

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Abteilung Genehmigung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Arztstempel

**ANLAGE 4**

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen  
im Rahmen der Teilnahme an dem Vertrag  
zur mehrstufigen ambulanten Versorgung von Patienten mit  
tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion  
gemäß § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und dem BKK-LV NW**

**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.
- Ärzte, die nur in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KV Hamburg tätig sind, können an diesem Vertrag nicht teilnehmen. Ihnen wird aber die Möglichkeit gegeben einen Einzelvertrag zu gleichen Konditionen mit der Krankenkasse abzuschließen. Dafür wenden Sie sich bitte direkt an die Krankenkasse.
- 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 Arztpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	

Vertragsarzt   
  Angestellter Arzt   
  Ermächtigter Arzt

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, E-Mail

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

1).....

2).....

3).....

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

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

### Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

Innere Medizin und Kardiologie       Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie

### Teilnahmevoraussetzungen

Ich bin

**kardiologischer Facharzt gem. § 5 des Vertrages** und erfülle folgende Voraussetzungen\*:

- kontinuierliche kardiologische Fortbildung mit jährlich 30 CME-Punkten
- mindestens einmal jährlich Durchführung einer internen und/oder externen Schulung im Bereich Notfalltraining/Rettungsmedizin für mich und mein medizinisches Fachpersonal

**Arzt der kardiologisch spezialisierten Ambulanz gem. § 6 des Vertrages** und erfülle folgende Voraussetzungen:

Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Echokardiographie (B-/ M-Mode-Verfahren)

Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Doppler-Echokardiographie (PW- und/oder CW-Doppler- Verfahren und Duplex-Verfahren mittels Farbcodierung)

Vorhaltung der notwendigen räumlichen, apparativen und personellen Ausstattung:

- Überwachungsraum mit EKG-Monitor für eine kontinuierliche Rhythmusüberwachung bis zu 4 Stunden nach der Kardioversion
- Vorrichtung zur Sauerstoffgabe über einen längeren Zeitraum,

- Überwachung der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymetrie,
  - Blutdrucküberwachung,
  - Nachweis der Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus (Intensivstation mit Anästhesie-Abteilung) in räumlicher Nähe (erreichbar in max. 15 Min.)
  - Apparative Voraussetzungen zum Anlegen einer passageren Schrittmachersonde
- kontinuierliche kardiologische Fortbildung mit jährlich 30 CME-Punkten
  - mindestens einmal jährlich Durchführung einer internen und/oder externen Schulung im Bereich Notfalltraining/Rettungsmedizin für mich und mein medizinisches Fachpersonal

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- mir die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt sind und ich diese anerkenne.
- ich die notwendigen Fortbildungs- und Schulungsnachweise einmal jährlich bei der KV Hamburg vorlege,
- mir die Freiwilligkeit meiner Teilnahme bekannt ist. Ich kann meine Teilnahme jeweils 1 Monat zum Quartalsende schriftlich kündigen. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg,
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

### Rechtlicher Hintergrund

Vertrag zur mehrstufigen ambulanten Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion gemäß § 140a SGB V

### Datenschutz

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe der in § 7 Abs. 2 des Vertrages genannten Daten (Name, Vorname, LANR, BSNR, Praxisanschrift, Telefonnummer) im Teilnehmerverzeichnis durch die KV Hamburg an die teilnehmenden Krankenkassen zur Information von teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten und der Veröffentlichung der Daten in einem Verzeichnis im Internetauftritt der Krankenkassen und der KVH.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

**Hinweis:**

Die Informationen der betroffenen Person bei der Erhebung von Person bezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KHV) finden Sie auf unserer Homepage: 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.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragsstellung erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor der Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

## 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 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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller/in**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Angestellte/r**

**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

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel