

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)

☐ **3/2026**

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 unverschuldeter 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 in der Rubrik Mitglieder – Abrechnung – Honorar – Anpassung der Obergrenze

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