

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut** gemäß Anhang 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

### 1. Allgemeine Angaben

**1.1 Antragsteller** (Vertragsarzt/-psychotherapeut, BAG-Vertretungsberechtigter bzw. MVZ-Vertretungsberechtigter)

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Titel \_\_\_\_\_

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

ggf. Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der (geplanten) **Hauptbetriebsstätte**

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

BSNR (sofern bereits bekannt): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### 1.2 Die Antragstellung erfolgt für

**den Antragsteller persönlich**, aufgrund der (geplanten) Niederlassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut in der förderfähigen Arztgruppe *oder*

- den Antragssteller**, aufgrund der Anstellung des nachfolgend benannten Arztes/Psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe zur Erweiterung der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, der BAG oder des MVZ um die förderfähige Arztgruppe bzw. zur Gründung und zum Aufbau des MVZ:

LANR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Titel \_\_\_\_\_

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

Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut gemäß Anhang 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds.

### 2.1 Bei Antragstellung für zugelassenen Vertragsarzt/-psychotherapeuten persönlich:

Ich nehme einen

- vollen Versorgungsauftrag  
 dreiviertel Versorgungsauftrag  
 hälftigen Versorgungsauftrag

im Planungsbereich \_\_\_\_\_ wahr.

Die Aufnahme meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit erfolgt voraussichtlich am:

| | | | | | | |

(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

Bitte beachten Sie, dass der vorliegende vollständige Förderantrag **spätestens nach Ablauf von sechs Monaten** ab Aufnahme der Tätigkeit, für die der Zuschuss beantragt wird, bei der KVB eingegangen sein muss.

Ebenfalls gilt, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung des Förderzuschusses erfolgt. Sollte sich Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

### 2.2. Bei Antragstellung für bei einem Vertragsarzt/-psychotherapeut, einer BAG oder einem MVZ angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

(gemäß der Ziffern 4-6 des Anhangs 1.1)

Der unter 1.2 genannte angestellte Arzt/Psychotherapeut wird im Planungsbereich

\_\_\_\_\_ tätig.



#### 4. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für den Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut finden Sie in Ziffer 3 des Anhangs 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds. Im Falle der Beantragung des Zuschusses aufgrund der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 4-6 des Anhangs 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds ergänzende Fördervoraussetzungen.

Für die Beantragung der Förderung sind neben dem Antragsformular **keine weiteren Unterlagen** einzureichen.

Die KVB behält sich jedoch vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut gemäß Anhang 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds zu klären.

#### 5. Verpflichtungen / Erklärungen

**Ich verpflichte mich**

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in Anhang 1.1. der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich mindestens fünf Jahre vertragsärztlich/-psychotherapeutisch in eigener Praxis tätig zu sein bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, mit dem in der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der BAG oder im MVZ tätigen angestellten Arzt/Psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen,
- während des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums im Rahmen meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt,
- im Rahmen meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung anzubieten, in jedem Fall aber die Mindestsprechstunden gemäß den für Vertragsärzte/-psychotherapeuten maßgeblichen Vorschriften zu erfüllen bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt,
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen, den gewährten Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen sowie
- die gewährte finanzielle Zuwendung an die KVB zurückzuzahlen, wenn ab dem fünften Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit bis zum Ende des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums je Quartal nicht zumindest 60 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der geförderten Fachgruppe in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich im Rahmen meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit erbracht werden bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, wenn dieser die vorgenannten Voraussetzungen nicht in entsprechender Weise erfüllt.  
(bei einem reduzierten Versorgungsauftrag reduziert sich der Anteil entsprechend, Praxisbesonderheiten werden berücksichtigt).

**Ich erkläre, dass**

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der geförderten BAG bzw. in dem geförderten MVZ innerhalb der gesetzlichen bzw. vom Zulassungsausschuss bestimmten Aufnahmefrist oder bis zu dem vom Zulassungsausschuss festgesetzten Zeitpunkt aufgenommen worden ist.
- mir bekannt ist, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der geförderten BAG bzw. in dem geförderten MVZ nicht spätestens innerhalb der gesetzlichen bzw. vom Zulassungsausschuss gesetzten Frist oder zum festgesetzten Zeitpunkt aufgenommen wurde.
- ich verpflichtet bin bzw. die BAG bzw. der Träger des MVZ verpflichtet ist, den gewährten finanziellen Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nichtzutreffenden Angaben beruht.
- mir bekannt ist, dass die KVB einen Rückforderungsanspruch ggf. bereits im Honorarbescheid geltend machen und ggf. durch Aufrechnung mit dem Honoraranspruch realisieren kann.
- mir bekannt ist, dass ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe.
- mir bekannt ist, dass ich neben einer Gewährung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach dem Anhang 1.7 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.
- mir bekannt ist, dass ich neben einer Gewährung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds für denselben angestellten Arzt/Psychotherapeuten keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 1.4 und 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.

**Darüber hinaus erkläre ich, dass**

- über mein Vermögen bzw. das Vermögen der BAG bzw. das Vermögen des MVZ kein Insolvenzverfahren eröffnet bzw. kein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt wurde.

**Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) gewährt eine Prämie für die Niederlassung oder die Gründung eines MVZ im ländlichen Raum für bestimmte Fachgruppen (vgl. Ziffer 3.1 der Landarztprämienrichtlinie (LAPR)). Die Abwicklung der Landarztprämie erfolgt durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

Weitere Voraussetzungen sowie den Antrag auf Gewährung einer Landarztprämie finden Sie unter [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de) in der Rubrik >> Gesundheit >> Gesundheitsversorgung >> Bayerische Gesundheitsagentur >> Landarztprämie. Eine Doppelförderung durch das StMGP und die KVB ist grundsätzlich möglich. Die Prämienhöhe des StMGP richtet sich in diesem Fall nach der Förderbewilligung der KVB.

#### **Einwilligung zur Datenweitergabe**

Ich beabsichtige eine Förderung im Rahmen des Förderprogramms des StMGP zu beantragen bzw. habe eine solche Förderung bereits beantragt und willige ein, dass die KVB dem LGL zur Bearbeitung der Niederlassungsförderung folgende Daten übermittelt:

- LANR
- Vorname und Name
- Geburtsdatum
- Niederlassungsort und -datum
- Art der Niederlassung: Volle / Dreiviertel / Häftige Zulassung
- Datum des Antragseingangs
- Bewilligung / Nicht-Bewilligung des Förderantrags

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Sollten Sie sich im Falle einer Nichteinwilligung zur Datenweitergabe dennoch beim LGL um eine Förderung bemühen, wird Sie das LGL ggf. zur Übersendung Ihres Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheids auffordern.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut  
BAG-/ MVZ-Vertretungsberechtigter

Stempel Antragsteller

Antrag – Anhang –



## **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.

### **KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds:**

Die vollständige KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds in der jeweils aktuellen Fassung finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen>