



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## Antrag

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dünndarm- Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen

nach Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarmkapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

#### 1. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

#### Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

#### 2. Beantragung

Durchführung (Applikation) nach GOP 04528 bzw. 13425 EBM

Auswertung der Untersuchung nach GOP 04529 bzw. 13426 EBM

Durchführung (Applikation) **und** Auswertung der Untersuchung nach GOP 04528 bzw. 13425 EBM  
und nach GOP 04529 bzw. 13426 EBM

### 3. Fachliche Voraussetzungen

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und **Gastroenterologie**“  
oder
  - Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ und der Zusatzbezeichnung „**Kinder-Gastroenterologie**“
- und**
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung der Genehmigung

#### **und zusätzlich – wenn Applikation beantragt**

- Zeugnis über selbständig durchgeführte Auswertungen von Dünndarm-Kapselendoskopien unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes (Gastroenterologe / Kindergastroenterologe)  
oder
- Bescheinigung über die Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs

#### **und zusätzlich – wenn Auswertung beantragt**

- Zeugnis über mindestens 25 Auswertungen von Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes (Gastroenterologe / Kindergastroenterologe)

### 4. Apparative Voraussetzung

- Gewährleistungserklärung des Herstellers zum Nachweis, dass das Dünndarm-Kapselendoskopie-System (Untersuchungskapsel, Aufzeichnungsgerät für die Bilddaten der Kapsel und Auswertungseinheit) aufeinander abgestimmt ist, über die CE-Kennzeichnung verfügt sowie die weiteren Anforderungen nach § 4 Abs. 2 QSV erfüllt

### 5. Weitere Anforderungen an die Leistungsdurchführung

Folgende weitere Anforderungen werden erfüllt:

- Organisatorische Voraussetzungen nach § 5 QSV
- Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 QSV
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 7 QSV
- Regelmäßige Erstellung einer **Jahresstatistik** in elektronischer Form nach § 8 QSV

### 6. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am

.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden  
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

## 7. Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Brandenburg die Erfüllung organisatorischen Anforderungen gemäß der o.g. Vereinbarung in meiner/unsere Praxis überprüfen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung:  
Unterschrift / Stempel Ärztl. Leiter der  
Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden. Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)