

**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

**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen  
Versorgung (ASV)**

**Anzeigsteller/in nach § 116b Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V  
(SGB V):**

– An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende –

Teamleitung:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

# An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende

Es wird angezeigt, dass die genannten an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringen.

## Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

- **Mukoviszidose**

entsprechend der [Anlage 2 b\) der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“](#), im Folgenden „Richtlinie“ genannt.

Hinweis: Sollen mehrere Leistungen aus dem Katalog zu § 116b SGB V erbracht werden, sind jeweils separate Anzeigen zu stellen.

Wir versichern, die Anforderungen der Richtlinie an die Erbringung der angezeigten Leistungen zu erfüllen. Die zugehörigen Verpflichtungen werden beachtet.

Die Leistungserbringung innerhalb der ASV mit den in dieser Anzeige benannten Teammitgliedern beginnt zum \_\_\_\_\_.<sup>1</sup>  
(Das Beginndatum sollte frühestens vier Wochen nach Anzeigestellung sein.)

Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind die nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <a href="#">Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)</a>  | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#">Anlage 2 Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)</a> | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#">Anlage 3 Sächliche und organisatorische Anforderungen</a>         | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#">Anlage 4 Mindestmengen und Qualitätsanforderungen</a>             | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#">Anlage 5 Versicherungserklärung</a>                               | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#">Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Mukoviszidose</a>      | <input type="checkbox"/> |

<sup>1</sup> 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.

## Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für **Innere Medizin und Pneumologie**.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie** benannt werden.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

### Das Team wird geleitet und koordiniert von:

| Name der Teamleitung/<br>Adresse(n) | Facharzt- /<br>Schwerpunkt- /<br>Zusatz-<br>bezeichnung | Kopie der Approbation,<br>Facharzturkunde,<br>Schwerpunkt- und<br>Zusatzbezeichnung sind<br>beigefügt. | Teilnahme als: <sup>2</sup>  |
|-------------------------------------|---|--|--|
|                                     |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

<sup>2</sup> Bitte tragen Sie hier lediglich den Status ein, mit dem Sie an der ASV teilnehmen möchten.

**Mitglieder des Kernteams\*:<sup>3</sup>**

| Name der Mitglieder /<br>ggfs. Position im<br>Krankenhaus /<br>Adresse(n) | Facharzt- /<br>Schwerpunkt- /<br>Zusatz-<br>bezeichnung | Kopie der Approbation,<br>Facharzturkunde,<br>Schwerpunkt- und<br>Zusatzbezeichnung sind<br>beigefügt. | Teilnahme als:   |
|---|---|--|--|
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

<sup>3</sup> Die Zusammensetzung des Kernteams ist von der Facharzt Disziplin der Teamleitung abhängig. Die notwendige Zusammensetzung zur Bildung eines vollständigen Kernteams entnehmen Sie bitte der Auflistung auf Seite 5.

| Name der Mitglieder /<br>ggfs. Position im<br>Krankenhaus/<br>Adresse(n) | Facharzt- /<br>Schwerpunkt- /<br>Zusatz-<br>bezeichnung | Kopie der Approbation,<br>Facharzturkunde,<br>Schwerpunkt- und<br>Zusatzbezeichnung sind<br>beigefügt. | Teilnahme als:   |
|--|---|--|--|
|  |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|  |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|  |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |
|  |   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Zugelassener<br>Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei<br>Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

\*Ein Facharzt / eine Fachärztin (sofern nicht Teamleitung) für<sup>4</sup>

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie

\*Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich :

- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie

Falls keine Fachärztin / kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatzweiterbildungen verfügbar ist, ist eine Fachärztin / ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

<sup>4</sup> Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der MWBO. Bitte beachten Sie die Übergangsbestimmungen.

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|   |  |  |
|---|--|--|
| Kooperationspartner: <sup>5</sup>           |  |  |
| Benennung:                                  | <input type="checkbox"/> Persönlich <sup>6</sup> | <input type="checkbox"/> Institutionell <sup>7</sup> |
| Kooperationsvertrag beigefügt: <sup>8</sup> | <input type="checkbox"/> Ja                      |  |
| Anmerkung:                                  |  |  |

**Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**Humangenetik**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

<sup>5</sup> Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.

<sup>6</sup> Persönliche Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch den genannten Arzt gestellt. Der Arzt erfüllt die Voraussetzungen der Teilnahme persönlich.

<sup>7</sup> Institutionelle Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch das Institut (Krankenhausabteilung/MVZ) gestellt. Ein Arzt der Krankenhausabteilung/MVZ erfüllt die Voraussetzungen.

<sup>8</sup> Ein Vertrag des kooperierenden Arztes mit der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten), der die Kooperation innerhalb der ASV regelt, ist hier ausreichend.

**Personelle Anforderungen  
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

**Anlage 2**

**Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**Innere Medizin und Kardiologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**Laboratoriumsmedizin**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Personelle Anforderungen<br/>(Hinzuziehende Fachgruppen)</b> | <b>Anlage 2</b> |
|---|-----------------|

**Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Anmerkung:                     |   |

**Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Anmerkung:                     |   |

**Pathologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja   |
| Anmerkung:                     |   |



**Personelle Anforderungen  
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

**Anlage 2**

**Radiologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**Urologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:**

**Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und-diabetologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

|                                |                                     |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner:           |                                     |   |
| Benennung:                     | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja         |   |
| Anmerkung:                     |                                     |   |

**I. Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen (hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung):**

- soziale Dienste
- zugelassene(r) Physiotherapeut(in) <sup>9</sup>
- Ernährungstherapie

<sup>9</sup> Ein zugelassener Physiotherapeut ist berechtigt, Patienten der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

**II. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):**

Eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen ist gewährleistet.

Liegt vor

**I. Mindestmengen:**

I.1 Das Kernteam muss mindestens **50** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose in den zurückliegenden vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Liegt vor.

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme dahingehend geltend gemacht, dass die Mindestmenge bei Anzeigestellung um maximal 50 Prozent unterschritten wird (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei. <sup>10</sup>

<sup>10</sup> Die Mindestmenge darf in vier Quartalen vor der Anzeige und bis zu einer Dauer von vier Quartalen danach um höchstens 50 % unterschritten werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Bitte erläutern Sie diese.

**II. Qualitätsanforderungen:**

**Bitte verwenden Sie für den Nachweis der Qualitätsanforderungen das gesonderte Formular:**

**„Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Mukoviszidose“!**

[www.kvbawue.de/pdf4794](http://www.kvbawue.de/pdf4794)

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Es besteht außerdem die Verpflichtung, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

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

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der (persönlich benannten) hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen. <sup>11</sup>

Wir möchten den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitten um Zusendung der entsprechenden Formulare.

<sup>11</sup> 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
(Teamleitung)

Kernteam:

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

Hinzuzuziehende Fachärzte (Persönlich benannt):

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

Bei Kooperationen mit Institutionen fügen Sie bitte die nachfolgende Anlage bei.



**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

**Bevollmächtigung der Teamleitung  
durch Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen**

**Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:**

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

Zudem versichern wir 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.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der persönlich benannten hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen. <sup>12</sup>

| <b>Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes <u>und</u> der Institution</b> | <b>Datum</b> | <b>Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes <u>und</u> des Vertretungsberechtigten<sup>13</sup> der Institution)</b> |
|---|--------------|---|
|   |              |   |
|   |              |   |
|   |              |   |

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.