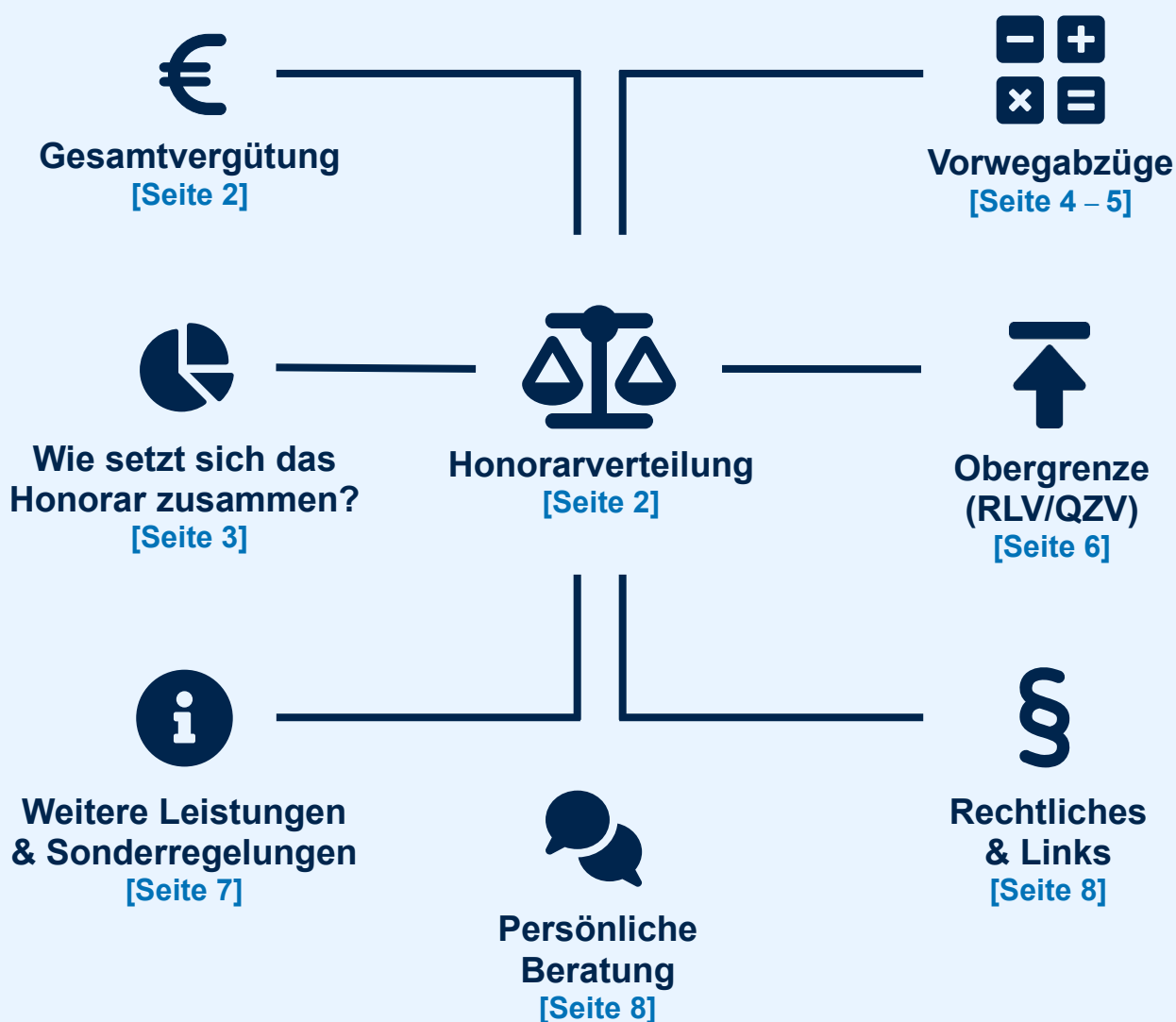


Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Überblick für Fachärztinnen und Fachärzte

Wo steht was?



Honorarverteilung

Jedes Jahr vereinbart die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit den Krankenkassen im Honorarvertrag die sogenannte Gesamtvergütung. Diese bildet die Grundlage für die Honorare, die an Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten ausgezahlt werden. Die Verteilung eines großen Teiles dieser Mittel, der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), erfolgt nach dem **Honorarverteilungsmaßstab (HVM)**. Der HVM regelt, wie die MGV als Honorar auf die einzelnen Leistungserbringer verteilt wird. Beschlossen wird er von der Vertreterversammlung der jeweiligen KV.

Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

1. Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

- Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, unterliegen **keiner Mengenbegrenzung** durch den HVM.
- Beahlt werden sie zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung (B€GO).

2. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

- Die MGV entspricht einem **festen Geldvolumen**, das die KVB für die bayerischen Ärztinnen und Ärzte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten von den Krankenkassen erhält.
- Die Berechnung der MGV richtet sich nach Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses, einem Gremium auf Bundesebene.
- Die MGV wird in weiteren Details mit den Krankenkassen auf Landesebene im sogenannten **Honorarvertrag** in der Regel für die Dauer eines Jahres vereinbart und festgelegt.

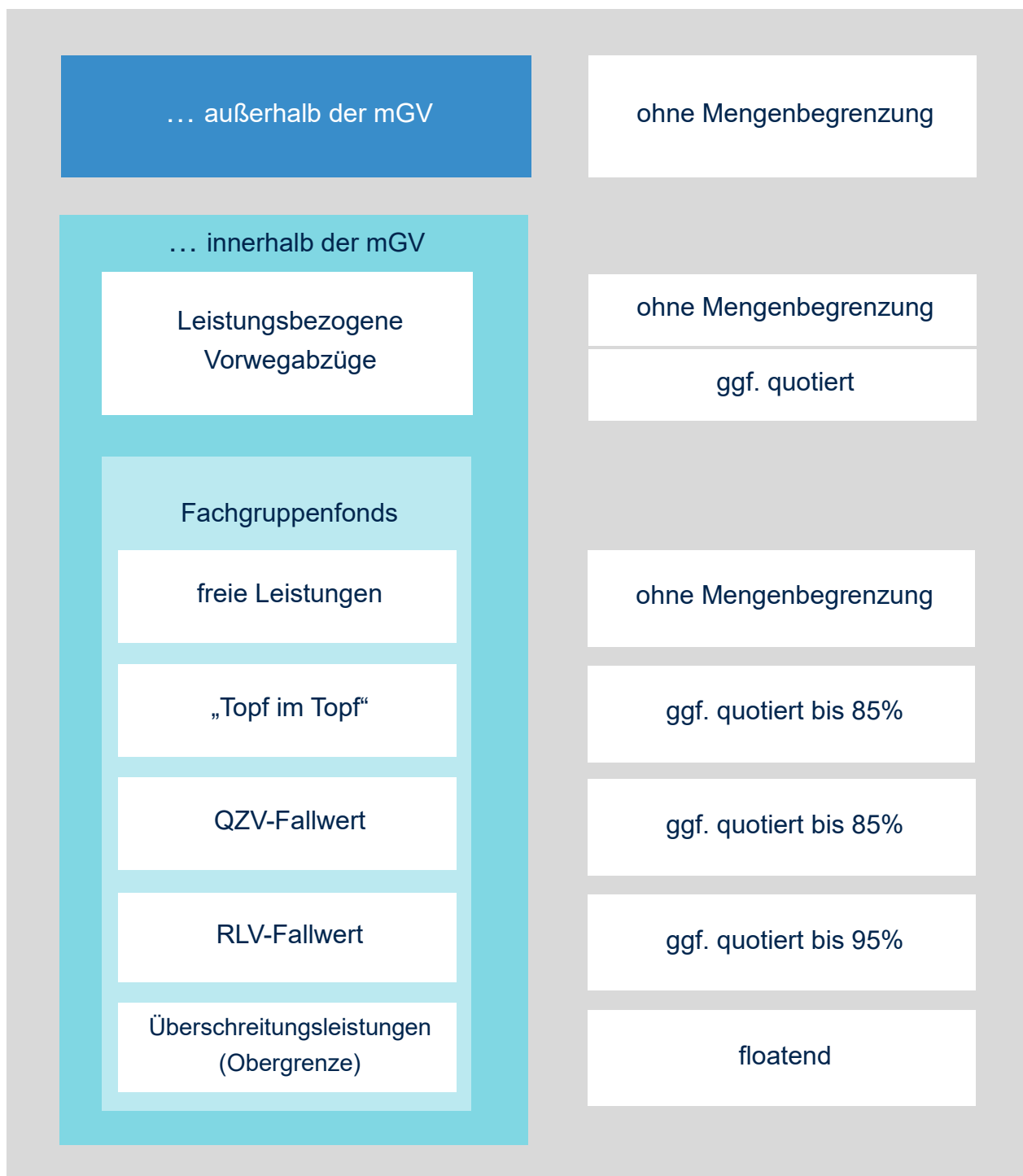
Das Verhältnis zwischen MGV und EGV kann je nach Fachgruppe variieren.

Gut zu wissen: In Ihrer Honorarzusammenstellung finden Sie bei jeder Leistung die Angabe, ob es sich zum Beispiel um eine EGV-Leistung, eine quotierte Leistung oder eine RLV/ QZV-Leistung handelt.



Sie haben die Möglichkeit, MGV-Leistungen in EGV-Leistungen „umzuwandeln“, indem Sie sogenannte TSVG-Konstellationen (Hausarzt-Vermittlung, TSS-Termin-Vermittlung, offene Sprechstunde) nutzen. Weiterführende Hinweise dazu finden Sie am Ende dieses Merkblatts.

Wie setzt sich das Honorar zusammen?



1. Honorar für EGV-Leistungen

EGV-Leistungen werden von den Krankenkassen ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Für bestimmte Leistungen gibt der Bewertungsausschuss dazu Empfehlungen ab, wie zum Beispiel für ambulante Operationen nach Kapitel 31 EBM, Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM, belegärztliche Leistungen nach Kapitel 36 EBM, Präventionsleistungen, Dialyseleistungen und Dialysesachkosten.

Alle EGV-Leistungen müssen zwischen der KVB und den Krankenkassen auf Landesebene im Honorarvertrag vereinbart werden. Wir informieren Sie jeweils nach Abschluss der Honorarverhandlungen in einem Serviceschreiben über vereinbarte EGV- Leistungen beziehungsweise über gegebenenfalls verhandelte Zuschläge („Besonders förderungswürdige Leistungen“). Einen Link zum Honorarvertrag bzw. den besonders förderungswürdigen Leistungen finden Sie unter „Rechtliches“.

2. Honorar für MGV-Leistungen, die über den HVM verteilt werden

Bei der MGV handelt es sich um ein festes Geldvolumen, das die Krankenkassen „mit befreiender Wirkung“ an die KV zahlen. Dies bedeutet, dass sich das Geldvolumen nicht erhöht, auch wenn im Quartal von allen Praxen mehr Leistungen abgerechnet werden als bei der Berechnung der MGV dafür vorgesehen waren. Um das dann „zu knappe“ Geld gerecht an alle Leistungserbringer zu verteilen, sieht der HVM Budgets und Quotierungen bzw. eine Obergrenze für bestimmte Leistungen vor. Zentrale Elemente in der HVM-Systematik für Fachärztinnen und Fachärzte sind Leistungs- und Fachgruppenfonds sowie die Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

2a. Honorar aus leistungsbezogenen Vorwegabzügen

Zu den leistungsbezogenen Vorwegabzügen zählen bestimmte Leistungen, die auch im HVM zu den Preisen der B€GO vergütet werden. Dazu gehören beispielsweise Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst, die nach den Vorgaben des Gesetzgebers nicht begrenzt werden dürfen. Auch die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung wird in Bayern zu den Preisen der B€GO vergütet.

Für andere Leistungsbereiche gelten hingegen Quotierungsregelungen. Das Grundprinzip ist dabei immer gleich: Für jeden dieser Bereiche ist ein fest definiertes Honorarvolumen vorgesehen. Wenn die insgesamt abgerechneten Leistungen aller Ärztinnen und Ärzte in einem Quartal dieses Volumen überschreiten, werden die Leistungen nur anteilig – also „quotiert“ – vergütet. Damit die Vergütung dennoch kalkulierbar bleibt, sieht der HVM sogenannte Mindestquoten vor. Das bedeutet: Wird zum Beispiel eine Mindestquote von 85 % festgelegt, erhalten die Ärztinnen und Ärzte für ihre Leistungen mindestens 85 % des B€GO-Preises. Für die Kardiorespiratorische Polysomnographie gilt eine gestaffelte Quotierungsregelung. Einen Überblick finden Sie in folgender Tabelle:

Leistungsbezogene Vorwegabzüge	VERGÜTUNG im HVM
Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst	→ Zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO)
Labor-/ Kostenpauschalen	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent mit Sonderregelungen; Details unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar , in der Rubrik Laboratoriumsmedizin
Belegärztliche Leistungen in der MGV	→ Zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO)
Humangenetische und tumorgenetische Leistungen	→ Neu ab 2/2026: Details s. „Sonderregelungen“
Pathologische Leistungen Leistungen Kapitel 19 EBM (ohne die Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM) sowie GOP 01826 EBM	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM sowie GOP 38100 und 38105 EBM	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation (KfH)	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Sonstige Leistungserbringer	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	→ Zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO)
Kardiorespiratorische Polysomnographie GOP 30901 EBM	→ Mindestquote in Höhe von 75 Prozent für den ersten Ansatz → Mindestquote in Höhe von 60 Prozent für den zweiten Ansatz → Mindestquote in Höhe von 10 Prozent für den dritten Ansatz
Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ohne die EGV-Leistungen nach Abschnitt 14.2 sowie 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM)	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Leistungen der Kap. 22 und 23 EBM von Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten und anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Leistungen der MKG-Chirurgen inkl. Kap. 15 EBM	→ Zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO)

2b. Honorar aus der Obergrenze (RLV und QZV)

Wie berechnet sich die Obergrenze

Vor Beginn eines Kalenderjahres werden die **kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte** der einzelnen Fachgruppen im Internet veröffentlicht. Die RLV-Fallwerte sind dabei in drei Altersklassen unterteilt.

Die kalkulatorischen Fallwerte können nach Vorliegen der Abrechnungsdaten angepasst werden – insbesondere dann, wenn die Mengendynamik innerhalb einer Fachgruppe dies erforderlich macht. Die angepassten Werte werden als **Auszahlungsfallwerte** bezeichnet und können für die einzelnen Abrechnungsquartale des Jahres ebenfalls im Internet abgerufen werden. Für die Auszahlungsfallwerte gelten **Mindestgrenzen**: Im RLV beträgt der Mindestfallwert **95 %** des kalkulatorischen Fallwerts, im QZV liegt die Untergrenze bei **85 %**. → [Fallwerte einsehen](#)

Die individuelle **Obergrenze eines Arztes** wird nach Eingang der Abrechnung berechnet.

Sie ergibt sich aus der **Multiplikation** der jeweils gültigen **Auszahlungsfallwerte** mit den **Fallzahlen** aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) und den Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

Dabei werden grundsätzlich zunächst die **aktuellen Fallzahlen** im Abrechnungsquartal herangezogen.

Die im HVM vorgesehene RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung wurde zunächst für das Jahr 2026 ausgesetzt. Die Auswirkung dieses Schrittes wird anschließend evaluiert. Die Auslastung der Praxen in Bayern dürfte zwischenzeitlich so hoch sein, dass größere Zuwächse bei den RLV-Fallzahlen nicht zu erwarten sind. Die Aussetzung reduziert Verwaltungsaufwand in den Praxen und der KVB, da auf Nachweise und ggf. Antragsverfahren verzichtet werden kann.

Für das QZV MRT gibt es eine eigene Mengensteuerung, die auch im Jahr 2026 fortgeführt wird.

Die **Obergrenze einer Praxis** entspricht der **Summe** der Obergrenzen aller in der Praxis tätigen Ärzte.

Wie wird die Obergrenze vergütet

- Bis zur Obergrenze erhalten Sie eine Vergütung zu den Preisen der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO).
- Wird die Obergrenze überschritten, wird für diese Überschreitung ein abgesenktes, "quotiertes" Honorar bezahlt. Diese "Überschreitungsquote" ist je Fachgruppe unterschiedlich.
- Auch die Überschreitungsquoten finden Sie unter → [Fallwerte einsehen](#)



Die konkrete Höhe der Obergrenze sowie Details zu Obergrenze und Überschreitung der Obergrenze können Sie den Honorarunterlagen entnehmen.

Was ist noch für die Obergrenze wichtig

Je nach Praxiskonstellationen sind für die Berechnung der Obergrenze noch weitere Berechnungsschritte relevant zum Beispiel ein Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften bzw. medizinische Versorgungszentren („BAG-Zuschlag“), ein Aufschlag für die Behandlung von Patienten nach TSS-Vermittlung bzw. ein Aufschlag für CT-Leistungen in onkologischen Fällen oder eine Fallwertminderung für Praxen mit überdurchschnittlichen Fallzahlen. Detaillierte Erklärungen finden Sie im Merkblatt „HVM – Details zur Obergrenze aus RLV und QZV“.

2c. Honorar für freie Leistungen und sogenannte „Topf-im-Topf-Leistungen“

Neben Leistungen, die in die Obergrenze fallen, gibt es weitere Leistungen, die im HVM entweder als „freie Leistungen“ zu den Preisen der BÉGO ausgezahlt werden oder als „Topf-im-Topf-Leistungen“ vergütet werden, für die eine Mindestquote von 85 Prozent gilt.

Hinweis

Wenn Sie sich darüber informieren wollen, welche Leistungen in Ihrer Fachgruppe wo zugeordnet sind (zum Beispiel QZV oder „Topf-im-Topf-Leistungen“), können Sie dies in der „Fachgruppenübersicht QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ nachlesen.

2d. Sonderregelungen

Honorierung der humangenetischen Leistungen

Die humangenetischen Leistungen sind im HVM in zwei Honorarvolumen unterteilt.

Honorarvolumen 1: Humangenetische Leistungen, die nach Teil B der Vorgaben der KBV dem Grundbetrag „genetisches Labor“ zugeordnet sind, werden wie folgt vergütet:

Leistung	Quote
Humangenetische Leistungen nach Unterabschnitt 11.4.1 sowie GOP 11501 bis 11506 und 11516 EBM	→ Mindestquote in Höhe 85 Prozent
Molekulargenetische Untersuchungen nach den Unterabschnitten 11.4.2, 11.4.3 (mit Ausnahme der GOP 11501 bis 11506 und 11516 EBM) und 11.4.4 – mit Akkreditierung*	→ Mindestquote in Höhe 85 Prozent
Molekulargenetische Untersuchungen nach den Unterabschnitten 11.4.2, 11.4.3 (mit Ausnahme der GOP 11501 bis 11506 und 11516 EBM) und 11.4.4 – ohne Akkreditierung*	→ Vergütung mit der rechnerischen Quote
Leistungen nach Abschnitt 19.4 EBM	→ Mindestquote in Höhe von 85 Prozent

***Details zur Akkreditierung für molekulargenetische Leistungen:**

Molekulargenetische Untersuchungen werden auf die Mindestquote in Höhe von 85 Prozent leistungstagbezogen ab dem Tag gestützt, ab dem für die (Neben-)Betriebsstätte, unter deren (N)BSNR (bayerische Betriebsstätte) die Abrechnung erfolgt,

- eine aktive Akkreditierung der deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) gemäß DIN EN ISO 15189 für das Untersuchungsgebiet Molekulare Humangenetik vorliegt und
- diese in der Datenbank der akkreditierten Stellen auf der Internetseite der DAkkS veröffentlicht ist.

Honorarvolumen 2: Für die humangenetischen Leistungen der Abschnitte 11.2 und 11.3 sowie die GOP01841 und 01842 EBM gilt eine Mindestquote in Höhe von 85 Prozent.

Augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM):

Zur Vergütung der augenärztlichen Strukturpauschale sieht der HVM für die Fachgruppe der Augenärzte einen „Topf-im-Topf“ mit einer Quotierungsuntergrenze in Höhe von 70 Prozent vor.

Sonderregelung für Internisten ohne Schwerpunkt und Internisten mit Schwerpunkt

Gastroenterologie (GOP 13400 EBM): Für die Fachgruppe der Fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt sowie mit Schwerpunkt Gastroenterologie gibt es eine eigenständige Mengensteuerung für die GOP 13400 EBM (Ösophago-Gastroduodenoskopie, ÖGD), die eine abgestufte Vergütung für den Fall der Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge vorsieht. Bei mehr als 300 abgerechneten GOP 13400 EBM je Arzt wird die Vergütung für die darüber hinausgehenden GOP 13400 EBM auf 70 Prozent abgesenkt.

Rechtliches und weitere Informationen

Bayerische Honorarverträge (Förderungswürdige Leistungen, Leistungen außerhalb der MGV)

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/honorarvertraege



Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

→ [Übersichtsseite „Rechtsquellen“ der KVB-Website, dort unter Buchstabe H](#)



Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Honorarverteilung

→ [KBV – Weitere Rechtsquellen, dort unter KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung](#)



Infoblatt „Grundsätze und Versorgungsziele des HVM“

→ www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Honorar/KVB-Infoblatt-Grundsätze-Versorgungsziele-HVM.pdf



TSVG-Konstellationen

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023



Honorarverteilung im Überblick mit Fachgruppenübersicht „QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar



Sie wünschen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin im Beratungscenter, in Ihrer Region. Dabei haben Sie die Wahl: Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video.

Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter:

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung

