

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Fax 0 89 / 5 70 93 – 64 939

## Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Fallwert

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (bei Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ ein Antrag je Arzt)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____,	<b>Vorname</b> _____
<b>Facharztbezeichnung</b> _____	
<b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer

### 2. Quartal

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

<input type="checkbox"/> 3/2019
---------------------------------

### 3. RLV-Fallwert – Antragsgründe Besonderer Versorgungsbedarf

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

<p><b>1. Besonderer Versorgungsauftrag</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>Begründung:</u></b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bitte stellen Sie Ihren besonderen Versorgungsauftrag dar.</p> <p><b>2. Bedeutsame fachliche Spezialisierung</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>Begründung:</u></b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bitte stellen Sie konkret Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar. Ergänzend können Sie beispielhafte Leistungspositionen anführen.</p>
---

### 4. QZV-Fallwert – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

<p><b>1. Besonderer Versorgungsauftrag</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>Begründung:</u></b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bitte stellen Sie Ihren besonderen Versorgungsauftrag dar.</p>
--

## 2. Bedeutsame fachliche Spezialisierung

### Begründung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte stellen Sie konkret Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar. Ergänzend können Sie beispielhafte Leistungspositionen anführen.

## Auszug aus den Durchführungsrichtlinien Fallwert

### zu den Punkten 3.1. und 4.1.

Ein besonderer Versorgungsauftrag liegt vor, wenn dessen Durchführung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen an den Vertragsarzt stellt und in bundes- oder landesrechtlichen Bestimmungen als solcher ausdrücklich bestimmt ist (z.B. Fälle der Anlage 9 der Bundesmantelverträge BMV-Ä).

### zu den Punkten 3.2. und 4.2.

(III) Ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung kann vorliegen, wenn

- a) die Überschreitung der Obergrenze überdurchschnittlich (RLV-Fachgruppe) ist,
- b) der Obergrenzenfallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) wenigstens 20% über dem korrespondierenden Obergrenzenfallwert der Fachgruppe liegt,
- c) die Leistungen des besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung wenigstens 20% des Gesamtleistungsbedarfs EBM (ohne Kostenpauschalen) des Antragstellers umfassen, und
- d) der jeweilige Fallwert des Antragstellers (RLV und/oder QZV) im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) wenigstens 15% über dem jeweiligen Fallwert (RLV und/oder QZV) der Fachgruppe liegt,

und die Umstände des Einzelfalles nicht gegen die Anerkennung einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung sprechen.

Ist bei Ärzten mit Mehrfachzulassungen oder Fachärzten für Innere Medizin mit Tätigkeit in mehreren Schwerpunkten eine Tätigkeit mit eindeutigem Versorgungsschwerpunkt in einem Gebiet oder Schwerpunkt (Abschnitt B Nr. 7.2.5 Absatz 1 oder 2) nicht feststellbar, kann eine bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliegen, obwohl eines oder mehrere der Merkmale in Absatz (III) Buchst. b) bis d) nicht vorliegt bzw. vorliegen. In diesen Fällen erfolgt eine Prüfung im Einzelfall.


**zu den Punkten 3 und 4**

Zwischen der Überschreitung des Obergrenzen-Fallwertes der Fachgruppe und dem besonderen Versorgungsbedarf muss ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Der Antragsteller soll die Kausalität für die Obergrenzenüberschreitung als Folge des besonderen Versorgungsbedarfs darlegen. Bestehen konkrete Hinweise darauf, dass auch andere Ursachen den höheren Fallwert beeinflusst haben, sind diese mindernd zu berücksichtigen (z.B. Ergebnis der Wirtschaftlichkeits- und /oder Plausibilitätsprüfung).

**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 / Vertragspsychotherapeut 

Stempel Antragsteller



**Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

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 Informationen auch gerne in Textform zu.

Nähere Informationen wie zum Beispiel zu dem Zeitrahmen der Antragsstellung finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/ Honorar/ Honorar ab 01.01.2019*.