



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-319  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team-1@kvberlin.de](mailto:QS-Team-1@kvberlin.de)

Praxisstempel

## Antrag auf Ausführung 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

<p>Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter</p>	<p>Leistungserbringer</p> <p>_____</p> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	--

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p> <p>_____</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <p>_____</p> <p>Name des Krankenhauses</p>																				

<p>Grund der Antragstellung</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)</p> <p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<p><input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs</p> <p>_____</p> <p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>
---	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistung**

- Applikation von Dünndarm-Kapselendoskopien
  - bei Erwachsenen (GOP 13425 EBM)
  - bei Kindern (GOP 04528 EBM)
- Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien
  - bei Erwachsenen (GOP 13426 EBM)
  - bei Kindern (GOP 04529 EBM)

**Leistungsort**

- Betriebsstätte
- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft
  - Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
  - Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt
  - Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Nachweise gemäß § 3 i. V. m. § 9 Abs. 2 QS-Vereinbarung**

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“



**Fachliche Nachweise gemäß § 3 i. V. m. § 9 Abs. 2 QS-Vereinbarung -Fortsetzung-**

- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung

**Zusätzlich bei Antrag auf Applikation (§ 3 Abs. 2)**

- Nachweis über den Erwerb von Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbstständig durchgeführte Auswertungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes **oder**
- Nachweis über die Teilnahme an einem anerkannten Kapselendoskopiekurs

**Zusätzlich bei Antrag auf Auswertung (§ 3 Abs. 3)**

- Nachweis über Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes

**Apparative Nachweise gemäß § 4 i. V. m. § 9 Abs. 5 QS-Vereinbarung**

- Gewährleistungserklärung/Herstellernachweis des Kapselendoskopie-Systems gemäß den Voraussetzungen nach § 4 QS-Vereinbarung

**Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 QS-Vereinbarung**

Es wird gewährleistet,

- dass der Patient gemäß den Vorgaben von § 5 Abs. 1 Nr. 1 aufgeklärt wird,
- dass eine Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung durchführbar ist,
- dass die Möglichkeit besteht, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen,
- dass der die Untersuchung durchführende Arzt für den Patienten mind. für 8 Std. nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel erreichbar ist. Entsprechende Kontaktdaten werden dem Patienten gegeben.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Dokumentationspflicht gemäß § 7 QS-Vereinbarung**  
Jede Kapselendoskopie-Untersuchung ist vollständig und nachvollziehbar nach den entsprechenden Vorgaben zu dokumentieren und auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit der KV Berlin vorzulegen.
- **Jahresstatistik gemäß § 8 QS-Vereinbarung**  
Der applizierende Arzt hat für alle Dünndarm-Kapselendoskopien eine zusammenfassende Jahresstatistik mit den entsprechenden aufgeführten Angaben zu erstellen. Die Datenübertragung der Angaben erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren gem. Anlage 1 QS-Vereinbarung und ist jeweils bis zum 31. März des Folgejahres bei der KBV einzureichen.



Es ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dünndarm-Kapselendoskopie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 9 Abs. 7 QS-Vereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie.**

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller