

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/461665

ANTRAG
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (QS-V TmHi) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang

GOP - EBM Leistungslegende

- 13583** Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinisches Zentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses
- 13584** Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat
- 13585** Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13584 für das intensivierete Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat
- 13586** Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte
- 13587** Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13586 für das intensivierete Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantatkontrolle wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

- Ich bin zur Führung der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Kardiologie berechtigt

oder

- Ich bin zur Führung der Facharztbezeichnung Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechtigt

und

- Ich bin im Besitz einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantatkontrolle gemäß Vereinbarung Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten nach § 135 Abs. 2 SGB V

Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Anforderung an die apparative Ausstattung

Zur Umsetzung des Telemonitorings wird folgende apparative Ausstattung eingesetzt (QS-V TmHi § 5 Abs. 1):

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

oder

- externe (Mess-) Geräte zur Erfassung des Körpergewichts, der elektrischen Herzaktion, des Blutdrucks und zur Übermittlung der vom Patienten selbst erhobenen Informationen zur subjektiven Einschätzung seines allgemeinen Gesundheitszustands

und

- die verwendeten kardialen implantierbaren Aggregate sowie das Zubehör dieser Geräte erfüllen die Anforderungen der derzeit geltenden QS-V TmHi gemäß § 5 Abs 2.

oder

- die verwendeten externen (Mess-) Geräte sowie das Zubehör dieser Geräte erfüllen die Anforderungen der derzeit geltenden QS-V TmHi gemäß § 5 Abs 3.

Nachweise bzgl. der Erfüllung der technischen Anforderungen QS-V TmHi gemäß § 5 Abs 2 und 3 sind diesem Antrag beizufügen.

V. Allgemeines

- Leistungen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

VI. Erklärung

- Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der Gegebenheiten in der Praxis durch die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV RLP.

Der Unterzeichner versichert die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ,
Institut