Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses für die Errichtung einer Zweigpraxis** gemäß Anhang 2 der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

1. Allgemeine Angaben

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

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Titel** _____

Name _____**, Vorname** _____

ggf. Fachgebietsbezeichnung: _____

☐ Ich bin in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut

☐ Ich bin für das MVZ _____vertretungsberechtigt
(Name des MVZ)

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

_____
E-Mail-Adresse Telefonnumme

1.2 Die Antragstellung erfolgt für

☐ **mich persönlich**, aufgrund meiner Niederlassung als zugelassener Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut mit **vollem Versorgungsauftrag**

☐ **für den Träger des MVZ,** zur Errichtung einer Zweigpraxis mit folgendem im MVZ tätigem Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut / angestellten Arzt / Psychotherapeuten mit **vollem Versorgungsauftrag** (förderfähige Arztgruppe)

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel_____

Name _____, Vorname_____

Fachgebietsbezeichnung: _____

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

2. Beantragung

Beantragt wird der Zuschuss für die Errichtung einer Zweigpraxis gemäß Anhang 2 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB.

2.1 Antragstellung durch den zugelassenen Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut:

☐ Ich beantrage, mir für die Errichtung meiner Zweigpraxis am Standort

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Zweigpraxis

im Planungsbereich _____

den finanziellen Zuschuss nach Anhang 2 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB zu gewähren.

Die Aufnahme der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit in der Zweigpraxis erfolgt voraussichtlich am:

I__I__I__I__I__I__I__I.
(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 Antragstellung durch den MVZ-Vertretungsberechtigten

☐ Als Vertretungsberechtigter des o.g. Trägers des MVZ beantrage ich, diesem für die Errichtung der Zweigpraxis des MVZ am Standort

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Zweigpraxis

im Planungsbereich _____

den finanziellen Zuschuss nach Anhang 2 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB zu gewähren.

Die Aufnahme der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit in der Zweigpraxis erfolgt voraussichtlich am:

I__I__I__I__I__I__I__I.
(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. Leistungserbringung durch angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

☐ In der Filiale soll ausschließlich der beim Antragsteller angestellte Arzt/Psychotherapeut tätig werden.

LANR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Titel _____

Name_____, Vorname_____

Beschäftigungsumfang: _____
(Stunden/Woche)

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

4. Übernahme eines Praxissitzes bzw. eines Arztsitzes

☐ Die Errichtung der Zweigpraxis erfolgt als Nachbesetzung eines Praxissitzes/eines Arztsitzes

Abgeber der Praxis/des Arztsitzes:

Name, Vorname _____bzw.

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

☐ Die Errichtung der Zweigpraxis erfolgt nicht im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes/eines Arztsitzes

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
- in der geförderten Zweigpraxis, mindestens fünf Jahre vertragsärztlich / vertragspsychotherapeutisch tätig zu sein / in der geförderten Zweigpraxis des MVZ mit dem bzw. den für das 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
- in der geförderten Zweigpraxis mindestens 10 Sprechstunden pro Woche anzubieten / als zugelassener Vertragsarzt und Inhaber der Zweigpraxisgenehmigung in der geförderten Zweigpraxis mindestens 20 Sprechstunden pro Woche anzubieten, sofern ich einen fachgebietsidentischen angestellten Arzt / Psychotherapeuten beschäftige, der in der Bedarfsplanung mit dem Anrechnungsfaktor 1,0 berücksichtigt wird
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen den gewährten Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen

☐ **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 Zweigpraxis aufgenommen worden ist
- mir bekannt ist, dass der Anspruch auf die Förderung erlischt, wenn die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Zweigpraxis 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 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. 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/