Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN

Ansprechpartner/in:

Maike Rettig ☎0211 / 5970 - 8631

Julia Aretz ☎0211 / 5970 - 8429

Gerne können Sie uns den Antrag per E-Mail zukommen lassen. Originale werden nicht benötigt.

✉**strukturfonds@kvno.de**

0211 / 5970 - 33258

Antrag über die Förderung der Substitutionsbehandlung nach der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1 a SGB V (Strukturfonds)

- Förderung des Erwerbs der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ -

1. Antragsteller

Hiermit beantrage ich

Anrede, Titel _____

Nachname _____ **Vorname** _____

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____

E-Mail-Adresse Telefonnummer

als in Nordrhein

☐ zugelassener Vertragsarzt: _____

(Name der Praxis/BAG)

☐ ermächtigter Vertragsarzt: _____

_____

☐ angestellter Vertragsarzt in der Praxis/BAG/MVZ: _____

_____

_____
Privatanschrift des angestellten Vertragsarztes: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Kontoverbindung des angestellten Vertragsarztes:

Name der Bank: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

eine Förderung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ gemäß § 2 Ziffer 2.8 o.g. *Sicherstellungsrichtlinie.*

2. Beizufügende Unterlagen

Folgende Unterlagen liegen meinem Antrag bei:

☐ Urkunde über den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ (nicht notwendig, soweit die Zusatzbezeichnung im Arztregister schon eingetragen ist)
Hinweis: Zusatzbezeichnung muss in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben worden sein.

Allgemeine Hinweise

■ Förderberechtigt sind in Nordrhein zugelassene, angestellte oder ermächtigte Vertragsärzte, die die Qualifikation der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung erworben haben.

■ Der Vertragsarzt muss darüber hinaus durch die KV Nordrhein die Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsleistungen gemäß der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.

■ Die Gewährung einer Förderung erfolgt auf Antrag als Einmalbetrag in Höhe von 1.000 Euro. Der Förderbetrag gelangt zur Auszahlung, sobald eine formlose schriftliche Mitteilung über die Aufnahme der Substitutionstätigkeit bei der KV Nordrhein vorliegt. Die KV Nordrhein behält sich vor, anhand der Abrechnung die Richtigkeit der Angaben zu überprüfen und soweit keine Leistungserbringung festgestellt werden kann, den Förderbetrag zurückzufordern.

■ Der Vertragsarzt muss die Substitutionsbehandlung ab Erhalt der Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsleistungen gemäß der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung für mindestens zwei Jahre anbieten (Bindungsfrist).

■ Gibt der Vertragsarzt seine Tätigkeit vorzeitig auf, ist er zur anteiligen Rückzahlung der Fördersumme entsprechend der Dauer der Tätigkeit verpflichtet. In Härtefällen kann der Vorstand der KV Nordrhein ganz oder teilweise von der Rückzahlungspflicht absehen.

3. Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung des Antragstellers

Anrede _____

Nachname _____ **Vorname** _____

Geburtsdatum _____ **Telefonnr.** _____

Wohnort_____
(Straße,Hausnummer, PLZ, Ort)

E-Mail-Adresse_____

Mit Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zum 25.05.2018 gelten besondere Voraussetzungen für die Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Verkehr solcher Daten. Wir als Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verarbeiten die von Ihnen mitgeteilten Daten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Rahmen des Antragsverfahrens auf Förderung der Substitutionsbehandlung. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten durch die die KV Nordrhein finden Sie unter https://www.kvno.de/datenschutz.

Damit wir Ihnen weitere Informationen über kostenlose Veranstaltungen zukommen lassen können, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Bitte senden Sie uns daher die beigefügte Erklärung nach Vervollständigung und Unterzeichnung zurück, auch für den Fall, dass Sie Ihr Einverständnis nicht erklären möchten.

Einwilligung des Antragsstellers

Hiermit willige ich ein, dass die KV Nordrhein mir weitere Informationen über kostenlose Veranstaltungen zukommen lassen und diesbezüglich postalisch, telefonisch oder per Email Kontakt mit mir aufnehmen darf.

Damit, dass die KV Nordrhein für diesen Zweck die oben angeführten personenbezogenen Daten (Namen, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) speichert und verarbeitet, bin ich

☐ **einverstanden** ☐ **nicht einverstanden.**

Das Antragsverfahren auf Förderung der Substitutionsbehandlung ist von der Einwilligung unabhängig.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte freiwillige Einwilligung jederzeit und für die Zukunft formlos widerrufen kann.

_____ _____
Datum Unterschrift des Antragstellers

Persönliche Erklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass ich/wir gegenüber der KV Nordrhein sämtliche Angaben getätigt und Unterlagen eingereicht habe/n, die für die Entscheidung über den Antrag erforderlich und notwendig sind und eine Prüfung zulassen, ob und inwieweit der Förderzweck erfüllt wird. Auf Verlangen der KV Nordrhein verpflichte ich mich, weitere Unterlagen nachzureichen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ich/wir verpflichte/n uns, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Gewährung oder die Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen. Mir/uns 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.

Mir/uns ist bewusst, dass ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung nicht besteht. Die Förderbedingungen der *Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur*

Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) sowie der Durchführungsrichtlinie des Vorstandes der KV Nordrhein über die Förderung der Substitutionsbehandlung nach der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1 a SGB V (Strukturfonds) sind mir/uns bekannt.

Insbesondere habe/n ich/ wir zur Kenntnis genommen, dass mit Bewilligung der Förderung die Verpflichtung einhergeht, die Substitutionsbehandlung ab Erhalt der Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsleistungen gemäß der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung für mindestens zwei Jahre anzubieten (Bindungsfrist).

Mir/uns ist bewusst, dass im Falle der vorzeitigen Aufgabe der geförderten vertragsärztlichen Tätigkeit, ein anteiliger Rückzahlungsanspruch seitens der KV Nordrhein besteht.
Die *Allgemeinen Hinweise* (S. 2 des Antrages) habe ich zur Kenntnis genommen.

_____

(Ort, Datum) Unterschrift des Antragstellers und Praxisstempel

_____

(Ort, Datum) ggf. Unterschrift des angestellten Arztes