KVB ▪ 80684 München

An alle Fachärzte

Dr. med. Peter Heinz
1. stv. Vorsitzender des Vorstandes

Unser Zeichen: Ref GH
Ansprechpartner: KVB Servicecenter
Telefon: 089 57093-40010

Elsenheimerstraße 39
80687 München

24. November 2026

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2027
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
Informationen nach der Vertreterversammlung am 20. November 2026

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Mitte Oktober hatten wir Ihnen einen ersten Überblick zu den Folgen des Spardiktats des Gesetzgebers, konkret aufgrund der Regelungen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG), gegeben.

Auch wenn wir diese neuen Rahmenbedingungen von Anfang an kritisiert haben, müssen wir sie dennoch beachten. Wir haben unerlässlich auf offenkundige und systematische Fehler im Gesetz hingewiesen und vor den Folgen für die Versorgung gewarnt. Wenigstens in Teilen hat dies den Gesetzgeber zum Einlenken bewegt. So sind unter anderem die ambulanten Operationen auch im Jahr 2027 frei von Budgetzwängen.

Die vorläufig letzten Anpassungen des GKV-BStabG wurden mit der Reform der Notfallversorgung am 15. Oktober 2026 im Bundestag beschlossen und durch den Bundesrat am 20. November 2026 bestätigt. Nach wie vor werden wir die Korrektur der Fehler des Gesetzes (z.B. unzureichende Rückführung von TSVG-Honoraren) einfordern. Allerdings müssen wir aufgrund der parlamentarischen Abläufe davon ausgehen, dass dies nicht mehr zum Jahresanfang 2027 geschieht.

Ebenfalls am vergangenen Freitag, dem 20. November 2026 hat die Vertreterversammlung der KVB eine Neufassung der Regelungen zur Honorarverteilung im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung ab 1. Januar 2027 beschlossen, um die Bundesvorgaben umzusetzen und auf die Folgen des GKV-BStabG zu reagieren. Nachstehend, insbesondere in der Anlage, wollen wir Ihnen die zentralen Teile der Neuregelungen für Fachärzte erläutern.

Bereits vor dem Bekanntwerden des ersten Entwurfs zum Gesetz war die Richtung aufgrund der Verlautbarungen der zu der Zeit noch amtierenden Gesundheitsministerin Warken klar. Um den Beitragssatz zu entlasten, sollte eine striktere Ausgabenpolitik auf der Basis der Einnahmen und nicht mehr des Bedarfs der Versicherten den Rahmen abstecken.

Nach vielen Abstimmungen mit den bayerischen Berufsverbänden und dem beratenden Fachausschuss der Fachärzte haben wir uns entschlossen, den HVM in seiner bewährten Struktur grundsätzlich beizubehalten. Wir sind der Auffassung, dass der HVM über ausreichende Instrumente verfügt, die eine möglichst ausgewogene Steuerung der gesunkenen finanziellen Mittel über die Leistungsbereiche und Fachgruppen hinweg sachgerecht gewährleisten können.

Der zentrale Ansatz im Bereich der Fachgruppen, die weiterhin einer Obergrenze aus RLV und QZV unterliegen, sind die Fallzahlen. Selbstverständlich beachten wir dabei auch weiterhin Vorgaben des Gesetzgebers für Leistungsbereiche oder Patientengruppen, die keiner Begrenzung unterworfen werden dürfen. Im Bereich der leistungsbezogenen Vergütung außerhalb der Obergrenze erfolgt die Steuerung weitgehend über eine mit Untergrenzen versehene Quotierung für den Fall, dass die jeweils vorhandenen finanziellen Mittel von den Leistungsanforderungen überschritten werden.

Neu mussten Regelungen aufgenommen werden für bisher außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honorierte Bereiche. Nach einer etwas verbesserten Ausgangslage durch die jüngste Anpassung des GKV-BStabG sind die Verhandlungen auf der Bundesebene noch im Gange. Der Bewertungsausschuss muss dies bis spätestens Mitte Februar 2027 noch in konkrete Beschlüsse fassen. Da wir außerdem im Bereich der ehemaligen EGV-Leistungen eine konstante Leistungsentwicklung hatten, haben wir hier vorerst auf Unterdifferenzierungen verzichtet.

Grundsätzlich bleiben also alle Mechanismen und Regelungen in der Struktur und Wirkung so, wie Sie sie seit Jahren kennen. In der Auswirkung sollte sich in der Summe ebenfalls nicht allzu viel ändern, wenn wir in der Gesamtheit das Niveau des Jahres 2025 halten können. Diesen Gedanken haben wir vor allem bei den Regelungen zur Begrenzung der Fallzahlen im RLV und im QZV MRT umgesetzt. Hier müssen wir statt des bisher zugelassenen Wachstums zum Vorjahresquartal eine Begrenzung auf einen definierten Wert des Vorjahresquartals abstellen, um die nicht ausreichende Rückbereinigung der TSVG-Honorare zu berücksichtigen. Genau aus diesem Grunde kann es allerdings in Einzelfällen auch zu deutlicheren, voraussichtlich nicht vermeidbaren Einbußen kommen. Es sollte sich daraus aber keine Verschlechterung gegenüber der Zeit vor Einführung des TSVG ergeben. Die Einzelheiten sowie die weiteren HVM-Änderungen beschreiben wir Ihnen in der Anlage.

Darüber hinaus werden wir Ihnen in Kürze die für Sie unmittelbar geltenden Regelungen zu den Begrenzungen in den bewährten Merkblättern detaillierter erläutern und auf unserer Homepage zur Verfügung stellen. Nutzen Sie bitte auch die Möglichkeiten der Beratung, soweit Ihnen Fragen zu Ihrer Praxissituation verbleiben.

Die Textfassung des HVM finden Sie ab Freitag, 27. November 2026 im Internet unter www.kvb.de .

Die kalkulatorischen RLV/QZV-Fallwerte für das Jahr 2027 sind im Lauf der ersten Dezemberwoche im Internet unter https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten, dort unter „Kalkulatorische RLV/QZV-Fallwerte“ abrufbar. Ab diesem Zeitpunkt sind auch die Durchschnittsfallzahlen für das Jahr 2027 im Internet unter https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar, dort unter „Honorarsystematik und Begriffe/ Durchschnittsfallzahlen (Fachärzte)“ abrufbar.

Wie bei jeder Reform, vor allem, wenn diese so einschneidend wirken kann, gehen wir davon aus, dass sich im Laufe der Zeit Verbesserungen erreichen lassen. Wir werden die Auswirkungen sehr genau evaluieren und wo erforderlich korrigieren. Allerdings sind gerade die entfallenden Möglichkeiten der extrabudgetären TSVG-Vergütungen ein großes Problem, das nicht so einfach kompensiert werden kann.

Ziel ist es also, Mengenentwicklungen zu vermeiden, die über die Anhebung der MGV hinausgehen. Wenn sich nach dem Willen des Gesetzgebers das Geld nicht mehr nach den Leistungen richtet, sollten sich die Leistungen nach dem Geld richten. Bitte sehen Sie die nachfolgenden Regelungen daher nicht als Gängelung einer technokratischen Institution, sondern als Maßnahme einer selbstverwalteten Ärzteschaft, um einen Preisverfall der einzelnen Leistungen für alle zu verhindern.

Freundliche kollegiale Grüße

gez.
Dr. med. Peter Heinz
1. stv. Vorsitzender des Vorstandes

Anlage: Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KVB ab 1. Januar 2027

Was ist neu:

- Fallzahlbegrenzung RLV auf 97 Prozent der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals
- Begrenzung der Leistungsfallzahlen im QZV-MRT auf 90 Prozent der anerkannten Fälle im Vorjahresquartal
- Neue Mindestquote „Leistungsfonds“ für leistungsbezogene Honorarvolumen
- BAG-Zuschlag maximal bis zu 30 Prozent möglich
- TSS-Zuschlag fällt weg
- Änderungen bei den freien Leistungen und den Topf-im-Topf-Leistungen im jeweiligen Fachgruppenvolumen mit neuer Mindestquote 75 Prozent B€GO
- Änderungen bei Konsiliar- und Grundpauschalen der Labormediziner sowie für das Akutlabor
- Ein Topf für „ehemalige“ EGV-Leistungen

1. Fallzahlbegrenzung RLV

Die Regelungen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung für RLV-Fälle lassen aktuell einen Zuwachs um 3% gegenüber dem Vorjahresquartal zu. Durch die Einschränkungen des GKV-BStabG, vor allem aufgrund des Wegfalls der unbudgetierten Vergütung von Leistungen in TSVG-Konstellationen (Akutfall, TSS-Vermittlung, Hausarztvermittlung, offene Sprechstunden) und einer unzureichenden Rückführung des bereinigten Volumens für diese Fälle, wird ein bisher zugelassener Fallzahlzuwachs ersetzt durch eine striktere Fallzahlbegrenzung. Für die RLV-Fallzahlen ab Quartal 1/2027 gilt eine Fallzahlbegrenzung auf 97% der RLV-Fälle des Vorjahresquartals. Sofern im Vorjahresquartal Leistungen in TSVG-Konstellationen erbracht wurden, die 2027 RLV-relevant sind, werden die Fälle in der Referenzfallzahl mitgezählt.

Die bekannten Regelungen bleiben erhalten, das heißt zum Beispiel, dass die Obergrenze je Arzt ermittelt wird und es je Arztgruppenfall in Summe ein RLV gibt. Anpassungen auf Antrag bleiben in den bekannten, im HVM beschriebenen Sachverhalten möglich (z.B. erhöhte Fallzahl aufgrund der Beendigung der Zulassung eines Kollegen in der näheren Umgebung). Wie bisher muss dafür aber das Quartalsergebnis abgewartet werden. Die Durchschnittsfallzahlen der RLV-Fachgruppen werden wie üblich auf der Internetseite der KVB veröffentlicht.

- Wie können Sie Ihre für die Begrenzung maßgebliche **RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals** ermitteln?

Dazu müssen Sie entsprechende Honorarunterlagen aus dem Vorjahresquartal heranziehen. Sollten Sie keine Vorjahresfallzahlen haben, wird wie bisher grundsätzlich der jeweilige Fachgruppendurchschnitt als Grenze herangezogen.

a) Zunächst wählen Sie den Nachweis „Ermittlung der Obergrenzen (RLV und QZV)“ im Vorjahresquartal. Dort finden Sie die individuelle RLV-Fallzahl unter der Durchschnittsfallzahl.

b) Sofern Sie im Vorjahresquartal Leistungen in TSVG-Konstellationen erbracht haben, können Sie die RLV-Fälle, die zur Arztfallzahl nach a) hinzuaddiert werden müssen, hilfsweise aus der „Honorarzusammenstellung“ des Vorjahresquartals ermitteln, indem Sie die Kennziffer 99873 mit den Buchstaben A, H, O und T summieren.

c) In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können die TSVG-Fälle mittels Summierung der Kennziffer 99873 mit den Buchstaben A, H, O und T einbezogen werden (vgl. b)).

d) In fachgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten und MVZ ist die Berücksichtigung der TSVG-Konstellationen aus den Honorarunterlagen nicht ohne weiteres möglich. Hier müssten Sie je Arztgruppe die TSVG-Arztgruppenfallzahl aus ihrem PVS-System ermitteln.

2. Mengensteuerung QZV MRT

Aktuell unterliegen die **Leistungsfälle im QZV-MRT** einer Begrenzung des Zuwachses. Auch hier erfolgt aufgrund des GKV-BStabG eine striktere Begrenzung. Die Leistungsfallzahlen werden auf 90 Prozent der anerkannten Fälle im Vorjahresquartal begrenzt. Die übrigen Regelungen (z.B. zur Fallwertminderung) bleiben unverändert.

Als neue Durchschnittsfallzahl wurde aufgrund der neuen Basis 2025 ein Wert von 900 Fällen ermittelt.

- Bei der **Ermittlung der Leistungsfallzahlen** gehen Sie grundsätzlich wie folgt vor:

a) Die **anerkannten QZV-MRT-Fälle** finden Sie arztbezogen in dem Nachweis „Ermittlung der Obergrenzen (RLV und QZV)“ des Vorjahresquartals.

b) Für die Berücksichtigung der TSVG-Fallzahlen finden Sie in der „Honorarzusammenstellung“ des Vorjahresquartals als Anhaltspunkt die relevanten Leistungen des QZV-MRT (GOP 34410, 34411 etc.) mit den GOP-Zuordnungen 40 bis 44 in der dritten Spalte.

3. Mindestquoten in den leistungsbezogenen Honorarvolumen

Aktuell sind im fachärztlichen Honorarvolumen Leistungsbereiche außerhalb der RLV-Systematik gebildet. Wenn die Anforderungen das jeweilige Honorarvolumen überschreiten, erfolgt die Honorierung mit einer Mindestquote. Aufgrund der Einschränkungen durch das GKV-BStabG wird eine neue „Mindestquote Leistungsfonds“ eingeführt, die im Quotierungsfall an die Auszahlungsquoten der fachärztlichen Fachgruppen im RLV-Bereich anknüpft.

Diese neue Mindestquote ergibt sich analog zu den Quoten in den Fachgruppentöpfen **nach Abschluss des Quartals**. Als neue Mindestquote wird 85% der durchschnittlichen Auszahlungsquote in den fachärztlichen Fachgruppentöpfen definiert und gilt einheitlich für folgende Leistungsfonds:

- Eigenlabor,

- Belegärztliche Leistungen,
- Humangenetik,
- Pathologie,
- Kostenpauschalen,
- MKG-Chirurgen,
- Ermächtigte Ärzte,
- „restliche“ Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- Sonstige Leistungserbringer.

Die Mindestquote gilt ebenfalls für die Leistungsbereiche „tumorgenetisches Labor“ und mit der Ausnahme für nicht-akkreditierte Labore auch für „humangenetisches Labor“. In wenigen speziellen Bereichen bleibt es bei der bisherigen Regelung (Schlaflabor mit differenzierten Mindestquoten und Grundbetrag PFG 100%).

4. BAG-Zuschlag

Nicht standortübergreifende, fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Ärzte mit angestellten Ärzten und MVZ erhalten aktuell einen Zuschlag zum RLV, wenn die Kooperation messbar bestimmte Werte erreicht. Dies wird durch den Kooperationsgrad (KG) ausgedrückt (KG = Verhältnis der Arztfälle zu den Behandlungsfällen minus eins). Ab 1/2027 wird die oberste Stufe bereits bei einem KG von 30% erreicht sein und gewährt einen Zuschlag von maximal 30% auf das RLV.

5. TSS-Zuschlag

Dieser Zuschlag auf die Obergrenze wird ersatzlos gestrichen aufgrund des Wegfalls der extrabudgetären TSVG-Vergütung.

6. Freie Leistungen / Topf-im-Topf-Leistungen

Die fachgruppenbezogenen Regelungen für bisher nicht dem RLV unterliegende freie Leistungen und Topf-im-Topf-Leistungen werden angepasst.

a. Als freie Leistungen werden ab 1. Januar 2027 nur noch gesetzlich definierte freie Leistungen, soweit diese innerhalb der MGV RLV-relevant wären, vergütet, sowie (seit Quartal 1/2026) die GOP 01437 und 01698 EBM, um durch diese niedrig bewerteten GOP, wie bei der Einführung beabsichtigt, keine RLV-Fallzahl auszulösen.
b. Die übrigen bisher freien Leistungen werden weitgehend in Topf-im-Topf-Leistungen überführt. Die Mindestquote dieser Topf-im-Topf-Leistungen wird als „Mindestquote Topf-im-Topf“ auf 75% B€GO gesenkt.
c. Die neue Mindestquote nach b) gilt ab 1. Januar 2027 auch für die augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM)

7. Labor

Die Konsiliar- und Grundpauschalen der Labormediziner (Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftlern der Medizin sowie für die Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigten Laborärzten, Einrichtungen, Krankenhäusern und Instituten) werden künftig nicht mehr zu 100 % vergütet. Ab dem 1. Januar 2027 gilt die unter dem Punkt 3 beschriebene Mindestquote.

Die GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039 EBM, 32128 und 32150 EBM (Akutlabor) werden ebenfalls nicht mehr zu 100 % vergütet, sondern mit der Quote vergütet, die sich für das „Eigenlabor“ ergibt.

8. Ehemalige EGV-Leistungen

Die neuen EGV-Leistungen für das Jahr 2027 sowie die zu überführenden ehemaligen EGV-Leistungen, die ab dem 1.1.2027 in die MGV überführt werden, werden derzeit auf Bundesebene verhandelt.

Der HVM sieht daher noch keine differenzierte Ausgestaltung vor, sondern unterteilt grundsätzlich lediglich in „ehemalige EGV-Leistungen“ der Psychotherapie und alle restlichen „ehemaligen EGV-Leistungen“.

Die EGV-Leistungen umfassen u.a. die Leistungen der Prävention, Strahlentherapie und belegärztliche Operationen und können bei einer unerwarteten Leistungssteigerung quotiert werden. Nachdem die Leistungsmenge des Jahres 2025 inkl. der OW-Steigerungen 2026 und 2027 eingedeckelt wird, gehen wir nicht von stärkeren Quotierungen aus, wenn die Leistungsmenge des Jahres 2027 sich an dem vorhandenen Geld orientiert.

Weitere Informationen

• Im Laufe des Dezembers wird die aktualisierte „Fachgruppenübersicht QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV des HVM“, (Stand 1. Januar 2027) im Internet zur Verfügung gestellt, https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar, dort unter „Infomaterial zum HVM“

• Aktuelle Informationen zum HVM unter https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar

• HVM-Text: unter https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen, Buchstabe „H“/ Honorarverteilungsmaßstab.