



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Besondere Versorgungsformen
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Antragszeitraum vom 01.09.2025 bis 31.01.2026

Fristgerecht ausschließlich im Original mit Posteingangsstempel

Kopie & Rückfragen Antrag_SF_Kooperation@KVBB.de

**Antrag auf Gewährung einer Förderung gem. der Maßnahme
„Förderung der kooperativen Berufsausübung zur nachhaltigen Sicherstellung der
Grundversorgung in der Fläche gem. § 1 Abs. 2 Punkt XXV in Verbindung mit der Begleitung
des regionalen Strukturwandels gemäß Pkt. XXVII. der Richtlinie zur Verwendung der Mittel
des Strukturfonds gem. § 105 SGB V der KVBB“**

Antragssteller

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Praxisort: _____

Rückrufnummer: _____

Email: _____

Angaben zum Vorhaben

Projekttitel: _____

Umsetzungsort: _____

Projektstart: _____

Projektzeitraum in Monaten: _____

Gesamtförderbetrag: _____



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Art der Förderung

Achtung: Die Verfahrensrichtlinien enthalten alle verbindlichen Vorgaben, die maßgeblich für die korrekte Antragstellung sind – bitte lesen Sie diese unbedingt vor der Antragstellung vollständig durch.

Alle Angaben müssen schriftlich begründet, nachvollziehbar dargelegt, evtl. mit Beispielen verbildlicht und mit dem Antragsformular im Original eingereicht werden. Bitte erläutern sie auch die Form der Unterstützung durch die KVBB bei ideeller Förderung.

Damit auch Mitarbeitende und Verantwortliche ohne medizinischen Hintergrund die Inhalte vollständig nachvollziehen können, bitten wir um eine allgemein verständliche Formulierung der Unterlagen. Dies erleichtert die interne Abstimmung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich. Benennung des Startdatums)

Ideelle Förderung (zzgl. Angaben oder Beispiele zur Form der Unterstützung durch die KVBB)

- Organisationsunterstützung
- Unterstützung beim Abschluss von Kooperationsverträgen
- Begleitung von Gesprächen mit Krankenhäusern, Kommunen und weiteren lokalen Akteuren
- Unterstützung in der Multiplikatorenrolle im Rahmen des Vorhabens

Materielle Förderung

- Investitionskostenzuschuss für zusätzliche infrastrukturelle, technische, telemedizinische Ausstattung inkl. geplanter Termin der Umsetzung

Hinweis: Der Investitionskostenzuschuss ist ausschließlich für spezifische Investitionen in die infrastrukturelle, technische, telemedizinische Ausstattung im Rahmen der kooperativen Berufsausübung vorgesehen. Nicht förderfähig sind allgemeine Praxis- oder Betriebskosten (z.B. Miete, Gehälter, Grundausstattung), rückwirkende Ausgaben, die vor Bewilligung des Antrages entstanden sind, Standard- oder Grundausstattung, die nicht unmittelbar die kooperative Berufsausübung unterstützt. Bitte geben Sie an, für welche konkreten Anschaffungen Sie den Zuschuss verwenden möchten.

- Aufwendungen der Tätigkeit als Multiplikator (Referententätigkeit, Informationsmaterialien)

Hinweis: Um Ihre geplanten Aktivitäten und Aufwendungen in diesem Bereich zu verdeutlichen, bitten wir Sie darzulegen, welche Maßnahmen Sie als Multiplikator umsetzen möchten. Dies kann z.B. Folgendes umfassen: 1. Geplante Referententätigkeit: Anzahl und Art der Vorträge, Workshops oder Schulungen die Sie durchführen möchten; 2. Informationsmaterialien: Art und Umfang der Materialien, wie Broschüren, Handouts oder digitale Inhalte, die zur Wissensvermittlung erstellt werden sollen.

- Durchführung von Veranstaltungen oder Schulungen zur Realisierung des Vorhabens

Hinweis: Schulungen oder Veranstaltungen werden pauschal mit 50 € pro Person gefördert, bis zu einem Höchstbetrag von 5.000 €. Bitte erläutern Sie kurz die geplanten Schulungsinhalte/ Veranstaltungsziele, die Zielgruppe sowie den Umfang (Anzahl und Teilnehmerzahl) und die hierfür benötigten Ressourcen (z.B. Räume, Materialien).

- Zuschläge zur Vergütung

Hinweis: Die Zuschläge zur Vergütung sind für Maßnahmen/Behandlungen vorgesehen, die spezifisch der kooperativen Berufsausübung zur nachhaltigen Sicherstellung der Grundversorgung dienen, siehe § 3 der Verfahrensrichtlinie zur Förderung der kooperativen Berufsausübung i.V.m. der Begleitung des regionalen Strukturwandels. Bitte geben Sie an für welche Leistungen Sie diese Mittel konkret verwenden möchten. Für die Abrechnung förderwürdiger Behandlungsfälle wird durch die KVBB eine Symbolnummer (SNR) erstellt und mit der Betriebsstätten-Nummer verknüpft. **Nicht gefördert** werden reguläre Praxisleistungen oder Tätigkeiten ohne direkten Bezug zur kooperativen Berufsausübung.



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Projektdetails/ Anlagen

Achtung: Die Einreichung sämtlicher geforderter Anlagen ist Voraussetzung für die Zulassung zum Verfahren.

Anlage 1: Benennung der am Vorhaben Beteiligten einschließlich Kooperationen

(Der Abschluss eines schriftlichen Kooperationsvertrages zwischen den beteiligten Leistungserbringern ist Voraussetzung für die Bewilligung der beantragten Mittel im Rahmen der kooperativen Berufsausübung.)

Anlage 2:

- 1. Beschreibung des Vorhabens inkl. Beschreibung der Ausgangssituation (Ist-Zustand)**
- 2. Meilensteinplanung inkl. Datum und Zielstellung zur Umsetzung des Vorhabens**
- 3. Benennung und Bewertung der konkreten Maßnahmen/Lösungsansätze (Änderung des Ist-Zustandes)**

(Konzept, Skizzen oder andere veranschaulichende Materialien können Sie dem Antrag als Anhang beifügen)

Anlage 3: Ziele/Auswirkungen des Vorhabens

Anlage 4: Kostenübersicht / -kalkulation

Die Grundlage für das Antragsverfahren, die Bewilligung und die Umsetzung eines Fördervorhabens bildet die unter www.kvbb.de/praxis/praxiswissen/strukturfonds veröffentlichte „Verfahrensrichtlinie zur Förderung der kooperativen Berufsausübung zur nachhaltigen Sicherstellung der Grundversorgung in der Fläche in Verbindung mit der Begleitung des regionalen Strukturwandels im Rahmen der Ambulantisierung aus dem Strukturfonds gem. § 105 SGB V“.

Der Antrag ist per Post, gern auch ergänzend per E-Mail an die oben genannte Adresse im Zeitraum vom 01.09.2025 bis 31.01.2026 (Datum Eingang bei der KVBB, „Windhundprinzip“) zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Arzt-/Praxisstempel)