

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN
UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

**Anzeige der Änderung des interdisziplinären Teams
-Teamleitung/Kernteam-**

Name der Teamleitung:

ASV-Indikation:

Angaben des neu aufzunehmenden Mitglieds:

Name:

Adresse (Krankenhaus/Praxis):

Funktion (falls KH):

ASV-Fachgebiet:

Facharztbezeichnung¹:

ggf. Schwerpunktbezeichnung

ggf. Zusatzbezeichnung

Art der Änderung neue Teamleitung Kernteammitglied

Art der Teilnahme: Krankenhausarzt ermächtigter Arzt

zugelassener Vertragsarzt Anstellung bei Vertragsarzt/MVZ

Die Leistungserbringung innerhalb der ASV mit dem in dieser Anzeige benannten Teammitglied beginnt zum _____.²

(Das Beginndatum sollte frühestens 4 Wochen nach Anzeigestellung sein.)

¹ Bitte geben Sie hierbei nur die für die Teilnahme an der ASV relevanten Facharzt- Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen an.

² Bitte beachten Sie hierbei die Vorgaben des Gesetzes, wonach das angezeigte Team erst nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, es sei denn, das genannte Krankenhaus erhält vom erweiterten Landesausschuss einen anderslautenden Bescheid. Innerhalb der genannten Frist wird der erweiterte Landesausschuss die Anzeige prüfen, um festzustellen, ob die Voraussetzungen des Gesetzes und der hierzu ergangenen Richtlinie erfüllt sind.

Folgende Anlagen sind beizufügen:

Kopie der Approbation

und

Kopie der Facharzturkunde

sowie falls vorhanden

Kopie der Schwerpunktbezeichnung

Kopie der Zusatzbezeichnung

oder alternativ

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten des neuen Mitgliedes im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen.³

sowie

Kooperationsvertrag⁴ (mit der Teamleitung bzw. dessen Vertretungsberechtigten⁵)

oder

bei ASV-Indikationsgebieten der Anlage 1.1a (onkologische Erkrankungen) der ASV-Richtlinie und insofern das aufzunehmende Mitglied nicht dem Sektor der Teamleitung entstammt: aktualisierte ASV-Kooperation nach § 10 der ASV-Richtlinie⁶

und

Anhang bzgl. der „Qualitätssicherungsanforderungen zu ...“⁷

³ Bei Wahl dieser Option erübrigt es sich, Kopien der Approbation, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung beizulegen. Hierzu ist es erforderlich, dass das Teammitglied im Arztregister geführt wird und diese Anzeige unterschreibt.

⁴ Ein Vertrag des kooperierenden Arztes oder der kooperierenden Institution mit der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten⁵), der die Kooperation innerhalb der ASV regelt, ist hier ausreichend.

⁵ Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung

⁶ Ein Vertrag des kooperierenden Arztes oder der kooperierenden Institution mit allen Kernteammitgliedern inklusive der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten⁵), der die Anforderungen von § 10 der ASV-Richtlinie erfüllt, ist hier ausreichend.

⁷ Bitte wählen Sie hierzu den entsprechenden indikationsspezifischen Anhang aus, lassen diesen von der Teamleitung bzw. dessen Vertretungsberechtigten unterschreiben und legen diesen bei. Sie finden diesen Anhang bei den jeweiligen Formularen für die Erstanzeigen auf <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/kooperationen/erweiterter-landesausschuss>.

Versicherungserklärung

Mit der Unterschrift bestätigen wir, die Voraussetzungen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen. Uns ist bekannt, dass wir verpflichtet sind, unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls wir diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllen. Wir sind auch verpflichtet, während der Teilnahme an der ASV Stichprobenprüfungen zu dulden.

Wir versichern die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen. Uns ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Für Vertragsarztteams:⁸

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Teamleitung die Bevollmächtigung, in meinem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in meinem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in meinem Namen zu empfangen.

Datum

Datum

Für Krankenhausteams:⁹

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Geschäftsführung des anzeigenden Krankenhauses die Bevollmächtigung, in meinem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in meinem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in meinem Namen zu empfangen.

Unterschrift und Stempel
(Teamleitung/Vertretungsberechtigter⁵)

Unterschrift und Stempel
(neues Mitglied/Vertretungsberechtigter⁵)

⁵ Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

⁸ Ist die Teamleitung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 SGB V) zugeordnet, handelt es sich um ein Vertragsarztteam.

⁹ Ist die Teamleitung dem stationären Bereich (§ 108 SGB V) zugeordnet, handelt es sich um ein Krankenhausteam.