

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.  
Ein Antrag ist in diesem Fall nicht erforderlich.

### 1 Allgemeine Angaben

#### Zum Antragsteller

(bei Berufsausübungsgemeinschaft 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)

**2/2024**

### 3 RLV-Fallzahl – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

- 3.1 Vertretung eines/r Arztes/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/r Arztes/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 näheren Umgebung**

BSNR: | | | | | | | | | |

LANR: | | | | | | | | | |

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

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

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

- 3.4 Versorgung (in nicht untergeordnetem Umfang) von Patienten aus einem (drohend) unterversorgten Planungsbereich durch Ärzte mit Sitz in einem an diesen angrenzenden Planungsbereich.**

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---



**4.3 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: \_\_\_\_\_

**4.4 Außergewöhnlicher und durch den/die Arzt/Ärztin unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Leistungsfallzahl des/r Arztes/Ärztin im Vorjahresquartal geführt hat.**

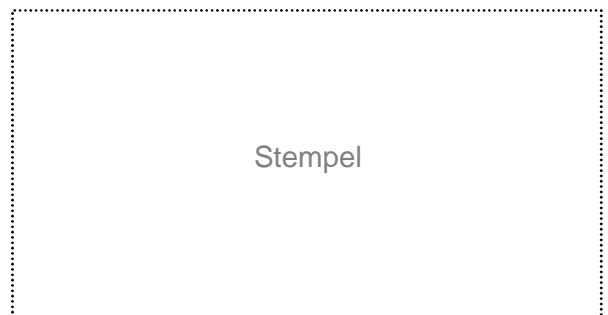
**Begründung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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  
Vertragspsychotherapeut/-therapeutin



**Bitte beachten!**

Nähere Informationen, wie zum Beispiel Fristen der Antragstellung 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.