

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Kosten der Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin / Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin / nichtärztlichen Praxisassistentin** gemäß Anhang 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

*Im Antrag wird einheitlich der Begriff „Praxisassistentin“ verwendet, sofern keine speziellen Regelungen für die jeweilige Ausprägung der Praxisassistentin gelten.*



**Nur Praxisassistentinnen, die ihre Qualifikation nach dem 23.03.2018 erhalten haben bzw. im Falle von bereits qualifizierten Praxisassistentinnen deren Beschäftigungsverhältnis nach dem 23.03.2018 begründet wurde, sind unter Beachtung der Fördervoraussetzungen gemäß des Anhang 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds grundsätzlich förderfähig.**

### 1. Allgemeine Angaben

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

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

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

**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 Hauptbetriebsstätte

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Planungsbereich** \_\_\_\_\_



Die Beschäftigung der Praxisassistentin erfolgt am folgenden Praxisstandort:

\_\_\_\_\_

Planungsbereich: \_\_\_\_\_

Die Beschäftigung als Praxisassistentin wird / wurde aufgenommen am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(Zeitpunkt des Tätigkeitsbeginns)

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 Tätigkeit als Praxisassistentin 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.

**Bei geplanter/laufender Fortbildung zu einer Praxisassistentin:**

Es wird der Zuschuss zur Beschäftigung folgender Praxisassistentin beantragt:  
(bitte keine Mehrfachnennung)

- hausärztliche Versorgungsassistentin (VeraH):
- Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin:
- nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa)

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

Der erfolgreiche Abschluss der Fortbildung zur Praxisassistentin, für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, erfolgt voraussichtlich am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(geplanter Zeitpunkt des Abschlusses der Fortbildung)

Die Beschäftigung als Praxisassistentin mit abgeschlossener Fortbildung wird aufgenommen am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(geplanter Zeitpunkt des Tätigkeitsbeginns)

**Hinweis:** Die Tätigkeitsaufnahme als Praxisassistentin nach abgeschlossener Fortbildung muss innerhalb von 6 Monaten nach dem geplanten Zeitpunkt des Abschlusses der Fortbildung erfolgen.

Der zeitliche Umfang der Beschäftigung entspricht einer

- Vollzeitätigkeit nach dem jeweils gültigen Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte / Arzhelferinnen mit einem Beschäftigungsumfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.
- Teilzeitätigkeit mit einem Beschäftigungsumfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

**Hinweis:** Die Mindesttätigkeit der nichtärztlichen Praxisassistentin bezüglich der Genehmigung der KVB für die Ausführung und Abrechnung von Hilfeleistungen und der Bewilligung der Förderung beträgt 20 Wochenstunden.

Die Beschäftigung der Praxisassistentin erfolgt am folgenden Praxisstandort:

\_\_\_\_\_

Planungsbereich: \_\_\_\_\_

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** erfolgreichem Abschluss der Fortbildung und **nach** der Aufnahme der Tätigkeit als Praxisassistentin die Auszahlung des Fördergeldes erfolgt. Sollte sich Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

### 3. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für den Zuschuss zu den Kosten der Beschäftigung einer Praxisassistentin finden Sie in Ziffer 4 des Anhangs 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds. Im Falle der Beantragung des Zuschusses für eine BAG bzw. ein MVZ finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 5 und 6 des Anhangs 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds ergänzende Fördervoraussetzungen.

Für die Beantragung der Förderung sind neben dem Antragsformular **folgende weitere Unterlagen** einzureichen.

Die KVB behält sich jedoch vor, neben den einzureichenden Unterlagen weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu den Kosten der Beschäftigung einer Praxisassistentin gemäß Anhang 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds zu klären.

#### **Voraussetzung hausärztliche Versorgungsassistentin / Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin**

- Das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung, aus dem hervorgeht, dass die in Ziffer 2.1 bzw. 2.2 des Anhangs 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds genannten Anforderungen an eine Fortbildung zur hausärztlichen Versorgungsassistentin / Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne des Anhang 1.6 erfüllt sind, **liegt dem Antrag bei**.
- Das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung **wird nachgereicht**, da die Prüfung zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absolviert wurde.

#### **Voraussetzungen nichtärztliche Praxisassistentin**

- Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung), für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, **liegt vor**.

*Fortsetzung auf Seite 5*

- Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung), für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, **wird beantragt.**

Bitte beachten Sie, dass sollte der Nachweis über die erforderliche Zusatzqualifikation, welcher die Erfüllung der Anforderungen an eine Fortbildung zur **nichtärztlichen Praxisassistentin** nach Ziffer 2.3 des Anhang 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds bestätigt, der KVB nicht vorliegen, dieser im Rahmen des Förderantrags einzureichen ist.

- Der Nachweis über die erforderliche Zusatzqualifikation nach §7 Delegations-Vereinbarung **liegt der KVB vor.**
- Der Nachweis über die erforderliche Zusatzqualifikation nach §7 Delegations-Vereinbarung **liegt dem Antrag bei bzw. wird nachgereicht.**

#### 4. Verpflichtungen / Erklärungen

**Ich verpflichte mich**

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in Anhang 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- die Praxisassistentin in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich mindestens zwei Jahre ab deren Tätigkeitsaufnahme in der eigenen Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis bzw. in der BAG bzw. im MVZ und/oder in der genehmigten Zweigpraxis zu beschäftigen sowie
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen.

**Ich erkläre, dass**

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die Praxisassistentin, für deren Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, ihre Tätigkeit im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses in dem förderfähigen Planungsbereich aufgenommen hat.
- mir bekannt ist, dass Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn die Praxisassistentin, für deren Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die Tätigkeit im Rahmen des geförderten Beschäftigungsverhältnisses in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung bzw. im Falle einer in Fortbildung befindlichen Praxisassistentin nach Abschluss der Fortbildung aufgenommen hat und dass von dieser Frist nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden kann.
- 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.

*Fortsetzung auf Seite 6*

- 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 1.6 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach dem Anhang 1.7 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 (Antragsteller und die beim Antragsteller tätige Praxisassistentin) 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.**

Bitte denken Sie daran, den mit  gekennzeichneten Nachweis in Kopie dem Antrag beizulegen.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisassistentin

**Stempel Antragsteller**

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Kopie über die Fortbildung zur hausärztlichen Versorgungsassistentin / Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin / nichtärztliche Praxisassistentin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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>