Amtliche Bekanntmachung – Nr. 42-2025

1. Nachtrag

zur

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2025

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes
Frau Dr. med. Annette Rommel
(im Folgenden „KVT“ genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
  Sternplatz 7, 01067 Dresden
  vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch
  Herrn Wolfgang Karger,

- BKK Landesverband Mitte,
  Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

- IKK classic,

- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
  als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Mit dem 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2025 setzen die Vereinbarungspartner die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA), erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) sowie des ergänzten Bewertungsausschusses (erg. BA), welche nach Abschluss der Vereinbarung festgesetzt wurden sowie weitere Anpassungen um.

- Mit Wirkung für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2025 wurde im Zusammenhang mit humangenetischen Leistungen mit molekulargenetischer Mutationssuche die basiswirksame Anpassung der Behandlungsbedarfe beschlossen (796. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. April 2025 wurde für Leistungen der ambulanten Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) die Aufnahme des neues Abschnitts 37.6 in den EBM beschlossen (Beschluss erg. BA 111. Sitzung i. V. m. Beschluss BA 771. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. April 2025 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung für die Verlaufskontrolle und Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung „elona therapy Depression“ nach der GOP 01479 in den Abschnitt 1.4 des EBM beschlossen (777. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. Juli 2025 wurde die Aufnahme einer neuen Kostenpauschale für Transmitter, die als externe Übertragungsgeräte für die Datenübermittlung beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und bei der telemedizinischen Funktionsanalyse erforderlich sind nach der GOP 40909 in den Abschnitt 40.18 des EBM beschlossen (784. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung für die Fraktursonographie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten nach der GOP 33053 in das Kapitel 33 des EBM beschlossen (798. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 wurde die Aufnahme einer neuen Leistung für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung „Pro Herz“ nach der GOP 01481 in den Abschnitt 1.4 des EBM beschlossen (802. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 wurde die Aufnahme einer neuen Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit der Leistung nach den GOP 06331 und 06332 nach der GOP 40682 in den Abschnitt 40.11 des EBM beschlossen (807. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 wurde die Neufassung der Vorgaben zur Umsetzung der Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin beschlossen (804. Sitzung).
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 wurde die Vorgaben zur Umsetzung der Entbudgetierung der Leistungen der Hausärzte beschlossen (EBA 85. Sitzung).

In Umsetzung dessen schließen die Vereinbarungspartner folgenden 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2025:

I. In Teil 3 § 2 Abs. 1 wird lit b) mit Wirkung zum 1. Januar 2025 wie folgt geändert:

a) Nach sublit. bp) wird folgender sublit. bq) neu eingefügt:

„erhöht um 84.097 Punkte für den Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit humangenetischen Leistungen mit molekulargenetischer Mutationssuche nach den GOP 11355, 11356, 11444, 11445, 11446, 11447, 11448, 11513 und 11522 EBM gemäß dem Beschluss des BA in seiner 796. Sitzung.“

b) In Folge der unter lit. a) aufgeführten Anpassung werden die sublit. bq) (alt) ff. entsprechend angepasst.

II. In Teil 3 wird § 2a mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 wie folgt neu gefasst:

„§ 2a
Leistungen der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV
(Kinderarzt-MGV)

(1) Die Leistungen der Kinderarzt-MGV werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung vergütet. Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk ab dem 1. April 2023 eine Ausgleichszahlung, wenn die Kinderarzt-MGV nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Ggf. festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen sind gemäß Nr. 6 Ziffer 1 des Beschlusses des BA in seiner 804. Sitzung mit einer Ausgleichszahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen.

(2) Die Höhe der Ausgleichszahlung nach Abs. 1 ist zu dokumentieren und entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KVT im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten und im Abrechnungsquartal auf die Kinderarzt-MGV entfallenden Leistungen auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen.

(3) Die Abrechnung der Ausgleichszahlungen erfolgt im Formblatt 3 im Vorgang 24 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000.

(4) Die Vereinbarungspartner überprüfen jährlich nach Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsdaten für das 1. Quartal, ob der erbrachte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der Kinderarzt-MGV im Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres die Kinderarzt-MGV insgesamt unterschreitet. In diesem Fall vereinbaren sie bis zum Ende des jeweiligen Jahres gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V jeweils nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der in Satz 1 genannten Unterschreitung entspricht und mit denen die ggf. aufgelaufenen Rückstellungen aus Unterschreitungen im jeweiligen Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres aufgelöst werden.

(5) Die KVT informiert die Krankenkassen und zusätzlich die Krankenkassenverbände gemäß Nr. 7 des Beschlusses des BA in seiner 804. Sitzung über die erstmaligen Bestimmungen sowie die Fortschreibung der Kinderarzt-MGV sowie quartalsweise in Anlage 1 über die Ergebnisse der Ausschöpfung der Kinderarzt-MGV anhand der vom Institut des BA veröffentlichten Excel-Tabellen zur Abbildung des in diesem Beschluss aufgeführten Rechenweges.“

III. In Teil 3 wird nach § 2a folgender § 2b mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 neu eingefügt:

„§ 2b
Leistungen der auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV
(Hausarzt-MGV)

(1) Die Leistungen der Hausarzt-MGV werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung vergütet. Gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk ab dem 1. Oktober 2025 eine Ausgleichszahlung, wenn die Hausarzt-MGV nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Die Ausgleichszahlung ergibt sich als Differenz zwischen dem Leistungsbedarf der Leistungen der Hausarzt-MGV gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung ausschließlich

leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen im 4. Quartal 2025 einerseits und der Hausarzt-MGV andererseits.

(2) Diese Ausgleichszahlung nach Abs. 1 ist gemäß Teil A Nr. 5.1 des Beschlusses des EBA in seiner 85. Sitzung entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im Bereich der KVT im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten und im Abrechnungsquartal auf die Hausarzt-MGV entfallenden Leistungen auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen.

(3) Die Abrechnung der Ausgleichszahlungen erfolgt im Formblatt 3 im Vorgang 20 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000.

(4) Eine Unterschreitung liegt vor, wenn der Leistungsbedarf der Hausarzt-MGV ausschließlich leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlicher Honorarauszahlungen im 4. Quartal 2025 die Hausarzt-MGV unterschreitet. Eine Unterschreitung der Hausarzt-MGV im 4. Quartal 2025 wird in das Folgequartal übertragen. Die Vereinbarungspartner überprüfen erstmals nach Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsdaten für das 1. Quartal 2026, ob der erbrachte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der Hausarzt-MGV im Zeitraum vom 4. Quartal 2025 bis zum 1. Quartal 2026 die Hausarzt-MGV insgesamt unterschreitet. In diesem Fall vereinbaren sie bis zum Ende des Jahres 2026 gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V jeweils nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der in Satz 1 genannten Unterschreitung entspricht und mit denen die ggf. aufgelaufenen Rückstellungen aus Unterschreitungen im Zeitraum vom 4. Quartal 2025 bis zum 1. Quartal 2026 aufgelöst werden.

(5) Die KVT informiert die Krankenkassen und zusätzlich die Krankenkassenverbände gemäß Teil A Nr. 6 des Beschlusses des EBA in seiner 85. Sitzung über die erstmaligen Bestimmungen sowie die Fortschreibung der Hausarzt-MGV sowie quartalsweise in Anlage 1 über die Ergebnisse der Ausschöpfung der Hausarzt-MGV anhand der vom Institut des BA veröffentlichten Excel-Tabellen zur Abbildung des in diesem Beschluss aufgeführten Rechenweges.“

IV. Die Anlage 1 (Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2025) wird mit Wirkung zum 1. Januar 2025 neu gefasst (siehe Anlage).

V. In der Anlage 2 (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) werden im Abs. 1 nachfolgende Nummern mit Wirkung zum 1. Januar 2025 wie folgt neu gefasst:

„2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 (ohne 31371 bis 31373) sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424 und GOP 13430 und 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1 (ohne GOP 01710), 1.7.2, 1.7.3 (ohne GOP 01759) und 1.7.4 sowie GOP 32880 bis 32882, 40102, 40850, 40852, 80101 und 80102
14	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen	Abschnitt 35.2 für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchstaben „D“, „P“, „Q“ oder „R“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V

	der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	
64	Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen	GOP 01471 bis 01478, 30780 und 30781 sowie GOP 01479 (ab 01.04.2025) und 01481 (ab 01.10.2025) sowie Pauschale 86700
68	Probatorische Sitzungen im Gruppensetting der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen sowie Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und probatorische Sitzungen im Krankenhaus aller Arztgruppen	GOP 35163 bis 35168 (Zusatz Großbuchstaben „D“, „K“, „M“, „N“, „O“, „P“, „Q“ und „R“) und GOP 35169 (Zusatz Großbuchstaben „M“, „O“, „P“ und „Q“) sowie GOP 35173 bis 35179 und GOP 01410K und 01413K
86	Augenärztliche Versorgung	Kapitel 6 sowie GOP 40682 (ab 01.10.2025)“

und die nachfolgenden Nummern mit Wirkung zum 1. Januar 2025 wie folgt ergänzt:

„75a	Leistungen im Zusammenhang mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL)	Abschnitt 37.6 sowie GOP 22220 und 23220, wenn diese häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.6 abgerechnet werden (Zusatz Großbuchstaben „N“ oder „Z“) (ab 01.04.2025)
103	Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den GOP 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584	GOP 40909 (ab 01.07.2025)
104	Fraktursonographie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten	GOP 33053 (ab 01.10.2025)“

VI. In Anlage 5a wird § 3 mit Wirkung zum 01.10.2025 wie folgt neu gefasst:

„§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Für die Förderung werden die Besuche in Pflege- oder Altenheimen von den Thüringer Vertragsärzten mit dem Buchstabenzusatz „H“ gekennzeichnet. Für Fachärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte erfolgt die Umwandlung dieser Besuche von „H“ in „R“ durch die KVT. Besuche im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß Abschnitt 37.5 EBM (KSVPsych-RL) werden nach den Kodiervorgaben der KBV bundeseinheitlich mit dem Buchstaben „L“ gekennzeichnet. Für die Förderung erfolgt eine Umwandlung dieser Besuche von Buchstaben „L“ in „P“ für Hausärzte bzw. in „S“ für Fachärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte durch die KVT. Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 20 € für jede abgerechnete GOP 01410H, 01410P, 01410R, 01410S, 01411H, 01411P, 01411R, 01411S, 01412H, 01412P, 01412R, 01412S, 01415, 01415E und 01415L. Die Kennzeichnung der Leistungen mit dem Buchstabenzusatz „P“ bzw. „S“ wird von der KVT umgesetzt.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden bei Hausärzten mit dem Suffix „T“ und bei Fachärzten sowie bei Kinder- und Jugendärzten mit dem Suffix „U“ gekennzeichnet und von der KVT zugesetzt.

(3) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV gemäß Teil 4.

(4) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2024. Da diese Förderung in der Form bereits in den vergangenen Jahren erfolgte, betrachten die Vereinbarungspartner hier die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2026.“

VII. Die Anlage 5j wird mit Wirkung zum 1. Januar 2025 neu gefasst (siehe Anlage).

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 24.11.2025

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG),
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlagen

Anlage 1 – Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2025

Anlage 5j Förderung von Leistungserbringern in Regionen bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2025

Stand: 17. November 2025

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Berechnung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs (BB) im Vorjahresquartal (2.2.1)

			Summe GKV	Summe VKNR
[1]	**basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB**			
[2]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (GOP 01645D) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung		für 1/25	
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule (GOP 01645F) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung		bis 3/25	
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen (GOP 01645G) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung		ab 2/25	
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators (GOP 01645H) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung		ab 3/25	
[6]	Erhöhung um die Leistungsmengen des Nukleinsäurenachweises von Orthopoxvirus spp. aus makulo-/vesiculopapulösen Haut- oder Schleinhautläsionen (GOP 32810 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 620. Sitzung			
[7]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Verordnung von medizinischen Rehabilitationen (GOP 01611 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 674. Sitzung			
[8]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Videofallkonferenz (GOP 01442 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 685. Sitzung			
[9]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Verordnung von Cannabis (GOP 01626 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[10]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (GOP 01650 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[11]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Kapselendoskopie (GOP 13425 und 13426 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 740. Sitzung			
[12]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Kapselendoskopie (GOP 04528 und 04529 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 740. Sitzung			
[13]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Balneophototherapie (GOP 10350 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[14]	Erhöhung um die Leistungsmengen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[15]	Erhöhung um die Leistungsmengen der MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie Höchstwerte GOP 30960 und 30961) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[16]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Kostenpauschalen für Sachkosten die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach der GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen (GOP 40582 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[17]	Erhöhung um die Leistungsmengen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung			
[18]	Erhöhung aufgrund der jährlichen Überprüfung der Leistungsmengenentwicklung für humangenetische Leistungen mit molekulargenetischen Mutationssuchen gem. BA-Beschluss in seiner 796. Sitzung			

Stand: 17. November 2025

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
[19]	Bereinigung um Differenzbereinigungsmenge ASV gem. BA-Beschluss in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 748. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse			
[20]	Bereinigung um das Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung			
[21]	Bereinigung der TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde gem. BA-Beschluss in seiner 640. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 651. Sitzung			
[22]	**festgestellter BB**	[22] = [1]+[2]+[3]+[4]+[5]+[6]+[7]+[8]+[9]+[10]+[11]+[12]+[13]+[14]+[15]+[16]+[17]+[18]-[19]-[20]-[21]		
[23]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 734. Sitzung (0,0553%)	[23] = [22]*0,000553		
[24]	**angepasster BB**	[24] = [22]+[23]		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am vereinbarten, bereinigten BB im Vorjahresquartal (2.2.2)

[25]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[26]	**kassenspezifischer prozentualer Anteil**	[26] = [25]/GKV[25]		

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal (2.2.3)

[27]	**aufgeteilter BB**	[27] = GKV[24]*[26]		
[28]	Erhöhung um das ermittelte und vorliegende vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung			
[29]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[30]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[30a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[31]	**kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB**	[31] = ([27]+[28])/[29]*[30]		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal (2.2.4)

[32]	**kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB**	[32] = [31]		

Stand: 17. November 2025

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
[33]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V gem. BA-Beschluss in seiner 732. Sitzung (0,4189%)	[33] = [32]*0,004189		
[34]	zuzügl. aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung			
[35]	abzügl. Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung			
[36]	**weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB**	[36] = [32]+[33]+[34]-[35]		

Berechnung der kassenspezifischen MGV

[37]	**kassenspezifische MGV berechnet mit PW 12,3934 Cent**	[37] = [36]*0,123934		

Stand: 17. November 2025

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
	Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V (3.)			
[38]	Fortschreibungssumme durch Anpassung des reg. PW sowie Erhöhung der Leistungsmengen nach GOP 04528 und 04529 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 740. Sitzung und ggf. regional vereinbarten Anpassungen und die basiswirksamen proz. Veränderungen gem. den Beschlüssen des BA gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung		bis 3/25	bis 3/25
[39]	abgerechneter Leistungsbedarf gem. reg. €-GO im aktuellen Abrechnungsquartal für Leistungen des Kap. 4 EBM, jedoch ohne NVI und ohne die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung		bis 3/25	bis 3/25
[40]	Ausgleichsbetrag der Leistungsmengenanteile gem. Kap. 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe maßgeblichen Leistungsmengen gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	[40] = [39]-[38]	bis 3/25	bis 3/25
	Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V für Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (3.)			
[41]	Endgültige fortgeschriebene Kinderarzt-MGV in Euro für das aktuelle Abrechnungsquartal gem. Nr. 5 BA-Beschluss in seiner 804. Sitzung		ab 4/25	ab 4/25
[42]	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung im aktuellen Abrechnungsquartal für Leistungen des Kap. 4 EBM, sofern diese Leistungen in der gesamtvertragszuständigen KV der MGV des aktuellen Abrechnungsquartals zugehörig sind, jedoch ohne NVI und ohne GOPen 04004 und 04005		ab 4/25	ab 4/25
[43]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal		ab 4/25	ab 4/25
[44]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal		ab 4/25	ab 4/25
[45]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro vor Abzug der kumulierten Unterschreitung aus Vorquartalen bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal		ab 4/25	ab 4/25
[46]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal		ab 4/25	ab 4/25
[47]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro		ab 4/25	ab 4/25
[48]	Kumulierte Ausgleichszahlung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum aktuellen Quartal)		ab 4/25	ab 4/25
[49]	Verbleibendes Zuschlagsvolumen in Euro für Zuschläge nach § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V, entsprechend dem kumulierten Überschuss von Unterschreitungen gegenüber Ausgleichszahlungen bis zum aktuellen Quartal *(nur im 1. Quartal jeden Jahres relevant)*		ab 4/25	ab 4/25
	Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V für Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche (4.)			
[50]	Angepasste und fortgeschriebene sowie bereinigte Hausarzt-MGV für das jeweilige Quartal 2025 in Euro gem. Nr. 3.3 EBA-Beschluss in seiner 85. Sitzung		ab 4/25	ab 4/25
[51]	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung im aktuellen Quartal für Leistungen des Kap. 3 EBM und hausärztlich durchgeführte Hausbesuche nach den GOPen 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 EBM, sofern diese Leistungen in der gesamtvertragszuständigen KV der MGV des aktuellen Quartals zugehörig sind, ohne NVI		ab 4/25	ab 4/25
[52]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal		ab 4/25	ab 4/25
[53]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal		ab 4/25	ab 4/25
[54]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro vor Abzug der kumulierten Unterschreitung aus Vorquartalen bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal		ab 4/25	ab 4/25
[55]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal		ab 4/25	ab 4/25
[56]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro		ab 4/25	ab 4/25

Stand: 17. November 2025

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
[57]	Kumulierte MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum jeweiligen Vorquartal)		ab 4/25	ab 4/25
[58]	MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V in Euro im aktuellen Quartal		ab 4/25	ab 4/25
[59]	Kumulierte Ausgleichszahlung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum aktuellen Quartal)		ab 4/25	ab 4/25
[60]	Kumulierter Überschuss von Unterschreitungen gegenüber Ausgleichszahlungen bis zum aktuellen Quartal *(nur im 1. Quartal jeden Jahres relevant)*		ab 4/25	ab 4/25

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM"); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (GOP 01645D) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht (für das 1. Quartal 2025)
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Eingriffe an der Wirbelsäule (GOP 01645F) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht (für das 1. bis 3. Quartal 2025)
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen (GOP 01645G) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht (ab dem 2. Quartal 2025)
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators (GOP 01645H) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gem. BA-Beschluss in seiner 430. Sitzung und erg. BA-Beschluss in seiner 31. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht (ab dem 3. Quartal 2025)
[6]	Erhöhung um die Leistungsmengen des Nukleinsäurenachweises von Orthopoxvirus spp. aus makulo-/vesiculopapulösen Haut- oder Schleinhautläsionen (GOP 32810 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 620. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[7]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Verordnung von medizinischen Rehabilitationen (GOP 01611 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 674. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[8]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Videofallkonferenz (GOP 01442 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 685. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[9]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Verordnung von Cannabis (GOP 01626 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[10]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (GOP 01650 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[11]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Kapselendoskopie (GOP 13425 und 13426 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 740. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[12]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Kapselendoskopie (GOP 04528 und 04529 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 740. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht, wobei das Volumen der Erhöhung der MGV in seiner gesamten Höhe dem Volumen der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV zuzuordnen ist
[13]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Balneophototherapie (GOP 10350 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[14]	Erhöhung um die Leistungsmengen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[15]	Erhöhung um die Leistungsmengen der MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie Höchstwerte GOP 30960 und 30961) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[16]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Kostenpauschalen für Sachkosten die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach der GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen (GOP 40582 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[17]	Erhöhung um die Leistungsmengen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM) gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[18]	Erhöhung aufgrund der jährlichen Überprüfung der Leistungsmengenentwicklung für humangenetische Leistungen mit molekulargenetischen Mutationssuchen gem. BA-Beschluss in seiner 796. Sitzung	der BB wird in jedem der vier Quartale des Jahres 2025 basiswirksam um 84.097 Pkt. erhöht
[19]	Bereinigung um Differenzbereinigungsmenge ASV gem. BA-Beschluss in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 748. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[20]	Bereinigung um das Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[21]	Bereinigung der TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde gem. BA-Beschluss in seiner 640. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 651. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK auf der Grundlage der SA ANZVER_KM6_2022_U15 (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[25]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)

Legende:

[28]	Erhöhung um das ermittelte und vorliegende vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[29]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK"); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[30]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a"
[30a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
[34]	zuzügl. aktualisierte vertragsübergreifende Gesamtbereinigungsmenge multipliziert mit der Differenz der Versichertenzahl vom Abrechnungs- zum Vorjahresquartal gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[35]	abzügl. Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[37]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 12,3934 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.
[38]	Fortschreibungssumme durch Anpassung des reg. PW sowie Erhöhung der Leistungsmengen nach GOP 04528 und 04529 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 726. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 740. Sitzung und ggf. regional vereinbarten Anpassungen und die basiswirksamen proz. Veränderungen gem. den Beschlüssen des BA gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus Zeile [33] der vorgegebenen Berechnung zur Fortschreibung der auf die Kinder- und Jugendmed. entfallenden MGV nach Nr. 3 sowie des garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmed. nach Nr. 4 ab dem Jahr 2024 – gültig bis zum 3. Quartal 2025
[39]	abgerechneter Leistungsbedarf gem. reg. €-GO im aktuellen Abrechnungsquartal für Leistungen des Kap. 4 EBM, jedoch ohne NVI und ohne die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen) – gültig bis zum 3. Quartal 2025
[40]	Ausgleichsbetrag der Leistungsmengenanteile gem. Kap. 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM incl. Suffixe maßgeblichen Leistungsmengen gem. BA-Beschluss in seiner 653. Sitzung	Hinweis: Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen, welche im Formblatt 3 quartalsversetzt im Vorgang 024 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000 abgefordert werden. – gültig bis zum 3. Quartal 2025
[41]	Endgültige fortgeschriebene Kinderarzt-MGV in Euro für das aktuelle Abrechnungsquartal gem. Nr. 5 BA-Beschluss in seiner 804. Sitzung	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [33] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV Hinweis: Bezugnehmend auf des BA-Beschluss in seiner 785. Sitzung „Aufnahme der neuen Altersgruppe für Heranwachsende ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr" wird in 4/25 auch der Kassenwechslereffekt berücksichtigt, wobei hier die Kassenwechslereffekte seit dem Jahr 2023 kumuliert angewendet werden.
[42]	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung im aktuellen Abrechnungsquartal für Leistungen des Kap. 4 EBM, sofern diese Leistungen in der gesamtvertragszuständigen KV der MGV des aktuellen Abrechnungsquartals zugehörig sind, jedoch ohne NVI und ohne GOPen 04004 und 04005	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [35] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[43]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [36] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[44]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [39] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[45]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro vor Abzug der kumulierten Unterschreitung aus Vorquartalen bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [40] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[46]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [42] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[47]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [43] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV Hinweis: Sofern die Kinderarzt-MGV nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen, welche im Formblatt 3 im Vorgang 24 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000 abgefordert werden.
[48]	Kumulierte Ausgleichszahlung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum aktuellen Quartal)	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [45] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[49]	Verbleibendes Zuschlagsvolumen in Euro für Zuschläge nach § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V, entsprechend dem kumulierten Überschuss von Unterschreitungen gegenüber Ausgleichszahlungen bis zum aktuellen Quartal (nur im 1. Quartal jeden Jahres relevant)	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [46] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV Hinweis: Sollte im Ausweis ein verbleibendes Zuschlagsvolumen größer 0 ausgewiesen sein, vereinbaren die Gesamtvertragspartner bis zum Endes des Jahres 2026 gem. § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin.
[50]	Angepasste und fortgeschriebene sowie bereinigte Hausarzt-MGV für das jeweilige Quartal 2025 in Euro gem. Nr. 3.3 EBA-Beschluss in seiner 85. Sitzung	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [45] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[51]	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung im aktuellen Quartal für Leistungen des Kap. 3 EBM und hausärztlich durchgeführte Hausbesuche nach den GOPen 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 EBM, sofern diese Leistungen in der gesamtvertragszuständigen KV der MGV des aktuellen Quartals zugehörig sind, ohne NVI	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [61] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[52]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [62] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[53]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [65] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[54]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro vor Abzug der kumulierten Unterschreitung aus Vorquartalen bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [66] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[55]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [68] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV

Legende:

[56]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [69] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV Hinweis: Sofern die Hausarzt-MGV nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen, welche im Formblatt 3 im Vorgang 20 mit der Budgetkennung 2 im GKV-Konto 4000 abgefordert werden.
[57]	Kumulierte MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum jeweiligen Vorquartal)	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [70] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV Hinweis: Bei der erstmaligen Überprüfung im Jahr 2026 wird abweichend der Zeitraum vom 4. Quartal 2025 bis zum 1.Quartal 2026 betrachtet.
[58]	MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V in Euro im aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [71] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[59]	Kumulierte Ausgleichszahlung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum aktuellen Quartal)	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [74] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[60]	Kumulierter Überschuss von Unterschreitungen gegenüber Ausgleichszahlungen bis zum aktuellen Quartal (nur im 1. Quartal jeden Jahres relevant)	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [75] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV Hinweis: Sollte im Ausweis ein kumulierter Überschuss größer 0 ausgewiesen sein, vereinbaren die Gesamtvertragspartner bis zum Endes des Jahres 2026 gem. § 87a Abs. 3c Satz 11 SGB V nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung.

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt
- der BB wird mit vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit einer Stelle hinter dem Komma kaufmännisch gerundet ausgegeben

Anlage 5j Förderung von Leistungserbringern in Regionen bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln

§ 1
Versorgungssituation

Aufgrund des demografischen Wandels steigt in Thüringen weiterhin der Bedarf an medizinischer Versorgung. Bereits jetzt müssen Patienten zum Teil enorme Wartezeiten auf einen Behandlungstermin in Kauf nehmen. In bestimmten Regionen zeichnen sich zudem Versorgungsmängel in verschiedenen Fachgebieten ab. Offene Facharztsitze können schon über einen längeren Zeitraum nicht nachbesetzt werden. Zugleich wird die Altersstruktur bei den niedergelassenen und angestellten Vertragsärzten perspektivisch dazu führen, dass weitere Facharztstellen nicht nachbesetzt werden können.

Zur Schaffung von erweiterten Angebotsstrukturen und um den sich abzeichnenden Versorgungsmangel in bestimmten Regionen vorzubeugen, haben sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die KVT darauf verständigt, für nachfolgende Fachgruppen und Regionen neu zugelassene bzw. neu angestellte Fachärzte in nicht gesperrten Planungsbereichen zu fördern.

Fachgruppe	Planungsbereich	zu fördernde Regionen	Anzahl Stellen (bereits gefördert)
Dermatologen	Eichsfeld	GB Arenshausen GB Dingelstädt GB Heilbad Heiligenstadt GB Leinefelde-Worbis	1,0
Dermatologen	Ilmkreis	GB Arnstadt GB Ilmenau	0,5
Dermatologen	Kyffhäuserkreis	GB Artern GB Sondershausen GB Bad Frankenhausen	0,5 (0,5)
Dermatologen	Saale-Orla-Kreis	GB Bad Lobenstein GB Neustadt GB Pößneck GB Schleiz	0,5 (0,5)
Dermatologen	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	GB Schmalkalden GB Meiningen GB Suhl	0,5
Dermatologen	Unstrut-Hainich-Kreis	GB Mühlhausen GB Bad Tennstedt GB Bad Langensalza	1,0
Nervenärzte[1]	Eichsfeld	GB Arenshausen GB Dingelstädt GB Heilbad Heiligenstadt GB Leinefelde-Worbis	0,5
Nervenärzte	Hildburghausen	GB Hildburghausen GB Römhild GB Schleusingen GB Eisfeld	2,0 (2,0)
Nervenärzte	Kyffhäuserkreis	GB Artern GB Sondershausen GB Bad Frankenhausen	1,25 (1,25)

[1] Hierzu zählen Ärzte der folgenden Fachgruppen: Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie.

Fachgruppe	Planungsbereich	zu fördernde Regionen	Anzahl Stellen (bereits gefördert)
Nervenärzte	Saalfeld-Rudolstadt	GB Saalfeld-Rudolstadt-Bad Blankenburg GB Königsee	3,5 (3,5)
Nervenärzte	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	GB Schmalkalden GB Meiningen GB Suhl	2,0
Nervenärzte	Sömmerda	GB Sömmerda GB Kölleda GB Buttstädt GB Gera-Aue	1,0 (1,0)
Nervenärzte	Unstrut-Hainich-Kreis	GB Mühlhausen GB Bad Tennstedt GB Bad Langensalza	0,5 (0,5)
Rheumatologen	Nordthüringen	GB Nordhausen GB Mühlhausen GB Bad Langensalza GB Sondershausen GB Heilbad Heiligenstadt GB Artern GB Bad Frankenhausen	1,5
Rheumatologen	Südwestthüringen	GB Eisenach GB Bad Salzungen GB Suhl GB Sonneberg GB Meiningen GB Schmalkalden GB Hildburghausen GB Römhild	1,0
HNO-Ärzte	Sonneberg	GB Sonneberg GB Neuhaus-Lauscha	1,5

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Die Förderung hat das Ziel, die sich abzeichnenden Versorgungsmängel zu verhindern und somit eine Stabilisierung und möglichst Verbesserung der wohnortnahen Versorgung durch Dermatologen, Nervenärzte, Rheumatologen sowie HNO-Ärzte in den jeweiligen Regionen zu erreichen.

(2) Um die Stabilisierung bzw. Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte der jeweiligen Fachgruppen sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Fachgruppe in den geförderten Regionen.

(3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2023 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
   a) Die Anzahl der offenen Facharztstellen in den geförderten Regionen stabilisiert bzw. verringert sich.
   b) Die Anzahl der Behandlungsfälle in den Planungsbereichen der geförderten Regionen und betroffenen Fachgruppen stabilisiert bzw. erhöht sich.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Punktwertzuschlag in Höhe von 2 Cent für alle EBM-Leistungen der kurativ-ambulanten Arzt- bzw. Behandlungsfälle der geförderten Fachärzte in den jeweiligen Regionen. Die Förderung eines Facharztes erfolgt dabei jeweils für 12 Quartale.

(2) Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen aus der Förderung nach dieser Anlage zusammen mit der Vergütung der EBM-Leistungen nach den Thüringer Honorar-verteilungsvorgaben die Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung beim jeweiligen Facharzt übersteigt, erfolgt eine Quotierung des Punktwertzuschlages nach Abs. 1 für den betreffenden Facharzt bis zur Höhe der Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.

(3) Die Förderung nach Abs. 1 erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Zulassung bzw. der Anstellung des jeweiligen Facharztes eine Steigerung der Zahl der Fachärzte der jeweiligen Fachgruppe in der jeweiligen Region erfolgte.

(4) Die Arzt- bzw. Behandlungsfälle der hier geförderten Fachärzte werden mit der Abr.-Nr. 99219 gekennzeichnet und von der KVT zugesetzt.

(5) Die Finanzierung der Förderung erfolgt außerhalb der MGV entsprechend der Vorgaben gemäß Teil 4.

(6) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt erstmals durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen.