

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Antwortfaxnummer: 089 57093-64939

---

## **Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Beschäftigung von geförderten Weiterbildungsassistenten (WBA) nach § 75a SGB V**

Ein Antrag ist nur erforderlich, wenn Sie von einer Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) und/oder einer Fallwertminderung (FWM) betroffen sind. Sie können im Antrag bis zu zwei WBA angeben.

### **1 Allgemeine Angaben**

#### **Antragsteller**

(bei Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ wird ein Antrag je Arzt benötigt)

LANR:

Titel:

Name, Vorname:

Facharztbezeichnung:

E-Mailadresse:

Telefonnummer:

#### **Hauptbetriebsstätte**

BSNR:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

### **2 Quartal**

Fristgerecht wird die Anpassung der Obergrenze für folgende Quartale beantragt:

(die Frist endet einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheides)

1/2026

2/2026

3/2026

4/2026

### 3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten im Rahmen der geförderten Weiterbildung nach § 75a SGB V

**Weiterbildungsassistent 1** ggf. LANR: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Titel: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Weiterbildungszeitraum: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Vertragliche Wochenarbeitszeit |\_\_\_\_| Stunden

Dauer der ärztlichen Tätigkeit entsprechend den Stufen gemäß § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/VKA

Stufe 2       Stufe 3       Stufe 4       Stufe 5       Stufe 6

---

**Weiterbildungsassistent 2** ggf. LANR: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Titel: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Weiterbildungszeitraum: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Vertragliche Wochenarbeitszeit |\_\_\_\_| Stunden

Dauer der ärztlichen Tätigkeit entsprechend den Stufen gemäß § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/VKA

Stufe 2       Stufe 3       Stufe 4       Stufe 5       Stufe 6

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt des Antrages zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel

Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

**Bitte beachten!**

Bei Änderung der Ausbildungsstufe eines Weiterbildungsassistenten bitten wir um zeitnahe Information, damit die Bearbeitung auf Basis aktueller Daten erfolgen kann.

Die Mitteilung kann formlos an Fax-Nummer 0911/94667-151 oder postalisch an KVB, Abrechnung/Honoraranträge, Vogelsgarten 6, 90402 Nürnberg erfolgen.

Nähere Informationen, wie zum Beispiel die Fristen der Antragsstellung, weitere Voraussetzungen sowie die Durchführungsrichtlinien, finden Sie auf unserer Internetseite unter:

[www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik Mitglieder – Abrechnung – Honorar – Anpassung der Obergrenze

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gerne in Textform zu.