

Soziale Selbstverwaltung zwischen Anspruch und Wirklichkeit GKV-SelbstverwalterInnen im DGB

Tagung, 17.-18. Mai 2019 in Erkner

Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung stärken, aber wie?

Präsentation

Prof. Dr. Ulrich Becker

Digitalisierung im Gesundheitswesen – Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten?!

Präsentation

Dr. med. Dipl.-Vw. Josef Schepers

Einfluss der Sozialen Selbstverwaltung auf die Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Präsentation

Jochen Berking

Quo vadis MDK – Wie stellen wir uns für eine Reform der MDKen auf?

Präsentation

Knut Lambertin

Erklärung der Versichertenvertreterinnen und Versicherungsvertreter

Für die soziale Mitbestimmung der Sozialpartner – gegen die Demontage der Selbstverwaltung!"

Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung stärken, aber wie?

Präsentation

Prof. Dr. Ulrich Becker



Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung stärken(?) Aber wie?

DGB – Selbstverwalter-Tagung Erkner 2019



- I. Einführung
- II. Rückblick:
Wie ist sie entstanden?
- III. Eigenheit und Funktionen:
Was und warum?
- IV. Besonderheit in der GKV:
Gemeinsame Selbstverwaltung
- V. Aktuelle Fragen



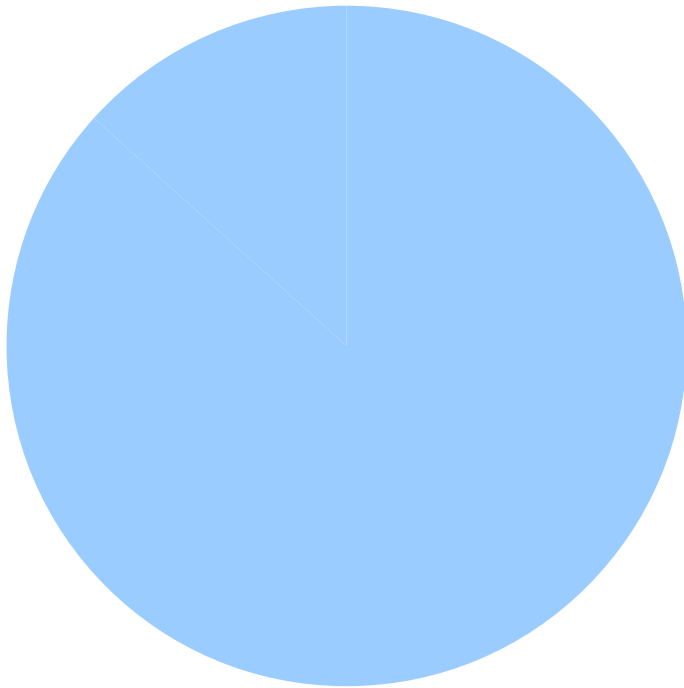
III. Eigenheiten und Funktionen

- Äußere Funktion:
Rechtliche
Selbständigkeit
- Innere Funktion:
Mitwirkung der
Betroffenen



III. Eigenheiten und Funktionen

Versicherte und Leistungsempfänger 2012

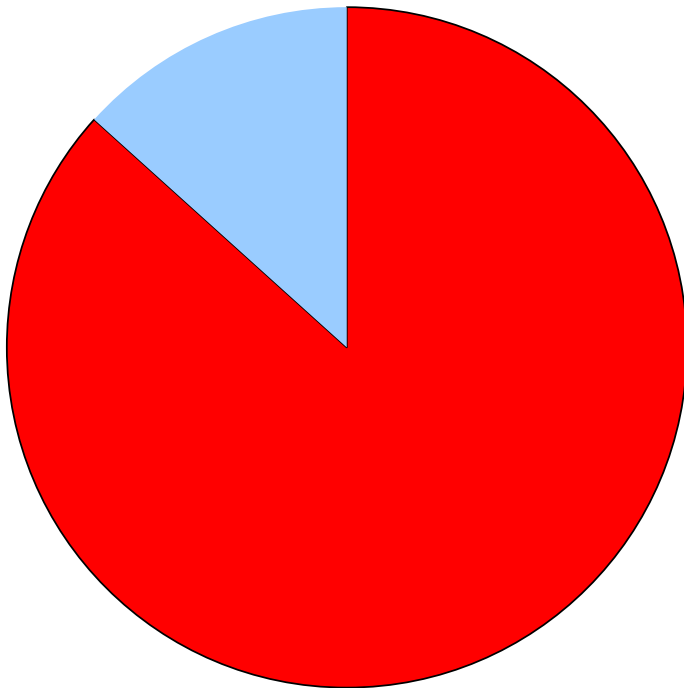


Gesamt: 80.524 Mio. (2017: 82.792 Mio)



III. Eigenheiten und Funktionen

Versicherte und Leistungsempfänger 2012

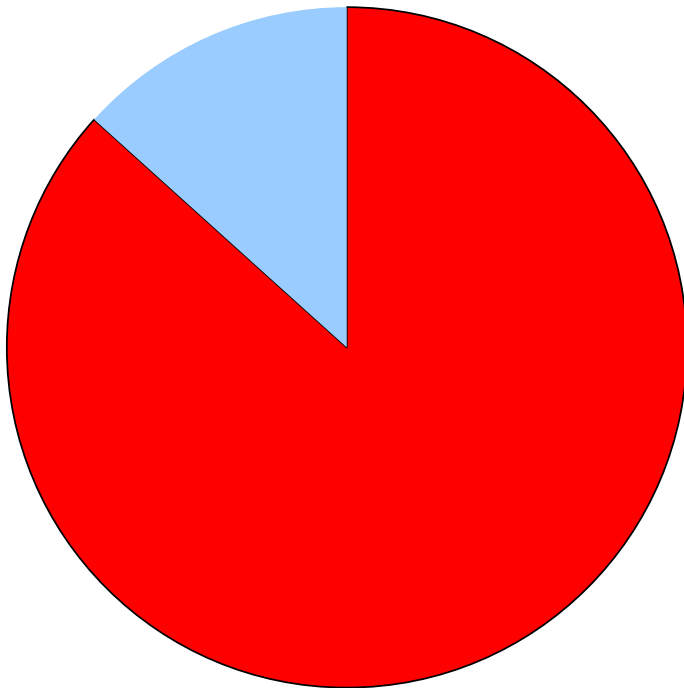


GKV: 69.72 Mio. (2017: 72.69 Mio)

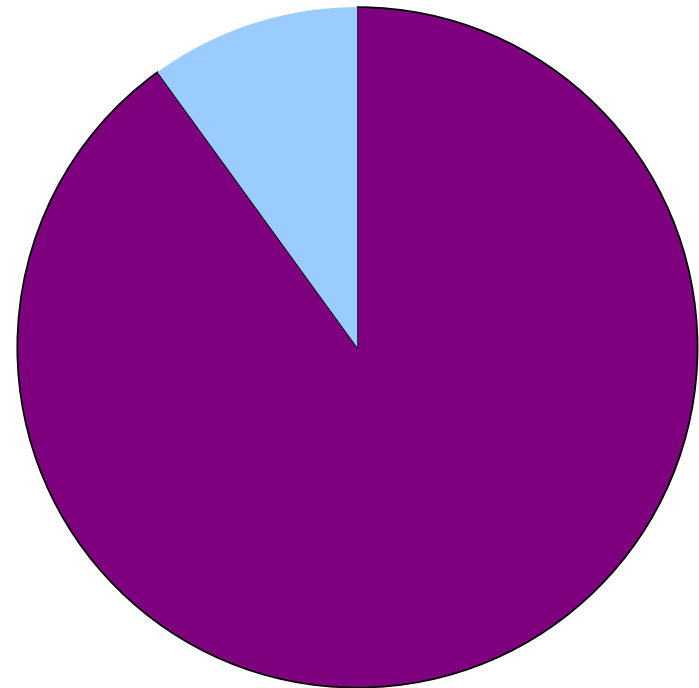


III. Eigenheiten und Funktionen

Versicherte und Leistungsempfänger 2012



GKV: 69.716 Mio.

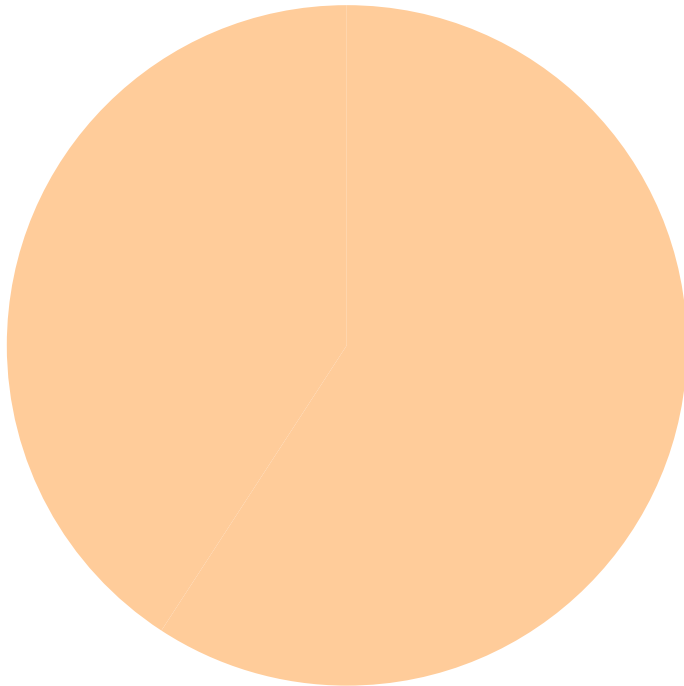


RV: 72.553 Mio.



III. Eigenheiten und Funktionen

Ausgaben 2012: Sozialversicherung v. Bundeshaushalt



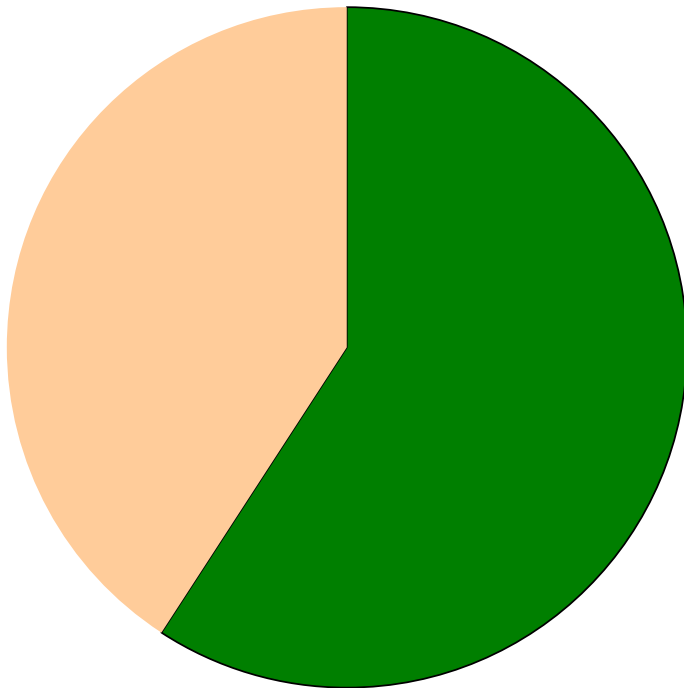
Bundeshaushalt : 311.600 Mio. (2017: 329.100 Mio)



III. Eigenheiten und Funktionen

Ausgaben 2012: Sozialversicherung v. Bundeshaushalt

(nach Quellen)

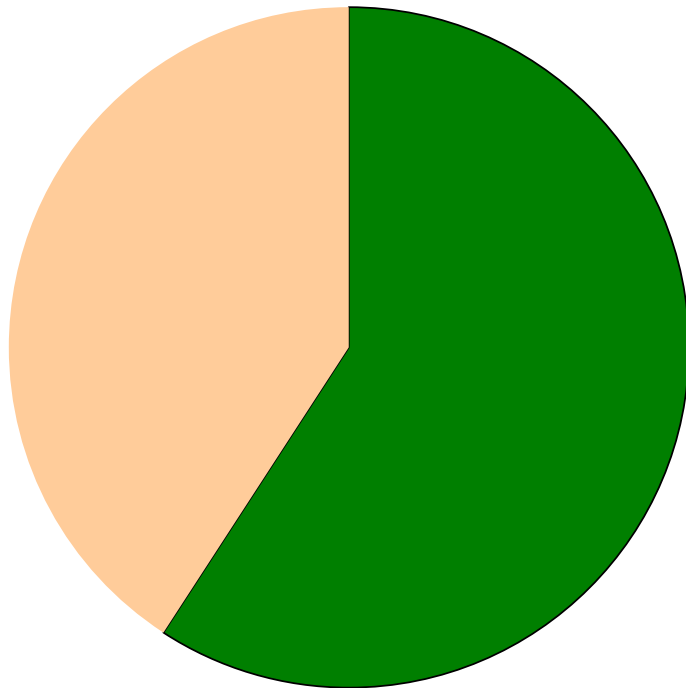


GKV: 184.250 Mio. €

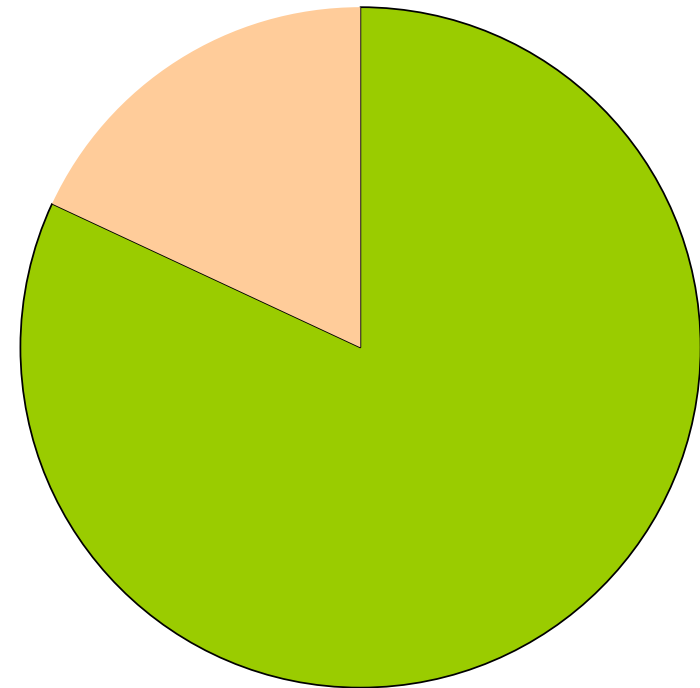


Ausgaben 2012: Sozialversicherung v. Bundeshaushalt

(nach Quellen)



GKV: 184.250 Mio. €

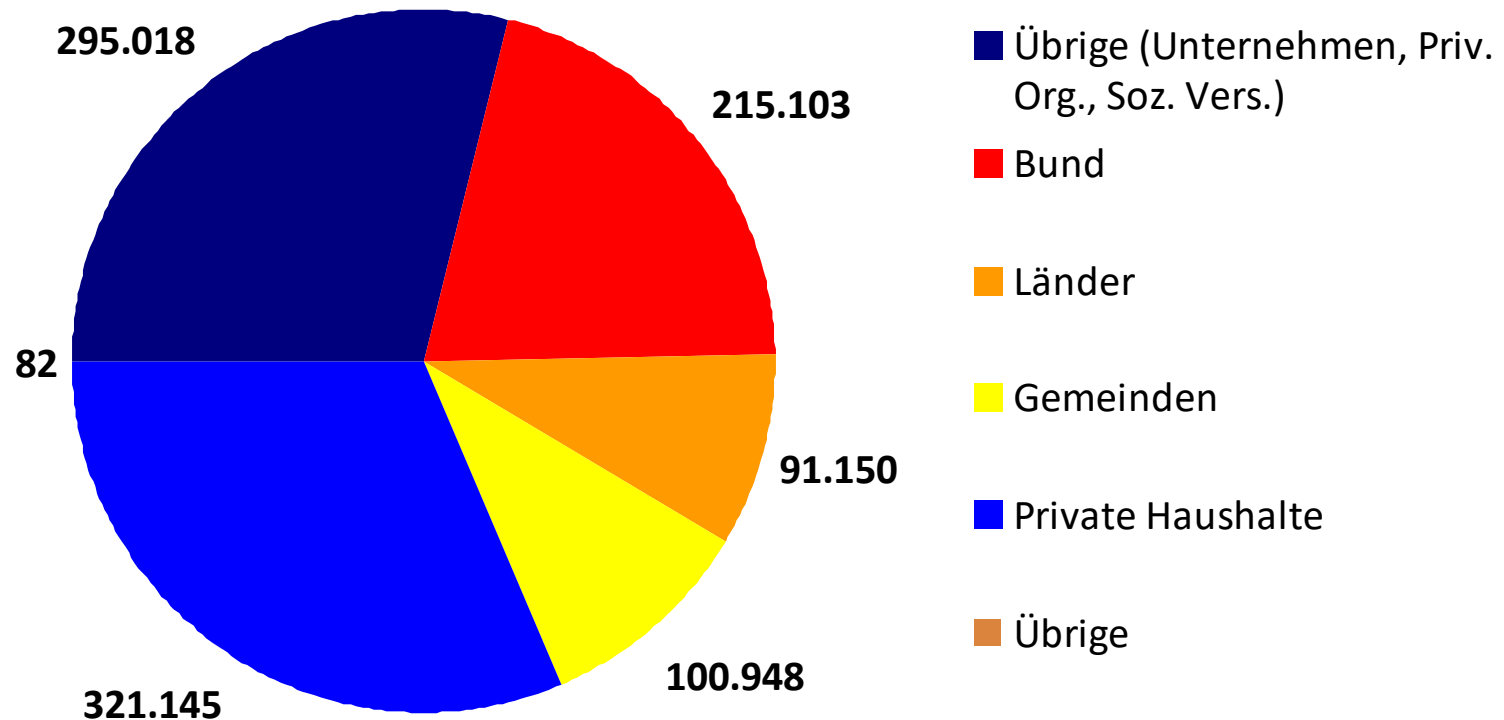


RV: 255.370 Mio. €



III. Eigenheiten und Funktionen

Sozialbudget 2017: Finanzierung nach Quellen



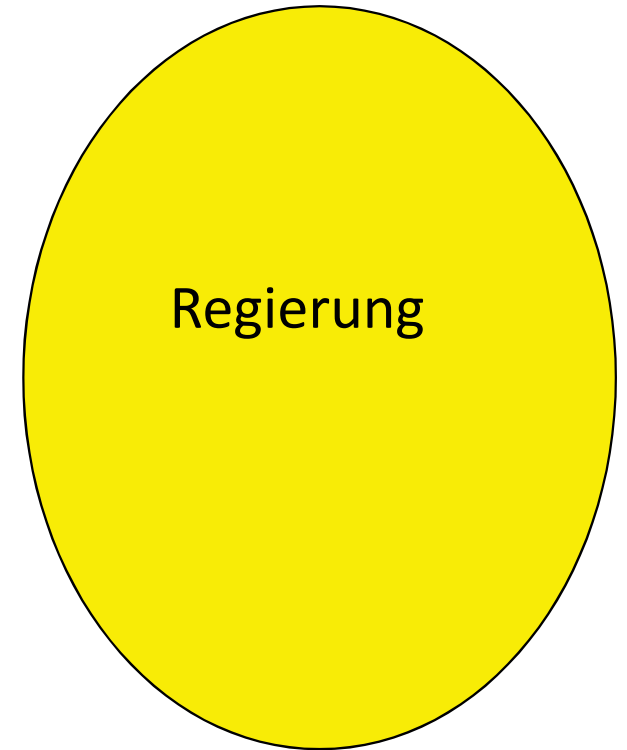


III. Eigenheiten und Funktionen

Selbsthilfe – staatsfreie Zone ?



III. Eigenheiten und Funktionen

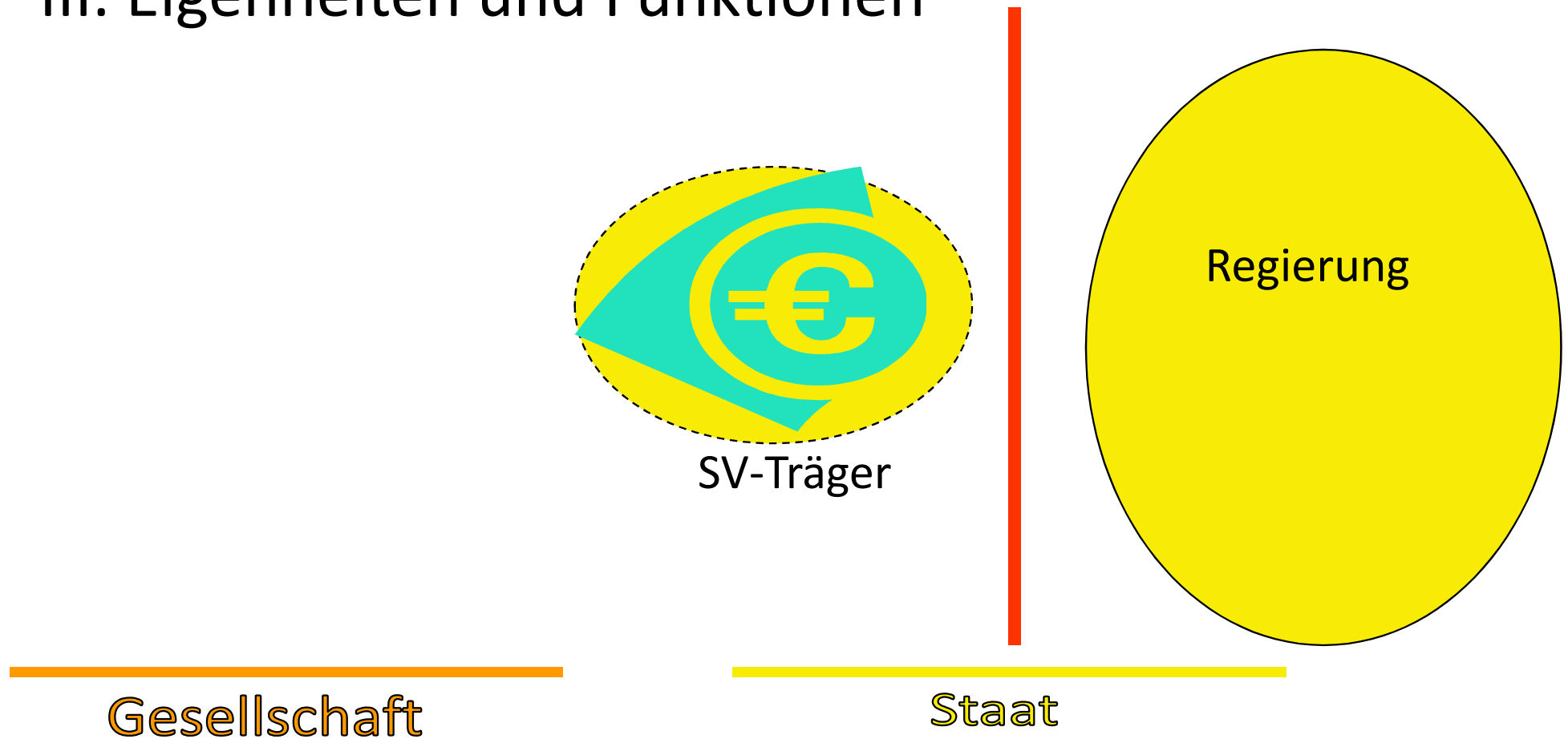


Gesellschaft

Staat

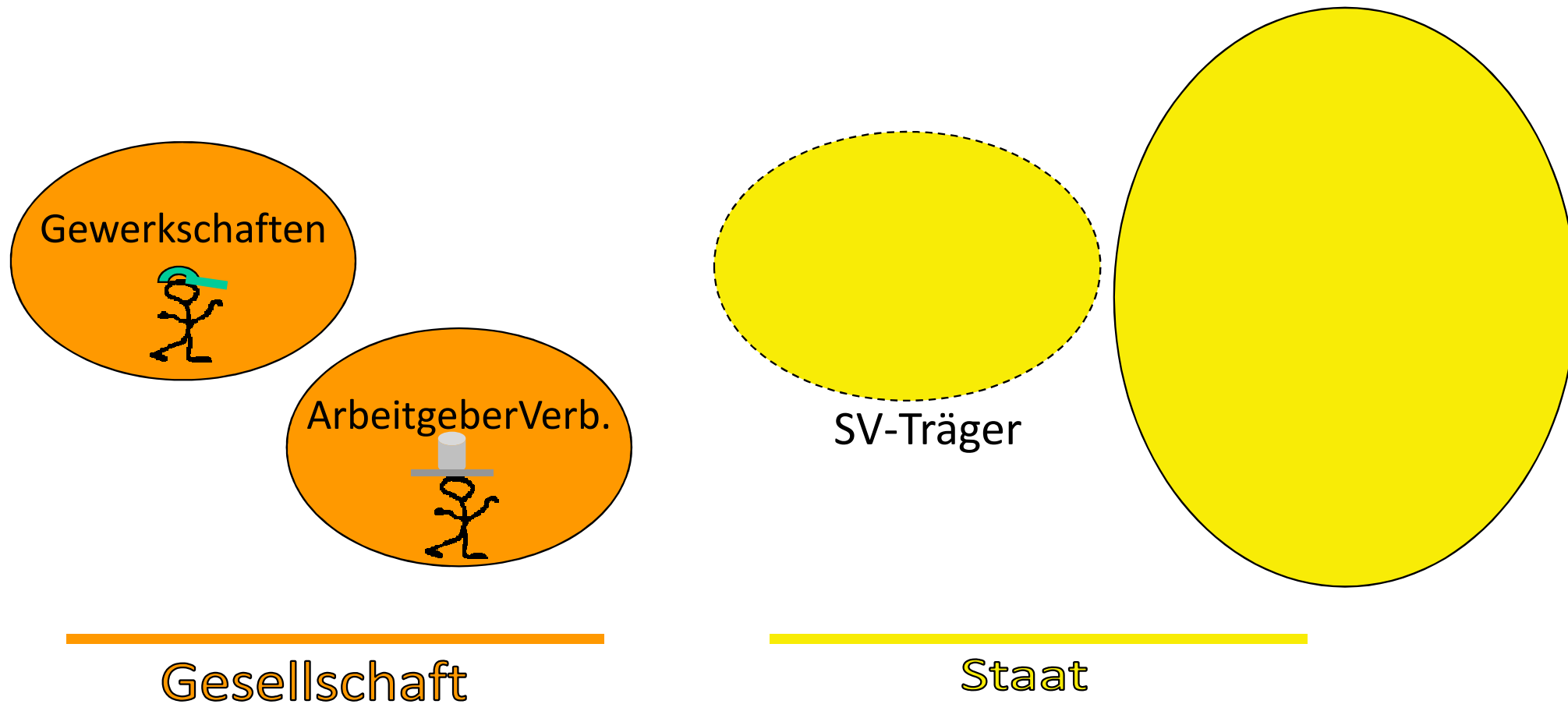


III. Eigenheiten und Funktionen





III. Eigenheiten und Funktionen





III. Eigenheiten und Funktionen

Zeitschrift „**Hilfsgenossenschaft**“ 1887



III. Eigenheiten und Funktionen

Zwischenfazit:

- **Außen:** Trennung von der Politik
- **Innen:** Verbandsbeteiligung

Gefährungen:

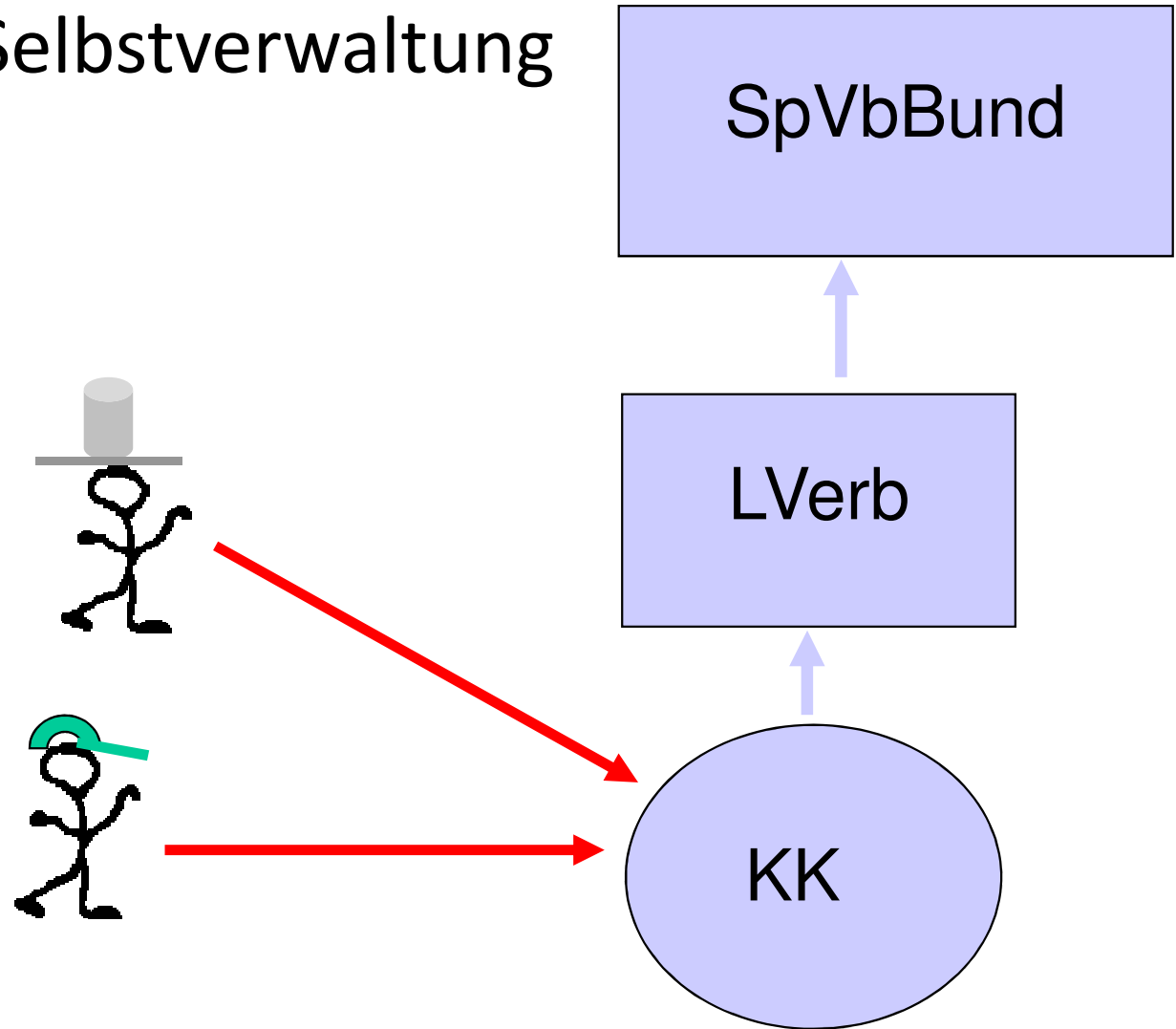
- **nicht:** Sozialwahlen
- **aber:** Erschwerung der Mitwirkung



IV. Gemeinsame Selbstverwaltung

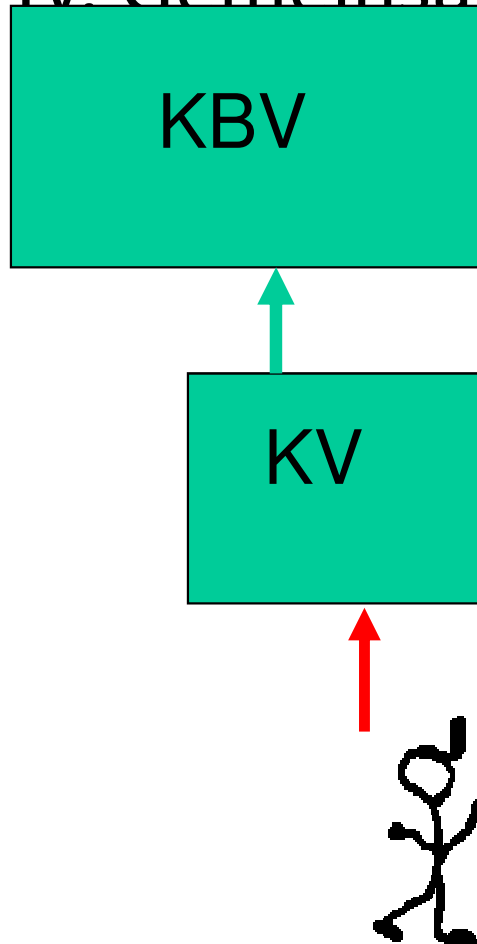


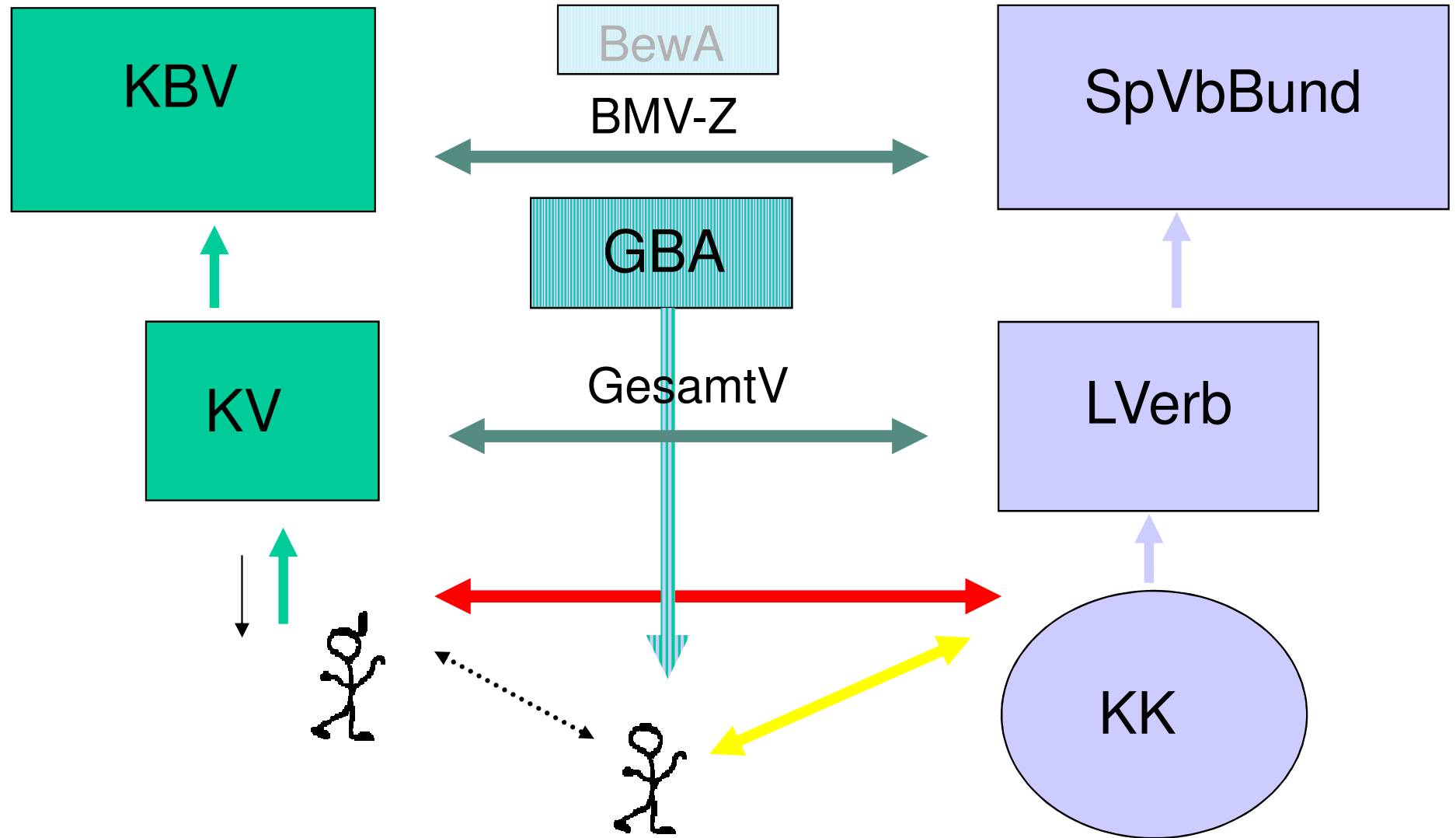
IV. Gemeinsame Selbstverwaltung

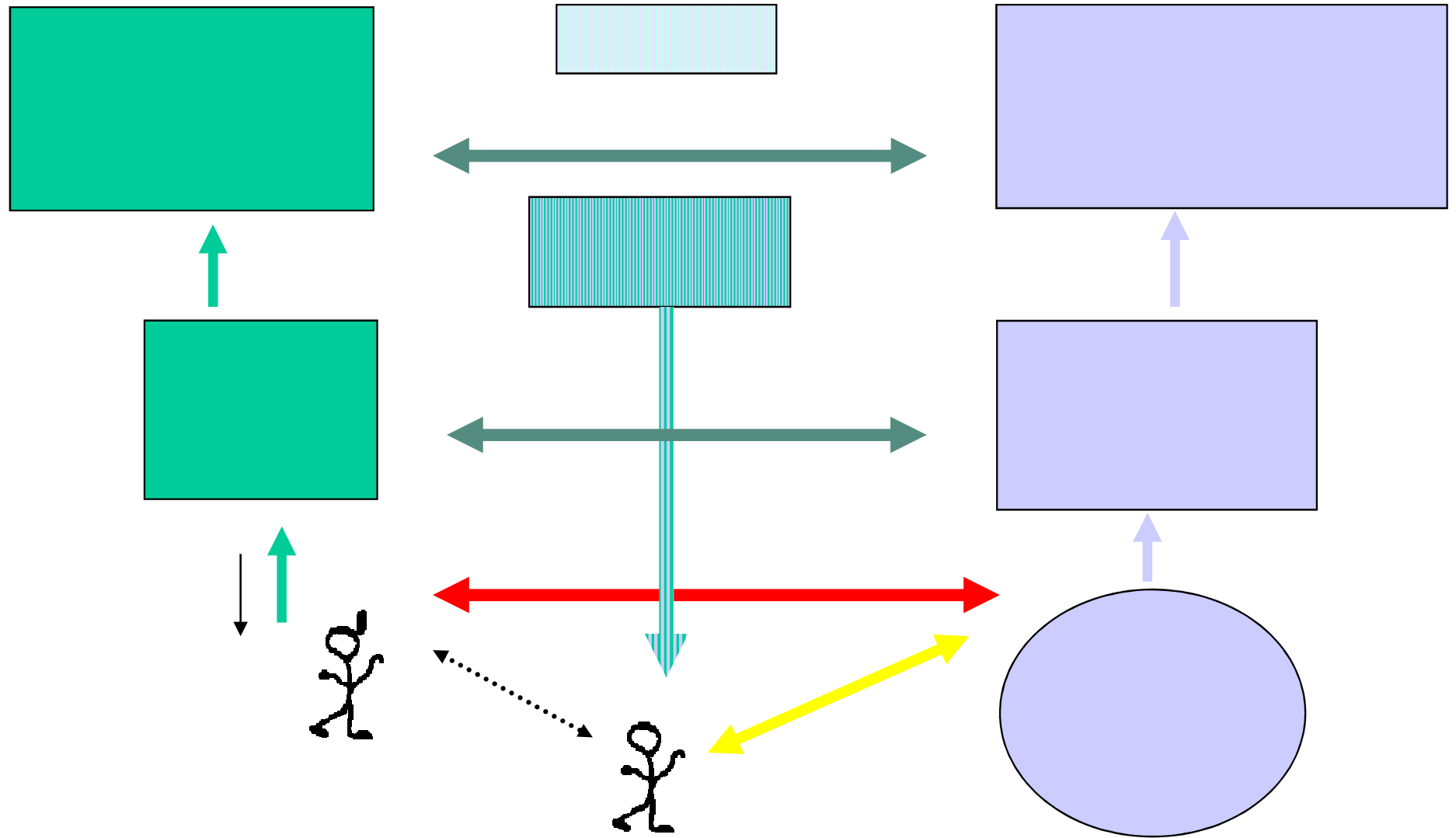


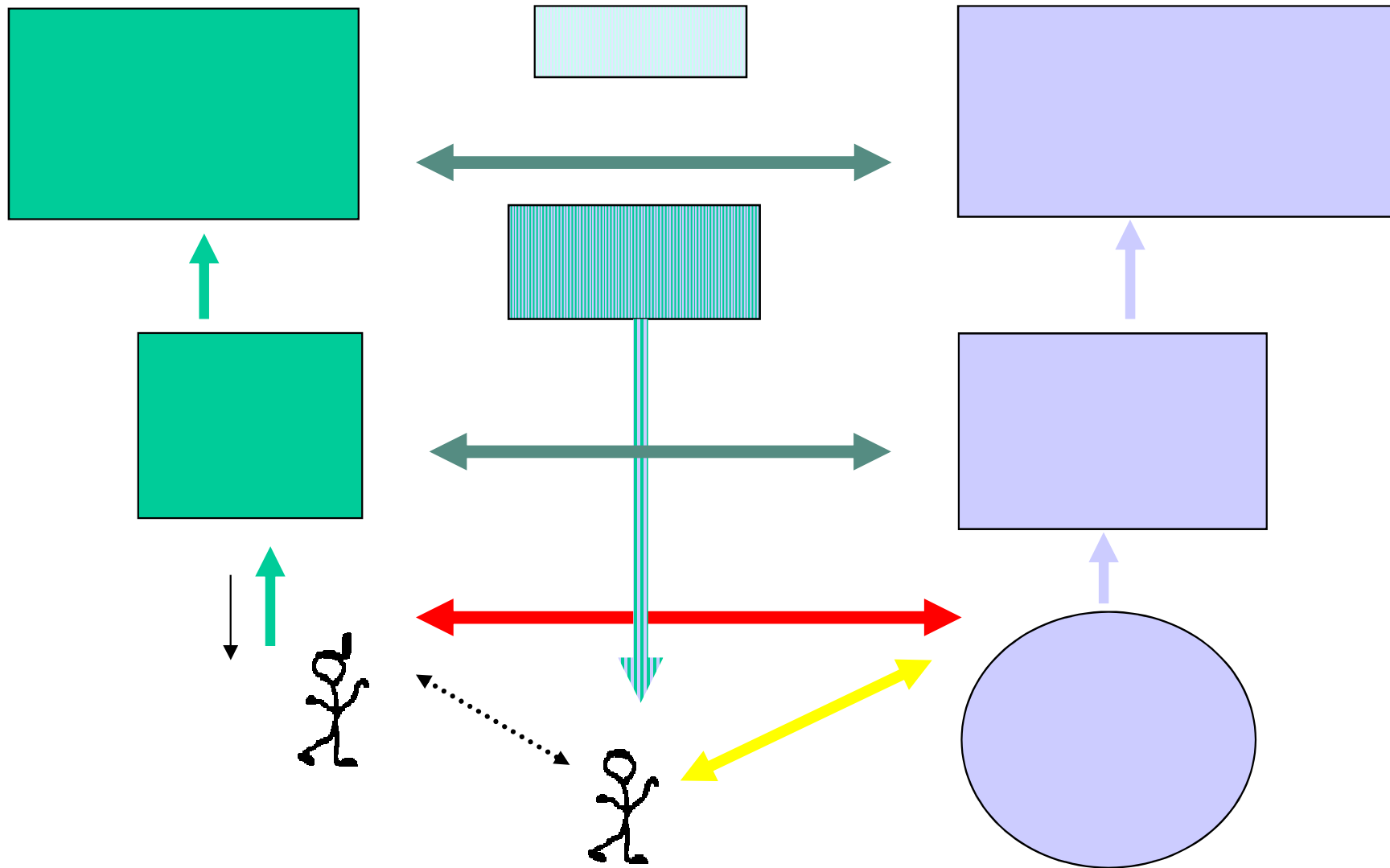


IV. Gemeinsame Selbstverwaltung







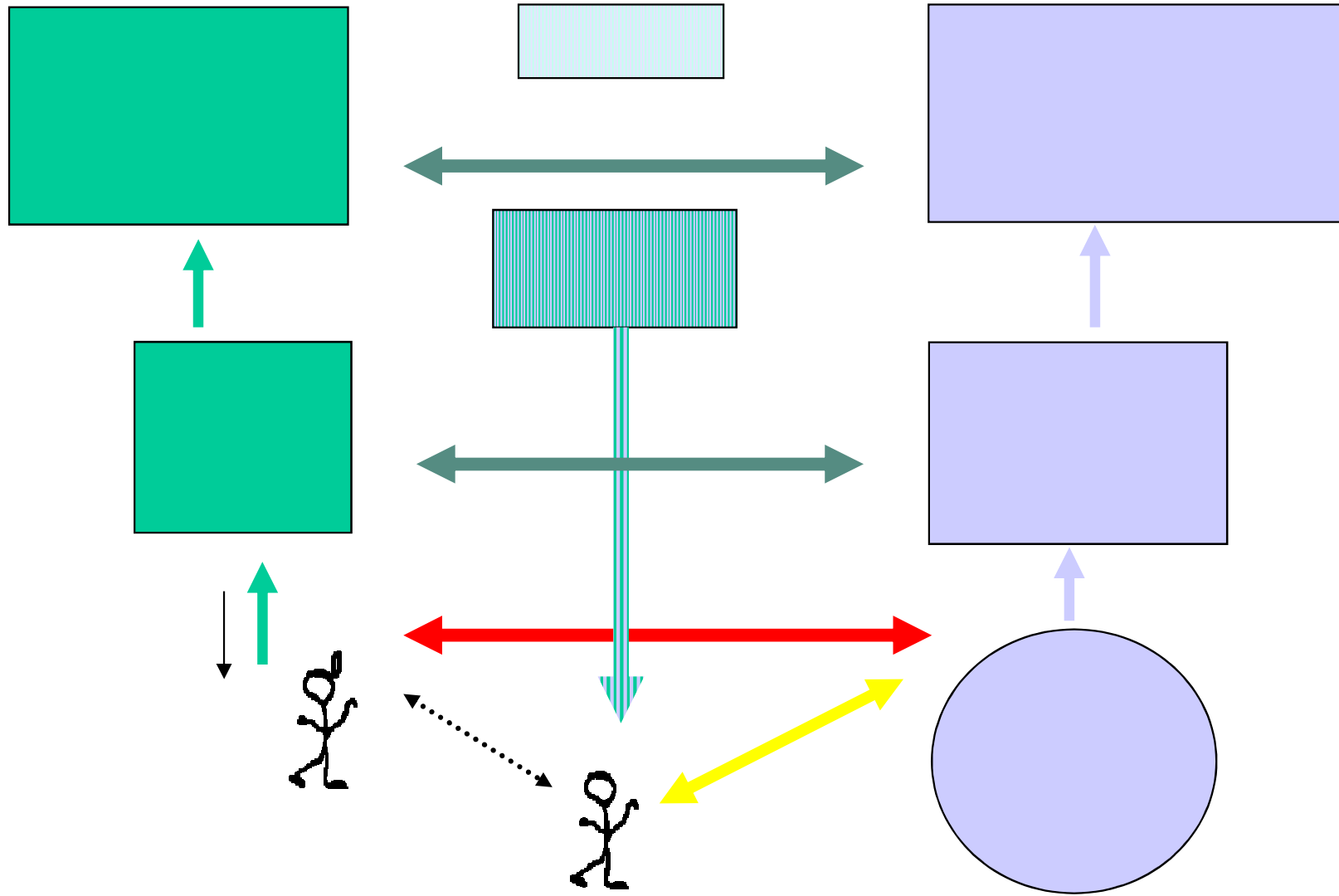


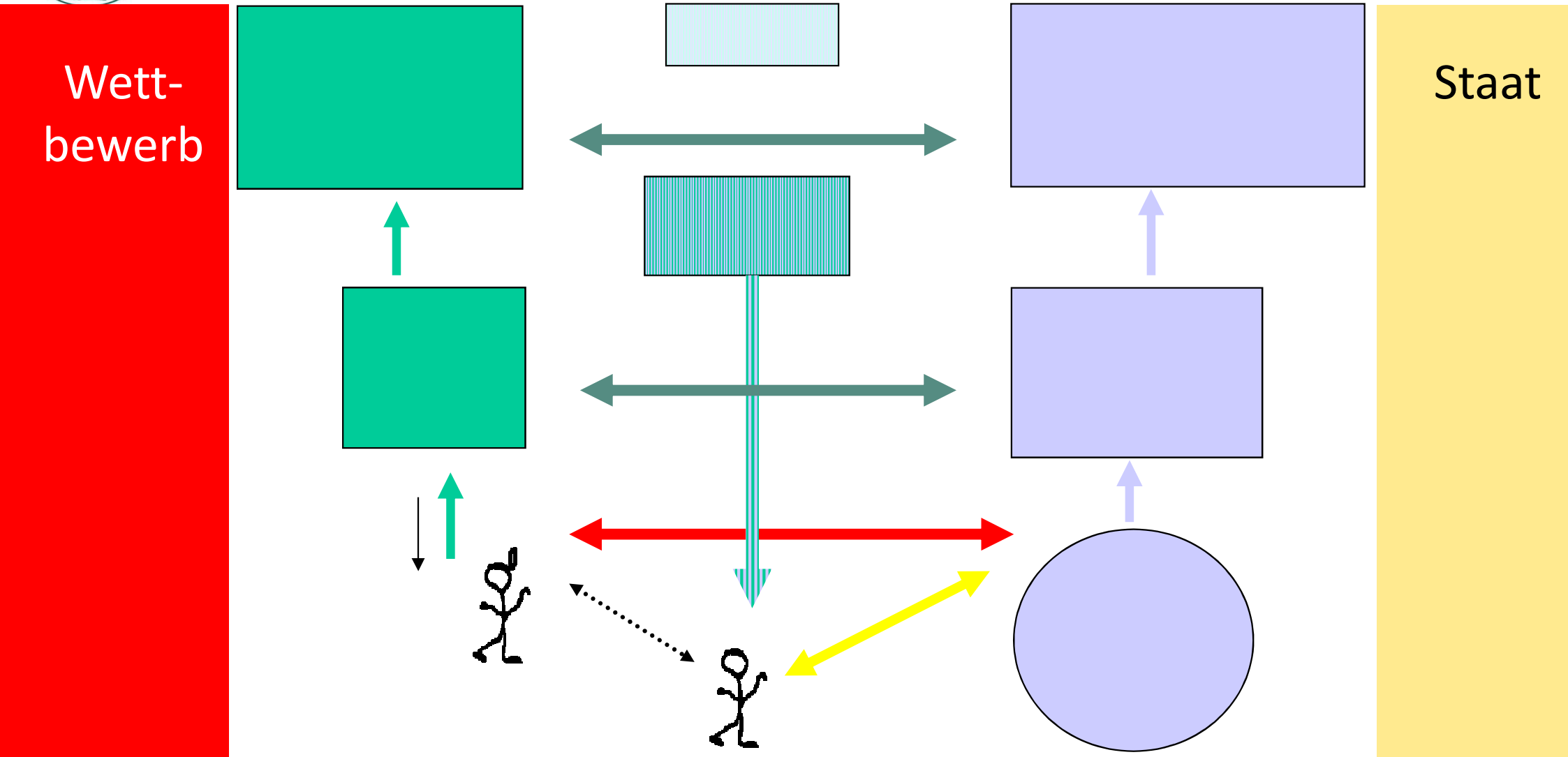
Staat



Wett-
bewerb

Staat







IV. Gemeinsame Selbstverwaltung

BVerfG:

„durchaus gewichtige Zweifel an der demokratischen
Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses als
Institution“

(Kammer) v. 6.10.2016, 1 BvR 292/16



V. Aktuelle Fragen

SGB V-Reformen:

- **Anlage:** Funktionsbedingungen
- **Gegenstand:** Eigene Angelegenheiten v. Politik



V. Aktuelle Fragen

SGB V-Reformen :

- **Anlage:** Funktionsbedingungen
- **Gegenstand:** Eigene Angelegenheiten v. Politik
 - ⇒ TSVG: Mitwirkung Landesbehörden



V. Aktuelle Fragen

SGB V-Reformen :



Anlage:

⇒ Faire-Kassenwahl-Gesetz:
Verwaltungsrat GKV-SpV



Gegenstand:

⇒ NUB (ReferentenE: Implantateregister-
Errichtungsgesetz)

Digitalisierung im Gesundheitswesen – Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten?!

Präsentation

Dr. med. Dipl.-Vw. Josef Schepers

CORE UNIT EHEALTH & INTEROPERABILITY

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

*Gegenwärtige und zukünftige
Möglichkeiten
und Herausforderungen*

Dr. med. Dipl.-Vw. Josef Schepers
Berlin, 2019/05/18

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten

**Vorhersagen sind schwierig,
insbesondere, wenn sie die Zukunft betreffen.**

Karl Valentin, Mark Twain, Winston Churchill, Niels Bohr, Kurt Tuscholsky

Der beste Weg, die Zukunft vorauszusagen, ist, sie zu gestalten.

Abraham Lincoln, Willy Brandt

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten

Inhalt

- 1. Erwartungen**
2. Technische Herausforderungen
3. Politische Herausforderungen
4. Fazit

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten

In Zukunft immer öfter, ab nie oft genug:

... die richtigen Daten, Informationen und Wissensbausteine,

personalisiert für die Patienten

am richtigen Ort

zur richtigen Zeit

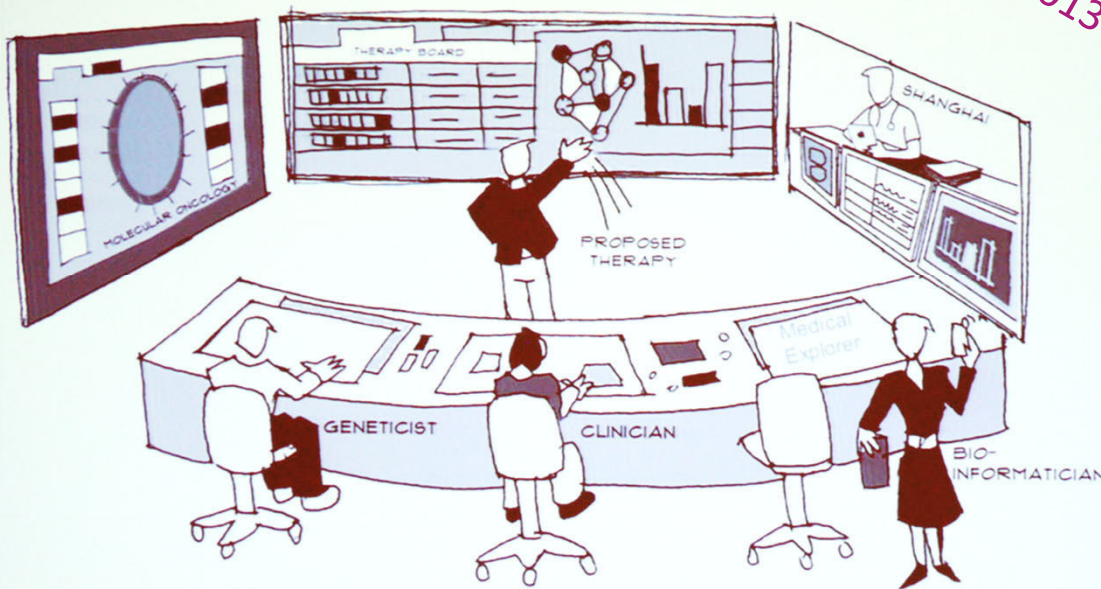
bei den berechtigten Personen.

Dazu immer mehr medizinisches Wissen und immer mehr Technologien.

Medizinischer Fortschritt mit digitaler Unterstützung

New Ways of Real-Time Collaborative Personal Medicine

Oktober 2013



Quelle: Hasso Plattners Vision von der Medizin der Zukunft,
<http://www.heise.de/newsticker/meldung/Weltgesundheitsgipfel-Big-Data-ist-gesund-1982726.html>

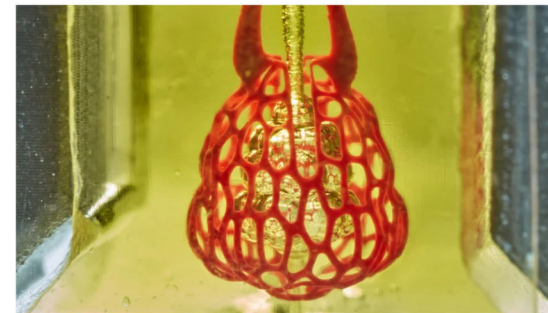
2019/05/18 | Digitalisierung im Gesundheitswesen

Künstliche Organe

US-Forscher erstellen Blutgefäße und Luftwege mit 3-D-Drucker

Es ist ein Schritt auf dem Weg zur Herstellung künstlicher Organe:
Biotechnologen ist es in einem neuen Verfahren gelungen, Teile der Lunge
funktionsfähig nachzubauen.

3. Mai 2019, 14:46 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, dpa, kg / 26 Kommentare



Aus dem 3-D-Drucker: das Modell eines lungendähnlichen Luftsacks mit Atemwegen und Blutgefäßen © Jordan Miller/Rice University/dpa

DOCTOR



BCRT-Projekt RESTORE Krankheiten heilen statt Symptome bekämpfen:

Die europaweite Forschungsinitiative RESTORE steht unter der Leitung des **BIH** Centrums für Regenerative Therapien, eines gemeinsam von der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Berlin Institute of Health (**BIH**) getragenen interdisziplinären Translationszentrums. RESTORE soll Europa eine Führungsrolle im Bereich neuartiger Therapien, der sogenannten Advanced Therapies, sichern.

5

BERLINER
INSTITUT FÜR
GESUNDHEITS
FORSCHUNG
Charité & Max-Delbrück-Centrum



Mai 2019

Medizinischer Fortschritt mit digitaler Unterstützung



am 11.04.2019 von 9.00 bis 16.00 Uhr

Aus der Ankündigung:

„Nie zuvor hat die Medizin so rasante Fortschritte gemacht wie heute. Die exponentielle Geschwindigkeit der Entwicklung führt dazu, dass wir in den nächsten zehn Jahren vor-aussichtlich mehr Weiterentwicklungen in der Medizin sehen werden, als in den letzten 100 Jahren. Die heute noch visionären Ideen könnten schon bald nicht mehr nur Science Fiction sein, sondern tatsächlich den Weg in die Kliniken finden und den Patienten zugutekommen. Fest steht, dass dieser Fortschritt vor allem technik- und datengetrieben sein wird. Die Möglichkeiten scheinen kein Maß zu kennen.“

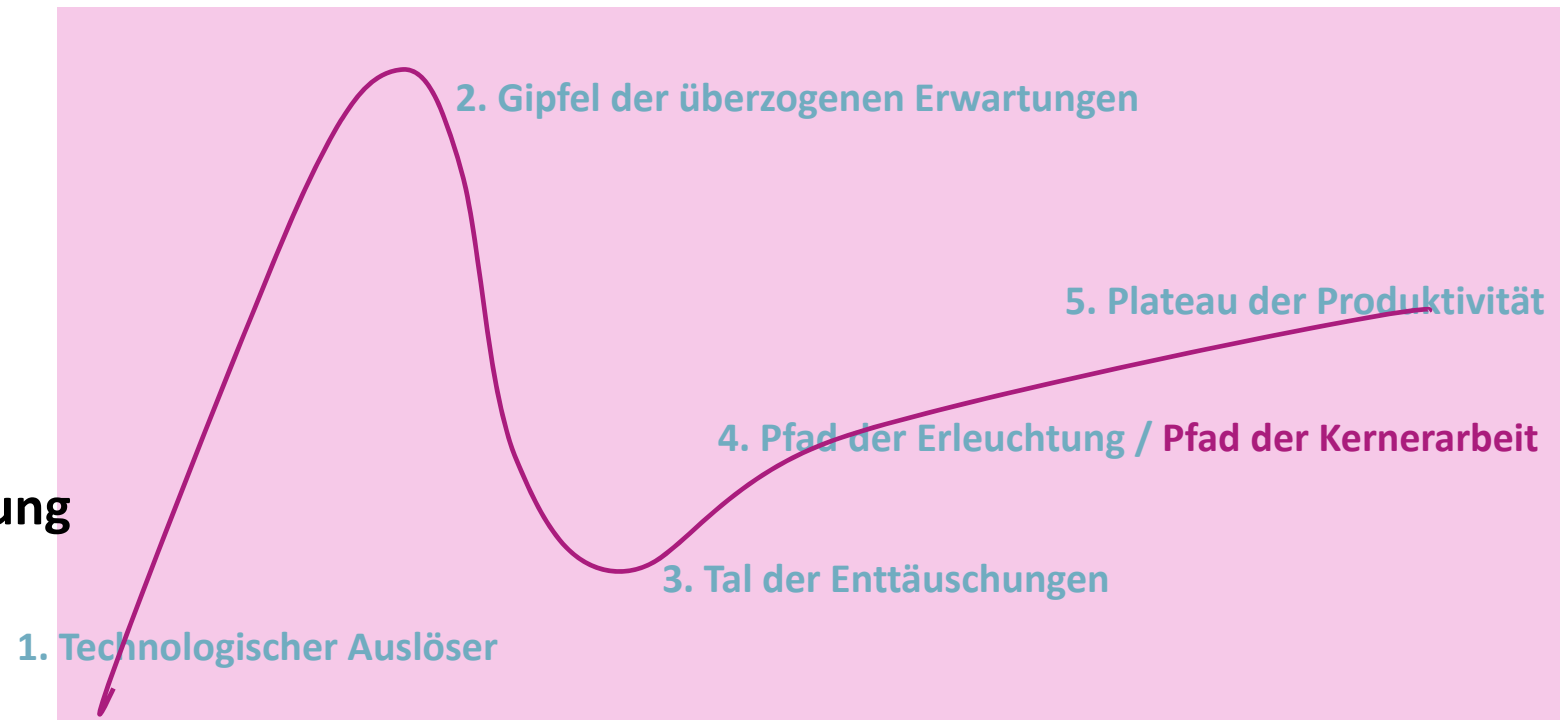
Medizinischer Fortschritt mit digitaler Unterstützung

Hype, Disruption oder kontinuierliche Verbesserung?

Wo befinden wir uns
im Hype-Cycle nach
Gartner?

Befinden wir uns
in einem Prozess der
Schöpferischen Zerstörung
nach Schumpeter?

Sind wir dabei,
die Zukunft
zu gestalten?



Medizinischer Fortschritt mit digitaler Unterstützung

Hype, Disruption oder kontinuierliche Verbesserung?

Berliner  Morgenpost

DAS IST BERLIN

Hintergrund: Gesundheitsreform

17.03.2003, 04:00

In seiner Regierungserklärung am Freitag hat Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) umfangreiche Veränderungen im Gesundheitswesen angekündigt. ... Bis zum Jahr 2006 soll eine Gesundheitskarte eingeführt werden, damit der Arzt alle Patientendaten im Blick hat und teure Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können.

Sts Klaus Theo Schröder vom BMG schwärmte von den Vorteilen der neuen Karte:

"verbesserte Behandlungsqualität",

"Stärkung der Patientenautonomie",

"effiziente und nachhaltige integrierte Versorgung",

"Einsparungen von mehr als einer Milliarde Euro".

"eine Initialzündung für die Industrie mit positiven Auswirkungen auf den Export" (Die Welt vom 03.11.2003).

Im Gesundheitswesen der Zukunft sterben weniger Menschen, weil riesige Datenbanken jede Unverträglichkeit von Verordnungen aufdecken. Ärzte erhalten im Notfall blitzschnell lebensrettende Informationen.

Die Kosten sinken, und die Qualität steigt trotzdem.

Teure und unnötige Doppeluntersuchungen fallen weg, weil jeder Arzt besser informiert ist als jemals zuvor.

Das gilt auch für die Patienten, die ihre Gesundheits- und Krankheitsdaten erstmals selbstbestimmt verwalten können.

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten

Inhalt

1. Erwartungen
- 2. Technische Herausforderungen**
3. Politische Herausforderungen
4. Fazit

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

= Wechsel von Papier und PDF zu standardisierten Dateien

**Gliederung
der klinischen
Informationsträger
nach
Zugänglichkeit
für
Auswertungen**



Kategorie	Bezeichnung
/a/	Informationsmodell der Medizininformatik-Initiative (Kerndatensatz)
/b/	gesetzlich definierte digitale Basisdatensätze für alle Fälle (§ 21', § 301')
/c/	gesetzlich definierte digitale Basisdatensätze für besondere Fälle
/d/	kooperativ standardisierte Datenbanken (mehrere KH)
/d1/	lokal geführte, aber standardisierte Register und Data-Warehouse-Systeme
/d2/	IHE-kompatible Datenhaltung (z. B. Arztbriefe und Befunde im Format HL7 CDA)
/e/	hausspezifisch strukturierte Datenbanken (z. B. KIS und Abteilungsinformationssysteme, nicht standardisierte Data-Warehouse-Systeme)
/e1/	Stammdaten, Verlegungsketten, Basisdatengrundformen
/e2/	medizinische Daten wie Laborwerte
/e3/	Leistungserfassung für die Betriebssteuerung
/f/	Bild-, Signal- und Sequenzdateien
/f1/	digitale Bilddateien
/f2/	Daten zu digitalen Signalen (z. B. EKG)
/f3/	omics-Daten
/f4/	[Biomaterialbanken]
/g/	digitale Textdateien (PDF und Word)
/g1/	digitale Textdateien in Word- oder RTF-Format
/g2/	digitale Textdateien in PDF-Format
/h/	Dokumente auf Papier, Film und Mikrofiche

Derzeit noch Dominanz des
Informationsträgers Papier

Medizinischer Fortschritt mit digitaler Unterstützung

Beispiel: Medizininformatik-Initiative des BMBF



**BERLINER
INSTITUT FÜR
GESUNDHEITS
FORSCHUNG**
Charité & Max-Delbrück-Centrum

DIFUTURE
Data Integration for Future Medicine

HiGHmed
Medical Informatics



smith
Smart Medical Information
Technology for Healthcare

Vier Konsortien aus 33
Universitätsklinika entwickeln
digitale Konzepte und Lösungen.

„Daten gemeinsam nutzen“ auf der
Basis von Datenintegrationszentren
an allen Standorten.

Geförderte Konsortien und Standorte
während der Aufbau- und Vernetzungsphase



DIFUTURE
KONSORTIALPARTNER
Augsburg:
■ Universität Augsburg (UA)
Bochum:
■ Kairos GmbH (KAİROS)
München:
■ Technische Universität München (TUM)/Klinikum rechts der Isar (MRI)
■ Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)/Klinikum der Universität München (KUM)
Tübingen:
■ Eberhard Karls Universität Tübingen (EKUT)/Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

VERNETZUNGSPARTNER
Regensburg:
■ Universitätsklinikum Regensburg (UKR)
Saarbrücken/Homburg:
■ Universität des Saarlandes/
Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS)

HiGHmed
KONSORTIALPARTNER
Berlin:
■ Robert Koch-Institut (RKI)
■ Ada Health GmbH
■ Universitätsmedizin Berlin – Campus Charité Mitte
Braunschweig:
■ Technische Universität Braunschweig
■ Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI)
Darmstadt:
■ Technische Universität Darmstadt
Erlangen:
■ Siemens Healthcare GmbH
Göttingen:
■ Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
■ HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hannover:
■ Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
■ Hochschule Hannover (HSH)
Heidelberg:
■ Universitätsklinikum Heidelberg und Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg
■ Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
■ NEC Laboratories Europe
Heilbronn:
■ Hochschule Heilbronn

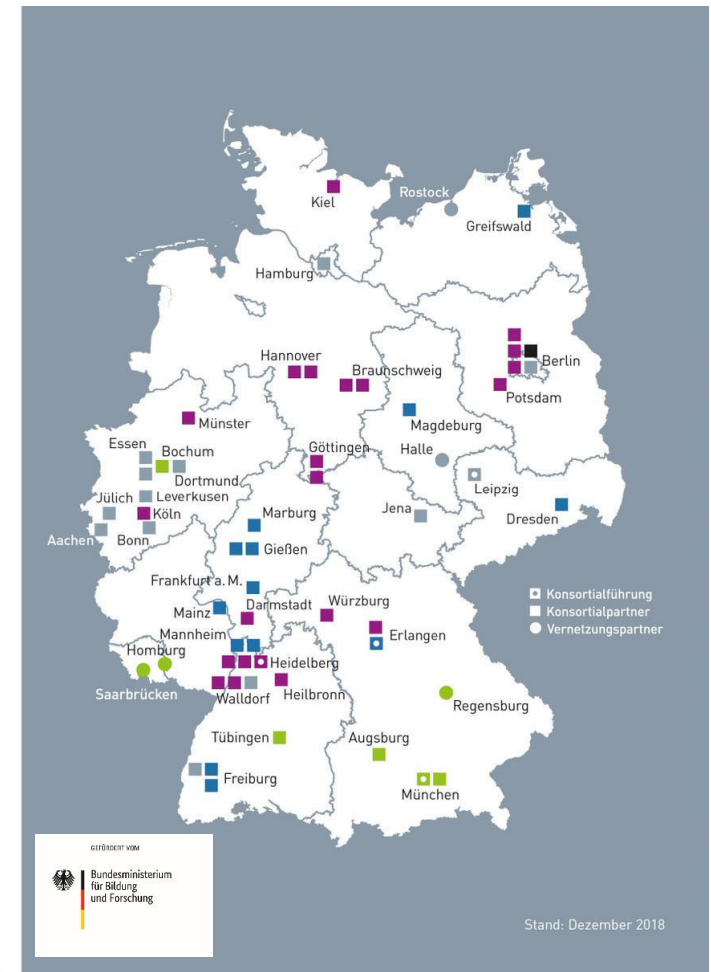
Kiel:
■ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) – Campus Kiel
Köln:
■ Universität zu Köln/Universitätsklinikum Köln (UKK)
Münster:
■ Westfälische Wilhelms-Universität (WWU) Münster/Universitätsklinikum Münster (UKM)
Potsdam:
■ Hasso-Plattner-Institut (HPI)
Walldorf:
■ InterComponentWare AG
■ SAP SE
Würzburg:
■ Universitätsklinikum Würzburg (UKW) und Julius-Maximilians-Universität Würzburg (JMU)

MIRACUM
KONSORTIALPARTNER
Dresden:
■ Technische Universität Dresden/Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Erlangen:
■ Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg/Universitätsklinikum Erlangen
Frankfurt am Main:
■ Goethe-Universität Frankfurt am Main/Universitätsklinikum Frankfurt
Freiburg:
■ Albert-Ludwigs-Universität Freiburg/Universitätsklinikum Freiburg
■ Averbis GmbH
Gießen:
■ Justus-Liebig-Universität Gießen/Universitätsklinikum Gießen/Marburg
■ Technische Hochschule Mittelhessen
Greifswald:
■ Universitätsmedizin Greifswald
Magdeburg:
■ Otto-von-Guericke Universität Magdeburg/Universitätsklinikum Magdeburg
Mainz:
■ Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Mannheim:
■ Medizinische Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg/Universitätsklinikum Mannheim
■ Hochschule Mannheim

Marburg:
■ Philipps-Universität Marburg/
Universitätsklinikum Gießen/
Marburg
SMITH
KONSORTIALPARTNER
Aachen:
■ Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (RWTH Aachen)
■ Uniklinik RWTH Aachen
Berlin:
■ ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA
Bonn:
■ Universitätsklinikum Bonn
Dortmund:
■ Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik (ISST)
Essen:
■ Märk Internet Services AG
■ Universitätsklinikum Essen
Freiburg:
■ Averbis GmbH
Hamburg:
■ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Jena:
■ Friedrich-Schiller-Universität Jena
■ Universitätsklinikum Jena
Jülich:
■ Forschungszentrum Jülich GmbH
Leipzig:
■ Universität Leipzig
■ Universitätsklinikum Leipzig
Leverkusen:
■ Bayer AG
Walldorf:
■ SAP SE

VERNETZUNGSPARTNER
Halle (Saale):
■ Universitätsklinikum Halle (Saale)
Rostock:
■ Universitätsklinikum Rostock

Koordinationsstelle
Berlin:
■ MFT/TMF/VUD
DIFUTURE
HiGHmed
MIRACUM
SMITH
Koordinationsstelle



Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Vier Beispielszenarien der MI-Initiative des BMBF

1. Beispielszenario: Infection Control

- Früherkennung von Infektionsausbrüchen nach Ort und Keim
- Reduktion der geschätzt 20.000 bis 40.000 Todesfälle durch Krankenhausinfektionen

2. Labordatenstandardisierung (LOINC und CLARE-MI*)

- Einführung eines einheitlichen Laborwertesystems (LOINC und UCUM)
- Vermeidung von Übertragungsfehlern mit Todesfällen durch Fehlbehandlung

3. Beispielszenario: Polypharmazie und Arzneimittelrisiken (POLAR*)

- Warnsystem bei unverträglichen und riskanten Medikamentenverschreibungen
- Reduktion der geschätzt 10.000 bis 20.000 Todesfälle durch Medikationsfehler in KH

4. Beispielszenario: Collaboration on Rare Diseases (CORD*)

- Beschleunigung der Diagnostik und Vermeidung von Fehlbehandlungen
- Geschätzt 8.000 Seltene Krankheiten, 4 Millionen Betroffene in Deutschland

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Vier Beispielszenarien der MI-Initiative des BMBF

1. Beispielszenario: Infection Control

Zielsetzung

- Früherkennung von Infektionsausbrüchen nach Ort und Keim
- Reduktion der 500.000 bis 1.000.000 Krankenhausinfektionen p.a.
- Reduktion der geschätzt 20.000 bis 40.000 Todesfälle p.a. durch Krankenhausinfektionen

Digitale Herausforderungen

- Keine systematische Erfassung der Versorgungsorte (Station, OP, Leistungsstellen) je Haus
- Keine einheitliche Erfassung der Infektionen
- Keine einheitliche Dokumentation in verschiedenen Häusern (Vergleichbarkeit)

Digitale Verbesserungsansätze

- Standardisierte Datenintegration in teilnehmenden Häusern
- Einheitliche LOINC-Darstellung von Laborparametern (z.B. C-Reaktives Protein)
- Einheitliche Kodierung von Erregern mit SNOMED CT
- Einheitliche FHIR-Schnittstellen der Haupt- und Subsysteme
- Einrichtungsübergreifendes Benchmarking

10 % Inspiration
90 % Kernerarbeit



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Vier Beispielszenarien der MI-Initiative des BMBF

2. Labordatenstandardisierung (LOINC und CLARE-MI*)

Zielsetzung

- Einführung eines einheitlichen Laborwertesystems (LOINC und UCUM)
- Vermeidung von Übertragungsfehlern mit Todesfällen durch Fehlbehandlung
- Einrichtungsübergreifende, digitale Nutzung medizinischen Wissens

Digitale Herausforderungen

- (Hoher Digitalisierungsgrad, aber:)
- Bisher in der Regel hausspezifische Bezeichnung von Laborwerten
- Unterschiedliche Referenzbereiche

Digitale Verbesserungsansätze

- Bundesweite Einführung der LOINC-Kodes zur Dokumentation von Laborwerten
- Standardisierte Datenintegration in teilnehmenden Häusern
- Einheitliche FHIR-Schnittstellen der Haupt- und Subsysteme
- Einheitliche Kodierung von Erregern mit SNOMED CT
- Überprüfung der Referenzbereiche im übergreifenden Projekt CLARE-MI*

* im Abstimmungsprozess

10% Inspiration
90% Kernerarbeit



DIFUTURE
Data Integration for Future Medicine

miracum

HiGmed
Medical Informatics

smith
Smart Medical Information
Technology for Healthcare

GEFÖRDERT VOM



Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Vier Beispielszenarien der MI-Initiative des BMBF

3. Beispielszenario: Polypharmazie + Arzneimittelsicherheiten (POLAR*)

Zielsetzung

- Personales Warnsystem bei unverträglichen oder riskanten Medikationsverschreibungen
- Reduktion der geschätzt jährlich 10.000 bis 20.000 Todesfällen durch Medikationsfehler in KH

Digitale Herausforderungen

- Dokumentation der Medikation in fast allen Krankenhäusern (inkl. UK) überwiegend auf Papier
- Keine einheitliche Kodierung der Medikamente, Wirkstoffe und Dosierungen
- Unvollständige Kenntnis der Arzneimittelaufnahmen je Patient aus anderen Kontexten

Digitale Verbesserungsansätze

- In allen Häusern generelle Digitalisierung von Verschreibung und Bereitstellung/Einnahme
- Standardisierte Dokumentation gemäß IDMP-Standards
- IDMP: Identification of Medicinal Products c/o European Medicines Agency (EMA)
- Standardisierte Datenintegration (Normalstation, OP, Intensiv...)
- ... Medikationsplan und einrichtungsübergreifende Patientenakten

* im Abstimmungsprozess

10% Inspiration
90% Kernerarbeit



GEFÖRDERT VOM



Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Vier Szenarien der MI-Initiative des BMBF

4. Beispielszenario: Collaboration on Rare Diseases (CORD*)

Zielsetzung

- Sichtbarmachung der Seltenen Erkrankungen („Orphan Diseases“)
- Beschleunigung der Diagnostik und Vermeidung von Fehlbehandlungen
- Geschätzt 8.000 Seltene Krankheiten, 4 Millionen Betroffene in Deutschland
- Unterstützung neuer Therapien (u.a. „Orphan Drugs“, perspektivisch Gentechnik)

Digitale Herausforderungen

- Zu wenig einrichtungsübergreifende Kommunikation über und mit Menschen mit Seltenen Erkrankungen
- Rudimentäre Berücksichtigung im ICD-Katalog (ca. 300 von 8.000 SE mit eigenem ICD-Kode)
- Bisher kaum Dokumentation von Symptomen/Phänotypen und Genotypen

Digitale Verbesserungsansätze

- Standarddokumentation von Orpha-Kodes (~DIME-Alpha-Ids) + SNOMED CT
- Annäherung an standardisierte Symptom-/Phänotyp- (HPO) und Genotyp-Dokumentation (HGVS)
- Abstimmung mit EU Registration on Rare Diseases
- Einrichtungsübergreifende, datenschutzkonforme Kommunikation

* im Abstimmungsprozess

10% Inspiration
90% Kernerarbeit



GEFÖRDERT VOM



Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

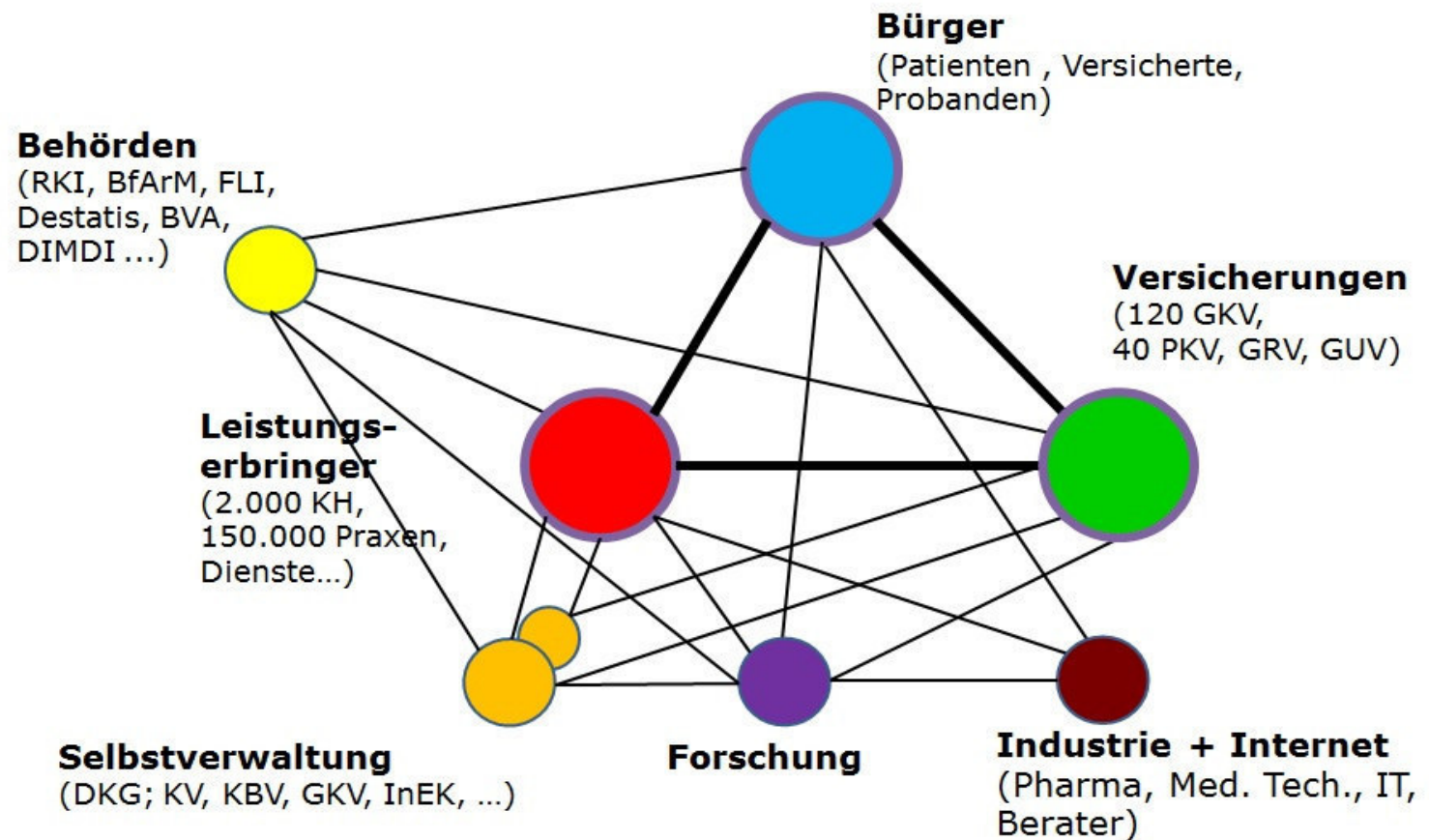
Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten

Inhalt

1. Erwartungen
2. Technische Herausforderungen
- 3. Politische Herausforderungen**
4. Fazit

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

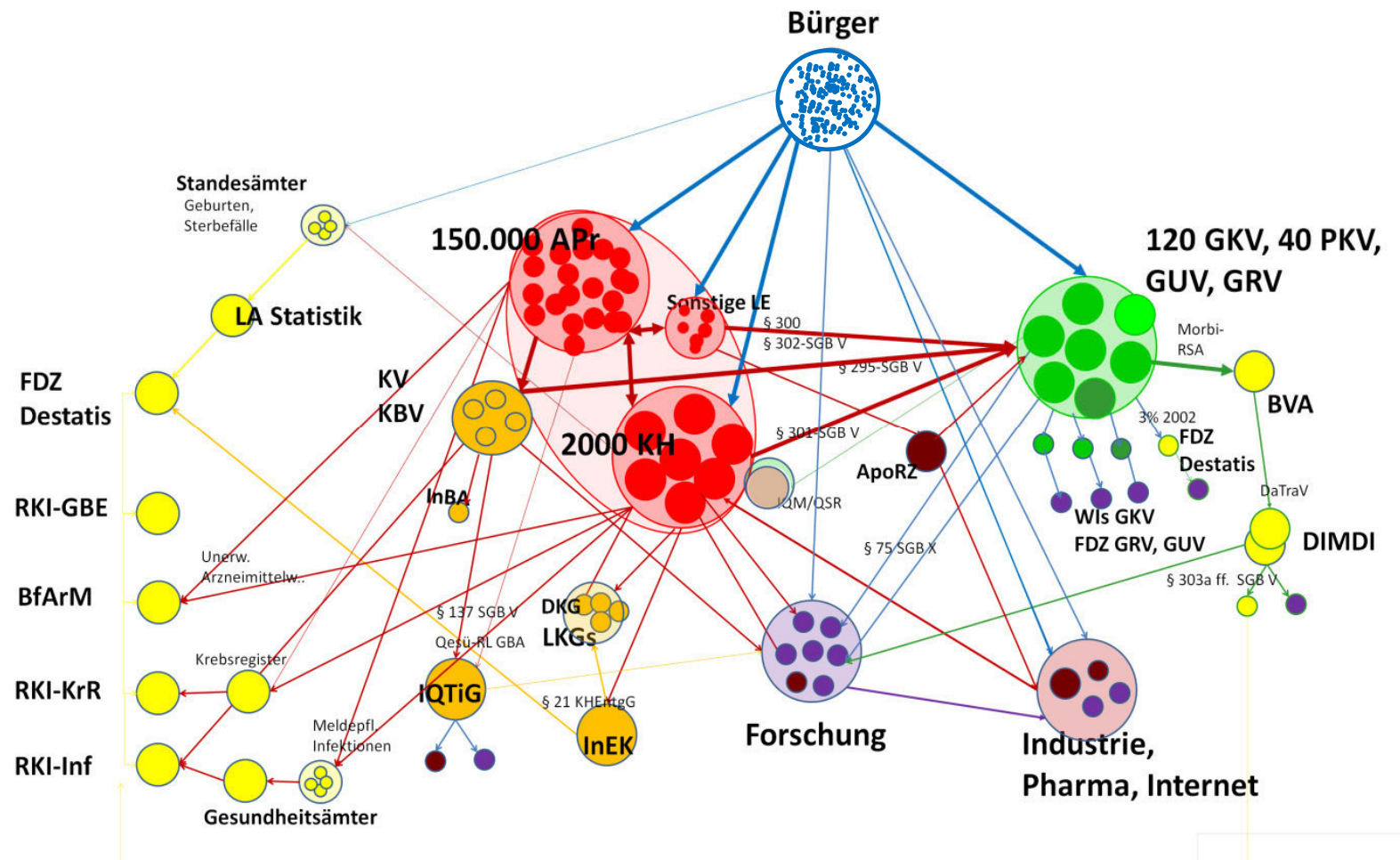
= Digitalisierung im gesundheitsökonomischen Dreieck



Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

= Digitalisierung im zersplitterten Gesundheitssystem

Datenprozesse und Datenbestände im deutschen Gesundheitssystem



Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

= Digitalisierung im zersplitterten Gesundheitssystem

Sachverständigenrat für Gesundheit 2007:

„Es wird letztlich darauf ankommen, **Routinedaten, die in vielfacher Form vorliegen und anfallen**, und zwar bei Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern, aber auch bei niedergelassenen Ärzten und im Rehabilitationsbereich, zielorientiert **zusammenzuführen**, so dass ein besserer Überblick über das Versorgungsgeschehen und dessen Qualität verfügbar wird.“

Sachverständigenrat für Gesundheit 2014:

„Für die kommenden Jahre ist zu erwarten, dass sich infolge der Auswirkungen des demografischen Wandels auch in Deutschland der Handlungsdruck zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen (Grund-)Versorgung weiter erhöhen wird. Um notwendige Neuorganisationen der Gesundheitsversorgung in ländlichen, strukturschwachen Gebieten zukünftig zu erleichtern, wäre es denkbar, im Rahmen eines **Versorgungsmonitorings** im Fall einer Feststellung einer Unterversorgung oder drohender Unterversorgung ein für diesen Fall zu beauftragendes Gremium regelhaft mit der Planung und Umsetzung einer **datengestützten, sektorenübergreifenden, umfassenden, multiprofessionell ausgerichteten und auf die jeweilige Region abgestimmten Versorgungsplanung** zu betrauen.“

Routinedaten verfügbar und Nutzungsvorschläge vorhanden – was passierte dann?

§ 291a (8) als Beispiel für politische Herausforderung

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

...

(8) Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder Absatz 3 Satz 1 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5a Satz 1 genannten Personen oder **zu anderen Zwecken als denen der Versorgung** der Versicherten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, **zu gestatten**; mit ihnen darf nicht vereinbart werden, Derartiges zu gestatten. Sie dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben.

Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Gegenwärtige und zukünftige Möglichkeiten

Inhalt

1. Erwartungen
2. Technische Herausforderungen
3. Politische Herausforderungen
- 4. Fazit**

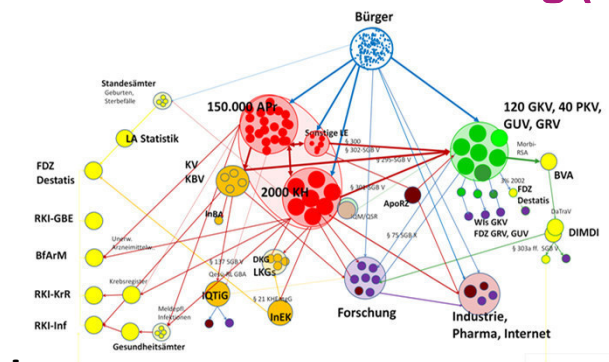
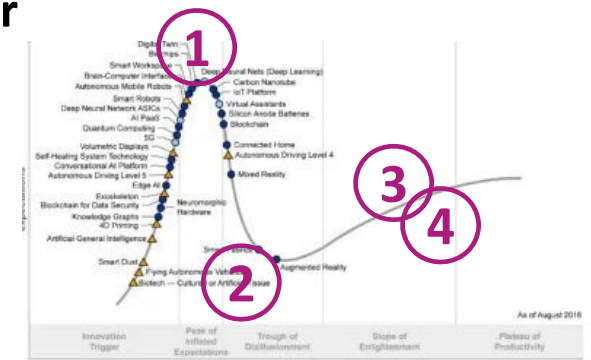
Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem

Fazit

- Lokale Digitalisierung in Gesundheitseinrichtungen schreitet kontinuierlich voran
- Digitalisierung entfaltet Nutzen in den Einrichtungen und bald mehr
- Vorsicht am **Gipfel der überzogenen Erwartungen (1)**
 - Insbesondere Semantische und Syntaktische Interoperabilität
 - Einbeziehung des gesamten Gesundheitssystems
 - Kompatibilität mit Europa
- Technische Herausforderungen auf dem **Pfad der Kernerarbeit (3)**
 - Insbesondere Semantische und Syntaktische Interoperabilität
 - Einbeziehung des gesamten Gesundheitssystems
 - Kompatibilität mit Europa
- Politische Herausforderungen im **Tal der Enttäuschungen (2)** und auf dem **Pfad der Erleuchtung (4)**
 - Einbeziehung des gesamten Gesundheitssystems
 - „Überwindung“ der Sektorengrenzen
 - Beherrschung der Partikularinteressen

Des Weiteren:

- Einbeziehung des Personals in den Versorgungseinrichtungen notwendig
- Ausbildung von qualifiziertem Gesundheitsinformatik-Nachwuchs erforderlich





VIELEN DANK!

KONTAKT

Sylvia Thun, Josef Schepers

Director, Deputy BIH CEI

Core Unit eHealth & Interoperability

Berlin Institute of Health (BIH)

Anna-Louisa-Karsch-Str. 2
10178 Berlin

sylvia.thun@bihealth.de

josef.schepers@bihealth.de

www.bihealth.org



**BERLINER
INSTITUT FÜR
GESUNDHEITS
FORSCHUNG**

Charité & Max-Delbrück-Centrum

1. Fluck J., Senger P., Ziegler W., Claus S., Schwichtenberg H. (2017) The cloud4health Project: Secondary Use of Clinical Data with Secure Cloud-Based Text Mining Services. In: Griebel M., Schüller A., Schweitzer M. (eds) Scientific Computing and Algorithms in Industrial Simulations. Springer, Cham
2. Adlassnig, K., 2009, August. Automatic mapping of clinical documentation to SNOMED CT. In Medical Informatics in a United and Healthy Europe: Proceedings of MIE 2009, the XXII International Congress of the European Federation for Medical Informatics (Vol. 150, p. 228). IOS Press.
3. Zacher, B. and Czogiel, I., 2019. Supervised learning improves disease outbreak detection. arXiv preprint arXiv:1902.10061
4. Oemig F, Blobel B, Helmer A, Birkle M. Vergleich verschiedener Lösungsansätze für Interoperabilität in der Medizin. HL7 Mitteilungen Nr. 41/2018.
5. Aerts, H., Schirner, M., Jeurissen, B., Van Roost, D., Achten, E., Ritter, P. and Marinazzo, D., 2018. Modeling brain dynamics in brain tumor patients using The Virtual Brain. eNeuro, 5(3).
6. https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/977489/kuenstliche-intelligenz-digitale-zwillinge-gipfel-highlight.html
7. <http://clinchem.aaccjnls.org/content/53/7/1338>

1) Sterbefälle nosokomiale Infektionen (mortality rate nosocomial infections)

Cassini, A., Högberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G. S., ... & Ouakrim, D. A. (2019). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(1), 56-66.

ECDC Studie

33.000 Tote in der EU durch multiresistente Erreger

2.400 Tote in Deutschland durch multiresistente Erreger

Besonders betroffen waren Kinder unter einem Jahr und Ältere über 65 Jahren

<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/incidence-and-attributable-mortality-healthcare-associated-infections-intensive#no-link>

European Centre for Disease Prevention and Control. Incidence and attributable mortality of healthcare-associated infections in intensive care units in Europe, 2008-2012. Stockholm: ECDC; 2018.

3 of the most frequent ICU (intensive care units)-acquired infections are pneumonia, bloodstream infection and urinary tract infections

The total burden in ICUs in the EU/EEA countries of these three types of infections combined was estimated at 8650 attributable deaths and 3.43 million extra days of ICU stay per year during 2008-2012

https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf

Health care-associated infections

Hundreds of millions of patients are affected by health care-associated infections worldwide each year, leading to significant mortality and financial losses for health systems

Of every 100 hospitalized patients at any given time, 7 in developed and 10 in developing countries will acquire at least one health care-associated infection

While urinary tract infection is the most frequent health care-associated infection in high-income countries, surgical site infection is the leading infection in settings with limited resources, affecting up to one-third of operated patients; this is up to nine times higher than in developed countries

In high-income countries, approximately 30% of patients in intensive care units (ICU) are affected by at least one health care-associated infection

In low- and middle-income countries the frequency of ICU-acquired infection is at least 2-3 fold higher than in high-income countries;

The European Centre for Disease Prevention and Control reports an average prevalence of health care-associated infection of 7.1% in European countries.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2221169116309509>

Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance

Nosocomial infections accounts for 7% in developed and 10% in developing countries

approximately 15% of all hospitalized patients suffer from these infections.

2) Medikationsfehler

Bericht des BfArM - Medikationsfehler im zweiten Halbjahr 2018: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Gremien/RoutinesitzungPar63AMG/84Sitzung/pkt-2-1b.pdf?__blob=publicationFile&v=3
185 Fallberichte zu Medikationsfehlern im zweiten Halbjahr 2018, häufigster Direktmeldung sind Dosierfehler
im Zuständigkeitsbereich BfArM gab es 32 von 2702 Medikationsfehlermeldung mit Todesfolge (Dosierfehler, Anwendungsfehler)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>

Each year, in the United States alone, 7,000 to 9,000 people die as a result of a medication error
One of the major causes for medication errors is a distraction. Nearly 75% of medication errors have been attributed to this cause.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;jsessionid=0505717E27B5A152B17BB7468F10E9EF?sequence=1>

There are widely varying error prevalence rates reported in different parts of the world

3) Laborwerteübermittlungsproblematik

Ahmad-Nejad P, Dorn-Beineke A, Pfeiffer U, Brade J, Geilenkeuser WJ, Ramsden S, Pazzagli M, Neumaier M. Methodologic European external quality assurance for DNA sequencing: the EQUALseq program. Clin Chem. 2006 Apr;52(4):716-27. Epub 2006, Jan 26. PubMed PMID: 16439604. <http://clinchem.aaccnls.org/content/clinchem/52/4/716.full.pdf>

Miller WG, Myers GL, Gantzer ML, Kahn SE, Schönbrunner ER, Thienpont LM, Bunk DM, Christenson RH, Eckfeldt JH, Lo SF, Nübling CM. Roadmap for harmonization of clinical laboratory measurement procedures. Clinical Chemistry. 2011 Aug 1;57(8):1108-17.
When laboratory test results are neither standardized nor harmonized, a different numeric result may be obtained for the same clinical sample
Unfortunately, some clinical practice guidelines base a diagnosis or treatment on test results from a specific clinical laboratory measurement procedure (CLMP) without considering the possibility or likelihood of differences between various CLMPs

Einfluss der Sozialen Selbstverwaltung auf die Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Präsentation

Jochen Berking

Einfluss der Sozialen Selbstverwaltung auf die Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

1. Was bedeutet Digitalisierung im Gesundheitswesen?

„Digitale Technologien können uns helfen, die Herausforderungen, vor denen fast alle Gesundheitssysteme der westlichen Welt stehen – immer mehr ältere und chronisch kranke Menschen sind zu behandeln, teure medizinische Innovationen zu bezahlen, strukturschwache ländliche Gebiete medizinisch zu versorgen – besser zu lösen. Sie ermöglichen eine bessere und effizientere Versorgung und einen breiteren Zugang zu medizinischer Expertise insbesondere auch in ländlichen Regionen. Auch neue Formen einer besseren Betreuung der Patienten im häuslichen Umfeld können realisiert werden.“ (BMG)

Bertelsmann Stiftung

Das sollte sich ändern – Handlungsempfehlungen:

- ☐ **Politische Führung ausbauen:** Der digitale Wandel im Gesundheitswesen muss aktiv gestaltet werden. Die Politik muss dabei entschlossener handeln als in der Vergangenheit.
- ☐ **Nationales Kompetenzzentrum etablieren:** Entscheidend für eine erfolgreiche Digitalisierung ist die Koordination der Prozesse von zentraler Stelle. Das Kompetenzzentrum sollte verantwortlich sein für die Einbindung bestehender Institutionen, Interessen-gruppen, Experten und Nutzer sowie für die Standardisierung digitaler Anwendungen und die Definition von Schnittstellen. Es sollte politisch gesteuert und unabhängig von Akteurs Interessen getragen werden.
- ☐ **Entwicklungen Schritt für Schritt angehen:** Bei der weiteren Ausgestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen sollten einzelne Behandlungsbereiche und Prozesse gezielt angegangen werden – in pragmatischen Schritten. Handlungsleitend sollten da-bei die erwartete Verbesserung der Versorgung sowie mögliche Effizienzgewinne sein.
- ☐ **Akzeptanz fördern:** Digitaler Wandel braucht Akzeptanz und eine breit geteilte Ziel-vorstellung. Die Politik sollte die Kommunikation Richtung Bürger, Ärzte und andere Gesundheitsberufe sowie den Dialog über notwendige und wünschenswerte Entwicklungen als strategische Aufgabe begreifen und angehen.

□ **Patienten und Ärzte als Nutzer systematisch einbeziehen:** Bei der Entwicklung von Teilstrategien sowie digitalen Anwendungen und Prozessen sind die Nutzer – etwa Patienten und Ärzte – einzubeziehen. Dabei geht es um die Endnutzer selber, nicht deren Standesvertreter. Im Sinne der Akzeptanzförderung sollte der Nutzen von Anwendungen früh sichtbar werden.

Wir die Selbstverwalter haben auch hier eine hohe Verantwortung für die Interessenvertretung unserer Versicherten, sowohl für die Gesunden als auch die Kranken.

- Digitalisierung begegnet uns in der Versorgung mit steigender Tendenz, z.B. in Form von APPS, Pflegeroboter in der Pflege, ...!

- Digitalisierung taucht in den Haushalten der Kassen auf! Hier wird sie sich als Kostentreiber in den nächsten Jahren entwickeln! Allein der Betrag für die Einführung der E-Akte wird bei ca. 500 Millionen bis 1 Milliarde € * liegen. (Dieser Betrag ist ohne die Telematik kosten!) *Eigene Hochrechnungen des Verfassers.

- Digitalisierung bestimmt zunehmend die Beziehung Kasse – Versicherte. Über die APP werden unterschiedliche Prozesse der Beratung, der Dienstleistung und der Leistungsabwicklung gestaltet. (Datenaktualisierung, Bonusheft, Krankmeldungen,). Demnächst die Patientenakte!
Dies führt zwangsläufig zu erheblichen Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation der Kassen. In den letzten Jahren sind über 20 000 Stellen in der GKV wegrationalisiert worden!

- Digitalisierung zwischen Leistungsanbieter und Versicherten. Arztbrief, Röntgenaufnahmen, Terminbuchungen, Bewertungsportale, ...
- Digitalisierung als Chance der Professionalisierung der Arzt – Patientenbeziehung (Der mündige Patient?!)
- Digitalisierung und Ethik müssen zusammengebracht werden. Sind alle Digitalisierungsmöglichkeiten sinnvoll und humanistisch? Was bedeutet persönliche Zuwendung z.B. in der Intensivpflege oder Altenpflege? Welche Wirkungen erzielt sie im Verhältnis zu Algorithmen?
- Digitalisierung ist ein Markt für Google, Amazon usw. Ein Beispiel was da möglich ist :

Allgemeinmediziner Ferdinand Gerlach, der zugleich Vorsitzender des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen ist: MedWatch

Die Algorithmen von Google kriegen wir auf nationaler Ebene nicht verändert. Ich denke es gibt immer mehr subtile Möglichkeiten von Anbietern, ihre Interessen zu promoten. Ich erzähle mal eine Geschichte, um zu zeigen, wie es laufen könnte: Menschen nutzen zukünftig immer häufiger Sprachassistenten wie Alexa oder Siri. Dann sagen sie: Ich habe heute Kopfschmerzen, was soll ich machen? Dann wird Alexa auf ein entsprechendes Chat-Bot-Programm wie Ada Health schalten, das gezielt nachfragt: Sind die Kopfschmerzen einseitig oder beidseitig, nimmst Du Medikamente, musst Du erbrechen, hast Du auch Sehstörungen. Je nach Antwort kommen die nächsten Fragen gewichtet – am Ende kommt eine Aussage wie: Neun von zehn Patienten mit diesen Symptomen haben einen Spannungskopfschmerz.

Dann macht Ada einen Vorschlag, zum Beispiel: „Leg Dich ins Bett und trink viel – und wenn es dann nicht weggeht ist, melde Dich nochmal. Wir

können Dir auch sofort Kopfschmerztabletten schicken – mit unserem Premiumdienst ist es innerhalb von zwei Stunden bei Dir.“ Dann macht Amazon Prime eine Direktlieferung einer Packung Kopfschmerztabletten bis an die Haustür. Oder es heißt: „Das ist noch etwas unklar, wir sollten einen Arzt hinzuziehen: sollen wir innerhalb der nächsten halben Stunde eine Videoverbindung zu einem unserer Ärzte herstellen?“

Anbieter können mit enormen Kapitaleinsatz möglicherweise näher am Kunden sein und die besten Plätze besetzen – also über Alexa im Wohnzimmer, am Arbeitsplatz, im selbstfahrenden Auto

MedWatch: Welche Rolle spielt der Arzt dann in Ihrer Geschichte?

Gerlach: Der Arzt sieht alle vorher aufgenommen Informationen in einer Arztansicht und kann per Telekonsultation weiterfragen. Spätestens ab hier ist es kostenpflichtig. Der Arzt kann dann auch rezeptpflichtige Medikamente per E-Rezept verschreiben – oder weiter verweisen: „Sollen wir Dir einen Termin in einem unserer Zentren machen, um 15:15 Uhr ist 2,4 Kilometer von Dir entfernt ein Platz für ein EKG frei.“

MedWatch: Und wie weiter?

Gerlach: In diesem Beispiel sieht man: Die Diagnostik, der Arztkontakt, die Arzneimitteldistribution und das Routing in spezifische Zentren ist in einer Wertschöpfungskette abgebildet – außerhalb des Einflusses von etablierten Institutionen wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den Kassenärztlichen Vereinigungen, einzelnen Kliniken und Vertragsarztpraxen. Diese Art von Plattformökonomie, wie wir sie mit Uber oder AirBNB bereits kennen, wird es auch im Gesundheitsbereich geben. Bislang ist es noch schwierig – aber ich bin davon überzeugt, dass auch unser bestehendes, relativ veränderungsresistentes Versorgungssystem erodieren wird, schlicht weil die Menschen rund um die Uhr diese Services nutzen wollen.

Was ist zu tun?

Wettbewerb über Digitalisierung ist mehr als kritisch zu hinterfragen? Wem nützt hier Konkurrenz? Mehr gemeinsam ist aus meiner Sicht das Gebot der Stunde im Interesse der Versicherten und BeitragszahlerInnen.

Wir als Vertreter der Versicherten, der Kranken müssen „unsere“ Kassen dazu bringen mehr als Berater und Unterstützer im Digitalisierungsprozess zu agieren!

Die Haushaltsberatungen der Kassen sind von uns viel intensiver im Bereich der Ausgaben für Digitalisierung in den FOKUS zu nehmen! Digitalisierungskosten tauchen demnächst verstärkt im Leistungsbereich auf! Sind wir dafür ausreichend qualifiziert?

Die elektronische Patientenakte wird meines Erachtens das bestimmende Handlungsfeld in der GKV in den nächsten Jahren! Dies gilt insbesondere auch im Leistungsbereich.

Wir die Verwaltungsräte sind zuständig für Grundsatzfragen in den Kassen, dazu gehört auch alles Handeln in Bezug auf die Digitalisierungsangebote und Digitalisierungsstrategien der Kasse in der wir Verantwortung tragen!

Quo vadis MDK – Wie stellen wir uns für eine Reform der MDKen auf?

Präsentation

Knut Lambertin

Quo vadis MDK – Wie stellen wir uns für Veränderungen der MDKen auf?

GKV-SelbstverwalterInnen-Tagung am 17./18.05.2019 in Erkner
- überarbeitete Version -

- „Wir werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stärken, deren Unabhängigkeit gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge tragen.“

- Pflegebegutachtung
- Pflegequalität
- Krankenhaus
- Patientenschutz
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Beratung und Begutachtung für Krankenkassen

- keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr, sondern unter Beibehaltung der föderalen Struktur zu Körperschaften des öffentlichen Rechts
- Besetzung der Verwaltungsräte wird neu geregelt: 16 Vertretern bestehenden Verwaltungsräte aus 6 Vertretern der Krankenkassen, 6 Vertretern von Patienten- und Betroffenenorganisationen und 4 Vertretern der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammer

- die Benennung erfolgt durch die jeweilige Aufsichtsbehörde der Länder auf Vorschlag der betreffenden Organisationen
- Hauptamtliche der Krankenkassen und ihrer Verbände sind nicht wählbar. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates einer Krankenkasse oder ihres Verbandes sind oder es 12 Monate vor der Benennung waren, sind ebenso ausgeschlossen

- MDS wird Körperschaft des öffentlichen Rechts; Träger des MDS anstelle des GKV-Spitzenverbandes die MDKen
- Verwaltungsrat MDS aus 16 Mitgliedern, gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste: 6 Krankenkassen-, 6 Patienten-/Betroffenenvertreter und 4 Vertreter der Pflegeberufe und Ärzte

- Richtlinienkompetenz für die Arbeit der Medizinischen Dienste auf den MD Bund übertragen
- bei allen Medizinischen Diensten wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, die gegenüber dem Verwaltungsrat und den Aufsichtsbehörden berichtspflichtig ist

- Krankenhausabrechnungsprüfungen werden zunächst grundsätzlich auf 10 % der zu überprüfenden Rechnungen begrenzt. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen von 60 % und mehr wird die Prüfquote auf 5 % reduziert. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen von unterhalb 40 Prozent wird die Prüfquote auf bis zu 15 % erhöht.
- Malus-System für Abrechnungen

- Entkopplung Krankenkassen MDKen
 - Einbeziehung von Berufsverbänden, Patientenvertretungsorganisationen und Leistungserbringern
 - scheinbar größerer Einfluss für die Bundesländer
 - Zentralisierung
 - Schwächung der Sozialpartnerschaft
-
- seit Jahren Kritik und Folgen absehbar

- Sozialpartner als Träger der Wirtschaft auch die Träger der Sozialversicherungssysteme
=> Medizinischen Dienste der Sozialversicherungen Bestandteil der einzelnen Sozialversicherungszweige
- ehrenamtliche Delegation von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften fördert die Unabhängigkeit von betriebswirtschaftlichen Interessen der Kassenverwaltungen durch den verschärften Kassenwettbewerb

- Wettbewerbsneutralität: in der jetzigen Form ist die Wettbewerbsneutralität gewahrt
- Dezentralität: um der regionalen Versorgungslandschaft gerecht bleiben zu können, müssen die MDKen weiterhin dezentral organisiert sein; regelmäßige Konsultationen mit Bundesländern, vorzugsweise mit den zuständigen Ausschüssen der Landesparlamente

- einheitliche Organisationsstruktur: Verkörperschaftung aller MDKen und des MDS (Gemeinwohlorientierung)
- Stärkung der Selbstverwaltung: Garantie für Wettbewerbsneutralität, Unabhängigkeit und Dezentralität; AG-Verbände u. Gewerkschaften unabhängig von einzelwirtschaftlichen Interessen; Delegation durch AG-Verbände u. Gewerkschaften mittelbar über die VR der Krankenkassen oder unmittelbar über die Sozialpartner in die Verwaltungsräte der MDKen

- Versicherten- und Patientenorientierung: in Selbstverwaltung sind bereits die Interessen der Versicherten und Patienten verfasst plus für Patientenvertretungsorganisationen die bisherigen Beiräte. Zusätzlich regelmäßige Konsultation mit regionalen Selbsthilfegruppen, Landesgesetzgeber ist für die Unabhängigkeit der zu beteiligenden Selbsthilfegruppen zuständig

- Unabhängigkeit von berufsständischen und unternehmerischen Interessen: Debatte in der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen und der MDKen mit dem Ziel, die Unabhängigkeit auch von berufsständischen und unternehmerischen Interessen zu vergrößern

- unabhängig wovon?
- mit wem muss diskutiert werden?
- wer kann die Diskussion führen?
- form follows function?

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Knut Lambertin

Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Gewerkschaftsbund - Bundesvorstand

Vorstandsbereich IV Annelie Buntenbach

Henriette-Herz-Platz 2

10178 Berlin

Tel.: 030.240 60 702

eMail: knut.lambertin@dgb.de

Erklärung der Versichertenvertreterinnen und Versicherungsvertreter

Für die soziale Mitbestimmung der Sozialpartner – gegen die Demontage der Selbstverwaltung!"

Erklärung der Versichertenvertreter*innen im DGB:

Für die soziale Mitbestimmung der Sozialpartner – gegen die Demontage der Selbstverwaltung!

In den aktuellen Gesetzesentwürfen der Bundesregierung ist die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung – zumindest im GKV-Spitzenverband – geplant. Die soziale Selbstverwaltung der Sozialpartner soll künftig nicht mehr mit ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzt werden, sondern mit hauptamtlich tätigen Vorstandsmitgliedern der Kassen. Die Verwaltungsräte der MDKs sollen mit Leistungserbringer- und Berufsständischen Interessen durchmischt werden.

Die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter im DGB erklären auf ihrer Jahrestagung am 17./18. Mai 2019 in Erkner:

„Wir, die Versichertenvertreter*innen aller Kassenarten (AOK, BKK, Ersatzkassen, IKK, KBS) setzen uns für eine gute Versorgung, betriebliche Gesundheitsförderung und eine solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein.

Wir lehnen den Vorstoß von Gesundheitsminister Spahn zur Schleifung der sozialen Mitbestimmung der Sozialpartner ab! Die Kompetenzen der Selbstverwalter*innen müssen auch weiterhin zum Wohle der Versicherten genutzt werden.

Im GKV-Spitzenverband werden Entscheidungen getroffen, die für alle Kassen gelten. Wenn die Beitragszahler*innen dort nicht mehr vertreten sind, würde das gemeinsame Interesse der Versicherten und Arbeitgeber an guten Kassenleistungen kaum noch Gehör finden. Auch der MDK wirkt durch Prüfungen im Interesse der Beitragszahler, Versicherten und Patienten.

Deshalb fordern wir die Mitglieder des deutschen Bundestages auf, diesem Vorstoß des Bundesgesundheitsministers entgegenzutreten und einen Systemwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zuzulassen!“

Erkner, den 18.5.2019

Wir weisen darauf hin, dass diese Erklärung auch auf unserer DGB-homepage unter <https://www.dgb.de/themen/++co++0b9fd29e-7bbe-11e9-b387-52540088cada> zu finden ist.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

If. Nr.	Name	Vorname	Organisation	Funktion Verwaltungsrat
Teilnehmerinnen und Teilnehmer				
1	Adam	Karl-Heinz	IKK Südwest	Mitglied
2	Behrens	Rolf	AOK Niedersachsen	Mitglied
3	Beitz	Petra	AOK Plus	Stellvertreter/in
4	Brodde	Christine	AOK Hessen	Mitglied
5	Coors	Jürgen	BKK Daimler	Mitglied
6	Frost	Andreas	AOK Niedersachsen	Stellvertreter/in
7	Ganser	Beanka	BARMER	Mitglied
8	Gradlowski	Uwe	IKK Nord	Mitglied
9	Hartig	Ralf	AOK RLP-Saarland	Mitglied
10	Henze	Eberhard	AOK Nordost	Mitglied
11	Hindersmann	Nils	Knappschaft	Mitglied
12	Homrichhausen	Christian	IKK BB	Stellvertreter/in
13	Kappe	Angelika	AOK Hessen	Mitglied
14	Kiebach	Axel	IKK Nord	Mitglied
15	König	Uwe	IKK Classic, Landesbeirat Thüringen	Mitglied
16	Maier	Berthold	Schwenninger BKK	Mitglied
17	Manneck	Michael	IKK Brandenburg-Berlin	Mitglied
18	Mehnert	Reinhard	KKH	Mitglied
19	Meier	Otto	IKK Classic	Mitglied
20	Mende	Gisela	AOK PLUS	Stellvertreter/in
21	Musall	Michael	AOK Nordost	Stellvertreter/in
22	Nestler	Roland	BKK Deutsche Bank	Mitglied
23	Ortmann	Carina		Mitglied
24	Passet	Peter	IKK classic	Stellvertreter/in

25	Pietz	Andreas	IKK classic	Stellvertreter/in
26	Rennebeck	Aline		
27	Schilling	Heiner	hkk	Mitglied
28	Schöne	Gisbert	DRV KBS	Mitglied
29	Schrott	Peter	AOK Nordost	Mitglied
30	Schückler	Roberta	IKK Südwest	Mitglied
31	Schultz-Serengil	Bernd	IKK Brandenburg-Berlin	Mitglied
32	Trost	Tanja		Mitglied
33	Vey	Robert	AOK Hessen	Mitglied
34	Weise	Bernd	AOK Hessen	Mitglied
35	Wiedemeyer	Susanne	AOK	Mitglied
Referenten/Moderation/Organisation				
1	Becker	Ulrich	Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München	ReferentIn
2	Berking	Jochen	GKV-Spitzenverband	ReferentIn
3	Buntenbach	Annelie	DGB Bundesvorstand	ReferentIn
4	Frank	Marco	DGB Bundesvorstand	Organisation
5	Kowollik	Beate	WDR	Moderation
6	Lambertin	Knut	DGB Bundesvorstand	ReferentIn
7	Linnemann	Eckehard	Knappschaft	ReferentIn
8	Römer	Bert	IKK	ReferentIn
9	Schepers	Dr. med. Dipl.-VW Josef	Berliner Institut Gesundheitsforschung	ReferentIn

Impressum

Herausgeber:
DGB Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik
Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin
www.dgb.de

Stand: Juni 2019