

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten** gemäß Anhang 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (Vertragsarzt/-psychotherapeut, BAG-Vertretungsberechtigter bzw. MVZ-Vertretungsberechtigter)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

ggf. Fachgebietsbezeichnung _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

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

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

BSNR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Planungsbereich _____

4. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für den Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten finden Sie in Ziffer 3 des Anhangs 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds. Im Falle der Beantragung des Zuschusses für eine BAG bzw. ein MVZ finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 4 und 5 des Anhangs 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds ergänzende Fördervoraussetzungen.

Für die Beantragung der Förderung sind neben dem Antragsformular und der darin enthaltenen Kostenaufstellung (vgl. Ziffer 3.1 des Anhang 1.5) **keine weiteren Unterlagen** einzureichen.

Die KVB behält sich jedoch vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten gemäß Anhang 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds zu klären.

5. Kostenaufstellung

Dem Antrag ist folgende detaillierte Aufstellung über die tatsächlich entstandenen Investitionskosten nach Ziff. 2.1 des Anhangs 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds beizufügen.

Aufwendung	Kosten	Kostennachweis*
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/> Liegt vor
Summe der Kosten:	_____	

* Die KVB kann, soweit sie es darüber hinaus für den Nachweis der geltend gemachten Investitionskosten für erforderlich hält, von dem Antragsteller verlangen, zu den in der Kostenaufstellung angegebenen Investitionen entsprechende schriftliche Belege vorzulegen.

6. Verpflichtungen / Erklärungen

Ich verpflichte mich:

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in dem Anhang 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds 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/-psychotherapeutische Tätigkeit in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid genannten Beschäftigungsumfang mindestens zwei Jahre ausgeübt hat,
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt/Psychotherapeut während des zweijährigen Mindesttätigkeitszeitraums die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort nicht in besonderem Maße berücksichtigt hat und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, in mehr als geringfügigem Umfang angeboten hat sowie
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt/Psychotherapeut ab dem fünften Quartal nach Aufnahme der Tätigkeit bis zum Ende des zweijährigen Mindesttätigkeitszeitraums je Quartal zumindest nicht zumindest 60 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der geförderten Fachgruppe erbracht hat.
(bei einem reduzierten Beschäftigungsumfang reduziert sich der Anteil entsprechend, Praxisbesonderheiten werden berücksichtigt)

Ich erkläre, 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/-psychotherapeutische Tätigkeit in dem förderfähigen Planungsbereich aufgenommen hat.
- mir bekannt ist, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn der angestellte Arzt/ Psychotherapeut, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche/-psychotherapeutische 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 bzw. die BAG bzw. der Träger des MVZ verpflichtet ist, den gewährten finanziellen Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nichtzutreffenden 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.
 - mir bekannt ist, dass ich jegliche Änderungen, welche sich auf die Förderung auswirken könnten, unverzüglich der KVB mitzuteilen habe.
 - mir bekannt ist, dass ich neben einer Gewährung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach dem Anhang 1.7 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.

Fortsetzung auf Seite 5

- mir bekannt ist, dass ich neben einer Förderung des hier beantragten Zuschusses nach Anhang 1.5 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds für denselben angestellten Arzt/Psychotherapeuten keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 1.1 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.

Darüber hinaus erkläre ich, dass

- über mein Vermögen bzw. das Vermögen der BAG bzw. das Vermögen des MVZ kein Insolvenzverfahren eröffnet bzw. kein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt wurde.

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds:

Die vollständige KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds in der jeweils aktuellen Fassung finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen>

Anlage A

zum Antrag auf **Gewährung des Zuschusses zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten**

Sofern neben den unter Ziffer 2. des Antrags aufgeführten angestellten Arzt/Psychotherapeut weitere angestellte Ärzte/Psychotherapeuten für die Gewährung des Zuschusses berücksichtigt werden sollen, sind diese in folgender Übersicht zu ergänzen.

Weitere angestellte Ärzte/Psychotherapeuten:

Angestellter Arzt / Psychotherapeut:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Fachgebietsbezeichnung _____

Beschäftigungsumfang: _____
(Stunden/Woche)

Planungsbereich _____

Anvisierter Aufnahmezeitpunkt: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Angestellter Arzt/Psychotherapeut:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Fachgebietsbezeichnung _____

Beschäftigungsumfang: _____
(Stunden/Woche)

Planungsbereich _____

Anvisierter Aufnahmezeitpunkt: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|