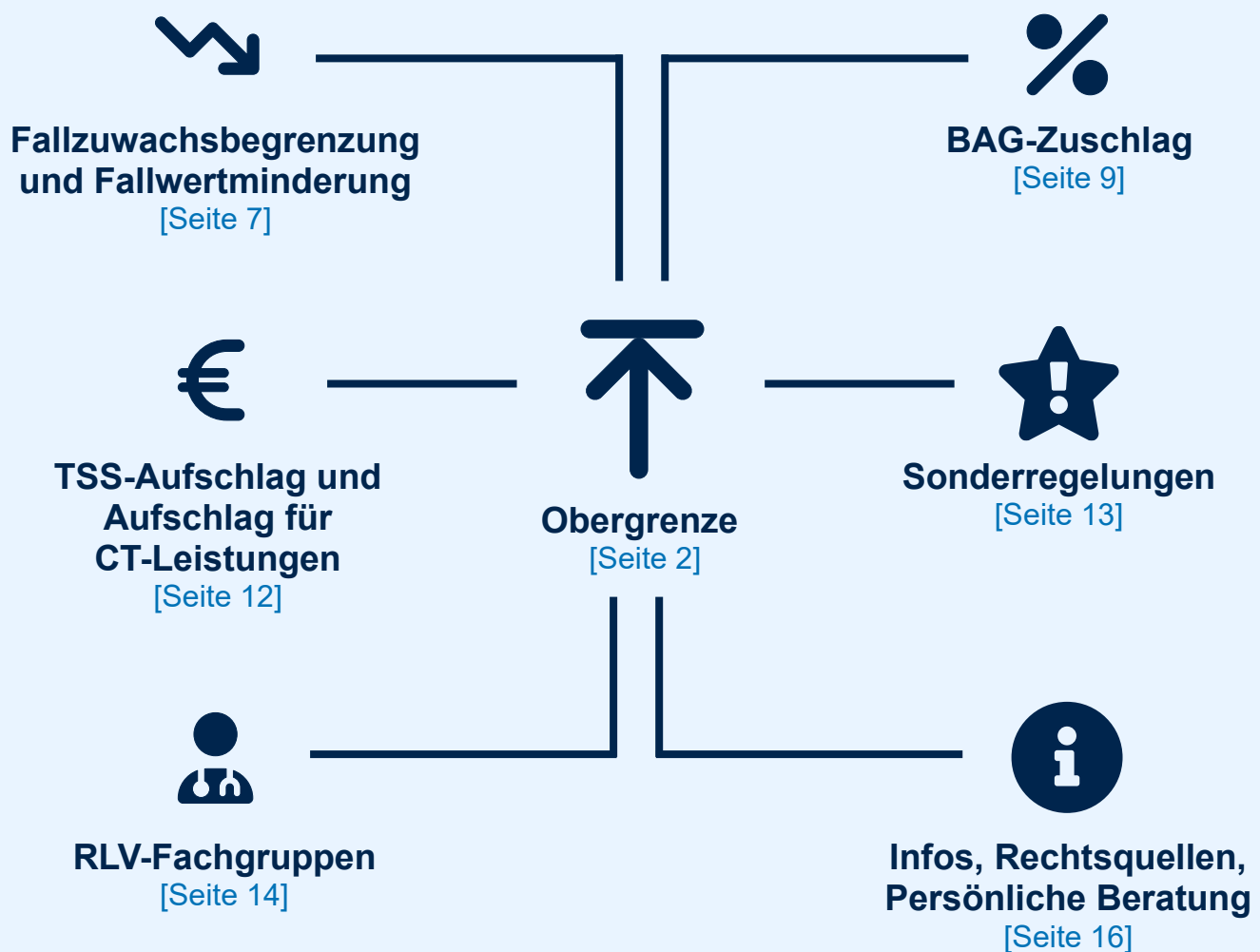


Honorarverteilungsmaßstab (HVM) – Obergrenze

Überblick für Fachärztinnen und Fachärzte

Wo steht was?



Obergrenze (RLV/QZV)

Ein zentrales Element im HVM ist die **Obergrenzen-Systematik** aus **Regelleistungsvolumen (RLV)** und **qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**.

Sie gilt für alle in Kapitel „RLV-Fachgruppen“ genannte Fachgruppen.

In diesem Merkblatt finden Sie Erläuterungen zur Berechnung der Obergrenze. Dabei haben wir die HVM-Regelungen zum Teil vereinfacht bzw. verkürzt. Die Regelungen im Wortlaut finden Sie in der jeweils aktuellen HVM-Lesefassung.



Die genaue Höhe sowie weitere Details zu Ihrer Obergrenze können Sie Ihren Honorarunterlagen entnehmen.

Wie berechnet sich die Obergrenze?

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

Nach Vorliegen der Abrechnungsdaten können die kalkulatorischen Fallwerte angepasst werden, insbesondere dann, wenn die Leistungsdynamik innerhalb einer Fachgruppe dies erforderlich macht. Die in einem solchen Fall angepassten Werte heißen **Auszahlungsfallwerte** 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 %.

Hinweis

Die kalkulatorischen RLV- und QZV -Fallwerte sowie die Auszahlungsfallwerte können Sie unter folgendem Link abrufen.

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten



Beispiel 1

Kalkulatorischer RLV-Fallwert für die Fachgruppe:	=	30,00 €
Rechnerischer RLV-Fallwert nach Abrechnung:	=	29,00 €
Rechnerischer Wert liegt über der Mindestgrenze → 95 Prozent von 30,00 € = 28,50€		
RLV-Auszahlungsfallwert:	=	29,00 €

Beispiel 2

Kalkulatorischer RLV-Fallwert für die Fachgruppe:	=	30,00 €
Rechnerischer RLV-Fallwert nach Abrechnung:	=	27,00 €
Rechnerischer Wert liegt unter der Mindestgrenze → 95 Prozent von 30,00 € = 28,50€		
RLV-Auszahlungsfallwert:	=	28,50 €

Die individuelle **Obergrenze eines Arztesⁱ** 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 (→ *Ausnahmen, siehe Kapitel „Fallzahlzuwachsbegrenzung“*).

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

Beispiel

Arzt 1 RLV + QZV 1 + QZV 2 + QZV 3 + QZV 4	=	Obergrenze Arzt 1
Arzt 2 RLV + QZV 2 + QZV 5 + QZV 6 + QZV 8	=	Obergrenze Arzt 2
Arzt 3 RLV + QZV 3 + QZV 5	=	Obergrenze Arzt 3

+ BAG-Zuschlag (auf RLV)	=	Obergrenze Praxis gesamt
+ ggf. weitere Aufschläge		

(Weitere Informationen zum BAG-Zuschlag (auf RLV) und zu weiteren Aufschlägen → *siehe Kapitel „BAG-Zuschlag“, sowie Kapitel „Aufschlag nach TSS-Vermittlung“ und „Aufschlag für CT-Leistungen in onkologischen Fällen“*)

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.

Hinweis

Überschreitungsquoten

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten



Wann ist eine Leistung eine RLV-Leistung bzw. eine QZV-Leistung?

In das RLV fallen alle Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden und nicht bereits einer anderen Leistungsart zugeordnet sind.

Anders zugeordnet sind:

- Leistungen, die zu den **Vorwegabzügen** gehören (z.B. belegärztliche Leistungen in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM)
- Leistungen, die einem **QZV** zugeordnet sind
- Leistungen, die innerhalb einer Fachgruppe gesondert als **Leistungen ohne Mengenbegrenzung** („freie Leistungen“) vergütet werden
- Leistungen, die als sogenannte „**Topf-im-Topf-Leistung**“ vergütet werden

Hinweis

Die Zuordnung einer Leistung ist je Fachgruppe unterschiedlich geregelt. Sie finden eine nach Fachgruppen sortierte Zusammenstellung in der „Fachgruppenübersicht QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“. Details zu den Vorwegabzügen finden Sie im Merkblatt „HVM allgemein für Fachärztinnen und Fachärzte“

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

Die Fallzählung im RLV und QZV

Fallzählung im RLV

Ein Fall ist für die **Fallzählung im RLV** relevant, wenn es sich um einen kurativ-ambulantem Behandlungsfall (Paragraf 21 Absatz 1 und Absatz 2 BMV-Ä) handelt. Nicht mitgezählt werden:

- Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung)
- Behandlungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 1.6 EBM sowie der GOP 01701 EBM
- Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden, die nicht ins RLV fallen
- Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430, 01435, 01436, 01820 und 05230 EBM als RLV-relevante Leistungen

Einzelpraxis

Die Zahl der RLV-Fälle entspricht der Zahl der (RLV-relevanten) Behandlungsfälle je Altersklasse. Ein Fall zählt nicht mit, wenn nur Leistungen abgerechnet wurden, die zum Beispiel außerhalb der MGV oder über ein QZV vergütet werden.

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinisches Versorgungszentren (MVZ), Praxen mit angestellten Ärzten¹

Auch hier sind die RLV-relevanten Behandlungsfälle maßgeblich für das RLV. Für die Aufteilung dieser RLV-Fälle auf die in der BAG tätigen Ärzte kommt es auf den jeweiligen Anteil eines Arztes mit seinen Arztfällen an der Gesamtarztfallzahl in der BAG an.

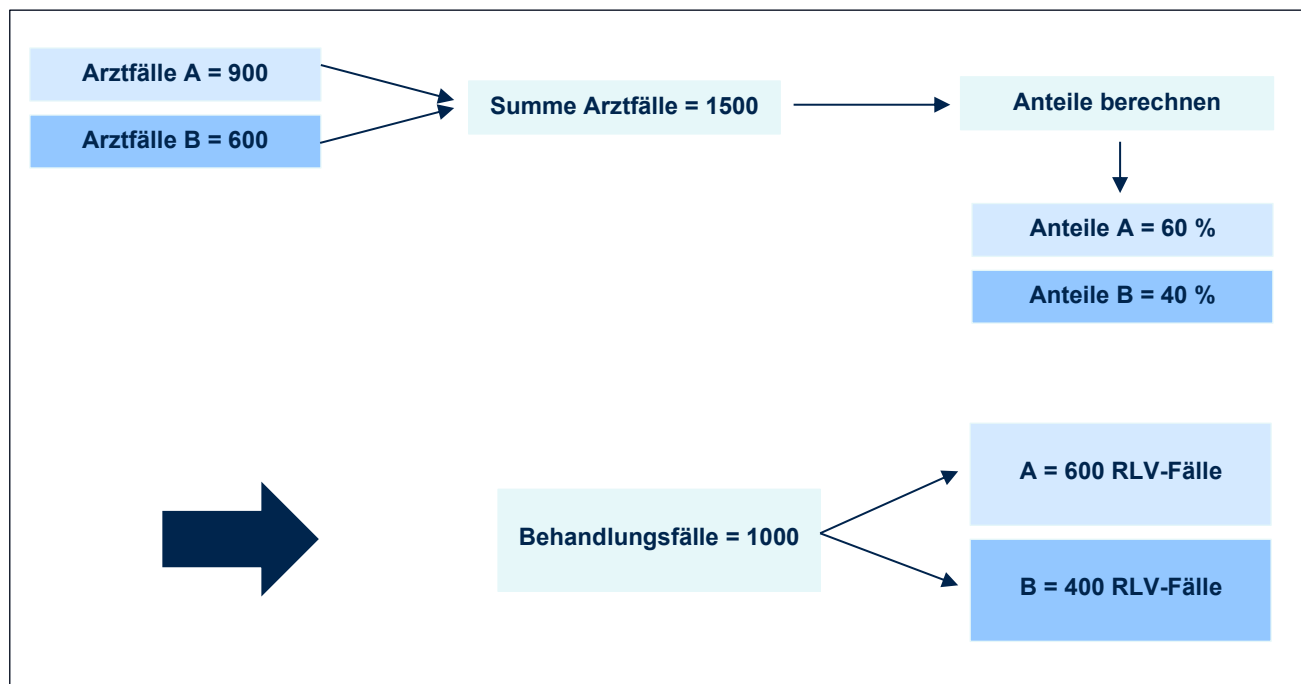
Beispiel

In einer fachgleichen Praxis sind die Ärzte A und B tätig.

- Die Praxis hat im Quartal bei 1000 Patienten RLV-relevante Leistungen abgerechnet (= **Behandlungsfälle**)
- 900 Patienten kamen zu Arzt A. Zu Arzt B kamen 600 Patienten (= **Arztfälle**).
- Die Praxis hatte damit 1000 RLV-relevante Behandlungsfälle bei 1500 RLV-relevanten Arztfällen.
- 500 Patienten wurden dabei gemeinsam behandelt.

¹ Gilt nicht für Job-Sharing (→ Details siehe Kapitel „Sonderregelungen“)

Für die Berechnung der Obergrenze muss der Anteil der RLV-relevanten Arztfälle an den RLV-relevanten Behandlungsfällen der Praxis ermittelt werden.



Zum Ausgleich der Differenz zwischen Arztfällen und RLV-Fällen → siehe Kapitel „BAG-Zuschlag“

Fallzählung im QVZ

Bei der Fallzählung im QVZ wird – anders als im RLV – nicht auf einen kurativ-ambulantem Behandlungsfall, sondern auf den „**Leistungsfall**“ abgestellt. Ein Leistungsfall ist jeder Fall, in dem im Abrechnungsquartal mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen QVZ abgerechnet und anerkannt wurde. Eine Unterteilung in Altersklassen gibt es hier nicht.

Fallzahlzuwachsbegrenzungen im RLV

Eine Ausnahme vom Prinzip der „aktuellen Fallzahl“ gilt, wenn es in einer Fachgruppe insgesamt und dann auch in einer Praxis selbst zu einem Fallzahlwachstum von grundsätzlich mehr als 3 Prozent kommt. In diesem Fall greift eine Fallzahlzuwachsbegrenzung bei den RLV-Fallzahlen.

Schritt 1

Damit es zu einer Fallzahlzuwachsbegrenzung kommt, müssen die im aktuellen Quartal von der gesamten RLV-Fachgruppe abgerechneten RLV-Fallzahlen um mehr als drei Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal angestiegen sein.



Liegt in der jeweiligen RLV-Fachgruppe insgesamt kein entsprechender Fallzahlzuwachs vor, gibt es auch für die einzelnen Ärzte der Fachgruppe keine Fallzahlzuwachsbegrenzung.

Schritt 2

Liegt in einer Fachgruppe die RLV-Fallzahlzunahme über drei Prozent, trifft eine individuelle Fallzahlzuwachsbegrenzung (nur) diejenigen Ärzte der Fachgruppe, die ihrerseits ebenfalls eine RLV-Fallzahlzunahme von mehr als drei Prozent im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal haben.

Schritt 3

Für diese Ärzte zählen bei der RLV-Berechnung dann nicht mehr die aktuellen RLV-Fallzahlen, sondern RLV-relevant sind dann die Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal zuzüglich des zulässigen Zuwachses in Höhe von drei Prozent.

Bei der Prüfung, ob ein Fallzahlzuwachs von mehr als drei Prozent vorliegt, werden die RLV-Fallzahlen aller fach- und schwerpunktgleichen Praxisteilnehmer **gemeinsam** betrachtet.

Sonderregelungen gelten bei der Fallzahlzuwachsbegrenzung für **neu niedergelassene Ärzte bzw. Ärzte mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen**. Hier ist grundsätzlich die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal relevant, allerdings begrenzt auf den Fachgruppendurchschnitt.

Eine weitere Sonderregelung gilt **bei Unterversorgung bzw. drohender Unterversorgung**: Liegt ein Beschluss des Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vor (Paragraf 100 Absatz 1 oder 3 SGB V), bleiben RLV-Fälle, die von den betroffenen Ärzten im (drohend) unterversorgten Planungsbereich/Gebiet im aktuellen Quartal erbracht wurden, für diese Ärzte bei der Ermittlung ihrer RLV-Fallzahl für die Fallzahlzuwachsbegrenzung unberücksichtigt.

Hinweis für das Jahr 2026: Die RLV-Fallzahlzuwachsbegrenzung 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.

Fallwertminderung im RLV

Der HVM sieht neben der Fallzahlzuwachsbegrenzung eine **Fallwertminderung** vor. Diese Regelung betrifft Ärzte, die mit ihren RLV-relevanten Fällen über 150 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl ihrer Fachgruppe liegen. Soweit ein Arzt keinen vollen Tätigkeitsumfang (weniger als 40 Wochenstunden) hat, wird die Durchschnittsfallzahl entsprechend reduziert.

- Der für die RLV-Berechnung verwendete RLV-Fallwert wird unter Berücksichtigung der drei Altersklassen stufenweise gemindert.
- Kommt bei einer Praxis eine Fallzahlzuwachsbegrenzung zum Tragen, setzt die Fallwertminderung auf den entsprechend reduzierten Fallzahlen auf.

Anteil der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe	Minderung des RLV-Fallwerts
> 150 % bis 170 %	↘ 25 %
> 170 % bis 200 %	↘ 50 %
> 200 %	↘ 75 %

Hinweis

Sie finden die für die Fallwertminderung relevanten Durchschnittsfallzahlen in der Rubrik „*Honorarsystematik und Begriffe/Durchschnittszahlen (Fachärzte)*“.

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



Fallzuwachsbegrenzung und Fallwertminderung im QZV MRT

Für die Leistungsfallzahlen im QZV MRT gilt eine eigene Fallzahlzuwachsbegrenzung in Höhe von drei Prozent gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal

Hinweis

Weitere Hinweise finden Sie im Merkblatt „HVM - Obergrenze: QZV MRT“ in der Rubrik „Infomaterial zum HVM“.

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



BAG-Zuschlag

Der HVM sieht eine BAG-Zuschlagsregelung für Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs), medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten vor. Mit dieser Regelung soll der kooperativen Behandlung von Patienten Rechnung getragen werden. Der BAG-Zuschlag ist ein Zuschlag auf die Obergrenze einer Praxis in Euro. Entscheidend für die Höhe ist die Art der gewählten Kooperation nach Fachgruppe und Tätigkeitsort.

Hinweis

Die Berechnung des BAG-Zuschlags erfolgt automatisch durch die KVB und kann den Honorarunterlagen entnommen werden. Die BAG-Zuschlagsregelung gilt **nicht** bei Tätigkeit im Job-Sharing.

Regelung für fach- und schwerpunktgleiche Praxen

Fach- und schwerpunkt- gleich	Gleicher Standort	BAG-Zuschlag
✓	✗	Der BAG-Zuschlag ist abhängig vom Kooperationsgrad. Nur bei einem Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erhält die Praxis einen BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent auf das RLV.
✓	✓	Die Praxis erhält einen BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent auf das RLV.

Regelung für fach- und schwerpunktübergreifende Praxen

Fach- und schwerpunkt- übergreifend	Gleicher Standort	BAG-Zuschlag
✓	✗	Der BAG-Zuschlag ist abhängig vom Kooperationsgrad. Nur bei einem Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erfolgt ein BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent.
✓	✓	Der BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) ist abhängig vom Kooperationsgrad*. Je nach ermitteltem Kooperationsgrad ergibt sich ein BAG-Zuschlag zwischen 0 und 40 Prozent (<i>siehe nachfolgende Tabelle</i>).

*Sonderfall:

Unterschreitet der ermittelte Kooperationsgrad zehn Prozent und sind in der fach- und schwerpunktübergreifenden, standortgleichen BAG mehrere Teilnehmer der gleichen RLV-Fachgruppe vertreten, erfolgt unabhängig vom Kooperationsgrad ein BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent.

Beispiel: In einer BAG aus drei Orthopäden und einem Anästhesisten am selben Standort wird ein Kooperationsgrad von 8,5 Prozent ermittelt. Diese Praxis erhält einen BAG-zuschlag von 10 Prozent.

Kooperationsgrad

Bei bestimmten Praxiskonstellationen ist für die Berechnung des BAG-Zuschlags der Kooperationsgrad relevant. Unter dem Kooperationsgrad versteht man den Anteil der in einer BAG gemeinsam behandelten Patienten. Dabei geht es immer um die gemeinsamen RLV-relevanten Fälle (unter Berücksichtigung der Kennzeichnungs-GOP 99215).

Kooperationsgrad in Prozent	BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 40	35
40 und größer	40

Formel zur Berechnung des Kooperationsgrads

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{Zahl der RLV-relevanten} \\ \text{Arztfälle der Praxisteilnehmer} \\ \text{im Abrechnungsquartal} \\ \hline \end{array} \div \begin{array}{|c|} \hline \text{Zahl der RLV-relevanten} \\ \text{Behandlungsfälle der Praxis} \\ \text{im Abrechnungsquartal} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{Kooperationsgrad (\%)} \\ \hline \end{array}$$

Erklärung zur Formel



- *RLV-relevanter Arztfall* = gleicher Arzt (LANR) – gleicher Patient – gleiche Kasse – gleiches Quartal (soweit RLV-relevante Leistungen abgerechnet wurden)
- *RLV-relevanter Behandlungsfall* = gleiche Praxis (BSNR) – gleicher Patient – gleiche Kasse – gleiches Quartal (soweit RLV-relevante Leistungen abgerechnet wurden)

Aufschlag nach TSS-Vermittlung

Um die Terminvergabe über die Terminservicestelle (TSS) und den 116117 Terminservice zu fördern, sieht der HVM einen Aufschlag auf die Obergrenze (RLV/QZV) in Höhe von 15 Euro je TSS-Vermittlungsfall vor. Dieser TSS-Aufschlag wird für Patienten gewährt, die nach Meldung freier Termine und erfolgter Vermittlung über die TSS (über den 116117 Terminservice, die 116117 App oder telefonisch über 116117) in der Praxis behandelt werden. Der Aufschlag, multipliziert mit der entsprechend gekennzeichneten Anzahl der behandelten TSS-Patienten, erhöht die Obergrenze. Die Erhöhung steht dabei für die Behandlung von Patienten zur Verfügung, die im Rahmen der RLV- und QZV-Systematik abgerechnet werden.

Beispiel

Eine Praxis meldet über den elektronischen 116117 Terminservice im Quartal 1/2026 jede Woche fünf Termine und diese Termine können auch entsprechend an diese Praxis vermittelt werden. Die Praxis kennzeichnet diese Fälle mit der bereits bekannten Kennzeichnungs-GOP 99873T sowie der Vermittlungs-/Kontaktart „TSS-Terminfall“. Anhand der Kennzeichnung setzt die KVB den Aufschlag dann **automatisch** zu.

- Die Praxis erhält für die an sie vermittelten Patienten neben der **extrabudgetären Vergütung** und dem im EBM geregelten **zeitgestaffelten Zuschlag** zusätzlich noch einen **TSS-Aufschlag** auf die Obergrenze von 75,00 € (= 5 x 15,00 €).
- Bezogen auf das ganze Quartal ergäbe sich so eine Erhöhung der Obergrenze um 975,00 € (= 5 Termine pro Woche x 15,00 € pro Termin x 13 Wochen).

Aufschlag für CT-Leistungen in onkologischen Fällen



Diesen Aufschlag setzt die KV automatisch zu.

Für onkologische Fälle

- mit C-Diagnosen (ICD-10-GM-Kode C00 bis C97 mit Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“),
- bei denen im Leistungsfall mehr als eine CT-Untersuchung nach der GOP 34310, 34311, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34350 und 34351 EBM abgerechnet wird,

erfolgt einmalig im Leistungsfall ab dem zweiten Ansatz einer dieser GOP ein Aufschlag von 50 € auf die Obergrenze. Sollte das dafür vorgesehene Honorarvolumen nicht ausreichen, kann der Vorstand diesen Wert entsprechend absenken.

Sonderregelungen

Job-Sharing und Assistenten

Im Rahmen des Jobsharings können Ärzte in einer Praxis als angestellte Ärzte oder als „Jobsharing-Junior-Partner“ tätig sein. Diese Tätigkeit begründet keine zusätzliche Obergrenze, sondern wird dem anstellenden Arzt beziehungsweise dem Jobsharing-Partner, der in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird („Jobsharing-Senior-Partner“), zugerechnet. Das Gleiche gilt für die Tätigkeit von Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenten.

Begründung: Sowohl die Tätigkeit im Jobsharing als auch die Tätigkeit der oben genannten Assistenten dürfen nicht zu einer Praxisausdehnung führen. Eine Ausnahme gilt für geförderte Weiterbildungsassistenten (§ 32 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV i. V. m. § 75a SGB V).



Im Jobsharing gibt es eine weitere Obergrenzen-Regelung. Diese „Jobsharing-Obergrenze“ (die den Praxen ebenfalls mitgeteilt wird) ist von der Obergrenze aus RLV und QZV zu unterscheiden. Informationen zur „Jobsharing-Obergrenze“ finden Sie im Merkblatt „Jobsharing – Berechnungsverfahren und Anpassung der Obergrenzen“, siehe weiterführende Informationen und Rechtsquellen.

Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent

Die Obergrenze aus RLV und QZV gilt für die in Abschnitt E, Anlage 1 HVM genannten fachärztlichen Fachgruppen → *siehe Kapitel „RLV-Fachgruppen“*. Für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten andere Vergütungsregelungen. Als ausschließlich psychotherapeutisch tätig gilt ein Arzt, wenn sein Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf über 90 Prozent liegt. Die Ermittlung des 90-Prozent-Anteils erfolgt nach den Bedarfsplanungsrichtlinien.

Hinweis

Weitere Informationen zu den Vergütungsregeln für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte finden Sie in der Rubrik „Psychotherapeutische Leistungen“.

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



Antrag auf Anpassung der Obergrenze

Der HVM sieht die Möglichkeit vor, unter bestimmten Umständen einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze zu stellen. Diese Anträge können sich zum Beispiel auf folgende Dinge beziehen:

- Nach einer erfolgten Fallzahlzuwachsbegrenzung auf die Fallzahl
- Nach einer erfolgten Fallwertminderung auf besondere Sicherstellungsgründe
- Bei Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs auf den Fallwert

Hinweis

Einzelheiten zu den Antragsmöglichkeiten und zur Antragsstellung finden Sie im Merkblatt „HVM Anträge zur Anpassung der Obergrenze“ in der Rubrik „Infomaterial zum HVM“ unter folgendem Link:

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



RLV-Fachgruppen

- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- ▪ Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- ▪ Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie beziehungsweise Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- ▪ Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie

Weiterführende Informationen und Rechtsgrundlagen

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

→ [Übersichtsseite "Rechtsquellen" der KVB-Website, Buchstabe H](#)



Fachgruppenübersicht QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV

→ [Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns](#)



Merkblatt HVM allgemein (FA) ab 1_2026, abrufbar in der Rubrik „Infomaterial zum HVM“

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



Merkblatt Job-Sharing

→ www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter



TSVG-Konstellationen

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



Honorarverteilung im Überblick

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



ⁱ Gender-Hinweis: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Merkblatt nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint. Damit soll weder eine Wertung noch eine Diskriminierung mit Bezug zum Geschlecht oder zur persönlichen Identität zum Ausdruck gebracht werden.

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

