

# Honorarsystematik

3. QUARTAL 2025

STABILITÄT.  
KALKULATIONSSICHERHEIT.  
PLANBARKEIT.

DER HVM AB 1/2025

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

## Inhalt

- 4 Vorwort
- 7 Aufteilung der Gesamtvergütung und Bildung von Honoraranteilen
- 10 Zusammensetzung des Honorars
- 13 Systematik der RLV, QZV und Freien Leistungen
- 15 Förderung kooperativer Behandlungsformen
- 16 Mengenbegrenzung
- 18 Sonderregelungen
- 19 Teil-Berufsausübungsgemeinschaften
- 20 Übersicht über RLV, QZV und FL

# Vorwort

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der Koalitionsvertrag steht, die neue Bundesregierung ist im Amt und mit ihr unsere neue Bundesgesundheitsministerin aus Baden-Württemberg, Nina Warken. Mit Freude nehmen wir wahr, dass die ambulante Versorgung wieder einen Stellenwert bekommt und Dialogbereitschaft besteht. Mit Spannung blicken wir auf die Ausgestaltung eines angekündigten Primärarztsystems, welches eine bessere Patientensteuerung bringen soll, aus unserer Sicht aber wohl kaum Einsparungen. Die Einzelheiten dazu stehen noch nicht fest. Aus fachärztlicher Sicht muss mit der Einführung qualifizierter Überweisungen im Rahmen eines Primärarztsystems zwingend die Entbudgetierung der so veranlassten Inanspruchnahme der fachärztlichen Praxen verbunden sein, genauso wie ein Ausfallhonorar bei „No-Shows“ im Falle einer angekündigten Termingarantie.

Noch ist es jedoch nicht so weit und so erhalten Sie mit dieser Broschüre zu Ihrem Verständnis die notwendigen und wichtigen Erläuterungen im Zusammenhang mit der Honorarsystematik. Bitte beachten Sie die nachfolgend dargestellten Punkte im Hinblick auf Ihr RLV-/QZV-Gesamtvolumen.

Für die Hausärzte ist es das letzte RLV-/QZV-Gesamtvolumen in der bisherigen Form, bevor ab dem Quartal 4/2025 die Entbudgetierung von Leistungen aus EBM-Kapitel 03 und der Hausbesuche greift und es für die Hausärzte keine RLVs mehr gibt. Zu den genauen Einzelheiten werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Bereits entschieden ist: Diese hausärztlichen Leistungen werden dann künftig (ab Quartal 4/2025) aus einem neuen Honorartopf, der sog. „Hausarzt-MGV“ vergütet. Falls der von unseren Mitgliedern angeforderte Leistungsbedarf größer ist, müssen die Krankenkassen Ausgleichszahlungen „mit frischem Geld“ zahlen. Einzelheiten dazu müssen auch auf Landesebene noch festgelegt werden. Im erweiterten Bewertungsausschuss hat sich der unparteiische Vorsitzende leider der Sichtweise der Krankenkassen angeschlossen und entschieden, dass Gelder für Sicherstellungsmaßnahmen wie dem Strukturfonds künftig zu Lasten der hausärztlichen Rest-MGV zu entnehmen sind und in diesem Bereich dann auszahlungsquotenmindernd wirken. Hier

sind gesetzliche Nachbesserungen erforderlich. Zum heutigen Zeitpunkt noch offen sind die Regelungen zur neuen hausärztlichen Vorhalte- und Chronikerpauschale, die nach dem Willen des letzten Gesetzgebers durch Umverteilung von hausärztlichem Honorar zu finanzieren sind, ohne „frisches Geld“. Der Gesetzgeber hat hier die klammen Kassen der GKV berücksichtigt. Zur Beseitigung der Misere ist ein Stopp der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus GKV-Beitragsgeldern und ein allgemeines Wirtschaftswachstum erforderlich. An der Stabilität des Wirtschaftsstandorts Deutschland ist auch unser #Praxenland maßgeblich beteiligt.



[www.praxenland.de](http://www.praxenland.de)

Darüber hinaus ist es mit rund 100.000 ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen mit einer Bruttowertschöpfung von rund 52 Mrd. € und fast 800.000 Arbeitsplätzen – das sind mehr als in der Automobilindustrie – auch wesentlicher Faktor in der Wertschöpfung. Wohnortnahe medizinische Versorgung trägt maßgeblich zum sozialen Frieden bei. Diese Aspekte werden wir auch der neuen Bundesregierung immer wieder in Erinnerung bringen.

Für das Quartal 3/2025 gilt Folgendes:

### **Haus- und Fachärzte:**

Den Berechnungen liegen die auf Bundes- und Landesebene festgelegten Anpassungen zum Orientierungswert und der MGV für das Jahr 2025 zu Grunde.

Es ist für das Quartal 3/2025 weiterhin positiv festzustellen, dass wieder bei fast allen bisher schon von der RLV-/QZV-Systematik betroffenen Fachgruppen die positiven Steigerungsraten der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach unseren erfolgreichen Verhandlungen auch bei den RLV-Fallwerten ankommen und entsprechend zu einer Erhöhung führen. Bei einzelnen Fachgruppen ist dies allerdings nicht in vollem Umfang der Fall.

## Woran kann dies liegen?

Der Gesetzgeber hat mit Wirkung ab dem Quartal 1/2023 eine unbefristete basiswirksame Bereinigungsregelung der MGV im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen im Rahmen der „Offenen Sprechstunde“ vorgesehen. Diese Bereinigung greift, wenn das Punktzahlvolumen (= Leistungsbedarf) der Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde in den einzelnen Arztgruppen, die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als 3 % steigt. Auch im Quartal 3/2024 haben alle Fachgruppen, die offene Sprechstunde anbieten müssen, diese Grenze überschritten und lösen eine basiswirksame Bereinigung des Honorartopfes im Quartal 3/2025 aus. Dies führt ggf. zu einem niedrigeren RLV-Fallwert als über die MGV-Steigerungsraten zu erwarten wäre bzw. reduziert die Honorarerwartungen.

Die Bereinigung erfolgt also nicht individuell, sondern für die gesamte Fachgruppe mit Wirkung auf den RLV-Fallwert. Dies kann sich also insbesondere nachteilig auswirken für Praxen mit praxisindividuell wenig, aber in der Fachgruppe vielen Leistungen in der offenen Sprechstunde. Sollten Sie in Ihrer Praxis also keine offene Sprechstunde anbieten, empfiehlt es sich, diesen Punkt der Praxisorganisation nochmals zu überdenken.

Wichtig ist an dieser Stelle auch weiterhin der Hinweis, das erreichte Fallzahlniveau bei den verbliebenen TSVG-Fallkonstellationen – insbesondere der offenen Sprechstunde, hier maximal bis zu 17,5 % der Fallzahl – im Verlauf nach Möglichkeit nicht zu senken, da die so erbrachten Fälle im Folgejahr kein RLV/QZV auslösen. Praxen mit einem Fallzahlverlust an TSVG-Konstellationen im weiteren Verlauf haben finanzielle Nachteile.

Neben der Bereinigung bei der offenen Sprechstunde können auch Fallzahlsteigerungen – im zulässigen Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung – bei einzelnen Fachgruppen dazu führen, dass der RLV-Fallwert nicht die zu erwartende Höhe erreicht. Dieser Effekt kann sich beispielsweise auch bei Einschreibung von Patientinnen und Patienten in Selektivverträge und gleichbleibend hoher Fallzahl im Kollektivvertrag ergeben.

## **Bitte beachten Sie weiterhin: RLV ist nicht gleich Honorar**

Das Gesamthonorar einer Praxis setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen, d. h., das RLV darf nicht als isolierte Größe betrachtet werden. Neben den Leistungen innerhalb der MGV (MGV = budgetierter Vergütungsanteil; d.h. RLV, QZV und Freie Leistungen) sind auch die Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen oder extrabudgetäre Leistungen, z.B. die verbliebenen TSVG-Leistungen, Prävention, ambulantes Operieren) ein wichtiger Teil des Honorars und müssen in die Gesamtbetrachtung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden. Insbesondere bitten wir Sie zu berücksichtigen, dass bei festen (unbudgetierten) Preisen die Mengenentwicklung ebenso nicht begrenzt ist.

innerhalb der MGV (MGV = budgetierter Vergütungsanteil; d.h. RLV, QZV und Freie Leistungen) sind auch die Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen oder extrabudgetäre Leistungen, z.B. die verbliebenen TSVG-Leistungen, Prävention, ambulantes Operieren) ein wichtiger Teil des Honorars und müssen in die Gesamtbetrachtung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden. Insbesondere bitten wir Sie zu berücksichtigen, dass bei festen (unbudgetierten) Preisen die Mengenentwicklung ebenso nicht begrenzt ist.

$$\text{Honorar} = (\text{RLV-FW} + \text{QZV-FW}) \times \text{Fallzahl} + \text{FL} + \text{extrabudgetäre Leistungen} + \text{TSVG-Konstellationen}$$

(z. B. offene Sprechstunde)

---

Die RLV-Fallwerte können sich auch im Rahmen der Durchführung der endgültigen Abrechnung für das Quartal nochmals erhöhen, indem die erst zu diesem Zeitpunkt feststehenden Finanzmittel aus der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) im Zusammenhang mit den Selektivverträgen nach §§ 73b und 140a SGB V der Honorarverteilung zugeführt werden.

Falls Sie Fragen haben, steht Ihnen unsere Abrechnungsberatung gerne telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

Tel. 0711/7875-3397

E-Mail: [abrechnungsberatung@kvbawue.de](mailto:abrechnungsberatung@kvbawue.de)

Ihr



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.  
Vorsitzender des Vorstandes

# I. Aufteilung der Gesamtvergütung und Bildung von Honoraranteilen

Die Gesamtvergütung, die die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stellt, gliedert sich im Wesentlichen in zwei Teile: Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die Vergütung außerhalb der MGV (Einzelleistungsvergütung).

Die MGV wird nach bundesweiten Vorgaben in ein haus- und fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt. Vorab werden eigene Honoraranteile für die Vergütung von Leistungen im Bereitschaftsdienst und im Notfall, von Laborleistungen sowie für die „Kinder- und Jugendmedizin“ gebildet.

Die Vergütung der Leistungen im organisierten Notfalldienst erfolgt aus dem Honorartopf „Bereitschaftsdienst und Notfall“ in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Aus dem Honorartopf „Labor“ werden nach den bundeseinheitlichen Vorgaben der KBV der Wirtschaftlichkeitsbonus und alle auf Muster 10 veranlassten Laboruntersuchungen (Kapitel 32.2 und 32.3 EBM sowie die mit diesen in Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM) mindestens in Höhe der bundeseinheitlichen Quote von 85 %, quotiert vergütet.

Die Leistungen aus dem Honorartopf „Kinder- und Jugendmedizin“ (Kapitel 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM) werden ebenfalls in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die restlichen Leistungen (v. a. Kapitel 30, 33, 35 EBM sowie die GOP 01430 EBM) werden aus einem gesonderten Honorartopf ggf. quotiert vergütet.

Nach Trennung der MGV werden im fachärztlichen Versorgungsbereich versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen für die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) sowie für das genetische Labor (Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM) nach bundesweiten Vorgaben ermittelt. Diese Vergütungsvolumen werden jeweils durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für die jeweiligen Leistungen.

In den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen selbst werden sog. Vorwegabzüge für die Vergütung belegärztlicher Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und für Rückstellungen, z. B. zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte oder für Sicherstellungsaufgaben, vorgenommen. Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung bezahlt. Die Laborleistungen der Laborgemeinschaften (Muster 10A) und eigen-erbrachtes Labor werden im Rahmen eines Vorwegabzugs getrennt im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich quotiert (mindestens 85 %) bezahlt. Aus diesem Vorwegabzug werden im fachärztlichen Versorgungsbereich auch die (Grund-)Pauschalen (GOP 12210 und 12222 bis 12224 EBM) und die Grundpauschale 01437 EBM quotiert (mindestens 85 %) vergütet.

Beim fachärztlichen Vergütungsvolumen erfolgt zudem ein Abzug von begrenzten Honoraranteilen für die ggf. quotierte Vergütung von pathologischen/zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM sowie die GOP 08315 EBM.

Die bisher extrabudgetär (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236 EBM) sowie innerhalb der MGV (GOP 01842 EBM) vergüteten humangenetischen Leistungen wurden zum 01. Januar 2023 aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführt. In der Folge ist die Zuordnung dieser Leistungen zum Vergütungsvolumen für humangenetische Leistungen entfallen und für diese Leistungen ein neuer Vorwegabzug im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet worden.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird innerhalb der MGV ein weiterer Vorwegabzug zur Förderung von radiologischen Leistungen bei onkologischen Patientinnen und Patienten vorgenommen:

- Punktwert-Zuschlag in Höhe von 1,5 Cent auf alle Leistungen der Abschnitte 34.2, 34.3 und 34.4 EBM, wenn mindestens zwei dieser Leistungen im Behandlungsfall abgerechnet werden und eine gesicherte onkologische Diagnose gemäß Anlage 7 BMV-Ä vorliegt.

---

Die Förderung von ambulanten praxisklinischen Betreuungsleistungen und von psychiatrischen Gesprächen erfolgt innerhalb der MGV als jeweiliger Vorwegabzug im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich:

- Zuschlag in Höhe von € 20,00 für jede Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) bei einer onkologischen und / oder immunologischen Betreuung.
- Zuschlag in Höhe von € 1,40 für jede GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM im Rahmen einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Behandlung.
- Zuschlag zur subkutanen Immuntherapie je abgerechnete und anerkannte GOP 30130 EBM in Höhe von € 3,00 und je abgerechnete und anerkannte GOP 30131 EBM in Höhe von € 2,50.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgen innerhalb der MGV weitere Vorwegabzüge und Förderungen:

- Zuschlag in Höhe von € 4,00 für die Förderung von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten in Hausarztpraxen je Behandlungsfall, in dem eine GOP 03060 EBM für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten abgerechnet und anerkannt wird.
- Zuschlag in Höhe von € 4,00 für die Förderung der hausärztlich-geriatrischen Betreuung je Behandlungsfall, in dem eine GOP 03362 EBM abgerechnet und anerkannt wird.
- Zuschlag in Höhe von € 2,50 für die Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten, je abgerechneter und anerkannter Chronikerpauschale (GOP 03220 und 04220 EBM).
- Zuschlag für eine U3 – Untersuchung je abgerechneter und anerkannter GOP 01713 EBM in Höhe des jeweiligen €-Wertes der Leistung gemäß EBM (aktuell € 49,82).

Das verbleibende Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich wird in sog. Arztgruppentöpfe aufgeteilt. Basis für die Bemessung der Arztgruppentöpfe ist das – bereinigte – zugewiesene (eingestellte) Honorar des Vorjahresquartals.

Aus diesen Arztgruppentöpfen werden neben den Leistungen einer Fachgruppe, die den RLV, QZV und Freien Leistungen zugeordnet sind, auch die Kosten und die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen vergütet. Damit wird sichergestellt, dass eine Umverteilung zwischen den Fachgruppen vermieden wird und Leistungsdynamik in einer Fachgruppe nicht zu Lasten einer anderen geht.

## Aufteilung der Gesamtvergütung

GESAMTVERGÜTUNG	
<b>Leistungen außerhalb der MGV*</b>	<b>Leistungen innerhalb der MGV</b>
Leistungen / Begleitleistungen in Verbindung mit Ambulantes Operieren	<b>Bereitschaftsdienst und Notfall</b>
Ambulantes Operieren	<b>Labor</b> (Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10 [Kapitel 32.2 und 32.3 EBM sowie die mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM])
Prävention	<b>Grundbetrag Kinder- und Jugendärzte</b>
Dialyse Kostenpauschalen	<b>Hausärztlicher Versorgungsbereich</b>
Psychotherapie	<b>Fachärztlicher Versorgungsbereich</b>
DMP	<b>Hausärztliches Vergütungsvolumen</b>
Nephrologische Leistungen	<b>Fachärztliches Vergütungsvolumen</b>
Belegärztliche Leistungen	<b>Vorwegabzüge</b>
Substitution	Rückstellungen
PFG-Zuschlag	Restliche belegärztliche Leistungen
Regional vereinbarte Leistungen	Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht)
besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung	Zuschlag NäPa-Fall
Sozialpädiatrie	Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Hausärztl.-geriatrische Betreuung, Betreug. lebensveränd. chron. Erkrankg., U3-Untersuchung
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche
Humangenetische Leistungen	Pathologie / Zytologie
TSVG	Humangenetische Beurteilung
Strahlentherapie	<b>Hausärzte</b>
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV), Kapitel 14.2, GOP 14220,14222,14240,14313,14314	RLV
...	KQZV   FL
	Kosten   Abgestf. Leistg.
	<b>Kinderärzte</b>
	Kosten
	Restliche Leistungen
	<b>Orthopäden</b>
	RLV
	KQZV   FL
	Kosten   Abgestf. Leistg.
	...
	<b>PFG</b>
	<b>Genetisches Labor</b>

\* Einzelne der aufgeführten Leistungen umfassen GOP-Bereiche, die innerhalb der MGV vergütet werden.

## 2. Zusammensetzung des Honorars

Das Honorar aus GKV-Leistungen der Ärztinnen und Ärzte setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen.

### 2.1. Leistungen außerhalb der MGV (Einzelleistungen)

Einzelleistungen werden ohne Mengengrenzung und in der Höhe ausbezahlt, wie sie für das jeweilige Jahr mit den Krankenkassen vereinbart wurden, also zu festen Preisen. Dazu gehören insbesondere die Prävention, Substitution und das Ambulante Operieren.

Darüber hinaus werden u. a. folgende Leistungen und Leistungsbereiche außerhalb der MGV als Einzelleistungen bezahlt: Der Zuschlag für jede Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) im EBM wird – im Gegensatz zur PFG – außerhalb der MGV vergütet und automatisch durch die KVBW bei der Abrechnung der PFG zugesetzt.

Innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen (Abschnitt 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM) in voller Höhe zu Preisen der Euro-Gebührenordnung, und somit extrabudgetär, vergütet.

Ebenfalls außerhalb der MGV wird für Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin die GOP 04356 EBM als Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung vergütet.

In der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) werden sämtliche Leistungen zu festen Preisen extrabudgetär vergütet.

Weiter werden alle Leistungen nach dem Vertrag gemäß § 115b SGB V (ambulante durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe) sowie alle dazu gehörenden

Begleitleistungen einer extrabudgetären Vergütung zu 100 % und damit festen Preisen zugeführt. Voraussetzung für die Vergütung insbesondere der Begleitleistungen zu den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung ist allerdings, dass ein gesonderter Abrechnungsschein unter Angabe der Pseudo-GOP 88115 angelegt sowie der OPS (den der Operateur festlegt) der zugrundeliegenden originären §115b-Leistung eingetragen wurde.

Auch die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) für alle Arztgruppen, die probatorische Sitzung (Einzelbehandlung sowie Gruppensettings) für die in § 87b Abs. 2 S. 4 SGB V genannten Arztgruppen, die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die psychotherapeutische Akutbehandlung werden als Einzelleistung vergütet. Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung) für alle Fachgruppen sowie die Strukturzuschläge 35571, 35572 und 35573 EBM werden ebenfalls außerhalb der MGV vergütet.

Des Weiteren werden die nephrologischen Leistungen des EBM-Abschnittes 13.3.6 und die kinderärztlichen nephrologischen Leistungen des EBM-Abschnittes 4.5.4 sowie die Versichertenpauschalen, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 EBM abgerechnet werden, als Einzelleistung vergütet.

Als Einzelleistung vergütet werden auch die GOP 32865 EBM sowie der Leistungsbereich „Companion Diagnostic“ (Abschnitt 19.4.4 EBM).

Außerbudgetär abrechenbar sind zudem die Zuschläge für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten nach den GOP 38200 bzw. 38205 EBM.

Desgleichen werden die Leistungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM) außerhalb der MGV als Einzelleistungen vergütet. Gleiches gilt für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Abschnitt 37.2 EBM).

Die Finanzierung und Vergütung der strahlentherapeutischen Leistungen erfolgt, bis auf den Hygienezuschlag nach der GOP 25215 EBM, außerhalb der MGV. Der Hygienezuschlag wird innerhalb der MGV aus dem u. a. für Strahlentherapeuten zur Verfügung stehenden Honorartopf für „Sonstige Ärzte“ vergütet.

Die nachfolgenden Leistungen werden ebenfalls außerhalb der MGV extrabudgetär vergütet:

- Leistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung nach der GOP 08536 EBM.
- Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der GOP 01611 EBM
- KSVPsych-Richtlinie (Abschnitt 37.5 EBM, GOP 22220M/Y und 23220M/Y EBM).

### Leistungen nach dem TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz):

Mit dem TSVG hat der Gesetzgeber Regelungen vorgesehen, nach denen Ärztinnen und Ärzte bestimmte Leistungen extrabudgetär vergütet erhalten.

Weiterbehandelnde Fachärztinnen und -ärzte erhalten alle Leistungen in einem von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt oder der Terminservicestelle (TSS) als Terminfall vermittelten Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet. Gleiches gilt für Hausärztinnen und Hausärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wenn Patientinnen und Patienten über die TSS in die Praxis vermittelt werden. Ebenfalls extrabudgetär und damit höher vergütet, werden die verpflichtende offene Sprechstunde bei grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzten (Eingrenzung auf 5 Stunden je Kalenderwoche) sowie alle Leistungen in einem von der TSS als Akutfall vermittelten Arztgruppenfall.

Im Akutfall werden Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden über die Rufnummer 116 117 mittels eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene (auch während der Sprechstundenzeiten) vermittelt.

Dies können sein:

- Arztpraxis
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- Notfallambulanz am Krankenhaus
- Rettungsdienst (112)

Die entbudgetierte Abrechnung von über die TSS vermittelten Akutterminen geschieht durch die entsprechende Kennzeichnung.

### Kennzeichnung:

Voraussetzung für eine extrabudgetierte Vergütung der TSVG-Leistungen ist allerdings, dass mit einer Pseudo-GOP gekennzeichnet wird.

Näheres zur Vergütung, Bereinigung und Kennzeichnung finden Sie auf dem Merkblatt, das Ihnen auf unserer Homepage zur Verfügung steht: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Abrechnung & Honorar » Abrechnung: wie, was, wann, wohin? » Merkblätter » Terminvermittlung.

### 2.2. Leistungen innerhalb der MGV

Zu den Leistungen innerhalb der MGV gehören vor allem Leistungen, welche der Mengensteuerung durch RLV und QZV unterliegen.

Neben den Versichertenpauschalen gehören auch die hausärztlichen Zusatzpauschalen, Gesprächsleistungen und Chronikerpauschalen zu den Leistungen, die dem RLV unterliegen.

Die hausärztliche Strukturpauschale (GOP 03040 EBM) sowie die Leistungen der Geriatrischen Versorgung (GOP 03360 / 03362 EBM) werden innerhalb des RLV, aber in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Finanzierung wird aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen sichergestellt.

---

Sogenannte Freie Leistungen (FL), welche zwar nicht von vornherein mengenbegrenzt sind, für deren Vergütung aber im Arztgruppentopf nur beschränkte Mittel zur Verfügung stehen und die deshalb ggf. quotiert vergütet werden, zählen ebenfalls zu den Leistungen innerhalb der MGV.

Des Weiteren werden die Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall (unter Berücksichtigung der Regelungen in der Notfalldienst-Ordnung und dem Statut zur Notfalldienst-Ordnung) und die Laborleistungen sowie Kosten, welche weiterhin ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, den Leistungen innerhalb der MGV zugeordnet.

# 3. Systematik der RLV, QZV und Freien Leistungen

## 3.1. Systematik der RLV und QZV

Das Honorarvolumen für die Leistungen des RLV einer Arztgruppe wird durch sämtliche RLV-relevanten Fälle des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert. Die QZV werden grundsätzlich identisch berechnet, indem das Honorarvolumen für die Leistungen eines QZV einer Arztgruppe durch sämtliche RLV-relevanten Fälle der zur Abrechnung berechtigten Ärztinnen und Ärzte dividiert wird. Dies ergibt den arztgruppenspezifischen QZV-Fallwert (vgl. Tabelle der RLV- und QZV-Fallwerte je Arztgruppe in dieser Broschüre).

Anspruch auf ein QZV haben Ärztinnen und Ärzte, wenn sie die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt oder die erforderliche Genehmigung der KVBW zur Erbringung und Abrechnung der spezifischen Leistungen eines QZV besitzt. Die Höhe des RLV und QZV einer Ärztin bzw. eines Arztes oder einer Praxis errechnet sich aus diesen jeweiligen Fallwerten, multipliziert mit seiner Fallzahl im Vorjahresquartal. Die Höhe wird vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

Das Gesamtvolumen aus RLV und QZV bildet eine Obergrenze, bis zu der alle RLV- und QZV-Leistungen mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Wird das Gesamtvolumen überschritten, werden die überschreitenden Leistungen abgestaffelt vergütet.

### Hinweise

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der RLV-relevanten kurativ-ambulant Behandlungsfälle. In einer BAG, einem MVZ und in Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle einer Ärztin bzw. eines Arztes der Zahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis, multipliziert mit ihrem/seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.
- Für Ärztinnen und Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxis), wird die (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Da diese Zahlen erst mit der tatsächlichen Abrechnung vorliegen, wird in der Information über die Höhe des RLV-/QZV-Gesamtvolumens zunächst ein fachgruppendurchschnittliches RLV stellvertretend mitgeteilt. Für den Übernehmenden eines Praxissitzes in einer BAG, einem MVZ oder einer Praxis mit angestellter Ärztin / angestelltem Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) besteht auf Antrag die Möglichkeit, für das erste Jahr der Neuaufnahme seiner/ihrer Tätigkeit die RLV-Fallzahl des Übergebers / der Übergeberin aus dem Vorjahresquartal zu erhalten, sofern seine/ihre eigene RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal niedriger ist.
- Unter einer Jungpraxis versteht man einen Vertragsarztsitz, der sich noch im Aufbau befindet. Ein Vertragsarztsitz ist dann nicht mehr im Aufbau, wenn seit der ersten Niederlassung der Ärztin / des Arztes mehr als 12 Quartale vergangen sind. Mit der RLV-Zuweisung werden einer Vertragsärztin / einem Vertragsarzt in der Aufbauphase zunächst die im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-Fallzahlen mitgeteilt. Auf Antrag besteht die Möglichkeit, die (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals für die Bemessung des RLV in der Honorarabrechnung zu erhalten. Bei einem nach den Förderrichtlinien des Konzeptes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ geförderten Praxismodell kann auf Antrag eine Aufbauphase von bis zu 20 Quartalen anerkannt werden.

---

Für Ärztinnen und Ärzte, die in eine BAG, ein MVZ oder in eine Praxis als angestellte Ärzte (ohne Leistungsbeschränkung) neu eintreten, kann die Aufbauphase verkürzt sein. Denn für die Beurteilung der Dauer der Aufbauphase ist auch maßgeblich, dass sich die BAG, das MVZ oder die Praxis selbst noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen seit der Gründung befindet.

- Reduzieren Ärztinnen und Ärzte ihren Versorgungsauftrag, wird die zur Berechnung des RLV notwendige Fallzahl aus dem Vorjahresquartal dann nicht verringert, wenn mit der Reduzierung des Versorgungsauftrags eine Anpassung an die tatsächlich schon bestehenden Gegebenheiten stattfindet. Ist dies nicht der Fall, wird die (RLV-relevante) Fallzahl aus dem Vorjahresquartal angepasst und dabei mindestens die durchschnittliche anteilige RLV-Fallzahl der Fachgruppe berücksichtigt.
- Ist ein/eine Praxis-/Kooperationspartner bzw. -partnerin einer BAG, eines MVZ oder einer Praxis mit angestellter Ärztin / angestelltem Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) als Anfängerpraxis (Neupraxis oder nach Antragstellung als Jungpraxis) einzustufen, wird allein deren/dessen RLV auf Basis der anteiligen Behandlungsfallzahl im Abrechnungsquartal berechnet und für die übrigen Praxis- / Kooperationspartner auf Basis ihrer anteiligen Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal ermittelt.

### 3.2. Freie Leistungen

Nach anderen Maßgaben werden die Freien Leistungen abgerechnet. Überschreitet die Honoraranforderung der Ärztinnen und Ärzte einer Arztgruppe die innerhalb des Arztgruppentopfes für diese spezifischen Leistungen zur Verfügung gestellte Geldmenge, werden diese Freien Leistungen (außerhalb von RLV und QZV) quotiert vergütet, dabei können Mindestquoten zum Ansatz kommen (vgl. Tabelle der Freien Leistungen je Arztgruppe in dieser Broschüre).

## 4. Förderung kooperativer Behandlungsformen

Gefördert werden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzte, deren Teilnehmende sich am gleichen Standort befinden. Besteht die Kooperation dabei aus Teilnehmenden, die derselben Fachgruppe angehören, bzw. die denselben Schwerpunkt haben, erhalten die Teilnehmenden eine Erhöhung des RLV um 10 %. Besteht die Praxis hingegen aus Teilnehmenden, die sich in ihrer Fachgruppenzugehörigkeit bzw. in ihrem Schwerpunkt unterscheiden, erhalten die Teilnehmenden eine Erhöhung des RLV um mindestens 10 % und maximal 20 %. Die tatsächliche Höhe hängt hier vom Kooperationsgrad ab.

Teilnehmende einer standortübergreifenden Praxis werden nur und ausschließlich an demjenigen Vertragsarztsitz gefördert, an dem sie mit anderen Teilnehmenden niedergelassen sind – unabhängig von der Fachgruppenzugehörigkeit. Die Förderung beträgt für diese Teilnehmenden dann 10 %.

Der kooperativen Behandlung von Patientinnen und Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Teilnahme an einem oder mehreren von der KVBW anerkannten Praxisnetz(en) (§ 87b Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V) wird in der Weise Rechnung getragen, indem teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, deren vertragsärztliche Tätigkeit einer Mengenbegrenzung durch RLV und QZV unterliegt, einen Aufschlag auf das RLV-/QZV-Gesamtvolumen in Höhe von € 100,00 je Quartal erhalten. Für Ärztinnen und Ärzte im Praxisnetz, die mit einem anteiligen Tätigkeitsumfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt die Bemessung des Aufschlags unter Berücksichtigung des Umfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.

### Hinweise

- Bei neu zugelassenen Teilnehmenden einer Praxis / Einrichtung und bei Praxen / Einrichtungen, bei denen sich zwischen dem Vorjahresquartal und dem Abrechnungsquartal die Praxiskonstellation geändert hat, erfolgt die Berechnung des Kooperationsgrads für die Gesamtpraxis auf Basis der tatsächlich erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen des Abrechnungsquartals. Sollte der Kooperationsgrad auf Basis der tatsächlich erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen höher als 10 % sein, wird dieser mit der Honorarabrechnung des Abrechnungsquartals ausgewiesen.

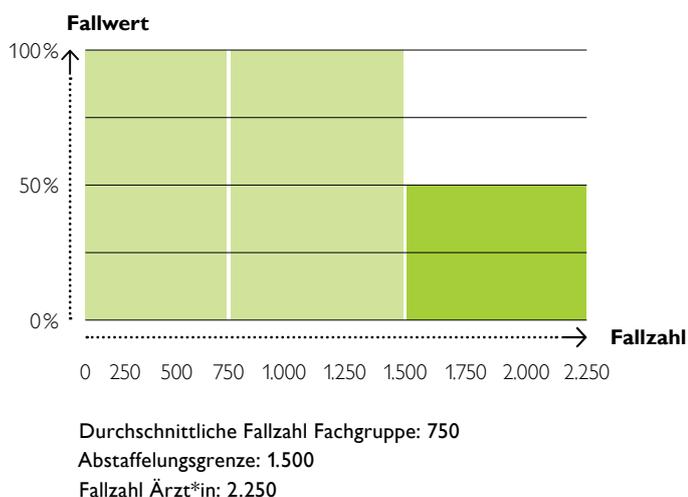
# 5. Mengenbegrenzung

Um zu verhindern, dass sich bei begrenzter Gesamtvergütung die vertragsärztliche Tätigkeit einzelner zu Lasten aller Ärztinnen und Ärzte „übermäßig ausdehnt“ (ein „hässlicher Begriff“ aus dem Gesetz), sind für die fachärztlichen Arztgruppen nachfolgende Begrenzungen in der Honorarverteilung installiert. Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird seit 2014 sowohl auf die fallzahlabhängige Abstufung des RLV-Fallwertes als auch auf die Fallzahlzuwachsbeschränkung verzichtet. Vor dem Hintergrund des Hausarzt-EBM (ab 4/2013) mit einem Zuschlag für die „Großpraxen“, der geringen Wirkung infolge laufender Selektivverträge und schließlich wegen Patientenwanderungen in unterversorgten Gebieten waren diese Regelungen nicht mehr angemessen.

## 5.1. Fallzahlbedingte Abstufung

Bei der Ermittlung des RLV einer Vertragsärztin / eines Vertragsarztes wird der RLV-Fallwert für jeden Fall halbiert, der über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe liegt.

### Fallzahlbedingte Abstufung des Fallwertes



## Hinweise

- Für Vertragsärztinnen und -ärzte mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe anteilig zugrunde gelegt.
- Eine Möglichkeit einen Antrag auf Ausnahme von der Abstufung zu stellen gibt es in Einzelfällen zur Sicherstellung der Versorgung in Regionen, die im Rahmen des Projektes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ als Fördergebiete ausgewiesen sind oder in denen Minderversorgung droht oder besteht, für die Dauer der (drohenden) Minderversorgung.

## 5.2. Fallzahlzuwachsbeschränkung

Die Fallzahlzuwachsbeschränkung begrenzt bei einem überproportionalen Anstieg die Fallzahl, welche zur Ermittlung des RLV einer Vertragsärztin / eines Vertragsarztes herangezogen wird.

Die arztindividuelle Fallzahlgrenze ist die eigene Fallzahl des Vorjahresquartals zuzüglich einer Zuwachstoleranz in Höhe von 3 % der durchschnittlichen Fallzahl der eigenen Fachgruppe im Vorjahresquartal. Die RLV-relevante Fallzahl einer Vertragsärztin / eines Vertragsarztes ist also grundsätzlich die Fallzahl des Vorjahresquartals, höchstens aber diese arztindividuelle Fallzahlgrenze.

Die Fallzahlzuwachsbeschränkung kommt nicht zur Anwendung, wenn in der eigenen Fachgruppe die durchschnittliche Fallzahl im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorjahresquartal um weniger als 1 % angestiegen ist.

Um unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen ein ungehindertes Wachstum bis zum Durchschnitt der Fachgruppe zu ermöglichen, wird die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe – unter Berücksichtigung der Zuwachstoleranz – als Fallzahlgrenze zugrunde gelegt.

Anfängerpraxen werden in den ersten beiden Jahren nach Neuaufnahme der Praxistätigkeit als Fallzahlgrenze maximal die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe im jeweiligen Vorvorjahresquartal zugrunde gelegt.

Für Vertragsärztinnen und -ärzte mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe anteilig zugrunde gelegt.

## Hinweise

- Sonderregelungen gelten u. a. bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.
- Auf begründeten Antrag können Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung gewährt werden, z. B. kann bei Übernahme eines Praxissitzes in einer Kooperation in den ersten zwei Jahren der Neuaufnahme der Praxistätigkeit zur Ermittlung der Fallzahlgrenze die höhere RLV-Fallzahl der Übergeberin bzw. des Übergebers aus dem jeweiligen Bezugsquartal zugrunde gelegt werden.

# 6. Sonderregelungen

## 6.1. QZV-Honorarvolumen

Neben den unter Punkt 3.1 in dieser Broschüre erwähnten QZV gibt es für einzelne Fachgruppen noch die Variante der QZV-Honorarvolumen: Die Berechnung eines QZV-Honorarvolumens geschieht dabei nicht auf der Basis von QZV-Fallwert und RLV-relevanter Fallzahl, sondern auf der Basis einer spezifischen Quote und dem arztindividuellen Leistungsbedarf.

Ein QZV-Honorarvolumen gibt es einerseits für Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und Fachärztinnen und -ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde im Leistungsbereich Polysomnographie, andererseits für Fachärztinnen und -ärzte für Nuklearmedizin mit Vorhaltung MRT in den Leistungsbereichen Nuklearmedizin und MRT.

Das arztbezogene QZV-Honorarvolumen wird wie folgt gebildet (Erläuterung am Beispiel polysomnographischer Leistungen für die Pneumologinnen und Pneumologen): Für die Vergütung der polysomnographischen Leistungen der Pneumologinnen und Pneumologen wird ein eigener Honoraranteil gebildet. Dieser wird ins Verhältnis zum abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf des Vorjahresquartals gesetzt. Daraus ergibt sich eine Quote. Mit dieser Quote wird der arztindividuelle abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf für Polysomnographie aus dem Vorjahresquartal multipliziert und ergibt im Ergebnis das arztindividuelle QZV-Honorarvolumen.

## 6.2. Praxisbesonderheiten

Kennzeichnet sich die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen besonderen Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung, kann dies eine Praxisbesonderheit darstellen, die einen individuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert rechtfertigt. Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit setzt neben der Antragstellung u. a. voraus, dass es sich um einen Leistungsbereich handelt, der der Mengenbegrenzung durch RLV und QZV unterliegt, einen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis darstellt und sich von der typischen Leistungserbringung der Fachkolleg\*innen abhebt. Der Aufschlag wird aktuell auf Basis der Abrechnungsdaten 1. Quartal 2023 bis 4. Quartal 2023 ermittelt.

Die Ermittlung der individuellen Aufschläge erfolgt turnusmäßig auf einer aktualisierten Datenbasis und unter Berücksichtigung von Änderungen im Abrechnungsverhalten sowie Anpassungen des EBM. Ein zuerkannter individueller Aufschlag auf das RLV unterliegt so einer kontinuierlichen Neuberechnung und Anpassung.

Der individuell berechnete Aufschlag für eine Praxisbesonderheit wird in Ihrer Vorab-Zuweisung des RLV-/ QZV-Gesamtvolumens ausgewiesen.

## 7. Teil-Berufsausübungsgemeinschaften

Für Ärztinnen und Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (Teil- BAG) tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die jeweils von ihnen in der Praxis und in der(n) Teil-BAG(en) erbrachten Leistungen ermittelt. Dem so ermittelten RLV werden die Leistungen der Ärztin bzw. des Arztes in der Praxis und in der(n) Teil-BAG(en) gegenüber gestellt. Die Mitteilung des RLV erfolgt für die Gesamttätigkeit nur an die jeweilige Arztpraxis; die Teil-BAG erhält keine Mitteilung.

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
------------	------------------------	-----	--------	-----------------

## Hausärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 924</b>	RLV		RLV	51,20
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	1,44
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,20
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,59
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,67
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,69
	Sonographie III	33060, 33061, 33062	QZV	0,20
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Kleinchirurgie <sup>1</sup>	02300, 02301, 02302, 02310	FL	
	Langzeit-EKG <sup>1</sup>	03241, 03322, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nicht-ärztliche Praxisassistenten	03060, 03061, 03062, 03063, 03064, 03065	FL	
	Phlebologie <sup>1</sup>	30500, 30501	FL	
	Proktologie <sup>1</sup>	03331, 30600, 30601, 30610, 30611	FL	
	Übrige psychotherapeutische Leistungen <sup>1</sup>	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Sonographie II <sup>1, 2</sup>	33020, 33021, 33022, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075	FL	
	Teilradiologie <sup>1, 2</sup>	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34270, 34271, 34272, 34273, 34280, 34281, 34282	FL	
	<sup>1</sup> Mindestquote in Höhe von 80% <sup>2</sup> betrifft nur Ärzte mit Sondergenehmigung			

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
------------	------------------------	-----	--------	-----------------

## Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie	RLV		RLV	21,54
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 163</b>	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,20
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV		RLV	22,80
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.159</b>	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,42
	Elektroophtalmologie	06312	FL	
	Fluoreszenzangiographie	06331	FL	
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343	FL	
	Strukturpauschale für konservative Augenärzte <sup>1</sup>	06225	FL	
	<sup>1</sup> Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	RLV		RLV	31,04
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.034</b>	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,05
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	1,51
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,60
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,70
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	12,12
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	4,26
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Gastroenterologie, Bronchoskopie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13662, 13663, 13664, 13670	FL	
	Phlebologie	30500, 30501	FL	
Proktologie	30600, 30601	FL		

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Neurochirurgie	RLV		RLV	47,72
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 425</b>	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,21
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,98
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,00
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	18,05
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	RLV		RLV	19,58
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 878</b>	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	4,16
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,63
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,43
	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	01698, 01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913, 01915	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
	Übrige psychotherapeutische Leistungen <sup>1</sup>	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Stanzbiopsie <sup>1</sup>	08320	FL	
	Sonographie Brustdrüsen <sup>1</sup>	33041	FL	

<sup>1</sup>Mindestquote in Höhe von 80%

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.151</b>	RLV		RLV	35,28
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,06
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,27
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,46
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,42
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,17
	Polysomnographie <sup>3</sup>	30901	QZV	95,86 %
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	<sup>3</sup> QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.526</b>	RLV		RLV	24,74
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	2,85
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,73
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,85
	Balneophototherapie	10350	FL	
	Besuche	01410, 01413, 01415	FL	
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	FL	
	Phlebologie	30500, 30501	FL	
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611	FL	

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 870</b>	RLV		RLV	39,60
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,27
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,75
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,55
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	6,49
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	5,18
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	1,77
	Gastroenterologie <sup>1</sup>	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363	FL	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL		
<sup>1</sup> Mindestquote in Höhe von 100 %				
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.052</b>	RLV		RLV	66,88
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,38
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	5,43
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,46
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	4,08
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,27

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.354</b>	RLV		RLV	34,81
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,13
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,47
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,44
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363	FL	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 925</b>	RLV		RLV	23,14
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,12
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,47
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,63
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,41
	Kapselendoskopie	13425, 13426	FL	
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 667</b>	RLV		RLV	57,46
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	5,50
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,61
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,90
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 946</b>	RLV		RLV	72,33
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,81
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,51
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	2,25
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,41
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,35
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363	FL	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 890</b>	RLV		RLV	84,18
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,17
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	1,69
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,33
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,37
	Langzeit-EKG <sup>1</sup>	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	<sup>1</sup> Mindestquote in Höhe von 80%			

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.351</b>	RLV		RLV	54,75
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,67
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,08
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,20
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	2,66
	Polysomnographie <sup>3</sup>	30901	QZV	88,91 %
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
<sup>3</sup> QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.146</b>	RLV		RLV	48,40
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,86
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,09
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,22
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	1,32
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 80</b>	RLV		RLV	15,08

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.004</b>	RLV		RLV	64,58
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,26
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,46
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 739</b>	RLV		RLV	38,01
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	10,84
	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.265</b>	RLV		RLV	10,91
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,85
	Nuklearmedizinische Leistungen <sup>3</sup>	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	84,70 %
	MRT-Leistungen <sup>3</sup>	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	85,74 %
	<sup>3</sup> QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Orthopädie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.348</b>	RLV		RLV	35,37
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,55
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,18
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,17
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,54
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	6,41
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.032</b>	RLV		RLV	47,43
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,57
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,26
	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35600, 35601, 35602	FL	
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 584</b>	RLV		RLV	68,41
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,83
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 945</b>	RLV		RLV	59,67
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	0,00
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	12,81
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.098</b>	RLV		RLV	71,52
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	6,89
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	3,78
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT  <b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.681</b>	RLV		RLV	86,03
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	1,72
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	5,27
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,62
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,26
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	RLV		RLV	99,63
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 759</b>				
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	25,40
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.025</b>	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,96
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	8,16
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,82
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,79
	Stoßwellenlithotripsie <sup>1</sup>	26330	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
	Urodynamik	26312, 26313	FL	
	<sup>1</sup> Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	RLV		RLV	47,48
<b>Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 671</b>	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,43
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,61
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,50
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	4,18
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

# Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
------------	------------------------	-----	--------	-----------------

## Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

Alle Arztgruppen, haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich	RLV-Fallwert für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	126,14
	RLV-Fallwert für übrige schmerztherapeutisch Tätige		RLV	119,90
	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

## Impressum

Honorarsystematik 3. Quartal 2025

**Herausgeber** **KVBW**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

**Redaktion** Dr. Karsten Braun, LL. M. (verantw.)

**Mitwirken** Cornel-Andreas Güss  
Mark Biesinger  
Christian Seibt  
Lale Yıldız

**Gestaltung** Tanja Peters

**Erscheinungstermin** Juni 2025

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart  
Telefon 0711/7875 0  
Telefax 0711/7875 3274