

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
der Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten gemäß der Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nach den EBM-Ziffern 04411, 04413 bis 04416, 13571 und 13573 bis 13576.

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

- 04411 - Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes und Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 04413 - Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 04414 - Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 04415 - Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 04416 - Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fachärzte für Innere Medizin/ Kardiologie

- 13571 - Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 13573 - Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 13574 - Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 13575 - Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)
- 13576 - Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)**
Inkl. Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Abrechnungsgenehmigung durch eine Kassenärztliche Vereinigung

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

Kassenärztlichen Vereinigung: _____

am: _____ erhalten.

Eine Kopie der Genehmigung ist dem Antrag beigelegt.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gemäß § 12 der o.g. Qualitätsvereinbarung:

Ich führte Rhythmusimplantat-Kontrollen vor dem 1. Oktober 2018 bereits regelmäßig durch und habe diese auch abgerechnet (z.B. in Ermächtigung oder Niederlassung).

Abrechnungs-Nr.: _____

Ort: _____



weiter bei Nachweis der apparativen Ausstattung

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen für alle Antragsteller, die vor dem 1. Oktober 2018 keine Rhythmusimplantat-Kontrolle durchgeführt haben:

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung **Innere Medizin** mit Schwerpunktbezeichnung „**Kardiologie**“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung **Kinder- und Jugendmedizin** mit der Schwerpunktbezeichnung „**Kinderkardiologie**“

Zusätzlich erfülle ich folgende Genehmigungsvoraussetzungen (gilt nicht für Kinderkardiologen)

- Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle: Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung
- Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle: Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor der Antragstellung
- Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und ICD- und CRT-Kontrolle: 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 der Antragstellung

Hinweis:

Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung auf dem Schwerpunkt Kardiologie oder Kinderkardiologie befugt ist.

Zeugnisse und Zertifikate

Zeugnisse, welche von dem anleitenden Arzt unterzeichnet sind, sollen mindestens folgende Angaben beinhalten:

- a) Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand,
- b) Zahl der durchgeführten Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers, ICD- sowie CRT-Systems
- c) Beurteilung der fachlichen Befähigung zur selbständigen Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikationen, Durchführung und Dokumentation von Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, ICD- und CRT-Systemen

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung halte ich vor und verpflichte mich, diese dauerhaft aufrecht zu erhalten:

- Ein zur Implantat-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen

Hersteller: _____

Gerät: _____

Gerätetyp: _____

Standort: _____

- Eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Hersteller: _____

Gerät: _____

Gerätetyp: _____

Standort: _____

- Implantatspezifisches Programmiergerät

1. Programmiergerät

2. Programmiergerät

3. Programmiergerät

Hersteller: _____

Gerät: _____

Gerätetyp: _____

Standort: _____

| | 4. Programmiergerät | 5. Programmiergerät | 6. Programmiergerät |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Hersteller: | _____ | _____ | _____ |
| Gerät: | _____ | _____ | _____ |
| Gerätetyp: | _____ | _____ | _____ |
| Standort: | _____ | _____ | _____ |

Weitere Geräte ICD, CRT-P, CRT-D:

- Bezüglich der Software der Programmiergeräte wird durch mich/ meine Praxis/ die Einrichtung die Verpflichtung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an den korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmeempfehlungen nach § 5 MPG erfüllt.

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Fachkommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 3 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten in der Fassung vom 1. Oktober 2018 entsprechen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte