

## **Walter Hoof, Vorsitzender der Fraktion DAK MG**

Ich möchte zunächst auf den schriftlichen Vorstandsbericht eingehen. Ich finde ihn ganz hervorragend, ich finde ihn sehr informativ. Und falls noch nicht geschehen, kann ich nur jedem empfehlen, dort nachzulesen. Es sind wirklich Hintergrundinformationen dargestellt. Ich dachte eigentlich, ich bin einigermaßen gut informiert, aber es gab in dem Bericht einige Neuigkeiten. Vielen Dank hierfür.

Der Verwaltungsratsvorsitzende und der Vorsitzende des Vorstandes sind schon ausführlich auf die drastischen Einschränkungen der Sozialen Selbstverwaltung, also unsere Mitwirkung als gewählte Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten, eingegangen. Ob im Gemeinsamen Bundesausschuss (GbA), der gematik, den MDKs oder im GKV-Spitzenverband, überall wird die Selbstverwaltung ausgeschaltet, bzw. soll ausgeschaltet werden und durch hauptamtliche Berufsvertreter oder durch ministerielle Einwirkung ersetzt werden. Bisher konnten wir die Interessen der Versicherten und die unserer Krankenkassen in den Gremien wirksam vertreten. Wenn die im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Entwürfe Wirklichkeit werden, ist diese Mitwirkung kaum oder gar nicht mehr gegeben. Das hat natürlich auch Auswirkungen auf die Akzeptanz unserer Sozialen Selbstverwaltung. Bürger werden fragen, – wenn unsere Mitwirkung sehr eingeschränkt ist – welche Funktion haben unsere Vertreter dann noch. Und die Schlussfolgerung daraus dürfte jedem von uns im Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit klar sein. Ich denke mal, die Akzeptanz als Selbstverwalter wird weiter schwinden.

Wichtig für die DAK-Gesundheit sind auch die geplanten Änderungen im Risikostrukturausgleich (RSA). Hierauf wurde bereits mehrfach hingewiesen, aber ich finde das Thema so wichtig, dass es immer am Köcheln gehalten werden muss. Alle Zahlen der Vergangenheit und auch die aktuellen zeigen die Bevorzugung der AOKen gegenüber den anderen Kassenarten. Besonders gegenüber unseren vdek-Kassen. Während unsere Krankenkasse und die anderen vdek-Kassen nicht genügend Beitragseinnahmen durch den RSA erhalten, um die Ausgaben für die Versicherten zu decken, und dieses Defizit durch höhere Beiträge ausgleichen müssen, erhalten die AOKen mehr Geld, als sie für ihre Versicherten benötigen. Die vorgenannten Themen sind ausführlich in unseren Ausschüssen und auch sehr zutreffend vom Verwaltungsratsvorsitzenden behandelt worden. Ich möchte hierauf nicht noch einmal im Detail eingehen.

In meinen Ausführungen in der letzten Verwaltungsratssitzung hatte ich die Befürchtung geäußert, dass die angekündigte Reform des Medizinischen Dienstes nichts Gutes für uns erwarten lässt. Meine Befürchtungen haben sich bewahrheitet. Auch hier sollen die Vertreter der Krankenkassen von einer Mitwirkung in den Gremien des Medizinischen Dienstes ausgeschlossen werden. Wenn man die Restriktionen betrachtet, dass Kassenvertreter minimal ein Jahr ausgeschieden sein müssen, um zukünftig überhaupt mitwirken zu können, dann ist doch dort keine Verbindung mehr zu den Krankenkassen gegeben. Und wenn man auch weiß, wie die Ernennung durch die Länder erfolgen soll, dann denke ich, ist die Verbindung doch sehr dünn. Wir, die Selbstverwalter, sollten weitestgehend durch die Vertreter der Leistungserbringer, also bspw. durch die Vertreter der Krankenhäuser, oder auch Selbsthilfeorganisationen ersetzt werden. Die Kosten für den Medizinischen Dienst müssen aber weiterhin die Kranken- und Pflegekassen allein zahlen. Wir haben erhebliche Zweifel, ob das zu einer unabhängigen Begutachtung und Bewertung des Medizinischen Dienstes beiträgt. Details hierzu haben die Herren Schröder und Storm erläutert. Besonders ärgerlich sind die millionenschweren Abrechnungsfehler der Krankenhäuser zu Lasten der Krankenkassen. Dieser Missstand, objektiv vom Bundesrechnungshof festgestellt, soll jetzt deutlich zugunsten der Krankenhäuser geändert werden. Den Krankenkassen ist es nach dem Gesetzentwurf nicht mehr möglich, die durch Falschabrechnung zu viel gezahlten Beträge zurückzufordern. Zudem sollen die Prüfungen erheblich eingeschränkt werden. Hier hat sich die Krankenhauslobby aus unserer Sicht voll und ganz durchgesetzt.

Ein durchweg positiver Gesetzesentwurf ist das Digitale Versorgungsgesetz. Hiermit sollen vor allem digitale Anwendungen in die Versorgung gebracht werden. Die Krankenkassen können sich dabei auch an Start-Up-Unternehmen beteiligen. Ab dem 01.01.2021 sind die Leistungserbringer verpflichtet, medizinische Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) zu speichern. Zunächst sollen Impfausweis, Mutterpass, das Untersuchungsheft für Kinder und das Zahnbonusheft in der ePA gespeichert werden. Der Versicherte entscheidet allein, wer seine Daten nutzen darf. Das, so finde ich, ist eine ganz wichtige Aussage. Zugriff auf die ePA ist durch verschiedene Medien möglich. Bspw. über die Versichertenkarte, aber auch über das Handy. Sollten Ärzte oder Krankenkassen den Termin des 01.01.2021 nicht einhalten, drohen erhebliche Sanktionen. Die DAK-Gesundheit bietet schon heute eine für alle Versicherten nutzbare Vivy-App an, die auch zukünftig mit der Patientenakte verknüpft wird und weiter genutzt werden kann. Hier kann der Versicherte individuelle Daten, wie z. B. Arzttermine, Medikamentenpläne und Untersuchungsergebnisse speichern. Für die Kassen ist besonders wichtig, dass der bisherige sehr restriktive Datenschutz gelockert wird und für die Versorgungsforschung benötigte Daten zur Verfügung stehen. Wenn beispielsweise die DAK-Gesundheit einer bestimmten Patientengruppe eine wirksame, für sie gute Therapie

vorschlagen wollte, konnte sie bisher nicht detailliert auswählen, sondern musste global anschreiben, was hohe Kosten und eine geringe Trefferquote verursachten.

Die Fraktion DAK MG begrüßt den einvernehmlich mit den Gewerkschaften geschlossenen Tarifvertrag zur Reorganisation der Zentrale. Jetzt kann die Umsetzung beginnen und im Laufe des Jahres wird jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter wissen, für welche Aufgaben er zukünftig vorgesehen ist. Bei unseren Ausschuss-Sitzungen in den Regionen in Deutschland wurden wir von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort mit den Problemen mit den nicht mehr zeitgemäßen Öffnungszeiten konfrontiert. Wir appellieren an den Vorstand, und vor allem an die Personalvertretung, hier kurzfristig praxisgerechte Lösungen zu finden. Als serviceorientierte Kasse müssen wir die Kundenwünsche nach praxisgerechten Öffnungszeiten erfüllen.

Die erfreuliche Mitgliederentwicklung der DAK-Gesundheit in den ersten Monaten nehmen wir sehr gerne zur Kenntnis. Besonders positiv finden wir die Weiterentwicklung der Führungskräfte, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend dem vom Vorstand proklamierten kooperativen und transparenten Führungsstil zu motivieren. Ich persönlich denke, dass es ohne diese Fortbildung nicht möglich sein wird, dass die Ideen, die der Vorstand hat, auch wirklich in der Praxis umgesetzt werden können. Deshalb finde ich es sehr gut. Für uns ist die Servicequalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein sehr wichtiger Baustein zum weiteren Erfolg der DAK-Gesundheit.