

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 25 QS-Vereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Dünndarm-Kapselendoskopie

Name: _____

Facharzt für _____

1. im Rahmen der ASV durchzuführende Leistungen der Dünndarm-Kapselendoskopie (bitte ankreuzen)

Applikation nach den EBM-Ziffern 04528 bzw. 13425	<input type="checkbox"/>
Auswertung nach den EBM-Ziffern 04529 bzw. 13426	<input type="checkbox"/>

2. Fachliche Anforderungen

Nachweise beigefügt

Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
oder		
Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin und der Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

und

Ich versichere, dass ich eine selbständige Indikationsstellung und Applikation von 5 Kapseln zur Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung, ggf. unter Anleitung innerhalb von einem Jahr vor der Anzeige durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

und zusätzlich, sofern die Durchführung der Applikation beantragt wird

Ich versichere, dass ich Erfahrungen in der Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen durch selbständig durchgeführte Auswertungen besitze.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
oder		
Nachweis über die Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Kapselendoskopiekurs (bitte Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

und zusätzlich, sofern die Durchführung der Auswertung beantragt wird

Ich versichere, dass ich Auswertungen von mindestens 25 Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

3. Erklärungen zur apparativen Ausstattung

Ich versichere, dass Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchungen ausschließlich mit Kapselendoskopie-Systemen mit CE-Kennzeichnung durchgeführt werden (§ 4 Abs. 1 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass die Anforderungen an das Dünndarm-Kapselendoskopie-System erfüllt werden (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 QSV).		
Die Komponenten des verwendeten Dünndarm-Kapselendoskopie-Systems sind aufeinander abgestimmt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Dünndarm-Kapselendoskopie-System beinhaltet die Untersuchungskapsel, das Aufzeichnungsgerät für die Bilddaten der Kapsel und die Auswertungseinheit.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass die Anforderungen an die Kapsel erfüllt werden (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 QSV):		
a. Gewährleistung einer Betriebsdauer von mindestens 8 Stunden nach der Aktivierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. Möglichkeit einer Bilderstellung mit einer Frequenz von mindestens zwei Bildern pro Sekunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Abbildung eines Sichtfeldes von mindestens 145 Grad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d. Darstellung eines scharfen Bildes („Schärfenbereich“) im Bereich von 0 bis 20 mm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
e. Abgrenzbarkeit von Strukturen von 0,1 mm oder kleiner durch eine entsprechende Auflösung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f. Darstellbarkeit der Kapsel in bildgebenden Verfahren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass die Anforderungen an das Aufzeichnungsgerät erfüllt werden (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 QSV):		
Das Aufzeichnungsgerät gewährleistet eine Betriebsdauer von mindestens 8 Stunden, mindestens aber die gleiche Dauer wie die zugehörige zu verwendende Kapsel.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Passagezeit wird durch das System protokolliert.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass die Anforderungen an die Auswertungseinheit erfüllt werden (§ 4 Abs. 2 Nr. 4 QSV):		
a. Die von den Herstellern definierten technischen Anforderungen an die für die Auswertungen verwendete Auswertungseinheit (Hard- und Software) werden erfüllt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. Durch die Auswertungseinheit werden die Voraussetzungen für eine Archivierung entsprechend der vorgegebenen Aufbewahrungsfristen gemäß § 7 Abs. 5 QSV technisch ermöglicht.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Die Untersuchungsaufzeichnung ist einschließlich enthaltener Zeitmarker in Teilen und insgesamt aus der Auswertungseinheit auf andere Medien (z.B. Speicherung auf Datenträgern) exportierbar, so dass sie auch außerhalb der Einrichtung, welche die Auswertung vornimmt, durch Viewersoftware abspielbar ist.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

4. Erklärungen zu den organisatorischen Voraussetzungen

Ich versichere, dass die organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 5 QSV erfüllt werden:	
1. Der Patient wird im Hinblick auf die durchzuführende Untersuchung einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und besonderer Verhaltensanforderungen in Bezug auf die Vorbereitung und die Durchführung der Untersuchung aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Eine Positionskontrolle der Kapsel durch Echtzeitüberwachung ist durchführbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Die Möglichkeit, eine endoskopische Positionierung der Kapsel ins Duodenum vorzunehmen, wird gewährleistet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Der die Untersuchung durchführende Arzt ist für den Patienten mindestens für 8 Stunden nach Applikation bzw. Positionierung der Kapsel erreichbar, dem Patienten werden entsprechende Kontaktdaten gegeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Erklärung zur Dokumentation

Ich versichere, die gemäß § 7 QSV geforderte Dokumentation durchzuführen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift