

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung der Kontrolle aktiven kardialer Rhythmusimplantate

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

Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie einschl. der Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode, ggf. Umprogrammierung, telemetrische Abfrage.

- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie ☐
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters/Defibrillators (ICD) ☐
 - einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse ☐
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-System) ☐
 - einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse ☐

III. Fachliche Anforderungen (§ 5)

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

und

Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle:

Nachweis über eine selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragsstellung ☐

oder

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

Nachweis über eine selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragsstellung ☐

oder

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

Nachweis über eine selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragsstellung ☐

Soweit die geforderte Anzahl von Leistungen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurden, können innerhalb dieses Zeitraums selbständig durchgeführte Leistungen angerechnet werden. Die Anleitung muss nach § 5 Abs. 2 QS-Vereinbarung bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in einem der o. g. Gebiete und Schwerpunkte befugt ist.

2. Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie ☐
3. Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“ ☐

IV. Voraussetzungen bei telemedizinischer Kontrolle (§ 4)

Bei telemedizinischer Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate wird gewährleistet, dass

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

In der Praxis werden folgende Systeme zur telemedizinischen Abfrage verwendet:

(Bitte genaue Hersteller- und Systembezeichnung)

V. Erklärung zur apparativen Ausstattung (§ 6)

Nachfolgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung sind erfüllt:

1. ein zur Herzschrittmacher-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mind. 3 Kanälen ☐
2. ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät ☐
3. eine Notfallausrüstung zur kardiopulmonalen Wiederbelebung, einschl. Defibrillator ☐

Gerätestammdaten			
Hersteller	Gerät	Gerätetyp	Zweckbestimmung nach Angabe des Herstellers

Bezüglich der Software der Programmiergeräte wird die Verpflichtung zur Mitwirkung an korrekativen Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen der Verantwortlichen nach § 5 MPG(z. B. des Herstellers des Implantats) nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsverordnung erfüllt. Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht, wie etwa die Meldepflichten nach § 3 Abs. 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, bleiben unberührt. ☐

VI. Standort der/s Geräte/s

- a) in meiner Praxis ☐
- b) einer Nebenbetriebsstätte (Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume) ☐
-
(Angabe der vollständigen Adresse – Mehrfachnennung bitte auf extra Blatt)
- c) im Rahmen einer Apparategemeinschaft ☐
-
(Angabe der vollständigen Adresse)
- d) im Krankenhaus ☐
-
(Angabe der vollständigen Adresse)

VII. Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (§ 7)

Mir ist bekannt, dass ich zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie durch mindestens 20 Fortbildungspunkte in 24 Monaten teilnehmen und gegenüber der KVBB nachweisen muss. ☐

VIII. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

IX. Allgemeines

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.

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers

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

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.