

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen zur Dünndarm-Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

<b>Beantragte Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13425 EBM Durchführung bei Erwachsenen 13426 EBM Auswertung bei Erwachsenen 04528 EBM Durchführung bei Kindern 04529 EBM Auswertung bei Kindern
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>1. Fachliche Befähigung</b></p> <p>Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“  oder  Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ und Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“</p> <p><b>oder</b></p> <p>Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“</p> <p>Ich habe selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung, <b>innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung</b> durchgeführt</p> <hr/> <p><b>2. Applikation</b></p> <p>Zusätzlich zu 1.: Ich habe die Kapseln appliziert, Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbständig durchgeführte Auswertung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes</p> <p><b>oder</b></p> <p>Ich habe an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs teilgenommen</p> <hr/> <p><b>3. Auswertung</b></p> <p>Zusätzlich zu 1.: Ich habe die Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen ausgewertet und Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes durchgeführt § 3 Abs. 1 Nr. 1</p>
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Der von der Herstellerfirma ausgefüllte und unterschriebene Apparatebogen liegt vor</p> <p><b>oder</b></p> <p>wird umgehend nachgereicht</p> <p>Eine Kopie der aufgezeichneten Bilddaten ist für den Fall, dass applizierender und auswertender Arzt nicht identisch sind, vom auswertenden Arzt an den applizierenden Arzt zu geben. Der jeweils auswertende Arzt hat die Bilddokumentationen so zu speichern bzw. zu archivieren, dass die berufsrechtlichen Anforderungen an die Speicherung von Untersuchungsdaten erfüllt werden.</p>

<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Eine Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung ist durchführbar</p> <p>Die Möglichkeit, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen, ist gewährleistet</p> <p>Ich bin für den Patienten mindestens 8 Stunden nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel erreichbar, Kontaktdaten gebe ich dem Patienten mit</p> <p>Ich werde jeden Behandlungsfall gemäß den Anforderungen des § 7 der Vereinbarung dokumentieren und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Dokumentationen der Behandlungsfälle vorlegen</p> <p>Ich verpflichte mich als applizierender Arzt eine Jahresstatistik zu erstellen</p>	
<b>IT Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Ich verfüge in meiner Praxis über einen KV-SafeNet-Anschluss</p>	
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> <li>☛ Die Kassenärztliche Vereinigung kann gemäß § 9 Abs. 7 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen.</li> </ul> <p>Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer entsprechenden Überprüfung.</p>		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<p>ja</p> <input type="checkbox"/>	<p>nein</p> <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Vereinbarung erhalten und den Inhalt einschließlich der Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: August 2019

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

