

16. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023 - 2028

am 18. März 2026 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichtersteller:

Dr. med. Thomas Schröter

Digitalisierung

Alljährlich zwischen Weihnachten und Silvester treffen sich die Freaks vom Chaos Computer Club zu einem Kongress. Bei dem Club handelt es sich keineswegs um Chaoten, sondern um seriöse Kritiker der Auswüchse von Digitalisierung – nicht nur, aber auch im Gesundheitswesen. Sie sind inzwischen eine wichtige Stimme, die vor Gefahren warnt und auf Fehler hinweist. Bei ihrem jüngsten Treffen gab es wichtige Botschaften, die wir uns nicht nur als KV, sondern auch als Privatpersonen durchaus zu Herzen nehmen sollten. Es ging um die Gewinnung von mehr Unabhängigkeit von den Big-Tech-Monopolisten Elon Musk, Jeff Bezos, Mark Zuckerberg und wie sie alle heißen. Dazu wurde der jeweils erste Sonntag im Monat zum Digital Independence Day ausgerufen. An diesen Sonntagen sind wir aufgerufen, bei jeweils wenigstens einer digitalen Anwendung „auf die gute Seite“ zu wechseln.

Was heißt das? Zum Beispiel Wechsel des Betriebssystems von Windows auf Linux Mint. Das kommt sicher nur für IT-affine Menschen in Betracht. Aber statt Google Maps lieber Open Street Map benutzen, dazu bietet schon der nächste Urlaub Gelegenheit. Statt des Office-Paketes von Microsoft mit Word, Excel & Co. lieber Open Office benutzen – das können wir alle fast täglich beherrzigen. Im Laden einkaufen statt bei Amazon bestellen! Es gibt außer Google viele andere Suchmaschinen mit gleicher Leistung aber ohne Datentracking, z. B. Startpage oder DuckDuckGo. Auch WhatsApp wird angesprochen, der unter unseren Kollegen beliebteste und zugleich riskanteste Messenger-Dienst, der komplette Netzwerke und die private Kommunikation für KI-Analysen durchsichtig macht. Also nehmen Sie am besten gleich ihre ganzen Gruppen mit beim Wechsel auf Signal oder Threema. Die Empfehlungen des Chaos Computer Club betreffen weitergehend Bezahlsysteme (z. B. Wero statt PayPal), den Browser (lieber Firefox als Chrome!), das Mailhosting (z. B. weg von Gmail!) und Social Media Plattformen, wobei besonders X vormals twitter gemieden werden sollte.

Auch die digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen inklusive der elektronischen Patientenakte bieten dem CCC immer wieder Anlass für Warnungen vor der unzureichenden Sicherheit. Allerdings gab es hier beim letzten Kongress keine neuen Erkenntnisse, sondern es wurden erneut die Dinge moniert, über die ich Ihnen auch früher schon berichtet hatte. Eine zunehmende Aufmerksamkeit finden die Gefahren der KI-Infiltration. Man sollte sich sowohl bei medizinischen

als auch bei privaten Recherchen davor hüten, vermeintlich bequeme KI-Analyseangebote der Plattformen zu nutzen. Vor allem Wikipedia führt gerade einen verzweifelten Kampf gegen eingeschleuste KI-Artikel, weil der gute Ruf als zitierfähige Quelle Schaden zu nehmen droht.

Zum Thema IT-Sicherheit wäre unendlich viel mehr zu berichten, aber es ist eine sehr trockene Materie. Seien Sie an dieser Stelle einmal mehr versichert, dass in unserem Haus ein sehr hoher Aufwand getrieben wird, um den Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit auf dem Niveau einer kritischen Infrastruktur gerecht zu werden. In Ihrer Praxis und Ihrem Privatbereich tragen Sie dafür selbst die Verantwortung.

Nach diesem Exkurs komme ich auf einen Personalwechsel im BMG zu sprechen, wo bekanntlich die Vorgaben zur Digitalisierung im Gesundheitswesen entstehen. Frau Dr. Ozegowski, die unter Karl Lauterbach zu unserer obersten Digitalisiererin berufen worden war, ist nach 3½ Dienstjahren von Nina Warken in den Ruhestand versetzt worden. Die überehrgeizige Digitalisierungsstrategie des BMG, unter der wir in den letzten Jahren zu leiden hatten, wird nämlich derzeit entschleunigt. Als neues Gesicht an der Spitze der Abteilung 5 wurde ein Fachmann berufen, der sich bisher vornehmlich im CDU-Parteiparat bewährt hat. Bemerkenswerterweise entließ Frau Ministerin Warken als bekennende Feministin bei der Besetzung mehrerer Schlüsselfunktionen im BMG die Spitzenfrauen und entschied sich für kompetente Männer.

Was haben wir bei der Digitalisierung demnächst zu erwarten? Das Digitalagentur-Gesetz von Lauterbach ist dem Bruch der Ampel-Koalition zum Opfer gefallen. Die Rolle der Gematik wird sich also vorerst nicht ändern. Dann ist ein Digitalgesetz angekündigt, dessen Titel GDVG und Inhalte schon avisiert wurden. Wie früher bereits berichtet, soll die Digitalisierung mehr Augenmaß und Nutzerorientierung bekommen – wir erwarten insoweit unbesorgt den Referententwurf. Das Medizinregistergesetz ist ein Vorhaben der Vorgängerregierung, das in der vorigen Woche als Neuauflage vom Kabinett auf den Weg gebracht wurde. Die einzige relevante Änderung gegenüber dem vorigen Entwurf ist die Öffnung der medizinischen Register für einen KI-Einsatz.

Hinsichtlich der Durchdringung des Praxisalltags durch die elektronische Patientenakte haben sich seit der letzten VV die absoluten Zahlen weiter erhöht, aber die Relationen sind unverändert: Insgesamt 120.538 professionelle Anwender nutzen - Stand heute - die ePA. Mit dabei sind ca. 93 % der ambulant-ärztlichen und psychotherapeutischen Betriebsstätten. Man kann sagen: bei uns ist die ePA angekommen. Von den Akteninhabern, den Versicherten, haben knapp 5 Mio ihre Gesundheits-ID aktiviert – das ist bekanntlich die Voraussetzung zur Nutzung der ePA durch Patienten. Derzeit sind das weniger als 7 % von 75 Millionen. Da ist unverändert viel Luft nach oben.

Als letzten Punkt unter dem Stichwort „Digitalisierung“ möchte ich auf die Zi-Studie zur Akzeptanz und Nutzerfreundlichkeit von Praxisverwaltungssystemen zurückkommen, die ich Ihnen im November vorgestellt hatte. Unsere IT-Abteilung hat mal analysiert, wie viele reale PVS-Wechsel bei unseren Mitgliedern zu verzeichnen sind. Die Auswertung von 8 Quartalen, also 2 Jahren ergab 195 Fälle, das sind ca. 100 Umstiege pro Jahr und entspricht 3,2 % aller registrierten Anwender. Wenn man genauer nachschaut, welche Systeme verlassen werden und wohin

gewechselt wird, findet sich eine recht gute Übereinstimmung mit der Analyse des Zi. Es gibt drei Favoriten, für die sich die meisten wechselwilligen Praxen in Thüringen entscheiden: tomedo, Medatixx und Medical Office. Das Ergebnis spricht dafür, dass man sich offenbar unter Kolleginnen und Kollegen über seine Erfahrungen ausgetauscht hat. Die Wahl einer Alternative wird durch die Zi-Erhebung, die übrigens verstetigt werden soll, für zukünftige Wechsler erleichtert.

Krankenhausreform und Krankenhausplanung in Thüringen.

Das eigentliche Reformgesetz, das KHVVG, war Ende 2024 nur mit Mühe durch den Vermittlungsausschuss gekommen und ist längst in Kraft getreten. Mit den Regelungen zur Vorhaltevergütung statt DRG und zur Leistungsgruppensystematik mit Mindestfacharztzahlen waren die damalige CDU-Opposition und die Länder nicht einverstanden, deshalb wurde im letzten Jahr um ein Krankenhausreformanpassungsgesetz gerungen. Nun gab es vor wenigen Tagen zu den verbliebenen Streitpunkten einen Kompromiss. Die Ablösung der DRG soll schrittweise erfolgen – durch Zwischenschaltung einer Konvergenzphase verschiebt sich der Prozess bis 2030. Und bei den Leistungsgruppen können die Gesundheitsministerien der Länder den Krankenhäusern häufiger und längerfristiger Ausnahmeregelungen einräumen, wenn sie die geforderten Personaluntergrenzen nicht einhalten.

Worüber gar nicht mehr diskutiert wurde, waren die vielen anderen Punkte, mit denen der Bund schon beim KHVVG den Ländern entgegengekommen war: volle Refinanzierung von Tarifsteigerungen sofort mit Tarifabschluss, Sicherstellungszuschläge im ländlichen Raum, Fördermillionen für Kinderkliniken, Abschaffung der Fixkostendegression und - last not least - die Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, d. h. von Krankenhäusern mit breiter Öffnung für die ambulante Versorgung. Der politische Irrweg, mit weiteren teuren Finanzspritzen aus Krankenkassenbeiträgen in die Krankenhäuser deren Wettbewerbsvorteile gegenüber dem ambulanten Sektor auszubauen, wurde also nach dem Regierungswechsel nicht in Frage gestellt.

Der 8. Thüringer Krankenhausplan basiert auf einer 10-Jahres-Fallzahlprognose, die einerseits die demografische Entwicklung und andererseits die erwarteten Ambulantisierungseffekte berücksichtigt. Durch Bevölkerungsschwund und Alterung sind ca. 2 % Fallzahlrückgang bedingt. Wenn man zusätzlich die Ambulantisierung berücksichtigt (Stichwort: Hybrid-DRG), ergeben sich bis zum Jahr 2033 ca. 16 % weniger Krankenhaushfälle. Das ist die durchschnittliche Prognose über alle Diagnosen. Das rechnerische Ambulantisierungspotenzial betrifft die verschiedenen Leistungsgruppen aber unterschiedlich. Die höchsten Ambulantisierungswerte um 4 % jährlich erreichen die interventionelle Kardiologie, die Gynäkologie und die HNO-Heilkunde. Wie sich das bei der Krankenhausplanung konkret auswirkt, möchte ich Ihnen am Beispiel der Herzkathetereingriffe kurz erläutern.

Die interventionelle Kardiologie ist eine Leistungsgruppe mit sehr hohem Ambulantisierungspotenzial. Hier ist die Spreizung zwischen rein demografischer Fallzahlprognose und der Prognose mit Berücksichtigung des Ambulantisierungsfaktors noch deutlicher. Demografisch lassen sich alterungsbedingt zwar 2 % Zuwachs errechnen, aber realistisch ist eine Verminderung der Fallzahlen um ca. 30 % durch die Ambulantisierung über die nächsten Jahre bis 2033.

Das Thüringer Gesundheitsministerium muss nun entscheiden, auf wie viele und welche Häuser diese Leistungsgruppe konzentriert werden soll, wenn die Fallzahlen kontinuierlich abnehmen werden. 2040 werden nur noch 70 % der bisherigen Leistungen stationär benötigt. Das entspricht der derzeitigen Kapazität an 13 von 31 Standorten, an denen man die Leistungsgruppe konzentrieren könnte. Trotzdem beanspruchen 21 der 31 Krankenhäuser - jedes für sich - mehr oder weniger hohe Fallzahlsteigerungen. Das ist weitab der Realität und ignoriert die

Ambulantisierung durch Hybrid-DRG.

Hybrid-DRG bedeuten für die Kliniken wie für die Vertragsärzte dasselbe. Es gibt einen Grouper, der operative Eingriffe danach klassifiziert, ob sie dem Katalog der Leistungen mit sektorengleicher Vergütung zuzuordnen sind oder nicht. Wenn eine Hybrid-DRG für die durchgeführte Operation existiert, muss diese zwingend abgerechnet werden. Dann entfällt für das Krankenhaus die Abrechnungsmöglichkeit per DRG und für Vertragsärzte die Abrechnungsmöglichkeit nach EBM.

Wir haben in den letzten Tagen eine Umfrage unter unseren Operateuren gemacht. Der Rücklauf ergab, dass es derzeit mindestens 41 operierende Vertragsärzten gibt, die Hybrid-DRG erbringen. Die Erfassung durch eine Umfrage ist naturgemäß unvollständig, sicher gibt es auch einige Erbringer, die nicht geantwortet haben. 546 Eingriffe sind von diesen Operateuren seit dem Start des neuen Kataloges am 01.01.2026 abgerechnet worden, davon etwas mehr als die Hälfte über die KV. Wir haben über das Geschehen noch keine Daten der Krankenkassen vorliegen, die als einzige genau wissen, wie die Ambulantisierung vorankommt. Es bestätigt sich aber, dass Hybrid-DRG vor allem als Druckmittel für die Krankenhäuser selbst gedacht sind, bisher stationär erbrachte Fälle zukünftig ambulant zu versorgen. Die Erbringung durch Vertragsärzte hat ihre natürlichen Grenzen in den Kapazitäten der ambulanten Operateure.

Demografie und Versorgungsprognose im ambulanten Bereich

Die Bevölkerungsprognose für Thüringen in den nächsten 10 Jahren weist einen Rückgang der Einwohner um 9 % aus. Das bedeutet unterm Strich auch einen geringeren ärztlichen Versorgungsbedarf – sprich: weniger offene Stellen in der Bedarfsplanung. Bei der Altersverteilung der Ärzte gibt es deutliche Unterschiede zwischen Praxen und Krankenhäusern: in den Kliniken ist etwa die Hälfte der Ärzte über 50 Jahre alt, in den Praxen sind es ca. zwei Drittel. Entsprechend ist der Nachwuchsbedarf in den Praxen aktuell besonders hoch, sinkt aber in den kommenden Jahren kontinuierlich. Bei den Krankenhäusern ist die Entwicklung genau gegenläufig, hier werden die Rentenübergänge aber in den Folgejahren zunehmen. Nach einer Zi-Studie zum Nachwuchsbedarf ergibt sich eine etwa ausgewogene Verteilung zwischen den Sektoren im Prognosejahr 2040. Diese Bedarfszahlen sind abgeglichen worden mit der Zahl der Studienplätze, die jeweils 15 Jahre vor dem Bedarfsjahr zur Verfügung standen. Denn 15 Jahre sind der Erfahrungswert für die mittlere Zeit, bis ein Studienanfänger als Facharzt in der Versorgung ankommt. Das Ergebnis weist den Mangel aus, den wir derzeit erleben: Die Zahl der ausscheidenden Ärzte liegt weit über der Zahl der fertig werdenden Fachärzte. Die dazu erstellte Grafik zeigt aber, dass es in ca. 10 Jahren einen Break-even-Point geben wird, an dem der Nachwuchs den Ersatzbedarf vollständig decken wird. Auch wenn dann nicht gleich eine Ärzteschwemme droht, ist zumindest ein Ende der Mangelsituation in 10-12 Jahren vorhersagbar.

Aus diesen Betrachtungen, die ich hier und heute leider weiter nicht vertiefen kann, sind folgende Schlussfolgerungen zu ziehen. Es geht um Narrative, die in Podiumsdiskussionen immer wieder bemüht werden und die ein Umdenken erfordern.

1. Die Performance der vertragsärztlichen Versorgung wird in den nächsten 10 Jahren weiter sinken. Das lässt sich mit keinen Maßnahmen irgendwelcher Art abwenden.
2. Zentralisierung und Ambulantisierung von Krankenhausleistungen im Zuge der aktuellen Reform sind nur mit effektiverem Einsatz des ärztlichen Personals in den Krankenhäusern zu realisieren. Eine Verlagerung in die vertragsärztlichen Praxen und MVZ ist mangels verfügbarer Kapazitätsreserven nicht in relevantem Umfang möglich.
3. Die demografisch bedingte Abnahme der Vertragsarztsitze infolge sinkender Bevölkerungszahlen (Bedarfsplanung) und die absehbare Nachwuchssituation werden zur Entspannung des Ärztemangels nach 2036 führen.

Dieser Blick über den Tellerrand der eigenen Amtsperiode hinaus sollte in unsere Perspektive beim Umgang mit den alltäglichen Herausforderungen Eingang finden. Als konkretes Beispiel möchte ich die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Thüringen aufzeigen, die kürzlich in einer Studie des BARMER-Institutes für Systemforschung beleuchtet wurde. Man fühlt sich ja doch auf sichererem Boden, wenn die Prognosen aus verschiedenen Quellen zum gleichen Ergebnis führen. Die Versorgungsgradverteilung des Jahres 2024 wurde vom BARMER-Institut der Prognose für 2040 gegenübergestellt. Das farblich markierte Demografie-Problem wandert auf der Landkarte deutlich erkennbar von Osten nach Westen. Dabei ist und bleibt Thüringen „das grüne Herz“ Deutschlands – eine Insel der Glückseligen, was die hausärztliche Versorgung betrifft. Aber in der kleinräumigen Betrachtung lässt sich mit den Prognoseinstrumenten des BARMER-Institutes dennoch voraussagen, wo in Thüringen auch langfristig mit Brennpunkten der Sicherstellung zu rechnen ist: Auf den Kyffhäuserkreis im Norden, den Landkreis Greiz im Osten und Hildburghausen im Süden sowie die jeweils benachbarten Mittelbereiche werden sich die zukünftigen Sicherstellungsprojekte der KV Thüringen zu konzentrieren haben.

Sachstand ambulante Systemreform

Am Ende möchte ich noch in gebotener Kürze auf die Richtung eingehen, in der sich die politische Diskussion zum Primärversorgungssystem weiter entwickelt hat. Sie erinnern sich sicher, dass ich im vergangenen Jahr sehr ausführlich über das breite Meinungsspektrum zu diesem Punkt im Koalitionsvertrag berichtet hatte. Frau Dr. Rommel hatte den aktuellen Dialogprozess im BMG bereits erwähnt – zum Auftakt gab es eine Pressekonferenz. Die Bundesministerin hält an einer Zweigleisigkeit der Patientensteuerung fest, bei der es neben der hausärztlichen Primärversorgung eine digitale Schiene geben soll. Einen primären Facharztzugang sieht sie nur zu Zahnärzten, Augen- und Frauenärzten; sowie für Chroniker zu den Spezialisten für ihr Leiden. Die Frage des von uns geforderten Direktzugangs zur Psychotherapie hat sie offen gelassen, ebenso die Frage, mit welchem Instrument die Verbindlichkeit für Patienten hergestellt werden soll. Nachdem Frau Warken 2028 als Zeitziel für den Wirkungseintritt des Primärversorgungssystems ausgegeben hatte, überraschte ihr Staatssekretär gestern mit der Ankündigung, dass bereits in diesem Sommer mit einem ersten Gesetzentwurf zu rechnen sei.

Die KBV hat ausgerechnet, dass bei diesem zweigleisigen Szenario - nach Abzug der 70 % von Hausärzten gesteuerten Facharztkontakte - noch ca. 100 Mio Behandlungsanlässe jährlich für die digitale Steuerung übrig bleiben. Das ist erheblich viel mehr als die 116 117 jetzt durchschleust. Technisch könnte das KV-System einen entsprechenden Ausbau sicher leisten. Die KBV tut gut daran, vor weitergehenden Überlegungen im BMG auf die Bedeutung der Finanzierungsfrage hinzuweisen. Es muss ausgeschlossen bleiben, dass die Ärzteschaft die geplante Systemänderung letztlich aus der eigenen Tasche bezahlt. Zugleich können wir auch nicht tolerieren, dass die Krankenkassen die medizinische Patientensteuerung als eigenen Service implementieren, wie es dem GKV-Spitzenverband vorschwebt. Nicht alle, aber einige Krankenkassen wollen ja tatsächlich ihre Versicherten von der ärztlichen Versorgung wegsteuern, um zu sparen.

Zur Pressekonferenz hatte die Ministerin nur die beiden Spitzenvertreter der Selbstverwaltung eingeladen, obwohl natürlich zahlreiche Verbände am sogenannten Dialogprozess beteiligt sind. So möchte auch ich darauf verzichten, die vielstimmigen Kommentare aus den Verbänden hier wiederzugeben, die Sie in den Medien und im Netz finden können. Nach dem Start im Januar hat es einen zweiten Fachdialog zum Primärversorgungssystem im Februar gegeben, bei dem die Agenda für die weiteren Beratungen abgesteckt wurde. Heute sitzt man in Berlin wieder zusammen und wird sich wahrscheinlich zuerst damit beschäftigen, ob die SPD-Idee von Primärversorgungszentren wieder ausgegraben wird, ob Regelungsbedarf hinsichtlich Delegation und Substitution hausärztlicher Leistungen durch medizinische Fachberufe in der Hausarztpraxis besteht und wie Apotheker und Heilmittelerbringer arztentlastend stärker in die Primärversorgung eingebunden werden könnten. Ein weiteres Thema ist die Vernetzung der primärärztlichen Versorgung, wobei es vor allem um schnellere ambulante Termine bei Fachärzten oder im Krankenhaus gehen soll. Telemedizin und neue Berufsbilder werden als Sicherstellungshilfen aufgerufen und nicht zuletzt sorgt sich das BMG offenbar bereits um die Akzeptanz seiner Reform beim Wähler.

Es zeichnet sich ab, dass es nicht um grundsätzlich neue Ideen geht, die bekannt gewordenen Schlagworte werden seit Monaten und Jahren hoch und runter diskutiert. Nach meiner Einschätzung wird die Systemreform zur Steuerung der ambulanten Regelversorgung nicht weit abseits der Fahrinne liegen, in der die Notfallversorgungsreform als Eisbrecher unterwegs ist. Diesen Plänen ist der nächste Punkt Ihrer Tagesordnung gewidmet.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.