

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 –  
Kopf- oder Halstumoren**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 6: onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren. 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 - Facharztkunde ist der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie

## weitere Qualifikationsnachweise - sind der Anzeige beizufügen

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

<sup>1</sup> Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der in vollem Umfang zur Weiterbildung befugt ist.

## 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, dass 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 Qualitätsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen 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 / Herr \_\_\_\_\_ 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