

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Meldestelle Praxisnetze  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf Gewährung einer Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Teil 3, Abschnitt A, V. der KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds (KVB-SiRiLi)  
**- Förderung für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung - Anhang 5.1**

### 1. Allgemeine Angaben

<b>1.1 Antragssteller</b>			
<b>Name des Praxisnetzes</b> _____			
<b>Anschrift Geschäftsstelle Praxisnetz</b>			
_____	_____	_____	_____
<b>Straße</b>	<b>Hausnummer</b>	<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
_____		_____	
<b>E-Mail-Adresse</b>		<b>Telefonnummer</b>	
<b>Vertreten durch GeschäftsführerIn</b>			
Titel _____			
Name _____,		Vorname _____	
Bitte beachten Sie, dass <b>jede Änderung der Voraussetzungen zur Anerkennung</b> als Praxisnetz nach den §§ 3, 4 und 5 der Richtlinie der KVB <b>unverzüglich</b> gegenüber der KVB <b>schriftlich anzuzeigen</b> ist. (Verwenden Sie bitte hierfür das Online-Formular auf der Homepage der KVB unter: <a href="http://www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/">www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/</a> ).			

## 2. Beantragung

Hiermit beantragt das Praxisnetz

---

die finanzielle Förderung eines Projektes in einem förderfähigen Versorgungsbereich der vertragsärztlichen Versorgung in Höhe von 40.000 € gemäß Teil 3, Abschnitt A, V. i.V.m. Anhang 5.1 der KVB-SiRiLi.

**Das zu fördernde Projekt trägt die folgende Bezeichnung:**

---

**2.1 Beschreiben Sie kurz das zu fördernde Projekt (in 2-3 Sätzen):**

**2.2 Das zu fördernde Projekt leistet einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** in einem der folgenden Versorgungsbereiche (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- geriatrische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen
- Palliativversorgung
- Versorgung in einer strukturschwachen Region
- Versorgung an den Sektorengrenzen im Sinne einer Begleitung der Versicherten durch die Versorgungssektoren (z. B. Überleitungsmanagement)
- telemedizinische Versorgung
- Sonstiges (bitte beschreiben):  

---

### **2.3 Ausgangssituation/Versorgungsdefizite**

Bitte beschreiben Sie die **Ausgangssituation** sowie eventuelle **Versorgungsdefizite**.

### **2.4 Ziele**

Bitte beschreiben Sie die mit dem Projekt verfolgten **Versorgungsziele**

### **2.5 Verbesserungspotential**

Bitte beschreiben Sie das Verbesserungspotential durch das Versorgungsprojekt hinsichtlich einer **Gewährleistung und/oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung**

## 2.6 Beitrag durch das Praxisnetz

Bitte beschreiben Sie das besondere Potential, das durch die Projektdurchführung durch den Antragsteller als anerkanntes Praxisnetz ermöglicht wird.

## 2.7 Eckpunkte des Projektes

Bitte beschreiben Sie die **Kernelemente** Ihres Projektes (z. B. **Zielgruppe, strukturelle und prozessuale Maßnahmen**, beteiligte **Arztgruppen** und ggf. weitere **Leistungserbringer**)

## 2.8 Laufzeit des Projektes und Zeitplan

Bitte erläutern Sie **Details zur Laufzeit und zum Zeitplan** des Projektes. Die Laufzeit von Projekten kann bis zu drei Jahre betragen (Bitte ggf. als Anhang beifügen)

### 2.9 Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 3. Förderbedingungen

Bitte bestätigen Sie die Förderbedingungen durch Ankreuzen

- Das Praxisnetz verpflichtet sich, nach Ablauf der Laufzeit des Versorgungsprojektes, spätestens aber nach Ablauf des 3. Jahres ab Zugang des Förderbescheides nach der KVB-SiRiLi, einen **Abschlussbericht** des geförderten Projektes als Anlage 1 vorzulegen. Darin sind die konkreten Auswirkungen des geförderten Projektes auf die vertragsärztliche Versorgung sowie die konkrete Mittelverwendung des finanziellen Zuschusses zu benennen. Hierfür ist Anlage 1 dieses Förderantrages zu verwenden.
- Für den Fall, dass die KVB das geförderte Projekt des Praxisnetzes auf ihrer Homepage veröffentlicht, ist das Praxisnetz mit der **Veröffentlichung** des Praxisnetz- und Projektnamens sowie des Praxisnetzlogos einverstanden.
- Das Praxisnetz bestätigt, dass keine Überschneidungen gegeben sind: Neben einer Förderung nach diesem Antrag sind Förderungen nach anderen Anhängen der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds **ausgeschlossen**, wenn inhaltliche Überschneidungen gegeben sind.
- Das Praxisnetz bestätigt, dass über sein Vermögen kein Antrag gemäß **Insolvenzordnung** gestellt wurde (Teil 2, Abschnitt A, 3. der KVB-SiRiLi).
- Der Förderempfänger verpflichtet sich der KVB **Änderungen**, die Auswirkung auf die Gewährung der Förderung haben können, **unverzüglich mitzuteilen**. Gleiches gilt hinsichtlich der Vorlage der für die Prüfung der Fördervoraussetzungen und der Erfüllung des Förderzwecks notwendig erscheinenden Unterlagen (**Mitwirkungspflicht** gemäß Teil 2, Abschnitt B der KVB-SiRiLi).

#### 4. Rückzahlung der Förderung

Die gewährte Fördersumme ist unter Umständen - ggf. teilweise - nach Teil 2, Abschnitt C, Anhang 5.1 Nr. 4.3.2. oder Nr. 5. der KVB-SiRiLi zurückzuzahlen.

Die gewährte Fördersumme ist zurückzuzahlen, wenn

- sie nicht für den geförderten **Förderzweck verwendet** wurde oder wird (Teil 2, Abschnitt C der KVB-SiRiLi).
- die Verpflichtung, einen **Abschlussbericht vorzulegen**, nicht innerhalb von **sechs Monaten** nach Ablauf des in Anhang 5.1 Ziffer 4.3.1 der KVB-SiRiLi genannten Zeitraums erfüllt wird.
- das Praxisnetz die mit dem Versorgungsprojekt verfolgten **Ziele** nicht oder nur teilweise erreicht hat und der Vorstand der KVB beschlossen hat, dass die gewährte Förderung ganz oder teilweise zurückzufordern ist.
- die **Anerkennung** auf der Basisstufe als Praxisnetz innerhalb der Projektlaufzeit gemäß der KBV-Rahmenvorgabe und der KVB-Anerkennungsrichtlinie widerrufen wird oder aus anderen Gründen wegfällt oder wenn sich das Praxisnetz auflöst.

- Ich **bestätige** als vertretungsberechtigte/r GeschäftsführerIn des Praxisnetzes die **Richtigkeit** der Angaben im Förderantrag sowie in den beigefügten Unterlagen.
- Ich **bestätige** als vertretungsberechtigte/r GeschäftsführerIn des Praxisnetzes, dass ich die **Inhalte** des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese Inhalte ausdrücklich als für mich bzw. als für mein Praxisnetz **rechtsverbindlich** an. Mir ist bekannt, dass die Anlagen Bestandteil dieses Antrags sind.
- Ich bestätige als vertretungsberechtigte/r GeschäftsführerIn, dass das Praxisnetz im **Einklang mit berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Bestimmungen** handelt und eventuellen berufsrechtlich relevanten Hinweisen der BLÄK im Rahmen der Anzeige als Praxisverbund gemäß § 23c Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns umfassend nachgekommen ist.

#### 5. Angaben zur Kontoverbindung

KontoinhaberIn:

\_\_\_\_\_

IBAN:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der angegebenen Kontodaten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vertretungsberechtigter  
Geschäftsführung des Praxisnetzes



\_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

## Anlage 1

### Abschlussbericht des geförderten Projektes

(als Teil des Nachweises auf Gewährung einer Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Teil 3, Abschnitt A, V. i.V.m. Anhang 5.1 Nr. 4.3.1 der KVB-SiRiLi)

**Name des Praxisnetzes**

---

**Bezeichnung des geförderten Projektes**

---

Wie hat sich das geförderte Versorgungsprojekt konkret auf die vertragsärztliche Versorgung ausgewirkt?

--

Wie wurden die Fördermittel konkret verwendet?

--





---

Ort, Datum

---

Unterschrift vertretungsberechtigte/r  
GeschäftsführerIn des Praxisnetzes

---

(in Druckbuchstaben)

<b>Wie wurden die Fördermittel verwendet?</b>				
	Jahr:	Jahr:	Jahr:	Jahr:
Personalkosten (Projektmanagement <sup>1</sup> )				
Personalkosten (weitere <sup>2</sup> )				
Personalkosten (ärztliche Aufwendungen)				
<b>Summe Personalkosten</b>				
Sachkosten (Projektmanagement <sup>3</sup> )				
Sachkosten (weitere <sup>4</sup> )				
Sachkosten (ärztliche Aufwendungen <sup>5</sup> )				
<b>Summe Sachkosten</b>				
Sonstige Kosten (Bitte spezifizieren <sup>6</sup> )				
<b>Kosten insgesamt</b>				
<b>Eigenmittel<sup>7</sup></b>				

<sup>1</sup> Dies sind Personalkosten, die ausschließlich auf das Praxisnetzmanagement entfallen (u.a. Netzmanager, Netzkoordinator und weitere Netzmitarbeiter).

<sup>2</sup> Dies sind Personalkosten, die nicht beim Praxisnetzmanagement anfallen. Beispielsweise nicht-medizinische Tätigkeiten von Ärzten (z.B. als Berater oder Workshop-Leiter), Referentenhonorare, Rechtsberatung, Personalkosten externe Agenturen (z. B. Aufträge für Öffentlichkeitsarbeit), weitere Personalkosten von Kooperationspartnern.

<sup>3</sup> Hierunter fallen Sachkosten, die beim Praxisnetzmanagement anfallen, z.B. Raummiete, Druckkosten/Porto, Veranstaltungsorganisation, technische Investitionen, Reisekosten.

<sup>4</sup> Hierunter fallen Sachkosten, die bei den (externen) Projektteilnehmern/-partnern anfallen, z.B. Druckkosten, Veranstaltungsorganisation, technische Investitionen, Reisekosten.

<sup>5</sup> Hierunter fallen Sachkosten, die im Rahmen der ärztlichen Aufwendungen anfallen, z.B. praxisorganisatorische Maßnahmen / Verdienstausschlag.

<sup>6</sup> Kosten, die den oben angegebenen Kategorien nicht zuzuordnen sind, bitte erläutern.


<sup>7</sup> Eigenanteil des Praxisnetzes und von Kooperationspartnern, z.B. Krankenkasse, Krankenhaus, sozialer Träger etc., sowie staatliche Förderer.

- Bitte beachten Sie, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Namen genannt werden dürfen.
- Bitte erläutern Sie die Berechnung für die o.g. Personalkosten ggf. auf einem gesonderten Blatt: Wieviel Stunden pro Woche/Monat sind für die Tätigkeit zu welchem Stundenlohn veranschlagt worden?

---

Ort, Datum

---



Unterschrift vertretungsberechtigter Geschäftsführer  
des Praxisnetzes

---

(in Druckbuchstaben)