

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses für eine Niederlassung als Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut** gemäß Anhang 1 der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

### 1. Allgemeine Angaben

#### 1.1 Antragsteller (Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut bzw. MVZ-Vertretungsberechtigter)

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

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

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

- Ich bin / Ich werde in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut (sein)
- Ich bin für das MVZ \_\_\_\_\_ vertretungsberechtig  
(Name des MVZ)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der (geplanten) **Hauptbetriebsstätte**

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

#### 1.2 Die Antragstellung erfolgt für

- mich persönlich**, aufgrund meiner (geplanten) Niederlassung als zugelassener Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut
- den Träger des MVZ**, zur Gründung und zum Aufbau des MVZ **mit folgendem im MVZ tätigen Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut / angestellten Arzt / Psychotherapeut** (förderfähige Arztgruppe):

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

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

Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut bzw. zur Gründung und Aufbau eines MVZ gemäß Anhang 1 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB.

### 2.1 Nur bei Antragstellung durch zugelassenen Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeuten persönlich:

Ich nehme einen

- vollen Versorgungsauftrag  
 hälftigen Versorgungsauftrag

im Planungsbereich \_\_\_\_\_ wahr.

Die Aufnahme meiner vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit 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.

### 2.2 Nur bei Antragstellung durch den MVZ-Vertretungsberechtigten:

Der unter 1.2 genannte Arzt/ Psychotherapeut wird in dem MVZ tätig als

- zugelassener Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeut mit  
 vollem Versorgungsauftrag  
 hälftigem Versorgungsauftrag,

welcher vom Versorgungsauftrag des MVZ insgesamt umfasst wird.

- als angestellter Arzt/ Psychotherapeut.

Das Beschäftigungsverhältnis umfasst:

\_\_\_\_\_

(Stunden/Woche)

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 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

<p><b>3.1 Bei Antragstellung durch zugelassenen Vertragsarzt/ Vertragspsychotherapeuten persönlich:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meine Niederlassung im Planungsbereich erfolgt als Nachbesetzung eines Praxissitzes/eines Arztsitzes</p> <p><b><u>Abgeber der Praxis/des Arztsitzes:</u></b></p> <p>Name, Vorname _____ bzw.</p> <p>LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> Meine Niederlassung ist keine Nachbesetzung einer Praxis/eines Arztsitzes</p>
<p><b>3.2 Bei Antragstellung durch den MVZ-Vertretungsberechtigten:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Der unter 1.2 genannte Arzt wird im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes/eines Arztsitzes tätig.</p> <p><b><u>Abgeber der Praxis/des Arztsitzes:</u></b></p> <p>Name, Vorname _____ bzw.</p> <p>LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> Der unter 1.2 genannte Arzt wird nicht im Rahmen einer Nachbesetzung einer Praxissitzes/eines Arztsitzes tätig.</p>

### 4. Verpflichtungen / Erklärungen

<p><input type="checkbox"/> <b>Ich verpflichte mich</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KVB und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden</li><li>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</li><li>bei der Festlegung der Sprechstundenzeiten und der Wahrnehmung der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen</li><li>bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen, den gewährten Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen</li></ul>
---

**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.**

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) fördert die Niederlassung im ländlichen Raum für Hausärzte / Hausärztinnen, Kinderärzte / Kinderärztinnen, Frauenärzte / Frauenärztinnen, Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendpsychiater / Kinder- und Jugendpsychiaterinnen. Fördervoraussetzung ist unter anderem die Niederlassung in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern. Die Abwicklung des StMGP-Förderprogramms erfolgt durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

Weitere Fördervoraussetzungen sowie den Förderantrag finden Sie unter [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de) in der Rubrik >> Gesundheit >> Bayerische Gesundheitsagentur >> Förderprogramme des StMGP. Eine Doppelförderung durch das StMGP und die KVB ist grundsätzlich möglich. Die Förderhöhe des StMGP richtet sich 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: Vollzulassung / Teilzulassung
- 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  
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 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/>