

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung einer finanziellen Förderung des Aufbaus einer Vertragsarzt-/  
Vertragspsychotherapeutenpraxis** gemäß Anhang 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-  
Strukturfonds

### 1. Allgemeine Angaben

<b>1.1 Antragsteller</b> (Vertragsarzt/-psychotherapeut, BAG-Vertretungsberechtigter bzw. MVZ-Vertretungsberechtigter)	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
ggf. Fachgebietsbezeichnung _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt/-psychotherapeut seit/ab: _____ <div style="text-align: center; margin-left: 150px;">tt.mm.jj</div>	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">(Name der BAG)</div>	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">(Name des MVZ)</div>	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der (geplanten) <b>Hauptbetriebsstätte</b>	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
BSNR (sofern bereits bekannt):  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

### 1.2 Die Antragstellung erfolgt für

- den Antragssteller persönlich**, aufgrund der (geplanten) Niederlassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut in der förderfähigen Arztgruppe *oder*

- den Antragssteller**, aufgrund der Anstellung des nachfolgend benannten Arztes/Psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe zur Erweiterung der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, der BAG oder des MVZ um die förderfähige Arztgruppe bzw. zur Gründung und zum Aufbau des MVZ:

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

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

Fachgebietsbezeichnung \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird eine finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis gemäß Anhang 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds.

### 2.1 Bei Antragstellung für zugelassenen Vertragsarzt/-psychotherapeuten persönlich:

Ich nehme einen

- vollen Versorgungsauftrag  
 dreiviertel Versorgungsauftrag  
 hälftigen Versorgungsauftrag

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

Die Aufnahme meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit erfolgt voraussichtlich am:

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

Bitte beachten Sie, dass der vorliegende vollständige Förderantrag **spätestens nach Ablauf von sechs Monaten** ab Aufnahme der Tätigkeit, für die der Zuschuss beantragt wird, bei der KVB eingegangen sein muss.

Ebenfalls gilt, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung der quartalsweisen Förderung erfolgt. Sollte sich Ihr anvisierter Aufnahmezeitpunkt verzögern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit, da anderenfalls ggf. Rückzahlungsansprüche erhoben werden können.

### 2.2 Bei Antragstellung für bei einem Vertragsarzt/-psychotherapeut, einer BAG oder einem MVZ angestellten Arzt/Psychotherapeut:

(gemäß der Ziffern 4-6 des Anhangs 1.2)

Der unter 1.2 genannte angestellte Arzt/Psychotherapeut wird im Planungsbereich \_\_\_\_\_ tätig.

Das Beschäftigungsverhältnis umfasst: \_\_\_\_\_  
(Stunden/Woche)

Die Aufnahme der Tätigkeit des angestellten Arztes/Psychotherapeuten erfolgt voraussichtlich am:

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

(anvisierter Aufnahmezeitpunkt)

Bitte beachten Sie, dass der vorliegende vollständige Förderantrag **spätestens nach Ablauf von sechs Monaten** ab Aufnahme der Tätigkeit, für die der Zuschuss beantragt wird, bei der KVB eingegangen sein muss.

Ebenfalls gilt, dass erst **nach** der Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit die Auszahlung der quartalsweisen Förderung 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

#### 3.1 Bei Antragstellung für zugelassenen Vertragsarzt/-psychotherapeuten persönlich:

- Meine Niederlassung im Planungsbereich erfolgt als Nachbesetzung eines Praxissitzes / eines Arztsitzes

**Abgeber des Praxissitzes / des Arztsitzes:**

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

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

- Meine Niederlassung ist keine Nachbesetzung eines Praxissitzes / eines Arztsitzes.

#### 3.2 Bei Antragstellung für bei einem Vertragsarzt/-psychotherapeut, einer BAG oder einem MVZ angestellten Arzt/Psychotherapeut:

(gemäß der Ziffern 4-6 des Anhangs 1.2)

- Der unter 1.2 genannte Arzt/Psychotherapeut wird im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes / eines Arztsitzes tätig.

**Abgeber des Praxissitzes / des Arztsitzes:**

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

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

- Der unter 1.2 genannte Arzt/Psychotherapeut wird nicht im Rahmen einer Nachbesetzung eines Praxissitzes / eines Arztsitzes tätig.

#### 4. Fördervoraussetzungen

Die Fördervoraussetzungen für die finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis finden Sie in Ziffer 3 des Anhangs 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds. Im Falle der Beantragung des Zuschusses aufgrund der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten finden Sie darüber hinaus in den Ziffern 4-6 des Anhangs 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds ergänzende Fördervoraussetzungen.

Für die Beantragung der Förderung sind neben dem Antragsformular **keine weiteren Unterlagen** einzureichen.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung der Finanziellen Förderung des Aufbaus einer Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis gemäß Anhang 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds zu klären.

#### 5. Praxisausrichtung

**Nur bei Zugehörigkeit zu folgenden Fachgruppen erforderlich:**

- Augenärzte
- HNO-Ärzte
- Urologen
- Chirurgen
- Hautärzte
- Frauenärzte
- Orthopäden

Die Ausrichtung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. des in der Vertragsarztpraxis, in der BAG oder im MVZ vertragsärztlich tätigen Arztes ist

- konservativ.  
 operativ.

**Zur Erläuterung:**

Bei einer konservativen Praxisausrichtung wird der Antragssteller bei differenzierendem Leistungsspektrum in die Gruppe der konservativ tätigen Ärzte eingeordnet. Die Fallzahl und der Honorarumsatz dieser Gruppe werden als Referenzwert festgelegt. Bei einer operativen Praxisausrichtung wird der Antragssteller bei differenzierendem Leistungsspektrum in die Gruppe der kleinen Operateure eingeordnet. Die Fallzahl und der Honorarumsatz dieser Gruppe werden als Referenzwert festgelegt. Für die Eingruppierung als operativ tätiger Arzt ist eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach der Qualitätssicherungsvereinbarung der KVB erforderlich.

#### 6. Verpflichtungen / Erklärungen

**Ich verpflichte mich**

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in Anhang 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich mindestens fünf Jahre vertragsärztlich/-psychotherapeutisch in eigener Praxis tätig zu sein bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten mit dem in der Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der BAG oder im MVZ tätigen angestellten Arzt/Psychotherapeuten der förderfähigen Arztgruppe an der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen,

*Fortsetzung auf Seite 5*

- während des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums im Rahmen meiner vertragsärztlichen/ -psychotherapeutischen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt,
- im Rahmen meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung anzubieten, in jedem Fall aber die Mindestsprechstunden gemäß den für Vertragsärzte/-psychotherapeuten maßgeblichen Vorschriften zu erfüllen bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, dass dieser die vorgenannten Voraussetzungen in entsprechender Weise erfüllt,
- bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen, den gewährten Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen sowie
- die gewährte finanzielle Zuwendung an die KVB zurückzuzahlen, wenn ab dem fünften Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit bis zum Ende des fünfjährigen Mindesttätigkeitszeitraums je Quartal nicht zumindest 60 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der geförderten Fachgruppe in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich im Rahmen meiner vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit erbracht werden bzw. im Falle der Anstellung eines Arztes/Psychotherapeuten, wenn dieser die vorgenannten Voraussetzungen nicht in entsprechender Weise erfüllt (bei einem reduzierten Versorgungsauftrag reduziert sich der Anteil entsprechend, Praxisbesonderheiten werden berücksichtigt).

**Ich erkläre, dass**

- mir bekannt ist, dass während des Förderzeitraums für die quartalsweise Auszahlung der Fördersumme ein Mindestanteil des garantierten Umsatzes selbst zu erwirtschaften ist. Der Mindestanteil wird dabei gestaffelt festgesetzt:
  - im 1. und 2. Quartal: 20 % der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe
  - im 3. und 4. Quartal: 40% der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe
  - im 5. bis 8. Quartal: 60% der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe(bei einem reduzierten Versorgungsauftrag reduziert sich der Anteil entsprechend, Praxisbesonderheiten werden berücksichtigt).  
Wird in einem Quartal des Förderzeitraums die entsprechende Mindestfallzahl nicht erreicht, ist die Auszahlung des finanziellen Zuschusses für dieses Quartal ausgeschlossen.
- mir bekannt ist, dass der bewilligte Zuschuss nur dann zur Auszahlung gelangt, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Vertragsarzt-/ Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der geförderten BAG 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 die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, wenn die vertragsärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit in der geförderten Vertragsarzt-/ Vertragspsychotherapeutenpraxis, in der geförderten BAG bzw. in dem geförderten MVZ nicht spätestens innerhalb der gesetzlichen bzw. vom Zulassungsausschuss gesetzten Frist oder zum festgesetzten Zeitpunkt aufgenommen wurde.

*Fortsetzung auf Seite 6*

- ich verpflichtet bin bzw. die BAG bzw. der Träger des MVZ verpflichtet ist, die gewährte finanzielle Zuwendung 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 der hier beantragten Zuwendung nach Anhang 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach dem Anhang 1.7 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds habe.
- mir bekannt ist, dass ich neben einer Gewährung der hier beantragten Zuwendung nach Anhang 1.2 der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds für denselben angestellten Arzt/Psychotherapeuten keinen Anspruch auf Bewilligung einer Förderung nach den Anhang 1.4 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](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

**KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds:**

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

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