

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](mailto:zielundzukunft@kvbwue.de)

# Antrag auf Förderung einer ärztlichen/ psychotherapeutischen Kooperation

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](mailto:zielundzukunft@kvbwue.de) ODER per Post** ein und sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Bitte beachten Sie auch, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung 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.

# Antrag auf Förderung einer ärztlichen/ psychotherapeutischen Kooperation

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

**Hiermit 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	<input type="text"/> <input type="text"/> LANR (Arztnummer) falls vorhanden	
E-Mail	Telefon	

## 1. Kooperationspartner:

Titel	Name	Vorname
		<input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
Facharzt für		<input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> LANR (Arztnummer) falls vorhanden <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
E-Mail	Telefon	

## ggf. 2. Kooperationspartner:

Titel	Name	Vorname	
Facharzt für	LANR (Arztnummer) falls vorhanden		
E-Mail	Telefon		

## eine Förderung für die

hausärztliche       psychotherapeutische       fachärztliche

Neugründung/Übernahme einer Kooperation       Erweiterung einer Kooperation

**am Standort**

Bei Praxisübernahmen oder Einstieg in eine Praxis:   
BSNR

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Das geplante Vorhaben wird voraussichtlich zu folgendem Datum umgesetzt:

  
TTMMJJJJ

**Bitte stellen Sie nachfolgend die ärztliche Besetzung in der Kooperation dar:**

Name / LANR	Facharzt für	Aktuelle Tätigkeit
		<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Arzt zur Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sicherstellungsassistenz <input type="checkbox"/> Arzt im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige ärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> keine ärztliche Tätigkeit
		<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Arzt zur Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sicherstellungsassistenz <input type="checkbox"/> Arzt im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige ärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> keine ärztliche Tätigkeit
		<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Arzt zur Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sicherstellungsassistenz <input type="checkbox"/> Arzt im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige ärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> keine ärztliche Tätigkeit

Ergänzen Sie ggf. weitere Kooperationspartner auf einer zusätzlichen Seite.

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Vorhaben:

## **Ansprechperson<sup>1</sup> bei Rückfragen**

Titel	Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
E-Mail	Telefon	

## **Allgemeine Hinweise**

- Eine Förderung ist ausschließlich in ausgewiesenen Fördergebieten möglich. Die Fördergebiete werden stichtagsbezogen ausgewiesen. Nähere Informationen finden Sie auf der Internetseite der KVBW unter „Ziel und Zukunft“ [www.kvbawue.de/zuz](http://www.kvbawue.de/zuz).
- Soweit mehr entscheidungsreife Anträge zum Stichtag vorliegen als Förderplätze zur Verfügung stehen, wird eine Auswahlentscheidung hinsichtlich der bestmöglichen Versorgungsverbesserung getroffen.
- Die Erweiterung einer bestehenden Kooperation kann mit bis zu 40.000 Euro für jeden neuen Vertragsarzt/Psychotherapeuten gefördert werden.
- Die Neugründung oder Übernahme einer ärztlichen Kooperation durch mindestens zwei Vertragsärzte kann durch eine gemeinsame Förderung in Höhe von maximal 80.000 Euro gefördert werden.
- Die Förderung erfolgt als Anschubfinanzierung durch Erstattung der tatsächlich entstandenen notwendigen Kosten, welche durch die Einreichung der Originalrechnungen belegt werden.
- Eine rückwirkende Förderung (Antragstellung nach Aufnahme der Tätigkeit) ist 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 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 ist über die KVBW-Internetseite 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.

<sup>1</sup> Die Ansprechperson erhält die Rückmeldung der KVBW zu dem oben beantragten Vorhaben.

## 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 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. Allgemeine Hinweise zur Antragstellung und Förderung finden Sie unter [www.kvbawue.de/zuz](http://www.kvbawue.de/zuz) und [www.kvbawue.de/ziel-und-zukunft](http://www.kvbawue.de/ziel-und-zukunft). Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen 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,
- 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 Kooperationspartner/ Praxisinhaber

---

Ort, Datum

ggf. Unterschrift Kooperationspartner/ Praxisinhaber

Ergänzen Sie ggf. weitere Unterschriften aller Kooperationspartner.