

Honorarsystematik

4. QUARTAL 2025

STABILITÄT.
KALKULATIONSSICHERHEIT.
PLANBARKEIT.

DER HVM AB 4/2025

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

- 4 Vorwort
- 6 Aufteilung der Gesamtvergütung, Bildung von Honoraranteilen und Vergütung
- 9 Zusammensetzung des Honorars
- 12 Systematik der RLV, QZV und Freien Leistungen
- 14 Förderung kooperativer Behandlungsformen
- 15 Mengenbegrenzung
- 17 Sonderregelungen
- 18 Teil-Berufsausübungsgemeinschaften
- 19 Übersicht über RLV, QZV und FL

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

wie mehrfach angekündigt ist es nun soweit und die Durststrecke für unsere hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen von Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2025 mit acht Quartalen Budgetierung hat erfreulicherweise wieder ein Ende! Mit dem Quartal 4/2025 fallen die RLV/QZV-Volumen bei den Hausärzten weg und die Entbudgetierung für die hausärztlichen Leistungen aus EBM-Kapitel 3 und der Hausbesuche (01410-01413 und 01415 EBM) tritt in Kraft, so dass diese Leistungen wieder mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100 % – bezahlt werden.

Alle Informationen zur Entbudgetierung sowie zu den sich daraus ergebenden Änderungen finden Sie auf unserer Homepage www.kvbawue.de in der Rubrik » Praxis » Aktuelles » Entbudgetierung der Hausärzte und in der Rubrik » Praxis » Aktuelles » Nachrichten zum Praxisalltag.

Die Entbudgetierung von Teilbereichen der hausärztlichen Leistungen aus EBM-Kapitel 3 und der Hausbesuche kann nur der Einstieg sein, weitere Leistungen müssen – auch bei den Fachärztinnen und Fachärzten – folgen!

Bitte beachten Sie, dass die Entbudgetierung bei den Hausärzten und der Wegfall der RLV-/QZV-Volumen sich auch auf die Höhe des RLV-/QZV-Volumens bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen auswirkt, die einen oder mehrere Hausärzte als Praxispartner haben. Bei diesen Praxen ist das zugewiesene RLV-/QZV-Gesamtvolumen der Praxis ab dem Quartal 4/2025 um das RLV-/QZV-Volumen der hausärztlichen Teilnehmer reduziert; die hausärztlichen Leistungen werden ab 4/2025 außerhalb der RLV honoriert.

Für das Quartal 4/2025 gilt Folgendes:

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

Es ist für das Quartal 4/2025 wieder positiv festzustellen, dass bei fast allen 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 wenigen 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung – 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.

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@kvbwue.de

Ihr



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.

Vorsitzender des Vorstandes

Honorar	=	(RLV-FW + QZV-FW) x Fallzahl	+	FL	+	extrabudgetäre Leistungen	+	TSVG-Konstellationen
								(z. B. offene Sprechstunde)

1. Aufteilung der Gesamtvergütung, Bildung von Honoraranteilen und Vergütung

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 sowie für Laborleistungen 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 Bundesvorgaben 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 GOP 40089 bis 40095 EBM) mindestens in Höhe der bundeseinheitlichen Quote von 85 % quotiert vergütet.

Hausärztliches Vergütungsvolumen

Das hausärztliche Vergütungsvolumen ist unterteilt in:

- Die Kinderarzt-MGV
- Die Hausarzt-MGV
- Den Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen (Vergütungsvolumen für die restlichen haus- und kinderärztlichen Leistungen)

Die Leistungen der Kinderarzt-MGV (Kapitel 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM) und Hausarzt-MGV (Kapitel 3 EBM sowie die Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM) werden in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Hierfür notwendige finanzielle

Mittel müssen die Krankenkassen zusätzlich bereitstellen (sog. Entbudgetierung der Haus- und Kinderärzte).

Infolge der „Entbudgetierung“ bei Haus- und Kinderärzten sind die RLV und QZV entfallen. Die Leistungen, die nicht von der Entbudgetierung umfasst sind, werden aus dem Vergütungsvolumen für die restlichen Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs vergütet. Dabei werden zunächst Finanzmittel für die Vergütung der Laborleistungen bei Laborgemeinschaften (hausärztliche Veranlassung über Muster 10A, inkl. Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40095 EBM) und für eigenerbrachtes Labor; für die Vergütung belegärztlicher Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und für Rückstellungen (z.B. Sicherstellungsaufgaben) reserviert. Die Laborleistungen werden ggf. quotiert (mindestens 85 %) vergütet und die belegärztlichen Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung bezahlt.

Aus dem noch verbleibenden Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird für Haus- und Kinderärzte je ein Honorartopf gebildet. Innerhalb dieser Honorartöpfe werden für die Leistungsbereiche der Psychosomatik (GOP 35100 bis 35120 EBM) und der Schmerztherapie (Abschnitte 30.7.1 bis 30.7.3 EBM) – nur bei Hausärzten – eigene Honorarvolumen bereit gestellt, die Vergütung erfolgt falls erforderlich quotiert.

Des Weiteren werden innerhalb dieser Honorartöpfe regionale Zuschläge unter anderem für:

- die Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten (GOP 03220 und 04220 EBM) in Höhe von 1,50 €,
- geriatrische Behandlungsfälle (GOP 03362) in Höhe von 4,00 €,
- Einsätze nichtärztlicher Praxisassistentinnen und -assistenten (GOP 03060) in Höhe von 4,00 €,
- die U3-Untersuchung (GOP 01713) in Höhe von 50,00 € sowie
- die subkutane Immuntherapie (GOP 30130 EBM in Höhe von 3,00 € und GOP 30131 EBM in Höhe von 2,50 €) bezahlt.

Die Vergütung der Kosten (Abschnitt 38.2 EBM und Kapitel 40 EBM) erfolgt innerhalb der Honorartöpfe für Haus- und Kinderärzte in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Aus dem restlichen Verteilungsvolumen in den jeweiligen Honorartöpfen werden die übrigen Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich (z. B. Sonographien und kleinere chirurgische Eingriffe) ggf. quotiert vergütet.

Fachärztliches Vergütungsvolumen

Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden nach bundesweiten Vorgaben versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumina für die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) sowie für das genetische Labor (Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM) ermittelt. Die Leistungen werden ggf. quotiert vergütet.

Analog dem hausärztlichen Versorgungsbereich werden im fachärztlichen Versorgungsbereich Finanzmittel für die Vergütung von Laborleistungen bei fachärztlicher Veranlassung (über Muster 10A inkl. Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40095 EBM), für eigenerbrachtes Labor sowie für die (Grund-)Pauschalen (GOP 12210 und 12222 bis 12224 EBM) und die Grundpauschale 01437 EBM, die Vergütung belegärztlicher Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und für Rückstellungen reserviert. Die Vergütung erfolgt entsprechend dem hausärztlichen Versorgungsbereich.

Darüber hinaus werden im fachärztlichen Versorgungsbereich eigenständige Honorarvolumen für die ggf. quotierte Vergütung von pathologischen/zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM und die GOP 08315 EBM sowie für die Humangenetische Beurteilung (GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 EBM) gebildet und nachstehende regionale Zuschläge bezahlt:

- Punktwert-Zuschlag in Höhe von 1,5 Cent zur Förderung von radiologischen Leistungen bei onkologischen Patientinnen und Patienten (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).
- 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 (SCIT) 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 €.

Das verbleibende Vergütungsvolumen wird in arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina (Honorartöpfe) aufgeteilt.

Aus diesen Arztgruppentöpfen werden neben den Leistungen einer fachärztlichen Arztgruppe, die den RLV, QZV und Freien Leistungen zugeordnet sind, auch die Kosten (Abschnitt 38.2 EBM und Kapitel 40 EBM) und die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen vergütet. Dabei werden die Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, analog dem hausärztlichen Versorgungsbereich, in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Aufteilung der Gesamtvergütung

GESAMTVERGÜTUNG	
Leistungen außerhalb der MG ^V *	Leistungen innerhalb der MG ^V
Leistungen / Begleitleistungen in Verbindung mit Ambulantem Operieren	Bereitschaftsdienst und Notfall
Ambulantes Operieren	Labor (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	Hausärztlicher Versorgungsbereich
Dialyse Kostenpauschalen	Fachärztlicher Versorgungsbereich
Psychotherapie	Kinderarzt-MG^V
DMP	Hausarzt-MG^V
Nephrologische Leistungen	Hausärztliches Vergütungsvolumen
Belegärztliche Leistungen	Vorwegabzüge
Substitution	Rückstellungen
PFG-Zuschlag	Restliche belegärztliche Leistungen
Regional vereinbarte Leistungen	Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A inkl. Kostenpauschalen oder eigenerbracht)
besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung	Fachärztliches Vergütungsvolumen
Sozialpädiatrie	Vorwegabzüge
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	Rückstellungen
Humangenetische Leistungen	Restliche belegärztliche Leistungen
TSVG	Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A inkl. Kostenpauschalen oder eigenerbracht)
Strahlentherapie	Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV), Kapitel 14.2, GOP 14220,14222,14240,14313,14314	Pathologie / Zytologie
...	Humangenetische Beurteilung
	Hausärzte
	Kinderärzte
	Orthopäden
	...
	PFG
	Genetisches Labor

* Einzelne der aufgeführten Leistungen umfassen GOP-Bereiche, die innerhalb der MG^V 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)

Für Leistungen, die die Krankenkassen als besonders förderungswürdig erachten, können sie zusätzliches Geld bereitstellen und damit Vergütungsanreize für die Ärztinnen und Ärzte setzen. Einzelleistungen werden außerhalb der MGV 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.

Alle Leistungen nach dem Vertrag gemäß § 115b SGB V (ambulant durchführbare Operationen und stationärsersetzende 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.

Präventive Leistungen, wie z. B. Hautkrebs-Screenings, Schutzimpfungen oder Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) werden ebenfalls extrabudgetär zu 100 % bezahlt.

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 GOP 35571, 35572 und 35573 EBM werden ebenfalls außerhalb der MGV vergütet.

Die 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) werden ebenfalls in voller Höhe zu Preisen der Euro-Gebührenordnung, und somit extrabudgetär, 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.

Außerbudgetär abrechenbar sind zudem die Zuschläge für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen 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:

- Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der GOP 01611 EBM
- Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung
- Leistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung nach der GOP 08536 EBM
- KSVPsych-Richtlinie (Abschnitt 37.5 EBM, GOP 22220M/Y und 23220M/Y EBM)

Die hier aufgeführten Einzelleistungen sind nicht abschließend. Eine Übersicht über die Einzelleistungen und die geförderten Leistungen sowie deren Vergütungshöhe im jeweiligen Quartal finden Sie auf unserer Homepage www.kvbawue.de in der Rubrik » Praxis » Abrechnung & Honorar » Arzthonorare » Einzelleistungen.

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 » Praxis » Abrechnung & Honorar » Abrechnung: wie, was, wann, wohin? » Merkblätter » Terminvermittlung.

2.2. Leistungen innerhalb der MGV

Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden insbesondere die Leistungen des Kapitel 3 EBM sowie die hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM und die Leistungen des Kapitels 4 EBM (ohne die Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM) innerhalb der MGV vergütet. Sofern die von den Krankenkassen bereitgestellten finanziellen Mittel für die Hausarzt-MGV und die Kinderarzt-MGV nicht ausreichen, müssen die Krankenkassen Ausgleichszahlungen leisten (sog. Nachschusspflicht der Krankenkassen).

Die restlichen Leistungen der Hausärzte und Kinderärzte (z. B. Psychosomatik, Sonographien und Allergologie) werden ebenfalls innerhalb der MGV vergütet.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich gehören zu den Leistungen innerhalb der MGV vor allem Leistungen, welche der Mengensteuerung durch RLV und QZV unterliegen. Das sind z. B. die Versichertenpauschalen, Sonographien und Teilradiologie. Überschreitet die abgerechnete Leistungsmenge das RLV und QZV, wird sie nur noch quotiert vergütet.

Sogenannte Freie Leistungen (FL), welche zwar nicht von vornherein mengenbegrenzt sind, für deren Vergütung aber im Facharztgruppentopf 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

Für Facharztgruppen, die der RLV-/QZV-Systematik unterliegen (vgl. Übersicht im letzten Teil der Broschüre), gilt Folgendes:

Die Vergütung fachärztlicher Leistungen ist durch ein RLV und QZV begrenzt. Das Honorarvolumen für RLV-Leistungen 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 führen oder die erforderliche Genehmigung der KVBW zur Erbringung und Abrechnung der spezifischen Leistungen eines QZV besitzen. Die Höhe des RLV und QZV einer Ärztin bzw. eines Arztes oder einer Praxis errechnet sich aus den 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 Ärzten, deren Teilnehmende sich am gleichen Standort befinden. Besteht die Kooperation dabei aus Teilnehmenden, die derselben fachärztlichen Fachgruppe angehören, bzw. die denselben Schwerpunkt haben, erhalten die Teilnehmenden eine Erhöhung des RLV um 10 %. Besteht die Praxis hingegen aus fachärztlichen 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 Praxiskonstellatation geändert hat, erfolgt die Berechnung des Kooperationsgrads für die fachärztlichen Teilnehmenden 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.

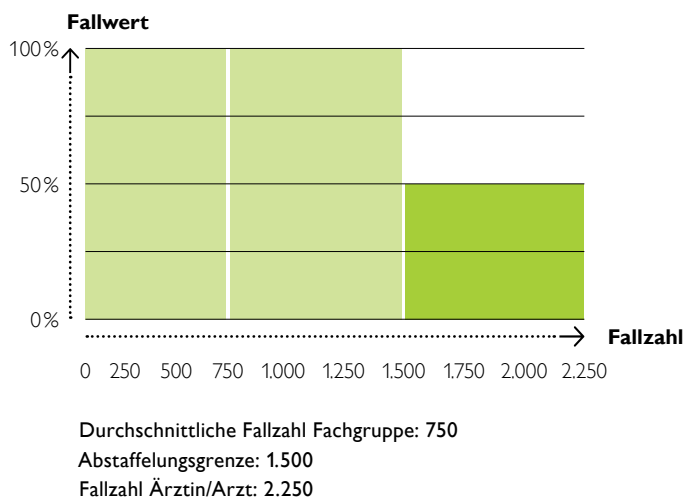
5. Mengengrenzung

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.

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 der 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 Vorvorjahresquartal 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung 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 erfolgt 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 fachärztliche 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 Fachkolleginnen und -kollegen 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-Gesamt volumens ausgewiesen.

7. Teil-Berufsausübungsgemeinschaften

Für Fachärztinnen 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) gegenübergestellt. 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: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
------------	------------------------	-----	--------	----------

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie	RLV		RLV	24,17 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 174	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,08 €
	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	22,82 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.228	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,40 €
	Elektroophthalmologie	06312	FL	
	Fluoreszenzangiographie	06331	FL	
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343	FL	
	Strukturpauschale für konservative Augenärzte ¹	06225	FL	
	¹ Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	RLV		RLV	33,73 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 998	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,06 €
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	1,56 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,59 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,75 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	12,79 €
	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	4,43 €
	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: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Neurochirurgie	RLV		RLV	48,18 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 418	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,20 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,95 €
	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	17,42 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	RLV		RLV	19,83 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 912	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	4,14 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,60 €
	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 ¹	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Stanzbiopsie ¹	08320	FL	
	Sonographie Brustdrüsen ¹	33041	FL	
¹ Mindestquote in Höhe von 80%				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.168	RLV		RLV	38,42 €
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,06 €
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,28 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,50 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,48 €
	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	0,18 €
	Polysomnographie ³	30901	QZV	100,00%
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	³ QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.540	RLV		RLV	26,15 €
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	3,10 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,70 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	2,10 €
	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: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 907	RLV		RLV	39,91 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,27 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,94 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,70 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	6,74 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	5,36 €
	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	1,67 €
	Gastroenterologie ¹	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	
	¹ Mindestquote in Höhe von 100 %			
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.083	RLV		RLV	67,48 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,40 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	5,45 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,38 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	3,69 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,26 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.420	RLV		RLV	40,44 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,12 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,62 €
	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	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 959	RLV		RLV	22,96 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,11 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,45 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,64 €
	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	0,49 €
	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 Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 670	RLV		RLV	56,96 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	6,50 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,64 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,02 €
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.020	RLV		RLV	74,33 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,86 €
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,52 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	2,23 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,65 €
	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 Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 926	RLV		RLV	81,39 €
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,18 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	1,57 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,17 €
	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 ¹	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	¹ Mindestquote in Höhe von 80%			

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.318	RLV		RLV	56,90 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,69 €
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,07 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,23 €
	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	2,63 €
	Polysomnographie ³	30901	QZV	93,85%
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
	³ QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.186	RLV		RLV	52,47 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,17 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,10 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,21 €
	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	1,33 €
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 91	RLV		RLV	13,20 €
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.026	RLV		RLV	70,28 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,28 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,90 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 736	RLV		RLV	40,52 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	10,24 €
	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.227	RLV		RLV	10,91 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,95 €
	Nuklearmedizinische Leistungen ³	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	90,82%
	MRT-Leistungen ³	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	90,23%
	³ QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Orthopädie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.342	RLV		RLV	38,04 €
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,90 €
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,18 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,32 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,57 €
	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	6,79 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.103	RLV		RLV	46,87 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,86 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,29 €
	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35600, 35601, 35602	FL	
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 603	RLV		RLV	70,86 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,11 €

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 868	RLV		RLV	60,99 €
	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	12,61 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 987	RLV		RLV	68,70 €
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	8,42 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	3,80 €
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.614	RLV		RLV	90,69 €
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	1,79 €
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	5,43 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,81 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,27 €
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 797	RLV		RLV	91,73 €

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	26,13 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.117	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	4,13 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	8,62 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,79 €
	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	0,77 €
	Stoßwellenlithotripsie ¹	26330	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
	Urodynamik	26312, 26313	FL	
	¹ Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	RLV		RLV	49,66 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 699	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,37 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,74 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,47 €
	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	4,11 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2025

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Alle Arztgruppen, fachärztlicher Versorgungsbereich	RLV für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	125,99 €
	RLV für übrige schmerztherapeutisch Tätige		RLV	120,20 €
	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

Impressum

Honorarsystematik 4. 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 September 2025

KVBW

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