

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 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz durch ein ärztliches telemedizinisches Zentrum (TMZ)

gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (QS-V TmHi)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	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"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes

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 13583 EBM – Anleitung und Aufklärung zum TmHi
- GOP 13584 EBM – TmHi mittels kardialem Aggregat
- GOP 13585 EBM – Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte TmHi mittels kardialem Aggregat
- GOP 13586 EBM – TmHi mittels externer Messgeräte
- GOP 13587 EBM – Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte TmHi mittels externer Messgeräte

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung 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 Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 i. V. m. § 8 QS-V TmHi

- Facharzturkunde Innere Medizin und Kardiologie
Die Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärzte mit ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach dem alten Recht führen.
Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle:
 - wurde bereits erteilt.
 - wurde bereits beantragt.
- Soweit Aufgaben des Telemonitorings im TMZ durch Medizinische Fachangestellte oder Gesundheits- und Krankenpfleger übernommen werden, wird versichert, dass dies unter Anleitung und regelmäßiger Überwachung erfolgt.

Nachweise über die technische Ausstattung gemäß § 5 QS-V TmHi

Für die Umsetzung des Telemonitorings werden verwendet:

- kardiale implantierbare Aggregate (implantable cardioverter defibrillator [ICD], cardiac resyn-chronization therapy pacemaker [CRT-P], cardiac resynchronization therapy with defibrillation [CRT-D])

oder

- externe Messgeräte zur Erfassung des Körpergewichts, der elektrischen Herzaktion, des Blutdrucks und zur Übermittlung des allgemeinen Gesundheitszustands des Patienten

Anforderungen an die verwendeten kardialen implantierbaren Aggregate und dessen Zubehör:

Eine Verpflichtungserklärung/Bestätigung durch den Hersteller über die Erfüllung der Anforderungen an die telemedizinische Funktionsanalyse von implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen, insbesondere an den Datenschutz und die Datensicherheit gemäß der Vereinbarung über telemedizinische Leistungen:

- liegt bereits vor im Rahmen der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle.
- wird im Rahmen der gerade beantragten Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle eingereicht.

Anforderungen an die verwendeten externen Messgeräte und dessen Zubehör:

- Bestätigung durch den Hersteller über die Erfüllung der Anforderungen nach § 5 Abs. 3 der verwendeten externen Messgeräte ist diesem Antrag beigefügt.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

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

- Erfüllung und Umsetzung der Aufgaben des TMZ, gemäß § 4 Abs. 1 QS-V TmHi,
- Erfüllung und Umsetzung der Aufgaben durch den PBA, gemäß § 4 Abs. 2 QS-V TmHi,
- Erfüllung und Umsetzung des intensivierten Telemonitorings, gemäß § 4 Abs. 3 QS-V TmHi. Hierbei sind die Kooperationsvereinbarung sowie die interne Handlungsanweisung des TMZ der KV Berlin auf Verlangen vorzulegen.
- Dokumentationspflicht, gemäß § 6 QS-V TmHi,
- Erstellung einer Jahresstatistik – getrennt für das Telemonitoring mit Implantaten und mit externen Geräten sowie getrennt für das intensivierte und das normale Telemonitoring –, gemäß § 7 Abs. 1 QS-V TmHi, wobei die Übertragung der Jahresstatistik in elektronischer Form erfolgt und jeweils bis zum 30.04. des Folgejahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin einzureichen ist.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz im TMZ erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung 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-V TmHi. 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 Qualitätssicherungskommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der technischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-V TmHi entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 8 Abs. 6 QS-V TmHi.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller