Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Postfach 10 02 28
79121 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim-telematik.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Rhythmusimplantat-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:

☐ mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)

☐ folgenden Angestellten

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 TTMMJJJJ

E-Mail | Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr. | PLZ | Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr. | PLZ | Ort

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

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

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.

oder

☐ 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.

oder

☐ 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“

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

Telemedizin

Ich führe folgende telemedizinischen Leitungen durch:

☐ telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters/Defibrillators {RIK6}

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

In der Praxis werden folgende Systeme 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 Kinderkardiologie

Die o. g. Anforderungen gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht bei den Kinderkardiologen.

- ☐ Herzschrittmacherkontrolle {RIK7}
- ☐ Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle {RIK9}
- ☐ Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle {RIK8}

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 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 Systeme 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).

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 mindestens drei Kanälen,

Firma, Typ, Baujahr

☐ eine Notfallausrüstung zur kardiopulmonalen Wiederbelebung, einschließlich 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 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage 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 Rechtsgrundlage 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 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.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

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 KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code