

23. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen am 23. Februar 2022 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

Umsetzung der TSVG-Nachbereinigung

Über die gesetzlichen Vorgaben und Hintergründe bei diesem Thema hatten wir bereits im letzten Jahr ausführlich diskutiert. Durch das Auslaufen der pandemischen Lage von nationaler Tragweite steht inzwischen fest, dass die Korrektur der Unterbereinigung der MGV wegen nicht gekennzeichneten Leistungen bei Neupatienten und in offener Sprechstunde über sechs Quartale vom 3. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2022 durchgeführt werden muss. Entgegen unserer Erwartungen haben die benötigten Daten des Bewertungsausschusses bis zum Abrechnungslauf des 3. Quartals 2021 nicht vorgelegen. Die Folge ist eine Verspätung der Endabrechnung und der Erstellung der Honorarbescheide um fast drei Monate. Dies ist eine historische Zäsur, denn noch nie in der bisherigen 30-jährigen Geschichte der KV Thüringen ist eine Abrechnung nicht pünktlich fertig geworden. Für uns als bekennende Perfektionisten handelt es sich um eine äußerst schmerzhafteste Botschaft. Ich möchte daher ausdrücklich betonen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV Thüringen dafür nichts können. Der Ehrgeiz der KV-Verwaltung gilt seit jeher einer pünktlichen Quartalsabrechnung, die wegen der Einbindung fast aller Fachbereiche immer wieder anspruchsvoll ist. Nun wurde also erstmals die Deadline gerissen, weil wesentliche Daten von der Bundesebene fehlten. Wir konnten nur versuchen, das Problem in seinen Auswirkungen für unsere Mitglieder so klein wie möglich zu halten. Das ist uns, wie ich meine, recht gut gelungen, wenngleich nur mit großem Zusatzaufwand.

Zunächst die Fakten. Die ursprüngliche Bereinigungsvorschrift zur Entbudgetierung von Leistungen in TSVG-Konstellationen war ja noch relativ einfach. Sie ist im kursiven Ausdruck schwarz gegenüber der blau kenntlich gemachten Regelung zur Nachbereinigung erkennbar.

§ 87a Abs. 3 SGB V: ... Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Zudem haben sie unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Satz 10 vierteljährlich ein für die Kassenärztliche Vereinigung spezifisch durchzuführendes Korrekturverfahren zu vereinbaren, mit dem bei der Bereinigung nach Satz 7 nicht berücksichtigte Leistungsmengen bei den in Satz 5 Nummer 5 und 6 genannten Leistungen berücksichtigt werden. Das Korrekturverfahren erfolgt für vier Quartale beginnend mit Wirkung



ab dem 1. Juli 2021; der Zeitraum wird verlängert, wenn die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht bis zum 30. Juni 2021 gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes aufgehoben wird, und endet ein Jahr nach deren Aufhebung zum Ende des dann laufenden Quartals. Der Bewertungsausschuss beschließt nach Maßgabe der Sätze 11 und 12 Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich der jeweiligen Korrekturbeträge der Leistungsmengen bei den in Satz 5 Nummer 5 und 6 genannten Leistungen, um die nach Satz 1 vereinbarte Gesamtvergütung basiswirksam zusätzlich zur Bereinigung nach Satz 7 zu bereinigen. Der Korrekturbetrag für die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen wird quartalsweise für jede Kassenärztliche Vereinigung ermittelt auf der Grundlage des aus den Abrechnungsdaten des Jahres 2018, unter Berücksichtigung der Abrechnungsdaten der Jahre 2016 und 2017, abgeleiteten zu erwartenden Verhältnisses aus dem Punktzahlvolumen für die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen zum Punktzahlvolumen aller Leistungen innerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung und der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen bei rechnerischer Anwendung dieses Verhältnisses auf das Punktzahlvolumen aller Leistungen innerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung und der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen im zu bereinigenden Quartal nach Satz 9; von dem ermittelten Korrekturbetrag in Abzug zu bringen ist die bereits nach Satz 7 erfolgte Bereinigung für die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen. Für die Ermittlung des Korrekturbetrags für die in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen gilt Satz 11 entsprechend mit der Maßgabe, dass das zu erwartende Verhältnis aus einer empirisch zu bestimmenden Quote ermittelt wird, die sich am höchsten Anteil des Punktzahlvolumens für die in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen an dem Punktzahlvolumen aller Leistungen innerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung und der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung in einem Quartal im Bereinigungszeitraum nach Satz 7 bemisst. Ab dem 1. Juli 2021 sind die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

Noch komplizierter lesen sich die Umsetzungsvorgaben des Bewertungsausschusses zu dem nun anstehenden Korrekturverfahren. Es hat sehr lange gedauert, bis sich KBV und GKV-Spitzenverband darauf geeinigt hatten. Aktuell benötigen die Berechnungen des Institutes des Bewertungsausschusses, die sich an diese Vorgaben zu halten haben, ebenfalls ihre Zeit.

Wenn die Vorgaben des Bewertungsausschusses fristgerecht umgesetzt werden, wovon wir ausgehen, wird die KV Thüringen bis Ende März 2022 verbindlich wissen, wie hoch die fachgruppenbezogenen Nachbereinigungsbeträge der MGV in Thüringen für das 3. Quartal 2021 sind. Für die Endabrechnung und die Produktion der Honorarbescheide werden wir etwa einen Monat benötigen, so dass erst Anfang Mai dieses Jahres die normalerweise im Februar erwarteten Abrechnungsdaten bei den Mitgliedern ankommen werden. Ungeachtet dessen haben wir vorläufige Restzahlungen überwiesen und einen informativen Brief mit den Kontoauszügen dazu verschickt.

Ich möchte Ihnen nun darlegen, wie wir die Überweisungsbeträge ermittelt haben. Seit dem 3. Quartal 2021 sind wir abrechnungstechnisch in der Lage, durch Zugriff auf Datenbanken vergangener Quartale und auf die gemeldeten offenen Sprechstunden im Arztregister alle nicht vom Arzt gekennzeichneten TSVG-Konstellationen „Neupatient“ und „in offener Sprechstunde behandelt“ KV-seitig zu ermitteln. Dadurch lässt sich für jede Fachgruppe näherungsweise ermitteln, welche Quote an „irrtümlicher Nichtkennzeichnung“ in der Vergleichsabrechnung des Vorjahresquartals enthalten war. Wir gehen von der Annahme aus, dass z. B. die Differenz zwischen der Neupatientenquote im 3. Quartal 2020 und im 3. Quartal 2021 Rückschlüsse auf den ungefähren Betrag der Unterbereinigung schließen lässt. Dies entspricht zwar nicht genau den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Datengrundlagen. Es erlaubt uns aber, fachgruppenbezogen zu simulieren, welche Abzüge ungefähr zu erwarten sind und entsprechende Rückstellungen zu bilden.

Durch eine vorläufige Regelung zur Honorarverteilung, die Sie in den Unterlagen zu TOP 4 finden, haben wir eine erste Abrechnung mit vorläufiger Nachbereinigung realisiert und Restzahlungen in einer Höhe überwiesen, die in der Nähe der erwarteten endgültigen Honorare liegen.

Wir gehen derzeit davon aus, dass die gültige Endabrechnung des 3. Quartals 2021 überwiegend zu geringen Nachvergütungen im April führen wird. Sofern sich in Einzelfällen Überzahlungen herausstellen sollten, würden wir diese mit dem Folgequartal verrechnen und keine Rückforderungen stellen. Insofern erscheint es sachgerecht, dass Herr Turk im nächsten Punkt der Tagesordnung wie gewohnt die Abrechnungsergebnisse vorträgt, wenngleich diese heute nur vorläufig sind. Unter TOP 3 und 4 besteht auch die Möglichkeit, mit Fragen ins Detail zu gehen. Seitens des Vorstandes ging es an dieser Stelle um die berufspolitische Einordnung des Problems der Vorläufigkeit der Restzahlung und um ein gemeinsames Grundverständnis der Hintergründe vor den anschließenden Fachvorträgen.

Kooperation mit dem UKJ im Innovationsfondsprojekt WATCH

Zur Erinnerung: WATCH ist das Akronym für „Mobile wohnortnahe Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden (Langzeit)therapie bei Post-COVID-19 in Thüringen“. Wir hatten uns mit einem Letter of Intent an der Ideenskizze beteiligt, die das Universitätsklinikum Jena beim Innovationsfonds des GBA eingereicht hatte und Ihnen darüber im Juni 2021 berichtet. Im Themenbereich Long-/Post-COVID war diese Ideenskizze die einzige bundesweit, die in der Entscheidungsrunde Ende 2021 den Zuschlag erhalten hat. Nun ist bis Ende Mai 2022 Zeit, einen sogenannten Vollantrag zu erarbeiten. Wir stehen deshalb seit Jahresanfang im intensiven Austausch mit dem UKJ.

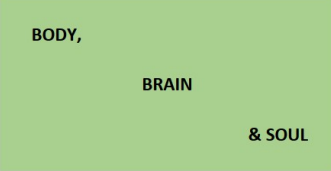
Parallel zu diesem Projekt hatten wir uns in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen im vergangenen Herbst für eine finanzielle Unterstützung der Versorgung von Long- bzw. Post-COVID-Patienten stark gemacht. Leider war da weder auf Bundes- noch auf Landesebene etwas zu erreichen. So war uns nichts anderes übrig geblieben, als wenigstens auf einzelne Krankenkassen zuzugehen und eine Modellvereinbarung für Thüringen anzustreben. Unser Argument war dabei der erhebliche zeitliche Aufwand, der für jüngere Patienten mit Langzeiterkrankung nach einer Coronainfektion höher liegt als bei den üblichen Chronikern in unseren Praxen. Aber keine einzige Kasse hat sich zu ernsthaften Verhandlungen über ein Modellvorhaben bewegen lassen.

Um so erfreulicher war die Bereitschaft des UKJ zu einer gewissen Öffnung ihres Projektes für die ambulante Versorgungskette im Vorfeld der universitätsseitigen Interventionen. Ohne Ihnen jetzt jeden einzelnen Schritt der konstruktiven, aber durchaus schwierigen Konsensbildung auszubreiten, möchte ich versuchen, den erreichten Stand der Verhandlungen darzustellen. Ziel des Projektes ist eine Verkürzung der Genesungszeit resp. Arbeitsunfähigkeitsdauer von Post-COVID-Patienten durch ein strukturiertes Zusammenwirken von Hausärzten, bestimmten Fachärzten und telemedizinisch unterstützter ambulanter Rehabilitation im Rahmen des Post-COVID-Zentrums am UKJ - alles nach möglichst wissenschaftsbasierten Regeln. Das Ganze muss evaluiert werden und bedarf vertraglicher Vereinbarungen, die sich im Falle einer bewährten Versorgungsidee später in die Regelversorgung überführen lassen. Der Innovationsfonds würde hier also Geld in die Erprobung eines neuen Versorgungsalgorithmus investieren - falls unser gemeinsamer Antrag erfolgreich ist.

Und so soll die Versorgung ablaufen (Abbildung): Long-COVID beginnt, wenn ein Patient innerhalb von 4 Wochen Rekonvaleszenzzeit nach einer Coronainfektion nicht beschwerdefrei geworden ist. Von Post-COVID spricht man nach internationaler Übereinkunft (WHO) dann, wenn nach Ablauf von 12 Wochen Symptome aus dem bekannten Spektrum fortbestehen oder neu auftreten. Solche Post-COVID-Patienten, die nach einem Vierteljahr immer noch arbeitsunfähig sind, stellen die engere Zielgruppe des Projektes dar. Das sind natürlich dann weniger Patienten als in der Gruppe, die ab Woche 5 den Hausarzt konsultiert hatte. Es handelt sich um eine Teilmenge aller Long-COVID-Betroffenen: um jene, die schon frühzeitig in die Praxen kommen und dann sehr lange bleiben.

Unter den zahlreichen spezifischen und unspezifischen Symptomen sind folgende Erscheinungsbilder besonders relevant: chronische Fatigue, psychische Störungen, kognitive Defizite, neurologische Symptome, körperliche Leistungsinsuffizienz und Belastungsluftnot. Bekanntlich sind komplexe Mischbilder dieser Beschwerden eher typisch als selten. Innerhalb des Projektes WATCH soll der Hausarzt zum fachlich zuständigen Facharzt überweisen, wenn bei diesen Symptomen sogenannte Red Flags (im Sinne der Grundlagen der Allgemeinmedizin) auftreten, z. B. auch eine deutliche Verschlechterung im Verlauf. Als fachärztliche Mitbehandler kommen dabei (in alphabetischer Reihenfolge) fachärztlich tätige Internisten, Kardiologen, Neurologen, Pneumologen, Psychiater, Psychosomatiker oder Psychotherapeuten in Betracht. Die Fachärzte sollen sich an die jeweils aktuelle Version der Leitlinie zu Long- und Post-COVID in ihrem Gebiet halten, ihre Berichte incl. Empfehlung für oder gegen die projektspezifischen Interventionen sollen zeitnah an das Post-COVID-Zentrum des UKJ weitergeleitet werden.

Übersicht über die Leistungsbeiträge der Beteiligten am Versorgungsprojekt WATCH außerhalb der Regelversorgung

Woche	Hausärztliche Sonderleistungen	Fachärztliche Sonderleistungen und Innovative Rehabilitationsprogramme	
1			
2			
3			
4			
5	Screening, Assessment, Einverständnis - Einschreibung WATCH	zeitnahe leitliniengerechte Akutbehandlung und fachärztliche Abklärungsdiagnostik bei Auftreten von Red Flags im Rahmen persistierender COVID-Symptome Fatigue - Psycho - Neuro - Schwäche - Luftnot mit Einschätzung der Eignung/Kontraindikationen für Interventionen	
6			
7	Bei Red Flags -> Facharztüberweisung		
8			
9	Durchführung/Veranlassung der obligaten Ergometrie		
10			
11	Anmeldung für Interventionen incl. Befundübermittlung		
12			
13	Konsultation/Motivation fakultativ	PoCo-Bus: Eingangs-Check, Einführung in Interventionen	
14			
15			PoCo-Bus: Training für telemedizinische Interventionen
16			
17			
18			
19			
20			
21		Konsultation/Motivation fakultativ	
22			
23			
24		PoCo-Bus: Ausgangs-Check	
25	obligate Konsultation mit Abschlusseinschätzung		
26		Datenübermittlung zur Evaluation der Interventionen	

Vorgesehen ist, dass die an dem Projekt teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten an einer einmaligen Online-Fortbildung zum Krankheitsbild und zu den Regeln im WATCH-Projekt teilgenommen haben. Bei Hausärzten, ggf. auch Kinder- und Jugendärzten, wird vom Patienten oder seinem Erziehungsberechtigten ein Screening-Fragebogen ausgefüllt und vom Arzt ein vorgegebenes Assessment eingesetzt. Diese beiden Unterlagen müssen zusammen mit den unvermeidlichen Einverständniserklärungen an das UKJ geschickt werden – dies gilt dann als Einschreibung des Versicherten. Im weiteren Verlauf leitet der Hausarzt eingehende Facharztbefunde an das Post-COVID-Zentrum in Jena weiter und veranlasst eine Ergometrie. Das Belastungs-Ekg ist obligate Voraussetzung für die spätere Aufnahme in das Interventionsprogramm und kann vom Hausarzt selbst oder von einer Facharztpraxis durchgeführt werden.

Kurz vor Erreichen des definierten Übergangs zu Post-COVID nach Woche 12 fragt das Post-COVID-Zentrum des UKJ in der anmeldenden Praxis nach, ob die Beschwerden inzwischen abgeklungen bzw. einer anderen Erkrankung zugeordnet worden sind oder ob der einschreibende Hausarzt die Durchführung einer frühen ambulanten Rehabilitation für sinnvoll hält.

Ab der 13. Woche mit anhaltenden relevanten Symptomen nach SARS-CoV-2-Infektion wird der Patient in den sogenannten PoCo-Bus des Post-COVID-Zentrums Jena eingeladen, welcher wohnortnahe Termine anbietet. Dort erfolgen eine Eingangsuntersuchung und die Festlegung des individuellen Programms telemedizinisch gestützter, rehabilitativer Interventionen. Um den Patienten (leitliniengerecht) eine holistische Betreuung anzubieten, werden im Rahmen des Programms die Bereiche „Body, Brain and Soul“ adressiert. Es handelt sich dabei um mehrere, komplett webbasierte, selbständig in einem festgelegten Rhythmus durchzuführende Trainingseinheiten. Hinter „Body“ verbirgt sich eine Anleitung zum schrittweisen Aufbau der körperlichen Belastbarkeit, mittels „Brain“ werden kognitive Fähigkeiten geschult und „Soul“ ist eine anti-depressiv ansetzende, motivierende Unterstützung des Heilungsprozesses. In die Anwendungen wird der Patient durch ein fachkompetentes Team eingewiesen. Ein ärztlicher Einsatz im Bus, wie er ursprünglich geplant war, ist beim gegenwärtigen Stand des Konzeptes nicht mehr vorgesehen. Allerdings steht die praktische Erprobung des Busses derzeit noch aus.

Am Ende des zweiten Vierteljahres im Krankheitsverlauf erfolgt eine hausärztliche Abschlussuntersuchung, die ebenso wie das Ergebnis der Interventionen aus Sicht des Post-COVID-Teams in die Evaluation eingeht. Sofern der Patient im Zwischenintervall aus anderen Gründen den Hausarzt in Anspruch nimmt, sollen diese Gelegenheiten zu motivationsstärkenden Gesprächen über das Trainingsprogramm genutzt werden.

Sobald die Abläufe in der hier grob umrissenen Versorgungsstruktur abschließend abgestimmt sind, wird es um die Vergütungen der Beteiligten gehen. Das Honorar hängt natürlich von der letztendlich bewilligten Förderhöhe ab und wird das Interesse der erwähnten Fachgruppen an einer Mitwirkung mit beeinflussen.

Für Fragen zu dem Projekt, an dem wir als einer von mehreren Konsortialpartnern beteiligt sind, stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Ambulantisierung der Versorgung

Um diesen Punkt habe ich meinen Bericht aus aktuellem Anlass ergänzt. Es gibt eine ganze Reihe von Baustellen, an denen es um die Gestaltung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geht. Beispielhaft möchte ich die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und die Notfallversorgung nennen. Außerdem gibt es seit Jahren eine Diskussion um die Bedarfsnotwendigkeit kleiner und unwirtschaftlicher Krankenhäuser im Kontext der ambulanten Bedarfsplanung. Über diese Themen habe ich hier wiederholt berichtet.

Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung steht nun u. a.: „Um die Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch Hybrid-DRG um.“ Hiermit wird auf die Neugestaltung des dreiseitigen AOP-Vertrages nach § 115b SGB V Bezug genommen, die bisher noch nicht Thema dieser Vertreterversammlung war. Da die Ankündigung im Koalitionsvertrag von einigen Berufsverbandsvertretern sehr weitreichend interpretiert wird, möchte ich Ihnen den aktuellen Sachstand heute einmal zusammengefasst darstellen. Der AOP-Katalog enthält derzeit drei Abschnitte mit insgesamt 2.879 OPS-Codes nach DIMDI-Klassifikation. Die dort enthaltenen Leistungen können also sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärzten zu den gleichen Vergütungssätzen nach EBM ambulant erbracht werden.

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde ein neuer Absatz 1a in den § 115b SGB V eingeführt, der einen Gutachterauftrag beschreibt:

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

Damit wird das Spektrum der Ambulantisierung auch auf konservative Behandlungen erweitert. Zudem ist neu, dass Schweregrade berücksichtigt werden müssen. Die betriebswirtschaftliche Bewertung der Leistungen soll nach den Grundsätzen des EBM unter Berücksichtigung der nicht-ärztlichen Leistungen, der Sachkosten und der spezifischen Investitionsbedingungen erfolgen.

Das 2020 beauftragte Gutachten wird - nach einem Abschlussworkshop mit den drei Auftraggebern in der vorigen Woche - derzeit finalisiert und soll nach dem aktuellen Zeitplan im März 2022 abgenommen werden, d. h. mit 2,5 Monaten Verzug gegenüber dem gesetzlichen Auftrag. Danach ist seitens der KBV vorgesehen, die Berufsverbände in einem strukturierten Dialog in die Beurteilung der Gutachternvorschläge einzubeziehen. In der Summe sehen die Gutachter für 2.545 zusätzliche OPS-Codes ein Ambulantisierungspotenzial. Aus Sicht der KV Thüringen sollten vorrangig solche Leistungen neu in den AOP-Katalog aufgenommen werden,

- die eindeutige Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung schließen,
- die schon im EBM (Abschnitt 31.2) enthalten sind und durch die Berücksichtigung von Schweregraden, Hygieneaufwand und Nachbeobachtungsdauer Chancen auf eine sachgerechte Vergütung eröffnen sowie Leistungen,
- an deren Ambulantisierung Vertragsärzte wesentlich partizipieren können.

Durch den Koalitionsvertrag wurde nun aktuell der Begriff der Hybrid-DRG in die Diskussion gebracht, welcher im Rahmen des Gutachtauftrages keine Rolle gespielt hatte. Es zeichnet sich damit ab, dass das Gutachten nur ein Baustein in der Gesamthematik ist. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss man davon ausgehen, dass sowohl die Neugestaltung des AOP-Kataloges als auch die Bewertung von neu ambulantiserten Leistungen in einem langwierigen Prozess zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband ausgehandelt werden müssen. In der Regel berichten wir hier über Sachverhalte zu dem Zeitpunkt, zu welchem sie für die Vertragsärzte in Thüringen relevant werden oder wenn sie Grundsatzentscheidungen der Vertreterversammlung erfordern. Bitte haben Sie Verständnis, dass ich wegen aktueller Diskussionen zu den Ambulantisierungsabsichten der neuen Regierung davon abgewichen bin.

Hinweis: Die Verwendung des generischen Maskulinum in diesem Bericht beruht ausdrücklich nicht auf einer verminderten Wertschätzung gegenüber Personen weiblichen und diversen Geschlechts. Sie ist dem ästhetischen Sprachempfinden des Autors geschuldet, der sich damit im Einklang mit aktuellen Medienbeiträgen der Linguistin Dr. Ewa Trutkowski von der Goethe-Universität Frankfurt/M. sieht.