

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten für eine Niederlassung bei Besetzung eines internistisch-rheumatologischen, neurologischen oder psychiatrischen Mindestquotenplatzes** gemäß Anhang 1 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 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds möglich.

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 Förderung wird beantragt für

- ☐ **den Antragssteller persönlich**, aufgrund der (geplanten) Niederlassung als Vertragsarzt in der förderfähigen Fachgruppe *oder*
- ☐ **die Anstellung des nachfolgend benannten Arztes** der förderfähigen Fachgruppe zur Erweiterung der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, der BAG oder des MVZ um die förderfähige Fachgruppe bzw. zur Gründung und zum Aufbau des MVZ:

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)

2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung bei Besetzung eines internistisch-rheumatologischen, neurologischen oder psychiatrischen Mindestquotenplatzes gemäß Anhang 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie.

2.1 Bei Antragstellung für Antragsteller persönlich:

Ich nehme einen

- ☐ vollen Versorgungsauftrag
- ☐ dreiviertel Versorgungsauftrag
- ☐ hälftigen Versorgungsauftrag

im Planungsbereich _____ wahr.

Die Aufnahme meiner vertragsärztlichen Tätigkeit 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 Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls 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.

2.2. Bei Antragstellung für einen angestellten Arzt:

(gemäß der Ziffern 4-6 des Anhangs 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie)

Der unter 1.2 genannte angestellte Arzt wird im Planungsbereich

_____ tätig.

Das Beschäftigungsverhältnis umfasst: _____
(Stunden/Woche)

Die Aufnahme der Tätigkeit des angestellten Arztes 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 Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls 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.



3. Übernahme eines Praxissitzes bzw. eines Arztsitzes

3.1 Bei Antragstellung für Antragsteller persönlich:

Meine Niederlassung im Planungsbereich erfolgt als Nachbesetzung eines Praxissitzes/ Arztsitzes:

☐ ja, **Abgeber des Praxissitzes/ Arztsitzes:**

Name, Vorname _____

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

☐ nein

3.2 Bei Antragstellung für einen angestellten Arzt (gemäß der Ziffern 4-6 des Anhangs 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie):

Der unter 1.2 genannte Arzt wird im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes/ Arztsitzes tätig:

☐ ja, **Abgeber des Praxissitzes/ Arztsitzes:**

Name, Vorname _____

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

☐ nein

4. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für den Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt 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 1. Im Falle der Beantragung des Zuschusses aufgrund der Anstellung eines Arztes finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 4-6 des Anhangs 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie ergänzende Fördervoraussetzungen.

Wir behalten uns die Anforderung weiterer Unterlagen vor, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten für eine Niederlassung bei Besetzung eines internistisch-rheumatologischen, neurologischen oder psychiatrischen Mindestquotenplatzes gemäß Anhang 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie zu klären.

5. Verpflichtungen / Erklärungen

☐ **Ich verpflichte mich**

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in Anhang 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich mindestens fünf Jahre vertragsärztlich in eigener Praxis tätig zu sein bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes, mit dem in der Vertragsarztpraxis, in der BAG/ im MVZ tätigen angestellten Arzt der förderfähigen Fachgruppe an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen,
- während des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt,
- während des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Fachgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt – 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 –,
- im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung anzubieten, in jedem Fall aber die Mindestsprechstunden gemäß den für Vertragsärzte maßgeblichen Vorschriften zu erfüllen bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes, 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 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 Tätigkeit erbracht werden bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes, wenn dieser die vorgenannten Voraussetzungen nicht in entsprechender Weise erfüllt (bei einem reduzierten Versorgungsauftrag reduziert sich der Anteil entsprechend, Praxisbesonderheiten werden berücksichtigt).

☐ **Mir ist bekannt, dass...**

- der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in der geförderten Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der geförderten BAG/ dem geförderten MVZ innerhalb der gesetzlichen bzw. vom Zulassungsausschuss bestimmten Aufnahmefrist oder bis zu dem vom Zulassungsausschuss festgesetzten Zeitpunkt aufgenommen worden ist,
- die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in der geförderten Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der geförderten BAG/ im geförderten MVZ nicht spätestens innerhalb der gesetzlichen bzw. vom Zulassungsausschuss gesetzten Frist oder zum festgesetzten Zeitpunkt aufgenommen wurde,
- 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 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 1.1 und 1.7 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe,
- ich neben einer Gewährung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 1 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie für **denselben** angestellten Arzt keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 2 und 3 der KVB-Mindestquoten-Richtlinie und/oder nach Anhang 1.1. Ziff. 4 – 6 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 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. 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“