

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zur Beschäftigung eines angestellten Arztes / Psychotherapeuten** gemäß Anhang 3 der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut bzw. BAG- oder MVZ-Vertretungsberechtigter)

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

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

**ggf. Fachgebietsbezeichnung** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

Ich bin für die BAG \_\_\_\_\_ vertretungsberechtigt.  
(Name der BAG)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

## 2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss zur Beschäftigung des folgenden angestellten Arztes / Psychotherapeuten gemäß Anhang 3 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB.

### 2.1 Antragstellung durch den zugelassenen Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

Ich beantrage für die Anstellung des Arztes/Psychotherapeuten

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

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

**Fachgebietsbezeichnung** \_\_\_\_\_

Beschäftigungsumfang: \_\_\_\_\_  
(Stunden/Woche)

den finanziellen Zuschuss nach Anhang 3 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB zu gewähren.

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

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

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

### 2.2 Antragstellung durch den BAG-/ MVZ-Vertretungsberechtigten

Als Vertretungsberechtigter der o.g. BAG / des o.g. MVZ beantrage ich, dieser / diesem für die Anstellung des Arztes/Psychotherapeuten

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

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

**Fachgebietsbezeichnung** \_\_\_\_\_

Beschäftigungsumfang: \_\_\_\_\_  
(Stunden/Woche)

den finanziellen Zuschuss nach Anhang 3 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB zu gewähren.

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

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

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit 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. Übernahme eines Praxissitzes bzw. eines Arztsitzes

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

**Abgeber der Praxis/des Arztsitzes:**

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

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

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

### 4. Verpflichtungen / Erklärungen

**Ich verpflichte mich:**

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KVB 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 / Psychotherapeut die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in dem förderungsfähigen Planungsbereich nicht entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid genannten Beschäftigungsumfang mindestens zwei Jahre ausgeübt hat und dabei die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort nicht in besonderem Maße berücksichtigt wurden

**Darüber hinaus erkläre ich, dass**

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn der angestellte Arzt / Psychotherapeut, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in dem förderungsfähigen Planungsbereich aufgenommen hat
- mir bekannt ist, dass der Anspruch auf die Förderung erlischt, wenn der angestellte Arzt / Psychotherapeut, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische 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 / die BAG bzw. 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 /  
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](http://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 Fördervoraussetzungen zu klären.

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

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