



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der
Rhythmusimplantat-Kontrollen
nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß
§ 135 Abs. 2 SGB V

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



**Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.**

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Beantragtes Verfahren

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Herzschrittmacherkontrollen
- Herzschrittmacher- und ICD-Kontrollen
- Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrollen

Fachliche Voraussetzungen

1. Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie

- Der Nachweis über die Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“ liegt der KVWL bereits vor oder ist beigefügt.

und

- bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrollen:

Ein Zeugnis, über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung ist beigefügt.

- bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und ICD-Kontrollen:

Ein Zeugnis, über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung ist beigefügt.

- bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrollen:

Ein Zeugnis, über die selbstständige 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 ist beigefügt.

oder

- Die Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“ ist beigefügt.

Hinweis:

Das Zeugnis muss einen Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand, und eine Beurteilung der fachlichen Befähigung enthalten. Das Zeugnis muss von einem zur Weiterbildung „Kardiologie“ befugten Arzt ausgestellt sein. Sofern die o. g. Zahlen im Zeugnis bestätigt sind, dieses aber nicht aus dem genannten Zeitraum stammt, können innerhalb des Zeitraums selbständig erbrachte Leistungen angerechnet werden.

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

2. Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Kinderkardiologie"

- Der Nachweis über die Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung "Kinderkardiologie" liegt der KVWL bereits vor oder ist beigelegt.

und

- Ein Zeugnis gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 ist beigelegt. Aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen gelten die in Abs. 1 Nr.2 genannten Zahlen nicht für Kinderkardiologen.

Apparative Voraussetzungen

Es wird bestätigt, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt werden:

- ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät
- ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen
- eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Bezüglich der Software der Programmiergeräte hat der Arzt die Verantwortung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an den korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmeempfehlungen des Verantwortlichen nach § 5 MPG (z. B. des Herstellers des Implantats). Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht, wie etwa die Meldepflichten nach § 3 Abs. 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, bleiben unberührt.

Telemedizinische Funktionsanalysen von implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen

Ich beabsichtige / mein angestellter Arzt beabsichtigt, auch telemedizinische Funktionsanalysen von implantierten Defibrillatoren und CRT-Systemen zu erbringen.

ja (Bitte auf dieser Seite fortfahren.)

nein (Bitte weiter zur Unterschrift auf Seite 4.)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die nachfolgenden Punkte gemäß Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag-Ärzte erfüllt werden:

Einwilligung des Patienten

(Nr. 8 Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Der Patient muss in die telemedizinische Funktionsanalyse einwilligen. Er ist vor Erteilung der Einwilligung insbesondere auf den vorgesehenen Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und der Freiwilligkeit der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten beziehen und bedarf der Schriftform. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist sie besonders hervorzuheben.

Datenschutz und Datensicherheitsanforderungen in der Arztpraxis

(Nr. 24 bis 32 Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

- **Vertraulichkeit:**
Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis zu beachten.
- **Authentizität (Zurechenbarkeit):**
Zugriffe auf die Anwendung des Telemedizinanbieters müssen eindeutig einem berechtigten Mitarbeiter der Arztpraxis zugeordnet werden können.
- **Revisionsfähigkeit:**
Die Dokumentation der abgerufenen Daten obliegt der Arztpraxis.
- **Nutzungsfestlegung:**
Die Daten dürfen nur zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und CRT-P-/CRT-D-Systemen durch die behandelte Praxis erstellt und verwendet werden.

Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Arztpraxen

(Nr. 37 Anhang 1 zur Anlage 31 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

Standards:

Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis zu beachten. Insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an den Virenschutz, die Firewall und die weiteren Vorgaben zur Absicherung der IT-Infrastruktur der Arztpraxis.

In der Praxis werden nachfolgende Systeme (Herstellerbezeichnung) zur telemedizinischen Abfrage verwendet:

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung des Herstellers)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

- dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 10 Abs. 4 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.
- dass ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)**