

29 – 21

Inhaltsverzeichnis

22. Juli 2021

Gemeinsame Selbstverwaltung:

Schädliche Schiedsamt-Farce deckt Schwächen beim GKV-SV auf

Seite 2

Gesundheits- und Sozialpolitik:

MIT der Union legt Finger tief in gesundheitspolitische Wunden

Seite 4

„Aktion Goldener Handschlag“ noch nicht überall angelaufen

Seite 8

Personalia / Berliner Szene:

Seite 10

dfg

Gemeinsame Selbstverwaltung:

Schädliche Schiedsamts-Farce deckt Schwächen beim GKV-SV auf

(dfg 29 – 21) Man muß lange in den Annalen des Schiedswesens im Gesundheitswesen blättern, um einen gleichgearteten Fall zu finden, der der dfg-Redaktion vorliegt. Am 8. Juli 2021 beantragte ein bevollmächtigter Rechtsanwalt im Auftrag eines Verbandes der Ergotherapeut*innen nicht nur den „Ausschluß“ der unparteiischen Mitglieder*innen der Schiedsstelle gem. § 125 SGB V vom weiteren Verfahren, sondern auch den der Mitglieder*innen der Gegenseite. Also des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Gleichzeitig verlangte er die Abberufung von zwölf namentlich genannten Personen und lehnte sie außerdem wegen „Besorgnis der Befangenheit“ ab. Über diese Anträge wird die Schiedsstelle am 21. Juli 2021 bei ihrer nächsten Sitzung zu entscheiden haben. Welchen Beschluß das Gremium unter dem Vorsitz des langjährigen Abteilungsleiters im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Dr. iur. Ulrich Orłowski (68), an diesem Tag auch mehrheitlich faßt, er dürfte letztendlich vor der Sozialgerichtsbarkeit landen. Und in der Berliner Reinhardtstraße wird man sich fragen müssen, ob die seit November 2019 gefahrene Verhandlungsstrategie eine zielführende war. Der Schaden, der bereits jetzt schon für die tradierten Schiedsstrukturen im Gesundheitswesen angerichtet wurde, erscheint aktuell unermeßlich.

Mit dem TSVG schrieb die noch amtierende schwarz-rote Koalition dem GKV-SV und den Verbänden der Heilmittelerbringer*innen vor, künftig bundeseinheitlich für jeden Beruf über die Strukturen der Leistungserbringung wie auch über die Preise zu verhandeln. Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben dürfte vermutlich gewesen sein, die Heilmittelerbringer*innen gerade gegenüber den akademischen Heilberufen wirtschaftlich aufzuwerten und finanziell besser zu stellen. Denn: Die Berufsausübung in der Physiotherapie, der Logopädie oder Ergotherapie u.s.w. ist bekanntlich weiblich dominiert. Daher wäre es sicherlich ein Zeichen von gelebter Frauensolidarität gewesen, wenn sich nicht nur die zuständige Vorständin des GKV-SV, Stefanie Stoff-Ahnis (45), höchstselbst bereits vor Corona-Zeiten um diese Aufgabe gekümmert hätte. Das Gegenteil war der Fall. Sie ließ sich – anscheinend bis heute – seit November 2019 nicht ein einziges Mal bei den Sitzungen blicken oder virtuell zuschalten (vgl. dfg 14 – 21, S. 2ff.). Das berichteten Teilnehmer*innen übereinstimmend aus den Beratungen. Die Volljuristin, auch mittlerweile hinter vorgehaltener Hand in Leistungserbringer*innenkreisen auf Grund ihrer „eiskalt“ wirkenden Verhandlungsführung als „Principessa di gelo“ (Eisprinzessin) titulierte, hatte es selbst in der Hand, die neu in das SGB V aufgenommenen Möglichkeiten positiv mit Leben zu erfüllen und zum Erfolg zu führen. Das Gegenteil war wohl der Fall. Stoff-Ahnis delegierte die Aufgabe u.a. an die Abteilungsleiterin des GKV-SV, Dr. med. Antje Haas und deren Mitarbeiter*innen. Wohl glaubend, daß die in zahlreichen AMNOG-Runden mit den Pharmakonzernen gestählte Medizinerin reüssieren würde. Andererseits traute man in der Berliner Reinhardtstraße wohl den eigenen Beschäftigten nicht viel zu. Denn der eigenen Verhandlungstruppe attachierte man für beachtliche Kassengelder die Juristen des Berliner Ablegers der renommierten Anwaltskanzlei Gleis Lutz Hootz Hirsch PartmB. Als hätte man im eigenen Hause nicht eine größere Anzahl ausgezeichnete Juristen. Inzwischen hat man zwar eingesehen, daß man der teuren „Beratungs- und Unterstützungsleistungen“ der Rechtsanwälte nicht mehr bedarf. Ob diese Entscheidungen einer frisch installierten Vorständin eines der führenden Spitzenverbände im Gesundheitswesen klug und überlegt waren, darüber sinnieren nicht nur

GKV-Selbstverwalter. Die aktuellen Vorkommnisse decken allerdings noch deutlicher die herrschenden Schwächen beim GKV-SV auf. Vor allem, nachdem sich über die „neue Art“ der Verhandlungsführung schon andere Organisationen der Leistungserbringer*innen mokierten. Der aktuell praktizierte Modus einer gewissen Verweigerungshaltung gegenüber Forderungen der jeweiligen Gegenseite schafft wenig Freund*innen. Und es verhindert, daß bei künftigen Runden eine Sitzungspause anberaumt wird, um unter vier, sechs oder mehr Augen auf „Chef*innen-Ebene“ den einen oder anderen Dissens einvernehmlich aus dem Weg zu räumen. Wer nur noch „njet“ sagt oder einen „Gremienvorbehalt“ vorschiebt, der darf sich nicht wundern, wenn sich die Gesprächspartner*innen auch der kleinsten Einigung verweigern. Schließlich zählt das Vertragsgeschäft zu den tradierten Ur-Bestandteilen der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Also passierte, was passieren mußte. Verbandsmitarbeiter*innen haben es so an sich, daß sie sich in der Regel permanent strategisch und inhaltlich absichern müssen. So gerieten die Verhandlungen mit den Heilmittelerbringer*innen zu einem außerordentlich zähen Geschäft. Unendliche Beratungsrunden drehte man vom November 2019 an, bis im Dezember 2020 den Verbänden offensichtlich der Kragen platzte. Sie riefen das im SGB V vorgesehene Schiedsamt an.

In der deutschen Rechtsgeschichte haben moderierende Schiedsstellen eine gute Tradition. Sie sollen außergerichtlich Meinungsunterschiede und Streitigkeiten schlichtend beilegen. Gelingt das nicht, so sieht nicht nur das SGB V vor, daß das Schiedsamt selbst einen Spruch fällt. Für das jeweilige Procedere sorgen eigene Geschäftsordnungen wie auch der eine oder andere vergleichende Blick in die Zivilprozeßordnung (ZPO). Daher gehört es auch zu den Schiedsamts-Traditionen, daß neben Gesundheitsökonom*innen vornehmlich Volljuristen zu Schiedspersonen auserkoren werden. Reich wird man mit dem ehrenamtlichen Geschäft als „Unabhängiger“ nicht. Aber in der Regel kann man sich im demonstrierten Vertrauen sonnen, daß sich beide Seiten auf einen Namen geeinigt haben. Denn nicht nur das SGB V sieht vor, daß die Benennung der „Unabhängige/n Vorsitzende/n“ einer Schiedsstelle einvernehmlich erfolgt. Diese Person verfügt im Entscheidungsfall über eine so genannte „goldene Stimme“ – legt also ab und an durch ihr Stimmverhalten die Entscheidung fest.

Wenn nun ein beteiligter Verband die selbst mit ausgewählten Schiedspersonen abberufen lassen will und sie wegen der Besorgnis der Befangenheit ablehnt, dann muß schon etwas Schwerwiegendes passiert sein. Denn es droht u.U. ein vollständiger Abbruch des Schiedsverfahrens oder der Gang zur Sozialgerichtsbarkeit. Nun werfen befragte Teilnehmer*innen an den Beratungsrunden gerade der Repräsentantin des GKV-SV Haas vor, dem Schiedsstellenvorsitzenden Orłowski während der diversen Runden mehrfach über den Mund gefahren zu sein. Hinter vorgehaltener Hand und erpicht darauf, namentlich nicht genannt zu werden, schildert man Einzelheiten. So sei durch die Haas'sche Wortwahl nicht nur einmal der Eindruck entstanden, daß bestimmte „Ergebnisse“ vom Kassenverband der Schiedsperson oktroyiert worden sei. Also entweder eingeflüstert oder in einem Sach-Gespräch als das non plus ultra verkauft worden sei. Wer den ehemaligen BMG-Ministerialdirektor in Jahrzehnten kennengelernt hat, vermag diesen Sachverhalt kaum glauben. Dazu verfügt der heute als Rechtsanwalt tätige Nordhesse über eine zu hohe Sachkunde bzw. über genügend Kontakte, um sich fachlich abzusichern. Die dfg-Redaktion vermag daher

diesen Ausführungen nicht folgen. Eher wären die Wortspenden der Mitarbeiterin des GKV-SV als verbale Einschüchterungsversuche zu werten. Aus welcher Motivation heraus auch immer.

Wie auch immer die nächsten juristischen Entscheidungen ausfallen, der bisher angerichtete Schaden ist groß. Eigentlich sollten die Vertragsparteien bis zum 1. Januar 2021 die „neuen“ Preise für die Leistungen der Heilmittelerbringer*innen festlegen. Haben sie nicht. Also muß dieses die Schiedsstelle tun. Dazu hätte sie drei Monate Zeit gehabt. So sehen es die Vorschriften des § 125 SGB V vor. Auch diese zeitliche Latte ist – scheinbar durch Verzögerungstaktiken von Seiten des Kassenverbandes – mittlerweile gerissen. Macht nichts, denn sie darf gem. § 125 Abs. 5 SGB V auch „Zahlbeträge beschließen“, durch die Vergütungsausfälle beglichen werden, die bei den Leistungserbringern durch die verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle entstanden sind. Allerdings gelten zuvor bestehende Verträge und die Preise bis zur endgültigen Entscheidung fort. Das dürfte aber der wahre „Pudels Kern“ für die Strategie des GKV-SV sein. Es geht schließlich insgesamt um Anpassungs-Beträge von mehr als einer Mrd. €. Angesichts klammer Kassen-Finzen wartet man lieber folgende Sozialgerichtsverfahren ab, um die möglichen Forderungen der Heilmittelerbringer*innen erst einmal nur in den Bilanzen einbuchen zu können, aber nicht auszahlen zu müssen. Das dürfte auch die Gegenseite wissen. Also greift sie zu den am 8. Juli 2021 gewählten Rechtsmitteln. Die im Übrigen wohl nicht von allen beteiligten Verbänden und Organisationen geteilt werden. Aber auch diese vergiften nur weiter die Atmosphäre bei den Verhandlungen. Damit ist weder der Bevölkerung, den Heilmittelerbringer*innen und letztendlich den Körperschaften gedient.

Gesundheits- und Sozialpolitik:

MIT der Union legt Finger tief in gesundheitspolitische Wunden

(dfg 29 – 21) Seit 1956 vertritt die Mittelstandsvereinigung der CDU/CSU, heute auch Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) genannt, die Interessen der Selbstständigen, kleinen und mittleren Unternehmer*innen sowie leitenden Angestellt*innen in den beiden Parteien. Nicht immer zur Freude der Parteigranden. Vor allem seit der Paderborner Ex-Banker Dr. rer. pol. Carsten Linnemann MdB (43) 2013 den Bundesvorsitz übernahm. Seither bedeutete die MIT-Stimme im Konzert der Meinungen oft genug eine Mindermeinung. In Corona-Zeiten drang daher die Vereinigung nicht immer öffentlichkeitswirksam durch. Wohl aus diesem Grunde sickerten erst jetzt in der Hauptstadt drei gesundheitspolitische Beschlüsse des MIT-Vorstandes vom 25. Juni 2021 durch. In diesen, wohl von der MIT-Kommission Gesundheit/Pflege vorbereiteten, Texten zur Pflege, der Notfallmedizin und den Aspekten einer zukünftigen europäischen Gesundheitspolitik legt die Mitte der Union außerordentlich tief ihre Finger in die aktuellen Wunden der von der schwarz-roten Koalition in Berlin „offen gelassenen Baustellen“ des bundesdeutschen Gesundheitswesens.

Wer sich die Liste der Vorsitzenden im 21. Jahrhundert des zuständigen MIT-Fachgremiums anschaut, der entdeckt illustre Namen. Ob der aktuelle CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (41), die ehemalige CDU-Staatsministerin im Bundeskanzleramt und heutige Präsidentin des Verbandes der Automobilindustrie (VDA) Hildegard Müller (54), oder der frühere Obmann der

CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuß Dr. med. dent. Rolf Koschorrek (+), sie alle zieren diese Aufstellung. Aktuell teilen sich der Münchener CSU-Politiker und Arzt Stephan Pilsinger MdB (34) und der Berliner Rechtsanwalt Florian Lemor (48), seines Zeichens Hauptgeschäftsführer der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), das Amt.

Mit ihren aktuellen Forderungen stellt sich die MIT nicht gegen die offizielle Linie ihrer Parteiführungen bzw. das Wahlprogramm 2021 (vgl. dfg 25 – 21, S. 11ff.). Sondern sie greift gerade mit der Notfallversorgung und den bedrohlichen gesundheitspolitischen EU-Zeichen aus Brüssel zwei Themen auf, die bisher nur unzureichend bzw. nicht öffentlich ausreichend diskutiert worden. In ihrem Papier zur „Notfallmedizin“ plädiert die MIT für eine Verankerung des bisher lokal und regional organisierten Rettungsdienstes in das SGB V. Der Rettungsdienst dürfe nicht der „Lückenschluß unzureichender Systemkomponenten zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung sein.“ Daher müßten die rechtlichen Rahmenbedingungen den „zeitlichen Entwicklungen angepaßt“ und die gewollte Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als „unbedingte Chance begriffen“ werden.

In ihrem Europa-Papier argumentiert die Vereinigung vorsichtiger. Schließlich bestimmt mit der aktuellen EU-Kommissionspräsidentin Dr. med. Ursula von der Leyen (62) in der belgischen Hauptstadt eine ehemalige deutsche Ministerin die Richtlinien der Politik. Und an deren Amtsführung sollte man tunlichst nicht zu viel herum kritteln. Aber warnen darf man ja! Nicht nur der MIT gehen vor allem die Brüsseler Vorstellungen zu einer künftigen „europäischen Gesundheitsunion“ zu weit (vgl. Punkt 3 des Papieres). Wohl mit Recht betrachtet man die in diesen Wochen begonnene politische Diskussion mit Sorge. Denn bestimmte Kreise in den anderen Parteien – vor allem in der SPD, bei den BündnisGRÜNEN und DIE LINKE – würden gerne die Auswirkungen der Coronapandemie dazu nutzen, um eine „Systemdiskussion“ zu führen. Sie würden am liebsten EU-weit die Gesundheitssysteme „angleichen und harmonisieren“. Argumentativ klingt so ein Vorhaben auf den ersten Blick passend und stringent. Nur, wer sich die diversen Gesundheitssysteme anschaut, der wird erkennen, daß im Europa der 27 Mitgliedsstaaten sehr oft staatlich gelenkte und beeinflusste Strukturen oder Systeme vorherrschen.

Eine „Harmonisierung“ nach Brüsseler Lesart würde daher bedeuten, daß nicht nur die freiberufliche Ausübung von Berufen der akademischen wie der anderen Therapeut*-innen der Vergangenheit angehören, sondern zugleich eine gewisse Form der „Einheitsversicherung“ Einzug in deutschen Landen halten würde. Die Rückkehr zu einer staatlichen Form der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch Polikliniken und Gesundheitszentren realisiere man daher durch die EU-Hintertür. Daß dieses nicht das Ziel einer unionsgelenkten deutschen Gesundheitspolitik sein kann, das versteht sich. Eine derart gestaltete „EU-Gesundheitsunion“ würde demnach mittelfristig die gewachsenen bundesdeutschen Krankenversicherungssysteme und Versorgungsstrukturen der Vergangenheit angehören lassen.

Wir dokumentieren die MIT-Papiere zur EU-Gesundheitsunion und zur Notfallmedizin im vollen Wortlaut:

„Krisenreaktionsfähigkeit der EU stärken – EU-Gesundheitsunion praktisch denken

1. Krisenreaktionsfähigkeit verbessern – Standort Europa stärken

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten im Falle grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren verbessert werden muss. In Reaktion auf die Pandemie hat die Europäische Kommission im November 2020 auf Grundlage der bestehenden EU-Verträge unter dem ambitionierten Titel „Schaffung einer Gesundheitsunion“ Vorschläge vorgelegt, mit denen die EU gestärkt werden soll.

Die MIT begrüßt diese Initiative zur Stärkung der EU-Krisenreaktionsfähigkeit. Sie betont in diesem Zusammenhang, dass sich die Lieferengpässe bei wesentlichen Bestandteilen und Grundstoffen für viele Arzneimittel sowie Lieferengpässe bei Arzneimitteln und Beschaffungsprobleme bei Schutzausrüstungen in der Pandemie als besonders nachteilig erwiesen haben. Vor diesem Hintergrund fordert die MIT die EU-Institutionen und die Bundesregierung dazu auf, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um die EU und auch Deutschland wieder zum Standort für die Produktion solcher Güter zu machen, entgegenstehende europäische und nationale Bürokratie zu hinterfragen, gegebenenfalls abzubauen und dabei auf die Fachkompetenz vor allem kleiner und mittelständischer Unternehmen zurückzugreifen. Die MIT stellt klar, dass die angestrebte jedenfalls teilweise Autonomie Deutschlands und Europas nicht zu neuem Protektionismus führen darf. Die deutsche Wirtschaft ist auf offene Märkte angewiesen. Die europäischen Pläne müssen sicherstellen, dass auf Innovation und langfristige Wettbewerbsfähigkeit gesetzt wird sowie Unsicherheiten bei der Marktentwicklung berücksichtigt werden. Zudem fordern wir in diesem Zusammenhang eine Verbesserung der digitalen Informationen über Bestandsdaten für Arzneimittel und Medizinprodukte, um im Krisenfall auf Echtzeitinformationen über Bestandsstände zugreifen zu können.

Die MIT begrüßt zudem die von der Kommission vorgeschlagene Stärkung der Europäischen Arzneimittelagentur EMA, insbesondere im Bereich der Koordinierung, der Überwachung und der Bewertung von Arzneimitteln, wobei es allerdings zu keiner Schaffung von Doppelstrukturen bei der EMA kommen darf. Die MIT lehnt eine Erweiterung der Kompetenzen von EU-Behörden zur Beschaffung und Distribution von Arzneimitteln und Medizinprodukten ab. Angesichts höchst unterschiedlicher Gesundheitssysteme fordert die MIT den Erhalt der bestehenden Kompetenzverteilung zwischen Europäischer Union und Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung. Vielmehr befürwortet die MIT eine Verbesserung der freiwilligen Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten und EU-Ebene im Bereich der Gesundheitsversorgung.

2. Digitalisierung – Europäischen Raum für Gesundheitsdaten schaffen – Binnenmarkt für digitale Gesundheitsdienste ausbauen

Ein gesundheitspolitischer Schwerpunkt auf EU-Ebene ist die Schaffung eines Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space, EHDS). Ziel dieser Initiative ist es, die nationalen Gesundheitssysteme durch den gesicherten Austausch von Gesundheitsdaten miteinander zu verknüpfen. Auf Grundlage gemeinsamer Interoperabilitäts-Standards soll die Behandlungsqualität und die Gesundheitsforschung verbessert werden.

Die MIT begrüßt diese Entwicklung und fordert, dass im Zuge der Schaffung des Europäischen Gesundheitsdatenraums der Aufbau eines echten Binnenmarkts für digitale Gesundheitsdienste und -produkte vorangetrieben und gefördert wird.

3. Diskussion über eine europäische Gesundheitsunion konkret und patientennah führen

Mit Sorge betrachtet die MIT Tendenzen, die Corona-Pandemie und ihre Folgen für eine Systemdiskussion zu missbrauchen. Es zeichnet sich ab, dass im Zuge der am 9. Mai 2021 begonnenen Konferenz über die Zukunft Europas das Thema Gesundheit eine herausgehobene Stellung einnehmen wird. In diesem Zusammenhang häufen sich in Reaktion auf die Corona-Pandemie politische Forderungen, diese Diskussion auch zu einem Gesundheitssystemwechsel in Deutschland und Europa u.a. durch eine Kompetenzübertragung von der nationalen auf die europäische Ebene zu nutzen.

Aus Sicht der MIT darf eine Pandemie nicht zu politischen Zwecken missbraucht werden. Angesichts höchst unterschiedlicher Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten muss sich die Diskussion an konkreten Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger ausrichten. Es ist daher unabdingbar, solche Bereiche herauszuarbeiten, in denen eine Übertragung gesundheitspolitischer Kompetenzen praktisch sinnvoll und vor dem Hintergrund der Mehrheitsverhältnisse in der EU möglich ist. Oberstes Ziel muss es daher sein, einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten zu schaffen, wobei das Interesse der Patientinnen und Patienten an möglichst wohnortnaher Versorgung zu berücksichtigen ist. Forderungen nach Kompetenzübertragung müssen zudem den bestehenden Strukturen und Organisationsformen der EU-Mitgliedstaaten Rechnung tragen. Bewährte und gewachsene Systeme dürfen nicht überfordert werden.“

„Notfallmedizin als eigenständigen Bereich ins Sozialgesetzbuch

Patienten haben in Deutschland einen Anspruch auf eine schnelle, angemessene und qualitativ hochwertige Akut- und Notfallversorgung als elementarer Bestandteil der Daseinsfürsorge. Diese Notfallversorgung wird bei dringenden medizinischen Notfällen, Massenanfällen von Verletzten, Großschadenlagen etc. durch Rettungsdienste abgebildet.

Da der Rettungsdienst mit seinen untergeordneten Fachbereichen nicht der Lückenschluss unzureichender Systemkomponenten zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung sein darf, müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen den zeitlichen Entwicklungen angepasst werden.

Die MIT fordert:

Die Mittelstands- und Wirtschaftsunion fordert eine Reform der Notfallversorgung, da der Rettungsdienst nicht nur als Transportleistung verstanden werden darf, sondern als Teil eines integrierten Systems der Notfallversorgung begriffen werden muss. Die Absicht der Neustrukturierung der Notfallversorgung, insbesondere die Verankerung des Rettungsdienstes als eigenständige Leistung im SGB V und damit im Leistungskatalog der GKV muss daher als unbedingte Chance begriffen werden.

Begründung

Die Novellierung führt die bereits angestoßene Weiterentwicklung im Berufsbild Notfallsanitäter in der gleichnamigen Gesetzgebung fort. Durch den gezielteren Einsatz von Rettungsfachpersonal und Leistungen der medizinischen Notfallrettung unabhängig von einer Krankenhauseinweisung oder dem Transport dorthin führt auch zu einer effizienteren Nutzung der Notfalleinrichtungen, auch im Kontext der eingeführten Notfallstufenkonzepte.

Der Rettungsdienst in Deutschland hat sich zu einer eigenständigen und leistungsfähigen dritten Säule der notfallmedizinischen Versorgung entwickelt. Die Tätigkeit des Rettungsdienstes dient weiterhin dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung, eine hochwertige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Daher ist eine Mitwirkungs- und Verhandlungsmöglichkeit der Krankenkassen auf Länderebene bei wesentlichen Fragen der Planung und Beschaffung als Vorteil zu werten; die Ausgestaltung ist in unseren föderalen Strukturen den Landesrettungsdienstgesetzen vorbehalten. Neben der Finanzierung des Rettungsdienstes durch die Kassen sind die Bundesländer für die Investitions- und Vorhaltekosten verantwortlich.

Abschließend ist als weiterer Vorteil der Implementierung des Rettungsdienstes als eigenständigen Bereich im SGB eine Bewertung durch den GBA zu benennen. Dieser kann in einer Richtlinie bundeseinheitliche Qualitätsindikatoren einführen und auch entsprechend messen.“

„Aktion Goldener Handschlag“ noch nicht überall angelaufen

(dfg 29 – 21) Wie mächtig und erfolgreich sind Minister*innen? Auf dem Papier stehen sie ihren Ressorts vor, dürfen Weisungen erteilen und auch nach außen repräsentieren sie ihr Haus. Doch wenn es um die Umsetzung ihrer politischen Wünsche und Ziele geht, sind die Chef*innen auf ihr Umfeld und ihre Beamenschaft angewiesen. Vor allem, wenn ihnen – wie so oft – die Sachkunde oder der juristische Sachverstand fehlt. Beam*t*innen muß man hegen und pflegen. Für die von diesen bewußt oder unbewußt begangenen Fehler zeichnen die Dienstherr*innen verantwortlich. Vor allem, wenn diese nicht der gleichen politischen Couleur angehören, sondern von einem der vielen Vorgänger*innen übernommen wurden. Im schlimmsten Fall läuft das „Beinchen stellen“ auf eine Demission des/der Politiker*in hinaus. Gemeinhin läuft also die kalmierende „Förderung“ und „Versorgung“ auf Aufstiegsaktionen hinaus. Kein Wunder, wenn jede Bundesregierung gerne beim „Befördern“ von „verdienten“ Staatsdiener*innen in die vollen greift. Noch ist nicht absehbar, ob es auch in 2021 zu einer konzertierten „Aktion Goldener Handschlag“ kommen wird. Aber schon ein Blick in die Listen der „Beförderungspraxis“ einiger Bundesressorts zwischen 2019 und 2021 läßt erahnen, zu was manche/r Minister*in fähig war und ist.

Es gehört zu den gepflegten Traditionen der bundesdeutschen Politik, daß sich die Oppositionsfractionen ab und an mit der Personalpolitik der Bundesregierung befassen. Und konkreten Fragen entgeht keine Bundesregierung, sie muß Rede und Antwort stehen. So auch das federführende Bundesinnenministerium (BMI) bei der Beantwortung einer Kleinen Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion zur „Beförderungspraxis der Bundesregierung bei hohen Besoldungsgruppen“ (vgl. BT-Drucksache 19/30771). Mit dem Begriff „hohen Besoldungsgruppen“ ist der so genannte höhe-

re Dienst gemeint, der für die FDP von der Besoldungsstufe A 15 (Regierungsdirektor*in) bis zur Stufe B 11 (Staatssekretär*in) reicht. Also von möglichen Referatsleiter*innen bis hin zu den Verwaltungschef*innen eines Ressorts. Die Liberalen wollten wissen, wie viele Beförderungen in den zweieinhalb Jahren jeweils vorgenommen wurden oder noch geplant sind. Ob sie ausgeschrieben wurden, nach einer Regelbeurteilung erfolgten oder gar durch eine so genannte Konkurrent*innenklage vorerst gestoppt wurden. Wobei darauf hingewiesen werden muß, daß die Stellen der so genannten „politischen Beamt*innen“ wie Abteilungsleiter*innen (B9) oder Staatssekretär*innen gem. den Vorschriften des Bundesbeamtengesetzes (BBG) genauso wenig ausgeschrieben werden wie die Stellen für Persönliche Referent*innen in den Leitungen. Wer verantwortungs- und vor allem vertrauensvoll an der Seite bzw. unter den Politiker*innen vor sich hin werkelt, der kann zum einen täglich in den „einstweiligen“ Ruhestand versetzt oder seiner Stelle in der Leitungsebene nicht nur durch Versetzung in eine Linienfunktion enthoben werden. Wenn er es nicht vorzieht, sich selbst aus dem Staube zu machen. So sei daran erinnert, daß in der Leitungsabteilung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) von CDU-Amtsinhaber Jens Spahn MdB (41) gleich vier der acht Referatsleiterstellen offen und damit die Hälfte aller Positionen unbesetzt sind (vgl. dfg 26+27 – 21, S. 2ff.).

Blättert man die einzelnen Aufstellungen durch, so fällt auf, daß die meisten Beförderungen von Beamt*innen bereits im Jahr 2020 erfolgten. Die jeweiligen Ressortchef*innen also wußten, wen sie mit einem höheren Gehalt und neuen Aufgaben bedachten. Aber auch so manche „Planungszahl!“ für die Zeit nach dem 3. Juni 2021 (Stichtag der Erhebung) läßt aufhorchen. Und die These, daß so manche/r Staatsdiener*in anderen Kolleg*innen die neue Position nicht gönnt, das sieht man an der beachtlichen Zahl von Konkurrent*innenklagen in einigen Ressorts. Einige Ressorts gingen sparsam mit Beförderungen gerade in die höchsten Ebenen um, andere weniger. Wir dokumentieren die Zahlen der für die Gesundheits- und Sozialpolitik relevanten Ressorts:

Beförderungspraxis des BMAuS 2019 bis 2021

	2019	2020	2021 (bis 3.6.)	noch geplant*
A 15	2	25	11	8 / 8
A 16	9	6	4	8 / 8
B 3	20	7	2	9 / 9
B 6	7	2	2	
B 9				

Beförderungspraxis des BMG 2019 bis 2021

	2019	2020	2021 (bis 3.6.)	noch geplant*
A 15	12	26	20	8 / 8
A 16	8	7	1	5 / 5
B 3	3	8	8	2 / 2
B 6		1	2	2 / 2
B 9				

*die zweite Zahl gibt an, ob es sich um Beförderungen im Rahmen von Regelbeurteilungen handelt

Vergleicht man die Zahlen des an Mitarbeiter*innen wesentlich umfangreicheren Bundesarbeitsministeriums (BMAuS) von SPD-Ressortchef Hubertus Heil MdB (48) mit denen des Hauses von CDU-Mann Spahn, so fällt auf, daß der Ahauser Politiker vor allem die umfangreichen „Dienstleistungen“ gewürdigt haben muß. Allerdings, man darf nicht vergessen, daß er sich auch mit der neu eingerichteten Abteilung 6 „Gesundheitssicherheit und -schutz, Nachhaltigkeit“ einen durch den Haushaltsausschuß des Bundestages gewährten, üppigen personellen „Schluck aus der Pulle“ genehmigen konnte. In der von Dr. med. Hans-Ulrich Holtherm (57) – mittlerweile von CDU-Bundesverteidigungsministerin Annegret Kramp-Karrenbauer (58) zum Generalstabsarzt befördert – relativ geräuschlos verwalteten Abteilung schuf man schließlich allein zehn neue Referate. Und: Die B 7-Beförderung des nunmehrigen Zwei-Sterne-Generals belastete nicht das „Konto“ des BMG, sondern das des Bundesverteidigungsministeriums (BMVg). Große Sprünge weit „nach oben“ gab es im BMG überhaupt kaum, da war man im BMAuS von Heil am Anfang 2019 spendabler. So „leistete“ sich Spahn im Berichtszeitraum darüber hinaus nämlich auch nur eine Beförderung „außer der Reihe“ auf eine Abteilungsleiterstelle nach B 9. Dafür dürfen bei der kommenden „Aktion Goldener Handschlag“ noch vier Beamt*innen sich Hoffnungen auf den Dank des Ministers machen. U.a. sollen dann wohl zwei neue Unterabteilungsleiternamen (B 6) im BMG-Organigramm erscheinen.

Ob diese „Sparsamkeit“ mit ein Grund ist, daß sich einige übervorsichtige Staatsdiener*innen bereits daran machen, sich vom aktuellen Hausherrn abzugrenzen, darüber kann spekuliert werden. In der Hauptstadt kursieren inzwischen einige Gerüchte, daß die Stimmung nicht nur in der Berliner Friedrichstraße, sondern auch in der Bonner Rochusstraße „suboptimal“ sei. Der während der Corona-Pandemie gezeigte „mindere Rückhalt“ aus der Leitungsabteilung und die durch die unzähligen gesetzgeberischen „Entscheider“-Aktivitäten ausgelösten Belastungen und Frustrationen zehrten an den Nerven wie der Gesundheit so manches/r Akteur*in. Fehlentscheidungen der Leitungsebene werde man nun sorgfältiger dokumentieren, war zu hören. Wozu gibt es halt das alt bewährte Mittel des absichernden „Aktenvermerkes“. Scheinbar ist man in den Kreisen der Staatsdiener*innen unsicher, ob es ab 2022 noch opportun erscheint, zum „engsten Kreis“ der Berater*innen des Ahausers gehört zu haben.

Personalia / Berliner Szene:

Personalcoup: Das „grüne Lager“ der GKV soll Chefin erhalten

(dfg 29 – 21) Sollten die Gremien der AOK-Gemeinschaft und die zuständige Aufsicht zustimmen, so dürfte voraussichtlich ab dem 1. Januar 2022 die AOK Bundesverband GbR mit Dr. rer. nat. Carola Reimann (53) von einer weiblichen Vorstandsvorsitzenden geführt werden. Die entsprechend eingesetzte Personal-Findungskommission kam laut den der dfg-Redaktion vorliegenden Informationen nach längeren Beratungen (vgl. zuletzt dfg 24 – 21, S. 5f.) inzwischen „nieder“ und unterbreitete einen entsprechenden Personalvorschlag. Der vorgesehene Coup muß danach u.a. am 27. Juli 2021 noch vom Erweiterten Vorstand (EVS) der Granden der elf Ortskrankenkassen genauso abgesegnet werden wie am 28. Juli 2021 vom Aufsichtsrat der GbR. Also den Vertreter*innen der Selbstverwaltung des so genannten „grünen Lagers“ der Gesetzlichen Krankenversich-

erung (GKV). Damit würde nach dem von zwei Frauen dominierten Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) durch die außerordentlich erfahrene Gesundheitspolitikerin und ehemalige niedersächsische SPD-Landesgesundheitsministerin die dritte von sechs Kassenarten (nach vdek und KBS) von einer Frau geführt werden. Und ebenfalls zum dritten Male nach dem Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA) und der DAK Gesundheit aktuell ein/e Ex-Landesressortchef*in an die Spitze einer wichtigen Organisation im Gesundheitswesen rücken.

Dem im 21. Jahrhundert vorherrschenden gesellschaftliche Trend folgend, sollte es eine Frau werden, die die Nachfolge des seit 2016 amtierenden Vorstandsvorsitzenden der AOK Bundesverband GbR, Martin Litsch (63), antreten sollte, wenn der Vertrag des im rheinland-pfälzischen Trier geborenen Managers abgelaufen und er sich in den Ruhestand verabschiedet hätte. Das schränkte den Visus der von den AOK-Gremien eingesetzten Personal-Findungskommission erheblich ein. Dennoch gelang dem Gremium ein gewisser Personalcoup. Das erfuhr die dfg-Redaktion übereinstimmend von mehreren mit der Angelegenheit befaßten Personen.

Denn der Kandidatin Reimann muß man nicht die Grundzüge des SGB V mühevoll beibringen oder sie vor den Untiefen des bundesdeutschen Gesundheitswesens warnen. Allenfalls sollte sie noch möglichst schnell den so genannten AOK-Stallgeruch annehmen. Die im ebenfalls rheinland-pfälzischen Goch geborene SPD-Politikerin gestaltete als Mitglied des Bundestagsausschusses für Gesundheit von 2000 bis 2017 an führender Stelle die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik und damit die fortlaufenden, erheblichen Änderungen des Gesetzbuches mit. Die promovierte Biotechnologin fungierte in diesen Jahren nicht nur als gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion im Hohen Haus an der Spree, sondern leitete von 2009 bis 2013 das Parlamentsgremium als Vorsitzende. Danach avancierte sie zu einer der neun stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion – zuständig für die Bereiche Arbeit und Soziales, Familie, Frauen, Senioren und Jugend. In ihren Bundestagsjahren zählte die Naturwissenschaftlerin zu den profiliertesten wie einflußreichsten Gesundheitspolitiker*innen der Republik – denn eine außerordentlich tiefgehende Sach- und Fachkunde konnte man ihr nicht absprechen.

Da sie in all den Bundestags-Jahren das Direktmandat ihres Wahlkreises Braunschweig gewonnen hatte, dürfte Reimann irgendwann einmal dem seit Februar 2013 amtierenden niedersächsischen SPD-Ministerpräsidenten Stephan Weil MdL (63) „aufgefallen“ sein. Er berief sie nach den vorgezogenen Landtagswahlen 2017 im November des Jahres in sein zweites Kabinett. Und zwar als Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Das Desaster um den Niedergang der Pflegekammer Niedersachsens fällt genauso in ihre Amtszeit wie der Kampf gegen die Corona-Pandemie. Gegen die gewaltigen Anforderungen im Amt dürfte der Körper der Ressortchefin rebelliert haben. Am 1. März 2021 legte sie überraschend ihr Hannoveraner Amt „aus Gesundheitsgründen“ nieder (vgl. dfg 9 – 21, S. 12).

Und verschwand aus den Schlagzeilen. Nach mindestens einer Operation und langen Monaten der Rehabilitation im schwäbischen Bad Waldsee robbte sich die kommende AOK-Chefin langsam wieder an das politische Geschehen in ihrer niedersächsischen Wahlheimat heran. Auf Vorschlag von Stephan Weil wählte sie der letzte SPD-Landesparteitag am 29. Mai 2021 in Hildesheim zur ersten stellvertretenden Landesvorsitzenden. Irgendwann danach dürfte der Ruf der AOK-Gemein-

schaft in Braunschweig aufgeplopt sein. Und damit lockte die Rückkehr zur Gesundheitspolitik. Reimann muß man im neuen Amt nichts vormachen, sie wechselt – wie so viele Politiker*innen vor und vermutlich nach ihr – „nur“ die Seiten. Was Lobbyismus ist und wie man gekonnt die Interessen seiner Basis vertritt, das muß man ihr nicht mehr beibringen. Im „Haifischbecken Gesundheitswesen“ schwamm die designierte Vorstandsvorsitzende der AOK Bundesverband GbR schließlich jahrelang mit Erfolg.

ZÄK Sachsen-Anhalt setzt auf Kontinuität

(dfg 29 – 21) Der Magdeburger Zahnarzt Dr. med. dent. Carsten Hünecke steht seit 2016 als Präsident an der Spitze der kleinen Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt (ZÄK S-A). Im Rahmen der 30-Jahr-Feiern der Körperschaft konstituierte sich in der Hauptstadt des „Landes der Frühaufsteher“ die frisch gewählte Kammerversammlung. Sie bestätigte Hünecke genauso im Amt wie seinen aus der Lutherstadt Wittenberg stammenden Vizepräsidenten Maik Pietsch.

BWKG: Ein anderer Landrat führt den Verband

(dfg 29 – 21) Bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) scheint man traditionell darauf zu setzen, daß der Zusammenschluß der Klinik- und Pflegeeinrichtungen im „Ländle“ von einem Landrat als Vorsitzenden des Vorstandes geführt wird. Für die kommende Legislaturperiode von zwei Jahren einigte sich die jüngste Mitgliederversammlung am 7. Juli 2021 auf Heiner Scheffold (59), seit 2016 Landrat des Alb-Donau-Kreises. Der aus Alpirsbach im Schwarzwald gebürtige diplomierte Forstwirt folgt auf Detlef Piepenburg (65), seit 2005 Landrat des Kreises Heilbronn, der den Verband seit 2015 geführt hatte. Die vier langjährigen stellvertretenden Vorsitzenden wurden erneut in ihren Funktionen bestätigt.

Vivantes „nur“ mit kommissarischen Vorsitzenden der Geschäftsführung

(dfg 29 – 21) Nach dem Ausscheiden von Dr. med. Andrea Grebe (61) im Oktober 2020 als Vorsitzende der Geschäftsführung des größten kommunalen Krankenhaus-Konzernes in Deutschland, der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, fand man im Berliner Senat offenbar immer noch keine/n geeignete/n Nachfolger*in. Am 7. Juli 2021 behalf man sich mit einer gewissen Zwischenlösung. Der von politischen Mandatsträger*innen dominierte Aufsichtsrat bestätigte zum einen die dreiköpfige Geschäftsführung in ihren Ämtern. Sodann setzte man mit Dr. rer. oec. Johannes Danckert (43) einen kommissarischen Chef ein. Damit sei das „Verfahren der so genannten Findungskommission abgeschlossen“, ließ man die staunende Öffentlichkeit wissen. Den Sohn eines langjährigen und innerhalb der Landesgrenzen mächtigen SPD-Politikers hatte man schon zu seinem Dienstantritt am 1. März 2020 als Geschäftsführer nur „interimistisch“ berufen (vgl. dfg 11 – 20, S. 14). Dabei hatte der promovierte Betriebswirt schon seit 2017 einige der Vivantes-Unternehmen erfolgreich geführt. Mit der neuerlichen Aktion ist er zwar nun die „interimistische“ Bezeichnung los, dafür aber erneut als „Kommissar“ wieder auf den Prüfstand gesetzt worden.