

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen  
 Unternehmensbereich Vertragsärztliche Versorgung  
 Fachbereich Sicherstellung  
 Berliner Allee 22  
 30175 Hannover

## A n t r a g

**auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung  
 Niedersachsen zur Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V  
 (Strukturfonds-Richtlinie)**

1. Antragstellerin/Antragsteller	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Ich bin noch kein/e zugelassene/r Vertragsarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Ich bin ein/e in Einzelpraxis zugelassene/r Vertragsarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigte/r der Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigte/r des Medizinische Versorgungszentrum	
Name der BAG/ des MVZ	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Bankverbindung	IBAN: _____
	Bank: _____

Steuernummer <sup>i</sup>	
Steuer-Identifikationsnummer <sup>ii</sup>	
<b>2. Antragsdaten</b>	
<b>2.1 Ich beantrage einen Investitionskostenzuschuss nach § 2 / § 3 der Strukturfonds-Richtlinie bzw. die Förderung einer Zweigpraxis nach § 4.</b>	
<b>2.2 Die Zulassung/Anstellung erfolgt in folgendem Fachgebiet (bitte ankreuzen):</b>	
<input type="checkbox"/> Hausarzt (Allgemeinmediziner / hausärztliche Internisten) <input type="checkbox"/> HNO-Ärzte <input type="checkbox"/> Hautarzt (Dermatologen) <input type="checkbox"/> Nervenärzte	
<b>2.3 Benennung des Vertragsarztsitzes/Zweigpraxisstandortes, an dem die förderfähige Maßnahme erfolgen soll</b>	
Straße und Hausnummer: _____	
PLZ und Ort: _____	
<b>Förderfähiger Planungsbereich gem. Ausschreibung vom 15.02.2024 (bitte ankreuzen):</b>	
Hausärztlicher Planungsbereich:	
<input type="checkbox"/> Braunschweig-Umland <input type="checkbox"/> Bremerhaven <input type="checkbox"/> Bremervörde <input type="checkbox"/> Buxtehude <input type="checkbox"/> Bremerhaven-Nord <input type="checkbox"/> Bad Pyrmont <input type="checkbox"/> Celle-Nord <input type="checkbox"/> Cloppenburg <input type="checkbox"/> Cuxhaven <input type="checkbox"/> Diepholz <input type="checkbox"/> Emden <input type="checkbox"/> Friesoythe <input type="checkbox"/> Gifhorn <input type="checkbox"/> Helmstedt <input type="checkbox"/> Leer-Süd <input type="checkbox"/> Meppen <input type="checkbox"/> Munster <input type="checkbox"/> Nienburg <input type="checkbox"/> Nordhorn <input type="checkbox"/> Papenburg <input type="checkbox"/> Quakenbrück <input type="checkbox"/> Stade <input type="checkbox"/> Stolzenau <input type="checkbox"/> Sulingen <input type="checkbox"/> Syke <input type="checkbox"/> Wittingen <input type="checkbox"/> Wolfsburg-Umland	
Planungsbereich Hautärzte (Dermatologen):	
<input type="checkbox"/> Holzminden (Landkreis) <input type="checkbox"/> Nienburg/Weser (Landkreis) <input type="checkbox"/> Wesermarsch (Landkreis) <input type="checkbox"/> Helmstedt (Landkreis)	
Planungsbereich HNO-Ärzte:	
<input type="checkbox"/> Lüchow-Dannenberg (Landkreis)	
Planungsbereich Nervenärzte:	
<input type="checkbox"/> Diepholz/Delmenhorst <input type="checkbox"/> Holzminden (Landkreis)	

**2.4 Die Zuwendung wird beantragt (bitte ankreuzen):**

- als Zuwendung bei Übernahme eines bestehenden Arztsitzes
- als Zuwendung bei der Neuerrichtung eines Arztsitzes
- als Zuwendung bei Anstellung einer Ärztin / eines Arztes
- als Zuwendung bei Gründung einer Zweigpraxis

**2.5 Die förderfähige Maßnahme erfolgt zum:****3. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen****3.1 Ich erkläre, dass**

- ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird, als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich z.B. der Abschluss eines Kauf- oder Mietvertrages für Praxisräume, der Kaufvertrag für medizinische Geräte etc. anzusehen,
- ich zum Vorsteuerabzug (bitte ankreuzen)
  - nicht berechtigt bin,
  - berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),
- ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

**3.2 Ich verpflichte mich,**

- für die Dauer von 5 Jahren an dem genannten Standort ärztlich tätig zu sein bzw. an der ärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin / einen angestellten Arzt teilzunehmen.
- eine Beendigung der Tätigkeit unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen anzuzeigen.

**3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass**

- die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden.

**4. Beigefügte Anlagen (Sind zwingender Bestandteil des Förderantrages)**

Kopie des Antrages auf Zulassung/Anstellung/Zweigpraxisermächtigung

**und**

Übersicht über die geplanten Investitionen

**Hinweise zum Antrag:**

1. Gefördert werden kann die Neugründung, Übernahme oder der Einstieg in eine Praxis sowie die Anstellung eines Facharztarztes/ einer Fachärztin.
2. Gefördert werden Aufwendungen (Investitionskosten), die mit dem Erwerb und der Ausstattung einer Praxis oder der Anstellung eines Facharztarztes/ einer Fachärztin zusammenhängen.
3. Eine Förderung wird nicht gewährt, wenn Ärzte, die bereits im Planungsbereich vertragsärztlich tätig sind (Zulassung/Anstellung) lediglich im gleichen Umfang ihren Teilnahmestatus ändern.
4. Die Zulassung und Anstellung wird nur gefördert, wenn sie bedarfsplanungsrelevant ist und der Umfang der Anstellung mindestens zwanzig Stunden wöchentlich beträgt.
5. Gefördert werden können Aufwendungen (Investitionskosten), die mit dem Erwerb und der Ausstattung einer Zweigpraxis zusammenhängen. Die Höhe der Zuwendung beträgt einmalig

maximal die Hälfte der für die Besetzung eines Vertragsarztsitzes ausgeschriebenen Fördersumme.

6. Förderungsvoraussetzung ist ein Antrag auf Zulassung/Anstellungsgenehmigung/Zweigpraxisgenehmigung beim/bei der jeweils zuständigen Zulassungsausschuss/KVN-Bezirksstelle, der nach dem 14. Februar 2024 gestellt wurde.
7. Förderungen können nur für Zulassungen, Anstellungsgenehmigungen oder Zweigpraxisgenehmigungen bewilligt werden, die in 2024 erteilt werden.
8. Die Mittelvergabe durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen erfolgt in der zeitlichen Reihenfolge des Einganges vollständiger Förderungsanträge.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

---

<sup>i</sup> Nur bei Einzelpersonen anzugeben

<sup>ii</sup> Nur bei Einzelpersonen anzugeben