Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2026

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.
  vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch
  die Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes, Frau Ilona Wojnowski

- 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

Lesefassung unter Einarbeitung des
1. Nachtrages vom 27.08.2026

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

Teil 4: Förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V

1. Protokollnotiz – Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

Anlagen

Anlage 1	Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2026
Anlage 1a	Berechnung des kassenspezifischen Anteils für förderungswürdige Leistungen gemäß Teil 4, § 1 je Quartal 2026
Anlage 1b	Daten zur Abrechnung der zusätzlichen Ärzte nach Schließung von Krankenhäusern gemäß Teil 3, § 4a
Anhang 1 zu Anlage 1b	Daten zur Abrechnung der zusätzlichen Ärzte nach Schließung von Krankenhäusern gemäß Teil 3, § 4a
Anlage 2	Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
Anlage 3	Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen
Anlage 4	Sachkostenformular
Anlage 5a	Förderung der Besuche im Pflege- oder Altenheim
Anlage 5b	Förderung von Leistungen der hausärztlichen Ultraschalldiagnostik
Anlage 5c	Förderung der neurologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen
Anlage 5d	Förderung von Leistungen der kurativen Mammographie sowie der Mammasonographie (Mammadiagnostik)
Anlage 5e	Förderung von Leistungen der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung
Anlage 5f	Förderung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten
Anlage 5g	Förderung der Osteodensitometrie
Anlage 5h	Förderung der Rheumatologischen Fachassistenz^{+} (RFA^{+})
Anlage 5i	Förderung der CED-Fachassistenz / Versorgungsassistenz CED
Anlage 5j	Förderung von Physician Assistant
Anlage 5k	Förderung der Tele-Dermatologie
Anlage 5l	Förderung von Leistungserbringern in Regionen bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln
Anlage 5m	Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf

Teil 1
Allgemeine Grundsätze

Präambel

Auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ((E)BA) bzw. des ergänzten (Erweiterten) Bewertungsausschusses (erg(E)BA) vereinbaren die Vereinbarungspartner nachfolgende Vergütungsregelungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2026. Diese Vereinbarung wird als Anlage 1 Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

§ 1
Geltungsdauer

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2026 in Kraft und endet am 31.12.2026, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

(2) Die Kündigung eines kassenartenspezifischen Gesamtvertrages berührt die Weitergeltung dieser Vereinbarung nicht.

§ 2
Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Der mit dem Vergleich vom 24.05.2013 insgesamt festgelegte Behandlungsbedarf stellt den angemessenen medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf des Jahres 2013 als Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der MGV nach den jeweils geltenden rechtlichen Regelungen dar. Für die Zukunft werden zur Weiterentwicklung der MGV aufgrund der Morbiditätsstruktur ausschließlich jahresbezogene Veränderungsraten herangezogen. Gesetzesänderungen, Beschlüsse des (E)BA bzw. des erg(E)BA und BSG-Entscheidungen zu den einschlägigen gesetzlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

§ 3
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vereinbarungsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vereinbarungspartner mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

§ 4
Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung und der Anlagen bedürfen der Schriftform und sind einvernehmlich zwischen den Vereinbarungspartnern abzustimmen. E-Mail sowie die elektronische Form nach §§ 126a bzw. 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

Teil 2
Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1
Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

(1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des durch den Beschluss des BA in seiner 803. Sitzung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2026 festgelegten Orientierungswertes vereinbart.

(2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 12,7404 Cent.

§ 2
Regionale Euro-Gebührenordnung

(1) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.

(2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet.

(3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden.

(4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 3
Bekanntmachung

Die KVT gibt die regionale Euro-Gebührenordnung öffentlich bekannt.

Teil 3
Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1
Grundsätze

(1) Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen und deren Versicherten einschließlich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort in Thüringen vereinbart. Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes i. V. m. § 264 Abs. 1 SGB V sind von dieser Vereinbarung nicht erfasst.

(2) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 ff. SGB V.

(3) Sofern sich Anpassungen der Behandlungsbedarfe oder der kassenspezifischen Aufteilung der Behandlungsbedarfe aufgrund der regionalen Abgrenzung der MGV oder aufgrund zu klärender Sachverhalte, wie beispielsweise fehlender Kennzeichnungen in den Datengrundlagen oder der Umgang mit den Kennzeichnungen als MGV- oder EGV-Leistung (z. B. EGV-Leistungen nach dem TSVG), ergeben, stimmt sich die KVT mit den Krankenkassenverbänden über die zu verwendende Abgrenzung der Leistungsmengen ab.

§ 2
Ermittlung der MGV

(1) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß Anlage 1 wie folgt ermittelt:

a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KVT. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des BA (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KVT und den Krankenkassenverbänden abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung wird von der KVT für die Kassenart und kassenartenübergreifend zusammengefasst und den Krankenkassenverbänden mitgeteilt.

b) Die ermittelte Ausgangsgröße des Behandlungsbedarfs nach Buchstabe a) wird für die weitere Ermittlung der kassenspezifischen Anteile wie folgt angepasst:

ba) erhöht 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 des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 430. Sitzung i. V m. dem Beschluss des erg. BA in seiner 31. Sitzung (für das 1. Quartal 2026),

bb) erhöht um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation eines Herzschrittmachers oder Defibrillators (GOP 01645H) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 430. Sitzung i. V m. dem Beschluss des erg. BA in seiner 31. Sitzung (für das 1. und 2. Quartal 2026),

bc) erhöht um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation geplante Cholezystektomie (GOP 01645I) sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen

Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 430. Sitzung i. V m. dem Beschluss des erg. BA in seiner 31. Sitzung,

bd) erhöht um die Leistungsmengen der Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis) nach der GOP 32674 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

be) erhöht um die Leistungsmengen der Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung nach der GOP 03355 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bf) erhöht um die Leistungsmengen der Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung nach der GOP 04590 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bg) erhöht um die Leistungsmengen der hausärztlich erbrachten Besuche im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie nach den GOP 01410K und 01413K EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bh) erhöht um die Leistungsmengen der nicht hausärztlich erbrachten Besuche im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie nach den GOP 01410K und 01413K EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bi) erhöht um die Leistungsmengen der Untersuchungen auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 nach den GOP 32779 und 32816 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bj) erhöht um die Leistungsmengen der oralen Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia) nach den GOP 30133 und 30134 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bk) erhöht um die Leistungsmengen des Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweises nach der GOP 01833 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bl) erhöht um die Leistungsmengen der Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 EBM des Vorjahresquartals unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins gemäß dem Beschluss des BA in seiner 788. Sitzung,

bm) bereinigt um Leistungen, die aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend dem Beschluss des BA in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 748. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse, zu bereinigen sind,

bn) bereinigt um die 698.750 Punkte für den Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit der vorläufigen Bereinigung aufgrund von Hybrid-DRG gemäß dem Beschluss des BA in seiner 827. Sitzung,

bo) bereinigt um alle für das jeweilige Vorjahresquartal aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß den jeweils geltenden Beschlüssen des BA für den Bezirk der KVT ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumen,

bp) bereinigt um die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen aus offenen Sprechstunden unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen

Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt. Dabei werden die Vorgaben gemäß dem Beschluss des BA in seiner 640. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 651. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse umgesetzt. Im Rahmen der Rechnungslegung ist der Rechengang einschließlich der Rechengrößen transparent darzustellen. Die Vereinbarungspartner stimmen sich bei Bedarf zu den Daten und Berechnungen ab.

c) Der festgestellte Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird für die weitere Ermittlung des angepassten Behandlungsbedarfs wie folgt angepasst:

ca) erhöht um 0,0270 Prozent gemäß dem Beschluss des BA in seiner 806. Sitzung für die Behebung des Kassenwechslereffekts.

d) Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals über alle Krankenkassen.

e) Der kassenspezifische Anteil des bereinigten Behandlungsbedarfs wird wie folgt ermittelt:

ea) Der jeweilige kassenspezifische prozentuale Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV in Thüringen angehören). Unterschiedliche Kennzeichnungen der Leistungen (GOP) in den ARZTRG87aKA_IK und _SUM-Daten von Ärzten aus anderen KVen werden grundsätzlich entsprechend der MGV-Abgrenzung in Thüringen analog den Angaben in den ARZTRG87aREG-Daten nach Abstimmung berücksichtigt. Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (Satzarten ARZTRG87aNVI) werden abgezogen.

f) Der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal wird wie folgt ermittelt:

fa) Der Behandlungsbedarf gemäß Buchstabe d) wird mit dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe ea) multipliziert.

fb) Zudem erfolgt bei der jeweiligen Krankenkasse die Hinzusetzung des für das Vorjahresquartal ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß dem Beschluss des BA in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des BA in seiner 759. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse.

fc) Weiterhin wird die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal berücksichtigt.

g) Der weiterentwickelte kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs für das jeweilige Abrechnungsquartal wird wie folgt ermittelt:

ga) Der kassenspezifische Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe f) wird um die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von -0,6007 Prozent aufgrund der Gewichtung von 50 : 50 der vom BA in seiner 794. Sitzung beschlossenen diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsraten angepasst.

gb) Zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe f) sind die für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertrags-

übergreifenden Gesamtbereinigungsmengen bei Selektivverträgen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal, zu addieren.

gc) Auf den kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs nach Buchstabe f) erfolgt für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfangs des Selektivvertrages anschließend eine basiswirksame Differenzbereinigung im Abrechnungsquartal.

(2) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des weiterentwickelten kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs je Abrechnungsquartal mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 12,7404 Cent.

(3) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsatzwert ermittelt.

(4) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.

(5) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2025 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der MGV für das Jahr 2026 vorliegen und für die im Jahr 2026 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der MGV zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der MGV unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstaffelungsquote vergütet.

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 mit einer Ausgleichszahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen (gemäß Nr. 6 Ziffer 1 des Beschlusses des BA in seiner 804. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse).

(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) Eine Unterschreitung liegt vor, wenn der Leistungsbedarf der Kinderarzt-MGV im aktuellen Quartal die Kinderarzt-MGV unterschreitet. Eine Unterschreitung der Kinderarzt-MGV im

aktuellen Quartal ist mit etwaigen noch nicht verrechneten Unterschreitungen aus Vorquartalen zu kumulieren und der resultierende Eurobetrag wird in das Folgequartal übertragen.

Die Vereinbarungspartner überprüfen nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 1. Quartal 2026, ob der erbrachte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der Kinderarzt-MGV im Zeitraum vom 2. Quartal 2025 bis zum 1. Quartal 2026 die Kinderarzt-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 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 Zeitraum vom 2. Quartal 2025 bis zum 1. Quartal 2026 aufgelöst werden.

(5) Die KVT informiert die Krankenkassen und zusätzlich die Krankenkassenverbände gemäß Nr. 7 des Beschlusses des BA in seiner 804. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse 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.

§ 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 aktuellen Quartal einerseits und der Hausarzt-MGV andererseits. Ggf. festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen sind mit einer Ausgleichszahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen (gemäß Nr. 5.1 des Beschlusses des EBA in seiner 85. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse).

(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 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 aktuellen Quartal die Hausarzt-MGV unterschreitet. Eine Unterschreitung der Hausarzt-MGV im aktuellen Quartal ist mit etwaigen noch nicht verrechneten Unterschreitungen aus Vorquartalen zu kumulieren und der resultierende Eurobetrag wird in das Folgequartal übertragen.

Die Vereinbarungspartner überprüfen nach Vorliegen der 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 Leistungen 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."

§ 3
Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2026 erfolgt gemäß dem Beschluss des BA in seiner 735. Sitzung sowie etwaiger Folgebeschlüsse.

§ 4
Vergütung außerhalb der MGV

(1) Die Leistungen der Anlage 2 (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) und der Anlage 3 (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der MGV vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.

(2) Die Vergütung der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung (Anlage 2 Nr. 50) sowie der augenärztlichen Leistungen des Kapitels 6 EBM (Anlage 2 Nr. 83) erfolgt zunächst im Zeitraum vom 01.01.2024 bis 31.12.2026 außerhalb der MGV.

Diese Regelungen sollen die Versorgung der Patienten in Thüringen in den Bereichen stabilisieren bzw. verbessern.

Die Auswirkungen der Finanzierung außerhalb der MGV auf die Versorgung werden die Vereinbarungspartner gemeinsam mit externer Unterstützung durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) im Vorfeld der Verhandlungen für das Jahr 2027 analysieren. Dabei ist sicherzustellen, dass bei der Evaluation den Krankenkassen keine Kosten durch das ZI entstehen.

§ 4a
Finanzierung von zusätzlichen Arztstellen aufgrund von Krankenhausschließungen

(1) Die von zusätzlichen – über die bestehende Bedarfsplanung hinausgehende – Arztstellen, die durch Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen im Zusammenhang mit der Schließung von Krankenhäusern von den Zulassungsgremien beschlossen werden, erbrachten und abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen werden unter Berücksichtigung honorarbegrenzender Maßnahmen für jeweils 12 Quartale außerhalb der MGV vergütet.

(2) Über die Notwendigkeit der entsprechenden zusätzlichen Arztstellen im Zusammenhang mit der Schließung von Krankenhäusern nach Abs. 1 bezogen auf Standort, Arztgruppe und Umfang der Tätigkeit ist im Vorfeld von Entscheidungen des Zulassungsausschusses in einem

Ambulantisierungsausschuss der Vereinbarungspartner zu beraten und möglichst Einvernehmen herzustellen. Die zusätzlichen Arztstellen/Ermächtigungen haben eine räumliche Nähe zum schließenden Krankenhaus (regionaler Bezug). Die beantragten Leistungen bei Ermächtigungen wurden vorher vom betroffenen Krankenhaus stationär erbracht.

(3) Nach Ablauf von 12 Quartalen wird der Behandlungsbedarf basiswirksam um den jeweiligen Leistungsbedarf der betreffenden Arztstelle der letzten 4 Quartale erhöht. Endet die jeweilige Sonderbedarfszulassung bzw. Ermächtigung ohne Nachbesetzung, gleich aus welchem Grund, vor Ablauf der 12 Quartale, erfolgt keine Erhöhung des Behandlungsbedarfs.

(4) Die Arztfälle der betreffenden Ärzte gemäß Abs. 1 werden in den Einzelfallnachweisen seitens der KVT mit der Ziffer 99360 gekennzeichnet. Ergänzend stellt die KVT den Krankenkassen die Daten gemäß der Anlage 1b sowie den Krankenkassenverbänden die Einzelaufstellung für alle Krankenkassen ihrer Kassenart für die jeweiligen Abrechnungsquartale zur Verfügung.

§ 5
Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach den §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V sind auf die MGV gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KVT und der jeweiligen Krankenkasse.

§ 6
Abschlagszahlungen

(1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KVT bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 Prozent der vorläufigen MGV je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 2,1993 Prozent unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.

(2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der MGV zu zahlenden Leistungsanteile, Sachkosten und Leistungen nach den Versorgungsverträgen wird auf 30 Prozent des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.

(3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

§ 7
Quartalsbezogene Endabrechnung

(1) Durch die KVT erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

(2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.

(3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang des Rechnungsbriefes zur quartalsbezogenen Endabrechnung unter Berücksichtigung der fristgemäß eingegangenen rechnungsbegründenden Unterlagen (Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DA-Einzelfallnachweise (EFN), DA-Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme des Kollektivvertrages (NVI), Anlagen zu den Gut-

und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen. Im Rechnungsbrief hat der Ausweis der berechneten quartalsbezogenen MGV nach Teil 3, § 2 Abs. 2 zu erfolgen.

(4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt 3-Inhaltsbeschreibungen.

(5) Für den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V werden mit der quartalsbezogenen Endabrechnung 0,2 Prozent der zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden MGV über den Vorgang 26 abgefordert.

§ 8
Honorarkürzungen nach §§ 95d, 291b Abs. 5 sowie 341 Abs. 6 und 360 Abs. 17 SGB V

(1) Honorarkürzungen nach § 95d SGB V wegen eines nicht oder nicht vollständig erbrachten Fortbildungsnachweises nach § 95d Abs. 3 SGB V sind anteilig für Leistungen der Anlage 2 an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KVT ermittelt die betreffenden Honorarkürzungen je Krankenkasse aus den Abrechnungen des zu kürzenden Zeitraums. Die Rückzahlung an die Krankenkassen erfolgt mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 800 für die Fälle nach § 95d Abs. 3 SGB V. Sofern die Honorarkürzungen nach Abschluss der jeweiligen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren nicht bestands- bzw. rechtskräftig geworden sind, erfolgt automatisch eine Verrechnung im Formblatt 3 im vorgenannten Vorgang.

(2) Honorarkürzungen nach § 291b Abs. 5 Sätze 1 und 2 SGB V in Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V (Versichertenstammdatendienst) sind anteilig für Leistungen der Anlage 2 an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KVT ermittelt die betreffenden Honorarkürzungen je Krankenkasse aus den Abrechnungen des zu kürzenden Zeitraums. Die Rückzahlung an die Krankenkassen erfolgt mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 801 für die Fälle nach § 291b Abs. 5 SGB V. § 291b Abs. 5 Sätze 3 und 4 SGB V sind zu berücksichtigen. Sofern die Honorarkürzungen nach Abschluss der jeweiligen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren nicht bestands- bzw. rechtskräftig geworden sind, erfolgt automatisch eine Verrechnung im Formblatt 3 im vorgenannten Vorgang.

(3) Honorarkürzungen nach § 341 Abs. 6 SGB V wegen des fehlenden Nachweises der für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste sind anteilig für Leistungen der Anlage 2 an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KVT ermittelt die betreffenden Honorarkürzungen je Krankenkasse aus den Abrechnungen des zu kürzenden Zeitraums. Die Rückzahlung an die Krankenkassen erfolgt mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 802. Sofern die Honorarkürzungen nach Abschluss der jeweiligen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren nicht bestands- bzw. rechtskräftig geworden sind, erfolgt automatisch eine Verrechnung im Formblatt 3 im vorgenannten Vorgang.

(4) Honorarkürzungen nach § 360 Abs. 17 SGB V wegen des fehlenden Nachweises der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, dass sie in der Lage sind, Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gemäß § 360 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V elektronisch auszustellen und zu übermitteln, sind anteilig für Leistungen der Anlage 2 an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die KVT ermittelt die betreffenden Honorarkürzungen je Krankenkasse aus den Abrechnungen des zu kürzenden Zeitraums. Die Rückzahlung an die Krankenkassen erfolgt mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 803. Sofern die Honorarkürzungen nach Abschluss der jeweiligen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren nicht bestands- bzw. rechtskräftig geworden sind, erfolgt automatisch eine Verrechnung im Formblatt 3 im vorgenannten Vorgang.

Teil 4
Förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V

Grundsätze

(1) Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V können auf Grundlage von durch den BA festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungserbringer vereinbart werden. Mit dem Beschluss des BA in seiner 456. Sitzung wurden die Kriterien mit Wirkung zum 01.10.2019 neu gefasst.

(2) Die Krankenkassen stellen für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungserbringer einen Betrag von 9,25 Mio. Euro außerhalb der MGV zur Verfügung.

(3) Sofern sich die Rahmenbedingungen für die Förderleistungen verändern, stimmen sich die Vereinbarungspartner zu den Auswirkungen ab.

§ 1
Förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer

(1) Gemäß dem Beschluss des BA in seiner 456. Sitzung können die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich die Förderung von Leistungen des EBM vereinbaren, soweit Veränderungen in Art oder Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten nach diesem Beschluss liegt dann vor,

- wenn im Sinne der Verbesserung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert werden kann,
- wenn aufgrund einer Steigerung oder Beibehaltung der bisherigen Leistungserbringung stationäre Behandlungen oder unnötige Krankentransporte vermieden werden können oder
- wenn bestehende bzw. sich abzeichnende Versorgungsmängel durch gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden können, beispielsweise durch Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen.

Darüber hinaus können die Gesamtvertragspartner die Förderung von Leistungen für förderungswürdige Leistungserbringer vereinbaren.

(2) Für die nachstehenden förderungswürdigen Leistungen werden die zur Verfügung stehenden 9,25 Mio. € quartalsweise wie folgt aufgeteilt:

a)	Besuche im Pflege-/Altenheim	Anlage 5a	250.000,00 €
b)	Hausärzte – Ultraschalldiagnostik	Anlage 5b	193.750,00 €
c)	Neurologische & psychiatrische Gespräche	Anlage 5c	525.000,00 €
d)	Mammadiagnostik	Anlage 5d	250.000,00 €
e)	Orthopädisch-rheumatologische Versorgung	Anlage 5e	18.750,00 €
f)	Nichtärztliche Praxisassistenten	Anlage 5f	325.000,00 €
g)	Osteodensitometrie	Anlage 5g	50.000,00 €
h)	Rheumatologische Fachassistenz^{+} (RFA^{+})	Anlage 5h	50.000,00 €
i)	CED-Fachassistenz / Versorgungsassistenz CED	Anlage 5i	100.000,00 €
j)	Physician Assistant (P. A.)	Anlage 5j	200.000,00 €
k)	Tele-Dermatologie	Anlage 5k	150.000,00 €
l)	Besonders förderungswürdige Leistungserbringer in Regionen bei sich abzeichnenden Versorgungs-mängeln	Anlage 5l	200.000,00 €

m) Besonders förderungswürdige Leistungserbringer in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf	Anlage 5m	

(3) Die Details zur jeweiligen Fördersystematik und -höhe werden in den jeweiligen Anlagen geregelt.

(4) Über- oder Unterdeckungen der jeweiligen Fördervolumen nach Abs. 2 werden zwischen den einzelnen Fördervolumen ausgeglichen.

(5) Sofern im Abrechnungsquartal nach Ausgleich aller Unterdeckungen der Förderungen das Fördervolumen nach Abs. 2 weiterhin unterschritten wird, ist der Restbetrag zur Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen bzw. in von Unterversorgung bedrohten Regionen (§ 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V) oder in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf (§ 100 Abs. 3 SGB V) gemäß Anlage 5m zu verwenden.

(6) Sofern im Abrechnungsquartal das Fördervolumen nach Abs. 2 insgesamt überschritten wird, erfolgt mit Ausnahme der Förderung nach den Anlagen 5h bis 5j sowie 5l eine Quotierung der jeweiligen Punktwertzuschläge, wobei die Quotierungen individuell auf die jeweilige Förderung der einzelnen Anlagen erfolgen und eine doppelte Quotierung der Anlage 5l ausgeschlossen ist.

(7) Sofern im Abrechnungsquartal nach Durchführung der Fördermaßnahmen nach den Abs. 2 und 5 das Fördervolumen nach Abs. 2 noch unterschritten wird, ist der Restbetrag grundsätzlich in das Folgequartal zu übertragen oder kann von der KVT zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes gemäß § 105 Abs. 1b SGB V verwendet werden.

§ 2
Abrechnung

(1) Die Kennzeichnung der Zuschläge für die jeweiligen förderungswürdigen Leistungen wird in den jeweiligen Anlagen definiert.

(2) Die kassenspezifischen Anteile nach § 1 Abs. 2 je Quartal ergeben sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung vorliegenden Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen. Die Anteile berechnen sich für den EGV-Förderfonds gemäß Anlage 1a.

Sofern für die jeweilige Krankenkasse Abrechnungen für bereichseigene Ärzte für geförderte GOP aus dem EGV-Förderfonds vorliegen, erfolgt der Ausweis auf GOP-Ebene im Formblatt 3 unter der Rubrik „außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“.

Sofern bei der jeweiligen Krankenkasse für bereichseigene Ärzte keine über den EGV-Förderfonds geförderten GOP abgerechnet wurden, erfolgt der Ausweis im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 67. Des Weiteren wird der jeweilige Gesamtförderbetrag im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 970 als statistischer Wert dargestellt.

Zur Nachvollziehbarkeit werden jeder Krankenkasse auf dem jeweiligen SFTP-Server im Rahmen der Quartalsabrechnung detaillierte Nachweise zu den verauslagten Mitteln bereitgestellt. Darüber hinaus informiert die KVT die Krankenkassenverbände nach Abschluss eines Quartals über die Gesamtergebnisse der einzelnen Förderungen nach § 1 Abs. 2 inklusive etwaiger Verwendungen für die Förderungen der Sicherstellung des Notdienstes.

§ 3
Evaluation

Die Vereinbarungspartner legen gemäß Punkt 5. des BA-Beschlusses in seiner 456. Sitzung zum Zweck der regelmäßigen Überprüfung der förderungswürdigen Leistungen überprüfbare Ziele für die jeweiligen Fördermaßnahmen (in den Anlagen 5a bis 5m) fest. Die Details zur Umsetzung der Evaluation werden in den jeweiligen Anlagen geregelt.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 14.01.2026

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

AOK PLUS

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

IKK classic

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

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

1. Protokollnotiz

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

In Umsetzung der Benehmensherstellung zur Honorarverteilung gemäß § 87b SGB V vereinbaren die Partner der Gesamtverträge in Thüringen folgende Verfahrensgrundsätze:

(1) Um den Thüringer Krankenkassenverbänden ausreichend Zeit für die Benehmensherstellung zur Honorarverteilung zur Verfügung zu stellen, übermittelt die KVT den Krankenkassenverbänden rechtzeitig vor der Beschlussfassung den angedachten Honorarverteilungsmaßstab. Grundsätzlich wird dabei eine Frist von 4 Wochen als angemessen angesehen.

(2) Mit der Übermittlung der Unterlagen ist den Krankenkassenverbänden die Möglichkeit eines Erörterungstermins anzubieten, der bei Bedarf genutzt werden kann.

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2026

Stand: 16. Juli 2026

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 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		bis 1/26	
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation eines Herzschrittmachers oder 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		bis 2/26	
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation geplante Cholezystektomie (GOP 01645I) 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			
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis) nach der GOP 32674 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[6]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung nach der GOP 03355 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[7]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung nach der GOP 04590 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[8]	Erhöhung um die Leistungsmengen der hausärztlich erbrachten Besuche im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gem. § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie nach den GOP 01410K und 01413K EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[9]	Erhöhung um die Leistungsmengen der nicht hausärztlich erbrachten Besuche im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gem. § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie nach den GOP 01410K und 01413K EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[10]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Untersuchungen auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 nach den GOP 32779 und 32816 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[11]	Erhöhung um die Leistungsmengen der oralen Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia) nach den GOP 30133 und 30134 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[12]	Erhöhung um die Leistungsmengen des Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweises nach der GOP 01833 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[13]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung			
[14]	Bereinigung um Differenzbereinigungsmenge ASV gem. BA-Beschluss in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 748. Sitzung oder etwaiger Folgebeschlüsse			
[15]	Bereinigung der Differenzbereinigungsmenge in Pkt. (positiv oder negativ) zur Bereinigung gem. § 115f Abs. 3 Satz 7 SGB V um Leistungen, die Bestandteil von Hybrid-DRG sind gem. BA-Beschluss in seiner 827. Sitzung			
[16]	Bereinigung um das Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht gem. BA-Beschluss in seiner 489. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 759. Sitzung			
[17]	Bereinigung der TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde gem. BA-Beschluss in seiner 640. Sitzung, zuletzt geändert durch BA-Beschluss in seiner 651. Sitzung			
[18]	**festgestellter BB**	[18] = [1]+[2]+[3]+[4]+[5]+[6]+[7]+[8]+[9]+[10]+[11]+[12]+[13]-[14]-[15]-[16]-[17]		

Stand: 16. Juli 2026

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
[19]	basiswirksame Anpassung des BB im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts gem. BA-Beschluss in seiner 806. Sitzung (0,0270%)	[19] = [18]*0,000270		
[20]	**angepasster BB**	[20] = [18]+[19]		

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

[21]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[22]	**kassenspezifischer prozentualer Anteil**	[22] = [21]/GKV[21]		

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

[23]	**aufgeteilter BB**	[23] = GKV[20]*[22]		
[24]	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			
[25]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[26]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[26a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[27]	**kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB**	[27] = ([23]+[24])/[25]*[26]		

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

[28]	**kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB**	[28] = [27]		
[29]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V gem. BA-Beschluss in seiner 732. Sitzung (-0,6007%)	[29] = [28]*-0,006007		
[30]	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			
[31]	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			
[32]	**weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB**	[32] = [28]+[29]+[30]-[31]		

Stand: 16. Juli 2026

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Berechnung der kassenspezifischen MGV

			Summe GKV	Summe VKNR
[33]	**kassenspezifische MGV berechnet mit PW 12,7404 Cent**	[33] = [32]*0,127404		

Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V für Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (3.)

[34]	Endgültige fortgeschriebene Kinderarzt-MGV in Euro für das aktuelle Abrechnungsquartal gem. Nr. 5 BA-Beschluss in seiner 804. Sitzung			
[35]	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			
[36]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal			
[37]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal			
[38]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro vor Abzug der kumulierten Unterschreitung aus Vorquartalen bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal			
[39]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal			
[40]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro			
[41]	Kumulierte Ausgleichszahlung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum aktuellen Quartal)			
[42]	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)*			

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.)

[43]	Angepasste und fortgeschriebene sowie bereinigte Hausarzt-MGV für das jeweilige Quartal 2025 in Euro gem. Nr. 3.3 EBA-Beschluss in seiner 85. Sitzung			
[44]	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			

Stand: 16. Juli 2026

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
[45]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal			
[46]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal			
[47]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro vor Abzug der kumulierten Unterschreitung aus Vorquartalen bis einschließlich dem jeweiligen Vorquartal			
[48]	Kumulierte Unterschreitung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal			
[49]	Ausgleichszahlung für die KV in Euro			
[50]	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)			
[51]	MGV-Zuschläge nach § 87a Abs. 3c Satz 6 SGB V in Euro im aktuellen Quartal			
[52]	Kumulierte Ausgleichszahlung in Euro bis einschließlich dem aktuellen Quartal (im Zeitraum vom letzten 2. Quartal eines Jahres bis zum aktuellen Quartal)			
[53]	Kumulierter Überschuss von Unterschreitungen gegenüber Ausgleichszahlungen bis zum aktuellen Quartal *(nur im 1. Quartal jeden Jahres relevant)*			

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 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 (für das 1. Quartal 2026)
[3]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation Implantation eines Herzschrittmachers oder 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 (für das 1. und 2. Quartal 2026)
[4]	Erhöhung um die Leistungsmengen im Zweitmeinungsverfahren für die Indikation geplante Cholezystektomie (GOP 01645I) 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
[5]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis) nach der GOP 32674 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[6]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung nach der GOP 03355 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. 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 den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden MGV zuzuordnen ist
[7]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung nach der GOP 04590 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. 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
[8]	Erhöhung um die Leistungsmengen der hausärztlich erbrachten Besuche im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gem. § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie nach den GOP 01410K und 01413K EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. 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 den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden MGV zuzuordnen ist
[9]	Erhöhung um die Leistungsmengen der nicht hausärztlich erbrachten Besuche im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gem. § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie nach den GOP 01410K und 01413K EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. 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 Untersuchungen auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 nach den GOP 32779 und 32816 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[11]	Erhöhung um die Leistungsmengen der oralen Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia) nach den GOP 30133 und 30134 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[12]	Erhöhung um die Leistungsmengen des Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweises nach der GOP 01833 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote entsprechend erhöht
[13]	Erhöhung um die Leistungsmengen der Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 EBM gem. BA-Beschluss in seiner 788. Sitzung	der BB des jeweiligen Vorjahresquartals (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM") wird unter Anwendung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote von eins entsprechend erhöht
[14]	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)
[15]	Bereinigung der Differenzbereinigungsmenge in Pkt. (positiv oder negativ) zur Bereinigung gem. § 115f Abs. 3 Satz 7 SGB V um Leistungen, die Bestandteil von Hybrid-DRG sind gem. BA-Beschluss in seiner 827. Sitzung	der BB wird in jedem der vier Quartale des Jahres 2026 basiswirksam um 698.750 Pkt. bereinigt
[16]	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)
[17]	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 (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[21]	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)
[24]	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)
[25]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK"); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[26]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a"
[26a]	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
[30]	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)

Legende:

[31]	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)
[33]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 12,7404 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.
[34]	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.
[35]	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
[36]	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
[37]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [39] der vorgegebenen Berechnung zur Kinderarzt-MGV
[38]	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
[39]	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
[40]	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.
[41]	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
[42]	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.
[43]	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
[44]	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
[45]	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
[46]	Unterschreitung in Euro im aktuellen Quartal	Verwendung der Summe in Spalte „Wert" aus lfd. Nr. [65] der vorgegebenen Berechnung zur Hausarzt-MGV
[47]	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
[48]	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
[49]	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.
[50]	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.
[51]	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
[52]	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
[53]	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 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils für förderungswürdige Leistungen gemäß Teil 4, § 1 je Quartal 2026

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

			Summe GKV	Summe VKNR
[1]	**Förderbetrag je Quartal GKV**		**2.312.500,00 €**	
[2]	**kassenspezifischer prozentualer Anteil** (Verwendung aus der MGV-Berechnung)		**100,00000%**	
[3]	Förderbetrag nach kassenspezifischen prozentualen Anteil	[3] = GKV[1]*[2]	2.312.500,00 €	
[4]	Berücksichtigung der Entwicklung der Versichertenzahlen:			
[5]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[6]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[7]	Anwendung der Versichertenentwicklung auf Aufteilung	GKV[7] = fester Wert je Quartal VKNR[7] = [3]/[5]*[6]		
[8]	prozentualer Anteil an der Versichertenentwicklung (neu)	[8] = [7]/GKV[7]	100,00000%	
[9]	**Anteil am festen Förderbetrag**	[9] = [8]*GKV[9]	**2.312.500,00 €**	

Anlage 1b Daten zur Abrechnung der zusätzlichen Ärzte nach Schließung von Krankenhäusern gemäß Teil 3, § 4a

Stand: 19. Juni 2026

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Name des Arztes	Name der Praxis	LANR des Arztes	BSNR der Praxis	Beginn der Regelung	Ende der Regelung	Anzahl kurativ-ambulante BHF der Praxis	Anzahl kurativ-ambulante Arztfälle des Arztes	Ø kurativ-ambulante BHF der Fachgruppe in Thüringen	Vergütung MGV-Anteil des Arztes gem. Abgrenzung im Quartal (GKV)	Vergütung EGV-Anteil des Arztes gem. Abgrenzung im Quartal (GKV)	Vergütung gesamt des Arztes (VKNR-Anteil)

Da die Ausweisung im Formblatt 3 mit zwei Nachkommastellen erfolgt, können Rundungsdifferenzen zur Berechnung auftreten.

Anhang 1 zu Anlage 1b Daten zur Abrechnung der zusätzlichen Ärzte nach Schließung von Krankenhäusern gemäß Teil 3, § 4a

Stand: 19. Juni 2026

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Name des Arztes	Name der Praxis	LANR des Arztes	BSNR der Praxis	Beginn der Regelung	Ende der Regelung	Kennzeichnung MGV/EGV	GOP	Anzahl GOP	LB_EURO_GO in €	Quote	zahlungs-relevante Vergütung

Da die Ausweisung im Formblatt 3 mit zwei Nachkommastellen erfolgt, können Rundungsdifferenzen zur Berechnung auftreten.

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nicht in die MGV einbezogen und sind daher von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese mit dem gemäß Teil 2, § 1 anzuwendenden regionalen Punktwert vergütet.

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 (ohne GOP 36371 bis 36373) sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 (ohne 31371 bis 31373) sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430 und 13431 sowie GOP 04511, die im Zusammenhang mit der GOP 04524 erbracht werden (Zusatz Großbuchstaben „A“ oder „B“), 04517, 04519, 04524, 13400, die im Zusammenhang mit der GOP 13416 erbracht werden (Zusatz Großbuchstaben „A“ oder „B“), 13413, 13414 und 13416 (ab 01.07.2026)
3	Prävention	GOP 01700 und 01701, 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
4	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
6	Künstliche Befruchtung	GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08535 bis 08540, 08550, 08555, 08558, 08575, 08576, 11301, 11302, 11351, 11352, 11501 bis 11503, 11506, 11508, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354, 32356, 32357, 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 sowie GOP 11351, 11501 bis 11503, 11506 und 11508 (bis 30.09.2026) sowie GOP 11715 bis 11719 (ab 01.10.2026)

		Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KVT mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50 prozentigen Punktzahlvolumen der GOP im Formblatt 3 ausgewiesen.
7	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphin-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	Abschnitt 1.8
8	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
9	HLA-/HPA-Antikörperdiagnostik	GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948 und 32949
10	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10
11	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	GOP 13620 bis 13622
12	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14
13	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	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
14	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7.1 – GOP 30700 (Zusatz Großbuchstaben „M“, „N“, „U“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704 und 30706 (Zusatz Großbuchstabe „U“) sowie GOP 30708 (Zusatz Großbuchstaben „U“ oder „M“)
15	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 01320 (Zusatz Großbuchstaben „Z“ oder „G“), GOP 05210, 05211 und 05212 (Zusatz Großbuchstaben „Z“, „Y“, „V“ oder „G“), GOP 05230, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 (Zusatz Großbuchstaben „Z“)
16	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131

17	Kinderpneumologische Leistungen	Abschnitt 4.5.2
18	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 (ohne GOP 13594 bis 13598, 13620 bis 13622, 13970 bis 13972)
19	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 sowie die GOP 04000, 04040, 04230 und 04231, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 abgerechnet werden
20	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11
21	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Testung)	GOP 32821
22	Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700 und 13701
23	Osteodensitometrie	GOP 34601
24	Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373
25	PFG-Zuschläge	GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222
26	Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356
27	PET und PET/CT	Abschnitt 34.7, GOP 40584 und 40585
28	Humangenetik	Abschnitt 19.4.4 sowie GOP 32911
29	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13
30	Versorgung gemäß Anlage 27 BMV-Ä (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen) und Anlage 30 BMV-Ä (besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung)	Abschnitte 37.2 und 37.3
31	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3
32	Medikationsplan	GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297,

		13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701
33	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34291	GOP 40306
34	elektronischer Brief	GOP 86900 und 86901
35	Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung	GOP 01670 bis 01672
36	Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)	GOP 13360
37	Videosprechstunde	GOP 01443, 01444 und 01450
38	Zweitmeinungsverfahren	GOP 01645 (mit Ausnahme 01645A bis I sowie Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM)
39	Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	GOP 35151 und 35152
40	Epilation mittels Laser	GOP 02325 bis 02328
41	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	GOP 08312, 08313, 26316, 26317 und 40161 sowie GOP 08311T, 26310T und 26311T, wenn in derselben Sitzung Leistungen der GOP 08312 oder 26316 erbracht werden
42	Notfalldatenmanagement	GOP 01640, 01642 und 01643
43	FFR-Messung	GOP 34298 und 40301
44	Versorgungsplanung	GOP 37400
45	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	GOP 30440
46	Kostenpauschale für Riboflavin	GOP 40681
47	Kostenpauschale bei Liposuktion	GOP 40165
48	Biomarkerbasierte Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	GOP 08347, 13507, 19503 bis 19506
49	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1- und	GOP 11601

	BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	
50	Pauschalen fachärztliche Grundversorgung	GOP 05220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220 und 27220
51	Polysomnographie	GOP 30901
52	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	GOP 13678 und 40167
53	TSVG-Konstellationen	
54a	TSS-Termin- bzw. Akutfall Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle	
54b	Hausarzt-Vermittlungsfall Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Facharztes bzw. Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung (Voraussetzung zur Berechnung von GOP des Abschnitts 4.4 oder 4.5 EBM) aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt bei einem aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V	
54c	Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V	GOP 01322, 01323, 01710, 03010, 04010, 05228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228, 25229, 25230, 26228, 27228, 30705 inklusive abgeleitete KBV-codierte GOP gemäß Nr. 4.3.10.1 oder 4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM
54d	Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V	GOP 03008 und 04008
54e	Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V, die innerhalb von offenen Sprechstunden der nach BMV-Ä definierten Fachgruppen erfolgen	
55	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte	GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M, wenn die GOP im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T abgerechnet werden

56	Vakuumversiegelungstherapie von Wunden	GOP 02314, 40900 bis 40903
57	Bestimmung des DPD-Metabolisierungsstatus	GOP 32867
58	Postalische Versendung von Bescheinigungen, Verordnungen bzw. Muster 21 bei Videosprechstunden, telefonischen Kontakten oder Hausbesuchen	GOP 40128 und 40129
59	Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms	Abschnitt 30.3.2
60	Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA)	GOP 01431und 01647 sowie 01648
61	Zusatzpauschalen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen	GOP 01471 bis 01479, 01481, 01482 (ab 01.04.2026), 01483 (ab 01.07.2026), 30780 und 30781 sowie GOP 30782 (ab 01.07.2026) sowie Pauschale 86700
62	Infusionstherapie	GOP 02102
63	Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe gemäß Kryo-RL	Abschnitte 8.6 und 40.12 sowie GOP 01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K, 36272K, 36503K und 36822K
64	LDR-Brachytherapie	GOP 25335 und 25336
65	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
66	Kardiorespiratorische Polygraphie im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene	GOP 30900U und 30901U

67	Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe	GOP 30902 und 30905
68	Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln sowie unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels	GOP 01540 bis 01546 und 01549
69	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910
70	Beratung zur Organ- und Gewebespende	GOP 01480
71	Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation	GOP 01613
72	Leistungen im Zusammenhang mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)	Abschnitt 37.5 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 37.5 abgerechnet werden (Zusatz Großbuchstaben „M“, oder „Y“)
72a	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 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“)
73	Untersuchung auf das Vorliegen der Allele UGT1A1*6 und UGT1A1*28	GOP 32868
74	Strahlentherapie	Kapitel 25 (mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336)
75	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL	Abschnitt 37.7 sowie GOP 09315 und 13662, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL abgerechnet werden
76	HIV-Präexpositionsprophylaxe	Abschnitt 1.7.8
77	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	GOP 32850

78	Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit der Hochfrequenzablation des Endometriums	GOP 40685
79	Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	Abschnitt 30.3.3 und 33105
80	Kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen	Abschnitt 14.2 sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM
81	Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung	GOP 01615
82	Mikrobiologische Diagnostik	GOP 32820
83	Augenärztliche Versorgung	Kapitel 6 sowie GOP 40682
84	Nachbeobachtung und Überwachung außerhalb Kapitel 31 EBM	GOP 01500 bis 01503
85	Invasive Kardiologie	GOP 01521, 01522, 34291 und 34292
86	Elektrische Kardioversion	GOP 04421 und 13552 sowie GOP 05310, 05341, 33022 und 33023, wenn diese im Zusammenhang mit der GOP 04421 oder 13552 abgerechnet werden
87	Leistungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz	GOP 01681 und 01682
88	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungs-status vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II–III)	GOP 32869
89	Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand	GOP 01858, 01859 und 01907
90	Leistungen im Zusammenhang mit Meldungen implantatbezogener Maßnahmen	GOP 01965, 01966 und 40162

91a	Perkutane Biopsie und Begleitleistungen im Rahmen eines ambulanten Eingriffs nach § 115b SGB V	GOP 02344 sowie GOP 33040C, 33042C, 33042D, 33043C, 33043D, 33043E, 33050C, 33091C, 33092C, 34430C, 34441C, 34442C unter Angabe des OPS-Codes
91b	Perkutane Biopsie außerhalb eines ambulanten Eingriffs nach § 115b SGB V	GOP 02344A
92a	Angiokardiographie	GOP 34290
92b	Angiokardiographie außerhalb eines ambulanten Eingriffs nach § 115b SGB V	GOP 34290A
93	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V bei nicht durchgeführter Leistung	GOP 05311
94	Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren	GOP 01941, 01942 sowie 01943 (bis 15.09.2026)
95	Computertomographie-Koronarangiographie	GOP 34370 und 34371
96	Long-Covid (LongCOV-RL)	GOP 37800, 37801, 37802, 37804 und 37806
97	Zusatzpauschale für die Gabe von Tofersen	GOP 02345
98	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
99	Fraktursonographie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten	GOP 33053
100	ärztliche Leistungen für das Arzneimittel Lecanemab (Leqembi®)	GOP 11602 sowie GOP 01510, 02101, 02342, 34410 und

		32407 bis 32409 wenn diese im Zusammenhang mit der Indikationsstellung und Therapie mit Lecanemab abgerechnet werden (Zusatz Großbuchstabe „A“) (ab 01.04.2026)
101	Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie bei starken Rauchern	GOP 01871, 01872, 01875, 01876, und 01878 bis 01881 (ab 01.04.2026)
102	ärztliche Leistungen für das Arzneimittel Donanemab	GOP 02103 und 11602 sowie GOP 02342, 34410 und 32407 bis 32409 wenn diese im Zusammenhang mit der Indikationsstellung und Therapie mit Donanemab abgerechnet werden (Zusatz Großbuchstabe „A“) (ab 01.07.2026)

Für alle in dieser Anlage aufgeführten Leistungen finden die entsprechend relevanten Buchstabenzusätze und Höchstwertregelungen gemäß der Codiertabelle der KBV Anwendung. Zur Umsetzung der Codiervorgaben bei den schmerztherapeutischen Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte (Nr. 14) erfolgt eine abweichende Kennzeichnung mit nachfolgender Systematik:

	KBV-Codiertabelle	Kennzeichnung für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte in Thüringen
GOP 30700	-	U
GOP 30700 und 30708 (Videosprechstunde)	V	M
GOP 30700 (Videosprechstunde bei BAG oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten)	S	N
GOP 30700 (Auftragsleistung)	H	X
GOP 30700 (BAG oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten)	R	Y
GOP 30700 (Auftragsleistung bei BAG oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten)	W	Z

(2) Die KVT übermittelt quartalsweise den Vereinbarungspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 7, 10, 11 sowie der Nrn. 13, 14, 20, 23, 24, 27 und 30 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 14 teilt die KVT quartalsweise den Vereinbarungspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Belegärztliche Bereitschaftsdienstpauschale pro Patient/Pflegetag gemäß Belegarztvertrag	97200	3,10 €
Kosten für Prostaglandin (für Gynäkologie)	99273	8,33 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen (inklusive Viskoelastikum)	99401	190,00 €
für Silicon-Implantate (inklusive Viskoelastikum)	99402	190,00 €
für Acryl-Implantate (inklusive Viskoelastikum)	99403	190,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln für die Eizellenentnahme bei künstlichen Befruchtungen	99921X	27,55 €
Wegepauschalen		
Entfernungsradius bis 2 km	97301	4,58 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km	97302	8,81 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km	97303	12,74 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km	97304	16,44 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km	97305	20,25 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km	97306	23,79 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km	97307	28,20 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km	97308	30,98 €
Entfernungsradius über 35 km	97309	35,60 €

Wegepauschalen im Rahmen des organisierten Notdienstes werden bei der Abrechnung durch die KVT mit dem Großbuchstaben „N“ gesondert gekennzeichnet.

Sonderregelungen – Pauschalen für Notfallambulanzen		
Sprechstundenbedarfspauschale für Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99905	1,38 €
Kostenpauschale für Gilchristverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99906	58,29 €
Kostenpauschale für Rucksackverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99907	38,99 €

Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (siehe § 44 Abs. 6 BMV-Ä)

(1) Sachkosten,

- die nicht unter die entsprechende Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- die nicht als Sprechstundenbedarf laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- die nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden können und
- auf die keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) zutrifft,

sind gegenüber der KVT versichertenbezogen unter Beifügung der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) als rechnungsbegründende Unterlage gesondert abrechenbar. Sofern aus Gründen der Wirtschaftlichkeit Mehrfachpackungen bezogen wurden, ist bei erstmaliger anteiliger Abrechnung durch den Vertragsarzt die Originalrechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung einzureichen. Bei jeder weiteren anteiligen Abrechnung der bereits eingereichten Originalrechnung ist jeweils eine Kopie der Rechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung vorzulegen.

(2) Folgende Sachkosten sind direkt über die zuständige Krankenkasse abzurechnen, sofern es sich um vertragsärztliche Leistungen handelt, insbesondere:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränengangsröhrchen/Hydrogel Plug,
- Implantate im Rahmen von chirurgischen Eingriffen (Knochen- und Gelenkchirurgie) gemäß Anhang 2 EBM, Abschnitte 2.21 bis 2.22.8,
- Stents (soweit nicht mit der GOP abgegolten),
- Portsysteme,
- Untersuchungskapsel bei Durchführung einer Kapselendoskopie gemäß GOP 04528, 13425,
- Knochenzement im Rahmen von chirurgischen Eingriffen gemäß Anhang 2 EBM,
- NucleoFix im Rahmen von Operationen an der Wirbelsäule gemäß Anhang 2 EBM, OPS 5-839.j0 bis 5-839.j2,
- Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis,
- Sachkosten für die Seeds (implantierte Strahlenquellen) und Implantationsnadeln im Zusammenhang mit der interstitiellen Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom.

Diese Sachkosten sind versichertenbezogen bei der zuständigen Krankenkasse mittels Sachkostenformular (Anlage 4) und der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) in Rechnung zu stellen.

Abtretungserklärungen an Hersteller bzw. Lieferanten sind möglich. Dazu ist auf dem Sachkostenformular der entsprechende Abschnitt auszufüllen.

(3) Der Vertragsarzt wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.

(4) Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten und die Artikelbezeichnung bzw. -nummer hervorgehen.

(5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 Prozent weiterzugeben.

(6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

(7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt 3 unter Kontenart 400/Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 – Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KVT für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzelfallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

OPS
ICD
EBM-Positionen
Datum der Leistungserbringung

Produktbezeichnung und Produktname	Anzahl in Stück*	Volumen in ml*	Hersteller

* = ggf. Durchschnittswert für den einzelnen Behandlungs-/Krankheitsfall eintragen

Unfallfolgen * ☐ Arbeitsunfall * ☐ BVG * ☐

* = ggf. anzukreuzen

Hinweis: Verordnungsfähige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind auf Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) zu verordnen.

Erklärung: Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 Prozent werden an die Krankenkasse weitergegeben.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

☐ **Abtretungserklärung:** Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Hersteller der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 5a Förderung der Besuche im Pflege- oder Altenheim

§ 1
Versorgungssituation

In Thüringen ist statistisch betrachtet der Anteil der Pflegebedürftigen von 2013 zu 2023 um 123 Prozent gestiegen (von 86.889 in 2013 auf 193.937 in 2023) und wird sich auch zukünftig weiter erhöhen. Die Anzahl der Thüringer Pflegeheime, in welchen rund 13 Prozent (Stand 2023) der Pflegebedürftigen vollstationär betreut werden, hat sich ebenso von 2013 bis 2023 von 412 auf 594 Einrichtungen (+ 44 Prozent) erhöht[1]. Auch hier ist ein stetiger Zuwachs zu erwarten.

Die Nachfragen der Verantwortlichen von Pflegeheimen und Angehörigen bezüglich der Betreuung von Pflegeheimbewohnern sind seit vielen Jahren bekannt, da eine kontinuierliche ärztliche Betreuung von Pflegeheimpatienten nur schwer oder gar nicht realisiert werden kann. Daran haben auch die Regelungen bzw. die Möglichkeiten im Zusammenhang mit den Kooperationen nach § 119b SGB V nichts geändert. Eine Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist daher nur stark eingeschränkt bis gar nicht möglich. Vor allem im fachärztlichen Versorgungsbereich mangelt es hierbei an umfassenden Versorgungsangeboten.

Im Gegensatz zu den steigenden Patientenzahlen ist die Anzahl der Besuche in Pflege- oder Altenheimen seit 2016 von 425.782 auf 345.729 in 2021 gesunken, wobei ab dem Jahr 2022 ein Anstieg der durchgeführten Hausbesuche zu verzeichnen ist, der sich in 2024 auf 371.745 fortsetzt. Zugleich nimmt die Anzahl von Ärzten, die Hausbesuche durchführen, immer weiter ab. Dies ist unter anderem dadurch begründet, dass die Anzahl der Hausärzte in Thüringen rückläufig ist. So konnten in den vergangenen zwei Jahren fast 110 Hausarztstellen nicht nachbesetzt werden. Im Rahmen der durchgeführten Evaluation zeigte sich, dass in 2019 eine Verbesserung der Pflegeheimversorgung durch die Förderung erkennbar war, da sowohl im haus- als auch fachärztlichen Bereich eine Steigerung der durchführenden Vertragsärzte verzeichnet werden konnte. Mit Ausbruch der Pandemie in 2020 wurde deutlich, dass die Pflegeheimversorgung nur noch eingeschränkt möglich war und aufgrund der hohen Belastung der Thüringer Haus- und Fachärzte seitdem auch nur bedingt möglich ist. Dies hat zur Folge, dass insbesondere bei multimorbiden und mobilitätseingeschränkten Patienten eine unregelmäßige oder fehlende Betreuung im Hausbesuch zu Zusatzkosten für Krankenbehandlungen, Krankenfahrten, unnötigen Krankenhauseinweisungen und Rettungsdiensteinsätzen führen kann. Zudem kann ein Krankentransport aufgrund von Transportstrapazen eine Belastung für den Patienten darstellen.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass sowohl die Fallzahlen als auch die Anzahl der erbringenden Ärzte im Jahr 2024 noch unter denen des Jahres 2019 liegen. Aufgrund der rückläufigen Anzahl an Thüringer Hausärzten haben die Vertragspartner entschieden, diese Fördermaßnahme zu verlängern und somit die Versorgungssituation zu stabilisieren.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Die Fortführung der Förderung der ärztlichen Besuche in Pflege- oder Altenheimen soll zu einer Stabilisierung der Arztzahlen (Ärzte, die Heimbesuche durchführen) sowie der Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen führen.

(2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Haus- bzw. Fachärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen.

[1] Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen nach Kreisen in Thüringen, Stand: 31.12.2023

(3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:

a) Die Anzahl der Hausärzte (inklusive Kinderärzte), die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen, soll sich bei 1.119 stabilisieren.

b) Die Anzahl der Fachärzte, die Besuche in Pflege- oder Altenheimen durchführen, soll sich bei 270 stabilisieren.

c) Die Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen im hausärztlichen Versorgungsbereich soll sich bei 272.783 stabilisieren.

d) Die Anzahl der durchgeführten Besuche in Pflege- oder Altenheimen im fachärztlichen Versorgungsbereich soll sich bei 98.962 stabilisieren.

(4) Bei der abschließenden Bewertung der Zielerreichung können insbesondere an nichtärztliches Praxispersonal delegierte Besuche in Pflege- oder Altenheimen und die Veränderung der Anzahl der in Thüringen tätigen Hausärzte mit betrachtet werden.

§ 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. 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.

(2) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 € 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.

(3) 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.

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

(5) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2025. 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 2027.

Anlage 5b Förderung von Leistungen der hausärztlichen Ultraschalldiagnostik

§ 1
Versorgungssituation

Der Anteil von multimorbiden Patienten nimmt zu und wird aufgrund der demografischen Entwicklung auch weiterhin steigen. Ebenso nimmt der Anteil der mobilitätseingeschränkten Patienten (z. B. Pflegebedürftige) immer weiter zu. So weist Thüringen in 2023 einen um über 32 Prozent höheren Gesamtmorbiditätsindex gegenüber dem Bundesdurchschnitt auf. Dieser war sogar von 2018 mit 1,27 um 5 Prozentpunkte auf 1,32 in 2023 gestiegen.[1]

Zugleich ist teilweise festzustellen, dass verschiedene diagnostische Möglichkeiten noch nicht von Hausärzten im vollen Umfang genutzt werden. Gerade einmal nur rund jeder zweite Thüringer Hausarzt erbringt gegenwärtig Sonographien. Dies gefährdet einerseits die flächendeckende Versorgung und führt andererseits dazu, dass Untersuchungen durch Fachärzte erbracht werden müssen und dabei z. B. bei Sonographien durch andere bildgebende Verfahren (CT bzw. MRT) substituiert werden. Durch das hohe Durchschnittsalter der Thüringer Bevölkerung bei entsprechender Morbidität ist es insbesondere für ältere Menschen in ländlichen Regionen ohne ausreichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel zunehmend schwerer möglich, Fachärzte aufzusuchen.

Die Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass die Förderung jedoch wirkt. Dies zeigt sich bei der Anzahl der erbringenden Ärzte, welche von 745 im Jahr 2018 auf 892 im Jahr 2024 gestiegen ist. Zugleich ist der Anteil der erbringenden Hausärzte von 46,0 Prozent auf 57,5 Prozent gestiegen. Wobei hier zu berücksichtigen ist, dass sich die Anzahl der Hausärzte in Thüringen kontinuierlich verringert und sich nach den Prognosen eher weiter verschlechtern wird. Um trotz der Entwicklungen der Arztzahlen eine flächendeckende Versorgung der Ultraschalldiagnostik durch Hausärzte zu unterstützen, haben die Vereinbarungspartner die Fördermaßnahme verlängert.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Durch die Unterstützung der wohnortnahen Angebotsstruktur, insbesondere in ländlichen Regionen, soll die besondere hausärztliche Versorgung stabilisiert werden. Dadurch lassen sich möglicherweise Krankenfahrten oder zusätzliche fachärztliche Behandlungen vermeiden. Eine direkte Leistungserbringung durch den Hausarzt führt zudem zu einer schnelleren Diagnostik und Therapieeinleitung und vermeidet (unnötige) Überweisungen zum sowie lange Wartezeiten beim Facharzt.

(2) Die Fortführung und Anpassung der Förderung der Ultraschalldiagnostik im hausärztlichen Versorgungsbereich soll zu einer Stabilisierung der jeweils erbringenden Hausärzte (inklusive Kinderärzte) führen.

(3) Um die Wirkung auf die Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere die Entwicklung des Anteils der Hausärzte, die sonographische Leistungen erbringen.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt: Der Anteil der Hausärzte, die sonographische Leistungen erbringen, soll sich bei 57,5 Prozent stabilisieren.

[1] Morbiditäts- und Sozialatlas, bifg, https://www.bifg.de/atlas; Stand 14.11.2024

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 5,00 € für jede von Hausärzten (inklusive Kinderärzten) abgerechnete GOP 33011, 33012, 33042 und 33043.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ 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 2025. 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 2027.

Anlage 5c Förderung der neurologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen

§ 1
Versorgungssituation

Immer mehr Patienten leiden an neurologischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen. Gleichzeitig werden die Krankheitsbilder immer komplexer und somit entstehen Sicherstellungsprobleme durch mangelnde Möglichkeiten beim Kapazitätsaufbau. Dies ist bereits dadurch begründet, dass Thüringer Neurologen bzw. Psychiater im Bundesvergleich mehr Patienten behandeln (Nervenärzte/Neurologen + 1 Prozent, Psychiater + 19 Prozent, ärztliche Psychotherapeuten/Psychosomatiker + 31 Prozent).

Das Angebot der Gesprächsleistungen wurde teilweise zugunsten der Vergütung der Richtlinien-Psychotherapie (außerhalb der MGV), welche im Jahr 2017 reformiert wurde, zurückgefahren. Ein Jahr nach der Reform wertete die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) bundesweit die Wartezeiten auf Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde aus. Für Thüringen belegen die Zahlen, dass Versicherte im Durchschnitt 7,5 Wochen auf einen ersten Termin warten. Da der Bundesdurchschnitt bei 5,7 Wochen liegt, wird hier die angespannte Versorgungssituation deutlich. Noch dramatischer ist diese für Versicherte, die einen ersten Termin zur Richtlinien-Psychotherapie benötigen. Hier liegen im Bundesdurchschnitt 19,9 Wochen und in Thüringen 23,7 Wochen zwischen der Anfrage und dem ersten Termin. In keinem anderen Bundesland warten die Versicherten länger auf einen Termin.

War in der Vergangenheit die Anzahl der erbringenden Ärzte annähernd konstant, zeigt nunmehr die Förderung ihre Wirkung. Seit 2019 ist die Anzahl der erbringenden Ärzte von 120 auf 131 in 2024 gestiegen. Auch die Anzahl der erbrachten Leistungen zeigt dabei einen positiven Trend mit einer Steigerung um rund 13 Prozent. Dass weiterer Handlungsbedarf besteht, zeigt sich auch darin, dass nur rund die Hälfte der angefragten neurologischen und psychiatrischen Termine im Jahr 2023 vermittelt werden konnten. Dies verdeutlicht, dass die flächendeckende ambulante neurologische und psychiatrische Versorgung sichergestellt werden muss.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Ziel ist die Sicherstellung und Verbesserung der wohnortnahen ambulanten neurologischen und psychiatrischen Angebotsstruktur, da die Förderung in der Evaluation nachweislich Wirkung entfaltet. Die anamnestische Differentialdiagnostik soll im Vergleich zur apparativen Diagnostik weiter gestärkt werden. Hierdurch können möglicherweise Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

(2) Die Fortführung der Förderung der neurologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen soll die Anzahl der erbringenden Ärzte stabilisieren sowie die Anzahl der durchgeführten Gespräche weiterhin erhöhen.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Fachärzte, die neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Gesprächsleistungen durchführen sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Gespräche.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
   a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte soll sich bei 130 stabilisieren.

b) Die Anzahl der erbrachten Gesprächsleistungen soll sich auf 530.000 erhöhen.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 2,50 € für jede abgerechnete GOP 16220, 21220, 22220, 22221 und 23220.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ 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 2025. 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 2027.

Anlage 5d Förderung von Leistungen der kurativen Mammographie sowie der Mammasonographie (Mammadiagnostik)

§ 1
Versorgungssituation

In den letzten zehn Jahren hat die Zahl der Brustkrebsdiagnosen in Thüringen leicht zugenommen. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jede dritte Krebsdiagnose bei Frauen war im Jahr 2022 Brustkrebs. Dies spiegelt sich letztendlich auch in der Morbidität wieder. In Thüringen lag die Morbidität bei der bösartigen Neubildung der Brustdrüse in 2022 mit 14,31 Erkrankte je 1000 Einwohner 14 Prozent über dem Bundesdurchschnitt von 12,52 Erkrankte je 1000 Einwohner. Dies stellte noch einmal einen Anstieg um 3 Prozentpunkte gegenüber 2021 dar.

Vorsorgeprogramme wie das Mammographie-Screening führen frühzeitiger zu einer höheren Zahl an Brustkrebsdiagnosen. Dies trägt dazu bei, dass die Heilungs- und Überlebenschancen erheblich steigen. Die kurative Mammographie und Mammasonographie sind dabei essenzielle diagnostische Verfahren, die im Verdachtsfall auf Brustkrebs zum Einsatz kommen oder nach einer Brustkrebserkrankung als regelmäßige Nachkontrollen unverzichtbar sind.

In Thüringen liegt ein kontinuierlicher Rückgang von Ärzten vor, die kurative Mammographien bzw. im Zusammenhang stehende Mammasonographien erbringen. Dies wiederum führt zu einem sich ausweitenden Versorgungsmangel bei der Nachsorge von Brustkrebspatientinnen und zu vermehrten Nachfragen nach Terminen zum Mammographie-Screening.

Insbesondere bei der Mammographie ist bei Radiologen ein deutlicher Rückgang in der Leistungserbringung festzustellen und eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung nur schwer möglich.

So ist die Anzahl der durchgeführten kurativen Mammographien dieser Fachgruppe seit 2018 von 56.355 auf 44.953 in 2023 (- 20,3 Prozent) gesunken. Ebenso hat sich die Anzahl der erbringenden Radiologen von 44 in 2018 auf 32 Ärzte in 2023 (- 27,3 Prozent) verringert. Auch bei der kurativen Mammasonographie ist die Anzahl der erbringenden Radiologen und Gynäkologen von 172 in 2018 auf 165 Ärzte in 2023 gesunken. Vor diesem Hintergrund muss die Versorgungsstruktur stabilisiert werden, um weiterhin vor allem flächendeckende Nachsorgen anbieten zu können.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Mit der Förderung der kurativen Mammographie und Mammasonographie soll der negativen Entwicklung entgegengewirkt werden.

(2) Die Förderung soll dazu beitragen, die wohnortnahe Angebotsstruktur zu stabilisieren und möglichst zu verbessern sowie längere Wegstrecken für die Patientinnen zu vermeiden. Schnellere Therapieentscheidungen durch eine umfangreichere Vor-Ort-Betreuung in den entsprechenden Facharztpraxen führen insbesondere bei Verdachtsfällen zu einer Verkürzung der Zeit der Unsicherheit und vermeiden psychische Belastungen.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der erbringenden Ärzte sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Leistungen.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2023 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:

a) Die Anzahl der Ärzte, die kurative Mammographien erbringen, soll sich bei 32 stabilisieren.
b) Die Anzahl der erbrachten kurativen Mammographien soll sich auf 45.000 erhöhen.
c) Die Anzahl der Ärzte, die kurative Mammasonographien erbringen, soll sich auf 168 erhöhen.
d) Die Anzahl der erbrachten kurativen Mammasonographien soll sich auf 64.000 erhöhen.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
a) 10 € für jede abgerechnete GOP 34270 sowie
b) 5 € für jede abgerechnete GOP 33041.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ 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 acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2025. Die Vereinbarungspartner werden die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2027 betrachten.

Anlage 5e Förderung von Leistungen der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung

§ 1
Versorgungssituation

Rund 50.000 erwachsene Thüringer haben eine entzündlich-rheumatische Erkrankung. Eine der häufigsten Formen ist dabei die rheumatoide Arthritis, an der rund 20.000 Thüringer erkrankt sind.[1] Aktuelle Zahlen zu den jährlichen Neuerkrankungen liegen nicht vor. Laut Versorgungsatlas des Zentralinstitutes der kassenärztlichen Versorgung lag die Inzidenz in Thüringen bei der rheumatoiden Arthritis in 2014 bei 87 Neuerkrankungen je 100.000 GKV-Versicherte.[2] Für Thüringen würde das gemessen an der derzeitigen Zahl der GKV-Versicherten von rund 1,9 Mio.[3] eine Zunahme von durchschnittlich 1.682 Patienten pro Jahr bedeuten. Bei derzeit 15,25[4] tätigen Rheumatologen in Thüringen ist dieser Patientenzuwachs absolut nicht zu bewältigen, vor allem, da teilweise jetzt schon Wartezeiten von über 10 Monaten auf einen Behandlungstermin in Kauf zu nehmen sind.

Durch diese Kapazitätsengpässe ist eine optimale Versorgung in keinster Weise sichergestellt. Auch eine durch die KVT vorgenommene – zwingend notwendig gewordene – Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante Behandlung von Rheuma-Patienten gemäß Terminvermittlung nach § 75 Abs. 1a SGB V konnte das bestehende Problem bisher weder lösen noch verbessern. Daher ist es erforderlich, zusätzliche Behandlungskapazitäten für die orthopädisch-rheumatologische Behandlung zu schaffen.

Die Statistik belegt einen Anstieg der orthopädisch-rheumatologischen Leistungen seit 2016 von 1.823 auf 3.029 in 2024 (+ 66,2 Prozent). Ebenso hat sich durch die Förderung die Anzahl der erbringenden Orthopäden seit 2018 von 13 auf 21 erhöht. Die Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass durch die Förderung positive Ergebnisse erzielt und der bestehende Versorgungsmangel, wenn auch nicht aufgehoben, aber reduziert werden konnte. Vor diesem Hintergrund verlängern die Vereinbarungspartner die Förderung.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Aufgrund der begrenzten Anzahl der Rheumatologen besteht nachweislich eine Versorgungsnotwendigkeit. Diese wird aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zunehmen. Des Weiteren führt eine Mitbetreuung durch Orthopäden zu einer Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und somit zu einer Erhöhung der Anzahl der behandelten Patienten.

(2) Die Fortführung der Förderung der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung soll zur weiteren Erhöhung der Anzahl der erbringenden Ärzte sowie der Anzahl der durchgeführten rheumatologischen Behandlungen durch Orthopäden führen.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Orthopäden, die rheumatologische Patienten betreuen sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten rheumatologischen Leistungen durch Orthopäden.

[1] https://dgrh.de/Start/DGRh/Presse/Daten-und-Fakten/Rheuma-in-Zahlen.html; Stand 24.01.2025.
[2] https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/85/VA-85-RheumatoideArthritis-Bericht_v6.pdf
[3] BMG: KM6-Statistik, Stichtag 1. Juli 2024.
[4] Ärzte nach Umfang gemäß Versorgungsgradfeststellung vom 11.11.2025

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
   a) Die Anzahl der erbringenden Ärzte soll sich bei 21 stabilisieren.
   b) Die Anzahl der erbrachten Leistungen soll sich auf 3.100 erhöhen.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von
   a) 15 € für jede abgerechnete GOP 18320 sowie
   b) 20 € für jede abgerechnete GOP 18700.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.

(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 2025. 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 2027.

Anlage 5f Förderung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten

§ 1
Versorgungssituation

Der stetig steigende Bevölkerungsanteil an 65-Jährigen und älter von 27 Prozent in 2021 zu 30 Prozent in 2042 in Thüringen[1] steht in Verbindung mit einer steigenden Multimorbidität (Anteil von DMP-Teilnehmern an der Gesamtbevölkerung in Thüringen 14 Prozent in 2018 zu 16 Prozent in 2021) und macht den Ausbau sowohl von Kapazitäten in den Sprechstunden als auch vom Angebot an Besuchen in der Häuslichkeit dringend notwendig.

Haus- und Facharztpraxen können nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigen, die sie u. a. bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten sowie Haus- und Heimbesuchen unterstützen. Vor allem „Chroniker“ benötigen eine regelmäßige Betreuung, welche teilweise durch nichtärztliche Praxisassistenten erbracht werden kann, um Kapazitäten in den Sprechstunden der Ärzte zu eröffnen.

Die Anzahl der durchgeführten Haus- und Heimbesuche durch nichtärztliche Praxisassistenten war seit 2019 von 126.400 auf 116.241 in 2021 um 8 Prozent gesunken, wobei im gleichen Zeitraum die Anzahl der beschäftigten nichtärztlichen Praxisassistenten von 444 auf 455 gestiegen ist. Die Anzahl der beschäftigten nichtärztlichen Praxisassistenten war bis 2023 auf 474 gestiegen. Zwischenzeitlich ist jedoch die Anzahl der beschäftigten nichtärztlichen Praxisassistenten in 2024 auf 469 (Stichtag 01.10.2024) rückläufig.

Die Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass die Förderung Wirkung entfaltet. So ist die Häufigkeit der durchgeführten Haus- und Heimbesuche durch nichtärztliche Praxisassistenten auf 127.931 Einsätze in 2024 gestiegen. Auch die Anzahl der erbringenden Ärzte mit NäPa-Einsätzen hat sich von 457 in 2018 auf 535 Ärzte in 2024 erhöht.

Mit Blick auf die unveränderten und eher zunehmenden Terminprobleme, nicht nur bei den Fachärzten, wird weiterhin eine wichtige Arztentlastung durch die nichtärztlichen Praxisassistenten und damit ein positiver Einfluss auf die Versorgung gesehen. Daher haben sich die Vereinbarungspartner auf eine Fortführung der Förderung verständigt. Unter Berücksichtigung der rückläufigen Entwicklungen der Anzahl der nichtärztlichen Praxisassistenten soll sich die Anzahl der Ärzte mit Hausbesuchen von nichtärztlichen Praxisassistenten und damit die flächendeckende Versorgung stabilisieren.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Durch den Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten soll „Arztzeit“ für die Versorgung von Patienten in der Sprechstunde gewonnen und die Versorgung von Patienten in der Häuslichkeit verbessert werden.

(2) Die Fortführung der Förderung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten soll zu einer Stabilisierung der Anzahl der Hausbesuche durch einen nichtärztlichen Praxisassistenten sowie der Anzahl der Hausärzte mit abgerechneten Einsätzen von nichtärztlichen Praxisassistenten führen.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere

[1] Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Bevölkerungsentwicklung 2021, 2030, 2040 und 2042 nach zusammengefassten Altersgruppen und Kreisen in Thüringen, Stand: 31.12.2021 - https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kz300123||

a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte mit Hausbesuchen von nichtärztlichen Praxisassistenten sowie
b) die Entwicklung der Anzahl der Hausbesuche von nichtärztlichen Praxisassistenten.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
a) Die Anzahl der Ärzte mit Hausbesuchen von nichtärztlichen Praxisassistenten soll sich bei 535 stabilisieren.
b) Die Anzahl der Hausbesuche von nichtärztlichen Praxisassistenten soll sich bei 127.931 stabilisieren.

(5) Bei der abschließenden Bewertung der Zielerreichung ist insbesondere die Veränderung der Anzahl der bei Thüringer Vertragsärzten tätigen nichtärztlichen Praxisassistenten zu betrachten.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 € für jede abgerechnete GOP 03062, 03063, 38200, 38202, 38205 und 38207.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.

(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 2025. 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 2027.

Anlage 5g Förderung der Osteodensitometrie

§ 1
Versorgungssituation

Osteoporose ist eine Volkskrankheit. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen ist laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jede vierte Frau von ihr betroffen. Doch auch unter Männern und in jüngeren Altersgruppen leiden Patienten unter der schleichenden Verschlechterung ihres Knochengewebes und der dadurch bedingten Neigung zu Knochenbrüchen. Insbesondere hochdosierte Cortisonbehandlungen und Vorerkrankungen, wie Diabetes oder Rheuma, erhöhen das Risiko. Darum ist eine rechtzeitige und zuverlässige Diagnosestellung notwendig, um die Therapiemöglichkeiten ausschöpfen zu können.

Vor dem Hintergrund des stetig steigenden Bevölkerungsanteils an 65-Jährigen und älter von 27 Prozent in 2021 zu 30 Prozent in 2042 in Thüringen[1] ist davon auszugehen, dass das vorhandene Leistungspotenzial ausgebaut werden muss, um dem steigenden Bedarf an ambulanten Untersuchungen gerecht zu werden.

Seit Jahren ist die Anzahl der erbringenden Ärzte annähernd konstant und schwankt zwischen 23 und 25 Ärzten. In 2021 erbrachten aber gerade einmal rund 10 Prozent der Thüringer Orthopäden die Osteodensitometrie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere vor dem Hintergrund der alternden Thüringer Bevölkerung muss daher das Ziel sein, die Versorgungsstrukturen auszubauen und ein flächendeckendes Angebot zu schaffen.

Die Evaluation der Förderung hat gezeigt, dass die Förderung Wirkung entfaltet. So ist die Häufigkeit der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Osteodensitometrien von 5.702 in 2021 um 22 Prozent auf 6.950 in 2024 gestiegen. Die Vereinbarungspartner haben sich darauf verständigt, die Förderung der Leistung im Interesse der kontinuierlichen und sich weiter verbessernden Versorgung fortzuführen.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Die Förderung der Osteodensitometrie soll die Anzahl der erbringenden Ärzte stabilisieren sowie die Anzahl der durchgeführten Osteodensitometrien, insbesondere durch Orthopäden, erhöhen.

(2) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Ärzte, die Osteodensitometrien erbringen sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Osteodensitometrien.

(3) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter berücksichtigt:
   a) Die Anzahl der Ärzte, die Osteodensitometrien durchführen, soll sich bei 26 stabilisieren.
   b) Die Anzahl der abgerechneten Osteodensitometrien soll sich auf 7.000 erhöhen.

[1] Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Bevölkerungsentwicklung 2021, 2030, 2040 und 2042 nach zusammengefassten Altersgruppen und Kreisen in Thüringen, Stand: 31.12.2021

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 20 € für jede abgerechnete GOP 34600 und 34601.

(2) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit dem Suffix „T“ gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.

(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 2025. 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 2027.

Anlage 5h Förderung der Rheumatologischen Fachassistenz^{+} (RFA^{+})

§ 1
Versorgungssituation

Die ambulante rheumatologische Versorgung in Thüringen steht vor wachsenden Herausforderungen. Durch die demografische Entwicklung, die Zunahme chronisch-entzündlicher Erkrankungen und den Rückgang der Zahl rheumatologisch tätiger Fachärzte führen zu Engpässen in der wohnortnahen Versorgung. Besonders in ländlichen Regionen entstehen dadurch lange Wartezeiten und weite Anfahrtswege, die die rechtzeitige Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapieanpassung für Patienten erschweren.

Um die Versorgungssituation zu stabilisieren und die Versorgungsqualität für Patienten langfristig zu sichern, ist die Einbindung qualifizierter nichtärztlicher Fachkräfte von zentraler Bedeutung. RFA^{+} erweitern die bestehenden Praxisteams um spezialisierte Kompetenzen in der Patientenkommunikation, Verlaufsdokumentation, Laborkontrolle, Arzneimittelüberwachung, Schulung und Koordination von Behandlungspfaden. Durch die gezielte Delegation ärztlicher Tätigkeiten und standardisierte Arbeitsabläufe entstehen zusätzliche Versorgungskapazitäten, sodass mehr Patienten zeitnah betreut werden können, ohne die Qualität der ärztlichen Behandlung zu beeinträchtigen.

RFA^{+} können dazu beitragen, die Versorgung kontinuierlicher, strukturierter und patientennäher zu gestalten. Sie begleiten chronisch Erkrankte regelmäßig, erfassen Symptome, Nebenwirkungen und Funktionsveränderungen, koordinieren notwendige Untersuchungen und ärztliche bereiten Therapieentscheidungen vor. Durch diese aktive Rolle können Krankheitsaktivität und Komplikationen frühzeitig erkannt, Krankheitsverläufe verbessert und Klinikeinweisungen vermieden werden. Zugleich stärken RFA^{+} die Gesundheitskompetenz der Betroffenen durch strukturierte Schulung und regelmäßige Beratung – ein wesentlicher Faktor für Adhärenz, Lebensqualität und Selbstmanagement.

Die Förderung soll den Patientenzugang zur rheumatologischen Betreuung verbessern, die ärztlichen Kapazitäten entlasten und effizienter nutzbar machen, die Behandlungsabläufe standardisieren und die Nachhaltigkeit der ambulanten Rheumatologie durch attraktive Teamstrukturen fördern.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Ziel der Förderung ist die Verbesserung der rheumatologischen Versorgung durch eine strukturierte Einbindung von RFA+ in die Versorgung chronisch-entzündlich rheumatischer Erkrankungen.

(2) Durch den Einsatz von RFA+ sollen insbesondere:
   a) die Kontinuität und Qualität der Patientenbetreuung verbessert,
   b) ärztliche Kapazitäten gezielt entlastet und
   c) zusätzliche Versorgungskapazitäten, insbesondere für Neupatienten, geschaffen werden.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   c) die Entwicklung der Anzahl der rheumatologischen Praxen mit einer geförderten RFA+,
   d) die Entwicklung der gemeldeten TSS-Termine der geförderten Praxen,
   e) die Entwicklung der Anzahl der Patienten, die durch eine RFA+ (mit-)betreut werden sowie
   f) die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Praxen.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2025 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter je geförderter Praxis berücksichtigt:

c) Die Anzahl der gemeldeten TSS-Termine der geförderten Praxis soll sich gegenüber dem Vergleichsquartal 2025 um 60 TSS-Termine erhöhen.

d) Die Anzahl der Behandlungsfälle der geförderten Praxen soll sich erhöhen.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Die Förderung erfolgt ausschließlich nach Antrag und Genehmigung durch die KVT.

(2) Die KVT ist für die Ausgestaltung und Umsetzung der Förderbedingungen verantwortlich.

(3) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 5 € auf jede abgerechnete GOP 13690 bis 13692. Die Förderung ist je Praxis (Haupt- und etwaiger Nebenbetriebsstätten) auf maximal 7.500 € pro Quartal begrenzt.

(4) Die Behandlungsfälle der Patienten, die durch eine RFA+ (mit-)betreut werden, sind durch die jeweilige Praxis mit der Pseudo-GOP 99494 zu kennzeichnen.

(5) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit der Pseudo-GOP 99495 gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.

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

(7) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2026. Die Vereinbarungspartner werden die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2029 betrachten.

Anlage 5i Förderung der CED-Fachassistenz / Versorgungsassistenz CED

§ 1
Versorgungssituation

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa erfordern eine komplexe, multidisziplinäre und kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten. Aufgrund der steigenden Prävalenz dieser Erkrankungen[1] sowie der zunehmenden Komplexität moderner Therapien ergibt sich ein wachsender Bedarf an qualifiziertem nichtärztlichem Personal, das die ärztliche Tätigkeit gezielt unterstützt und entlastet.

Für Patienten mit CED ist es entscheidend, dass die Versorgung und Betreuung nicht voneinander abgekoppelt stattfinden, sondern durch qualifiziertes Personal unterstützt werden, welches die unmittelbare ärztliche Leistung gezielt ergänzt.

Insbesondere geht es hierbei um die frühzeitige Erkennung von Erkrankungsaktivität und Komplikationen, die konsequente Umsetzung von Leitlinien-Monitoring (z. B. Endoskopie, Labor und Impfstatus), die Förderung der Therapietreue sowie Begleitung im Alltag mit der Erkrankung.

Mit der Fortbildung zur CED-Fachassistenz oder Versorgungsassistenz CED werden Medizinische Fachangestellte (MFA) dazu befähigt, Aufgaben in der Patientenkommunikation, Verlaufskontrolle, Schulung und Koordination zu übernehmen. Dies trägt wesentlich zur Verbesserung der Behandlungsqualität, zur Stärkung der Therapietreue und zur besseren Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess bei.

Die Förderung soll den Patientenzugang zur gastroenterologischen Betreuung verbessern, die ärztlichen Kapazitäten entlasten und effizienter nutzbar machen, die Behandlungsabläufe standardisieren und die Nachhaltigkeit der ambulanten Gastroenterologie durch attraktive Teamstrukturen fördern. Damit wird die ambulante gastroenterologische Versorgung in Thüringen langfristig gesichert und gestärkt.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Ziel der Förderung ist die Verbesserung der ambulanten gastroenterologischen Versorgung durch den gezielten Einsatz von CED-Fachassistenzen oder Versorgungsassistenzen CED.

(2) Durch den Einsatz dieser Fachkräfte sollen insbesondere:
   a) die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit verbessert,
   b) ärztliche Kapazitäten in der Betreuung chronisch kranker Patienten entlastet und
   c) zusätzliche Versorgungskapazitäten, insbesondere für Neupatienten, geschaffen werden.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der gastroenterologischen Praxen mit einer geförderten CED-Fachassistenz oder Versorgungsassistenz CED,
   b) die Entwicklung der gemeldeten TSS-Termine der geförderten Praxen,
   c) die Entwicklung der Anzahl der Patienten, die durch eine CED-Fachassistenzen oder Versorgungsassistenzen CED (mit-)betreut werden sowie
   d) die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Praxen.

[1] https://www.aerzteblatt.de/archiv/chronisch-entzuendliche-darmerkrankungen-status-quo-und-was-die-zukunft-bringen-kann-42c11dd7-176d-42c1-a153-ed3b0f20f94a, Stand 24.11.2025

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2025 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter je geförderter Praxis berücksichtigt:
   a) Die Anzahl der gemeldeten TSS-Termine der geförderten Praxis soll sich gegenüber dem Vergleichsquartal 2025 um 60 TSS-Termine erhöhen.
   b) Die Anzahl der Behandlungsfälle der geförderten Praxen soll sich erhöhen.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Die Förderung erfolgt ausschließlich nach Antrag und Genehmigung durch die KVT.

(2) Die KVT ist für die Ausgestaltung und Umsetzung der Förderbedingungen verantwortlich.

(3) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 20 € auf jede abgerechnete GOP 13390 bis 13392 bei CED-Patienten mit gesichertem ICD K50.- und/oder K51.- und/oder K52.3.

(4) Die Behandlungsfälle der Patienten, die durch CED-Fachassistenzen oder Versorgungsassistenzen CED (mit-)betreut werden sind durch die jeweilige Praxis mit der Pseudo-GOP 99496 zu kennzeichnen.

(5) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit der Pseudo-GOP 99497 gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.

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

(7) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2026. Die Vereinbarungspartner werden die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2029 betrachten.

Anlage 5j Förderung von Physician Assistant

§ 1
Versorgungssituation

Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen, gewinnt der Einsatz von Physician Assistants (P. A.) zunehmend an Bedeutung. P. A. übernehmen delegierbare ärztliche Tätigkeiten, unterstützen bei Diagnostik, Therapie und Patientenmanagement und tragen damit wesentlich zur Entlastung der Ärzte sowie zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei.

Durch die Integration von P. A. in das ambulante Praxisteam werden zusätzliche Versorgungskapazitäten geschaffen, die insbesondere in Regionen mit eingeschränkter Facharzt-Erreichbarkeit eine wohnortnahe Betreuung ermöglichen. P. A. unterstützen bei Diagnostikvorbereitung, Verlaufs- und Therapiekontrollen, Patienten-Management (z. B. Chroniker-Programme, Nachsorge, Recall), Koordination von Schnittstellen und Hausbesuchen. Somit wird die Versorgung kontinuierlicher, strukturierter und patientennäher gestaltet.

Die Förderung zielt darauf ab Vertragsärzte gezielt zu entlasten, damit diese sich auf ihre Kernkompetenzen, z. B. komplexe Diagnostik- und Therapieentscheidungen, konzentrieren können. Gleichzeitig verbessert sich die Versorgung der Patienten durch standardisierte Abläufe, bessere Erreichbarkeit und regelmäßige Betreuung.

Durch die Förderung der in § 3 Abs. 2 genannten Fachgebiete werden Anreize geschaffen, das neue Berufsbild der P. A. gezielt in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einzusetzen. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung, Erweiterung und Qualitätssteigerung der ambulanten Versorgung in Thüringen geleistet, mit dem klaren Fokus auf den Nutzen für Patienten.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Ziel der Förderung ist es, den Einsatz von P. A. in der ambulanten Versorgung zu stärken und damit einen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen zu leisten.

(2) Durch die Förderung sollen insbesondere
   a) die Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung ausgebaut,
   b) die ärztliche Tätigkeit entlastet und zusätzliche Behandlungskapazitäten geschaffen sowie
   c) die Versorgungssituation in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten verbessert werden.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Praxen mit einer geförderten P. A.,
   b) die Entwicklung der gemeldeten TSS-Termine der geförderten Praxen,
   c) die Entwicklung der Anzahl der Patienten, die durch eine P. A. (mit-)betreut werden sowie
   d) die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Praxen.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung werden auf der Grundlage des Jahres 2025 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgende Zielparameter je geförderter Praxis berücksichtigt:
   a) Die Anzahl der gemeldeten TSS-Termine der geförderten Praxis soll sich gegenüber dem Vergleichsquartal um 60 TSS-Termine erhöhen.

b) Die Anzahl der Behandlungsfälle der geförderten Praxen soll sich erhöhen.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Die Förderung erfolgt ausschließlich nach Antrag und Genehmigung durch die KVT.

(2) Die KVT ist für die Ausgestaltung und Umsetzung der Förderbedingungen verantwortlich.

(3) Die Förderung ist zunächst beschränkt auf folgende Fachgruppen:
a) Dermatologen,
b) HNO-Ärzte,
c) Kardiologen und
d) Hausärzte.

(4) Die Förderung soll vorrangig
a) in Planungsbereichen erfolgen, für die nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt wurde, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder droht, oder nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt wurde, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht oder
b) im hausärztlichen Bereich in allen Planungsbereichen erfolgen, die einen Versorgungsgrad unterhalb 100 Prozent aufweisen.

(5) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 € auf jede abgerechnete Versicherten- oder Grundpauschale einer gemäß Abs. 3 förderungswürdigen Fachgruppe. Die Förderung ist je Praxis (Hauptbetriebs- inkl. Nebenbetriebsstätte) auf maximal 10.000 € pro Quartal begrenzt.

(6) Die Behandlungsfälle der Patienten, die durch P. A. (mit-)betreut werden sind durch die jeweilige Praxis mit der Pseudo-GOP 99492 zu kennzeichnen.

(7) Die Zuschläge für die oben genannten GOP werden mit der Pseudo-GOP 99493 gekennzeichnet und von der KVT umgesetzt.

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

(9) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2026. Die Vereinbarungspartner werden die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2029 betrachten. Sofern sich zwischenzeitlich Änderungen im EBM ergeben, werden die Auswirkungen geprüft.

Anlage 5k Förderung der Tele-Dermatologie

§ 1
Versorgungssituation

Die ambulante dermatologische Versorgung in Thüringen steht vor erheblichen Herausforderungen. Die Verteilung dermatologischer Facharztpraxen ist insbesondere im ländlichen Raum schwierig, wodurch Patienten lange Anfahrtswege und Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Der demografische Wandel führt zudem zu einer steigenden Nachfrage nach dermatologischer Versorgung, während gleichzeitig altersbedingte Praxisschließungen ohne adäquate Nachbesetzung zunehmen. So sind aktuell 5,0 Arztsitze für Dermatologen in sechs Planungsbereichen nicht besetzt.

Zudem zeigt sich eine anhaltend hohe Nachfrage nach Terminen über die Terminservicestelle, insbesondere auch in Regionen ohne Zulassungsmöglichkeiten für Dermatologen. Die langen Wartezeiten auf Facharzttermine können dazu führen, dass dermatologische Erkrankungen, einschließlich Hautkrebs, nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Um die dermatologische Versorgung zu verbessern und die vorhandenen ärztlichen Ressourcen effizienter zu nutzen, wird die Tele-Dermatologie gefördert. Sie bietet ein geeignetes Instrument, um die dermatologische Versorgung nachhaltig zu verbessern. Durch die telemedizinische Zusammenarbeit zwischen hausärztlichen und dermatologischen Praxen kann fachärztliche Expertise ortsunabhängig verfügbar gemacht, die Versorgung beschleunigt und die ärztliche Betreuung zunächst in den Planungsbereichen Greiz, Hildburghausen und Ilm-Kreis gestärkt werden.

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Ziel der Förderung ist es, die dermatologische Versorgung durch den gezielten Einsatz telemedizinischer Verfahren zu verbessern und insbesondere in ländlichen Regionen den Zugang zu fachärztlicher Expertise zu erleichtern.

(2) Durch die Förderung sollen insbesondere
   a) Versorgungsengpässe in den o. g. strukturschwachen Regionen abgemildert,
   b) die Zusammenarbeit hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung gestärkt und
   c) die die Behandlungsqualität durch frühzeitige fachärztliche Einschätzung verbessert werden.

(3) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere
   a) die Entwicklung der Anzahl der Praxen, die an der Tele-Dermatologie teilnehmen sowie
   b) die Entwicklung der Anzahl der teledermatologischen Konsultationen.

(4) Zur Bewertung der Zielerreichung prüfen die Vereinbarungspartner regelmäßig gemeinsam die Teilnahmeentwicklung an der Tele-Dermatologie sowie die Inanspruchnahme des Versorgungskonzeptes. Hierzu werden insbesondere
   a) die Anzahl der an der Tele-Dermatologie teilnehmenden hausärztlichen und dermatologischen Praxen,
   b) die Anzahl der veranlassten teledermatologischen Konsultationen sowie
   c) die Anzahl der Patienten, die im Anschluss an ein Telekonsilium einer weiterführenden fachärztlichen Versorgung zugeführt werden,

betrachtet und hinsichtlich ihrer Entwicklung bewertet.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Die Förderung erfolgt ausschließlich nach Antrag und Genehmigung durch die KVT. Voraussetzung ist die Nutzung des von der KVT angebotenen teledermatologischen Versorgungskonzeptes.

(2) Gefördert werden Hausärzte in den Landkreisen Greiz, Hildburghausen und Ilm-Kreis sowie die an dem Versorgungskonzept teilnehmenden Dermatologen.

(3) Es erfolgt ein Zuschlag
   a) in Höhe von 15 € je GOP 01670 für die Einholung eines Telekonsiliums durch einen Hausarzt (Abr.-Nr. 01670T),
   b) in Höhe von 15 € je GOP 01671 für die telekonsiliarische Beurteilung durch einen Dermatologen (Abr.-Nr. 01671T) sowie
   c) in Höhe von 15 € zur GOP 10210, 10211 und 10212 für den weiterbehandelnden Dermatologen, wenn nach telekonsiliarischer Befundung eine kurzfristige Anschlussversorgung des Patienten erfolgt (Abr.-Nr. 99491).

   Die Zuschläge sind vom Arzt in seinen Abrechnungsdaten anzugeben.

(4) Die technische Umsetzung der Tele-Dermatologie erfolgt in Abstimmung mit der KVT und dem durch die KVT beauftragten Technikanbieter.

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

(6) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von acht Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2026. Die Vereinbarungspartner werden die weitere Entwicklung in Vorbereitung der Verhandlungen für das Jahr 2029 betrachten.

Anlage 5l 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	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)
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)
Nervenärzte	Saalfeld-Rudolstadt	GB Saalfeld-Rudolstadt-Bad Blankenburg GB Königsee	3,5 (3,5)
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)

Es besteht Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern, dass die bis zum 31.12.2025 genehmigten Förderungen aufgrund der vereinbarten Laufzeit bis zu deren Ablauf Bestand haben. Ab dem 01.01.2026 erfolgen keine neuen Förderungen für neu zugelassene bzw. neu angestellte Fachärzte in nicht gesperrten Planungsbereichen.

§ 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 sowie Nervenärzte 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.

Anlage 5m Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf

§ 1
Versorgungssituation

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat für 2026 Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V für nachfolgende Fachgruppen und Planungsbereiche in Thüringen getroffen.

Feststellung	Fachgruppe	Region*
Unterversorgung	HNO-Ärzte	PB Sonneberg
	Kinder- und Jugendpsychiater	PB Südwestthüringen
	Kinderärzte	PB Hildburghausen
Drohende Unterversorgung	Hausärzte	PB Artern
		PB Gera-Land
		PB Ilmenau
		PB Pößneck
		PB Schleiz
		PB Sonneberg
	Hautärzte	PB Altenburger Land
		PB Hildburghausen
	HNO-Ärzte	PB Greiz PB Nordhausen PB Saale-Orla-Kreis PB Sonneberg
	Nervenärzte[1]	PB Schmalkalden-Meiningen/ Suhl
	Kinder- und Jugendpsychiater	PB Südwestthüringen
	Kinderärzte	PB Bad Salzungen
		PB Pößneck
		PB Schleiz
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf	Hausärzte	GZ Geisa
		GZ Eisfeld
		GZ Elxleben
		GZ Ebeleben

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

Feststellung	Fachgruppe	Region*
		GZ Greußen
	Augenärzte	MB Bad Lobenstein
		MB Schleiz
	Nervenärzte[1]	MB Schleiz
		MB Bad Lobenstein
		MB Schmalkalden
		MB Bad Langensalza
	Hautärzte	MB Arnstadt
	HNO-Ärzte	MB Dornburg-Camburg/ Bürgel
		MB Hermsdorf/Bad Klosterlausnitz
		MB Eisenberg

* Planungsbereich (PB) / Grundzentrum (GZ) / Mittelbereich (MB)

§ 2
Messbarkeit und Ziele der Förderung

(1) Sofern in Umsetzung der Regelungen aus Teil 4 noch Mittel zur Verfügung stehen, sollen diese für die Förderung für Leistungserbringer in unterversorgten Regionen, in von Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versorgungsbedarf verwendet werden. Durch die Förderung soll eine Stabilisierung und Verbesserung der wohnortnahen Angebotsstruktur geschaffen werden, indem die ärztliche Betreuung von überdurchschnittlich vielen Patienten gefördert wird.

(2) Um die Stabilisierung bzw. Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Vereinbarungspartner insbesondere die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Regionen.

(3) Zur Bewertung der Zielerreichung wird auf der Grundlage des Jahres 2024 als Basiszeitraum für die Vergleichsbetrachtung folgender Zielparameter berücksichtigt:

Die Anzahl der Behandlungsfälle in den geförderten Regionen und betroffenen Fachgruppen erhöht sich.

§ 3
Umsetzung und Laufzeit der Förderung

(1) Es erfolgt ein Zuschlag in Höhe von 10 Prozent der durchschnittlichen Versicherten- oder Grundpauschalen der jeweiligen Fachgruppe für alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle eines geförderten Arztes, welche 120 Prozent der durchschnittlichen thüringischen kurativ-ambulanten Behandlungsfallzahl der entsprechenden Fachgruppe übersteigen. Für die in § 1 aufgeführten Fachgruppen ergeben sich für das Jahr 2026 folgende Zuschläge:

Fachgruppe	**GOP**	**Zuschlag**
Hausärzte	99498	2,11 €
Kinderärzte	99483	2,11 €

Kinder- und Jugendpsychiater	99484	2,33 €
Psychiater	99485	2,48 €
Neurologen	99486	2,40 €
FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Neurologie und Psychiatrie	99487	3,35 €
Augenärzte	99488	1,71 €
Hautärzte	99489	1,81 €
HNO-Ärzte	99490	2,83 €

Der Versorgungsumfang des Arztes ist zu berücksichtigen.

(2) Die entsprechend relevanten Buchstabenzusätze gemäß der Codiertabelle der KBV finden hier gleichermaßen Anwendung und werden mit dem o. g. Zuschlag für die Leistung, unabhängig von der Vergütungshöhe der Leistung mit Suffix, gefördert.

(3) Für die Förderung nach dieser Anlage sind die Voraussetzungen gemäß § 2 der Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung von Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 4 SGB V und zur Empfehlung von Maßnahmen gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 der Ärzte-ZV sowie zur Überprüfung der Entwicklung der Versorgungssituation des Landesausschusses Ärzte und Krankenkassen in Thüringen zu erfüllen.

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

(5) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Vereinbarungspartner nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2026.