

# Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2025



---

## Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

## **Aktualisierte Online-Fassung der Broschüre**

### **„Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2025“**

Am 25. November 2023 hat die Vertreterversammlung einen neuen HVM beschlossen, der seit 1. Januar 2024 gilt. Beibehalten wurde dabei die bekannte Obergrenzensystematik aus RLV und QZV mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze. Diese Broschüre stellt die geltenden HVM-Regelungen dar (inklusive der von der Vertreterversammlung am 22. November 2024 beschlossenen Änderungen) und kann als Schnellübersicht (siehe Seite 7), aber auch zum vertieften Nachlesen verwendet werden. Den HVM-Text finden Sie im vollständigen Wortlaut unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen) unter *Buchstabe „H“/Honorarverteilungsmaßstab*.

Die wichtigsten Regelungen im Überblick	7
Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte	8
1. Rahmenbedingungen der Honorarverteilung	8
1.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung/Honorarvertrag/Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	8
1.2 KBV-Vorgaben	8
2. Wie setzt sich das Honorar zusammen?	9
3. Leistungsfonds	10
3.1 Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach Kapitel 4 EBM	10
3.2 Leistungsfonds für Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	10
3.3 Leistungen und Kostenpauschalen der Labormedizin	10
3.4 Leistungsfonds Belegärztliche Leistungen	11
3.5 Leistungsfonds Pathologie	11
3.6. Leistungsfonds Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM	11
3.7 Leistungsfonds Humangenetische Leistungen	12
3.8 Leistungsfonds für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation (KfH)	12
3.9 Leistungsfonds „Sonstige Leistungserbringer“	12
3.10 Leistungsfonds für Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fach-ärzten ge- mäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	12
3.11 Leistungsfonds für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	12
3.12 Leistungsfonds für die kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)	12
3.13 Leistungsfonds für die restlichen Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	13
4. Fachgruppenfonds	13
Systematik ab dem Quartal 1/2025	14

<b>5. Obergrenze aus RLV und QZV</b>	<b>15</b>
5.1 Ermittlung der Obergrenze aus RLV und QZV.....	15
5.2 Ermittlung RLV .....	15
5.2.1 RLV-relevante Leistungen .....	15
5.2.2 RLV-relevante Fallzahl .....	15
5.2.3 Fallzahlzuwachsbegrenzung im RLV.....	16
5.2.4 RLV-Fallwert nach Altersklassen.....	22
5.2.5 Fallwertminderung.....	23
5.2.6 RLV-Zuschlagsregelung für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten .....	24
5.3 Ermittlung QZV .....	25
5.3.1 QZV-relevante Leistungen.....	25
5.3.2 QZV-relevante Fallzahl .....	25
5.3.3 QZV-Fallwert.....	25
5.4 Weitere Erläuterungen zur Obergrenze .....	26
5.4.1 Job-Sharing und Assistenten.....	26
5.4.2 Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent .....	26
5.5 Leistungen, die nicht unter die Obergrenze aus RLV und QZV fallen.....	26
5.5.1 Leistungen ohne Mengenbegrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds .....	26
5.5.2 Leistungen mit Mengenbegrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds .....	26
<b>6. Zeitlicher Ablauf – von der Abrechnung zum „Obergrenzen-Honorar“</b>	<b>27</b>
6.1 Vor Jahresbeginn/vor Quartalsbeginn .....	27
6.2 Während des laufenden Abrechnungsquartals.....	27
6.3 Nach Eingang und Bearbeitung der Abrechnung.....	27
6.4 Verrechnungsmöglichkeiten und Vergütung im Rahmen der Obergrenze.....	27
6.5 Beispiel zur Systematik kalkulatorischer Fallwert/rechnerischer Fallwert/Auszahlungsfallwert .....	28
<b>7. Weitere Details zur Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte</b>	<b>29</b>
7.1 Weitere Details zur Honorarverteilung für Hausärzte.....	29
7.1.1 Sicherstellungszuschlag für Hausärzte (Nr. 97009 A / B).....	29
7.1.2 Qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa), Geriatrie und restliche Leistungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin .....	29
7.2 Augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM) .....	29
7.3 Sonderregelung für Internisten ohne Schwerpunkt und Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13400 EBM).....	29
7.4 Fallzahlzuwachsbegrenzung im QZV MRT für Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin .....	29
7.5 Sonderregelung für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater.....	30
7.6 Sonderregelung für Praxisnetze .....	31
7.7 Aufschlag nach TSS-Vermittlung.....	31
7.8 Sonderregelung bei besonderer Dynamik .....	31

Teil 2: Antragsmöglichkeiten zur Anpassung der Obergrenze und Anerkennung von Härtefällen	32
1. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl (bei Fallzahlzuwachsbegrenzung)	32
2. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs	33
2.1 Welche Voraussetzungen müssen für eine Anpassung vorliegen?.....	33
2.2 Wie erfolgt eine Erhöhung? .....	34
3. Härtefallregelung	34
Teil 3: Vergütungsregelungen für psychotherapeutische Leistungen	35
1. Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung .....	35
2. Vergütung der in der MGV verbleibenden Leistungen .....	35
Anhang: Für das RLV relevante Arztgruppen/Fachgruppen	36
Impressum	38

# Die wichtigsten Regelungen im Überblick

### Honorarbestandteile (Details siehe Teil 1, Punkt 2)

- Honorar für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) inklusive Leistungen für TSVG-Konstellationen
- freie Leistungen
- „Topf-im-Topf-Leistungen“
- Honorar aus Obergrenze (RLV und QZV)
- Honorar für Überschreitung der Obergrenze
- Honorar aus Leistungsfonds

### Ermittlung der Obergrenze aus RLV und QZV (Details siehe Teil 1, Punkte 5 und 6)

- Aktuelle Fallzahl: Relevant sind weiterhin grundsätzlich die Fallzahlen des aktuellen Quartals.
- Altersklassen: Die RLV-Fallwerte sind in fünf Altersklassen (Hausärzte) beziehungsweise in drei Altersklassen (Fachärzte) untergliedert.
- Kalkulatorische Fallwerte: Vor Beginn des Jahres werden – für alle Quartale gleich – sogenannte kalkulatorische RLV- und QZV-Fallwerte mitgeteilt. Diese Fallwerte können mit der Abrechnung auf bis zu 95 Prozent des mitgeteilten RLV-Fallwertes beziehungsweise 85 Prozent des mitgeteilten QZV-Fallwertes absinken. Die kalkulatorischen Fallwerte 2025 sind unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten) unter *Kalkulatorische RLV/QZV-Fallwerte* abrufbar.
- Dort werden nach Abschluss der Abrechnung auch die je Quartal ermittelten Auszahlungs- und Überschreitungsquoten online gestellt.

### Fallzahlzuwachsbeschränkung RLV

Mit der Verwendung der aktuellen Fallzahlen steigt die Flexibilität des einzelnen Arztes. Gleichzeitig besteht aber auch das Risiko einer Fallzahldynamik in den einzelnen Fachgruppen. Aus diesem Grund gibt es – zur Stabilisierung der RLV-Fallwerte – eine Fallzahlzuwachsbeschränkung. Diese Fallzahlzuwachsbeschränkung greift aber nur, wenn in der gesamten Fachgruppe und beim jeweiligen Arzt die Fallzahlen jeweils um mehr als drei Prozent steigen (Details siehe Teil 1, Punkt 5.2.3).

### TSS-Aufschlag

Um die Terminvergabe über die Terminservicestelle und den 116117 Terminservice zu fördern, wird seit 1. Januar 2024 ein Aufschlag auf die Obergrenze (RLV/QZV) in Höhe von 15 Euro je TSS-Vermittlungsfall gewährt (siehe Teil 1, Punkt 7.7).

### Ergänzungsbroschüre

Die Zuordnung der einzelnen Leistungen zu RLV/QZV/freie Leistung/freie Leistung mit Quotierung je Fachgruppe („Topf-im-Topf-Leistungen“) findet sich in der Ergänzungsbroschüre. Hier gab es zum 1. Januar 2025 je nach Fachgruppe einige Änderungen. Die aktualisierte Ergänzungsbroschüre ist unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter *Honorar-broschüren* abrufbar.

# Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

## 1. Rahmenbedingungen der Honorarverteilung

### 1.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung/Honorarvertrag/Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Unter MGV versteht man ein festes Geldvolumen, das die KVB für die bayerischen Ärzte von den Krankenkassen erhält. Dieses Geldvolumen verändert sich nicht, unabhängig davon, ob mehr oder weniger ärztliche Leistungen erbracht werden. Die Berechnung der MGV richtet sich nach Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses, einem Gremium auf Bundesebene. Sie wird in weiteren Details mit den Krankenkassen auf Landesebene im sogenannten Honorarvertrag in der Regel für die Dauer eines Jahres vereinbart und festgelegt.

Die Verteilung dieser MGV an die Vertragsärzte und -psychotherapeuten wird in einem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) geregelt. Der HVM wird von der Vertreterversammlung (VV) als zuständigem Gremium beschlossen. Im Rahmen der vereinbarten MGV bleibt die zu verteilende Geldmenge weiterhin begrenzt. In der Konsequenz wird ein HVM nicht ohne Mengenbegrenzung „funktionieren“, da das Leistungsgeschehen eben gerade nicht statisch ist.

Wesentliches Element des bayerischen HVM ist eine Obergrenzen-systematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze. Mit dieser Broschüre stellen wir Ihnen die wichtigsten Regelungen vor. Den HVM-Text finden Sie im vollständigen Wortlaut unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen) unter Buchstabe „H“/Honorarverteilungsmaßstab.

### 1.2 KBV-Vorgaben

Bei der Gestaltung des HVM sind die Regelungen des SGB V sowie die „KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“ gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zu beachten. Die wichtigste KBV-Vorgabe betrifft die Festlegung zur Trennung der vereinbarten Gesamtvergütung. Nach dieser Vorgabe muss die MGV in verschiedene Vergütungsvolumina aufgeteilt werden, deren Basis die folgenden sogenannten Grundbeträge sind und deren Anpassung ebenfalls verbindlich vorgegeben wird:

- Grundbetrag „Labor“
- Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“
- Grundbetrag „Kinder- und- Jugendärzte“
- hausärztlicher Grundbetrag
- fachärztlicher Grundbetrag
- Grundbetrag „genetisches Labor“
- Grundbetrag „PFG“

Erst innerhalb dieser Vergütungsvolumen beginnt die regionale Honorarverteilungskompetenz.

Sie finden die KBV-Vorgaben auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Einen direkten Link auf die entsprechende Internetseite der KBV finden Sie auch unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter *Honorarsystematik und Begriffe/KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung*.

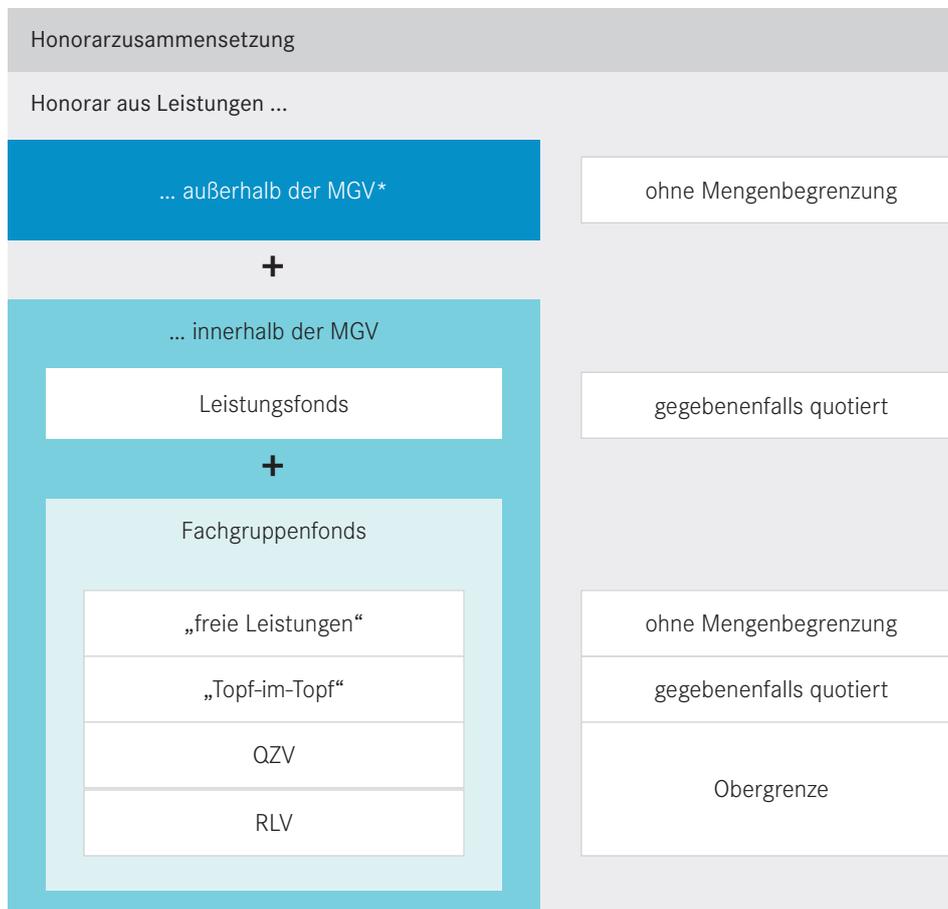
## 2. Wie setzt sich das Honorar zusammen?

Hier ein Überblick über die einzelnen Honorarbestandteile. Nähere Ausführungen finden Sie unter den Punkten 3 bis 7.

- Honorar für Leistungen, die von den Krankenkassen **außerhalb der MGV** ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet werden. Für bestimmte Leistungen gibt der Bewertungsausschuss Empfehlungen ab, wie zum Beispiel für ambulante Operationen nach Kapitel 31 EBM, Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM [1], belegärztliche Leistungen nach Kapitel 36 EBM, Präventionsleistungen, Dialyseleistungen und Dialysesachkosten. Alle Leistungen, die außerhalb der MGV vergütet

werden, müssen zwischen KVB und Krankenkassen auf Landesebene vereinbart werden. Wie auch in der Vergangenheit werden wir unsere Mitglieder nach Abschluss der Honorarverhandlungen über vereinbarte freie Leistungen außerhalb der MGV beziehungsweise gegebenenfalls verhandelte Zuschläge gesondert informieren. Eine Übersicht der Leistungen außerhalb der MGV, welche auf Bundesebene empfohlen wurden, sowie eine Zusammenstellung der förderungswürdigen Leistungen finden Sie nach Abschluss der Honorarverhandlungen unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/honorarvertraege](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/honorarvertraege).

- **Honorar, das für Leistungen in sogenannten TSVG-Konstellationen vergütet wird.** Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht für bestimmte Konstellationen bei der Erbringung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer



\*siehe oben in Teil 1, Nummer 2 (Bundesempfehlung)

[1] und weitere psychotherapeutische Leistungen (Details siehe Seite 35).

Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung und EBM-Zuschläge vor. Um von diesen Regelungen profitieren zu können, sind bei der Abrechnung einige Punkte zu beachten. Details siehe dazu unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023).

- Honorar, das je Fachgruppe ohne Mengenbegrenzung als sogenannte **freie Leistung** vergütet wird. Hierzu gehören zum Beispiel für fast alle Fachgruppen weiterhin die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) sowie die Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung (GOP 30700, 30702, 30704, 30706, 30708 EBM). Je Fachgruppe gibt es darüber hinaus (in unterschiedlichem Umfang) noch weitere Leistungen im Katalog der freien Leistungen. Eine Zuordnung je Fachgruppe finden Sie in der Ergänzungsbroschüre.
- Honorar, das je Fachgruppe als sogenannte „**Topf-im-Topf-Leistung**“ vergütet wird: In diesem Bereich wird im Vorfeld zunächst innerhalb der betreffenden Fachgruppe ein bestimmtes Honorarvolumen festgelegt. Grundsätzlich ist auch für diese Leistungen eine Vergütung zu den Preisen der B€GO vorgesehen. Werden im laufenden Quartal von allen Ärzten dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet, als im entsprechenden Honorarvolumen („Topf“) vorgesehen, können diese Leistungen nur noch quotiert (mit einer Quotierungsuntergrenze) ausgezahlt werden (Details je Fachgruppe siehe Ergänzungsbroschüre).
- Honorar für Leistungen innerhalb der **RLV und QZV-Obergrenze** sowie Honorar, das bei **Überschreitung** der Obergrenze zu abgesenkten Preisen vergütet wird.
- Honorar für bestimmte Leistungen innerhalb der MGV, das nach besonderen Vergütungsregeln (**Leistungsfonds**) außerhalb der fachgruppenspezifischen RLV und QZV vergütet wird (Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach Kapitel 4 EBM, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Leistungen und Kostenpauschalen der Labormedizin, Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM, Humangenetik, Pathologie, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) und andere, vergleiche Teil 1, Nummer 3).

## 3. Leistungsfonds

Für bestimmte Leistungsbereiche gibt es sogenannte Leistungsfonds, für die **nicht die Obergrenze aus RLV und QZV** gilt, sondern eigenständige Vergütungsregeln.

### 3.1 Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach Kapitel 4 EBM

Für Kinder- und jugendärztliche Untersuchungen und Behandlungen des Kapitel 4 EBM wurde zum 1. April 2023 nach Bundesvorgaben ein eigenes Honorarvolumen gebildet (mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005 EBM). Reicht das Geld in diesem Honorarvolumen nicht aus, um eine Honorierung der Leistungen mit den Preisen der B€GO zu gewährleisten, besteht eine entsprechende Nachschusspflicht der Krankenkassen.

### 3.2 Leistungsfonds für Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Die Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (jeweils einschließlich der Laborleistungen) werden einheitlich für Vertragsärzte und Krankenhäuser zu den Preisen der B€GO vergütet.

### 3.3 Leistungen und Kostenpauschalen der Labormedizin

- **Laborleistungen im Auftrag und Wirtschaftlichkeitsbonus**  
Veranlasste Laborleistungen (Anforderung über Muster 10 der Vordruckvereinbarung) und der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) unterliegen einer Quotierung. Als neue Mindestquote sieht die KBV in ihren Vorgaben ab 1. Januar 2025 eine Quote in Höhe von 85 Prozent vor. Entsprechend der Bundesvorgaben erfolgt zum 1. Januar 2025 auch im HVM eine Absenkung der Quote von 89 Prozent auf 85 Prozent.

### ■ **Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40095 EBM**

Die Vergütung der neuen Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM erfolgt in Auftragsfällen zu Laboruntersuchungen aus Kapitel 32 (Muster 10 der Vordruckvereinbarung) entsprechend der KBV-Vorgaben aus dem Grundbetrag Labor. Der HVM sieht für die so zugeordneten Kostenpauschalen eine unquotierte Vergütung zu den Preisen der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO) vor. Werden die Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40095 EBM nicht in Auftragsfällen zu Laboruntersuchungen des Kapitels 32 abgerechnet, bleibt es bei der bestehenden Vergütung aus dem Leistungstopf „Kosten“ (siehe Teil 1, Punkt 3.6).

### ■ **Laborgemeinschaften**

Von Laborgemeinschaften abgerechnete Leistungen (Anforderung über Muster 10A der Vordruckvereinbarung) werden mit der gleichen Quote vergütet, die sich für die über Muster 10 angeforderten Leistungen ergibt. Auch hier gilt damit ab Quartal 1/2025 eine Mindestquote in Höhe von 85 Prozent.

### ■ **Akutlabor**

Die GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM werden, wenn sie vom behandelnden Arzt unmittelbar in eigener Praxis erbracht werden, unquotiert zu den Preisen der B€GO vergütet. Werden die Leistungen auf Muster 10 oder Muster 10A abgerechnet, unterliegen sie einer Quotierung von 85 Prozent (ab Quartal 1/2025).

### ■ **GOP 12222 bis 12224 EBM**

Die Konsiliarpauschale (GOP 12210 EBM) und die neuen Grundpauschalen (GOP 12222 bis 12224 EBM) von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin sowie ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin werden unquotiert zu den Preisen der B€GO vergütet.

### ■ **Selbsterbrachte Laborleistungen**

Für alle Laborleistungen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM, die in der eigenen Praxis erbracht werden (also nicht über Muster 10 oder Muster 10A abgerechnet), ist sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Versorgungsbereich ein eigener Leistungstopf mit einer Mindestquote in Höhe von 85 Prozent gebildet.

### ■ **Laborbudgets für „Nicht-Laborärzte“**

Für bestimmte fachärztliche Fachgruppen sieht der HVM Budgetierungsregelungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM vor. Das Budget kann ausgesetzt werden, wenn die betroffenen Ärzte nachweisen, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen.

## 3.4 Leistungsfonds Belegärztliche Leistungen

Über diesen Leistungsfonds werden Leistungen in belegärztlichen Fällen vergütet, soweit diese nicht bereits außerhalb der MGV (siehe Punkt 2) vergütet werden. Leistungen aus diesem Leistungsfonds werden zu den Preisen der B€GO vergütet.

## 3.5 Leistungsfonds Pathologie

Die Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne die Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM) und die GOP 01826 EBM werden aus einem fest definierten Honorarvolumen (Details siehe HVM) vergütet. Die Leistungen werden dabei grundsätzlich zu den Preisen der B€GO bezahlt. Werden im Abrechnungsquartal von allen Ärzten mehr Leistungen abgerechnet, als im jeweiligen Honorarvolumen vorgesehen, können die Leistungen nur quotiert ausgezahlt werden. Als Quotierungsuntergrenze ist eine Quote von 85 Prozent festgelegt.

## 3.6. Leistungsfonds Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM

Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM (soweit nicht außerhalb der MGV vergütet, zum Beispiel Dialysesachkosten, siehe Teil 1, Punkt 2) sowie GOP 38100 und 38105 EBM. Die Vergütungssystematik entspricht dem unter Punkt 3.5 beschriebenen Mechanismus. Die GOP 38100 und 38105 EBM werden dabei innerhalb des Leistungsfonds „Kostenpauschalen“ als freie Leistungen zu den Preisen der B€GO gezahlt.

### 3.7 Leistungsfonds Humangenetische 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.

#### ■ Honorarvolumen 2:

„Restliche“ humangenetische Leistungen des Kapitel 11, die vom Honorarvolumen 1 nicht erfasst werden sowie die GOP 01841 und 01842.

Übersteigen die abgerechneten und anerkannten Leistungen eines oder beide Honorarvolumen, erfolgt eine Quotierung mit einer Quotierungsuntergrenze von jeweils 85 Prozent. Je Honorarvolumen können sich daher am Ende des Quartals für humangenetische Leistungen zwei Quoten ergeben und der Honorarzusammenstellung für das jeweilige Quartal entnommen werden.

### 3.8 Leistungsfonds für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation (KfH)

Für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie KfH gibt es einen Leistungsfonds. Die Vergütung erfolgt nach dem unter Punkt 3.5 beschriebenen Mechanismus. Die Leistungen werden grundsätzlich nach den Preisen der B€GO bezahlt. Werden mehr Leistungen angefordert, als im Honorarvolumen vorgesehen, werden die Leistungen quotiert (Grenze 85 Prozent) vergütet. Von dieser Regelung ausgenommen sind Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beziehungsweise bereits über die in den Punkten 3.1 bis 3.7 genannten anderen Leistungsfonds (zum Beispiel Kosten) vergütet werden sowie bestimmte anästhesiologische Leistungen für definierte Patientengruppen im Rahmen von Zahnbehandlungen.

### 3.9 Leistungsfonds „Sonstige Leistungserbringer“

Über diesen Leistungsfonds werden Leistungen vergütet, die nicht bereits in einen der oben genannten Leistungsfonds fallen oder über die Fachgruppenfonds vergütet werden (zum Beispiel

restliche Leistungen der Fachgruppe der Humangenetiker oder Pathologen). Die Vergütungssystematik entspricht dem unter Punkt 3.5 beschriebenen Mechanismus.

### 3.10 Leistungsfonds für Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

Details zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt und zum Leistungsfonds finden sich in Teil 3.

### 3.11 Leistungsfonds für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) gemäß EBM gibt es nach den KBV-Vorgaben einen eigenen Grundbetrag. Im HVM ist dafür ein Leistungsfonds gebildet. Die PFG wird daraus zu den Preisen der B€GO vergütet.

### 3.12 Leistungsfonds für die kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)

Für die Leistung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (GOP 30901 EBM) ist im fachärztlichen Versorgungsbereich ein fachgruppenübergreifender Leistungsfonds gebildet.

In dem Leistungsfonds gelten je nach Ansatz der GOP 30901 EBM folgende Mindestquoten:

- Für den ersten Ansatz der GOP beim Patienten gilt eine Mindestquote in Höhe von 75 Prozent.
- Für den zweiten Ansatz der GOP beim Patienten gilt eine Mindestquote in Höhe von 60 Prozent.
- Für den dritten Ansatz der GOP beim Patienten gilt eine Mindestquote in Höhe von 10 Prozent.

Für die patientenbezogene Zählung der Ansätze der GOP 30901 EBM wird dabei auf die Praxis unter Berücksichtigung des Vorquartals abgestellt.

### 3.13 Leistungsfonds für die restlichen Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Seit 1. April 2023 werden die Leistungen des Kapitels 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM außerhalb der MGV vergütet. Für die restlichen Leistungen der Fachgruppe wurde ein Leistungsfonds mit einer Quotierungsuntergrenze in Höhe von 85 Prozent gebildet. Dabei gilt der unter 3.5 beschriebene Mechanismus.

## 4. Fachgruppenfonds

Wichtiges Element des HVM ist die Bildung von Fachgruppenfonds: Für jede RLV-Fachgruppe (siehe Anhang) wird ein eigener „Fachgruppentopf“ gebildet.

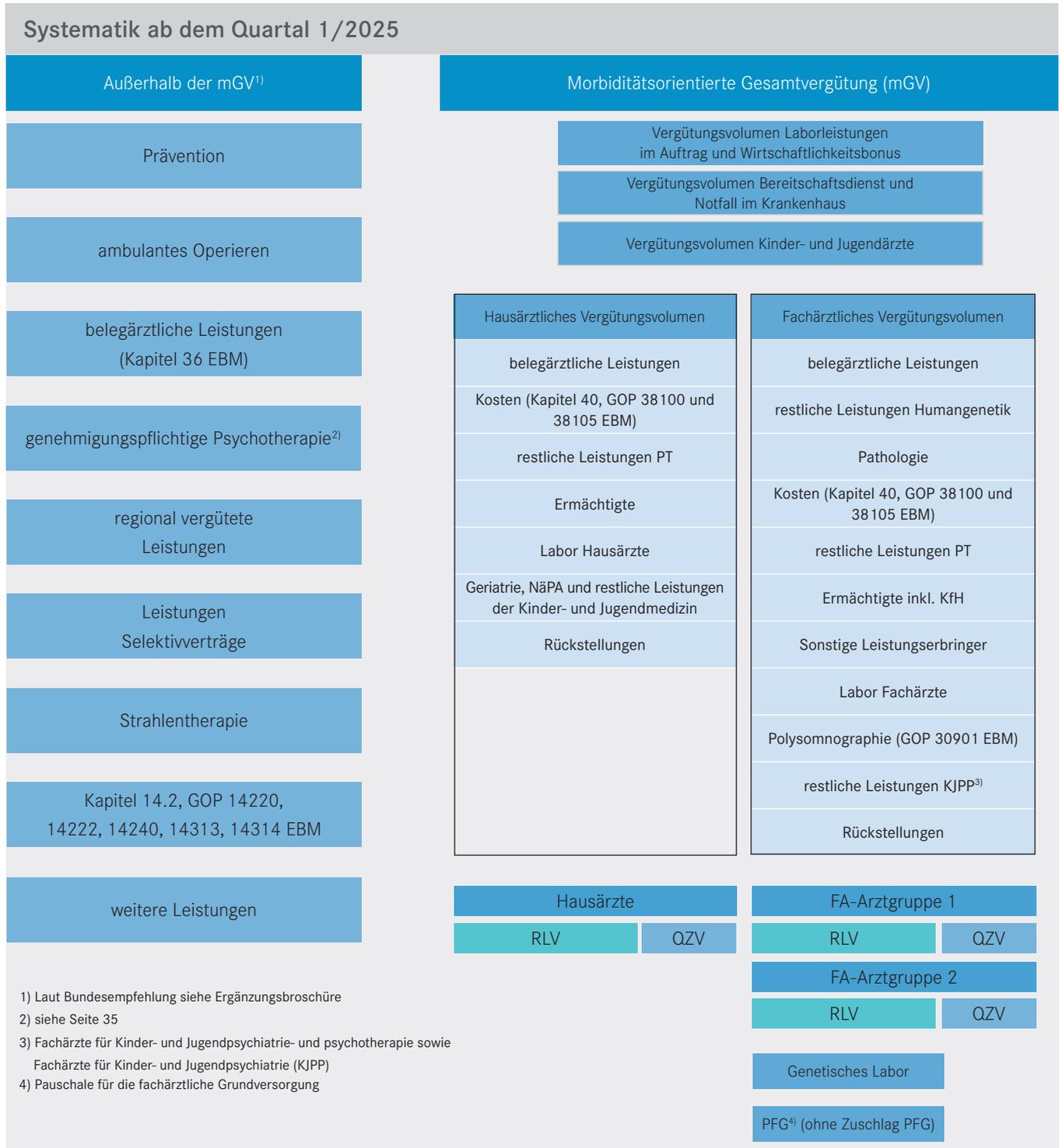
Die Fachgruppenfonds werden dabei grundsätzlich auf Basis des Jahres 2022 gebildet und mit den Veränderungsdaten der Folgejahre weiterentwickelt. Wie die Fachgruppenfonds genau gebildet werden, ist im HVM festgelegt.

Der für die jeweilige Fachgruppe nach den Vorgaben des HVM ermittelte Fachgruppenfonds wird für die weitere Honorarverteilung in der jeweiligen Fachgruppe unterteilt in die Leistungsbereiche:

- RLV-Honorarvolumen
- QZV-Honorarvolumen
- Honorarvolumen für Leistungen ohne Mengenbegrenzung („freie Leistungen“)
- Honorarvolumen für Leistungen mit Mengenbegrenzung („Topf-im-Topf-Leistungen“)

Die genaue Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den oben genannten Leistungsbereichen erfolgt dabei immer auch in enger Abstimmung mit den einzelnen Berufsverbänden. Details je Fachgruppe finden Sie in der Ergänzungsbroschüre zu dieser Honorarbrochure.

# Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte



### 5. Obergrenze aus RLV und QZV

#### 5.1 Ermittlung der Obergrenze aus RLV und QZV

Ein zentrales Element der Honorarverteilung ist die Obergrenzen-systematik aus RLV und QZV. Die Berechnung der Obergrenze erfolgt arzt- und praxisbezogen. Die Obergrenze der Praxis ergibt sich aus der Summe der Obergrenzen der einzelnen Ärzte in der Praxis. In der Honorarabrechnung wird dann ermittelt, ob die Praxis mit ihrer Leistungsanforderung über oder unter dieser Obergrenze liegt. Bis zur Obergrenze erfolgt eine Vergütung zu den Preisen der B€GO. Die über die Obergrenze hinausgehenden, anerkannten Leistungen werden dagegen nur noch abgesenkt (quotiert) vergütet.

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

Folgende Begriffe beziehungsweise Mechanismen sind für die Obergrenzenmittlung wichtig:

- Für die Ermittlung der Obergrenze sind zunächst grundsätzlich die aktuellen Fallzahlen im RLV beziehungsweise QZV relevant.
- Vor Jahresbeginn/Quartalsbeginn werden sogenannte kalkulatorische RLV- und QZV-Fallwerte im Internet mitgeteilt.
- Die RLV-Fallwerte sind in fünf Altersklassen (Hausärzte) beziehungsweise in drei Altersklassen (Fachärzte) unterteilt.
- Die kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte dürfen zum Zeitpunkt der Abrechnung bis auf 95 Prozent (RLV) beziehungsweise bis auf 85 Prozent (QZV) gesenkt werden.
- Die Obergrenze wird anhand der Abrechnungsdaten sowie den aktuellen Fallzahlen ermittelt und dann den abgerechneten und anerkannten Leistungen gegenübergestellt. Das Ergebnis ist den Honorarunterlagen zu entnehmen.

- Überschreitungen der Obergrenze werden mit einer fachgruppenspezifischen Überschreitungsquote vergütet.
- Bei einer RLV-Fallzahlsteigerung einer ganzen Fachgruppe um mehr als drei Prozent greift eine Fallzahlzuwachs-begrenzung bei denjenigen Ärzten dieser Fachgruppe, die auch individuell mit ihren RLV-Fallzahlen einen Zuwachs von mehr als drei Prozent haben.

#### 5.2 Ermittlung RLV

##### 5.2.1 RLV-relevante Leistungen

In das RLV fallen alle Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, außer es handelt sich um

- Leistungen, die bereits unter Punkt 3 (Leistungsfonds) genannt sind,
- Leistungen, die einem QZV zugeordnet sind,
- Leistungen, die innerhalb der Fachgruppe gesondert als Leistungen ohne Mengenbegrenzung („freie Leistungen“) vergütet werden,
- Leistungen, die als sogenannte „Topf-im-Topf-Leistung“ vergütet werden.

##### 5.2.2 RLV-relevante Fallzahl

###### Formale Definition der RLV-relevanten Fälle

RLV-relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß Paragraf 21 Absatz 1 und Absatz 2 BMV-Ä.

Ausgenommen sind

- a) Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung),
- b) Behandlungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 1.6 sowie der GOP 01701 und 12225 EBM,
- c) Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kosten-erstattungen, die gemäß Nr. 7.1.2 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden,
- d) sowie Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430, 01435, 01436, 01820 und 05230 EBM als RLV-relevante Leistungen.

### Fallzahlermittlung in Einzelpraxen/Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

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

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten (Achtung: nicht Job-Sharing, siehe Punkt 5.4.1): Auch hier sind die Behandlungsfälle maßgeblich für die Bemessung des RLV. Für die Aufteilung der Behandlungsfälle auf die in der BAG tätigen Ärzte kommt es auf den jeweiligen Anteil der Arztfälle an der Gesamtarztfallzahl je Altersklasse der BAG an.

### Aktuelle Fallzahl: RLV-relevant sind grundsätzlich die Fallzahlen des aktuellen Quartals

Diese werden multipliziert mit dem jeweiligen RLV-Fallwert der Fachgruppe. Der RLV-Fallwert ist dabei in fünf beziehungsweise drei Altersklassen unterteilt (siehe auch Punkt 5.1):

#### Beispiel

RLV Arzt =

RLV-Fallwert AK\* 1 x RLV-relevante FZ\* (AK 1) im Abrechnungsquartal\*\*  
+  
RLV-Fallwert AK\* 2 x RLV-relevante FZ\* (AK 2) im Abrechnungsquartal\*\*  
+  
RLV-Fallwert AK\* 3 x RLV-relevante FZ\* (AK 3) im Abrechnungsquartal\*\*

\*AK = Altersklasse, FZ = Fallzahlen

\*\*bei konstanten Fallzahlen der jeweiligen Fachgruppe (siehe unter Punkt 5.2.3) und unter Berücksichtigung der Fälle je Altersklasse (AK 1 bis AK 5 (HA) beziehungsweise AK 1 bis 3 (FA), siehe Punkt 5.2.4)

### 5.2.3 Fallzahlzuwachsbegrenzung im RLV

Durch die Verwendung der aktuellen RLV-Fälle wird einerseits mehr Handlungsfreiheit für die einzelnen Ärzte beziehungsweise Praxen geschaffen, andererseits besteht damit auch das Risiko einer Fallzahlsteigerung in der gesamten Fachgruppe. Um dieses Risiko einzudämmen, ist es erforderlich, in den HVM eine Fallzahlzuwachsbegrenzung aufzunehmen. Die Fallzahlzuwachsbegrenzung erfolgt in einem dreistufigen Prüfungsablauf:

#### 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 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) denjenigen Arzt dieser Fachgruppe, der ebenfalls eine RLV-Fallzahlzunahme von mehr als drei Prozent hat.

#### Schritt 3

Für diesen Arzt wird bei der RLV-Berechnung nicht auf die aktuelle Fallzahl abgestellt, sondern RLV-relevant sind dann die Fallzahlen des Arztes im Vorjahresquartal zuzüglich des zulässigen Zuwachses in Höhe von drei Prozent.

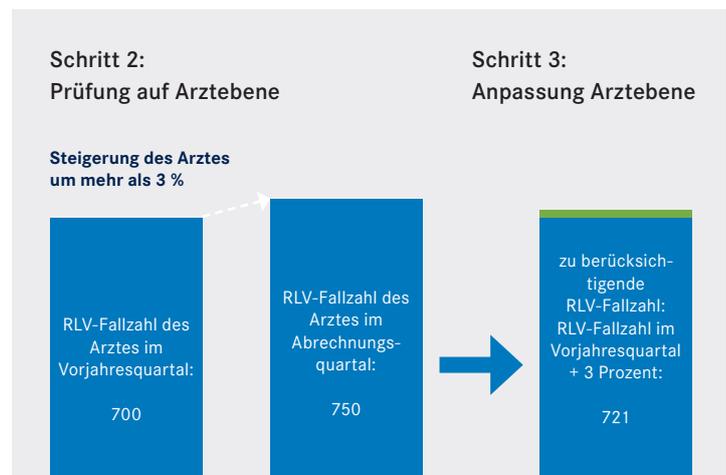
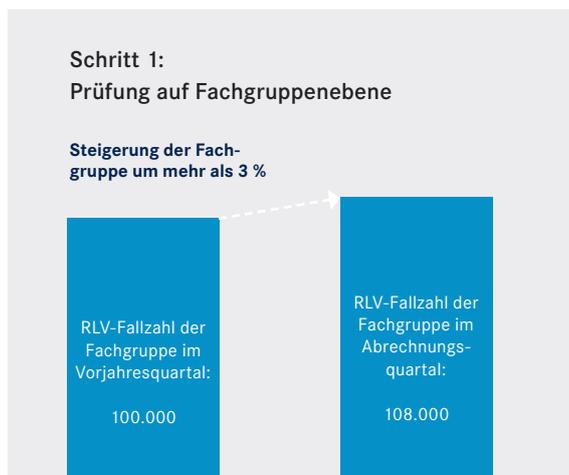
## Beispiele zur Fallzahlzuwachsbeschränkung

### Beispiel 1: Grundsätzlicher Mechanismus

Arzt A hatte im Vorjahresquartal 700 RLV-Fälle, im aktuellen Quartal 750 RLV-Fälle. Welche Fälle sind für den Arzt RLV-relevant?

- Schritt 1: In der Fachgruppe liegt eine RLV-Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.
- Schritt 2: Auch bei Arzt A liegt eine RLV-Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.

- Schritt 3: Damit fällt Arzt A unter die Fallzahlzuwachsbeschränkung. RLV-relevant sind für ihn nicht die RLV-Fallzahlen des aktuellen Quartals (750 Fälle), sondern die Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal plus drei Prozent (700 RLV-Fälle + 21 Fälle = 721 Fälle).



## Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

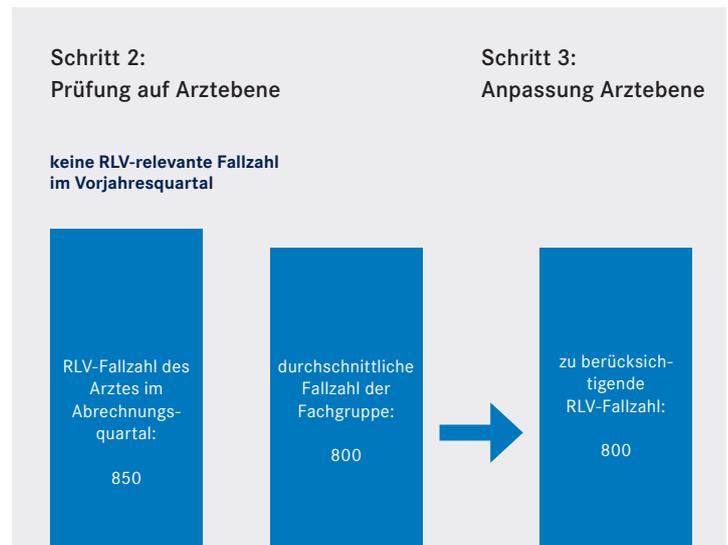
Sonderregelungen bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung gibt es für **Neuärzte** und Ärzte mit **unterdurchschnittlichen Fallzahlen**. Kommt für eine Fachgruppe eine Fallzahlzuwachsbeschränkung zum Tragen, gilt für Neuärzte und Ärzte dieser Fachgruppe mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen weiterhin grundsätzlich die eigene Fallzahl im aktuellen Quartal, allerdings begrenzt auf den Fachgruppendurchschnitt. Die Durchschnittsfallzahlen finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter *Honorarsystematik und Begriffe/Durchschnittsfallzahlen (Mitgliederbereich)*

### Beispiel 2: RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung bei einem neu niedergelassenen Arzt

Arzt B war im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen und hat damit noch keine Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal. Der

Fachgruppendurchschnitt beträgt 800 RLV-Fälle. Im aktuellen Quartal erbringt Arzt B 850 RLV-Fälle.

- Schritt 1: In der Fachgruppe liegt eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.
- Schritt 2: Eine Fallzahlsteigerung im Vergleich zum Vorjahresquartal kann bei Arzt B nicht geprüft werden, da es von ihm keine Vorjahresfallzahlen gibt. Im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung gelten damit Sonderregelungen. Es wird geprüft, ob Arzt B mit seinen aktuellen Fallzahlen über oder unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt.
- Schritt 3: Arzt B liegt mit seinen Fallzahlen im aktuellen Quartal (850 Fälle) über den Durchschnittsfallzahlen (800 Fälle). RLV-relevant sind damit 800 Fälle.



## Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

### Beispiel 3: Fallzahlzuwachsbegrenzung bei unterdurchschnittlichen Praxen

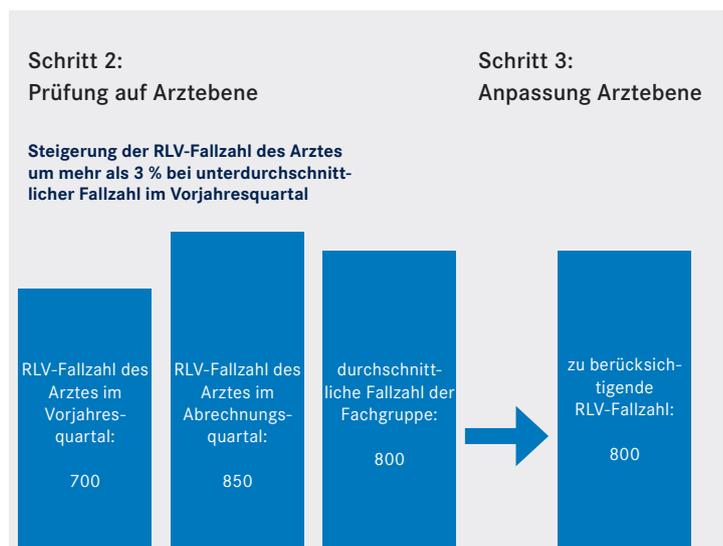
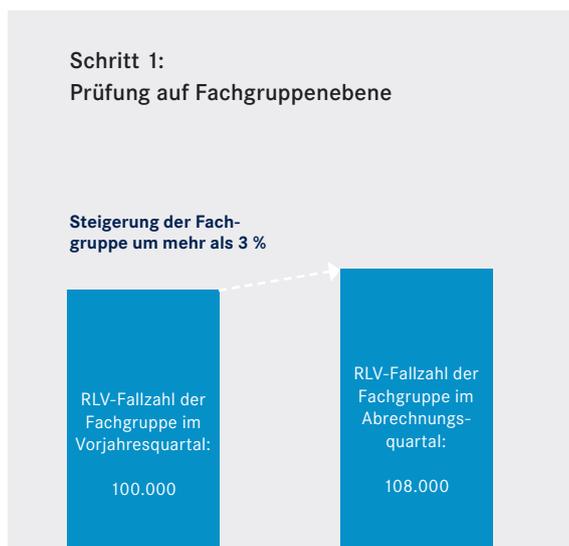
Arzt C hat im Vorjahresquartal 700 RLV-Fälle, die Fallzahl des aktuellen Quartals liegt bei 850 RLV-Fällen. Der Fachgruppendurchschnitt beträgt 800 RLV-Fälle.

- Schritt 1: In der Fachgruppe liegt eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.
- Schritt 2: Auch bei Arzt C liegt eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor. Arzt C war aber im Vorjahresquartal in seinen RLV-Fallzahlen (700) unterdurchschnittlich. Im

Rahmen der Fallzahlzuwachsbegrenzung gelten damit Sonderregelungen. Es wird geprüft, ob Arzt C mit seinen Fallzahlen über oder unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt.

- Schritt 3: Arzt C erbringt im aktuellen Quartal 850 RLV-Fälle. Für Arzt C wird die Fallzahlzuwachsbegrenzung wie folgt umgesetzt: RLV-relevant sind nicht 850 Fälle, sondern 800 Fälle (Fachgruppendurchschnitt).

**Hinweis:** Soweit ein Arzt keinen vollen Tätigkeitsumfang hat (weniger als 40 Stunden), wird die Durchschnittsfallzahl entsprechend reduziert.



### Weitere Sonderregelungen gelten in Berufsausübungsgemeinschaften

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

#### Beispiel 4: Fallzahlzuwachsbeschränkung in einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis

Arzt D erbringt 1.000 RLV-Fälle und Arzt E 600 RLV-Fälle (Summe 1.600 Fälle). Im Vorjahresquartal hat jeder Arzt 800 Fälle erbracht (Summe 1.600 Fälle). Es liegt also in der Summe kein Fallzahlzuwachs vor, sodass alle Fälle des Abrechnungsquartals (1.000 beziehungsweise 600 Fälle) bei der Ermittlung der Obergrenze berücksichtigt werden.

Zugunsten der Praxis werden im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung Fallzahlzunahmen mit Fallzahlrückgängen anderer fach- beziehungsweise schwerpunktgleicher Praxisteilnehmer verrechnet:

#### Beispiel 5: Gemeinschaftspraxis mit fach- beziehungsweise schwerpunktgleichen Teilnehmern

- Bei Arzt F werden im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung 120 Fälle zunächst nicht zur Berechnung der Obergrenze herangezogen.
- Bei Arzt G können 250 Fälle zunächst nicht im Rahmen der Obergrenzenmittlung berücksichtigt werden.
- Bei Arzt H liegt ein Fallzahlrückgang in Höhe von 200 Fällen vor.

Diese 200 Fälle werden anteilig auf die Ärzte F und G aufgeteilt, sodass die Zahl der gekürzten Fälle von 370 (120 + 250) auf 170 (370 - 200) Fälle sinkt.

### Sonderregelungen bei Selektivverträgen

Aufgrund der im Vorjahresquartal geltenden HZV-Verträge (Paragraf 73b SGB V) kommen bei Hausärzten die Fallzahlzuwachsbeschränkung und die Fallwertminderung (siehe Teil 1, Punkt 5.2.5) nicht zur Anwendung.

Eine weitere Sonderregelung gilt für den Fall, dass ein Selektivvertrag nach Paragraf 140a SGB V endet (insbesondere durch Kündigung durch die Krankenkasse), der eine Vollversorgung zum Gegenstand hatte. In diesem Fall unterbleibt für die Ärzte, die an dem Selektivvertrag teilgenommen haben, für die auf die Beendigung folgenden vier Quartale eine Fallzahlzuwachsbeschränkung.

### Unterversorgung beziehungsweise drohende Unterversorgung

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (LA) einen Beschluss nach Paragraf 100 Absatz 1 oder 3 SGB V getroffen (Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder lokaler Versorgungsbedarf), gelten bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung ebenfalls Sonderregelungen: Liegt ein entsprechender Beschluss des LA vor, 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 Fallzahlzuwachsbeschränkung unberücksichtigt. Diese Sonderregelung gilt bei (drohender) Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf ebenfalls für die Fallwertminderung (siehe Teil 1, Punkt 5.2.5).

### **Sonderregelung zum Umgang mit Fallzahlschwankungen aufgrund flexibler Ferientage (sogenannter „Ostereffekt“)**

In der Vergangenheit ist es bei einzelnen Fachgruppen zu einer Fallzahlzuwachsbeschränkung gekommen, bei der der sogenannte „Ostereffekt“ eine wesentliche Rolle gespielt hat. „Ostereffekt“ bedeutet, dass es in den Praxen durch den wechselnden Zeitraum der Osterferien im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres zu nicht beeinflussbaren Fallzahlschwankungen kommen kann. Der HVM sieht hierfür eine Modifikation im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung vor. Grundsätzlich gilt weiterhin, dass ein Arzt unter die Fallzahlzuwachsbeschränkung fällt, wenn sowohl bei der Fachgruppe als auch beim Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal die Fallzahlen um mehr als drei Prozent zugenommen haben. Um aber dem „Ostereffekt“ entgegenzuwirken, wird der zulässige Zuwachs in Höhe von drei Prozent um einen gewissen Prozentsatz angepasst. Der Prozentsatz ergibt sich dabei aus einer Formel, die das Verhältnis der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag zum Ausgangspunkt nimmt. Steigen diese ferien- und feiertagsfreien Wochentage um mehr als zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal an, wird eine höhere Fallzahlsteigerung zugelassen. Die Höhe des dann zulässigen Zuwachses kann in den betroffenen Quartalen jeweils unterschiedlich sein und wird bei der Erstellung der Abrechnung jeweils entsprechend automatisch berücksichtigt.

### 5.2.4 RLV-Fallwert nach Altersklassen

Die RLV-Fallwerte werden weiterhin fachgruppenspezifisch ermittelt. Eine Aufstellung der RLV-Fachgruppen finden Sie am Ende der Broschüre im Anhang.

#### Die RLV-Fallwerte sind dabei

für Hausärzte in fünf Altersklassen unterteilt (analog der Altersklassen der Versichertenpauschale im EBM):

- bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
- ab dem 5. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- ab dem 19. Lebensjahr bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
- ab dem 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- ab dem 76. Lebensjahr

für Fachärzte in drei Altersklassen (analog der Altersklassen der Grundpauschale im EBM):

- bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- ab dem 6. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- ab dem 60. Lebensjahr

Je Fachgruppe gibt es damit nicht nur einen RLV-Fallwert, sondern fünf beziehungsweise drei RLV-Fallwerte. Maßgeblich für die Zuordnung zu den Altersklassen ist das Alter des Patienten am Tag der ersten Behandlung im Abrechnungsquartal.

Weiterhin werden bereits vor Beginn eines Jahres – für alle Quartale gleich – sogenannte kalkulatorische RLV-Fallwerte mitgeteilt. Diese kalkulatorischen RLV-Fallwerte sind vor Jahresbeginn unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten) unter *Kalkulatorische RLV/QZV-Fallwerte* abrufbar.

#### Kalkulatorischer RLV-Fallwert/rechnerischer RLV-Fallwert/tatsächlicher RLV-Auszahlungsfallwert

Für die Ermittlung des RLV ist grundsätzlich die aktuelle Fallzahl relevant. Damit werden die Obergrenzen nicht bereits im Vorfeld ermittelt, sondern mit der Abrechnung. Nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse wird festgestellt, ob die mitgeteilten

kalkulatorischen Fallwerte „passen“ oder ob die Fallwertberechnung aufgrund von Fallzahlsteigerungen/Leistungssteigerungen korrigiert werden muss.

#### Beispiel A

Kalkulatorischer RLV-Fallwert für die Fachgruppe: 30,- €

Innerhalb des Fachgruppenfonds hat sich das Leistungsgeschehen zum Beispiel durch Fallzahlsteigerungen dahingehend entwickelt, dass nur noch ein rechnerischer Fallwert von 29 Euro gezahlt werden kann.

Rechnerischer RLV-Fallwert nach Abrechnung: 29,- €  
RLV-Auszahlungsfallwert: 29,- €

#### Regelung zur RLV-Fallwertstabilisierung:

Der RLV-Auszahlungsfallwert beträgt mindestens 95 Prozent des mitgeteilten kalkulatorischen RLV-Fallwertes. Es könnte sich aber im Beispiel A – je nach Abrechnungsergebnis der Fachgruppe – auch ein niedrigerer rechnerischer Fallwert ergeben. Um für Ärzte und Praxen im Rahmen ihrer Obergrenzen Planungs- und Kalkulationssicherheit zu gewährleisten, ist im HVM festgelegt, dass in der Honorarabrechnung dann der tatsächlich zugrunde gelegte Auszahlungsfallwert im RLV mindestens 95 Prozent des ursprünglich mitgeteilten kalkulatorischen RLV-Fallwertes betragen muss:

#### Beispiel B

Kalkulatorischer RLV-Fallwert für die Fachgruppe: 30,- €  
Rechnerischer RLV-Fallwert nach Abrechnung: 27,- €  
Tatsächlicher RLV-Auszahlungsfallwert: 28,50 €  
(entspricht 95 Prozent von 30,- €)

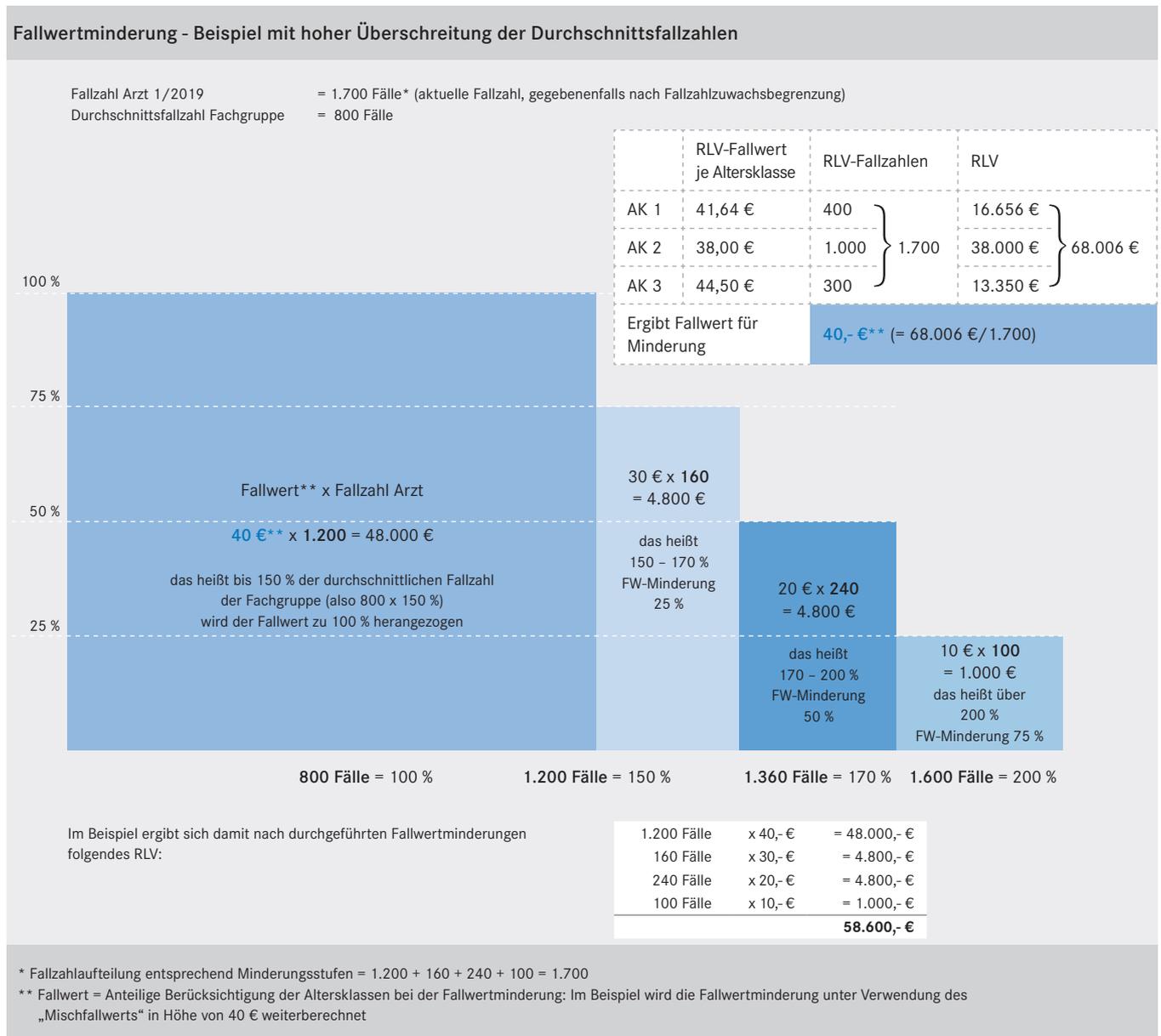
## 5.2.5 Fallwertminderung

Die RLV-Fallwertminderung betrifft nur Ärzte, die mit ihren eigenen RLV-relevanten Fällen über 150 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen ihrer Fachgruppe liegen.

Die für die Fallwertminderung relevanten Durchschnittsfallzahlen sind unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter *Honorarsystematik und Begriffe/Durchschnittsfallzahlen (Mitgliederbereich)* abrufbar. Soweit ein Arzt keinen vollen Tätigkeitsumfang hat (weniger als 40 Wochenstunden) wird die Durchschnittsfallzahl entsprechend reduziert.

Durch den Bezug auf die aktuelle RLV-Fallzahl wird das Ergebnis einer eventuellen Fallwertminderung erst nach Abschluss des Quartals festgestellt und der Ermittlung der Obergrenze entsprechend zugrunde gelegt.

Der für die RLV-Berechnung verwendete RLV-Fallwert wird unter Berücksichtigung der fünf beziehungsweise drei Altersklassen stufenweise gemindert und zwar in folgenden Stufen (siehe Grafik).



## Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

- Um **25 Prozent** für Fälle über **150 Prozent bis 170 Prozent** der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.
- Um **50 Prozent** für Fälle über **170 Prozent bis 200 Prozent** der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.
- Um **75 Prozent** für Fälle über **200 Prozent** der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

Kommt bei einer Praxis eine Fallzahlzuwachsbeschränkung zum Tragen, setzt die Fallwertminderung auf den entsprechend reduzierten Fallzahlen auf.

**Hinweis:** Aufgrund der für Hausärzte weiterhin bestehenden HZV-Verträge (Paragraf 73b SGB V) wird die Fallwertminderung für Hausärzte ausgesetzt.

### 5.2.6 RLV-Zuschlagsregelung für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

#### Regelung für fach- und schwerpunktgleiche Praxen

- Die Praxis ist fach- und schwerpunktgleich und nicht am gleichen Standort tätig: 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 ist fach- und schwerpunktgleich und am gleichen Standort tätig: Die Praxis erhält einen BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent auf das RLV.

#### Regelung für fach- und schwerpunktübergreifende Praxen

- Die Praxis ist fach- und schwerpunktübergreifend und nicht am gleichen Standort tätig: Der BAG-Zuschlag ist abhängig vom Kooperationsgrad. Nur bei einem Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erfolgt ein BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent.
- Die Praxis ist fach- und schwerpunktübergreifend und am gleichen Standort tätig: Der BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) ist abhängig vom Kooperationsgrad. Je nach ermitteltem Kooperationsgrad ergibt sich ein BAG-Zuschlag zwischen 0 und 40 Prozent (siehe Tabelle).

Unterschreitet der ermittelte Kooperationsgrad zehn Prozent und sind in der standortgleichen, fach- und schwerpunktübergreifenden BAG mehrere Teilnehmer der gleichen RLV-Fach-

gruppe 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 in Höhe von zehn Prozent.

Kooperationsgrad in Prozent	BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) RLV 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 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

#### Erläuterungen zum Kooperationsgrad

Bei bestimmten Praxiskonstellationen (siehe oben) 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. **Hinweis:** Bei der Ermittlung dieses Kooperationsgrads wird dabei weiterhin die GOP 99215 mit einbezogen.

#### Formel zur Berechnung

Mathematisch wird der Kooperationsgrad errechnet, indem man alle RLV-relevanten Arztfälle 1) der Praxisteilnehmer im **Abrechnungsquartal** durch die Zahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle 2) der Praxis im **Abrechnungsquartal** teilt und so einen Prozentsatz für den Kooperationsgrad errechnet.

1) RLV-relevanter Arztfall = gleicher Arzt (LANR) - gleicher Patient - gleiche Kasse - gleiches Quartal (soweit RLV-relevante Leistungen abgerechnet wurden)

2) RLV-relevanter Behandlungsfall = gleiche Praxis (BSNR) - gleicher Patient - gleiche Kasse - gleiches Quartal (soweit RLV-relevante Leistungen abgerechnet wurden)

### BAG-Zuschlagsregelung für Hausärzte:

Der BAG-Zuschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxen mit angestellten Ärzten aus ausschließlich Hausärzten beträgt 22,5 Prozent.

**Hinweis:** Die BAG-Zuschlagsregelung gilt nicht bei Tätigkeit im Job-Sharing (siehe Punkt 5.4.1)

## 5.3 Ermittlung QZV

### 5.3.1 QZV-relevante Leistungen

Eine Aufstellung der QZV-Leistungen je Fachgruppe kann der Ergänzungsbrochüre zu dieser Honorarbrochüre entnommen werden.

### 5.3.2 QZV-relevante Fallzahl

Bei den QZV sind weiterhin die Fallzahlen des aktuellen Quartals relevant.

Im Rahmen der QZV wird dabei auf den „Leistungsfall“ abgestellt. Leistungsfall ist jeder Fall, in dem im Abrechnungsquartal mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen QZV abgerechnet und anerkannt wurde.

QZV 1 =  
QZV-FW\* (AG\*) x QZV 1-Leistungsfallzahl des Arztes im aktuellen Quartal  
+  
QZV 2 =  
QZV-FW\* (AG\*) x QZV 2-Leistungsfallzahl des Arztes im aktuellen Quartal  
+  
QZV 3 =  
QZV-FW\* (AG\*) x QZV 3-Leistungsfallzahl des Arztes im aktuellen Quartal

\*FW = Fallwert, AG = Arztgruppe

### 5.3.3 QZV-Fallwert

Die QZV-Fallwerte werden fachgruppenspezifisch ermittelt. Die Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der QZV-Fallwerte sind im HVM definiert.

Anders als bei den RLV-Fallwerten bleibt es je QZV bei einem Fallwert, eine weitere Unterteilung in Altersklassen erfolgt nicht.

Weiterhin werden bereits vor Beginn eines Jahres – für alle Quartale gleich – neben den RLV-Fallwerten sogenannte kalkulatorische QZV-Fallwerte mitgeteilt. Diese kalkulatorischen QZV-Fallwerte sind vor Jahresbeginn im Internet unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten) unter *Kalkulatorische RLV/QZV-Fallwerte* abrufbar.

### Kalkulatorischer QZV-Fallwert/Rechnerischer QZV-Fallwert/Tatsächlicher QZV-Auszahlungsfallwert

Wie bereits erläutert, ist für die Ermittlung des RLV grundsätzlich die aktuelle Fallzahl relevant. Dies gilt gleichermaßen für die Ermittlung der QZV. Damit werden die Obergrenzen nicht bereits im Vorfeld ermittelt, sondern mit der Abrechnung. Nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse wird festgestellt, ob die mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerte „passen“ oder ob die Fallwertberechnung aufgrund von Fallzahlsteigerungen/Leistungssteigerungen korrigiert werden muss.

#### Beispiel

Kalkulatorischer QZV-Fallwert: 20,- €

Innerhalb des Fachgruppenfonds hat sich aber das Leistungsgeschehen zum Beispiel durch Fallzahlsteigerungen dahingehend entwickelt, dass nur noch ein rechnerischer Fallwert von 18 Euro gezahlt werden kann.

Rechnerischer QZV-Fallwert nach

Abrechnung: 18,- €

QZV-Auszahlungsfallwert: 18,- €

### Regelung zur QZV-Fallwertstabilisierung: Der Auszahlungsfallwert beträgt mindestens 85 Prozent des mitgeteilten kalkulatorischen QZV-Fallwerts

Auch bei den QZV könnte sich im Beispiel – je nach Abrechnungsergebnis der Fachgruppe – ein niedrigerer rechnerischer QZV-Fallwert ergeben. Um aber für Ärzte und Praxen im Rahmen ihrer Obergrenzen Planungs- und Kalkulationssicherheit zu gewährleisten, ist im HVM festgelegt, dass der in der Obergrenze/Honorarabrechnung tatsächlich zugrundegelegte Auszahlungsfallwert im QZV mindestens 85 Prozent des ursprünglich mitgeteilten kalkulatorischen QZV-Fallwertes betragen muss.

Die untere Fallwertgrenze ist bei den QZV-Fallwerten mit 85 Prozent bewusst niedriger angesetzt als im RLV mit 95 Prozent. Grund hierfür ist, dass (anders als bei den RLV) für die QZV die Leistungsfälle je Arzt zählen. Daher wurde der „Puffer“ zwischen kalkulatorischem und Auszahlungsfallwert entsprechend größer angesetzt.

#### Beispiel

Kalkulatorischer QZV-Fallwert für die Fachgruppe:	20,- €
Rechnerischer QZV-Fallwert nach Abrechnung:	15,- €
Tatsächlicher QZV-Auszahlungsfallwert:	17,- €
	(entspricht 85 Prozent von 20,- €)

## 5.4 Weitere Erläuterungen zur Obergrenze

### 5.4.1 Job-Sharing und Assistenten

Im Rahmen des Job-Sharing können Ärzte in einer Praxis als angestellte Ärzte oder als sogenannte Job-Sharing „Junior-Partner“ tätig sein.

Diese Tätigkeit begründet keine zusätzliche Obergrenze, sondern wird dem anstellenden Arzt beziehungsweise dem Job-Sharing-Partner, der in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird („Job-Sharing-Senior-Partner“), zugerechnet. Gleiches gilt für die Tätigkeit von Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenten. Der Grund: Sowohl die Tätigkeit im Job-Sharing als auch die Tätigkeit der oben genannten Assistenten [1] dürfen nicht zu einer Praxisausdehnung führen.

[1] Ausnahme geförderte Weiterbildungsassistenten im Rahmen des Paragraphen 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV i.V.m. 75a SGB V.

Die Ihnen im Rahmen des Job-Sharing separat mitgeteilten sogenannten Job-Sharing-Obergrenzen bleiben davon unberührt. Diese Job-Sharing-Obergrenze ist von der Obergrenze aus RLV und QZV zu unterscheiden.

### 5.4.2 Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent

Die Obergrenze aus RLV und QZV gilt für die im Anhang genannten Fachgruppen. Für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten dagegen die in Teil 3 beschriebenen 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.

## 5.5 Leistungen, die nicht unter die Obergrenze aus RLV und QZV fallen

### 5.5.1 Leistungen ohne Mengenbegrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds

Weiterhin gibt es Leistungen, die innerhalb des Fachgruppenfonds, aber außerhalb RLV und QZV vergütet werden und keiner Mengenbegrenzung (sogenannte „freie Leistungen“) unterliegen. Diese werden zu den Preisen der B€GO bezahlt. Diese „freien Leistungen“ machen je Fachgruppe einen unterschiedlich hohen Anteil aus und sind je Fachgruppe unterschiedlich geregelt.

### 5.5.2 Leistungen mit Mengenbegrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds

Für diese Leistungen („Topf-im-Topf-Leistungen“) wird im Vorfeld innerhalb der betreffenden Fachgruppe ein bestimmtes Honorarvolumen reserviert. Grundsätzlich ist auch für diese Leistungen eine Vergütung zu den Preisen der B€GO vorgesehen. Werden aber im laufenden Quartal von dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet, als im entsprechenden Honorarvolumen („Topf“) vorgesehen, können diese Leistungen mit der Abrechnung nur noch quotiert ausgezahlt werden.

Details zu diesen beiden Leistungsbereichen mit den entsprechenden Quotierungsuntergrenzen finden Sie in der Ergänzungsbroschüre.

### 6. Zeitlicher Ablauf – von der Abrechnung zum „Obergrenzen-Honorar“

#### 6.1 Vor Jahresbeginn/vor Quartalsbeginn

- Die kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte sowie die Durchschnittsfallzahlen werden vor Jahresbeginn mitgeteilt.
- Die für die Obergrenze relevanten Fallzahlen eines Arztes richten sich grundsätzlich nach den Fallzahlen des Abrechnungsquartals (unter Berücksichtigung des Punktes 5.2.3).
- Die Obergrenze wird nach der aktuellen Systematik zeitgleich mit den Honorardaten ermittelt und in den Honorarunterlagen mitgeteilt.

#### 6.2 Während des laufenden Abrechnungsquartals

Die Praxis kann die zu erwartende Obergrenze hochrechnen und mitverfolgen anhand:

- der mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerte,
- der gesicherten Untergrenzen für RLV (95 Prozent) und QZV (85 Prozent) und
- der eigenen aktuellen RLV- beziehungsweise QZV-Fallzahlen.

Als Richtschnur für eine mögliche Fallzahlzuwachsbeschränkung (siehe Punkt 5.2.3) kann die Praxis dabei ihre Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal heranziehen. Gleichzeitig sind auch die Durchschnittsfallzahlen bekannt, sodass abgeschätzt werden kann, ob die aktuellen Fallzahlen zu einer Fallwertminderung (siehe Punkt 5.2.5) führen könnten.

#### 6.3 Nach Eingang und Bearbeitung der Abrechnung

Nach Eingang der Abrechnung erfolgen für die Honorarermittlung folgende Rechenschritte:

##### Fachgruppenebene

Ermittelt wird unter anderem:

- Gibt es für eine ganze Fachgruppe eine Fallzahlsteigerung über drei Prozent mit der Konsequenz einer

Fallzahlzuwachsbeschränkung?

- Kann es bei den kalkulatorischen Fallwerten für die Fachgruppe bleiben oder müssen diese abgesenkt werden – gegebenenfalls bis zur Untergrenze in Höhe von 95 Prozent (RLV) und 85 Prozent (QZV)?
- Wie wurden insgesamt die Leistungen innerhalb der Fachgruppe abgerechnet, die als „Topf-im-Topf-Leistungen“ vergütet werden? Muss eine Quotierung (bis zu den genannten Untergrenzen) erfolgen?
- Wie hoch ist je Fachgruppe die Quote, die für Leistungen gezahlt wird, die über die Obergrenze hinaus abgerechnet werden (Überschreitungsquote)?

Liegen diese Ergebnisse je Fachgruppe vor, erfolgt die Honorarermittlung auf Arzt- beziehungsweise Praxisebene.

##### Arztebene/Praxisebene

Nach Vorliegen der Fachgruppenergebnisse wird die Obergrenze für jeden Arzt ermittelt. Falls erforderlich, erfolgt eine Fallzahlzuwachsbeschränkung und/oder Fallwertminderung. In einer Praxis mit mehreren Teilnehmern werden die Obergrenzen je Arzt zu einer Praxisobergrenze (unter Berücksichtigung eines gegebenenfalls zu erfolgenden BAG-Zuschlags und gegebenenfalls weiterer Obergrenzenaufschläge oder -anpassungen im Einzelfall) addiert.

#### 6.4 Verrechnungsmöglichkeiten und Vergütung im Rahmen der Obergrenze

Weiter möglich ist die Verrechnung zwischen RLV und QZV:

- Die QZV können untereinander verrechnet werden.
- Ein nicht ausgeschöpftes RLV kann mit QZV-Leistungen gefüllt werden.
- Ein nicht ausgeschöpftes QZV kann für RLV-Leistungen genutzt werden.
- Diese Verrechnung ist weiterhin auch zwischen den Teilnehmern einer Berufsausübungsgemeinschaft möglich.

Bis zur Obergrenze aus RLV + QZV erhält die Praxis ihre abgerechneten und anerkannten Leistungen zu den Preisen der B€GO. Die die Obergrenze überschreitende Leistungsanforderung wird dagegen nur noch abgesenkt (quotiert mit der Überschreitungsquote) vergütet.

## Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

Eine Folge der Bildung von Fachgruppenfonds (siehe unter Punkt 4) ist es, dass diese Überschreitungsquoten je Fachgruppe unterschiedlich hoch sein können.

Zu dem Honorar aus Obergrenze und Obergrenzenüberschreitung kommen je nach Fachgruppe in unterschiedlichem Ausmaß weitere Honorarbestandteile (Details siehe Teil 1, Punkt 2).

Das Ergebnis der Honorarermittlung sowie Details zu Obergrenze und Überschreitung der Obergrenze kann dann den Honorarunterlagen entnommen werden.

### 6.5 Beispiel zur Systematik kalkulatorischer Fallwert/rechnerischer Fallwert/Auszahlungsfallwert

#### Ergebnis auf Fachgruppenebene:

- In der Fachgruppe müssen zwar die kalkulatorischen Fallwerte abgesenkt werden.
- Die Fallwert-Untergrenze in Höhe von 95 Prozent (RLV) und 85 Prozent (QZV) ist aber rechnerisch noch nicht erreicht. Es ergibt sich daher ein Auszahlungsfallwert in Höhe von 98 Prozent (RLV) und 86 Prozent (QZV) (siehe Tabelle).

Beispiel			
	Kalkulatorische Fallwerte	Untergrenze 95 Prozent (RLV)	Auszahlungsfallwert 98 Prozent (RLV)
RLV-Altersklasse 1	44,00 €	41,80 €	43,12 €
RLV-Altersklasse 2	40,00 €	38,00 €	39,20 €
RLV-Altersklasse 3	47,00 €	44,65 €	46,06 €
	Kalkulatorische Fallwerte	Untergrenze 85 Prozent (QZV)	Auszahlungsfallwert 86 Prozent (QZV)
QZV 1	21,00 €	17,85 €	18,06 €
QZV 2	19,00 €	16,15 €	16,34 €
QZV 3	30,00 €	25,50 €	25,80 €
QZV 4	15,00 €	12,75 €	12,90 €

Die Obergrenze für den Arzt ermittelt sich in diesem **Beispiel** wie folgt:

RLV-Altersklasse 1	43,12 € x RLV-relevante Fallzahl im Abrechnungsquartal (200)	=	8.624 €
RLV-Altersklasse 2	39,20 € x RLV-relevante Fallzahl im Abrechnungsquartal (400)	=	15.680 €
RLV-Altersklasse 3	46,06 € x RLV-relevante Fallzahl im Abrechnungsquartal (300)	=	13.818 €
QZV 1	18,06 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (100)	=	1.806 €
QZV 2	16,34 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (250)	=	4.085 €
QZV 3	25,80 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (300)	=	7.740 €
QZV 4	12,90 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (100)	=	1.290 €
	<b>Obergrenze aus RLV und QZV gesamt (in diesem Beispiel):</b>		<b>53.043 €</b>

### 7. Weitere Details zur Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

#### 7.1 Weitere Details zur Honorarverteilung für Hausärzte

##### 7.1.1 Sicherstellungszuschlag für Hausärzte (Nr. 97009 A / B)

Der HVM ab 1. Januar 2020 führt den Sicherstellungszuschlag für Hausärzte fort.

Der Sicherstellungszuschlag im HVM betrifft folgende Fachgruppen:  
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraf 73 Absatz 1a SGB V erklärt haben.

Der Sicherstellungszuschlag wird zusätzlich zur ambulant erbrachten Versichertenpauschale GOP 03000 EBM einmal im Behandlungsfall vergütet und beträgt nach HVM grundsätzlich vier Euro. Voraussetzung ist, dass aus den Leistungsbereichen

- kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 EBM)
- Belastungs-EKG (GOP 03321 EBM)
- spirographische Untersuchung (GOP 03330 EBM)
- sonographische Untersuchungen (GOP 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092 EBM)

im jeweiligen Leistungsbereich mindestens eine der dort genannten Leistungen abgerechnet wird.

Werden nur drei der oben genannten Leistungsbereiche abgerechnet, beträgt der Sicherstellungszuschlag zwei Euro.

Abgestellt wird auf die Erbringung der Leistung in der Praxis [im Abrechnungsquartal](#). In fachübergreifenden Praxen müssen die Leistungen dabei von den hausärztlich tätigen Ärzten der Praxis abgerechnet werden.

##### 7.1.2 Qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa), Geriatrie und restliche Leistungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

Die ärztlich angeordneten Hilfen durch NäPa (GOP 03060 bis 03065), der hausärztlich-geriatriische Betreuungskomplex (GOP 03362 EBM) sowie die restlichen Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (=diejenigen Leistungen, die nicht bereits nach Teil 1, Nr. 3.1. honoriert werden), werden zu den Preisen der BEGO vergütet.

#### 7.2 Augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM)

Zur Vergütung der augenärztlichen Strukturpauschale (GOP 06225 EBM) sieht der HVM im augenärztlichen Fachgruppenfonds einen Topf-im-Topf mit eigener Quotierungsuntergrenze in Höhe von 70 Prozent vor.

#### 7.3 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 innerhalb des jeweiligen Fachgruppentopfes eine selbständige 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.

#### 7.4 Fallzahlzuwachsbegrenzung im QZV MRT für Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin

Die Leistungsfallzahlen im QZV MRT sind im Zuwachs begrenzt. Die Regelungen dazu entsprechen mit ein paar Modifikationen den Begrenzungsregelungen der RLV-Systematik zur Fallzahlzuwachsbegrenzung und Fallwertminderung.

Für Leistungsfälle im QZV MRT wird grundsätzlich ein Fallzahlzuwachs um drei Prozent je Arzt beziehungsweise Praxis gegenüber dem Vorjahresquartal zugelassen.

In einer BAG, einem MVZ oder bei Praxen mit angestellten Ärzten wird die Begrenzung nur angewandt, wenn die Teilnehmer in Summe einen Zuwachs der MRT-Leistungsfälle von mehr als drei Prozent aufweisen. Hier greift also wie im RLV eine Saldierung, das heißt, Rückgänge eines Praxisteilnehmers werden mit Zuwächsen anderer Teilnehmer verrechnet.

Für besondere, wenige Fallkonstellationen, die im HVM geregelt sind (zum Beispiel Krankheit im Vorjahresquartal), können entsprechende Fallzahlanträge gestellt werden (siehe Seite 32).

Bei **Neuärzten (im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen) und Ärzten mit unterdurchschnittlicher QZV MRT-Fallzahl** sieht die neue MRT-Mengenbegrenzung das gleiche Verfahren vor wie bei der RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung:

- Grundsätzlich wird die eigene QZV-Fallzahl im Abrechnungsquartal angesetzt.
- Überschreitet diese die durchschnittliche QZV-Fallzahl, wird der Fachgruppendurchschnitt angesetzt, mindestens jedoch die um den zulässigen Zuwachs erhöhte QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals.
- Der Fachgruppendurchschnitt ist auf Basis 2022 für die RLV-Fachgruppe der Radiologen berechnet, wird einheitlich für beide Fachgruppen verwendet und je nach Tätigkeitsumfang gegebenenfalls anteilig reduziert.

**Veränderungen (zum Beispiel Status, Tätigkeitsumfang, Ein- oder Austritt) in BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten** zum Vorjahresquartal:

Es wird dann darauf abgestellt, ob sich die Summe der Tätigkeitsumfänge (Basis Zulassungs- oder Genehmigungsbescheid) im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal verändert hat. Dabei wird auf die Ärzte je Praxis abgestellt, die Leistungen im QZV MRT erbringen. Entsprechend wird dann wie folgt verfahren:

- Verändert sich die Summe der Tätigkeitsumfänge einer Praxis nicht, wird auch bei personellen Veränderungen auf die Vorjahresfallzahl abgestellt.

- Verringert sich die Zahl der Tätigkeitsumfänge, wird die für das QZV heranzuziehende Vorjahresfallzahl entsprechend gesenkt.
- Nimmt die Zahl der Tätigkeitsumfänge zu, kann sich hinsichtlich des zusätzlichen Tätigkeitsumfangs ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ergeben.

### Fallwertminderung im QZV MRT:

Neben der Fallzahlzuwachsbeschränkung ist im HVM auch eine Fallwertminderung vorgesehen:

- Überschreitet die Leistungsfallzahl für das QZV MRT eines Arztes 200 Prozent des Fachgruppendurchschnitts, wird der QZV-Fallwert auf 25 Prozent gemindert.
- Als Durchschnittsfallzahl wird einheitlich auf die Fachgruppe der Radiologen abgestellt.
- Der Wert ist auf Basis des Jahres 2022 ermittelt und wird je nach Tätigkeitsumfang eines Arztes gegebenenfalls anteilig reduziert.

Der Fachgruppendurchschnitt ist unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter *Honorarsystematik und Begriffe/Durchschnittsfallzahlen (Mitgliederbereich)* abrufbar.

## 7.5 Sonderregelung für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater

- Der RLV-Fallwert für Psychiater und Nervenärzte wird gemeinsam ermittelt, das heißt für beide Fachgruppen werden zu Beginn des Jahres die gleichen kalkulatorischen Jahresfallwerte mitgeteilt.
- Wird im HVM im Rahmen von Begrenzungsregelungen auf Durchschnittsfallzahlen abgestellt, wird für die Fachgruppe der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater die Durchschnittsfallzahl der Nervenärzte verwendet.

### 7.6 Sonderregelung für Praxisnetze

Für anerkannte Praxisnetze muss der HVM „gesonderte Vergütungsregelungen“ vorsehen (Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V). In Umsetzung dieser Regelung sieht der HVM einen „Netzaufschlag“ auf die Obergrenze vor: Jeder Arzt, der Mitglied in einem (oder mehreren) von der KV Bayerns anerkannten Praxisnetzen ist, erhält je Quartal einen Netzaufschlag in Form einer Erhöhung der Obergrenze aus RLV und QZV in Höhe von 200 Euro. Ist der Arzt nicht mit vollem Teilnahmeumfang tätig, verringert sich der Netzaufschlag entsprechend. Sollte die Zahl der Netzärzte so ansteigen, dass die Summe der Netzaufschläge ein rechnerisches Volumen von 400.000 Euro übersteigt, ist eine Quotierung des Aufschlags vorgesehen. Der Netzaufschlag wird automatisch von der KVB umgesetzt.

### 7.7 Aufschlag nach TSS-Vermittlung

Um die Terminvergabe über die Terminservicestelle (TSS) und den 116117 Terminservice zu fördern, wurde im HVM zum 1. Januar 2024 ein Aufschlag auf die Obergrenze (RLV/QZV) in Höhe von 15 Euro je TSS-Vermittlungsfall eingeführt. Dieser sogenannte 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:

Meldet eine Praxis zum Beispiel über den elektronischen 116117 Terminservice im Quartal 1/2024 jede Woche fünf Termine und können diese Termine auch entsprechend vermittelt werden, kennzeichnet die Praxis diese Fälle wie bisher mit der Kennzeichnung-GOP 99873T sowie der Vermittlungs-/Kontaktart „TSS-Terminfall“. So erhält sie für die zu ihr vermittelten Patienten neben der extrabudgetären Vergütung und dem im EBM geregelten zeitgestaffelten Zuschlag zusätzlich noch einen Aufschlag von 75 € (= 5 x 15 €) auf die Obergrenze. Bezogen auf das ganze Quartal ergäbe sich so eine Erhöhung

der Obergrenze um 975 € (= 5 Termine pro Woche x 15 € pro Woche x 13 Wochen).

### 7.8 Sonderregelung bei besonderer Dynamik

Mit dem HVM und der Bezugnahme auf die aktuelle Fallzahl besteht – wie bereits dargelegt – das Risiko einer Mengendynamik innerhalb der einzelnen Fachgruppen. Für diesen Fall sieht der HVM die unter Punkt 5.2.3 beschriebene Fallzahlzuwachsbeschränkung vor.

Was aber ist, wenn es zum Beispiel in einer Fachgruppe zu einem extremen, in dieser Höhe nicht planbaren Fallzahlanstieg kommt, der auch nicht mehr durch die Fallzahlzuwachsbeschränkung „aufgefangen“ werden kann? Sollte dieser Fall eintreten, gibt es im HVM einen weiteren Sicherheitsmechanismus: Zeigt sich im Laufe des Jahres, dass die kalkulatorischen Fallwerte für einzelne Fachgruppen nicht beibehalten werden können, besteht die Möglichkeit, die kalkulatorischen Fallwerte während des laufenden Jahres abzusenken. Die Mitteilung dieser neuen kalkulatorischen Fallwerte an die Mitglieder erfolgt dann rechtzeitig vor Beginn desjenigen Quartals, für das die neuen kalkulatorischen Fallwerte gelten.

# Teil 2: Antragsmöglichkeiten zur Anpassung der Obergrenze und Anerkennung von Härtefällen

## 1. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl (bei Fallzahlzuwachsbeschränkung)

Durch die grundsätzliche Verwendung der aktuellen RLV-Fallzahl sind Fallzahlanträge nur erforderlich und im HVM entsprechend vorgesehen, wenn es in einer Fachgruppe insgesamt zu einer Fallzahlsteigerung kommt und auch beim einzelnen Arzt eine Fallzahlzuwachsbeschränkung greift.

Folgende Tatbestände sind für eine mögliche Antragstellung im HVM vorgesehen:

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Praxis in der näheren Umgebung der Praxis,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Praxis,
- Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der an einen Planungsbereich grenzt, in dem für die Arztgruppe des Antragstellers ein Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach Paragraph 100 Absatz 1 oder 3 SGB V vorliegt und der Antragsteller Patienten aus dem angrenzenden Planungsbereich in nicht untergeordnetem Umfang versorgt,
- ein außergewöhnlicher und durch den Arzt unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat. Hierzu zählt beispielsweise eine Erkrankung des Arztes.

Voraussetzung für eine Berücksichtigung dieser Tatbestände ist grundsätzlich eine individuelle Fallzahlsteigerung, die den durchschnittlichen prozentualen Fallzahlanstieg der Fachgruppe nominal um mehr als zehn Prozentpunkte übersteigt. In begründeten Ausnahmefällen (zum Beispiel bei Beschlüssen des Landesausschusses nach Paragraph 100 Absatz 1 oder 3 SGB V oder wenn es sich um einen Zuwachs von Behandlungsfällen handelt, die durch eine Terminservicestelle vermittelt werden) kann von diesem Kriterium abgesehen werden.

- Anträge auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl sind **spätestens** einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals zu stellen, auf das sich der Antrag bezieht.
- Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

**Erfolgt keine Fallzahlzuwachsbeschränkung, gilt die aktuelle Fallzahl im Abrechnungsquartal. Ein Antrag ist also dann nicht erforderlich. Warten Sie daher bitte erst das Abrechnungsergebnis (Honorarunterlagen) ab, um keine unnötigen Anträge zu stellen.**

Auch für Leistungsfälle im **QZV MRT** gilt bei den Fachgruppen der Radiologen und Nuklearmediziner eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (Details siehe Teil 1, Nr. 7.4). Für besondere, wenige Fallkonstellationen (zum Beispiel Krankheit im Vorjahresquartal) besteht dazu ebenfalls die Möglichkeit, einen Fallzahlantrag zu stellen. Für diese Anträge auf Anpassung der Obergrenze in Bezug auf die Leistungsfallzahl im QZV MRT gelten die oben beschriebenen Tatbestände der Aufzählungspunkte 1 bis 4 und 6 entsprechend.

### 2. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs

In der Regel werden Praxisbesonderheiten, die keine besonderen Spezialisierungen darstellen, über HVM-Regelungen, insbesondere durch QZV, berücksichtigt.

Im Einzelfall kann es dennoch vorkommen, dass eine spezialisierte Praxis über die RLV-/QZV-Systematik ihrer Fachgruppe nicht hinreichend abgebildet wird, da sie zum Beispiel spezielle Leistungen als einzige der Fachgruppe erbringt. Für solche Fälle besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze zu stellen.

#### 2.1 Welche Voraussetzungen müssen für eine Anpassung vorliegen?

Sind Besonderheiten im Einzelfall nicht ausreichend über ein QZV abgebildet oder wird die Leistung nicht bereits außerhalb des RLV und der QZV vergütet, kann eine Anpassung der RLV-Fallwerte oder eines QZV-Fallwertes beantragt werden. Eine Fallwertanpassung kann erfolgen, wenn sich ein besonderer Versorgungsbedarf aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergibt.

Es müssen folgende Kriterien kumulativ erfüllt sein und die Umstände im Einzelfall dürfen nicht gegen die Anerkennung einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung sprechen.

- Die Überschreitung der Obergrenze muss höher sein als die durchschnittliche Überschreitung der Fachgruppe.  
**Beispiel:** Die durchschnittliche Überschreitung in der Fachgruppe beträgt 10,5 Prozent. Der Antragssteller müsste die Obergrenze somit um mehr als 10,5 Prozent überschreiten.
- Der Fallwert des Antragsstellers nach B€GO bezogen auf die Leistungen, die unter die Obergrenze fallen – also alle RLV- und QZV-Leistungen – liegt im aktuellen Quartal wenigstens 20 Prozent über dem entsprechenden Fallwert nach B€GO der Fachgruppe.

**Beispiel:** Die Fachgruppe hat einen Obergrenzen-Fallwert von 70 Euro. Der Fallwert des Antragsstellers muss also mindestens 84 Euro betragen.

- Der Leistungsbedarf nach B€GO für die beantragten Gebührenordnungspositionen muss einen Anteil von wenigstens 20 Prozent am Gesamtleistungsbedarf aller EBM-Leistungen nach B€GO (ohne Kostenpauschalen) haben.

**Beispiel:** Der Gesamtleistungsbedarf des Antragsstellers beträgt 30.000 Euro. Der Leistungsbedarf der beantragten Gebührenordnungspositionen muss also mindestens 6.000 Euro betragen.

- Je nachdem, ob die beantragten Leistungen in das RLV oder in ein QZV fallen, muss der Fallwert der Leistungen des RLV oder der Fallwert der Leistungen des betreffenden QZV (nach B€GO) wenigstens 15 Prozent über dem entsprechenden Fallwert der Leistungen des RLV oder QZV nach B€GO der Fachgruppe liegen.

**Beispiel:** Zwei der beantragten Leistungen fallen ins RLV, eine ins QZV „Schmerztherapeutische spezielle Behandlung“. Der Fallwert der RLV-Leistungen der Fachgruppe beträgt 40 Euro, der Fallwert des Antragsstellers für RLV-Leistungen muss also mindestens 46 Euro betragen. Der Fallwert der Fachgruppe für Leistungen des QZV „Schmerztherapeutische spezielle Behandlung“ beträgt 30 Euro, der Fallwert des Antragsstellers für Leistungen dieses QZV muss mindestens 34,5 Euro betragen.

Bei Ärzten mit Mehrfachzulassungen und fachärztlich tätigen Internisten mit Tätigkeit in mehreren Schwerpunkten, soweit eine eindeutige Schwerpunkttätigkeit in einem Schwerpunkt nicht gegeben ist, kann ein besonderer Versorgungsbedarf auch gegeben sein, wenn eines oder mehrere der im 2. bis 4. Aufzählungspunkt genannten Kriterien nicht vorliegt beziehungsweise vorliegen. Ob eine Erhöhung der Obergrenze in diesen Fällen erfolgen kann, wird jeweils im Einzelfall geprüft.

### 2.2 Wie erfolgt eine Erhöhung?

Wird ein besonderer Versorgungsbedarf anerkannt, wird die Obergrenze erhöht. Die Erhöhung gilt grundsätzlich für vier Quartale, soweit während dieser Zeit die Voraussetzungen für die Anerkennung des besonderen Versorgungsbedarfs fortbestehen. Damit ist es in diesem Zeitraum nicht notwendig, für jedes Quartal einen eigenen Antrag zu stellen. Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

Ein Antrag nach Nummer 1 oder 2 ist bis spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals zu stellen, auf das sich der Antrag bezieht.

Nachdem es für die Prüfung der Antragsvoraussetzungen entscheidend auf die Abrechnungsergebnisse des aktuellen Quartals ankommt, empfiehlt es sich, den Antrag unter Berücksichtigung der Abrechnungszahlen Ihrer Praxis, also nach Quartalsabschluss beziehungsweise nach Erhalt der Honorarunterlagen zu stellen.

Bitte berücksichtigen Sie in diesem Zusammenhang auch die Kataloge der sogenannten „freien Leistungen“ beziehungsweise „Topf-im-Topf-Leistungen“. Diese Leistungen unterliegen nicht der Obergrenze (RLV/QZV) und können daher nicht als Begründung für eine Erhöhung der Obergrenze anerkannt werden.

Sie erleichtern uns die Antragsbearbeitung und verkürzen damit auch die Bearbeitungszeit, wenn Sie

- die unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/anpassung-der-obergrenze](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/anpassung-der-obergrenze) unter *Antragstellung/Formulare der „Anpassungsanträge“* eingestellten Antragsformulare verwenden,
- Ihren Antrag – soweit das Antragsformular nicht ausreicht – in einem Schreiben weiter begründen (bitte vermeiden Sie es, weitere Einzelbegründungen nachzureichen),
- nicht in einem Schreiben gleichzeitig einen Antrag stellen und Widerspruch einlegen.

#### Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

### 3. Härtefallregelung

Führt die Anwendung der Bestimmungen zu den RLV beziehungsweise QZV in Einzelfällen zu einer unzumutbaren Härte, kann auf Antrag aus Sicherstellungsgründen eine Anpassung der Obergrenze erfolgen, wenn die Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise (zum Beispiel Einnahmenüberschussrechnung) belegt ist. Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

Bitte beachten Sie, dass ein Antrag auf Härtefall frühestens mit Bekanntgabe des Honorarbescheids gestellt werden kann. Der Härtefallantrag ist dann bis spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids zu stellen. Ein Härtefallantrag gilt immer nur für ein Quartal. Details zur Antragstellung finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/anpassung-der-obergrenze](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/anpassung-der-obergrenze).

### Teil 3: Vergütungsregelungen für psychotherapeutische Leistungen

#### 1. Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Die Leistungen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
- Zudem werden für die in Paragraph 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen auch die GOP 35150 (Probatorische Sitzung im Einzelsetting) und die GOP 35163 bis 35169 (Probatorik im Gruppensetting) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
- Ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die GOP 35151 und 35152 EBM und die GOP 35173 bis 35179 EBM (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung) vergütet.
- Auch werden die GOPen des Kapitels 37.5 EBM (Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Damit wird ein Großteil der psychotherapeutischen Leistungen zu festen Preisen ohne Einschränkungen gezahlt.

#### 2. Vergütung der in der MGV verbleibenden Leistungen

Über den HVM ist damit nur noch die Vergütung der „restlichen psychotherapeutischen Leistungen“ zu regeln, die von

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

erbracht werden.

Dabei handelt es sich um folgende Leistungsbereiche:

- Kapitel 22 EBM
- Kapitel 23 EBM
- Abschnitt 35.1 EBM (ohne die in Nr. 1 genannten GOP))
- Abschnitt 35.3 EBM
- Sonstige Leistungen (siehe zum Beispiel Präambel 22.1 und 23.1)

Für diese Leistungen ist im HVM ein eigener Fonds gebildet. Die Berechnung des Fonds ist im HVM festgelegt. Werden im Abrechnungsquartal von den oben genannten Fachgruppen zusammen mehr Leistungen in diesem Bereich abgerechnet, als im Fonds vorgesehen, können die Leistungen nur noch quotiert ausgezahlt werden.

Als Quotierungsuntergrenze ist eine Quote von 85 Prozent festgelegt.

### Anhang: Für das RLV relevante Arztgruppen/Fachgruppen

- Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- 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 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 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie
- 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

### **Hinweis:**

Zum Redaktionsschluss dieser Broschüre waren die erforderlichen Vereinbarungen auf Landesebene noch nicht abschließend vereinbart. Sollten sich Änderungen ergeben, informieren wir Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

In dieser Broschüre werden die aktuell geltenden HVM-Regelungen zusammengefasst und in vereinfachter beziehungsweise verkürzter Form dargestellt. Kommt es bei Auslegungsfragen auf den genauen Wortlaut an, ist nicht die Formulierung dieser Broschüre maßgeblich, sondern der veröffentlichte HVM-Text.

## Impressum

**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

[www.kvb.de](http://www.kvb.de)

**Redaktion:**

Referat Gesamtvergütung und  
Honorarverteilung

**Grafik und Layout:**

Stabsstelle Kommunikation

**Titelbild:**

[stock.adobe.com/ChristianStoll](https://stock.adobe.com/ChristianStoll)

**Stand:**

Dezember 2024