

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/489968](http://www.kv-rlp.de/489968)

## ANTRAG

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Dünndarm-Kapselendoskopien

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie gemäß  
§ 135 Abs. 2 SGB V

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang GOP - EBM

Folgende Leistungen werden beantragt:

**Applikation:**

GOP EBM	Leistung
04528	Applikation bei Kindern
13425	Applikation bei Erwachsenen

**Auswertung:**

GOP EBM	Leistung
04529	Auswertung bei Kindern
13426	Auswertung bei Erwachsenen

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Dünndarm-Kapselendoskopien wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja  nein

- Ich bin zum Führen der **Facharztbezeichnung "Innere Medizin"** mit der Schwerpunktbezeichnung **"Gastroenterologie"** berechtigt

**oder**

- bin zum Führen der **Facharztbezeichnung "Kinder- und Jugendmedizin"** mit der Zusatz-Weiterbildung **"Kinder-Gastroenterologie"** berechtigt.

### III.1 Applikation

- Ich habe die selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, **innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung** der Genehmigung durchgeführt (bitte Zeugnis oder Bescheinigung einreichen)

**und**

- habe Kapselendoskopien selbständig unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes ausgewertet.

**oder**

- habe an einem von der KV RLP anerkannten Kapselendoskopie-Kurs teilgenommen.

Bitte Zeugnis / Nachweis / Kursbescheinigung einreichen.

### **III.2 Auswertung**

- Ich habe 25 Kapselendoskopien unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes ausgewertet.

Bitte die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

### **IV. Apparative Voraussetzungen**

Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen dürfen nur mit solchen Kapselendoskopie-Systemen durchgeführt werden, die über eine CE-Kennzeichnung verfügen (s. Anlage).

### **V. Auflage an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung**

- Nachweis der selbständigen Auswertung von mindestens 10 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten gegenüber der KV.
- Widerruf der Genehmigung, wenn innerhalb des oben genannten Zeitraumes und nach Ablauf von weiteren 12 Monaten der Nachweis der Anzahl der geforderten Leistungen nicht geführt werden kann.

Der Arzt hat gegenüber der KV RLP den Nachweis über die geforderte Anzahl von Auswertungen von Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen in geeigneter Weise zu führen. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgewertete Dünndarm-Kapselendoskopien können auf die nachzuweisende Anzahl der Untersuchungen angerechnet werden.

### **VI. Dokumentation**

Aus der ärztlichen Dokumentation muss die Indikationsstellung für die Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung vollständig und nachvollziehbar hervorgehen.

Mindestens folgende Angaben sind zu dokumentieren:

- (Anamnestische) Beschwerden des Patienten, ggf. auch anamnestische Befunde, das Vorliegen von Ergebnissen von Voruntersuchungen, die in Bezug auf die vorliegende medizinische Fragestellung durchgeführt worden sind,
- die Ergebnisse obligat durchzuführender Voruntersuchungen mittels Gastroskopie und Koloskopie zum Ausschluss anderer Blutungslokalisationen. Vorbefunde der Gastroskopie und Koloskopie sollen nicht älter als 3 Monate sein,
- Informationen, ob ein Medikamenten-Auslassversuch blutungsfördernder Medikationen durchgeführt werden konnte,
- die medizinische Fragestellung und daraus abgeleitete Indikation zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung,
- falls notwendig, Hinweise auf das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen.

## VII. Organisatorische Voraussetzungen

- Der Patient ist im Hinblick auf die durchzuführende Untersuchung einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und besonderen Verhaltensanforderungen in Bezug auf die Vorbereitung und die Durchführung der Untersuchung aufzuklären.
- Eine Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung muss durchführbar sein.
- Die Möglichkeit, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen, muss gewährleistet sein.
- Der die Untersuchung durchführende Arzt muss für den Patienten mindestens für 8 Stunden nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel erreichbar sein.

## VIII. Allgemeines

- Kapselendoskopien dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Dünndarm-Kapselendoskopien nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

## IX. Erklärung

- Ich / Wir verpflichte/n mich / uns nach § 8 der Kapselendoskopie-Vereinbarung, eine Jahresstatistik zu erstellen und diese in elektronischer Form jeweils bis zum 31. März des Folgejahres unaufgefordert bei der KV RLP einzureichen.
- Ich /Wir erkläre/n mein / unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis durch die Qualitätssicherungs-Kommission.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.  
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-  
tragsarzt, MVZ, Institut)

**Anlage**