

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf Gewährung einer Praxisaufbauförderung gemäß Anhang 1a der Sicherstellungsrichtlinie der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte)	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
ggf. Fachgebietsbezeichnung _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt (Name des MVZ)	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

1.2 Die Antragstellung erfolgt für	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich aufgrund meiner Niederlassung als zugelassener Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
Fachgebietsbezeichnung _____	
Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj	

2. Beantragung

Beantragt wird eine Praxisaufbauförderung gemäß Anhang 1a der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Nur bei Antragstellung durch zugelassenen Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeuten persönlich:

Ich nehme einen

- vollen Versorgungsauftrag
 hälftigen Versorgungsauftrag

im Planungsbereich _____ wahr.

Die Aufnahme meiner vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt voraussichtlich am: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung der Praxisaufbauförderung erfolgt. Sollte sich Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

Nur bei Antragstellung durch den MVZ-Vertretungsberechtigten:

Der unter 1.2 genannte Arzt/ Psychotherapeut nimmt in dem MVZ

1.) als zugelassener Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut mit

- vollem Versorgungsauftrag
 hälftigem Versorgungsauftrag,

2.) bzw. als angestellter Arzt / Psychotherapeut mit

_____ Wochenstunden

im Planungsbereich _____ wahr.

Die Aufnahme der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit durch das MVZ erfolgt voraussichtlich am: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (anvisierter Aufnahmezeitpunkt).

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung der Praxisaufbauförderung erfolgt. Sollte sich Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

3. Praxisausrichtung

Nur bei Zugehörigkeit zu folgenden Fachgruppen erforderlich:

- Augenärzte
- HNO-Ärzte
- Urologen
- Chirurgen
- Hautärzte
- Frauenärzte
- Orthopäden

Die Ausrichtung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit/ des im MVZ vertragsärztlich tätigen Arztes ist

- konservativ.
 operativ.

Zur Erläuterung:

Bei einer konservativen Praxisausrichtung wird der Antragssteller bei differenzierenden Leistungsspektrum in die Gruppe der konservativ tätigen Ärzte eingeordnet. Die Fallzahl und der Honorarumsatz dieser Gruppe werden als Referenzwert festgelegt. Bei einer operativen Praxisausrichtung wird der Antragssteller bei differenzierenden Leistungsspektrum in die Gruppe der kleinen Operateure eingeordnet. Die Fallzahl und der Honorarumsatz dieser Gruppe werden als Referenzwert festgelegt. Für die Eingruppierung als operativ tätiger Arzt ist eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der Qualitätssicherungsvereinbarung der KVB erforderlich.

4. Patenprogramm

Nehmen Sie erstmalig an der vertragsärztlichen Versorgung teil?

- Ja
 Nein

Falls ja, dann melden wir Sie gerne automatisch an unserem Patenprogramm an.

5. Verpflichtungen

Ich verpflichte mich,

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KVB und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden
- in dem förderungsfähigen Planungsbereich/ in der förderungsfähigen Bezugsregion, für den/ die der Zuschuss gewährt wurde, wenigstens fünf Jahre vertragsärztlich/ vertragspsychotherapeutisch in eigener Praxis in dem erforderlichen Umfang tätig zu sein/ als MVZ mit dem im MVZ tätigen Arzt/ Psychotherapeuten der förderungsfähigen Arztgruppe an der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Versorgung in dem erforderlichen Umfang teilzunehmen
- bei der Festlegung der Sprechstundenzeiten und der Wahrnehmung der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen, den gewährten Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen sowie
- einen Mindestanteil des garantierten Umsatzes selbst zu erwirtschaften. Der Mindestanteil wird dabei gestaffelt festgesetzt:
 - im 1. und 2. Quartal: 20 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe
 - im 3. und 4. Quartal: 40% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe
 - im 5. bis 8. Quartal: 60% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe

Darüber hinaus erkläre ich, dass

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche/ vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Vertragsarztpraxis/ Vertragspsychotherapeutenpraxis 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 der Anspruch auf die Förderung erlischt, wenn die vertragsärztliche/ vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Vertragsarztpraxis/ Vertragspsychotherapeutenpraxis bzw. in dem geförderten MVZ 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/ der Träger des MVZ verpflichtet ist, die gewährte finanzielle Zuwendung an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nicht zutreffenden 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
- ich in die Veröffentlichung meiner Praxisdaten in der KVB-Arztsuche eingewilligt habe
- ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe.

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 /
MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller



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.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu klären.

Die vollständige Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvb.de/nachwuchs/arzt-in-praxis/finanzielle-foerdermoeglichkeiten/>