr stammende AOK-Urgewächs nehmen wird.

HEK mit neuem Verwaltungsratsvorsitzenden

(dfg 15+16 – 19) Seit dem 3. April 2019 verfügt die Hamburger Hanseatische Krankenkasse (HEK) mit Klaus Wonneberger (74) über einen neuen Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Der Rentner aus Henstedt-Ulzburg wurde einstimmig gewählt. Der langjährige Vorsitzende Horst Wittrin (75) war zuvor wie geplant von seinem Amt zurückgetreten (vgl. dfg 1-3 – 19, S. 8f.), gehört aber weiterhin dem Kontrollgremium an.

Uniklinik Köln erhielt neues Vorstandsmitglied

(dfg 15+16 – 19) Als neuer Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Köln und damit als geborenes Vorstandsmitglied der Uniklinik Köln fungiert seit dem 1. April 2019 der Neurologe Prof. Dr. med. Gereon Fink (54). Er folgte auf seinen langjährigen Vorgänger und Dermatologen Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Thomas Krieg (70), der bereits 2017 emeritiert wurde, die Leitung seines Institutes an eine Nachfolgerin abtrat und nun für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung stand.

Dokumentation:

Pflege: Der SPD-Griff tief in die Taschen von Staat, GKV und PKV

(dfg 15+16 - 19) Die SPD treibt ihre Pläne zum „Umbau“ des deutschen Sozialstaats weiter voran. Am 8. April 2019 beschäftigte sich der Parteivorstand in Berlin mit der Pflegeversicherung und beschloß einstimmig ein Papier mit dem Titel „Zusammenhalt und Solidarität in der Pflege: Eigenanteile der Pflegebedürftigen begrenzen“. Die Sozialdemokraten folgen mit ihren neuen Vorstellungen u.a. einer Bundesratsinitiative mehrerer Länder, die ebenfalls eine Deckelung des Eigenanteils der Betroffenen auf den bundesweiten Durchschnitt von 618 € vorsieht. Allerdings, Kritiker des Planes wie z.B. die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) werfen der Partei vor, daß deren Umsetzung erheblich ins Geld gehen könne. Folgt man den BDA-Berechnungen, dann kostet die Übernahme der medizinischen Pflegekosten durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fast vier Mrd. €. Der Bundeshaushalt würde mit dem vorgesehenen Steuerzuschuß zur Abdeckung der so genannten versicherungsfremden Leistungen an die Pflegekassen mit rund drei Mrd. € belastet. Durch den SPD-Griff in die Rücklagen der PKV-Pflegeversicherung würden weitere Gelder „umverteilt“ – wenn letztendlich das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) eine unvermeidliche Verfassungsbeschwerde zurückweisen würde. Denn so juristisch einfach läßt sich auch im Pflegebereich keine „Bürgerversicherung“ einführen, wie es die SPD vorhat.

Schon bei der Vorstellung der ersten Ideen für eine Pflegeversicherung 1993 wies der „Vater des SGB XI“ Karl Jung (+), beamteter Staatssekretär des damaligen CDU-Bundesarbeitsministers Dr. phil. Norbert Blüm (83), mit mehr als Nachdruck darauf hin, daß angesichts der absehenden demographischen Entwicklung die Pflegekosten im 21. Jahrhundert explodieren würden. Und er hatte die Gestalt der Pflegeversicherung mit Bedacht angelegt. Jung sollte bald Recht behalten. Doch im politischen Berlin reagierte man jahrelang nur verhalten auf die Kostenentwicklung. Der neue SPD-Plan würde zwar so manches finanzielle Leid von Betroffenen und ihren Angehörigen lindern. Aber letztendlich die Kosten der Pflege noch weiter der Allgemeinheit auferlegen. Kein Wunder, daß nicht nur der Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV), sondern auch andere Sozialverbände den Vorstoß begrüßten. So lange die Wirtschaft in bundesdeutschen Landen boomt, mag der SPD-Griff ja noch angehen und „locker“ finanzierbar sein. Doch die ökonomischen Aussichten trüben sich bereits ein. Kommt es zu einer Rezession, dann wird ein „Stemmen“ noch so gut gemeinter, populistischer Vorschläge ein quälender wie kaum finanzierbarer Prozeß.

Wir dokumentieren das SPD-Papier im vollständigen Wortlaut:

„Zusammenhalt und Solidarität in der Pflege: Eigenanteile der Pflegebedürftigen begrenzen

Vorbemerkung

Mit dem Beschluss des Parteivorstandes „Arbeit – Solidarität – Menschlichkeit: ein neuer Sozialstaat für eine neue Zeit“ haben wir Grundpfeiler des Sozialstaats neu bestimmt. Dazu gehören:

- Der Sozialstaat soll das Leben der Menschen leichter und sicherer machen.
- Der Sozialstaat muss die Würde des Einzelnen achten.
- Der Sozialstaat muss Abstiegsängsten entgegenwirken.
- Er schafft es, alle angemessen an seiner Finanzierung zu beteiligen.
- Er sorgt für mehr Zusammenhalt und Solidarität.

Für uns bedeutet dies auch ein klares Bekenntnis zum Wert der Arbeit. Dazu gehört insbesondere die stärkere Anerkennung und Aufwertung der Berufe in der Pflege. Die Beschäftigten in der Pflege verdienen für ihre Arbeit unseren Respekt und gute wertschätzende Löhne.

Ein weiterer Schritt voran: Pflege in Deutschland stärken

Mit ersten Vorschlägen für eine solidarische Weiterentwicklung der Pflege setzen wir die Reihe von Reformvorschlägen zum „Sozialstaat für eine neue Zeit“ fort. Gerade in der Pflege muss der Sozialstaat Partner sein und Sicherheit geben, dort wo die Menschen mit Sorge auf ein großes Lebensrisiko blicken.

An dieser Stelle geht es um höhere Löhne in der Pflege und die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Wir wollen dabei nicht stehen bleiben, sondern diesen Vorschlägen in diesem Jahr weitere Schritte folgen lassen, die Pflegeberufe weiter zu stärken und die Leistungen in der Pflege vor allem für Familien, in der Nachbarschaft und in Kommunen zu verbessern.

Derzeit sind rund 3,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig; 2,6 Millionen werden ambulant versorgt. Bei mehr als drei Viertel der Pflegebedürftigen geschieht dies zu Hause. Sie und ihre Familien entscheiden sich dafür meistens ganz bewusst. Rund 2,3 Mio. Menschen pflegen ihre Angehörigen; 70% davon sind Frauen. Diese Menschen sind häufig in schwierigen und aufreibenden Situationen zwischen Beruf, Familie und Pflege.

Aktuell sind gut 1,15 Mio. Personen bei ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen beschäftigt. Mehr als 85 % davon sind Frauen, etwa 72%, sind teilzeitbeschäftigt. Rund 30.000 Stellen sind nicht besetzt. Wir haben gut 68.000 Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung.

In den vergangenen Jahren haben wir die Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere für Menschen mit Demenz und für ihre Angehörigen deutlich verbessert. Vor allem ist der Personenkreis größer geworden, der auf Leistungen der Pflegeversicherung vertrauen kann. Zugleich erhalten die Menschen früher Leistungen aus der Pflegeversicherung und können länger zu Hause bleiben. Wer in eine stationäre Einrichtung aufgenommen wird, bleibt dort im Durchschnitt kürzer, aber mit größerem Pflegebedarf.

In seiner jetzigen Struktur kann das Pflegewesen die Herausforderungen, die auf uns zukommen, nicht mehr ausreichend bewältigen, wenn die Zahl der Hochaltrigen und der Pflegebedürftigen steigt. Wir müssen deshalb neue Wege gehen, damit die Menschen die Hilfe bekommen, die sie

brauchen. Die finanziellen Lasten müssen stärker gemeinsam getragen werden. Arbeit in der Pflege muss endlich Wert und Wertschätzung erfahren.

Unser Schwerpunkt: Wir wollen bessere Qualität, bessere Arbeitsbedingungen und bessere Löhne in der Pflege

Die Bezahlung in der Pflege ist wirklich ungerecht. Nach wie vor ziehen private Anbieter starke Rendite aus den ambulanten und stationären Einrichtungen der Pflege. Beschäftigte in der Altenpflege sind durch eine mehrjährige, anspruchsvolle Ausbildung hoch qualifiziert; sie haben einen Beruf, der geistig und körperlich fordernd ist. Sie tragen viel Verantwortung für das Wohlergehen von Menschen. Aber ihr Einkommen liegt unter dem Durchschnittslohn für eine Vollzeitbeschäftigung in Deutschland. Ein Grund für die großen Gehaltsunterschiede sind fehlende Tarifverträge. Besonders niedrig ist die Bezahlung im Bereich der ambulanten Altenpflege, wo besonders selten nach Tarif gezahlt wird.

Mit dem Sofortprogramm Pflege haben wir den ersten Schritt gemacht, in Alten- und Pflegeheimen mehr Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu gewinnen.

Wir werden künftig deutlich mehr Pflegepersonal und eine bedarfsgerechte Personalbemessung brauchen, wenn wir in Zukunft eine hochwertige und würdevolle pflegerische Versorgung sicherstellen wollen.

Wir wollen für die steigende Zahl von Hochaltrigen und Pflegebedürftigen gerüstet sein und zugleich die Berufe in der Pflege nachhaltig aufwerten. Dazu müssen wir für die Pflege vor allem bessere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen durchsetzen. Daran arbeiten Hubertus Heil und Franziska Giffey in der Konzierten Aktion Pflege. Dort werden gemeinsam mit allen Akteuren der Pflege Maßnahmen verabredet, die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, die Ausbildung in der Pflege attraktiver zu machen und vor allem bessere Wertschätzung und Bezahlung in der Pflege umzusetzen. Die Reform der Pflegeausbildung, mit der wir zum 1. 1. 2020 endlich bundesweit das Schulgeld abgeschafft und eine Ausbildungsvergütung eingeführt haben, ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Mit der im Januar 2019 gestarteten „Ausbildungsoffensive Pflege“ wollen wir mehr Ausbildungsplätze schaffen und mehr Menschen für die Pflegeberufe gewinnen.

Denn Pflegeberufe werden nur attraktiver, wenn sie besser bezahlt und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Dazu zählt an erster Stelle, dass es für Arbeit in der Pflege einen Tarifvertrag gibt, der für alle gilt. Denn der aktuell gültige Pflegemindestlohn von 11,05 Euro (West) und 10,55 Euro (Ost) ist zu niedrig, differenziert nicht zwischen verschiedenen Qualifikationsstufen und kann daher nur als absolute Lohnuntergrenze gelten.

Wir unterstützen alle Anstrengungen, gemeinsam mit den Sozialpartnern tarifliche Mindestbedingungen für alle in der Pflege Beschäftigten zu erreichen. Es ist ein gutes Signal, dass freigemeinnützige Träger und kirchliche Träger der Altenpflege gemeinsam mit der Politik und den Gewerkschaften einen Weg zu angemessenen Lohnbedingungen in der Pflege finden. Dafür soll im SGB XI eine Regelung geschaffen werden, die die Refinanzierung von Pflegeleistungen an die Geltung von Tarifverträgen bindet. Wer sich nicht an Tarifverträge hält, kann kein Geld aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwarten. Nur ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag sichert der Arbeit in der Pflege ihren angemessenen Wert. Zudem setzen wir uns für eine Angleichung der Löhne zwischen Ost und West ein. 30 Jahre nach der Deutschen Einheit wollen wir keine unterschiedlichen Löhne

in Ost und West. Daher muss der Pflegemindestlohn schneller angeglichen und erhöht werden. Wir setzen darauf, dass die Konzentrierte Aktion Pflege ein Erfolg wird.

Eigenanteile der Pflegebedürftigen begrenzen

Mehr Personal, bessere Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen in der Pflege bedeuten, dass wir mehr Geld für eine bessere Pflege brauchen. Die Pflege muss in Zukunft anders und stärker solidarisch finanziert werden. Wir brauchen mehr Pflegepersonal und bessere Leistungen. Aber höhere Kosten dürfen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Familien gehen, weil deren Eigenanteil ständig wächst.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können ihren Eigenanteil für pflegebedingte Kosten nicht beeinflussen. Pflegebedürftigkeit ist mit einem hohen Risiko verbunden, am Ende des Lebens Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Derzeit beziehen in Deutschland rd. 37 % der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Hilfe zur Pflege als Leistung der Sozialhilfe.

Die Eigenanteile zu den eigentlichen Pflegekosten im Pflegeheim sind regional sehr unterschiedlich und liegen derzeit deutschlandweit durchschnittlich bei 618 Euro monatlich. Bisher gilt, dass die Höhe des Eigenanteils nach oben offen ist und der von der Pflegeversicherung finanzierte Anteil festgelegt ist. Betroffene müssten befürchten, bedürftig zu werden, wenn ihre Ersparnisse aufgebraucht sind.

Wir wollen einen grundlegenden Wechsel einleiten: Nicht die Leistungen der Pflegeversicherung werden begrenzt, sondern die Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Zukünftige Kostensteigerungen werden solidarisch über einen Mix aus moderat steigenden Beiträgen und einem dynamischen Bundeszuschuss finanziert. Die Länderinitiative im Bundesrat setzt hier das richtige Signal.

Um die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu finanzieren, wollen wir mit folgenden Maßnahmen die solidarische Finanzierung stärken:

Erstens: Pflege, die nur aus medizinischen Gründen erfolgt, soll künftig von der Krankenversicherung bezahlt werden. Im Gegenzug soll die Pflegeversicherung mehr tun, um Pflegebedürftigkeit überhaupt zu vermeiden.

Zweitens: Wir wollen, dass die Rücklagen der privaten Pflegeversicherung von rund 35 Mrd. € in dem Umfang für die solidarische Finanzierung einer besseren Pflege herangezogen werden, der verfassungsrechtlich möglich ist. Gesetzliche und private Pflegeversicherung decken den gleichen Leistungsumfang ab. Wir wollen das Nebeneinander beider Versicherungsformen überwinden. Ziel muss es sein, alle Menschen auf die gleiche Weise in einer Bürgerversicherung für die Pflege zu versichern und an der solidarischen Finanzierung zu beteiligen.

Drittens soll die Pflegeversicherung mit einem Steuerzuschuss an den Ausgleichsfonds zusätzlich finanziert werden, um etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder die Beitragsleistungen an die Rentenversicherung mitzufinanzieren.

Viertens sind auch moderate Erhöhungen des einkommensbezogenen Pflegeversicherungsbeitrags sinnvoll und gerechtfertigt, um das Mehr an besserer Pflege solidarisch zu finanzieren.“

Einladung zum 13. A+S-Netzwerktreffen im „Haifischbecken Gesundheitswesen“

(dfg 15+16 – 19) Nur wenige andere Bereiche in der deutschen Wirtschaft erfordern ein solch großes Spezialwissen wie das deutsche Gesundheitswesen. Wer sich in einem fachlichen Netzwerk befindet, versteht mehr, durchdringt Hintergründiges und kann optimal entscheiden. Das **A+S-Netzwerktreffen** entwickelte sich im Verlauf der letzten Jahre zu einer im bundesdeutschen Gesundheitswesen etablierten Veranstaltung, auch dank der Unterstützung des gesundheitspolitischen Hintergrunddienstes "A+S aktuell - Ambulant und Stationär aktuell" vergrößert sich der Kreis interessanter Persönlichkeiten ständig.

Für das Sommertreffen, den 13. Workshop am 12. und 13. Juni 2019 zieht es die A+S-Netzwerker traditionsgemäß nach Hamburg in die Nähe der Alster. Das Thema: „**Die fetten Jahre sind vorbei! Ordnungspolitik für das Gesundheitswesen der 20er Jahre**“. Gemeinsam will man dort aktuelle Probleme ansprechen und innovative wie interdisziplinäre Konzepte für das deutsche Gesundheitswesen erarbeiten. Insbesondere steht die sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen im Vordergrund der Beratungen.

Am Abend des 12. Juni 2019 knüpfen und verstärken bei einem traditionellen Abendessen die Nachwuchskräfte ihre bestehenden und neuen Kontakte. Am 13. Juni 2019 referieren erfahrene Akteure des Gesundheitswesens und stehen zur Diskussion bereit. Bekanntlich findet das Sommer-Netzwerktreffen zeitgleich mit der Gala zur Verleihung der „dfg-Awards® 2019“ statt. Denn am Abend des 13. Juni 2019 werden die legendären „Gesundheits-Oscars“ im Großen Festsaal des Hotels Grand Elysée verliehen. Für interessierte Netzwerker gibt es ein exklusives Kombi-Paket für Netzwerktreffen und „dfg-Award®“.

Wann: Mittwoch, **12. Juni 2019**, von 19:00 Uhr bis „open End“
Donnerstag, **13. Juni 2019**, von 11:00 bis 15:00 Uhr

Nästkästchen-Gäste:

PD Dr. Thomas Menzel, Sprecher des Vorstands der Klinikum Fulda gAG, Fulda.

Dr. Stephan Balling, Chefredakteur f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus,
Abendveranstaltung: Blockbräu an den St.-Pauli Landungsbrücken 3, 20359 Hamburg.

Wo: Tagung: Grand-Elysée Hotel Hamburg, Rothenbaumchaussee 10, 20148 Hamburg

Kosten: nur Netzwerktreffen-Teilnahme: 70 €, nur Teilnahme dfg Award®-Gala: 135 €, Kombisonderpreis: Netzwerktreffen + dfg-Award®-Gala: 195 € (jeweils zzgl. MwSt.)
Für Teilnehmer, die vor 1979 geboren wurden, wird ein zusätzlicher Förderbeitrag von 150 € zzgl. MwSt. berechnet.

In den Teilnahmegebühren sind Mittagessen, Abendessen und Getränke enthalten.

Anmeldung: Per E-Mail bis zum 7. Juni 2019
unter Angabe des **Namens, Geburtsjahres, Unternehmens** und **aktuellen Position** an:

Lukas Illini und Michael Draheim

DIES - Institut für empirische Sozialforschung, Hannoversche Str. 22, 10115 Berlin (Mitte)

Email: illini@DIES-Institut.de

Tel.: 0172 / 30 70 168, Fax 030 – 275 965 92

Ein begrenztes Zimmerkontingent wurde für die Teilnehmer der Veranstaltung reserviert und kann auf Anfrage für die Nacht von Mittwoch auf Donnerstag und/oder Freitag vermittelt werden. Die Kosten pro Zimmer und Nacht im Hotel Vorbach liegen bei 125 € pro EZ inkl. Frühstück und inkl. MwSt..

Eine Kostenerstattung des Teilnahmebeitrages kann bei Absage nur bis zum 7. Juni 2019 erfolgen.