

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Sundgauallee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Ziel und Zukunft | Telefon 0761 884-3300 | zielundzukunft@kvbwue.de

Antrag auf Gewährung der Förderung von substitutionsgestützter Behandlung

im Rahmen des Förderprogramms „Ziel und Zukunft (ZuZ)“

!!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie darum, den **Antrag vollständig auszufüllen** und **alle erforderlichen Unterlagen** dem Antrag beizulegen. Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten Antrag und die Anlagen **per E-Mail** an zielundzukunft@kvbwue.de ODER **per Post** ein. Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Bitte beachten Sie auch, dass eine Zusicherung der Förderung nicht möglich ist.

WICHTIG! Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag erst ab dem Zeitpunkt abschließend bearbeitet werden kann, an dem die Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg **VOLLSTÄNDIG** vorliegen.

Checkliste – folgende Unterlagen dem Antrag zwingend beifügen

- ggf. Erklärung der anstellenden Praxis (Anlage 1)

Antrag auf Gewährung der Förderung von substitutionsgestützter Behandlung

im Rahmen des Förderprogramms „Ziel und Zukunft (ZuZ)“

Hiermit beantrage ich / beantragen wir gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zur Förderung der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung im Förderprogramm „Ziel und Zukunft (ZuZ)“

Titel	Name	Vorname
Facharzt für	LANR (Arztnummer)	zugelassen seit TTMMJJJJ

ggf. Kooperationspartner

Titel	Name	Vorname
Facharzt für	LANR (Arztnummer)	zugelassen seit TTMMJJJJ

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

- Hauptbetriebsstätte Nebenbetriebsstätte

BSNR (Betriebsstättennummer)

Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

durch den Arzt¹

Titel	Name	Vorname/n
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Geburtsname
genehmigt seit TTMMJJJJ	LANR (Arztnummer)	

E-Mail Telefon

Das Vorhaben wird voraussichtlich zu folgendem Datum umgesetzt:

TTMMJJJJ

¹ Dem Antrag ist die Erklärung der anstellenden Praxis (Anlage 1) beizulegen.

Aktueller Status des Fördervorhabens:

- Die Beantragung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung Opiodabhängiger ist noch nicht erfolgt.
- Die Beantragung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung Opiodabhängiger ist erfolgt.
- Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung Opiodabhängiger liegt bereits vor.
- Ich habe in den letzten 4 Quartalen vor der Antragstellung keine substitutionsgestützte Behandlung durchgeführt und abgerechnet.

Hiermit erklärt sich der ausübende Suchtmediziner bereit, drei Jahre Substitutionstherapien für GKV-Patienten in meiner/unserer Praxis anzubieten und aktiv zur Sicherstellung der Substitutionsbehandlung in Baden-Württemberg beizutragen.

- ja
- nein

Allgemeine Hinweise

- Die Teilnahme an der substitutionsgestützten Behandlung von GKV-Patienten kann mit einem Einmalbetrag in Höhe von 3.000 Euro zur Finanzierung von Anfangsinvestitionen, welche mit der Substitutionsbehandlung im Zusammenhang stehen, gefördert werden.
- Die Förderung kann durch den Nachweis der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung substitutionsgestützten Behandlungen Opiatabhängiger geltend gemacht werden (§ 2 Abs. 3 der ZuZ-Richtlinie).
- Die Zahlung des Förderbetrags erfolgt auf das bei der KV Baden-Württemberg hinterlegte Konto des Antragssteller.
- 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.

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 § 2 Absatz 7 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.

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 Bewilligungs voraussetzungen 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. Allgemeine Hinweise zur Antragstellung und Förderung finden Sie unter www.kvbawue.de/zuz-substitution und www.kvbawue.de/ziel-und-zukunft.

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.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

Ort, Datum

Ggf. Unterschrift angestellter Arzt

Anlage I

Erklärung der anstellenden Praxis

für die Förderung von substitutionsgestützter Behandlung

Hiermit erkläre ich/erklären wir

- dass der angestellte Arzt unbefristet oder nicht unter einem Zeitraum von drei Jahren, ab dem Zeitpunkt der Genehmigung der Förderung von substitutionsgestützter Behandlung, in meiner/unserer Vertragsarztpraxis beschäftigt ist
- dass ich eine vorzeitige Unterbrechung oder Beendigung der Beschäftigung im Sinne des § 2 Abs. 5 der Förderrichtlinie der KVBW unverzüglich anzeigen werden,
- dass der angestellte Arzt in meiner/unserer Vertragsarztpraxis über drei Jahre hinweg Substitutionstherapien für GKV-Patienten entsprechend dem Genehmigungsbescheid zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen ab dem Zeitpunkt der Genehmigung der Förderung anbietet
- die Förderung, welche auf das Honorarkonto ausbezahlt wird, an den Rechnungszahler weiterleitet wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Praxisinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Praxisinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Praxisinhabers