

Arztstempel



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten – Rhythmusimplantat-Vereinbarung)

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:
Gebietsbezeichnung:
Schwerpunkt:
Zusatzbezeichnung:
Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:
Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)
.....
- im Rahmen einer Anstellung
 - bei einem Vertragsarzt
 - in einem MVZ
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid beifügen)

Beantragte Leistungen

Für Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie:

- Herzschrittmacher** – GOP **13571** des EBM
- implantierter **Kardioverter/Defibrillator (ICD)** – GOP **13573** des EBM
 - einschließlich **telemedizinischer** Erbringung – GOP **13574** des EBM
- implantiertes **System zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)** – GOP **13575** des EBM
 - einschließlich **telemedizinischer** Erbringung - GOP **13576** EBM

Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie:

- Herzschrittmacher** – GOP **04411** des EBM
- implantierter **Kardioverter/Defibrillator (ICD)** – GOP **04413** des EBM
 - einschließlich **telemedizinischer** Erbringung – GOP **04414** des EBM
- implantiertes **System zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)** – GOP **04415** des EBM
 - einschließlich **telemedizinischer** Erbringung - GOP **04416** EBM

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 5 der Rhythmusimplantat-Vereinbarung)

- Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder Facharzt für Innere Medizin und (SP) Kardiologie

und

1. Alternative

- Bei Beantragung von Leistungen der **Herzschrittmacherkontrolle**:

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

oder

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

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**

oder

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

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**

Soweit die geforderte Anzahl von Leistungen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurde, können innerhalb dieses Zeitraums **selbständig durchgeführte Leistungen angerechnet** werden.

Die Anleitung muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in einem der o. g. Gebiete und Schwerpunkte befugt ist. Zu inhaltlichen Anforderungen an das Zeugnis müssen die in § 10 (2) 2. Rhythmusimplantat-Vereinbarung genannten Anforderungen erfüllt werden.

2. Alternative

- Nachweis der **Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“**
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie

Aufgrund der sehr geringen Patientenzahl ist die alleinige Vorlage der FA-Urkunde ausreichend.

Organisatorische Voraussetzungen (gem. § 4 und 8 der Rhythmusimplantat-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

und

- die **Anforderungen** an die Durchführung telemedizinischer Leistungen nach der „Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (**Anlage 31 BMV-Ä**) erfüllt werden.
- die Mindestanforderungen an die schriftliche **Dokumentation** eingehalten werden.

Apparative Voraussetzungen (gem. § 6 der Rhythmusimplantat-Vereinbarung)

Im Einzelnen werden von mir nachfolgende Mindestanforderungen erfüllt:

- ein zur Implantatkontrolle geeigneter **EKG-Schreiber** mit mindestens drei Kanälen
- eine **Notfallausrüstung** zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator
- implantatspezifisch geeignete/s **Programmiergerät/e**

Es werden folgende Systeme verwendet:

.....

.....

.....

.....

Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung und Stichprobenprüfung (gem. §§ 7 und 9 der Rhythmusimplantat-Vereinbarung)

Bitte beachten Sie:

- Regelmäßiger Nachweis von **mindestens 20 Fortbildungspunkte zur Kardiologie in 24 Monaten**.
- Darüber hinaus finden jährlich, erstmalig für das Jahr 2019, **Stichprobenprüfungen der ärztlichen Dokumentation** statt. Dabei werden mindestens 15 % der Ärzte mit je 20 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten aus einem Kalenderjahr überprüft.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kvt.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Kardiologie der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten“ entsprechen.

Ich verpflichte mich, die Anforderungen an die apparativen Voraussetzungen nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung dauerhaft aufrecht zu erhalten. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvt.de, Thema Datenschutz.