

**18. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen  
am 11. November 2020 in Weimar**

**Schriftlich vorgelegter Bericht des Vorstandes  
Teil II**

Berichtersteller:

Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

**1. Coronavirus-Pandemie – Ergänzungspunkte zu Teil I**

1.1 Forderung: Verlängerung der Geltungsdauer von § 105 Absatz 3 SGB V

Angesichts der Dynamik des Infektionsgeschehens seit Oktober 2020 ist die Verstetigung der Beschaffungsmöglichkeiten von **Schutzausrüstung** für Vertragsärzte aus unserer Sicht prioritär. Es gibt viele KVen, die das ungewohnte Geschäft von Einkauf und Distribution gern loswerden und in die Verantwortung der Praxen zurückverlagern würden. Wir halten dagegen die zentrale Versorgung der Regionen über die KVen für den bewährten und auch zukünftig besten Weg. Eine Gretchenfrage ist dabei natürlich die **Finanzierung**. Die bisherige 100%-Kostentragung durch die Krankenkassen gemäß § 105 Abs. 3 SGB V läuft am 31.12.2020 aus.

Minister Spahn hatte gegenüber der KBV in Aussicht gestellt, dass diese Regelung verlängert werden soll. Mit einem Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen zum Entwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wird diese Zusage eingelöst. Falls das hoffentlich so beschlossen wird wie beantragt, wären auch unsere weitergehenden pandemiebedingten Zusatzaufwendungen, z. B. für Abstrichstützpunkte, über den Jahreswechsel hinaus erstattungsfähig.

1.2 Antigen-Schnelltests als neue Alternative zu PCR-Labortests

Im Oktober 2020 wurde die Nationale Teststrategie um den Einsatz von **Antigen-Tests** erweitert. Diese sind nicht unumstritten, stellen nach unserer Ansicht aber eine wertvolle Alternative für Vertragsarztpraxen dar. Dazu verweise ich auf die Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts, aus der sowohl Einschränkungen als auch Vorzugsempfehlungen für Antigen-Tests hervorgehen.

Für die meisten gelisteten Personengruppen ist eine Nachrangigkeit der Antigen-Tests bzw. eine Verknüpfung mit bestimmten zusätzlichen Voraussetzungen formuliert. Hingegen kommt für die zuletzt unter Nr. 2 Buchstabe g. bezeichnete Gruppe des Praxispersonals eine regelhafte Antigen-Schnelltestung in Betracht. Zu beachten ist hierbei, dass beim Testen des eigenen Praxispersonals nur pauschalierte Sachkosten von 7 € zu Lasten der GKV berechnet werden können (Pseudo-GOP 88312), was die Kosten der meisten real beziehbaren Schnelltests leider nicht deckt.

### 1.3 Studie COVID-PraxImmuno

Im Monat August 2021 startete unsere Antikörperstudie mit der ersten Testserie konform zur Planung. Nun hat uns das Zi vor wenigen Tagen die ersten vorläufigen Ergebnisse übermittelt. Erfreulicherweise ist das Test-Angebot von den ausgewählten Praxen der unmittelbaren Patientenversorgung recht gut angenommen worden, insgesamt 758 Praxen und 5.364 Teilnehmer haben sich online registriert. Bei mehr als 50 % der teilnehmenden Praxen handelt es sich um Einzelpraxen.

Als Problem hat sich derzeit herausgestellt, dass etliche Teilnehmer ihre Testergebnisse noch nicht in das Online-Portal eingetragen haben. Etwa 250 Befunde fehlen leider derzeit noch. Wegen der Anonymität der Studie können wir seitens der KV Thüringen dazu keine gezieltes Recall vornehmen, sondern hatten nur die Möglichkeit und haben diese genutzt, allgemein über kvticker und Rundschreiben zur Erinnerung des Praxispersonals an die Dokumentation aufzurufen. Allein die Treuhandstelle kann nun die Praxen, aus denen Befunde fehlen, noch erinnern und wird dies tun.

In der Studienpopulation hatten 3,2 % ein positives Antikörper-Schnelltestergebnis (IgM oder IgG). Die höchste Prävalenz bezüglich der Testergebnisse wurde mit 3,8 % bei MFA gefunden, für niedergelassene und angestellte Ärzte wurden 2,9 % ermittelt. Gegenüber mitgetesteten Familienangehörigen mit 1,7 % liegen diese Zahlen deutlich höher. Die Auswertung der Kontrolluntersuchungen mittels ELISA erfolgt, sobald die Ergebnisse vollständig vorliegen. Diese Daten können als erstes Indiz für eine tatsächlich höhere Exposition des Personals in Arztpraxen gegenüber dem Coronavirus im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gewertet werden – ein Argument mehr zur These von Arztpraxen als „Schutzwall“ vor den Krankenhäusern.

Durch die Neustadt-Studie unter Leitung von Prof. Pletz am UKJ ist inzwischen bekannt, dass bei PCR-gesicherten SARS-CoV-2-Infizierten schon nach einem halben Jahr in der Hälfte der Fälle keine Antikörper mehr nachzuweisen sind. Ich gehe davon aus, dass die Diskussion unserer Studiendaten im Kontext der insgesamt schnell voranschreitenden Coronaforschung spannend wird. Dies umso mehr, als die jetzt angelaufene 2. Testserie im November mit der Infektionswelle dieses Herbstes zusammenfällt und sich der 3. Testzeitraum im Februar 2021 anschließen wird. Da es sich um eine sogenannte offene Studie handelt, können Praxen auch jetzt noch neu einsteigen, auf Anforderung an [coronatest@kvt.de](mailto:coronatest@kvt.de) werden verloren gegangene Zugangsdaten nochmals verschickt (Online-Anmeldung zur Studie über [www.coronatest-thueringen.de](http://www.coronatest-thueringen.de)).

## 2. Terminservicestelle / TSVG

### 2.1 Geplante Erweiterung der TSS-Funktion

Im Referentenentwurf zum GPVG ist vorgesehen, die Berechtigung zur Terminvermittlung nach Vorstellung in einer Notfallambulanz ohne Überweisung einzuführen, sofern das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren (SmED) dort keine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat.

Wenn die Telefonabfrage mit SmED dagegen einen akuten Behandlungsbedarf innerhalb von 24 Stunden signalisiert, d. h. in sogenannten TSVG-Akutfällen, soll es zukünftig auch die Option der Vermittlung von Telefonkonsultationen bei Vertragsärzten über die 11 6 11 7 geben.

## 2.2 Offene Sprechstunden

Sie werden sich erinnern, dass wir die diesbezügliche Vorschrift des TSVG besonders intensiv diskutiert hatten. Sie gehörte zu den von der Ärzteschaft stark kritisierten Eingriffen des Gesetzgebers in die Praxisorganisation. Ungeachtet der Tatsache, dass es jeder Kollegin und jedem Kollegen überlassen bleibt, wie er die Option der offenen Sprechstunden in seiner Praxis umsetzt, muss die Pflicht zur Vorhaltung und Meldung offener Sprechstunden ernst genommen werden. Durch die Coronavirus-Pandemie ist dieser Punkt für manche Praxen wohl aus dem Blick geraten. Wir haben deshalb im Oktober-Rundschreiben noch einmal auf die Meldepflicht hingewiesen. In den nächsten Tagen wollen wir die Berufsverbände der von der gesetzlichen Regelung betroffenen Arztgruppen bitten, bei der Erinnerung ihrer Mitglieder mitzuwirken, bevor wir individuell auf säumige Kolleg\*innen zugehen müssen.

## 2.3 Bereinigung der MGV wegen Ausbudgetierung von TSVG-Fällen

Auswertungen des Institutes des Bewertungsausschusses (InBA) haben ergeben, dass die einzelnen TSVG-Konstellationen in den KV-Bereichen unterschiedlich häufig abgerechnet wurden. Das ist durchaus mit regionalen Unterschieden in der Versorgung zu erklären, die wir auch von den Frequenzen diverser EBM-Leistungen her kennen. Allerdings gibt es Parameter wie z. B. den Anteil von Neupatienten in einer Fachgruppe, bei denen große regionale Unterschiede die Vermutung systematischer Artefakte begründen. Hierauf hat der GKV-Spitzenverband seine Forderung an das BMG gestützt, wegen vermutlicher „Unterbereinigung“ der MGV müsse in allen KV-Bezirken der Bereinigungszeitraum bis 1 Jahr nach der Corona-Pandemie verlängert werden. Man schreckt auch nicht davor zurück, den Kassenärztlichen Vereinigungen hier bewusste Manipulation vorzuwerfen. Glücklicherweise ist das BMG den Kassen nicht auf den Leim gegangen und hat sachgerecht reagiert. In Artikel 1 des Entwurfs für ein GPVG findet sich folgende geplante Änderung:

24. Dem § 87a Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„In den Vereinbarungen und Vorgaben nach Satz 7 und 8 ist auch ein mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 durchzuführendes Korrekturverfahren für den Zeitraum von drei Kalendervierteljahren zu vereinbaren, mit dem in der Rückschau festgestellte und bei der Bereinigung nicht berücksichtigte aber erwartbare Leistungsmengen bei den Leistungen nach Satz 5 Nummern 3 bis 6 Berücksichtigung finden.“

Für die KV Thüringen bedeutet dies, dass zunächst zu prüfen sein wird, ob es überhaupt Anhaltspunkte für „nicht berücksichtigte aber erwartbare“ Behandlungsfälle im ersten Jahr der extrabudgetären Vergütung von TSVG-Fällen gab. Gegebenenfalls wäre mit der rechnerischen Nachbereinigung dann auch eine rechnerische Nachvergütung für diese Leistungsmengen mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Jetzt warten wir erst einmal ab, was nach den bevorstehenden Beratungen tatsächlich vom Bundestag beschlossen werden wird.

### **3. Sachstand „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen“**

Bekanntlich ist der Freistaat Thüringen als Partner in unserer Stiftung vertreten, das Land hat aber in wesentlich geringerem Maße als die KV Thüringen finanzielle Mittel eingebracht. Da es sich hierbei um staatliches Geld handelt, sieht es der Landesrechnungshof als seine Aufgabe an, die wirtschaftliche Verwendung dieser Mittel und insofern des gesamten Haushaltes der Stiftung zu prüfen und zu beurteilen. Dabei sieht der Landesrechnungshof es z. B. kritisch, dass das Land die ärztliche Nachwuchsförderung mit unterstützt bzw. wie wir diese Förderung umsetzen. Dieser Sichtweise tritt die KV Thüringen entschieden entgegen, auch wenn dies zu einer Uneinigkeit mit dem Vertreter des TMASGFF im Stiftungsbeirat führen könnte.

### **4. Sachstand Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ)**

Seitdem die KBV das Gutachten der Universität Bayreuth und des Institutes Oberender zur Ambulantisierung unwirtschaftlicher Krankenhäuser veröffentlicht und damit die politischen Diskussionen zu diesem Thema angeheizt hatte, war es jetzt längere Zeit still darum geworden. Im Hintergrund laufen aber die Arbeiten an einem Nachfolgegutachten, diesmal als Auftrag an das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Tübingen und das Institut Oberender, um noch offene Fragen des Konzeptes einer „Erweiterten ambulanten Versorgung“ mit Überwachungsbetten einer Lösung zuzuführen. Durch meine Teilnahme an begleitenden KBV-Workshops ist die KV Thüringen in diese spannende Zukunftswerkstatt einbezogen.

So galten wir als prädestiniert für die Austragung einer Tagung der Gesellschaft für Integrierte Versorgung zum Thema IGZ. Unter Leitung des Ihnen bekannten Herrn Dr. Kloepfer (Berlin) war dies eine von Krankenhausvertretern, Krankenkassenmitarbeitern und Kommunalpolitikern gut besuchte Präsenzveranstaltung. Im Nachgang haben sich neue Initiativen mit dem Ziel entwickelt, an einem konkreten Beispiel in Thüringen die Transformation eines Krankenhauses in eine ambulante Einrichtung auszuprobieren. Für die dabei unlösbar erscheinenden Probleme der Bedarfsplanung und der Budgetverlagerung hat die KV Thüringen schon seit 2 Jahren ein Konzept in der Schublade, welches nunmehr auf neues Interesse gestoßen ist. Durch die Medien sind wirtschaftliche Schief lagen von kleineren Krankenhäusern in Bad Frankenhausen, Greiz, Schleiz und Sonneberg/Neuhaus/Hildburghausen gegangen, für weitere Problemstandorte haben wir Kenntnis von Sanierungsbemühungen. Es ist meines Erachtens nur noch ein Frage der Zeit, bis ein erstes IGZ-Projekt konkret wird. Als Ausgangspunkt der Ambulantisierung ist immer der eigene Impuls des Klinikträgers nötig, dazu müssen Krankenkassen, KV, Kommunal- und Landespolitik Unterstützung leisten und nicht zuletzt steht und fällt ein Integriertes Gesundheitszentrum mit der Akzeptanz in der örtlichen Bevölkerung.

### **5. Sachstand DMP**

Wie Sie unseren Medienmeldungen bereits entnommen haben, können die Sonderregelungen zugunsten von pandemiebezogenen Alternativen bei der Durchführung obligater DMP-Patientenschulungen mit Zustimmung der Krankenkassen auch in diesem Quartal genutzt werden. Dieses Entgegenkommen ist sehr erfreulich und hilft, Ausschreibungen von Patienten in größerem Umfang zu vermeiden.

An dem bereits vor über einem Jahr in Kraft getretenen DMP Rückenschmerz scheint sich das Interesse der Krankenkassen in Grenzen zu halten. Auf unser Drängen hin läuft derzeit die Terminsuche nach einem ersten Verhandlungstermin. Ich gehe davon aus, dass in diesem Zusammenhang auch das DMP Osteoporose thematisiert werden wird, welches seit 01.07.2020 in Kraft ist.

Ebenfalls auf der Agenda steht das DMP Depression (in Kraft seit 01.01.2020). Die bekannten DMP-Bestandsverträge wollen wir auf den Prüfstand stellen und mit den Krankenkassen eine Erhöhung der Vergütungen sowie eine Entbürokratisierung verhandeln.

Beim DMP Herzinsuffizienz hatten wir uns bisher zurückgehalten, da zwar der Vorsitzende des Thüringer Hausarztverbandes Interesse signalisiert, die Vorsitzende des Berufsverbandes niedergelassener Kardiologen in Thüringen aber abgewunken hatte. Wir wollen auch dazu die Kassen um Aufnahme von Verhandlungen bitten, um einen möglichst bürokratiearmen Vertrag zu erreichen, der auch die Kardiologen überzeugt.

Die Bundesregierung plant übrigens, per Gesetz die Adipositas als neue DMP-Indikation einzuführen. Das hat aber noch einen langen Weg über den GBA vor sich, ehe es spruchreif wird.

## 6. Ausgewählte Honorarangelegenheiten

### 6.1 Präzisierung des Beschlusses zur Pseudo-GOP 88240

Die extrabudgetäre Vergütung von symptomatischen Verdachtsfällen auf eine SARS-CoV-2-Infektion wird seit dem 1. Februar 2020 über die Pseudo-GOP 88240 gesteuert. Auf Grund aktueller Diskussionen sei nochmals darauf hingewiesen, dass auch Abstrichfälle „zum Ausschluss einer Infektion“ meldepflichtig an das zuständige Gesundheitsamt sind. Der präzisierte Beschluss für den Ansatz der Ziffer 88240 im 4. Quartal 2020 lautet:

*Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2020 ist die Ziffer 88240 jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des begründeten klinischen Verdachts (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie) auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, vom behandelnden Arzt in der Abrechnung zu dokumentieren.*

Wir werden Ihnen heute eine Förderung von Praxen, die sich in der Behandlung symptomatischer Verdachtsfälle engagieren, über die Honorarverteilung vorschlagen. Deren Gegenfinanzierung ist größtenteils gesichert. Unabhängig davon werden die betreffenden Fälle im 4. Quartal arztseitig extrabudgetär zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Auf KV-Ebene muss diese Vergütung allerdings kassenseitig mit der „nicht vorhersehbaren“ Veränderung des Behandlungsbedarfs verrechnet werden. Dies kann sowohl eine Erhöhung als auch eine Absenkung der MGV nach sich ziehen, wir kommen unter TOP 4.1 darauf zurück.

### 6.2 Nachvergütung Psychotherapie 2013-2018

Auf Grund der BSG-Rechtsprechung hatte der Bewertungsausschuss in seiner 436. Sitzung die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen angepasst. Die Berechnung der daraus resultierenden Nachvergütungen für Thüringer Psychotherapeuten, die in Widerspruch gegangen waren, betrifft insgesamt 23 Quartale und war sehr aufwändig. Die Auszahlungen der Nachvergütungen für 2013 und 2014 sind inzwischen realisiert, in dieser Woche folgen die Jahre 2015 bis 2017. Im Jahr 2018 betrifft es das 1. bis 3. Quartal, hier werden die Nachzahlungen erst Anfang 2021 möglich sein. Unsere Hauptabteilung Abrechnung wird mit diesen Verfahren neben dem Routinebetrieb sehr hoch belastet – es sind inzwischen über 6.000!

Da inzwischen all diese Widerspruchsverfahren ruhend gestellt sind, bis eine noch anhängige Klage beim Bundesverfassungsgericht entschieden wurde, sind die Widersprüche mit den genannten Nachzahlungen noch nicht erledigt. Es werden lediglich Teilaufhebungs- und Abänderungsbescheide ergehen, bei Weiterführung des Ruhens der Widersprüche.

Der Honorarbescheid für das 4. Quartal 2018 wird durch die KV Thüringen von Amts wegen korrigiert werden, nachdem das Bundesverfassungsgerichtsurteil vorliegt. Psychotherapeuten, die hiergegen in Widerspruch gegangen sind, erhalten einen sogenannten Ersetzungsbescheid auf Grundlage der EBM-Korrektur. Ihre Verfahren ruhen ebenfalls.