

35 – 21

Inhaltsverzeichnis

2. September 2021

Gesundheits- und Sozialpolitik:

KBV öffnet sich vorsichtig neuen ambulanten Versorgungsmodellen

Seite 2

Gemeinsame Selbstverwaltung:

G-BA im Schußfeld: „Die Verleumdung, sie ist ein Lüftchen“

Seite 5

Heilmittel:

Honorare: GKV-Eisprinzessin sorgt für Prozeßreigen

Seite 7

Personalia / Berliner Szene:

Seite 9

dfg

Gesundheits- und Sozialpolitik:

KBV öffnet sich vorsichtig neuen ambulanten Versorgungsmodellen

(dfg 35 – 21) Gesundheits- und sozialpolitisch plätschert der Bundestagswahlkampf 2021 recht lustlos durch Deutschlands Auen. Im Gegensatz zu früheren Zeiten wollen die Bundesbürger*innen noch nicht einmal über die Usancen einer möglichen Einheitsversicherung diskutieren. Ihnen dürfte schon der Dauerbrenner „Corona“ und das dazugehörige wie vielstimmige Politiker-Konzert reichen. Also müssen die Beteiligten im Gesundheitswesen selbst für Schlagzeilen sorgen, die immerhin in den Fachmedien Beachtung finden sollen. Recht rührig ist dabei die AOK Bundesverband GbR, die Woche für Woche mit neuen Papieren aufwartet. Zuletzt mit ihrer Forderung nach Aufhebung der Sektorengrenzen (vgl. dfg 34 – 21, S. 5ff.), der am 31. August 2021 ein 32-seitiges Krankenhaus-Struktur-Papier folgte. Das dürfte auch die Führung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wachgerüttelt haben. Sie präsentierte als Gegenmodell „Positionen“ zur Bundestagswahl in acht Themenbereichen.

Daß die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) sich seit Jahrzehnten gegen eine Aufhebung der Sektorengrenzen zu ihren Ungunsten mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln wehrt, das ist eine altbekannte Tatsache. Genauso hartnäckig verteidigen aber auch die in Ehren ergrauten bzw. weiß-melierten Chef-Lobbyist*innen der anderen Leistungserbringer*innen ihre Pfründe. Das gilt z.B. für den Vorsitzenden des traditionsreichen Ärzteverbandes Hartmannbund (HB), Dr. med. (I) Klaus Reinhardt (61), der wortreich öffentlich gegen die Idee der Sektorenaufhebung Front machte. Der Untergang des Abendlandes – in Form der freiberuflichen Ausübung des Arztberufes – schien ihm zu dräuen, sollten die AOK-Vorstellungen Wahrheit werden. Andere ärztliche Verbände stimmten nicht in das Klagekonzert ein, sondern schwiegen mit Bedacht. Das dürfte seinen Grund haben.

Denn mittlerweile scheint nicht nur dem amtierenden Vorstandsvorsitzenden der KBV, Dr. med. Andreas Gassen (59), und seinen Mannen in der Berliner Wegelystraße aufgegangen zu sein, daß die nachwachsenden Mediziner-Generationen mit den Beruervorstellungen der Altvorderen wenig am Hut haben. Denn in den Generationen Y und Z (also den nach 1980 Geborenen) hält man wenig von der aufopfernden, freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit. Die manchmal eine 60-Stunden-Woche und mehr bedeutet. Man frönt lieber der „work-live-balance“ mit weniger Gehalt, dafür aber festen Arbeitszeiten und krisensicheren Arbeitsplätzen. Wer darüber hinaus über die Areale der Medizinischen Fakultäten in Deutschland wandert, der erkennt, daß der Arztberuf immer weiblichere Züge annimmt. Nicht nur Wahrsager können daher mit Bestimmtheit voraussagen, daß künftig – wenn es überhaupt noch ein vertragsärztliches System alter Prägung geben sollte – die Strukturen der ambulanten Versorgung neu gedacht bzw. anders konzipiert werden müssen. Nicht nur angesichts der immer höher werdenden Frauenquote unter den Mediziner*innen ist davon auszugehen, daß bald auf einem traditionellen Kassenarztsitz drei Frauen die ambulante gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung teilen. Und gegebenenfalls nichts dagegen haben, wenn sie in einer Art Poliklinik nicht nur alter DDR-Prägung, sondern in „Zentren“ arbeiten, in dem wirtschaftlich ein nicht-ärztlicher Träger das Sagen hat. Wer schon in der Universität nicht gelernt hat, in mittelständischen Strukturen Verantwortung zu übernehmen, der will es oft im Berufsleben nicht mehr tun.

Die Anforderungen und Belastungen durch eine überbordende Bürokratie überlassen dann die Akteur*innen lieber angeheuerten Ökonomen oder Verwaltungsexperten. Dafür sagt man dann der angeblichen „Freiheit“ der Niederlassung auf Wiedersehen.

Diesem gesellschaftlichen Paradigmen-Wechsel stellt sich die KBV vorsichtig. Für die „ewig Gestrigen“ innerhalb des Berufsstandes singt man zwar immer noch das hohe Lied der Freiberuflichkeit in eigenen Praxen und schwärmt von der mittlerweile imagemäßig recht angekratzten Selbstverwaltung. Auch plädiert die KBV dafür, daß für eine gute medizinische Behandlung der Patient*innen ein „besonderes Vertrauensverhältnis“ zwischen den Therapeut*innen und den von ihnen versorgten Personen bestehen sollte. Noch ist dieses traditionelle wie hoch gepriesene „Arzt-Patienten-Verhältnis“ keine Chimäre. Aber wer täglich in die Notaufnahmen z.B. großer Kliniken schaut, der mag erkennen, welchen Bevölkerungsgruppen dieses „besondere Verhältnis“ schon heute relativ egal ist. Immerhin, die KBV ist für die verfaßte Vertragsärzteschaft bereit, die ambulanten Versorgungsstrukturen „bedarfsgerecht“ anzupassen. Dazu gehört der Ausbau ambulanter Versorgungsangebote zur Entlastung der Kliniken (Triage) z.B. durch „Zentren“. Der von der Berliner Politik mit aller Macht vorangetriebenen Digitalisierung verweigert man sich nicht – wenn sie denn einen „Mehrwert“ verspricht. Ähnliches gilt für die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfachberufen.

Wir dokumentieren die Kurzfassung des KBV-Papieres im vollen Wortlaut:

„Versorgung gemeinsam gestalten Positionen der KBV zur Bundestagswahl 2021

Zum ersten Mal konstituiert sich der Deutsche Bundestag während einer Pandemie. Der Kampf gegen Corona hat eindrucksvoll vor Augen geführt, welche tragende Säule unserer Gesellschaft die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland darstellt. Rund 181.000 freiberufliche, in Praxen ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten kümmern sich pro Jahr um über 650 Millionen Behandlungsfälle – vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Um die enorme Leistungsfähigkeit und maximale Flexibilität des deutschen Gesundheitswesens zum Wohl von Patientinnen und Patienten weiter fortzuentwickeln, steht die KBV gerne als kompetente und verlässliche Ansprechpartnerin bereit, gemeinsam die gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft zu gestalten.

Dabei liegt der Fokus auf diesen Themen:

1. Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung erhalten – Arzt-Patienten-Verhältnis schützen

Eine gute und nachhaltige ambulante medizinische Behandlung basiert auf einem starken und zugleich sensiblen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt oder Psychotherapeut und Patient. Dieses besondere Vertrauensverhältnis muss zum Wohl der Patientinnen und Patienten erhalten und geschützt bleiben. Elementare Voraussetzungen hierfür sind das Prinzip der freiberuflichen Berufsausübung – vornehmlich in inhabergeführten Praxen – und eine funktionierende Selbstverwaltung.

2. Ambulante Versorgung stärken – Strukturen modernisieren

Die Herausforderungen der kommenden Jahre an die flächendeckende ambulante Versorgung in Deutschland sind vielfältig – etwa durch bekannte Phänomene wie die demographische Entwick-

lung, Landflucht und Verstädterung. Hinzu kommt, dass immer mehr Krankheiten ambulant therapierbar sind, die bisher stationär behandelt werden mussten (Ambulantisierung der Medizin). Dies macht eine effektive Steuerung des derzeit beliebigen und unkoordinierten Zugangs zur medizinischen Versorgung unerlässlich. Zudem bedarf es eines Ausbaus ambulanter Versorgungsangebote bei gleichzeitiger Entlastung der Kliniken von eigentlich ambulant leistbaren Behandlungen.

3. Digitalisierung mit Mehrwert für Patienten und Praxen entwickeln

Damit die Digitalisierung des Gesundheitswesens ihr volles Potenzial entfalten kann, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern, ist es erforderlich, den Mehrwert für Nutzer und Nutzerinnen in den Mittelpunkt zu rücken. Entscheidend ist hierbei, dass künftig zunächst die medizinischen Versorgungsprozesse im Vordergrund stehen und nicht, wie bisher, die technischen Werkzeuge und Instrumente. Nur eine Digitalisierung, die sich strikt an diesen Versorgungsprozessen ausrichtet, diese unterstützt und erleichtert, wird Ärzte und Psychotherapeuten sowie ihre Praxisteams von der Digitalisierung nachhaltig überzeugen. Die frühzeitige Einbeziehung aller Beteiligten ist hierfür erforderlich.

4. Akut- und Notfallpatienten in die jeweils richtige Versorgungsebene begleiten

Gesundheitsexperten sind sich einig: Die Notfallversorgung der Zukunft sollte organisatorisch neu geordnet werden. Bereits heute steht die rund um die Uhr erreichbare Bereitschaftsdienstnummer 116117 per Telefon, Website sowie App zur Verfügung, um Patientinnen und Patienten mittels SmED, der Strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland, schnellstmöglich und zuverlässig in die richtige Behandlungsebene zu vermitteln – also ins Krankenhaus, an den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder in die zuständige Praxis. Eine einheitliche Regelung zur Erst- beziehungsweise Notfallversorgung steht jedoch noch aus. Hier sollte eine kooperative Struktur zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich geknüpft werden, die eine behandlungsadäquate Vermittlung der Patientinnen und Patienten in den jeweils passenden Versorgungsbereich organisiert, ohne einen neuen Sektor bilden zu müssen.

5. Gute Versorgung durch richtige Qualitätssicherung vorantreiben

Eine hohe Behandlungsqualität in der ambulanten Versorgung beruht nachweislich auf passgenauen Qualitätssicherungsinstrumenten und der bedarfsgerechten Kombination von Qualitätsanreizen mit verpflichtenden Vorgaben. Von dieser Maxime hat sich die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) weit entfernt. Statt ambulante und stationäre Versorgung vergleichend zu betrachten, Schnittstellen zwischen diesen Bereichen zu optimieren und Behandlungsverläufe über die Grenzen des stationären und ambulanten Bereichs hinweg abzubilden, ist ein hyperkomplexes bürokratisches Kontrollinstrument ohne Nutzen für Patientinnen und Patienten entstanden. Die sQS muss daher zu einem transparenten und praktikablen Instrument zurückgeführt werden, welches ausschließlich dem Zweck dient, die Qualität des sektorenübergreifenden Behandlungsgeschehens zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu fördern und zu sichern.

6. Neue Synergien für Gesundheitsfachberufe schaffen

Angesichts stetig zunehmender ambulanter Behandlungen und gleichzeitig abnehmender Arztzeit werden neben anderen Faktoren auch Möglichkeiten für eine gute Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Angehörigen nicht ärztlicher Gesundheitsfachberufe eine entscheidende Rolle spielen. Hierzu gehören auch Modelle der Delegation, nach denen Ärztinnen und Ärzte zeitlich begrenzt Teile der ärztlichen Heilkunde auf Angehörige entsprechend qualifizierter Gesundheitsfachberufe übertragen. Soweit jedoch medizinische Leistungen durch Angehörige entsprechend qualifizierter Gesundheitsfachberufe im direkten Zugang für Patientinnen und Patienten erfolgen und mit

den Krankenkassen abgerechnet werden (Substitution), muss für Patientinnen und Patienten erkennbar sein, dass in solchen Fällen kein Arzt oder Psychotherapeut für die Behandlung zuständig und verantwortlich ist. Den betreffenden Angehörigen des Gesundheitsfachberufs muss klar sein, dass die berufsrechtliche Verantwortlichkeit und die Budgetverantwortlichkeit ausschließlich bei ihnen selbst liegt.

7. Weiterbildung in der Praxis der Niedergelassenen verbessern

Die meisten Behandlungen von Patientinnen und Patienten finden in Praxen statt. Vielen jungen Ärztinnen und Ärzten kann die dafür notwendige Behandlungskompetenz in der Weiterbildung im Krankenhaus nicht mehr rundum vermittelt werden – gerade in der Augenheilkunde, der Dermatologie, der HNO-Heilkunde oder der Orthopädie. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist schon weitgehend in der ambulanten Versorgung organisiert. Zukünftig muss dies auch für die fachärztliche Weiterbildung verstärkt möglich sein, und zwar verbunden mit attraktiveren Vergütungsmodellen und der Möglichkeit, leichter vom Krankenhaus in die Arztpraxis zu wechseln. Dies kann auch dazu beitragen, die Niederlassung für den medizinischen Nachwuchs attraktiver zu machen.

8. Nachwuchsgewinnung für ärztliche Tätigkeit verstärken

Sich in einer eigenen Praxis selbstständig niederzulassen, ist für viele junge Ärztinnen und Ärzte nicht attraktiv genug. Daraus resultiert ein Personalmangel mit der Folge eines weiteren Rückgangs der zur Verfügung stehenden Arztzeit und Praxen. Durch deutlich mehr ambulante Ausbildungsanteile im Studium und einer gezielten Förderung von Famulaturen, Praktischem Jahr (PJ) und Weiterbildung lassen sich mehr Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner für die Praxen gewinnen. Auch auf regionaler Ebene können Niederlassungsbedingungen verbessert werden – etwa durch einen konsequenten Ausbau des flächendeckenden Internets sowie des öffentlichen Personennahverkehrs, ebenso mit der Entwicklung alternativer Konzepte zur Aufrechterhaltung und Modernisierung der Infrastruktur.“

Gemeinsame Selbstverwaltung:

G-BA im Schußfeld: „Die Verleumdung, sie ist ein Lüftchen“

(dfg 35 – 21) Schon der Librettist des Opernkomponisten Gioachino Rossini (+) wußte 1816 im Text für den „Barbier von Sevilla“ eine bestimmte menschliche Weisheit in Worte zu fassen: „Die Verleumdung, sie ist ein Lüftchen“. Und im politischen Geschäft wird sie auch heute noch gerne verwandt, um eine davon betroffene Person in Mißkredit zu bringen. Die Autor*innen verdrehen dabei gerne einige der bekannten Details oder deuten sie in eine gewollte Richtung um. Auch im Gesundheitswesen. Zuletzt traf es die designierte Vorstandsvorsitzende der AOK Bundesverband GbR, Niedersachsens ehemalige SPD-Landesgesundheitsministerin Dr. rer. nat. Carola Reimann (53), der einige Zeitgenoss*innen den erfolgreichen Transfer ins gesundheitspolitische Berlin nicht gönnten (vgl. dfg 33 – 21, S. 7). Seit dem 29. August 2021 versuchen nun bestimmte Kreise, viele kritische Haare in der Berufung der ehemaligen CDU-Bundestagsabgeordneten Karin Maag (59) zum Unabhängigen Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu finden. Offenbar nimmt man bei dem (angeblichen) „Konflikt“ zusätzlich in Kauf, daß auch das Ansehen anderer

Personen beschädigt wird. In diesem Fall das des seit 2018 im Bundesgesundheitsministerium (BMG) als Abteilungsleiter „Arzneimittel“ tätigen Arztes und Apothekers Thomas Müller (54).

Am 29. August 2021 plopte um 15.57 Uhr wohl nicht nur bei der dfg-Redaktion, sondern wohl auch bei anderen Medien, eine Mail auf. Ein Joachim Maurice Mielert (63) machte auf einen angeblichen Beitrag aus seiner Feder im „Forum Gesundheitspolitik“ unter dem Titel „Patienten haben das Recht und die Pflicht, Fragen zu stellen, heute an den G-BA“ aufmerksam. Wer sich die mittlerweile ergrauten Autoren des in Bremen erscheinenden Mediums anschaut, der weiß sofort, aus welcher gesundheitspolitischen Richtung die Schalmeien gewöhnlich geblasen werden. Nur, zur Ehrenrettung des „Forums“ sei erwähnt, daß bis zum Redaktionsschluß dieser dfg-Ausgabe der „Beitrag“ nicht auf dessen Website auffindbar war.

Dafür hatten es die in Fragen gekleideten Vorwürfe des Autors in sich. Er gerierte sich als Patientenvertreter – obwohl nachweislich nicht mit einem Mandat einer derartigen Organisation im G-BA versehen –, dem erst jetzt aufgegangen sein will, was seit dem 7. April 2021 – also seit über vier Monaten – im bundesdeutschen Gesundheitswesen zuerst als Gerücht, dann als fixe Nachricht sattsam bekannt ist (vgl. dfg 15 – 21, S. 9f.) und die längst ihre Arbeit beim G-BA aufgenommen hat. Trotzdem: In der Berufung der Stuttgarter Volljuristin sei „auch für ungeübte Leser ein Konflikt erkennbar“ und es bestehe „signifikanter Erklärungsbedarf“, meinte der Kritiker. Gleichzeitig versuchte er, die ehemalige führende baden-württembergische Landesbeamtin durch eine Aufzählung ihrer diversen Nebentätigkeiten während ihrer parlamentarischen Zeit anzuschwärzen und in eine bestimmte, wirtschaftsfreundliche Ecke zu drängen. Weitere Formulierungen im Text lassen die Vermutung aufkommen, daß die Wortspenden zur Art von Argumentationswegen gehören, die man aus den Neidkampagnen nicht nur politisch zu kurz gekommener Mitmenschen des öfteren vernehmen kann. Auch forderte der Autor Erklärungen darüber, warum man die Bewerbung des ehemaligen Mitarbeiters des G-BA und heutigen BMG-Abteilungsleiters Müller anscheinend nicht berücksichtigt habe. Das geschah in absoluter Verkennung der gesetzlichen Vorgaben im SGB V, die den vier Trägerorganisationen der Körperschaft das Vorschlagsrecht für die Unabhängigen Mitglieder vorbehalten und zugleich ein engmaschiges Zustimmungsgewebe durch BMG und den Bundestagsausschuß für Gesundheit vorsehen. Diese und andere sachliche Fehler z.B. zu arzneimittelrechtlichen Problemstellungen durchziehen den gesamten Text. Damit dürfte auch der wiederholte Versuch, den G-BA in die Nähe einer Mauschel-Behörde oder sonst Negatives zu rücken, als „Schuß nach hinten“ losgegangen sein.

Der Autor forderte vom, seit dem 1. Juli 2012 amtierenden, Unabhängigen Vorsitzenden des obersten Gremiums der Gemeinsamen Selbstverwaltung, Prof. Josef Hecken (62), „Erläuterungen“ über die Besetzung der seit Frühjahr 2021 vakanten Position an. Die dfg-Redaktion reichte dieses als „Bitte“ an den ehemaligen CDU-Landesjustiz- und -gesundheitsminister des Saarlandes weiter. Wir dokumentieren dessen „Rückmeldung“ vom 31. August 2021 ohne weiteren Kommentar im vollen Wortlaut:

„Vorgaben für Personen, die als unparteiische Mitglieder oder als deren Stellvertreter benannt werden sollen, trifft das Sozialgesetzbuch V (§ 91 Abs. 2 SGB V). Die dort genannten Einschränkungen des Gesetzgebers treffen auf Frau Maag nicht zu. Der Personalvorschlag der Trägerorganisa-

tionen wurde von Seiten des BMG rechtlich geprüft und danach dem Gesundheitsausschuss des Bundestages zugeleitet. Das BMG hatte keine Rechtsbedenken, der Gesundheitsausschuss stimmte dem Personalvorschlag einstimmig zu.

Insofern gibt es keine Grundlage für die epischen, rechtlich aber wenig zutreffenden Betrachtungen des Verfassers des Forumsbeitrags zum Wesen und zur Dauer des Abgeordnetenmandats oder zu Übergangsfristen: Sie sind für den G-BA als juristische Person des Öffentlichen Rechts mit Gemeinwohlverpflichtung anders zu bewerten als für einen Wechsel in die freie Wirtschaft. Allein die Prüfung durch die Rechtsaufsicht und das Votum des Gesundheitsausschusses sind für den G-BA bindend.

Die Trägerorganisationen des G-BA halten Frau Maag einvernehmlich für geeignet, die Funktion erfolgreich wahrzunehmen. Aufgabe eines unparteiischen Mitglieds beim G-BA ist es, Beratungen zu leiten, verschiedene Positionen zwischen den Trägerorganisationen, den Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter und ggf. externen Fachleuten in den Diskussionen aufzufangen und Argumente einzubinden, Kompromisse auszuloten und zu vermitteln. Dass Frau Maag dies offensichtlich kann, ergibt sich aus ihrer Vita und bedarf keiner weiteren Rechtfertigung. Die erwähnten Nebentätigkeiten von Frau Maag als Mitglied des Deutschen Bundestages sind nicht mehr relevant.

Die Äußerungen zum AMNOG und zur Primärprävention bedürfen keiner Kommentierung durch den G-BA. Wenn es hier derartige Kritikpunkte geben sollte, wären die notwendigen Grundlagen im SGB V zu treffen.

Gleiches gilt für das AMNOG-Verfahren: Auch hier müssten Veränderungen entweder im § 35a oder § 130b SGB V oder in der Arzneimittel-Nutzen-Verordnung vom Gesetzgeber oder dem Verordnungsgeber vorgenommen werden.

Gerne räumen wir auch mit einem offensichtlichen Missverständnis auf: Die Ausführungen zu einer „Bewerbung“ von Thomas Müller treffen nicht zu und zeigen auch an dieser Stelle die fehlende Fundiertheit des gesamten Kommentars:

- 1.) Man bewirbt sich nicht als Unparteiisches Mitglied des G-BA, das Verfahren ist im Gesetz geregelt.
- 2.) Die Äußerungen von Thomas Müller waren eine scherzhafte Bemerkung am Rande der AMNOG-Veranstaltung. Gerne klären Sie doch aber bitte direkt mit Herrn Müller, ob es eine „Bewerbung“ von ihm gegenüber den Trägerorganisationen des G-BA für die Position des unparteiischen Mitglieds gab.“

Heilmittel:

Honorare: GKV-Eisprinzessin sorgt für Prozeßreigen

(dfg 35 – 21) Als der langjährige Abteilungsleiter „Krankenversicherung“ im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Dr. iur. Ulrich Orlowski (68), das Angebot annahm, als Vorsitzender der Schiedsstelle gem. § 125 Abs. 5 SGB V zu agieren, da wird er das anstehende Arbeitsaufkommen vermutlich etwas anders eingeschätzt haben. Denn nicht nur durch das seit 2019 manchmal wenig verständliche Verhalten der zuständigen Entscheidungsträgerinnen im Spitzenverband Bund der

Krankenkassen (GKV-SV) sind die meisten der beteiligten 17 Verbände der fünf Berufe der Heilmittelerbringer*innen völlig vergrätzt bzw. auf Protest und Krawall aus (vgl. zuletzt dfg 31+32 – 21, S. 7ff.). So rollt aktuell auf den GKV-SV, und damit auch auf die Schiedsstelle eine Welle von Prozessen zu. Das bedeutet: Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) in Potsdam und andere Gerichte müssen sich Recht setzend mit der Umsetzung und Interpretation der Vorgaben des TSVG beschäftigen. Ein zeitliches Ende des Streites ist demnach nicht absehbar. Und die der Höhe der Kosten ebenfalls nicht.

In diesem mittlerweile unsäglich anmutenden Drama um Honorar-(Erhöhungen) sowie Arbeitsformen und -zeiten der Heilmittelerbringer*innen dürften sich langsam die Aktenberge bei den Beteiligten türmen. CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (41) und mit ihm die Gesundheitspolitiker*innen der noch amtierenden schwarz-roten Koalition dürften sich etwas anderes vorgestellt haben, als sie mit dem TSVG die bis dato regional durchgeführten Vertrags-Verhandlungen auf die Bundesebene verlagerten. Die Vorgabe, daß mit den abzuschließenden Vereinbarungen längerfristig „eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung“ gewährleistet werden soll, sehen die Leistungserbringer*innen überhaupt nicht als erfüllt an. Hinter den Kulissen beklagt man immer lauter das Verhalten des GKV-SV. Die von den verhandelnden Mitarbeiter*innen des Kaserverbandes gezeigte „hinhaltende“ bzw. konkrete Entscheidungen verhindernde Strategie sei immer weniger verständlich gewesen. Man könne ja noch verstehen, daß der Blick auf die unsichere Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2021 wie in den Folgejahren in der Berliner Reinhardtstraße zu einem überevorsichtigen Handeln geführt habe. Nicht jedoch, daß bis zum Schluß die Verhandlungen weitgehend nur von der „dritten und vierten Reihe“ der vielköpfigen Mitarbeiterschar des GKV-SV bestritten wurden. Ein rechtzeitiges wie beherztes Eingreifen der zuständigen Abteilungsleiterin Dr. med. Antje Haas bzw. der Vorständin Stefanie Stoff-Ahnis (46) hätte den aktuellen Zustand verhindern können. Auch bei einem geschätzten GKV-Ausgabenvolumen von rund sieben Mrd. € im Jahr 2022 (nach 4,3 Mrd. € im Jahr 2016) für den Heilmittelbereich hätte man sich eine deutlichere Beteiligung „von oben“ gewünscht. Eine Chance dafür besteht ja noch, treffen doch beide Seiten sich aktuell wie kontinuierlich hinter hermetisch verschlossenen Türen in Berlin, um über die Umsetzung der TSVG-Vorgabe „Blankverordnung“ kontrovers zu debattieren. Eine schnelle Einigung bei diesem Thema dürfte allerdings, nach dieser Art von „Vorgeschichte“ ebenfalls nicht in Sicht sein.

So aber sieht man sich einem erheblichen Prozeßreigen samt horrenden Prozeßkostenrisiken ausgesetzt. Denn wenn nachhaltig jemand an den Gängen zu den Gerichten „verdient“, dann sind es die beteiligten Rechtsanwälte, denen bis zu sechsstellige €-Summen an Honoraren winken. So erhoben nicht nur die vier Physiotherapieverbände erneut und gemeinsam Klage gegen den 2. Orlowski-Schiedsspruch, sondern auch die vier Organisationen in der Ernährungstherapie (z.B. Diätassistent*innen) taten gleiches. Auch existieren nicht bestätigte Nachrichten, daß die Verbände der Logopäd*innen dem Vorgehen der anderen folgen wollen. Bei den Ergotherapeut*innen ist die Lage mehr als unübersichtlich. Dieser Berufsstand macht es dem GKV-SV durch Zerstrittenheit der beteiligten Verbände leicht. Während der große Deutsche Verband für Ergotherapie (DVE) immerhin an den Schiedsstellenverfahren aktiv wie konstruktiv mitwirken will, verlangte der kleinere BED bekanntlich am 8. Juli 2021 den „Ausschluß“ von Orlowski und seinen Stellvertreter*innen vom Verfahren und die Abberufung der gesamten Schiedsstelle (vgl. dfg 29 – 21, S. 2ff.).

Mittlerweile erreichte das Honorar-Drama auch die Berliner Politik. Die vier Verbände der Diätassistent*innen beschwerten sich am 9. August 2021 mittels „offenen Brief“ bei Minister Spahn und dem Bundestagsausschuß für Gesundheit. Sie baten „eindringlich“ darum, die Umsetzung des TSVG für das Heilmittel Ernährungstherapie „durch eine neutrale Begutachtung der spezifischen Situation zu forcieren.“ Denn der bisher erfolgte Schiedsspruch und „unzählige weitere falschen Annahmen und Kalkulationsgrundlagen“ würden zu einer „im Ergebnis völlig unwirtschaftlichen Vergütung“ führen.

In ein ähnliches Horn bliesen auch die Physiotherapeut*innen. In einer gemeinsamen Erklärung von IFK, PHYSIO-DEUTSCHLAND (ZVK), VDB-Physiotherapieverband und Verband Physikalische Therapie (VPT) klagte man am 23. August 2021 über das „wirtschaftlich nicht tragfähige Ergebnis“. Die vom Schiedsamt am 13. Juli 2021 zugestandene Erhöhung erlaube es Praxisinhaber*innen z.B. noch immer nicht, ihren Angestellten ein Gehalt zu bezahlen, das dem eines nach TVöD bezahlten Angestellten im stationären Bereich entspreche. „Solange dies nicht möglich ist, sind ambulante Physiotherapiepraxen speziell gegenüber stationären Einrichtungen, aber auch mit Blick auf den Arbeitsmarkt insgesamt nicht konkurrenzfähig,“ erklärten die Verbände. Diese Konkurrenzfähigkeit sei aber dringend von Nöten, um die Attraktivität der Berufe in der Physiotherapie nachhaltig zu steigern, um so die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten langfristig zu sichern. Ohne die eingereichte Klage vor dem LSG könnte das von der Schiedsstelle festgesetzte Preisniveau von den Krankenkassen als „leistungsgerecht und wirtschaftlich“ im Sinne des TSVG bewertet werden. Dadurch wäre der Verhandlungsrahmen für die nächsten Jahre deutlich enger, weil sich zukünftige Vergütungserhöhungen nur an einem Inflationsausgleich und durchschnittlichen Lohnsteigerungen orientieren würden. „Wenn wir die Ergebnisse des Schiedsspruches in dieser Form akzeptieren, würden wir den gesetzlichen Auftrag, dass unsere Leistungen leistungsgerecht und wirtschaftlich tragfähig vergütet werden sollen, aufgeben“, so die Vertreter*innen der Berufsverbände.

Personalia / Berliner Szene:

KORIAN Deutschland soll von Anästhesisten geführt werden

(dfg 35 – 21) Die in Deutschland als Curanum AG gestartete Tochter des französischen Pflegekonzerns KORIAN S.A. führt seit Jahren dieses Marktsegment des bundesdeutschen Gesundheitswesens unangefochten an. Seit dem 1. Juli 2017 leitete der ehemalige Hotel-Manager Arno Schwalie (46) als Vorstandsvorsitzender das in München domizilierende Unternehmen. Um sich „neuen beruflichen Herausforderungen“ zu stellen, verließ er das Unternehmen. Seine Nachfolge tritt am 1. September 2021 ein habilitierter Anästhesist an. PD Dr. med. Marc-Alexander Burmeister (52) wechselte nach einigen klinischen Jahren am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) 2003 in die Dienste des nordhessischen Medizingerätehersteller B. Braun Melsungen. Aus der Forschungsabteilung kommend widmete er sich ab 2007 Vertriebsaufgaben im Konzern und stieg 2014 zum Chef der französischen Braun-Tochter auf. Aus dieser Zeit dürften nicht nur seine Sprachkenntnisse, sondern auch berufliche Kontakte zur Korian-Führung stammen. Seit April 2020 fungierte er als Vorsitzender der Geschäftsführung der deutschen Braun-Vertriebtochter.

Dr. iur. Rainer Daubenbüchel (1943 – 2021)

(dfg 35 – 21) Das heutige Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durchlief in seiner über 135-jährigen Geschichte so manchen Umformungsprozeß. Weil es die Entscheidungsträger*innen in Berlin bzw. Bonn so wollten. Als Keimzelle gilt das noch von Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck (+) 1884 gegründete Reichsversicherungsamt (RVA), aus dem 1956 das Bundesversicherungsamt (BVA) hervorging. Bis zum 1. September 1999 domizierte das BVA in Berlin, danach zog es in die Bundesstadt am Rhein um. Den politischen Umzugsbeschluß mußte der seit 1993 amtierende Präsident der Behörde vollziehen. Für ihn war es ein Wechsel in die rheinische Heimat. Und in seinem Haus in Bergisch-Gladbach verstarb Dr. iur. Rainer Daubenbüchel am 23. August 2021 friedlich im Alter von 78 Jahren im Kreise seiner Familie. Das erfuhr die dfg-Redaktion erst kurz vor Redaktionsschluß dieser dfg-Ausgabe. Sie hat ihm viel zu verdanken. Einem Beamten, der auf seine rheinische Art Frohsinn versprühen konnte, gepaart war mit intellektuellen Vorschlägen, Hinweisen und Ideen. So gehörte Daubenbüchel 2009 zu den Gründungsmitgliedern der Jury für die Vergabe der Branchenpreise des Gesundheitswesens, den dfg Awards®.

Der überzeugte Rheinländer prägte in seiner langen Führungszeit wie keiner seiner Vorgänger vor ihm „sein“ Amt. In rund 15 Jahren, bis zum 3. März 2008, mußte der Volljurist sich einigen Herausforderungen stellen, die die Politik ihm auferlegte. Den ersten Risikostrukturausgleich (RSA) hatte er genauso verwaltungstechnisch umzusetzen, wie die damals neuartigen Disease-Management-Programme (DMPs) zu verwalten. Die ersten Diskussionen um den neuartigen Gesundheitsfonds fallen noch in seine Amtszeit. Und wenn es um die Aufsicht über seine „Schäflein“ ging, also die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger, dann war mit ihm nicht immer „gut Kirschen essen“. Zwar prägte Daubenbüchel den Begriff der „beratenden Aufsicht“ – der heute von vollziehenden BAS-Beamt*innen allzu oft vergessen wird – aber nicht immer waren die Körperschaften mit den Ergebnissen der „Beratungen“ einverstanden. Wer konnte und wollte, der erzielte mit dem BVA-Chef persönlich einen Kompromiß, mit dem beide Seiten auskamen. Eben auf die rheinische Art, frei nach dem Motto „leben und leben lassen“. Kein Wunder, daß sich bei Daubenbüchels Abschieds-Symposium am 3. März 2008 in der Bonner Kunst- und Ausstellungshalle die Crème de la Crème der deutschen Sozialversicherungsszene einfand.

Die rheinische Metropole Köln hatte ihn geprägt. Dort hatte er studiert, danach eine Laufbahn am Gericht gestartet, bevor es ihn in die Dienste der Kommune zog. In der Verwaltung der Domstadt stieg er 1983 zum Leiter des Personalamtes auf. Bis der Bund rief – und mit ihm das Berliner BVA am Reichpietschufer. Auch wenn er ein (preußisch gestimmter) Staatsdiener durch und durch war, er ließ es sich nicht verbieten, freimütig seine Meinung – auch öffentlich – zu äußern. Zuletzt bei seiner Verabschiedung aus dem öffentlichen Dienst, wo Daubenbüchel in seiner Rede klar und deutlich das Bekenntnis für ein „unabhängiges BVA“ – frei von allen Oktroys aus der Hauptstadt – abgab (vgl. dfg 10 – 08, S. 13ff.). Nach seinem Ausscheiden widmete er sich einigen regionalen Ehrenämtern wie er auch als Schiedsperson im Gesundheitswesen gefragt war. Nicht immer zum Ergötzen derjenigen, die von seinen Entscheidungen betroffen waren. In den letzten Jahren verdunkelte sich sein Leben auf Grund seiner Demenz-Erkrankung. Sein Wunsch war: „behaltet mich so in Erinnerung wie ich in den schönsten Stunden meines Lebens mit Euch war.“