Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
ZS_2-Substitution
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Heike Lange | Telefon 0721 5961-1301| Fax 0721 5961- 483 868 | heike.lange@kvbawue.de

Antrag auf Gewährung der Förderung von substitutionsgestützter Behandlung

zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

Hiermit beantrage ich

Titel _____ Name _____ Vorname/n _____

Facharzt für _____ LANR _____ zugelassen seit _____

Straße _____ Hausnummer _____

Stadt/Gemeinde _____ Postleitzahl _____

E-Mail _____ Telefon _____

eine Förderung für die substitutionsgestützte Behandlung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts "Ziel und Zukunft in meiner/unserer

❍ Hauptbetriebsstätte **oder** ❍ Nebenbetriebsstätte

BSNR _____

Straße _____ Hausnummer _____

Stadt/Gemeinde _____ Postleitzahl _____

Das Vorhaben wir voraussichtlich zu folgendem Datum umgesetzt: _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Vorhaben: _____

Um uns vollständig über Ihr geplantes Vorhaben zu informieren und Ihren Antrag vollumfänglich bearbeiten zu können, benötigen wir nachfolgende Informationen. Wir weisen darauf hin, dass Ihnen aus den hier getätigten Angaben zum Status des Fördervorhabens und von vorausgegangenen Förderanträgen keinerlei Nachteile erwachsen oder Vorteile entstehen.

Status des Fördervorhabens:

❍ Ich stehe in Kontakt mit den Niederlassungsberatern[1] der KVBW.

❍ Die Beantragung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ist noch nicht erfolgt.

❍ Die Beantragung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ist erfolgt.

❍ Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger liegt bereits vor.

❍ Ich habe in den letzten 4 Quartalen vor der Antragstellung keine substitutionsgestützte Behandlung durchgeführt und abgerechnet.

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (m/w/d).

Vorausgegangene Förderanträge des Antragstellers:

❍ Ich habe in der Vergangenheit bereits eine/mehrere Förderung/en beantragt.

1. Förderantrag:

Im Jahr	Für	Stadt/Gemeinde	Beschluss

2. Förderantrag:

Im Jahr	Für	Stadt/Gemeinde	Beschluss

Ergänzen Sie weitere Angaben ggf. auf einer zusätzlichen Seite.

❍ Ich habe bisher noch keine Förderung beantragt.

Ich erkläre mich bereit drei Jahre Substitutionstherapien für GKV-Patienten in meiner Praxis anzubieten und aktiv zur Sicherstellung der Substitutionsbehandlung in Baden-Württemberg beizutragen.

❍ Ja ❍ Nein

Datenschutzhinweis

Zum Zwecke der Antragsprüfung und Bearbeitung sowie zur Bearbeitung des Förderverfahrens erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet die KVBW persönliche Daten. Die Abgabe der Einwilligungserklärung erfolgt dabei freiwillig und auf Basis der zur Verfügung gestellten Informationen zu Inhalt, Umfang und Zweck im Sinne der geltenden Datenschutzvorschriften. Es stehen Ihnen sämtlich Rechte entsprechend der geltenden DSGVO zu. Wir dürfen hierzu auf die "Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft" hinweisen. Diese Informationen ist über die Homepage abrufbar und wird Ihnen auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt. Durch Ihre Unterschrift wird die untenstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Bestandteil des vorliegenden Antrags.

Online-Evaluation

Gemäß § 10 Absatz 5 der ZuZ-Richtlinie soll der Antragsteller nach Erhalt des Bescheides an einer Evaluation teilnehmen. Diese wird per E-Mail über einen Link zugesandt und die Daten anschließend anonymisiert ausgewertet, um das Förderprogramm Ziel und Zukunft kontinuierlich weiterentwickeln zu können. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit einer Teilnahme an der Evaluation einverstanden und stimmen der anonymisierten Nutzung Ihrer Daten für die Evaluation zu.

Allgemeine Hinweise

- Die Teilnahme an der substitutionsgestützten Behandlung von GKV-Patienten kann mit einem Einmalbetrag in Höhe von maximal 2.500 Euro (gem.§ 5 Abs. 3 BtMVV qualifizierten Arztes) bzw. 1.500 Euro (für Fälle des § 5 Abs. 4 BtMVV) zur Finanzierung von Anfangsinvestitionen, welche mit der Substiutionsbehandlung im Zusammenhang stehen, gefördert werden.
- Die Förderung erfolgt als Erstattung der tatsächlich entstandenen notwendigen Kosten, welche durch die Einreichung der Originalrechnungen belegt werden (§ 3 der ZuZ-Richtlinie).
- Eine rückwirkende Förderung (Antragsstellung nach Aufnahme der Tätigkeit) ist gem. § 2 Abs. 2 der ZuZ-Richtlinie ausgeschlossen.
- Der Anspruch auf die Auszahlung der bewilligten Förderung erlischt, wenn die im Zusicherungsschreiben angegebene Umsetzungsfrist nicht eingehalten wird.

Erklärung

Ich versichere, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Die KVBW prüft bei Antragstellung die aktuelle Sicherstellungssituation. Auf Verlangen der KVBW verpflichte ich mich, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ferner verpflichte ich mich, sämtliche Änderungen, die Auswirkung auf die Gewährung oder Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KVBW unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenem Förderzweck verwendet wird. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht.

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme der

- Förderbedingungen (ZuZ-Richtlinie) der KVBW in ihrer jeweils geltenden Fassung,
- allgemeinen Hinweise zur Antragstellung und Förderung,
- Informationen über die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KVBW sowie die "Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft".

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur entsprechenden Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der Daten.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligungen zur Prüfung des Antrags notwendig sind.

Datum	Ort	Unterschrift