

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 einer Förderung einer suchtmedizinischen Schwerpunktpraxis

zur Sicherstellung der substitutionsgestützten Behandlung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

Hiermit beantrag ich

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Facharzt für	LANR	zugelassen seit
_____		<input type="text"/>
Straße		Hausnummer
_____		<input type="text"/>
Stadt/Gemeinde		Postleitzahl
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefon	

eine Förderung zur Neugründung/Übernahme/Erweiterung einer suchtmedizinischen
Schwerpunktpraxis zur Sicherstellung der substitutionsgestützten Behandlung im Rahmen des
Projekts „Ziel und Zukunft“ in

_____	<input type="text"/>
Stadt/Gemeinde	Postleitzahl

_____	_____
Im Mittelbereich/Planungsbereich	Im Landkreis

Die Aufnahme neuer/weiterer Patienten¹ aus dem Bereich substitutionsgestützte Behandlung plane ich/planen wir ab dem

Zurzeit betreue ich/betreuen wir pro Quartal Patienten

Ich rechne/wir rechnen mit der Aufnahme von (weiteren) Patienten

Bitte geben Sie im Folgenden genau an, warum Sie mit einer Zunahme von Patienten im Bereich der substitutionsgestützten Behandlung rechnen. Woher kommen diese Patienten bzw. wie sind diese zuvor versorgt worden?

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.

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).

Status des Fördervorhabens:

- Ich stehe in Kontakt mit den Niederlassungsberatern der KVBW.
- Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen ist noch nicht erfolgt.
- Der Antrag zur Erweiterung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen ist noch nicht erfolgt.
- Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen liegt vor.
- Die Genehmigung der Erweiterung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen liegt vor.
- Der Antrag auf Zusicherung der Genehmigung der Erweiterung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen ist noch nicht erfolgt.
- Eine Zusicherung der Genehmigung der Erweiterung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen liegt vor.

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 § 11 Absatz 6 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 Neugründung/Übernahme/Erweiterung einer suchtmedizinischen Schwerpunktpraxis kann mit einem Einmalbetrag in Höhe von maximal 20.000 Euro zur Finanzierung von Anfangsinvestitionen, welche mit der Substitutionsbehandlung 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