



Honorarsystematik

3. Quartal 2026

Stabilität.
Kalkulationssicherheit.
Planbarkeit.

Der HVM ab 4/2025

Inhalt

- 3 Vorwort**
- 7 Aufteilung der Gesamtvergütung,
Bildung von Honoraranteilen und
Vergütung**
- 11 Zusammensetzung des Honorars**
- 14 Systematik der RLV, QZV und
Freien Leistungen**
- 16 Förderung kooperativer
Behandlungsformen**
- 17 Mengengbegrenzung**
- 19 Sonderregelungen**
- 20 Teil-Berufsausübungs-
gemeinschaften**
- 21 Übersicht über RLV, QZV und FL**



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dieser Publikation informieren wir Sie über die RLV, QZV sowie die Freien Leistungen für das Quartal 3/2026.

Bitte beachten Sie weiterhin, dass die Entbudgetierung bei den Hausärzten ab dem Quartal 4/2025 und deren 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 um das RLV-QZV-Volumen der hausärztlichen Teilnehmer reduziert, die hausärztlichen Leistungen werden nicht mehr gegen das RLV gerechnet; die vom Gesetzgeber definierten hausärztlichen Leistungen (EBM-Kapitel 03 und Hausbesuche 01410-01413 und 01415 EBM) werden ab 4/2025 außerhalb der RLV mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100% – bezahlt.

Für das Quartal 3/2026 gilt Folgendes:

Den Berechnungen liegen die auf Bundes- und Landesebene festgelegten Anpassungen zum OPW und der MGV für das Jahr 2026 zu Grunde.

Es ist auch für das Quartal 3/2026 festzustellen, dass sich bei fast allen von der RLV-/QZV-Systematik betroffenen Fachgruppen die RLV-Fallwerte stabil entwickeln. Nur bei einzelnen wenigen Fachgruppen ist dies allerdings nicht 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. 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.

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 nach den derzeitigen Regelungen im Folgejahr kein RLV/QZV auslösen. Praxen mit einem Fallzahlverlust an TSVG-Konstellationen im weiteren Verlauf haben finanzielle

Nachteile. Sollte es, wie im Gesetzesentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz angekündigt, zu einer Abschaffung der Regelungen zur extrabudgetären Vergütung der TSVG-Konstellationen kommen, gehen wir zum derzeitigen Zeitpunkt davon aus, diese Fälle ihrer Fallzahlberechnung bei der RLV-/QZV-Ermittlung wieder zuzuführen.

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.

Im Jahr 2026 gilt auch weiterhin: RLV ist nicht gleich Honorar

Das Gesamthonorar einer Praxis setzt sich – derzeit noch – aus mehreren Komponenten zusammen, d. h., das RLV darf nicht als isolierte Größe betrachtet werden. Neben den Leistungen innerhalb der MGK (MGK = budgetierter Vergütungsanteil; d. h. RLV, QZV und Freie Leistungen) sind auch die Leistungen außerhalb der MGK (sog. Einzelleistun-

gen 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.

Für diesen Ihnen wohlbekannten Satz „RLV ist nicht gleich Honorar“ mit nachfolgender Formel werden wir uns künftig eine neue Formulierung einfällen lassen müssen: Wenn Sie die Kommunikation der KVBW, der KBV und der Verbände der letzten Wochen verfolgt haben, ist Ihnen nicht entgangen, dass der aktuelle Gesetzesentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz diese positive Formulierung ab 2027 nicht mehr zulassen wird.

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

Denn Stand 27.5.2026 sollen ab 1.1.2027 alle TSVG-Konstellationen, ePA-Befüllung, Organspendeberatung und Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapie ersatzlos entfallen. Eine Rückführung von Finanzmitteln in die MGV, aus der sich dann für dort anfallende Mehrfälle Ihre RLV speisen wird, ist dabei in einem wesentlich geringeren Umfang vorgesehen, als zuletzt Leistungen von Ihnen in diesen Bereichen erbracht wurden. Dies lässt ab 2027 erheblich geringere RLV-Fallwerte als jetzt erwarten. Verschiedene bisher extrabudgetäre Leistungen wie ambulantes Operieren, psychotherapeutische Leistungen u. a. m. sollen ab Quartal 1/2027 einbudgetiert werden. Dazu kommen noch weitere Beschränkungen hinsichtlich des Preisanstiegs (Orientierungswert) und der Menge über alle(!) Leistungen, die insgesamt auf die Grundlohnsummenentwicklung minus 1 % für die Jahre 2027 bis 2029 begrenzt wird. Davon sind auch bisher extrabudgetäre Leistungen wie ambulantes Operieren, Selektivverträge u. v. m. betroffen.

Ebenfalls betroffen ist auch die Nachschussverpflichtung für die Vergütung des Kapitels 3 (plus Hausbesuche) und des Kapitel 4 EBM für die Haus- und Kinderärzte, die nur noch abgestaffelt vergütet werden sollen. Bei realistischer Betrachtung von prognostizierter Grundlohnsummen-Entwicklung, möglicher OW-Steigerung, erwartbaren Preissteigerungen und Inflationsraten ist auch dadurch mit einem weiteren, kräftigen Minus für den ambulanten Bereich zu rechnen, in einzelnen Fachgruppen ist in Summe beim Minus von zweistelligen Prozentpunkten auszugehen. Die im Gesetz zur Apothekenre-

form vorgesehenen Neuregelungen und der Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung zeigen den rauen Kurs: Weitere und gewiss für unsere Mitglieder nicht positive Überraschungen dürften auch mit den weiteren Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit im Dezember und der Umsetzung eines Primärversorgungssystems zu erwarten sein. KBV, KVen und Verbände haben bereits deutlich darauf aufmerksam gemacht, dass derart verantwortungslose Sparmaßnahmen im ambulanten Bereich als zwangsläufige betriebswirtschaftliche Konsequenz ein an die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen ebenso angepasstes einnahmenorientiertes Versorgungsangebot der Praxen und MVZ nach sich ziehen muss.

Zu den Gegenmaßnahmen der Verbände, an denen man sich zu gegebener Zeit solidarisch beteiligen sollte, haben wir Sie bereits per Schnellinformation informiert. Die KVBW hat verschiedenste Maßnahmen ergriffen, um BMG, Landessozialministerium, Vertreter der Politik und Krankenkassen auf die Auswirkungen der angekündigten Regelungen für die Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg aufmerksam zu machen. In den Quartalen 3 und 4/2026 können wir derzeit nur den Rat geben, die bestehenden Möglichkeiten zur Patientenversorgung und die damit verbundenen Vergütungsregelungen noch zu nutzen.

Wichtige strategische Unternehmensentscheidungen für Ihre Praxen sollten für die Zeit danach bedacht angegangen und alle Kosten einer Überprüfung unterzogen werden.

Wichtiger Hinweis zur Neuberechnung von Praxisbesonderheiten ab dem Quartal 3/2026:

Bereits gewährte individuelle Aufschläge für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit werden schon seit jeher in regelmäßigen Abständen auf Basis aktueller Abrechnungsdaten überprüft. Der Aufschlag auf das Regelleistungsvolumen entfällt oder wird angepasst, wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit nicht mehr erfüllt sind oder diese erfüllt werden, aber die zugrunde liegenden Leistungen in geändertem Umfang abgerechnet werden. Bisher war die Berechnung eines Aufschlags regelmäßig auf Basis der Abrechnungsergebnisse für die Quartale 1/2023 bis 4/2023 erfolgt.

In seiner Sitzung am 24. März 2026 hat der Vorstand der KVBW beschlossen, mit Wirkung zum Quartal 3/2026 bereits gewährte Praxisbesonderheiten auf Basis der Abrechnungsdaten für die Quartale 1/2025 bis 4/2025 neu zu berechnen.

Konnte erneut ein Aufschlag ermittelt werden, ist dieser in der Mitteilung zur Höhe Ihres RLV-/QZV-Gesamt volumens für das Quartal 3/2026 ausgewiesen.

Sofern der Aufschlag entfällt, wurden die betreffenden Ärzte mit einem persönlichen Anschreiben entsprechend informiert.

Falls Sie Fragen haben, steht Ihnen unsere Abrechnungsberatung gerne telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung. Von konkreten, Ihre Praxis betreffenden Fragen zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz bei unserer Abrechnungsberatung bitten wir allerdings zum heutigen Stand noch abzusehen, da keine praxisindividuellen Auswirkungen berechnet werden können.

Tel. 0711/7875-3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbwue.de

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr



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

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 Laborleistungen sowie für Leistungen im Bereitschaftsdienst und im Notfall gebildet.

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.

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

Hausärztliches Vergütungsvolumen

Das hausärztliche Vergütungsvolumen ist unterteilt in:

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

Die Leistungen der Hausarzt-MGV (Kapitel 3 EBM sowie die Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM) und der Kinderarzt-MGV (Kapitel 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 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 Prei-

sen 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:

AUFTEILUNG DER GESAMTVERGÜTUNG, BILDUNG VON HONORARANTEILEN UND VERGÜTUNG

- 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.

GESAMTVERGÜTUNG

Leistungen außerhalb der MG ^V *	Leistungen innerhalb der MG ^V			
Leistungen / Begleitleistungen in Verbindung mit Ambulante 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 G ^{OP} en 40089 bis 40095 EBM])			
Ambulantes Operieren	Bereitschaftsdienst und Notfall			
Prävention	Hausärztlicher Versorgungsbereich		Fachärztlicher Versorgungsbereich	
Dialyse Kostenpauschalen	Hausarzt-MG^V		Fachärztliches Vergütungsvolumen	
Psychotherapie	Kinderarzt-MG^V		Vorwegabzüge	
DMP	Hausärztliches Vergütungsvolumen		Rückstellungen	
Nephrologische Leistungen	Vorwegabzüge		Restliche belegärztliche Leistungen	
Belegärztliche Leistungen	Rückstellungen		Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A inkl. Kostenpauschalen oder eigenerbracht), Laborpauschalen	
Substitution	Restliche belegärztliche Leistungen		Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche	
PFG-Zuschlag	Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A inkl. Kostenpauschalen oder eigenerbracht)		Pathologie / Zytologie	
Regional vereinbarte Leistungen	Hausärzte		Humangenetische Beurteilung	
besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung	SMT Psycho-somatik		Orthopäden	
Sozialpädiatrie	Kosten		RLV	
Humangenetische Leistungen	Zuschläge		QZV FL	
TSVG	Restliche Leistg.		Kosten Abgestf. Leistg.	
Strahlentherapie	Kinderärzte		...	
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV), Kapitel 14.2, G ^{OP} 14220,14222,14240,14313,14314	Psycho-somatik Kosten		PFG	
...	Zuschläge		Genetisches Labor	
	Restliche Leistg.			

* Einzelne der aufgeführten Leistungen umfassen G^{OP}-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 Mengenbegrenzung 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 Einzel-

leistung 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 Kapitels 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 fachgruppenspezifisches durchschnittliches 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 Aufbau-phase 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 Honorar Anforderung 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 Praxiskonstellation 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.

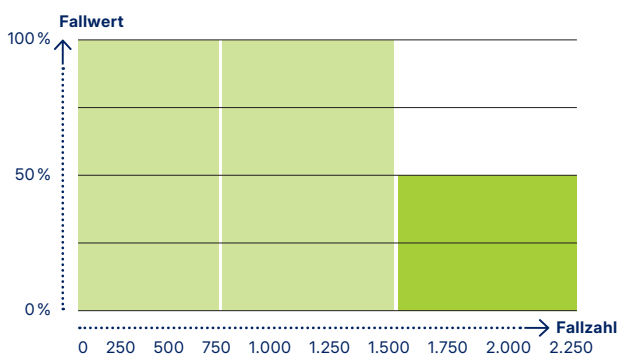
5. Mengengbegrenzung

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



Durchschnittliche Fallzahl Fachgruppe: 750

Abstufungsgrenze: 1.500

Fallzahl Ärztin/Arzt: 2.250

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. Fallzahlzuwachsbegrenzung

Die Fallzahlzuwachsbegrenzung 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung 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 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 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 Mengengrenzung durch RLV und QZV unterliegt, einen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis darstellt und sich von der typischen Leistungserbringung der Fachkolleginnen und -kollegen abhebt. Der Aufschlag wurde bis zum Quartal 2/2026 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.

Zum Quartal 3/2026 wurden bereits gewährte individuelle Aufschläge auf Basis der Abrechnungsdaten 1/2025 bis 4/2025 neu berechnet. Konnte erneut ein Aufschlag ermittelt werden, ist dieser in der Mitteilung zur Höhe Ihres RLV-/QZV-Gesamtvolumens für das Quartal 3/2026 ausgewiesen. Sofern der Aufschlag entfällt, wurden die betreffenden Ärzte mit einem persönlichen Anschreiben entsprechend informiert.

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:
15.06.2026

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

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 171	RLV		RLV	21,11 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,98 €
	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 Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.190	RLV		RLV	23,35 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,38 €
	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 Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.044	RLV		RLV	30,73 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,05 €
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	1,43 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,56 €
	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	12,64 €
	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	4,55 €
	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:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Neurochirurgie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 423	RLV		RLV	44,55 €
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,23 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,88 €
	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	16,85 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 889	RLV		RLV	19,91 €
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	3,76 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,47 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,47 €
	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	01698, 01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01833, 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:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Hals- Nasen-Ohren-Heilkunde Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.171	RLV		RLV	36,41 €
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,07 €
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,27 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,41 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,40 €
	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	0,15 €
	Polysomnographie ³	30901	QZV	95,03%
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	³ QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.562	RLV		RLV	25,23 €
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	2,80 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,66 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	2,06 €
	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:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 879	RLV		RLV	41,72 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,28 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,58 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,87 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	5,84 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	6,14 €
	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	1,65 €
	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: 1.088	RLV		RLV	67,64 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,34 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	4,89 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,31 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	3,67 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,14 €

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.438	RLV		RLV	36,55 €
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,12 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,22 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,40 €
	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 Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 934	RLV		RLV	23,33 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,01 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,42 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,58 €
	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 €
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Kapselendoskopie	13425, 13426	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato- / Onkologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 688	RLV		RLV	60,33 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	5,24 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,69 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,99 €
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 955	RLV		RLV	71,43 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,73 €
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,46 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	2,17 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,32 €
	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	0,32 €
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, FL 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363		

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 899	RLV		RLV	88,72 €
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,15 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	1,73 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,22 €
	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	0,33 €
	Langzeit-EKG ¹	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
¹ Mindestquote in Höhe von 80 %				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.365	RLV		RLV	52,92 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,60 €
	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	0,19 €
	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	2,39 €
	Polysomnographie ³	30901	QZV	82,63%
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie Durchschnittliche RLV- relevante Fallzahl: 1.157	RLV		RLV	49,27 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,67 €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046	QZV	0,08 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	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	1,19 €
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	RLV		RLV	13,41 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 91				
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	RLV		RLV	62,24 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,23 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.014	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,43 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	RLV		RLV	37,39 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	10,55 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 760	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	RLV		RLV	11,21 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,84 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.249	Nuklearmedizinische Leistungen ³	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	84,39%
	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	85,22%
	³ QZV-Honorarvolumen			

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Orthopädie	RLV		RLV	35,43 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.362	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,48 €
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,17 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,06 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,59 €
	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	6,43 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen	RLV		RLV	48,76 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,41 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 992	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,23 €
	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35600, 35601, 35602	FL	
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	RLV		RLV	66,64 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 590	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,75 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	RLV		RLV	61,34 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 900	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	11,53 €

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.049	RLV		RLV	73,52 €
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, QZV 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372		6,20 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	3,40 €
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.702	RLV		RLV	87,50 €
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, QZV 34490, 34492		1,67 €
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, QZV 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372		4,87 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,63 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,23 €
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 900	RLV		RLV	102,42 €

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	25,58 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.035	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,60 €
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	8,03 €
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,78 €
	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	0,71 €
	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	46,43 €
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 725	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,09 €
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,45 €
	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	4,22 €
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand:
15.06.2026

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert
Alle Arztgruppen, fachärztlicher Versor- gungsbereich	RLV für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	125,91 €
	RLV für übrige schmerzthera- peutisch Tätige		RLV	119,36 €
	Zuschlag schmerztherapeuti- sche Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

Impressum

Honorarsystematik 3. Quartal 2026

Herausgeber

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktion

Dr. med. Karsten Braun, LL. M. (verantwortlich)
Cornel-Andreas Güss
Mark Biesinger
Christian Seibt
Lale Yıldız

Erscheinungstermin

Juli 2026

Gestaltung und Realisation

BERNET COMMUNICATION GmbH
Heilbronner Straße 326, 70469 Stuttgart

Bildnachweise

1: iStock Nr. 1346675527, 40: iStock Nr. 1464673521

KVBW

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



Lächeln verbindet.