

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der Dünndarm-Kapselendoskopie**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

**Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Dünndarm-Kapselendoskopie gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen.**

Ich beantrage die Genehmigung für

- die Indikationsstellung und Applikation von Dünndarm-Kapselendoskopien

**und/oder**

- die Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien

### **Nachweis der fachlichen Qualifikation gemäß § 3**

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung:

- Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

**oder**

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie
- Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes innerhalb eines Jahres vor Antragstellung (**bitte als Anlage beifügen**)

**Zusätzliche Voraussetzungen für die Indikationsstellung und Applikation:**

- Zeugnisse/Bescheinigungen über Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbstständig durchgeführte Auswertungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes (**bitte als Anlage beifügen**)

**oder**

- Nachweis der Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinbarung anerkannten Kapselendoskopiekurs (**bitte als Anlage beifügen**)

**Zusätzliche Voraussetzungen für die Auswertung:**

- Nachweis über Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes (**bitte als Anlage beifügen**)

### **Nachweis der apparativen Voraussetzungen gemäß § 4**

- Dem Antrag ist eine Herstellererklärung mit der Bestätigung beigelegt, dass die Anforderungen an das Dünndarm-Kapselendoskopie-System nach der Qualifikationsvereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie erfüllt sind.

### **Nachweis der organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 5**

- Hiermit versichere ich, dass die in § 5 der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung genannten organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.
2. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgende Auflagen zur Kenntnis genommen habe:

Ich verpflichte mich hiermit,

- die ärztlichen Dokumentationen auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit der KV vorzulegen.
- als applizierender Arzt für alle Dünndarm-Kapselendoskopien eine zusammenfassende Jahresstatistik mit den in § 8 der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführten Angaben zu erstellen.
- die Datenübertragung der Angaben für die Jahresstatistik in einem elektronischen Dokumentationsverfahren gemäß Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie jeweils bis zum 31. März des Folgejahres bei der KBV einzureichen (§ 8 Abs. 2).

### Einverständniserklärung zur Praxisbegehung (§ 9 Abs. 7 der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung)

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen gemäß §§ 4 und 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung in meiner/unserer Praxis überprüfen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte