

GKV-Spargesetz – was jetzt?

Chat-Fragen aus der Online-Veranstaltung am 29.07.2026

Während der Online-Veranstaltung wurden im Chat zahlreiche Fragen gesammelt. Diese haben wir gebündelt, thematisch geordnet und im Nachgang beantwortet. In diesem Dokument finden Sie die Fragen und Antworten übersichtlich nach verschiedenen Themenschwerpunkten gegliedert.

Kollektivvertrag

Wie werden Psychotherapieleistungen und KJP-Leistungen künftig budgetiert?

- Die psychotherapeutischen Leistungen der Regelversorgung (KV-Abrechnung) werden zum 1. Januar 2027 grundsätzlich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und damit budgetiert. Inwiefern davon bis 31.12.2026 begonnene und weiter andauernde Behandlungen Leistungen der kinder- und jugendlichen Psychotherapie Behandlungen schwer psychisch kranker Versicherten entsprechend der KSV- Psych-Richtlinien und als dringlich festgelegte Fälle ausgenommen werden, ist seitens der Bundesregierung noch zu regeln.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen sind von der Einbudgetierung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht betroffen und müssen von den Krankenkassen auch weiterhin extrabudgetär bezahlt werden.
- Der bei der Einbudgetierung der Psychotherapie zu berücksichtigende Leistungsumfang (z.B. EBM-Leistungen, Zuschläge, regional-vereinbarte Leistungen), die Höhe der Vergütungen und die Berechnungsverfahren sind vom Bewertungsausschuss (besetzt mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband) bis 15.2.2027 festzulegen. An diesem Punkt müssen MEDI und die KVen jetzt Druck machen.

Wie wirken sich Kapazitätsgrenzen auf Gruppenpsychotherapie und halbe Kassensitze aus?

- Durch die Einbudgetierung der Psychotherapie in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) sind die KVen verpflichtet, im Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zu treffen, die eine unbegrenzte Mengenausweitung verhindern. Wie diese ausgestaltet werden (z.B. Anwendung von Kapazitätsgrenzen, Bildung Honorartöpfen oder Praxisbudgets, ggf. getrennt nach psychotherapeutischen Leistungsgruppen) wird aktuell in vielen KVen diskutiert. Der Bewertungsausschuss hat ebenfalls bis 15.2.2027 Vorgaben zur sachgerechten Verteilung der in die MGV aufzunehmenden Vergütungen zu beschließen. Dabei gilt: Im Kalenderjahr 2027 dürfen keine Begrenzungen für am 31.12.2016 noch nicht abgeschlossene antrags- und genehmigungspflichtige

psychotherapeutische Leistungen angewandt werden. Weil diese Vorgaben von den KVen zu beachten sind ist es auch diesbezüglich angezeigt, das MEDI und die KVen Druck machen.

Wie ist die Notdienstverpflichtung im Zusammenhang mit den neuen Rahmenbedingungen zu erfüllen?

- Das BStabG sieht bezüglich der Regelungen zur Sicherstellung des ärztlichen/psychotherapeutischen Bereitschaftsdienst keine Änderungen vor. Für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst gilt, dass im Honorarverteilungsmaßstab eine Vergütung ohne Anwendung von mengenbegrenzenden Maßnahmen vorzusehen ist.

RLV, Budgetierung und Honorar

Welche Auswirkungen hat der Wegfall bisher extrabudgetärer Vergütungsbestandteile auf das RLV und die Honorarentwicklung?

- Die betroffenen Leistungen wandern in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Diese wächst aber nur im Rahmen der gedeckelten Steigerungsrate. Damit verteilt sich erfahrungsgemäß künftig mehr Leistungsmenge auf ein Vergütungsvolumen, das nicht entsprechend mitwächst. Rechnerisch sinkt der Auszahlungspunktwert bzw. steigt die Quotierung. Wie stark, hängt davon ab, in welchem Umfang die Leistungsmenge wächst und die Vergütungsvolumen in die jeweiligen Fachgruppentöpfe überführt werden.

Werden bislang als HAV erbrachte Leistungen bzw. Fälle künftig bei der RLV-Berechnung berücksichtigt? Wie wirken sich Selektivverträge auf die KV-Budgetierung aus?

- Wir denken, dass mit HAV die HZV (Hausarztzentrierte Versorgung) gemeint ist und beziehen unsere Antwort darauf. Selektivverträge nach § 73b und § 140a SGB V sind kein Bestandteil der Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen an die KV bezahlen. Vielmehr erfolgte für selektivvertraglich vereinbarte Leistungen und Vergütungen eine Bereinigung der Gesamtvergütungen. Deshalb unterliegen selektivvertragliche Abrechnungen/Vergütungen auch nicht dem Honorarverteilungsmaßstab der KV in dem die RLV-Berechnung festgelegt wird. Damit sind Selektivverträge bei GKV-Versicherten derzeit der wirksamste Weg Leistungen außerhalb der Budgetierung zu erbringen.

Muss auch bei gleichbleibender Fallzahl und identischem Leistungsspektrum mit einem niedrigen RLV gerechnet werden?

- Ja das ist wahrscheinlich. Aufgrund der „neuen“ Beitragssatzstabilität ist zu erwarten, dass der RLV-/QZV-Fallwert der jeweiligen Fachgruppe sinkt, weil die Leistungsmenge innerhalb der Fachgruppen stärker steigt als das jeweilige fachgruppenbezogene Vergütungsvolumen.

Wie wird die Übergangsphase bis zur endgültigen Festlegung der Berechnungsgrundlage gestaltet?

- Das BStabG sieht vor, dass der Bewertungsausschuss bis 15.2.2027 die notwendigen Beschlüsse fasst. Auch wenn diese im Vorfeld in den entsprechenden Gremien vorbereitet werden. Bis dahin empfehlen wir für 2027 eine praxisbezogene Liquiditätsplanung mit einem Sicherheitsabschlag (z.B. KV-Veröffentlichungen zum Vergütungsrückgang) vorzunehmen. Viele Praxen dürften die KV-Abrechnungs-ergebnisse der Vorjahresquartale nicht erreichen.

Welche Fachgruppen sind besonders betroffen und welche Unterstützung ist geplant?

- Besonders betroffen sind Fachgruppen mit einem hohen Anteil bisher extrabudgetärer Leistungen z.B. ambulante Operationen, Psychotherapien, TSS-Vermittlungszuschlägen, Präventions-/Früherkennungsleistungen. Wir gehen davon aus, dass die Betroffenheit der Praxen auch innerhalb der Fachgruppen unterschiedlich sein wird. Deshalb bereiten wir uns darauf vor, Kriterien zu entwickeln, die bei den Berechnungen der Auswirkungen maßgeblich sind und in „Musterberechnungen“ Hinweise für die Praxen zu geben.
-

Extrabudgetäre Leistungen

Welche Leistungen bleiben extrabudgetär?

- § 87d SGB V – neu sind folgende Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten:
 - Nichtärztliche Dialyseleistungen
 - Sog. „neue Leistungen“, für die keine Abrechnungsdaten von mindesten acht Quartalen vorliegen
 - Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit (gem. G-BA-Richtlinien)
 - Bestimmte Leistungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Darüber hinaus kann der Bewertungsausschuss für weitere Leistungen, die nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen, eine extrabudgetäre Vergütung beschließen. Das Verfahren dazu ist noch offen.

Wie werden Hybrid-DRG, § 115b-Fälle, Telemonitoring, Strahlentherapie und SOPASS behandelt?

- Die Vergütungen für Hybrid-DRG-Leistungen nach § 115f SGB V erfolgen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Das gilt auch weiterhin, so dass diese Leistungen nicht in die nun beschlossene Einbudgetierung eingehen. Die Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität gilt auch für Hybrid-DRG-Leistungen. Soweit es sich beim Telemonitoring und bei der Strahlentherapie um EBM-Leistungen oder regional von den KVen mit den Landesverbänden vereinbarte Leistungen im Rahmen der Gesamtvergütungen handelt, fließen diese in die Einbudgetierung nach dem BStabG ein. Bei den SOPASS-Leistungen handelt es sich um selektivvertragliche Leistungen von nichtärztlichen Mitarbeiterinnen aus dem Kinder- und Jugendarztmodul zum AOK-HZV-Vertrag. Die BStabG-Regeln zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finden somit keine Berücksichtigung.
-

Selektivvertrag

Bleiben die Selektivverträge dauerhaft extrabudgetär?

- Zunächst ist festzuhalten, dass sich die selektivvertragliche Vergütung aus den jeweiligen Verträgen heraus ergibt, die auf einer eigenen Rechtsgrundlage (§§ 73b SGB V und 140a SGB V) basieren, also z. B. nicht unter die Regelungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 87a SGB V) fallen. Unsere Selektivverträge sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Vergütungsstruktur keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung vorsieht.

Sollten künftig mehr Patientinnen und Patienten über Selektivverträge versorgt werden?

- Ja, denn bereits jetzt ist es für die Praxen sinnvoll, viele Versicherte über die Selektivverträge zu versorgen. Ein Beispiel für die Vorteile der selektivvertraglichen Versorgung: Die Verträge ermöglichen unter anderem durch leistungsadäquate Vergütung und Verzicht auf übermäßige bürokratische Anforderungen, mehr Zeit in die Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten zu investieren.

Was gilt für die Praxen bei Kündigung von Selektivverträgen mit Blick auf die Rückkehr in die Regelversorgung?

- Sollte eine Praxis aus welchen Gründen auch immer irgendwann die Kündigung ihrer Selektivvertragsteilnahmen in Erwägung ziehen, ist dies sowie die vollständige Rückkehr in die Regelversorgung natürlich möglich. Fallzahl- und Honorarveränderungen in Bezug auf die EBM-Abrechnung, die sich aus der Kündigung der Teilnahme an einem Selektivvertrag ergeben können, werden von

der KV BW in Abstimmung mit der Praxis, ggf. auf Antrag, berücksichtigt. Auf einer eigens dort eingerichteten [Informationsseite](#), befinden sich weiterführende Informationen.

Wie sind Selektivvertragspatientinnen und -patienten im Verhältnis zum Versorgungsauftrag zu berücksichtigen?

- Der Versorgungsauftrag ergibt sich aus der Zulassung zur vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung (§ 17 Ia BMV-Ä i.V.m. § 19a Ärzte-ZV) und wird erfüllt, in dem für gesetzlich Versicherte Sprechstunden im vorgegebenen Umfang (derzeit mindestens 25 Stunden pro Woche) angeboten werden. Da Selektivvertragsversicherte gesetzlich versichert sind, trägt die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten daher zur Erfüllung des Versorgungsauftrags bei. Wichtig in diesem Zusammenhang: Hieraus lässt sich allerdings keine Berücksichtigung von Selektivvertragsfällen in etwaige Honorardeckelungen im Rahmen der Regelversorgung ableiten. Die Aspekte Mindestumfang und Honorarbegrenzung sind hier getrennt zu betrachten.

HZV / Facharztprogramme

Dürfen Patienten aktiv auf HZV- oder Facharztprogramme hingewiesen werden?

- Ja, eine sachliche Information unter Verwendung der vertraglichen Teilnahmedokumente und z.B. Informationsflyern der Krankenkasse oder von [MEDIVERBUND](#) ist nicht nur erlaubt, sondern sogar erwünscht. Sie dürfen darüber informieren, dass im Rahmen der HzV mit angeschlossenen Facharztverträgen nachweislich eine [bessere Versorgung](#) möglich ist und dass die effizientere Patientensteuerung schnellere Termine zulässt. Wichtig ist: Die Freiwilligkeit einer Teilnahme muss dabei deutlich werden. Eine Behandlung darf nicht von einer Teilnahme am Haus- und Facharztprogramm abhängig gemacht werden.

Sind spezielle Sprechstunden für HZV-Patienten zulässig?

- Ja, spezielle Sprechstunden sind nicht nur zulässig, sondern auch erwünscht. Sie haben sich mit Ihrer Vertragsteilnahme zu einer schnelleren Terminvergabe, kürzeren Wartezeiten und zum Angebot einer Abendsprechstunde für eingeschriebene Versicherte verpflichtet. Um dieser Verpflichtung nachzukommen, dürfen (und sollten!) Sie entsprechende Kapazitäten schaffen. Das kann in Form von zusätzlichen Sprechstundenzeiten geschehen.

Sollen Pseudoziffern weiterhin dokumentiert und gemeldet werden und welche Auswirkungen ergeben sich dadurch auf die EBM-Abrechnung (z. B. auf die Strukturzuschläge und Abrechnung in der Psychotherapie)

- Mittels der Pseudo-GOP 99920 bis 99924 können über den Selektivvertrag abgerechnete Einzel- und Gruppentherapieeinheiten an die KV BW gemeldet werden. So können die über den Selektivvertrag abgerechneten Therapien für die Auslastungsquote zur Ermittlung des Strukturzuschlags berücksichtigt werden. Die Übermittlung ist freiwillig und vorteilhaft. Ohne die Übermittlung werden lediglich die über KV abgerechneten Sitzungen für die Auslastungsquote berücksichtigt und in der Folge ggf. weniger Strukturzuschläge ausgelöst. Es besteht aktuell kein Anlass, auf die Übermittlung der Pseudo-GOP zu verzichten.
- Dasselbe Prinzip gilt für die Pseudo-GOP 88192 und 88194 (Hausärzte mit NÄPa), welche zur Berücksichtigung von Selektivvertragsfällen bei der Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus sowie der Vorhaltepauschale für Hausärzte vorgesehen sind.

Rechtliches / Privatsprechstunde

Unter welchen Voraussetzungen dürfen GKV-Versicherte Selbstzahlerleistungen im Anspruch nehmen?

- Keine Kassenleistung: Die Leistung ist nicht im Katalog der gesetzlichen Krankenkasse verankert, z. B. Reiseimpfungen, bestimmte Vorsorge-Ultraschalluntersuchungen oder ästhetische Eingriffe.
- Keine medizinische Notwendigkeit: Die Leistung ist nicht zwingend erforderlich, sondern wird klar als Wunschleistung nachgefragt.
- Ausdrücklicher Wunsch des Patienten: Die Erklärung erfolgt vor Beginn der Behandlung aktiv und schriftlich, dass er als Privatpatient behandelt werden möchte.

Wie ist die Online-Buchung von Selbstzahlerterminen rechtlich zu bewerten?

- Die rechtliche Bewertung der Nutzung von Online-Buchungstools muss mehrere Problembereiche beachten. Das Landgericht Berlin (Az. 52 O 149/25) hat festgestellt, dass Portale Gewähr dafür tragen müssen, dass gesetzlich Versicherte nicht über die Verfügbarkeit von kassenärztlichen Terminen getäuscht werden. Demnach müssen Selbstzahlertermine unmissverständlich, deutlich sichtbar und von Anfang an als kostenpflichtig deklariert werden. Es besteht das grundsätzliche Risiko, dass Abmahnungen wegen irreführender geschäftlicher Handlungen drohen, wenn ein Patient einen regulären Termin sucht und unabsichtlich eine kostenpflichtige Privatleistung bucht. Berufsrechtlich ist auf das bereits mehrfach erwähnte Kopplungs- und

Bevorzugsverbot hinzuweisen. Privatpatienten dürfen bei der Terminvergabe nicht bevorzugt werden und ebenso wenig dürfen kassenärztliche Leistungen mit der Inanspruchnahme von IGeL verknüpft werden.

Welche Leistungen können nach Aufgabe einer Genehmigung als Privatleistung angeboten werden?

- Grundsätzlich können alle medizinischen Leistungen, für die zuvor eine Genehmigung vorlag, privat angeboten werden, sofern die berufsrechtlichen Qualifikationen gegeben sind (Facharztstatus/Fachkunde).

Wie ist mit Ultraschall- bzw. anderen Abrechnungsgenehmigungen im Zusammenhang mit IGeL-Leistungen umzugehen?

- Zunächst ist festzuhalten, dass ein Verbot von Doppelabrechnungen besteht. Dass heißt, eine als IGeL erbrachte und privat liquidierte Leistung darf niemals zusätzlich als Sachleistung abgerechnet werden. Gleichfalls gilt, dass eine medizinisch notwendige Ultraschalluntersuchung als Kassenleistung abzurechnen ist und dann auch nicht als IGeL angeboten werden darf. KV-Abrechnungsgenehmigungen berechtigen den Arzt lediglich dazu, diese Leistungen zulasten der GKV über die KV abzurechnen. Da IGeL per Definition Privatleistungen sind, ist eine KV-Abrechnungsgenehmigung für die Erbringung und Abrechnung nicht erforderlich. Allerdings sind das Berufsrecht und der Fachkundenachweis zwingend zu beachten. Soweit keine KV-Genehmigungen benötigt werden, erfordert das Berufsrecht, dass nur Leistungen angeboten, die vom Arzt beherrscht werden (Facharztstandard). Es besteht eine Nachweispflicht für die Erfüllung dieses Standards und auch das Vorliegen der Zulassungen für die verwendeten Geräte müssen nachgewiesen werden.

Wie ist mit Patienten umzugehen, die bereits in einer anderen Praxis in Behandlung sind und bestimmte Diagnostikleistungen als Selbstzahler wünschen?

- Grundsätzlich dürfen Patienten Diagnostik und Behandlung in jeder beliebigen Praxis als Selbstzahler in Anspruch nehmen. Allerdings muss die medizinische Notwendigkeit und Vertretbarkeit der gewünschten Leistung vorab geprüft werden. Beachten Sie, dass keine Diagnostik allein auf Zuruf des Patienten oder einer Fremdpraxis durchgeführt wird, ohne dass es einen Arzt-Patienten-Kontakt gab. Der Patient muss umfassend über Nutzen, Risiken, Alternativen und die Kosten dieses Vorgehens aufgeklärt werden. Vor Behandlungsbeginn muss ein schriftlicher Behandlungs- und Honorarvertrag nach der GOÄ geschlossen werden. Bei Weiterleitung der Befunde an die Fremdpraxis ist eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.
 - Erstkontakt und Anamnese
 - Sinnhaftigkeit der Behandlung prüfen: Ablehnung, wenn die Leistung medizinisch unsinnig gefährlich ist
 - Wirtschaftliche Aufklärung
 - Vertragsschluss vor Behandlungsbeginn
 - Durchführung & Befundung

- Abrechnung: Erstellung einer transparenten Rechnung

Welche Auswirkungen ergeben sich für Rezepte und Hilfsmittel in einer Privatsprechstunde?

- Das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV (§ 12 SGB V) sowie eine Budgetierung oder Richtgrößen der KVen greifen nicht.
 - Rezepte:
 - Formularauswahl: Es müssen zwingend Privatrezepte (blaue oder freie Formulare) verwendet werden
 - Keine Budgetbelastung: Verordnungen belasten nicht das GKV-Arzneimittelbudget
 - Freie Therapiewahl: Keine Bindung an Wirtschaftlichkeitsgrenzen, Rabattverträge oder die Pflicht zur Verordnung von Generika
 - Medizinische Begründung: Die Verordnung muss medizinisch indiziert und zweckmäßig sein
 - Kostenübernahme: Privatpatienten reichen das Rezept ein, Selbstzahler tragen die Kosten für ein Medikament selbst
 - Hilfsmittel:
 - Formularwahl: Keine Verwendung des GKV-Muster 16
 - Präzise Beschreibung: Das Hilfsmittel muss exakt beschrieben werden
 - Indikation: Die medizinische Notwendigkeit muss klar auf dem Rezept vermerkt werden, um eine Chance auf Erstattung zu erhalten
 - Regressgefahr: Gefahren für Regresse bestehen ausdrücklich nicht
 - Kostenvoranschlag: Die Einholung eines Kostenvoranschlags ist dem Patienten zu raten
-

Praxisorganisation und Recht

Welche Mindestsprechzeiten gelten künftig?

- Bei einem vollen Vertragsarztsitz bestehen noch immer die ärztlichen Mindestsprechzeiten von 25 Stunden pro Woche.

Ist eine Behandlung oberhalb des RLV weiterhin zulässig?

- Ja, eine Behandlung oberhalb eines zugewiesenen Regelleistungsvolumen ist uneingeschränkt zulässig. Allerdings ist wirtschaftlich zu beachten: Leistungen oberhalb des RLV werden grds. „entwertet“. So werden Leistungen, die das RLV-Budget überschreiten, von den KVen nur noch mit einem stark reduzierten Punktwert oder einer geringeren Restquote vergütet. Behandelt ein Arzt signifikant mehr Patienten als der Fachgruppendurchschnitt, werden degressive Staffeltarife angewendet (bis zu 50 % des regulären Honorars). Achtung: Für den hausärztlichen Bereich gilt die RLV-Systematik in vielen Regionen nicht mehr.

Wir funktioniert das Kostenerstattungsprinzip?

- Der Wechsel zum Kostenerstattungsprinzip nach § 13 SGB V erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse, bevor eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird. Damit verzichtet der Patient auf das Sachleistungsprinzip und wird beim Arzt als Selbstzahler bzw. Privatpatient in dem von ihm gewählten Rahmen behandelt.

Verfahren:

- Der Wechsel muss vorab bei der GKV beantragt werden. Der Patient kann den Wechsel für alle Bereiche wählen oder ihn auf bestimmte Leistungsbereiche beschränken (z. B. nur für den ambulanten Bereich, zahnärztlichen Bereich oder stationäre Behandlungen oder Medikamente)
- Die Gesundheitskarte wird nicht vorgelegt, der Patient wird nach der GOÄ behandelt und erhält eine detaillierte Privatrechnung
- Der Patient tritt in Vorleistung und muss die Leistung des Arztes vollständig aus eigener Tasche bezahlen
- Die Rechnung wird bei der Krankenkasse eingereicht und diese erstattet den Betrag, den sie für eine reguläre Kassenleistung bezahlt hätte (der Restbetrag ist vom Patienten zu entrichten).
Achtung: Daher ist auch eine genaue und dokumentierte Aufklärung der Patientin und des Patienten wichtig. Der Patient ist für ein Quartal an den Wechsel gebunden. Die pauschale Erstattung wird in der Regel nicht die abgerechnete Leistung abdecken, auf die Kostendifferenz ist der Patient hinzuweisen.
- Die Krankenkassen ziehen in der Regel einen Verwaltungsaufwand vom Erstattungsbetrag ab. Dies kann bis zu 5 % des Erstattungsbetrages betreffen. „Echte Privatleistungen“, also solche die nicht zum gesetzlichen Leistungskatalog gehören oder die medizinisch nicht indiziert sind, werden in der Regel abgelehnt.
Achtung: Auch hier bitte auf die Aufklärung der Patientin und des Patienten achten und diese genau dokumentieren.

Wie verhält sich die Budgetierung in BAG-Strukturen?

- In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) wird das Budget – also sowohl das Regelleistungsvolumen (RLV) wie auch das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) – arztbezogen berechnet, jedoch der BAG als sog. Gesamtsumme (Praxisbudget) zugewiesen. Demnach ist innerhalb der BAG eine gegenseitige Verrechnung und ein Ausgleich von „ungenutzten“ Budgets statthaft. Verfahren: Die KV berechnet für jeden in einer BAG tätigen Arzt dessen individuelles RLV auf Basis seiner Fachgruppe und der betreuten Fallzahlen. Diese Einzelbudgets werden zu einem Gesamtpool für die BAG addiert.
- Kompensations-Effekt: Schöpft ein Arzt sein RLV oder Zusatzvolumen im Abrechnungsquartal nicht voll aus, kann dieses nicht ausgenutzte Volumen von einem Kollegen innerhalb derselben BAG genutzt und mehr Leistungen zum vollen Satz abgerechnet werden.

- Werden Patienten von mehreren Ärzten einer BAG im selben Quartal betreut, wird dies im Regelfall als ein Behandlungsfall (Arztfall / Praxisfall) behandelt. Dies reduziert unter Umständen die Gesamtzahl der abrechenbaren Fälle im Vergleich zu einer getrennten Einzelpraxis, was aber durch Kooperations- oder Strukturzuschläge der KVen abgemildert wird.
- Achtung: Für den hausärztlichen Bereich gilt es zu beachten, dass infolge der gesetzgeberischen Maßnahmen ab Oktober 2025, wonach die flächendeckende Entbudgetierung in Kraft getreten ist, Hausärzte in einer BAG für klassische kurativen Leistungen keine RLV- oder QZV-Zuweisungen mehr erhalten, da diese Leistungen nun unabhängig von Budgets in voller Höhe vergütet werden. Für Fachärzte bleibt das zuvor beschriebene RLV-System jedoch weiterhin erhalten.