

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

E-Mail: duenndarm-kapsel@kvno.de  
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 169

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der  
Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen**

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

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

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei: \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit  
\_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit  
\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit  
\_\_\_\_\_

Zulassung/Ermächtigung ab: \_\_\_\_\_

## Fachliche Voraussetzungen

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

Zusätzlich für Ärzte die die Kapsel **applizieren:**

Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien durch selbständig durchgeführte Auswertungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes

oder

Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs

Zusätzlich für Ärzte die Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen **auswerten:**

Mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Facharztes

Die entsprechenden Unterlagen (Zeugnisse / Bescheinigungen) liegen bei.

## Apparative Voraussetzungen (§ 4)

Die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen gemäß § 4 ist durch eine Herstellererklärung nachzuweisen.

## Organisatorische Voraussetzungen (§ 5)

Nachfolgend aufgeführte organisatorische Voraussetzungen sind erfüllt:

1. Der Patient ist im Hinblick auf die durchzuführende Untersuchung einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und besonderer Verhaltensanforderungen in Bezug auf die Vorbereitung und die Durchführung der Untersuchung aufzuklären.
2. Eine Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung muss durchführbar sein.
3. Mit Möglichkeit, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen, muss gewährleistet werden.

Der die Untersuchung durchführende Arzt muss für den Patienten mindestens für 8 Stunden nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel erreichbar sein, dem Patienten sind entsprechende Kontaktdaten zu geben.

Ich verpflichte mich, die weiteren Anforderungen gemäß §§ 6, 7 und 8 zu erfüllen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, dass sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung  
Stempel und Unterschrift des  
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/  
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

**Hinweis:**

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.