kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

9. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028

am 14. September 2024 in Berlin

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

Sachstand Digitalisierung

Nach dem bereits in Kraft getretenen Digitalisierungsbeschleunigungsgesetz (DigiG) und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) liegt nunmehr das lange angekündigte dritte Digitalisierungsgesetz als Regierungsentwurf vor: das **Gesundheitsdigitalagenturgesetz** (GDAG). Mit diesem Gesetz wird die gematik faktisch zur einer dem BMG unterstellten Behörde mit weitreichenden hoheitlichen Aufgaben aufgewertet. Sie fungiert zukünftig als nationale eHealth-Kontaktstelle für den europäischen Gesundheitsdatenraum und erhält den Sicherstellungsauftrag für die Stabilität und Funktionalität der Telematikinfrastruktur in Deutschland. Fachlich wird die Digitalagentur zum nationalen Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Damit verbunden sind weitreichende Zertifizierungs- und Kontrollfunktionen. Die neue gematik kann Anbietern und Herstellern von IT-Produkten verbindliche Anweisungen technischer und organisatorischer Art erteilen, Maßnahmen vorschreiben und Fristen setzen. Sie soll selbst als Provider eine steuernde Funktion bekommen, z. B. durch privilegierte Vergaberechte für einzelne Komponenten, Dienste und Anwendungen („differenziertes Marktmodell“). Störungen, Sicherheitsvorfälle und Schwachstellen von Diensten innerhalb der TI sind der Digitalagentur unverzüglich zu melden. Im Umkehrschluss wird sie die Koordinierungsstelle für jegliche Anliegen, die das elektronische Rezept oder die sogenannten sicheren Kommunikationsverfahren betreffen. Das GDAG legt „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) und den TI-Messenger (TIM) dauerhaft als die beiden Standardverfahren für sichere Datenübermittlungen in der Telematikinfrastruktur fest.

Für die Vertragsärzte erfreulich ist der vorgesehene Auftrag des Gesetzgebers, durch Interoperabilitätsvorgaben den Wechsel von Praxisverwaltungssystemen (PVS) zu erleichtern. Der jeweils alte PVS-Anbieter soll den Wechsel unterstützen oder anderenfalls für Mehraufwände bei der Datenübernahme in das neue PVS haften. Offenbar wird auch eine Marktbereinigung durch Widerruf von Zertifizierungen bereits etablierter PVS angestrebt - wenn sie die erhöhten Anforderungen der Digitalagentur an Interoperabilität und Konformität nicht erfüllen können. In diesen Fällen haben Vertragsärzte und -psychotherapeuten acht Monate Zeit, sich neu zu orientieren. Im Zusammenhang damit sollen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Support ausbauen. Die KVen erhalten die Berechtigung zu Produktvergleichen, Wechselberatung und markenbezogenen Fortbildungsangeboten sowie zu weitergehender Unterstützung ihrer Mitglieder rund um die IT - all das natürlich, ohne explizite Produktwerbung zu betreiben.
Als neue Aufgabe der KBV wird im GDAG-Entwurf vorgegeben, eine interoperable EBM-Schnittstelle zu schaffen. Diese soll den PVS-Herstellern ersparen, fortlaufende EBM-Änderungen selbst in einem systemspezifischen Regelwerk umzusetzen - was sich in der Vergangenheit als häufige

Fehlerquelle erwiesen hat. Die Kosten der Schnittstelle und ihrer Pflege werden vom BMG mit 85.000 € im ersten und 60.000 € in jedem weiteren Jahr beziffert. Dabei herauskommen wird ein kleiner Schritt in die Richtung, die Herr Dr. Strauß in der letzten Sitzung mit seinem Antrag auf „identische Ziffern-Regelwerke“ verfolgt hat, wenn auch nur im Hinblick auf den EBM.

Eine interessante Passage des Gesetzes widmet sich den digitalen Terminbuchungsplattformen der Praxen. KBV und GKV-Spitzenverband erhalten die Aufgabe, Anforderungen an Datenschutz, Informationssicherheit und Interoperabilität zu formulieren, die sowohl von der 116117 als auch von privaten Anbietern wie z. B. doctolib erfüllt werden müssen. Priorisierungen der Terminvermittlung auf Grund von Entgeltzahlungen oder zugunsten extrabudgetärer Leistungen sind nicht zulässig. Die Terminvergabe darf sich auch nicht nach Verhaltensprofilen der Versicherten richten. Die Benachteiligung von alten und chronisch kranken (z. B. hausbesuchsbedürftigen) Versicherten muss ausgeschlossen werden. Die Terminvergabe muss nach einem aktuellen fachlich-medizinischen Standard (z. B. strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren) erfolgen.

Eine kritikwürdige Regelung in dem neuen Gesetz ist die Beendigung der Pauschalvergütung für elektronische Arztbriefe, die damit nur eine vorübergehende Anschubfinanzierung gewesen ist - sie gilt jetzt noch bis Ende 2024. Außerdem enthält das GDAG eine weitere Durchlöcherung des Datenschutzes durch die Möglichkeit des patientenseitigen Verzichts auf eigene Rechte nach der DSGVO. Die Digitalagentur soll vereinfachte Authentifizierungsverfahren im Benehmen mit dem BSI bereitstellen. Ich hatte früher an dieser Stelle schon eindringlich darauf hingewiesen, dass bereits mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz ein Paradigmenwechsel hin zur Aufweichung der Vertraulichkeit persönlicher Gesundheitsdaten eingeleitet wurde. Nun soll die ePA-Sicherheit weiter zugunsten der Forschung aufgebohrt werden. Hinter dem Vorwand des öffentlichen Wohls stehen hier bekanntlich einflussreiche kommerzielle Interessen.

Unsere ärztliche Skepsis gegenüber dem Digitalisierungs-Hype im Gesundheitswesen erhielt neue Nahrung durch die **weltweite IT-Störung** vom 19. Juli 2024. Auslöser war ein fehlerhaftes Software-Update der Firma CrowdStrike für die Sicherheits-Software „Falcon“. Ein Fehler im Programmcode führte zum Ausfall von cloudbasierten Diensten von Microsoft und zum Absturz der damit arbeitenden Server. Deutsche Arztpraxen waren zum Glück nicht betroffen. Im britischen und israelischen Gesundheitswesen fielen flächendeckend Systeme aus, in UK waren z. B. Terminbuchungen und eRezepte nicht mehr möglich. In Deutschland konnten die Apotheken nicht mehr arbeiten, da sie fast ausnahmslos die Software WinApo von CGM benutzen. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein musste in Kiel und Lübeck die gesamte EDV abschalten, elektive Eingriffe wurden abgesagt und die Ambulanzen geschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg und Hessen waren zeitweise telefonisch nicht erreichbar. Die Störung ließ sich durch das Löschen des fehlerhaften Updates relativ schnell beheben, was dann aber die Nebenwirkung einer vorübergehend eingeschränkten Abwehr von Schadprogrammen hatte. Dieser kurze Supergau, der weltweit unzählige Betriebe und Verwaltungen im Bereich einer kritischen Infrastruktur lahmlegte, zeigt die ungesunde Abhängigkeit unserer Zivilisation von der digitalen Infrastruktur überdeutlich. Trotzdem hat das Ereignis nicht die Spur eines Aufwacheffektes hinterlassen. Drei Tage lang mediale Empörung, dann schien alles wieder vergessen und das Digitalisieren geht fröhlich weiter.

Nicht ganz so bei uns. Wir haben die Gelegenheit genutzt, bei einem Treffen mit dem Leiter der neuen **KBV-Stabsstelle Digitalisierung**, Herrn Dr. Philipp Stachwitz, unsere Sorgen deutlich zu machen. Herr Dr. Stachwitz ist in Nebentätigkeit niedergelassener Schmerztherapeut und hat als IT-affiner ärztlicher Kollege eine spannende Vita. Wir hatten ihn nach Weimar eingeladen und im Programm neben dem politischen Austausch auf Vorstandsebene auch eine interessante Diskussion zu praktischen Digitalisierungsthemen mit unseren leitenden Mitarbeiter/inne/n organisiert. Im Mittelpunkt stand dabei die bevorstehende Einführung der „ePA für alle“ und die Vorbereitung der Vertragsärzteschaft auf diese Herausforderung im Jahr 2025. Mit Genugtuung

haben wir das Versprechen zur Kenntnis genommen, dass die KBV sehr genau prüfen will, ob die Umsetzungen der ePA durch die PVS-Entwickler bis zum Herbst einen erfolgreichen Rollout im nächsten Jahr erwarten lassen. Wir sind uns mit Herrn Dr. Stachwitz einig, dass die vorgesehene Erprobungszeit von 4 Wochen viel zu kurz bemessen ist. Falls es vor dem Jahreswechsel begründete Zweifel daran geben sollte, dass der ePA-Start glatt laufen wird, ist die KBV entschlossen, ihre Kommunikationsstrategie sofort um 180° zu drehen. Vorläufig laufen die Vorbereitungen für eine Informations- und Schulungsoffensive aber noch auf vollen Touren – denn es könnte ja durchaus genau so gut laufen wie beim eRezept. Dass Digitalisierung ganz ohne Holpern stattfindet, glaubt allerdings niemand.

Die KV Thüringen hat neben der bundesweit koordinierten ePA-Informationswelle ein eigenes Format in Planung. Unsere Idee ist es, die regionalen PVS-Anbieter für Videokonferenzen mit den Nutzern ihres Systems zu gewinnen. Also praktische **ePA-Anleitung online** – für jede Praxis an dem System, welches man alltäglich benutzt. Und das möglichst nicht als anonymes Tutorial, sondern als Dialog mit Fachleuten in mehr oder weniger kleinen Anwendergruppen. Das halten wir für die effektivste Art, sich mit der Neuerung der elektronischen Patientenakte vertraut zu machen. Die Resonanz auf unsere Einladung an die Firmen ist bisher noch verhalten, aber ausreichend für das Projekt. An der Frage, welches Angebot „mein PVS“ in Vorbereitung der ePA macht, werden vielleicht viele Kolleginnen und Kollegen schon einen Anhaltspunkt sehen, ob sie gut aufgestellt sind oder an einen Wechsel denken sollten. Als potenzielle „Reißleine“ sehen wir ein Info-Blatt für Patienten, dass - und wie - sie jederzeit der ePA widersprechen können.

Krankenhausplanung, Krankenhausinsolvenzen und Krankenhausreform

Unsere scheidende Gesundheitsministerin Heike Werner hat sich in ihrer zweiten Amtsperiode große Mühe gegeben, mit den Stakeholdern im Thüringer Gesundheitswesen einen Konsens zur Zukunft der Krankenhauslandschaft herzustellen. Über fast zwei Jahre zog sich die sogenannte Zukunftswerkstatt hin. Während dieser Zeit wurde auf Initiative der AOK PLUS mit einem gemeinsamen Zielbildkatalog versucht, die gegensätzlichen Interessenlagen der Beteiligten zu überdecken - die dann allerdings bei der Pressekonferenz zu den diesjährigen Medizinischen Fortbildungstagen um so deutlicher aufeinander prallten. Verkürzt gesagt, plädieren Krankenkassen und KVT für eine stärkere Ambulantisierung. Auf der anderen Seite stehen Landeskrankenhausgesellschaft und Ministerium mit dem starken Wunsch, möglichst Vieles möge so bleiben wie es ist. Der Werkstattprozess mündete in einem Gutachten zum **8. Thüringer Krankenhausplan**, das zeitlich parallel zur Kontroverse zwischen Bundesgesundheitsministerium und Ländern über die Krankenhausreform entstand. Das Gutachten wurde Grundlage des neuen Krankenhausplanes, der nun die „alte Welt“ der Abteilungsplanung ohne Konzentrationsprozesse fortschreibt, um erst nach der gesetzlichen Reform an die „neue Welt“ der Planung nach Leistungsgruppen angepasst zu werden.

Völlig ungeplant kam es in der Zwischenzeit zu **Krankenhausinsolvenzen**. Über den Klinikverbund Regiomed mit ihren Häusern in Südthüringen und Franken hatte ich schon einmal berichtet. Dort werden inzwischen alle Thüringer Standorte von den Landkreisen Sonneberg und Hildburghausen rückübernommen. Die Defizite, insbesondere des unwirtschaftlichen Krankenhausstandortes Neuhaus am Rennweg, müssen nun mit den finanziellen Mitteln einer Landesbürgschaft ausgeglichen werden. Die gemeinsamen Bemühungen des bisherigen Trägers, der Krankenkassen und von uns, den Standort Neuhaus zu ambulantisieren, wurden vom Thüringer Sozialministerium über Jahre ausgebremst nach dem Motto „Wir brauchen jedes Krankenhaus.“ Die Zeche zahlt der Steuerzahler. Perspektivisch gab es schon allein wegen des zunehmenden Personalmangels keine Alternative zur Transformation der Klinik in Neuhaus zu einem sektorenübergreifenden Betriebsmodell. Weil damit zu lange gezögert wurde, wird es nun absehbar zur Schließung des Stationsbetriebes kommen.

Am 1. September erfolgte bereits die insolvenzbedingte Schließung der Sternbach-Klinik Schleiz, die sich erstmals schon im Jahr 2021 in finanzieller Schieflage befand. Damals stand sie noch im Eigentum des Nachbarlandkreises Greiz, der sich von diesem Zuschussgeschäft trennen wollte. Da der örtlich zuständige Saale-Orla-Kreis abwinkte, rettet sich die Landrätin von Greiz durch eine Privatisierung vor weiter wachsenden Schulden. Es handelt sich beim Krankenhaus Schleiz um einen Standort, der wegen seiner geringen Größe nach gesundheitsökonomischen Maßstäben nicht wirtschaftlich zu führen ist. Aber weil damals weder Lokalpolitiker noch das planungsverantwortliche Ministerium den Mut zur Wahrheit hatten, ließ man sich auf einen windigen Investor ein, der in der Art eines Voodoo-Zauberers versprach, über ein Patent zur Rettung kleiner Kliniken zu verfügen. Tatsächlich kann man noch heute für 65 € das Buch „Dynamische Pfade®“ von Arne Ballies kaufen, in welchem er seine Theorie zur Kostensenkung durch Abkehr von Standardisierung in der Patientenversorgung ausbreitet. Einige Zeit gelang es ihm, eine ganze Reihe kluger Leute hinter’s Licht zu führen. Nur zu gern hörten Politiker und Krankenhauslobbyisten auf einen Mann, der Kapital eingesammelt hatte, um endlich die Wirtschaftswissenschaften zu widerlegen. Heute werden bittere Krokodilstränen vergossen und sogar Klagen gegen ihn als Geschäftsführer angestrengt. Und es wird heftig auf die Bundesregierung geschimpft, als wäre Karl Lauterbach an der Pleite schuld. Nein, hier gehört der Bundesminister ausnahmsweise mal nicht an den Pranger. Hier ist die Katastrophe hausgemacht, weil man aus ideologischem Wunschdenken heraus einen Scharlatan gewähren ließ. Da nicht nur die Klinik selbst, sondern mit ihr auch ein Rettungsdienststandort und mehrere MVZ-Töchter an die Wand gefahren wurden, droht jetzt eine veritable Versorgungslücke. Schleiz ist ein Musterbeispiel dafür, wie es nicht laufen sollte. Vor allem ist der Fall als dringende Aufforderung an die neue Thüringer Landesregierung zu verstehen, auf ambulante Transformation statt auf Bewahrung unwirtschaftlicher Krankenhäuser zu setzen und die Krankenhausreform des Bundes nicht weiter zu blockieren!

Last not least hat die Trägergesellschaft KMG des Manniske-Krankenhauses Bad Frankenhausen angekündigt, diesen Standort Mitte 2025 planmäßig zu schließen und nur das MVZ dort fortzuführen. Meines Erachtens hat KMG diese unternehmerische Entscheidung gut vorbereitet und klug kommuniziert. Offensichtlich auf den Wunsch von Gesundheitsministerin Werner (Linke) hin hat man die Schließungspläne erst am Tag nach der Landtagswahl bekannt gegeben.

Honorarverteilung wieder im Lot

Als politische Vorbemerkung zu TOP 3 möchte Ihnen mitteilen, dass die Prognosen zum „Reset“ der Thüringer Honorarverteilung im Jahr 2024 erwartungsgemäß eintreffen. Wir hatten seit 2019 Verwerfungen durch verschiedene Einflüsse: 1. durch die Bereinigung im Zuge der Neupatientenregelung, 2. durch die fachgruppendifferenten Fallzahlschwankungen infolge der Pandemie, 3. durch die Rückbereinigung nach Streichung der Neupatientenregelung sowie 4. durch die Honorarschwankungen im Zusammenhang mit wechselnden Test- und Impfvergütungen. Das Gesamthonorar hat sich in den letzten 10 Jahren zwar relativ kontinuierlich entwickelt. Aber in den einzelnen Fachgruppen undulierten die Kurvenverläufe erheblich, so dass es abwechselnd Gewinner und Verlierer unserer 65/35-IPV-Systematik mit entsprechenden Diskussionen und Hilferufen – jeweils aus den Gruppen mit aktuellen Honorarverlusten – gab. Hier sind wir nun am Ende der Verteilungsturbulenzen angekommen und die Fachgruppen erreichen im 1. Quartal 2024 wieder ihren gewohnten Level auf einem interpolierten Kontinuum aus den Jahren bis 2019. Derzeit gibt es keine externen Einflussfaktoren mehr, die erneute Verwerfungen zwischen den Fachgruppen in nächster Zeit befürchten lassen. Lediglich das Verhältnis zwischen MGV und EGV unterliegt stetigen Veränderungen durch die Ausbudgetierung der pädiatrischen und augenärztlichen sowie demnächst voraussichtlich der hausärztlichen Leistungen sowie in Abhängigkeit von der Dynamik extrabudgetär vergüteter Terminvermittlungsfälle.