

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Antwortfaxnummer: 089 57093-64939

---

## **Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Fallzahl**

Erfolgt keine Fallzahlzuwachsbegrenzung, gilt die aktuelle Fallzahl im Abrechnungsquartal (dies gilt generell für die RLV-Fallzahl im Jahr 2026). Ein Antrag ist in diesem Fall nicht erforderlich.

### **1 Allgemeine Angaben**

#### **Zum Antragsteller**

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

LANR:

Titel:

Name, Vorname:

Facharztbezeichnung:

E-Mailadresse:

Telefonnummer:

#### **Zur Hauptbetriebsstätte**

BSNR:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

### **2 Quartal**

Fristgerecht wird die Anpassung der Obergrenze für folgendes Quartal beantragt:  
(die Frist endet einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheides)

**1/2026**

### 3 QZV MRT Leistungsfallzahl – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

- 3.1 Vertretung eines Arztes/einer Ärztin in eigener Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit**

LANR: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des/r Vertretenen: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Vertretung: von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- 3.2 Vertretung eines Arztes/einer Ärztin einer Praxis in der näheren Umgebung aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit**

BSNR: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des/r Vertretenen: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Vertretung: von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- 3.3 Aufgabe einer Zulassung/Genehmigung in der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung**

BSNR: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des/r Ausgeschiedenen: \_\_\_\_\_

Nennung der beendeten Genehmigung: \_\_\_\_\_

Datum der Aufgabe: \_\_\_\_\_

- 3.4 Außergewöhnlicher und durch den Arzt/die Ärztin unverschuldeten Grund, der zu einer niedrigeren Leistungsfallzahl des Arztes/der Ärztin im Vorjahresquartal geführt hat.**

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

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

Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin

Stempel

**Bitte beachten!**

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.