

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Rhythmusimplantat-/ Herzschrittmacher-Kontrollen

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- für mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- für diese/n Angestellte/n

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Datum Tätigkeitsaufnahme	

_____	_____
E-Mail	Telefon

Wohnanschrift

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/rhythmusimplantat-kontrolle

Ich beantrage, folgende Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Fachliche Befähigung nach § 5 als Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie

Herzschrittmacherkontrolle {RIK1}
nachzuweisen sind die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle {RIK2}
nachzuweisen sind die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle {RIK3}
nachzuweisen sind die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

oder

Nachweis der Zusatzqualifikation "Spezielle Rhythmologie" {RIK3}

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gem. § 10 Abs.2 in Kopie beifügen.

Telemedizin

Ich führe folgende telemedizinische Leistungen durch:

telemedizinische Funktionsanalyse eines implantieren Kardioverters/Defibrillators {RIK6}

telemedizinische Funktionsanalyse eines implantieren Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) {RIK6}

In der Praxis werden folgende Systems zur telemedizinischen Abfrage verwendet:

Herstellerbezeichnung	Systembezeichnung

Erklärung zur telemedizinischen Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/ Defibrillatoren und CRT-Systemen.

Folgende Punkte gemäß Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag - Ärzte werden erfüllt:

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Nr. 7) erfolgt mindestens einmal im Krankheitsfall.

Einwilligung des Patienten (Nr. 8)

Der Patient muss in die telemedizinische Funktionsanalyse einwilligen. Er ist vor Erteilung der Einwilligung insbesondere auf den vorgesehenen Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und die Freiwilligkeit der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten beziehen und bedarf der Schriftform. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist sie besonders hervorzuheben.

Die Datenschutz- und -sicherheitsanforderungen in der Arztpraxis werden eingehalten:

- Vertraulichkeit (Nr. 24)
- Authentizität: Zurechenbarkeit von Zugriffen auf die Anwendung des Telemedizinanbieters zu einem Mitarbeiter (Nr. 25)
- Revisionsfähigkeit (Nr. 28)
- Nutzungsfestlegung: Datennutzung ausschließlich zur Funktionsanalyse kardialer Rhythmusimplantate (Nr. 32)

Die Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Arztpraxen (Standards Absicherung Datenübertragung, Nr. 37) werden eingehalten.

Es wird gewährleistet, dass die Rückmeldung an den Patienten zu den Ergebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf spätestens am nächsten Werktag, ansonsten innerhalb der drei nächsten Werktage erfolgt (§ 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle).

Fachliche Befähigung nach § 5 als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie

Die oben genannten Anforderungen gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinderkardiologen.

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherkontrolle | {RIK7} |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle | {RIK9} |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle | {RIK8} |
| oder | |
| <input type="checkbox"/> Nachweis der Zusatzqualifikation "Spezielle Rhythmologie" | {RIK8} |

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gem. § 10 Abs.2 in Kopie beifügen.

Telemedizin

Ich führe folgende telemedizinische Leistungen durch:

- telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters/Defibrillators {RIK10}
- telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) {RIK10}

In der Praxis werden folgende Systems zur telemedizinischen Abfrage verwendet:

Herstellerbezeichnung	Systembezeichnung

Erklärung zur telemedizinischen Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/ Defibrillatoren und CRT-Systemen.

Folgende Punkte gemäß Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag - Ärzte werden erfüllt:

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Nr. 7) erfolgt mindestens einmal im Krankheitsfall.

Einwilligung des Patienten (Nr. 8)

Der Patient muss in die telemedizinische Funktionsanalyse einwilligen. Er ist vor Erteilung der Einwilligung insbesondere auf den vorgesehenen Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und die Freiwilligkeit der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten beziehen und bedarf der Schriftform. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist sie besonders hervorzuheben.

Die Datenschutz- und -sicherheitsanforderungen in der Arztpraxis werden eingehalten:

- Vertraulichkeit (Nr. 24)
- Authentizität: Zurechenbarkeit von Zugriffen auf die Anwendung des Telemedizinanbieters zu einem Mitarbeiter (Nr. 25)
- Revisionsfähigkeit (Nr. 28)
- Nutzungsfestlegung: Datennutzung ausschließlich zur Funktionsanalyse kardialer Rhythmusimplantate (Nr. 32)

Die Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Arztpraxen (Standards Absicherung Datenübertragung, Nr. 37) werden eingehalten.

Es wird gewährleistet, dass die Rückmeldung an den Patienten zu den Ergebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf spätestens am nächsten Werktag, ansonsten innerhalb der drei nächsten Werktage erfolgt (§ 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle).

Weiter auf Seite 5

Apparative Voraussetzungen nach § 6

(Für Kardiologen und Kinderkardiologen)

Folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung sind erfüllt:

- ein implantatspezifisches geeignetes Programmiergerät

Firma, Typ, Baujahr

Firma, Typ, Baujahr

Firma, Typ, Baujahr

Firma, Typ, Baujahr

- ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mind. 3 Kanälen,

Firma, Typ, Baujahr

- eine Notfallausrüstung zur kardiopulmonalen Wiederbelebung, einschl. Defibrillator

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte, jeweils innerhalb von 24 Monaten teilzunehmen. Der Nachweis wird der KV in geeigneter Weise vorgelegt (§ 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle).

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Baden-Württemberg, die zuständige Kommission beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

PLZ Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

PLZ Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code