

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis**  
gemäß Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

### 1. Allgemeine Angaben

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

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

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

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

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

Ich bin für das MVZ \_\_\_\_\_ vertretungsberechtigt  
(Name des MVZ)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

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

BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**1.2 Die Antragstellung erfolgt für**

**den Antragsteller persönlich**, für die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der förderfähigen Arztgruppe in der errichteten Zweigpraxis *oder*

**den Antragssteller**, aufgrund der Tätigkeit des nachfolgend benannten angestellten Arztes/Psychotherapeuten bzw. Vertragsarztes/-psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe in der errichteten Zweigpraxis:

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

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

Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis gemäß Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds.

Ich errichte bzw. das o.g. MVZ errichtet eine Zweigpraxis am Standort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Zweigpraxis

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

Die Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in der Zweigpraxis erfolgt voraussichtlich am:

\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.  
(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

In der Zweigpraxis wird der unter Ziffer 1.2 aufgeführte angestellte Arzt/Psychotherapeut tätig.

Das Beschäftigungsverhältnis umfasst: \_\_\_\_\_  
(Stunden/Woche)

Die Aufnahme der Tätigkeit des angestellten Arztes/Psychotherapeuten 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 der anvisierte Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

### 3. Übernahme eines Praxissitzes bzw. eines Arztsitzes

Die Errichtung der Zweigpraxis erfolgt als Nachbesetzung eines Praxissitzes / eines Arztsitzes.

**Abgeber der Praxissitzes / des Arztsitzes:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ bzw.

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

Die Errichtung der Zweigpraxis erfolgt nicht im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes / eines Arztsitzes.

### 4. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für den Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis finden Sie in Ziffer 3 des Anhangs 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds. Im Falle der Beantragung des Zuschusses aufgrund der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 4 und 5 des Anhangs 1.3 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 die Errichtung einer Zweigpraxis gemäß Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds zu klären.

### 5. Verpflichtungen / Erklärungen

**Ich verpflichte mich**

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in Anhang 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- in der geförderten Zweigpraxis mindestens fünf Jahre vertragsärztlich/-psychotherapeutisch tätig zu sein bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten mit dem in der geförderten Zweigpraxis tätigen angestellten Arzt/ Psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen,
- während des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums im Rahmen meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in der Zweigpraxis in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und Leistungen, die regelhaft nicht der förderfähigen Arztgruppe zugeordnet werden können, nur in geringfügigem Umfang anzubieten bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt,
- in der geförderten Zweigpraxis mindestens 10 Sprechstunden pro Woche anzubieten sowie
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen den gewährten Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen.

**Ich erkläre, dass**

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Zweigpraxis aufgenommen worden ist.
- mir bekannt ist, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Zweigpraxis nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen wurde und dass von dieser Frist nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden kann.
- ich verpflichtet bin 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 1.3 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 1.7 und 1.12 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.

**Darüber hinaus erkläre ich, dass**

- über mein Vermögen 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 Filialbildung 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 des Förderantrags folgende Daten übermittelt:

- LANR
- Vorname und Name
- Geburtsdatum
- Tätigkeitsort und Aufnahmedatum der Zweigpraxis
- 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  
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.

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

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