



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung und Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung von Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
durch ein ärztliches telemedizinisches Zentrum (TMZ)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift:

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Beantragte Leistungen

Das kontinuierliche Telemonitoring mittels kardialem Aggregat bzw. mittels externer Messgeräte

III. Fachliche Anforderungen (§ 3)

1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:
Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie

und

2. Genehmigung gemäß der QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle

Soweit Aufgaben des Telemonitorings im TMZ durch Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Gesundheits- und Krankenpfleger übernommen werden, erfolgt dies unter Anleitung und regelmäßiger Verantwortung des o.g. Facharztes

IV. Leistungen im Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (§ 4)

Die strukturellen und organisatorischen Anforderungen gemäß § 4 der QS-V TmHi werden erfüllt und gewährleistet.*

* Die Kooperationsvereinbarung zum intensivierten Monitoring sowie die interne Handlungsanweisung sind der KVBB auf Verlangen vorzulegen.

V. Erklärung zur apparativen Ausstattung (§ 5)

Für die Umsetzung des Telemonitorings werden verwendet:

Kardiale implantierbare Aggregate

- Implantable cardioverter defibrillator (ICD)
Cardiac resynchronization therapy pacemaker (CRT-P)
Cardiac resynchronization therapy with defibrillation (CRT-D)

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 Gesundheitszustandes.

Die Anforderungen an die technische Ausstattung gemäß § 5 der QS-V TmHi werden erfüllt.

VI. Anforderungen an die Dokumentation (§§ 6 und 7)

Das TMZ gewährleistet die vollständige Dokumentation der in § 6 Abs. 1 QS-V TmHI festgelegten Parameter zu den Leistungen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz.

Die Dokumentationen sind der KVBB auf deren Verlangen hin vorzulegen.

Das TMZ erstellt getrennt für das Telemonitoring mit Implantaten und mit externen Geräten sowie getrennt für das intensiviertere und das normale Telemonitoring **eine Jahresstatistik, die die Mindestangaben nach § 7 Abs. 1 QS-V TmHI enthält** (vgl. Anlage zum Antrag).

VII. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
..... erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

VIII. Allgemeines

Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz zur Kenntnis genommen zu haben. Ich werde die darin enthaltenen Vorgaben erfüllen und umsetzen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Qualitätssicherungskommission Kardiologie der KVBB die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen in der Praxis entsprechend der Bestimmungen der QS-Vereinbarung überprüfen kann.

Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass die KBV ein Register aller teilnehmenden TMZ auf der Themenseite „TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ“ veröffentlicht. Diese Veröffentlichung dient der bundesweiten Zusammenarbeit.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: qs@kvbb.de

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.