

Anlage 1 Teammitglieder und Vertretung

ASV Team: _____

Zuordnung (Teamleitung, Kernteam, Hinzuzuziehender): _____

Anzeige für (Vorname, Name): _____

1) Die Anzeige erfolgt durch

- ☐ ein **Krankenhaus** (weiter unter 1a)
- ☐ ein **MVZ** (weiter unter 1b)
- ☐ eine **Vertragsärztin / einen Vertragsarzt** (weiter unter 1c)

Das Hauptformular sowie sämtliche Anlagen und eingereichte Unterlagen (Nachweise etc.) sind zusätzlich zur Papierform digital einzureichen.

1a) Krankenhaus

- Bitte eine Kopie des **Festsetzungsbescheides** zur Festlegung des Versorgungsauftrages gemäß § 109 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 6 Abs. 4 BremKrhG beifügen.

Genaue Bezeichnung	
Träger	
Anschrift	
Institutskennzeichen	
ASV-Ansprechpartner	
Erreichbarkeit	Telefon:
E-Mail	

1b) MVZ

- Bitte eine Kopie des **Zulassungsbescheides** beifügen.
- Bei im **Handelsregister** eingetragenen Gesellschaften: bitte aktuellen **Handelsregisterauszug** beifügen.

Genaue Bezeichnung	
Träger	
Anschrift	
Ärztlicher Leiter	
BSNR	
Erreichbarkeit	Telefon:
E-Mail	

1c) Vertragsärztin / Vertragsarzt

- Bitte eine Kopie des **Zulassungsbescheides** beifügen.

Name / Praxisname	
Praxisanschrift:	
Erreichbarkeit Praxis	Telefon:
E-Mail	

2) Teammitglied und Vertretung

Bitte jeweils beifügen:

- die **Urkunden der ärztlichen Weiterbildung** (Fachgebiet, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung)
- Bei **Vertragsärzt:innen**: Kopie des **Zulassungsbescheides**.
- Bei **Anstellung**: Nachweis der derzeitigen Tätigkeit durch den Arbeitgeber

2a) Angaben zur Person des Teammitglieds

Ggf. Titel, Vorname, Name:		
Geburtsdatum:		
LANR:		
Mitglied ist angestellt:	<input type="checkbox"/> ja, mit Ø Arbeitszeit von _____ Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> nein
<i>Ggf. beschäftigt bei</i>		
Mitglied ist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen	<input type="checkbox"/> Ja. Umfang des Versorgungsauftrags: _____	<input type="checkbox"/> nein
Fachgebiet, Schwerpunkt		

2b) Angaben zur Vertretung

Ggf. Titel, Vorname, Name:		
Geburtsdatum:		
LANR (sofern vorhanden):		
Vertretung ist angestellt:	<input type="checkbox"/> ja, mit Ø Arbeitszeit von _____ Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> nein
<i>Ggf. beschäftigt bei</i>		
Vertretung ist zur vertragsärztl. Versorgung zugelassen	<input type="checkbox"/> Ja. Umfang des Versorgungsauftrags: _____	<input type="checkbox"/> nein
Fachgebiet, Schwerpunkt		

3) Angaben zum Tätigkeitsort (Krankenhaus, MVZ, Praxis)

3a) Für Kernteammitglieder:

Die Behandlung der ASV-Patient:innen erfolgt gem. § 3 Abs. 2 S. 4-5 ASV-RL zu diesen Zeiten am Tätigkeitsort der Teamleitung: _____

Für Kernteammitglieder **UND** Hinzuzuziehende:

Die Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung beträgt _____ Minuten

3b) Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung sind

☐ behindertengerecht ☐ barrierefrei

Barrierefreiheit ist gem. § 4 Abs. 2 Satz 3 ASV-RL anzustreben. Sofern noch nicht gegeben, welche Maßnahmen werden zur Umsetzung ergriffen?

4. Selbsterklärung

Sämtliche Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrungen in der Behandlung von Patient:innen des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).

Bitte fügen Sie je eine Selbsterklärung mit folgenden Inhalten bei:

- Beschreibung der bisherigen Tätigkeitsfelder in Bezug auf den spezifischen Versorgungsbereich
- Besuchte Fortbildungsveranstaltungen

5. Fachliche Befähigung gem. Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV)

- Alle abrechenbaren Leistungen für dieses Krankheitsbild sind im Appendix (EBM-GOP-Katalog) der jeweiligen Konkretisierung der Erkrankung der ASV-RL abschließend definiert.
- Die ASV-Berechtigten haben sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patient:innen innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen (§ 5 Abs. 1 S. 3 ASV-RL).
- Im Rahmen der ASV dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten GOP hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patient:innen eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. (§5 Abs. 1 S. 4 ASV-RL)
- Für einzelne Leistungen aus dem Appendix gelten die QS-Vereinbarungen (QSV) nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie mitgeltende Richtlinien und Vereinbarungen, z.B. Strahlenschutzvereinbarung, solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt.
- Leistungen mit spezifischen Qualitätsanforderungen sind nur von Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen auszuführen, die über die dafür erforderliche Qualifikation verfügen. Der erweiterte Landesausschuss behält sich das Recht vor, jederzeit stichprobenartige Überprüfungen der Qualifikationen durchzuführen, für die der ASV-Berechtigte Leistungen erbracht hat.

Bitte geben Sie an, welche Leistungen, für die Qualitätsanforderungen gelten, Sie erbringen möchten:

Ort	Datum	Unterschrift Mitglied
Ort	Datum	Unterschrift Vertretung des Mitgliedes
Ort	Datum	Unterschrift Geschäftsführung Krankenhaus
Ort	Datum	Unterschrift ärztliche/r Leiter:in MVZ / anstellende Ärztin / anstellender Arzt