

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Rhythmusimplantat-Kontrolle

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____ als:

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen:

- a) Herzschrittmacherkontrolle
- b) Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle
- c) Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle
 einschließlich **telemedizinischer** Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters / Defibrillators oder implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und habe die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kinder-Kardiologie“
- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- a) Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung
- b) Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung.
- c) Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen

Anforderungen an apparative Ausstattung

Implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät

Firma: _____

Gerätetyp: _____

Baujahr: _____

Ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen

Firma: _____

Gerätetyp: _____

Baujahr: _____

Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Firma: _____

Gerätetyp: _____

Baujahr: _____

- Sofern **telemedizinische** Funktionsanalysen nach den GOP 13574, 13576 oder 04414, 04416 EBM durchgeführt werden, wird bestätigt, dass zusätzlich die Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen nach der „Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Anlage 31 BMV-Ä) erfüllt werden.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der apparativen Gegebenheiten in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle entsprechen.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen mit dem Themenkomplex Kardiologie mit mindestens 20 Fortbildungspunkten innerhalb von jeweils 24 Monaten
- die Kassenärztliche Vereinigung fordert jährlich von mindestens fünfzehn Prozent der Ärzte, Dokumentationen von 20 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten zur Überprüfung an

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 31 BMV-Ä)

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH.

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

Name in Druckbuchstaben

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein.

BAG

Datum ab

--	--

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten

Anstellungsdatum

--	--

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel