



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

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	
Meldeadresse	
<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 und Anschrift der BAG/ des MVZ	
Telefonnummer	
E-Mail (Für Rückfragen)	
Bankverbindung (Wird für die Auszahlung der Fördermittel verwendet)	IBAN: _____ Bank: _____
Steuer- Identifikationsnummer <sup>i</sup>	

## 2. Antragsdaten

**2.1 Ich beantrage einen Investitionskostenzuschuss nach § 2 / § 3 der Strukturfonds-Richtlinie bzw. die Förderung einer Zweigpraxis nach § 4.**

**2.2 Benennung des Vertragsarztsitzes/Zweigpraxisstandortes, an dem die förderfähige Maßnahme erfolgen soll**

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**Förderfähiger Planungsbereich gem. Ausschreibung vom 11.02.2026 (bitte ankreuzen):**

Hausärztlicher Planungsbereich:

- |                                      |   |   |                                     |
|--------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bad Pyrmont | <input type="checkbox"/> Bremerhaven      | <input type="checkbox"/> Bremerhaven-Nord | <input type="checkbox"/> Buxtehude  |
| <input type="checkbox"/> Celle-Nord  | <input type="checkbox"/> Cloppenburg      | <input type="checkbox"/> Cuxhaven         | <input type="checkbox"/> Friesoythe |
| <input type="checkbox"/> Helmstedt   | <input type="checkbox"/> Hemmoor          | <input type="checkbox"/> Leer-Süd         | <input type="checkbox"/> Meppen     |
| <input type="checkbox"/> Munster     | <input type="checkbox"/> Osterode am Harz | <input type="checkbox"/> Papenburg        | <input type="checkbox"/> Rinteln    |
| <input type="checkbox"/> Salzgitter  | <input type="checkbox"/> Stade            | <input type="checkbox"/> Stolzenau        | <input type="checkbox"/> Sulingen   |
| <input type="checkbox"/> Syke        | <input type="checkbox"/> Wolfsburg        | <input type="checkbox"/> Wolfsburg-Umland |                                     |

Planungsbereich Augenärzte:

- Grafschaft Bentheim

Planungsbereich Frauenärzte:

- Nienburg/Weser (Landkreis)  Wesermarsch (Landkreis)

Planungsbereich Hautärzte (Dermatologen):

- Heidekreis (Landkreis)  Helmstedt (Landkreis)  Northeim (Landkreis)  
 Peine (Landkreis)  Schaumburg (Landkreis)  Uelzen/Lüchow-Dannenberg (Landkreise)  
 Wesermarsch (Landkreis)

Planungsbereich HNO-Ärzte:

- Aurich (Landkreis) / Emden, Stadt  Lüchow-Dannenberg (Landkreis)  
 Salzgitter, Stadt  Wesermarsch (Landkreis)  Wittmund (Landkreis)

Planungsbereich Kinderärzte:

- Cloppenburg (Landkreis)  Hameln-Pyrmont (Landkreis)

Planungsbereich Nervenärzte:

- Wesermarsch (Landkreis)

**2.3 Die Zuwendung wird für folgende Maßnahme 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

**2.4 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 in Form einer Neuniederlassung eines Facharztztes/ einer Fachärztin in einer der o. g. Gemeinden.
2. Für die Anstellung eines Facharztes/einer Fachärztin im Umfang eines vollen Sitzes beträgt die Fördersumme max. die Hälfte des ausgeschriebenen Förderbetrags.
3. Gefördert werden Aufwendungen (Investitionskosten), die mit dem Erwerb und der Ausstattung einer Praxis oder der Anstellung eines Facharztztes/ einer Fachärztin zusammenhängen. Die Höhe der Zuwendung beträgt einmalig maximal die ausgeschriebene Fördersumme je vollem Versorgungsauftrag bzw. die hälftige Fördersumme bei Anstellung.

4. Die Anstellung nach Verzicht auf die Zulassung ist grundsätzlich nicht förderfähig, wenn der Tätigkeitsumfang im Sinne der Bedarfsplanung hierdurch nicht ausgeweitet wird.
5. Die Zulassung und Anstellung wird nur gefördert, wenn sie bedarfsplanungsrelevant ist und der Umfang der Anstellung mindestens zwanzig Stunden wöchentlich beträgt.
6. 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.
7. Förderungsvoraussetzung ist ein Antrag auf Zulassung/Anstellungsgenehmigung/Zweigpraxisgenehmigung beim/bei der jeweils zuständigen Zulassungsausschuss/KVN-Bezirksstelle, der nach dem 10. Februar 2026 gestellt wurde.
8. Förderungen können nur für Zulassungen, Anstellungsgenehmigungen oder Zweigpraxisgenehmigungen bewilligt werden, die in 2026 erteilt werden.
9. Die Förderung ist mit der Auflage verbunden, die vertragsärztliche Tätigkeit im Planungsbereich mind. 5 Jahre auszuüben.
10. 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