

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Meldestelle Praxisnetze
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

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

1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragssteller

Name des Praxisnetzes

Anschrift Geschäftsstelle Praxisnetz

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Vertreten durch GeschäftsführerIn

Titel _____

Name _____, Vorname _____

Ich bin vertretungsberechtigte/r GeschäftsführerIn des genannten Praxisnetzes. Eine entsprechende **Vollmachtserklärung** liegt dem Förderantrag bei. Mir ist bekannt, dass der Förderantrag rechtsunwirksam sein kann, wenn mir die Vertretungsberechtigung bzw. die Zeichnungsbefugnis für das Praxisnetz bei Antragsstellung fehlt.

Bitte beachten Sie, dass **jede Änderung der Voraussetzungen zur Anerkennung** als Praxisnetz nach den §§ 3, 4 und 5 der Richtlinie der KVB **unverzüglich** gegenüber der KVB **schriftlich anzuzeigen** ist. (Verwenden Sie bitte hierfür das Online-Formular auf der Homepage der KVB unter: www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/).

1.2 Das Praxisnetz _____ ist gem. der Richtlinie der KVB auf folgender Stufe / folgenden Stufen anerkannt

Basisstufe, seit _____

Stufe I, seit _____

Stufe II, seit _____

2. Beantragung

Hiermit beantragt das Praxisnetz

_____ die finanzielle Förderung eines Projektes in einem förderfähigen Versorgungsbereich der vertragsärztlichen Versorgung in Höhe von 40.000 € gemäß V. Anhang 5.1 der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Das zu fördernde Projekt trägt die folgende Bezeichnung:

_____ **2.1 Beschreiben Sie kurz das zu fördernde Projekt:**

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 (Bitte ggf. als Anhang beifügen)

2.9 Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt

- Vollmacht des/der GeschäftsführerIn
- _____
- _____

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 Sicherstellungsrichtlinie – Strukturfonds, 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. Nutzen Sie hierfür den Anhang (Anlage 1) dieses Förderantrages.
- Das Praxisnetz verpflichtet sich, sich bis Ablauf der Laufzeit des Versorgungsprojektes, spätestens aber bis zum Ablauf des 3. Jahres ab Zugang des Förderbescheides nach der Sicherstellungsrichtlinie – Strukturfonds, auf die **Stufe I** der Richtlinie der KVB zur Anerkennung von Praxisnetzen weiterzuentwickeln.

- 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.
- Die Bewilligung ist für solche Antragsteller grundsätzlich ausgeschlossen, über deren Vermögen gemäß **Insolvenzordnung** ein Antrag gestellt wurde (Teil 2, Abschnitt A, 3. der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds). Das Praxisnetz bestätigt hiervon nicht betroffen zu sein.
- 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 Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds).

4. Rückzahlung der Förderung

Die gewährte Fördersumme ist unter Umständen - ggf. teilweise - nach Anhang 5.1 Nr. 5 der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds zurückzuzahlen.

Die gewährte Fördersumme ist zurückzuzahlen, wenn

- sie nicht für den geförderten **Förderzweck verwendet** wurde oder wird (Teil 2, Abschnitt C der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds).
- die Verpflichtung gemäß Ziffer 4.3.1 (**Abschlussbericht**) bzw. 4.4.1 (Anerkennung auf **Stufe I**) des Anhang 5.1 der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds nicht innerhalb von **sechs Monaten** nach Ablauf des in Ziffer 4.3.1 genannten Zeitraums erfüllt wird.
- das Praxisnetz die mit dem Versorgungsprojekt verfolgten **Ziele** nicht oder nur teilweise erreicht hat und der Vorstand der KVB unter Berücksichtigung der in 5.1 genannten Details beschlossen hat, dass die gewährte Förderung ganz oder teilweise zurückzufordern ist.
- die **Anerkennung** der Basisstufe als Praxisnetz wegen Nichterfüllung der im Anerkennungsbescheid erteilten Auflagen widerrufen wird oder die Anerkennung als Praxisnetz aus anderen Gründen innerhalb der in Ziffer 4.3.1 der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds der KVB genannten Frist wegfällt oder widerrufen wird. Gleiches gilt, wenn das Praxisnetz innerhalb der in Ziffer 4.3.1 der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds genannten Frist beendet / aufgelöst wird.

- 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 vertretungsberechtigte/r
GeschäftsführerIn 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. der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds der KVB)

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)

Wie wurden die Fördermittel verwendet?				
	Jahr:	Jahr:	Jahr:	Jahr:
Personalkosten (Projektmanagement ¹)				
Personalkosten (weitere ²)				
Personalkosten (ärztliche Aufwendungen)				
Summe Personalkosten				
Sachkosten (Projektmanagement ³)				
Sachkosten (weitere ⁴)				
Sachkosten (ärztliche Aufwendungen ⁵)				
Summe Sachkosten				
Sonstige Kosten (Bitte spezifizieren ⁶)				
Kosten insgesamt				
Eigenmittel⁷				

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

² 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.

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

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


⁵ Hierunter fallen Sachkosten, die im Rahmen der ärztlichen Aufwendungen anfallen, z.B. praxisorganisatorische Maßnahmen / Verdienstaussfall.

⁶ Kosten, die den oben angegebenen Kategorien nicht zuzuordnen sind, bitte erläutern.

⁷ 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)