



# Teilnahmeantrag LEADER-Wettbewerb Mecklenburg-Vorpommern 2019

Best-Practice-Beispiele zur Ergänzung und Sicherstellung der ambulanten haus- und kinderärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

---

Gesucht werden Vorhaben zur Schaffung der räumlichen Voraussetzungen, dass sich Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum niederlassen bzw. dort ihrer Arbeit nachgehen.

Die Anforderungen, die an die Vorhaben gestellt werden, entnehmen Sie bitte dem Aufruf zum Landeswettbewerb.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, um Ihren Wettbewerbsbeitrag zu beschreiben und schicken Sie ihn mit den geforderten Anlagen bis zum **15. November 2019** per E-Mail und per Post an die Geschäftsstelle Ihrer LEADER-Region.

*Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Beschreiben Sie Ihr Projekt möglichst kurz und aussagekräftig.*

---

**LEADER-Region:**

**Vorhabenbezeichnung:**

**Vorhabenträger**

(Vor- und Zuname der Ansprechpartnerin / des Ansprechpartners, Adresse, Telefonnummer und E-Mail):

---



---

**Vorhabenbeschreibung:**

(maximal 2.000 Zeichen inkl. Leerzeichen)

---



---

**Informationen zu den Bewertungskriterien:**

Entsprechend dem Bottom-up-Ansatz bewertet die Lokale LEADER-Aktionsgruppe die eingereichten Wettbewerbsbeiträge entsprechend der im Wettbewerbsaufruf festgelegten Kriterien. Sie können nachfolgend zu jedem Kriterium darlegen, wie Ihr spezielles Vorhaben diesem gerecht wird.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre LEADER-Geschäftsstelle.

Im Bedarfsplanungsbereich des Vorhabens droht eine hausärztliche Unterversorgung bzw. herrscht eine solche bereits. Im kinderärztlichen Bereich ist ein lokaler Versorgungs- oder Sonderbedarf oder eine Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gegeben.

*Bitte eine entsprechende Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung als Anlage beifügen.*

Das Vorhaben wird in einem Grund-oder Mittelzentrum durchgeführt.

*(maximal 100 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Wie hoch ist das Durchschnittsalter der anderen praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte im jeweiligen Bedarfsplanungsbereich?

*(maximal 100 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Gibt es bereits Kontakte zu niederlassungswilligen Hausärztinnen oder Hausärzten bzw. Kinderärztinnen oder Kinderärzten?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Ist eine niederlassungswillige Ärztin / ein niederlassungswilliger Arzt bereit bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen, eine Weiterbildungsbefugnis zu beantragen (Nachhaltigkeit der Förderung)?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*



Sollen weitere Versorger im Objekt angesiedelt werden (Physiotherapie, Apotheke, andere Fachärzte)?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Können durch das Vorhaben bisher mitversorgende andere Planungsbereiche entlastet werden?

*Bitte eine entsprechende Erklärung der Kassenärztlichen Vereinigung als Anlage beifügen.  
(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Können durch das Vorhaben umliegende Regionen mitversorgt werden (Zweigarztpraxen, Einsatz von Telemedizin, Kooperationen)?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Erfolgen eine Einbindung in Versorgungsnetze, Kooperationen mit Krankenhäusern und Fachärzten der Region insbesondere mit Ziel der Etablierung durchgehender Versorgungspfade über die Sektorengrenzen hinweg sowie mit Selbsthilfegruppen?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Sollen durch einen Einsatz von nicht-ärztlichen Fachpersonal im Wege der Delegation, die Auswirkungen auf die Versorgung optimiert werden?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*



Gibt es Ansätze der Prävention (insbesondere im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen)?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Gibt es besondere sozioökonomische Faktoren an dem Niederlassungsort zu beachten, die die Notwendigkeit des Vorhabens unterstützen?

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

**Aussagen zur Gesamtfinanzierung:**

Ist die Gesamtfinanzierung gesichert (ja/nein)? Konkrete Angaben, wofür die Fördermittel eingesetzt werden sollen.

Wer wird die nationale Kofinanzierung übernehmen? Nachstehende Tabellen ausfüllen, ggf. Anlage beifügen.

*(maximal 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Kostenpositionen	Kosten (netto)	MwSt.	Brutto
<b>Gesamt</b>			

<b>Zur Förderung beantragt</b>	
<b>Mittel Dritter</b>	
<b>nationale Kofinanzierung (10% der Förderung)</b>	
<b>Eigenmittel</b>	



Mit ist bekannt, dass dieser Teilnahmeantrag und die Teilnahme am Wettbewerb ein förmliches Antrags- und Genehmigungsverfahren nicht ersetzt und auch keinen Rechtsanspruch auf Förderung des Vorhabens begründet.

Die Antragstellerin / der Antragsteller stimmt einer Verwendung der der LAG übersandten Informationen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Lokalen LEADER-Aktionsgruppen und des Ministeriums für Landwirtschaft und Umwelt Mecklenburg-Vorpommern über den Wettbewerb zu. Die Antragstellerin / der Antragsteller stellt dabei die eingesandten Bilder, Skizzen, etc. rechtfrei zur Verfügung. Für eventuelle Rechteverletzungen gegenüber Dritten haftet die Antragstellerin / der Antragsteller.

---

Ort, Datum, vertretungsbefugte(r) Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

**Anlagen:**

- Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung zur drohenden Unterversorgung im Bedarfsplanungsbereich (vgl. Teilnahmevoraussetzung)
- Erklärung der Kassenärztlichen Vereinigung, ob durch das Vorhaben bisher mitversorgende andere Planungsbereiche entlastet werden
- Kofinanzierungserklärung
- Grafische Anhänge (Bilder, Skizzen, etc. mit max. 3 Seiten bis DIN A3)