

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes bei Besetzung eines internistisch-rheumatologischen, neurologischen oder psychiatrischen Mindestquotenplatzes** gemäß Anhang 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie

Hinweis: Bei Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist die hier genannte Förderung ausgeschlossen. Eine Förderung wäre in diesem Fall auf Basis des Anhangs 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds möglich.

1. Allgemeine Angaben

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 **Hauptbetriebsstätte**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

BSNR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Planungsbereich _____

2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss zu den Investitionskosten für die Anstellung des nachfolgend benannten Arztes gemäß Anhang 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie.

Angestellter Arzt:

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

Titel _____

Name _____ Vorname _____

Fachgebietsbezeichnung (bitte ankreuzen):

- ☐ Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie)
- ☐ Facharzt für Neurologie
- ☐ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (bzw. Facharzt für Psychiatrie)

Beschäftigungsumfang: _____
(Stunden/Woche)

Planungsbereich _____

Die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den angestellten Arzt erfolgt voraussichtlich am:

| | | | | | | |
(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

Die Auszahlung des quartalsweisen Zuschusses erfolgt erst **nach bestandskräftiger** Entscheidung des Zulassungsausschusses **und tatsächlicher Aufnahme** der vertragsärztlichen Tätigkeit. Sollte sich der anvisierte Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da andernfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

Der vorliegende Förderantrag muss **spätestens nach Ablauf von sechs Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit**, für die der Zuschuss beantragt wird, **bei uns eingegangen sein**. Bei späterem Antragseingang ist diesem Antrag eine **gesonderte schriftliche Begründung** für die verspätete Antragstellung beizulegen.

Wird die Vollzeitstelle durch mehrere (in Teilzeit) angestellte Ärzte ausgefüllt und die Förderung entsprechend für mehr als einen angestellten Arzt beantragt, bitten wir Sie, die weiteren angestellten Ärzte in Anlage A zu ergänzen. Bitte beachten Sie, dass die Förderung je Vollzeitstelle unabhängig von der Anzahl der (in Teilzeit) angestellten Ärzte grundsätzlich auf maximal 18.000 Euro beschränkt ist. Insgesamt sind bis zu drei Vollzeitstellen je Förderempfänger förderfähig; je Vollzeitstelle ist ein eigener Förderantrag zu stellen.

3. Übernahme eines Praxissitzes bzw. Arztsitzes

Der unter 2. genannte Arzt wird im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes / Arztsitzes tätig:

☐ ja, Abgeber des Praxissitzes / Arztsitzes:

Name, Vorname _____ bzw.

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

☐ nein

4. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für den Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes bei Besetzung eines internistisch-rheumatologischen, neurologischen oder psychiatrischen Mindestquotenplatzes finden Sie in II. Ziffer 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie sowie in Ziffer 3 des der Richtlinie zugehörigen Anhangs 3. Im Falle der Beantragung des Zuschusses für eine BAG/ ein MVZ finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 4 des Anhangs 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie ergänzende Fördervoraussetzungen*.

5. Kostenaufstellung

Dem Antrag ist folgende detaillierte Aufstellung über die tatsächlich entstandenen Investitionskosten nach Ziff. 2.1 des Anhangs 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie beizufügen.

[illegible]

* Wir behalten uns die Anforderung weiterer Unterlagen und/ oder schriftlicher Belege vor, soweit dies zur Klärung der Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses oder als Nachweis der geltend gemachten Investitionskosten erforderlich ist.

6. Verpflichtungen / Erklärungen

☐ Ich verpflichte mich:

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in dem Anhang 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden und bei Nichteinhaltung dieser Anforderung den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen,
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid genannten Beschäftigungsumfang mindestens zwei Jahre ausgeübt hat,
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt während des zweijährigen Mindesttätigkeitszeitraums die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort nicht in besonderem Maße berücksichtigt hat und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, in mehr als geringfügigem Umfang angeboten hat – insbesondere darf eine Verlagerung bzw. Veränderung des Leistungs- bzw. Tätigkeitsspektrums nicht dazu führen, dass der Anrechnungsfaktor zur Anrechnung auf die Mindestquote der förderfähigen Fachgruppe reduziert wird (z. B. durch eine überwiegende psychotherapeutische Tätigkeit) oder entfällt – sowie
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt ab dem fünften Quartal nach Aufnahme der Tätigkeit bis zum Ende des zweijährigen Mindesttätigkeitszeitraums je Quartal nicht zumindest 60 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der geförderten Fachgruppe erbracht hat (bei einem reduzierten Beschäftigungsumfang reduziert sich der Anteil entsprechend, Praxisbesonderheiten werden berücksichtigt).

☐ Mir ist bekannt, dass ...

- der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn der angestellte Arzt, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche Tätigkeit in dem förderfähigen Planungsbereich aufgenommen hat,
- die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn der angestellte Arzt, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen der genehmigten Anstellung in dem förderfähigen Planungsbereich nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen hat und dass von dieser Frist nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden kann,
- ich verpflichtet bin bzw. die BAG/ der Träger des MVZ verpflichtet ist, den gewährten finanziellen Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nichtzutreffenden Angaben beruht,
- die KVB ggf. einen Rückforderungsanspruch bereits im Honorarbescheid geltend machen und durch Aufrechnung mit dem Honoraranspruch realisieren kann,
- ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe,
- ich neben einer Gewährung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach Anhang 1.7 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe,
- ich neben einer Förderung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie für denselben angestellten Arzt keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach Anhang 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie und/oder Anhang 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.

☐ **Darüber hinaus erkläre ich, dass**

- über mein Vermögen bzw. das Vermögen der BAG/ 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.

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

KVB-Mindestquoten-Richtlinie:

Die vollständige KVB-Mindestquoten-Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen> unter „Mindestquotenförderung“

