

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin / Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin / nicht-ärztlichen Praxisassistentin** gemäß Anhang 4 der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns



Die Förderung kann für alle Assistenten/Assistentinnen beantragt werden, sofern sie ihre Qualifikation nach dem 23.03.2018 erhalten haben bzw. im Fall von bereits qualifizierten Assistenten/Assistentinnen das Beschäftigungsverhältnis nach dem 23.03.2018 begründet wurde.

### 1. Allgemeine Angaben

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

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

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

Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Planungsbereich \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird gemäß Anhang 4 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB der Zuschuss zur Beschäftigung nachfolgender Assistenz.

### Bei (Neu-)Anstellung einer Assistenz mit abgeschlossener Fortbildung

Es wird der Zuschuss zur Beschäftigung folgender Assistenz beantragt: *(bitte keine Mehrfachnennung)*

- hausärztliche Versorgungsassistenz (VeraH):
- Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin:
- nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa)

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

Der erfolgreiche Abschluss der Fortbildung zur hausärztlichen Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder und Jugendmedizin / nicht-ärztlichen Praxisassistenz, für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, erfolgte am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(Zeitpunkt des Abschlusses der Fortbildung)

Der zeitliche Umfang der Beschäftigung entspricht einer

- Vollzeitätigkeit nach dem jeweils gültigen Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen mit einem Beschäftigungsumfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.
- Teilzeitätigkeit mit einem Beschäftigungsumfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

**Hinweis:** Die Mindesttätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin bezüglich der Genehmigung der KVB für die Ausführung und Abrechnung von Hilfeleistungen und der Bewilligung der Förderung beträgt 20 Wochenstunden.

Die Beschäftigung der Assistenz erfolgt am folgenden Praxisstandort:

\_\_\_\_\_

Planungsbereich: \_\_\_\_\_

Die Beschäftigung als Assistenz wird / wurde aufgenommen am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(Zeitpunkt des Tätigkeitsbeginns)

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** der Aufnahme der Tätigkeit als Assistenz 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.

**Bei geplanter / laufender Fortbildung zu einer Assistenz**

Es wird der Zuschuss zur Beschäftigung folgender Assistenz beantragt: *(bitte keine Mehrfachnennung)*

- hausärztliche Versorgungsassistenz (Verah):  
 Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin:  
 nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa)

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

Der erfolgreiche Abschluss der Fortbildung zur hausärztlichen Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder und Jugendmedizin / nicht-ärztlichen Praxisassistenz, für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, erfolgt voraussichtlich am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(geplanter Zeitpunkt des Abschlusses der Fortbildung)

Die Beschäftigung als Assistenz mit abgeschlossener Fortbildung wird aufgenommen am:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(geplanter Zeitpunkt des Tätigkeitsbeginns)

**Hinweis:** Die Tätigkeitsaufnahme als Assistenz mit abgeschlossener Fortbildung muss innerhalb von 6 Monaten nach dem geplanten Zeitpunkt des Abschlusses der Fortbildung erfolgen.

Der zeitliche Umfang der Beschäftigung entspricht einer

- Vollzeitstätigkeit nach dem jeweils gültigen Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen mit einem Beschäftigungsumfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.  
 Teilzeitstätigkeit mit einem Beschäftigungsumfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

**Hinweis:** Die Mindesttätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin bezüglich der Genehmigung der KVB für die Ausführung und Abrechnung von Hilfeleistungen und der Bewilligung der Förderung beträgt 20 Wochenstunden.

Die Beschäftigung der Assistenz erfolgt am folgenden Praxisstandort:

\_\_\_\_\_

Planungsbereich: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass erst **nach** erfolgreichem Abschluss der Fortbildung und **nach** der Aufnahme der Beschäftigung der Assistenz 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. Voraussetzungen

#### Voraussetzung hausärztliche Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin

- Das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung, aus dem hervorgeht, dass die in Ziffer 1.2.1 bzw. 1.2.2 des Anhangs 4 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB genannten Anforderungen an eine Fortbildung zur hausärztlichen Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne dieser Richtlinie erfüllt sind, **liegt der KVB vor bzw. dem Antrag bei.**
- Das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung **wird nachgereicht**, da die Prüfung zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absolviert wurde.

#### Voraussetzungen nicht-ärztliche Praxisassistenz

- Eine Genehmigung der KVB nach § 6 der Delegations-Vereinbarung für die Ausführung und Abrechnung von Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistenz, für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, **liegt vor.**
- Eine Genehmigung der KVB nach § 6 der Delegations-Vereinbarung für die Ausführung und Abrechnung von Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistenz, für deren Beschäftigung der Zuschuss beantragt wird, **wird beantragt.**

Bitte beachten Sie, dass sollte das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung, welches die Erfüllung der Anforderungen an eine Fortbildung zur **nicht-ärztlichen Praxisassistentin** nach Ziffer 1.2.3 des Anhangs 4 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB bestätigt, der KVB nicht vorliegen, dieses im Rahmen des Förderantrags einzureichen ist.

- Das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung **liegt der KVB vor.**
- Das Zeugnis der Fortbildungseinrichtung **liegt dem Antrag bei bzw. wird nachgereicht.**

### 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
- die hausärztliche Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin / nicht-ärztliche Praxisassistenz in dem förderungsfähigen Planungsbereich mindestens zwei Jahre ab deren Tätigkeitsaufnahme in der eigenen Vertragsarztpraxis und/oder genehmigten Zweigpraxis zu beschäftigen
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen

**Darüber hinaus erkläre ich, dass**

- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die hausärztliche Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin / nicht-ärztliche Praxisassistenz, für deren Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, ihre Tätigkeit im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses in dem förderungsfähigen Planungsbereich / in der förderungsfähigen Bezugsregion aufgenommen hat
- mir bekannt ist, dass der Anspruch auf die Förderung erlischt, wenn die hausärztliche Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin / nicht-ärztliche Praxisassistenz, für deren Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die Tätigkeit im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses mit dem Förderungsempfänger in dem förderungsfähigen Planungsbereich nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung bzw. im Falle einer in Fortbildung befindlichen Assistenz nach Abschluss der Fortbildung aufgenommen hat 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 jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe.

**Ich (Antragsteller und die beim Antragsteller tätige hausärztliche Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin / nicht-ärztliche Praxisassistenz) 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.**

Bitte denken Sie daran, den mit  gekennzeichneten Nachweis in Kopie dem Antrag beizulegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt/  
MVZ-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift hausärztliche Versorgungsassistenz /  
Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendme-  
dizin / nicht-ärztliche Praxisassistenz

**Stempel Antragsteller**

<b>Checkliste</b>	<b>Liegt der KVB bereits vor</b>	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
Kopie über die Fortbildung zur hausärztlichen Versorgungsassistenz / Präventionsassistenz in der Kinder- und Jugendmedizin / nicht-ärztliche Praxisassistenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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/>