

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-409
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 04411 bzw. 13571 EBM - Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (HSM)
- GOP 04413 bzw. 13573 EBM - Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters/Defibrillators (ICD)
 - GOP 04414 bzw. 13574 EBM - einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse
- GOP 04415 bzw. 13575 EBM - Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)
 - GOP 04416 bzw. 13576 EBM - einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse

Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt
- Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gem. § 5 i. V. m. § 10 Abs. 2 QS-Vereinbarung

- Facharzturkunde Innere Medizin und Kardiologie
- Facharzturkunde Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie
- Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie
- Nachweis der Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie

Bei Nachweis dieser Zusatzqualifikation gelten die Anforderungen an die fachliche Befähigung als erfüllt.



Fachliche Nachweise gem. § 5 i. V. m. § 10 Abs. 2 QS-Vereinbarung - Fortsetzung -

(gilt nicht für Kinderkardiologen und Ärzte mit der Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie)

Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle:

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und der ICD-Kontrolle:

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle:

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige 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 (Selbstauskunft) über selbständig durchgeführte Leistungen der unter a) bis c) geforderten Anzahl unter Anleitung, soweit diese nicht innerhalb des geforderten Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung durchgeführt wurden

Die Anleitung muss nach § 5 Abs. 2 der Vereinbarung bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in dem Gebiet und Schwerpunkt Kardiologie befugt ist.

Voraussetzungen bei telemedizinischer Kontrolle gemäß § 4 QS-Vereinbarung

- Bei telemedizinischer Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate 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.

Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen nach der „Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Anlage 31 BMV-Ä):

- Verpflichtungserklärung (Formular) über die Erfüllung der Vorgaben zu den technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie.

Apparative Nachweise gem. § 6 QS-Vereinbarung

- Gerätenachweis (Formular) ist beigelegt
- Bezüglich der Software der Programmiergeräte wird die Verpflichtung zur Mitwirkung an korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen des Verantwortlichen nach § 5 MPG (z.B. des Herstellers des Implantats) nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsverordnung erfüllt. Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht, wie etwa die Meldepflichten nach § 3 Abs. 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, bleiben unberührt.



VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 7 QS-Vereinbarung**
durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zur Kardiologie
- **Dokumentationspflicht gemäß § 8 QS-Vereinbarung**
jede HSM-/ICD-/CRT-Kontrolle ist patientenbezogen nach den entsprechenden Systemparametern zu dokumentieren
- **Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 9 QS-Vereinbarung**
Teilnahme an regelmäßigen Stichprobenprüfungen der Dokumentation

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmus-implantat-Kontrolle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 10 Abs. 4 QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller