

Koloskopische Leistungen

Checkliste I:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 3 a) ASV-RL

Anhang zu § 4a Nummer 3 ASV-RL

Facharzturkunde **Innere Medizin und Gastroenterologie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Allgemeinchirurgie** oder **Viszeralchirurgie** einer Landesärztekammer

und

Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht

und

Nachweis über die selbstständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von **200 Koloskopien** und **50 Polypektomien** innerhalb von **zwei Jahren** vor Anzeigenstellung

oder

Facharzturkunde **Kinder- und Jugendchirurgie** einer Landesärztekammer und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht

oder

Facharzturkunde **Kinder- und Jugendmedizin** und Urkunde zur Zusatzweiterbildung **Kinder- und Jugend-Gastroenterologie** einer Landesärztekammer oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleisteten, mindestens **18-monatigen** Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

und

Nachweis über die selbstständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von **100 Koloskopien** innerhalb von **zwei Jahren** vor Anzeigenstellung

Anforderungen an die Hygienequalität

bei der Durchführung von Koloskopien erfolgen regelmäßige, geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope durch:

einen Facharzt oder eine Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

oder

einen Facharzt oder eine Fachärztin für Hygiene- und Umweltmedizin

oder

einen Facharzt oder eine Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Koloskopische Leistungen

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)

* nur bei institutioneller Benennung