Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt- /Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von koloskopischen Leistungen im Rahmen der ASV – gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

☐ ja ☐ nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht**:**

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

☐ koloskopische Leistungen (GOP 13421, 13422, 13423,13424 EBM)

Für die Ausführung der koloskopischen Leistungen muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 4).

Qualifikation - Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

☐ Innere Medizin und Gastroenterologie

☐ Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

☐ Allgemeinchirurgie[1]

☐ Viszeralchirurgie[1]

[1] Sofern dieser Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Koloskopie berechtigt ist.

weitere Qualifikationsnachweise - sind der Anzeige beizufügen

- Zeugnisse/Bescheinigungen über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien unter Anleitung[1] innerhalb von zwei Jahren vor ASV-Anzeige-50 Dokumentationen von Polypektomien innerhalb von zwei Jahren vor ASV-Anzeige (Befundberichte inklusive Histologien sind der Anzeige beizulegen).

Anforderungen an die Ausstattung des Tätigkeitsortes

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Ausstattung des Tätigkeitsortes erfüllt sind:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Pulsoxymetrie und Rufanlage
- Wird sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium verwendet, ist das Sterilisationsgerät nachzuweisen (Kopien der Gerätedaten sind der Anzeige beizulegen).

Rechtlicher Hintergrund

Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie)
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum	Unterschrift Teammitglied

Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren

Folgende Untersuchung wird durchgeführt:

☐ koloskopische Leistungen (GOP 13421, 13422, 13423, 13424 EBM).

Hiermit erkläre ich, das die allgemeinen Anforderungen, sowie die Anforderungen an die

- räumliche Ausstattung,
- die apparativ-technischen Voraussetzungen,
- das Instrumentarium und die Geräte sowie
- die Arzneimittel

von mir für die o.g. Untersuchung erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

_____ _____

Datum Unterschrift, Arzt- / Klinikstempel

Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn _____unsere OP-Raum Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Operationen zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

_____ _____

Datum Stempel und Unterschrift des OP-Betreibers