

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Stuttgart  
Geschäftsbereich  
Zulassung/Sicherstellung  
Sachgebiet 4  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

**Absender/Stempel**

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3880 | Fax 0711 7875-483930 | [zielundzukunft@kvbawue.de](mailto:zielundzukunft@kvbawue.de)

# Antrag auf Förderung eines Arztes zur Hospitation

im Rahmen des Förderprogramms „Ziel und Zukunft“

## Antragsteller

\_\_\_\_\_

Titel                      Name                      Vorname                      LANR

## Arzt zur Hospitation

\_\_\_\_\_

Titel                      Name                      Vorname

\_\_\_\_\_

E-Mail                      Facharzt für

Hinweis: Eine geförderte Hospitation ist nur unter Fachärzten der gleichen Facharztgruppe möglich

## Der Arzt zur Hospitation ist derzeit

in einer Klinik tätig       in Elternzeit       Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Die Hospitation erfolgt in der Praxis

\_\_\_\_\_

BSNR

\_\_\_\_\_

Ort                      Straße                      Hausnummer

**Die Hospitation findet in folgendem Zeitraum statt (maximal ein Monat):**

Start der Hospitation 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
TTMMJJJJ

Ende der Hospitation 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
TTMMJJJJ

Der Stundenumfang der Hospitation beträgt \_\_\_\_\_  
Wochenstunden

Ich bestätige, dass der hospitierende Arzt noch keine geförderte Hospitation in einer vertragsärztlichen Praxis in Baden-Württemberg durchgeführt hat.

**Ansprechperson bei Rückfragen**

Titel	Name	Vorname
E-Mail	Telefon	

**Dem Antrag müssen folgende Unterlagen in Kopie beigelegt werden:**

- Approbationsurkunde des Arztes zur Hospitation
- Facharztanerkennung des Arztes zur Hospitation
- Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

**Allgemeine Hinweise**

- Hospitieren kann nur, wer noch keine geförderte Hospitation in einer vertragsärztlichen Praxis durchgeführt hat und in den letzten zwölf Monaten vor dem geplanten Beginn der Hospitation weder als Sicherstellungsassistent, Weiterbildungsassistent, ärztlicher Angestellter oder genehmigter Praxisvertreter noch anderweitig selbst vertragsärztlich tätig war.
- Die Förderung eines Arztes zur Hospitation setzt die Vorlage einer deutschen Approbationsurkunde in Kopie, einer abgeschlossenen Facharztanerkennung in Kopie und die Eignung im Sinne der Ärzte-ZV voraus.
- Die Hospitation ist in einer haus- oder fachärztlichen Praxis mit unmittelbarem Patientenkontakt im Gebiet der KVBW möglich.
- Die Hospitation kann mit einem Betrag in Höhe von maximal 2.500 Euro gefördert werden.
- Die Förderung dient dazu, den zeitlichen Aufwand für die Betreuung des Arztes zur Hospitation abzugelten und erfolgt nach Tätigkeitsaufnahme des Arztes zur Hospitation auf das Vertragsarztkonto.
- Eine rückwirkende Förderung (Antragsstellung nach Aufnahme der Tätigkeit) ist gem. § 2 Abs. 2 der ZuZ-Richtlinie ausgeschlossen.

## 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 sämtliche 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“ [www.kvbawue.de/pdf3675](http://www.kvbawue.de/pdf3675) hinweisen. Diese Informationen sind über die Homepage abrufbar und werden Ihnen auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt. Durch Ihre Unterschrift wird die untenstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Bestandteil des vorliegenden Antrags.

## Online-Evaluation

Gemäß § 7 Abs. 5 der ZuZ-Richtlinie sollen der Antragssteller nach der Hospitation und der Arzt zur Hospitation vor und nach Abschluss der Hospitation jeweils einen Evaluationsbogen ausfüllen und zurücksenden. 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. 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 Auswirkungen 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 verbundenen Förderzweck verwendet wird. Mir ist bewusst, dass im Falle der vorzeitigen Aufgabe der Hospitation ein anteiliger Rückzahlungsanspruch seitens der KVBW besteht. 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,
- allgemeine 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 Antragsteller

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Arzt zur Hospitation