



**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von
aktiven kardialen Rhythmusimplantat-Kontrollen**

GOP 13571/ 13573-13576 EBM (Kardiologen) bzw. 04411/ 04413-04416 EBM (Kinder-Kardiologen)

Name:
LANR:(soweit bereits bekannt)
BSNR:(soweit bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Telefax:
E-Mail:

Ich beantrage die Genehmigung für folgenden Standort:

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

I. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für folgende Rhythmusimplantat-Typen:

- Herzschrittmacher – GOP **13571** bzw. **04411** EBM
- Implantierter Kardioverter/Defibrillator (ICD) – GOP **13573** bzw. **04413** EBM
 - einschließlich telemedizinischer Erbringung – GOP **13574** bzw. **04414** EBM
- Implantiertes System zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) – GOP **13575** EBM bzw. **04415** EBM
 - einschließlich telemedizinischer Erbringung – GOP **13576** bzw. **04416** EBM

II. Fachliche Voraussetzungen gem. § 5 QSV

Fachärzte für Innere Medizin:

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung "**Innere Medizin**" mit der Schwerpunktbezeichnung "**Kardiologie**" oder "**Innere Medizin und Kardiologie**"

und

Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle:

Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **200 Herzschrittmacher-Kontrollen** unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

oder

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

Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **150 Herzschrittmacher-Kontrollen** und **50 ICD-Kontrollen** unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

oder

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

Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **150 Herzschrittmacher-Kontrollen, 50 ICD-Kontrollen** und **30 CRT-Kontrollen** unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

oder

Nachweis der Zusatzqualifikation "**Spezielle Rhythmologie**"

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin:

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung "**Kinder- und Jugendmedizin**" mit der Schwerpunktbezeichnung "**Kinder-Kardiologie**"

III. Voraussetzungen bei telemedizinischer Kontrolle

Bei telemedizinischer Kontrolle wird gewährleistet, dass

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

*Bitte füllen Sie dazu **Anlage 2** aus und fügen diese dem Antrag bei.*

IV. Apparative Voraussetzungen gemäß § 6 QSV

Geben Sie hier jeweils Hersteller, Geräte und den Gerätetypen an.
Darüber hinaus lassen Sie bitte die Herstellerbescheinigung (**Anlage 1 zum Antrag**) vom jeweiligen Hersteller ausfüllen und fügen Sie diese dem Antrag bei.

1. Zur Implantat-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen:

.....
.....
.....

2. Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator:

.....
.....
.....

3. Implantatspezifisch geeignete(s) Programmiergerät(e):

.....
.....
.....

Bezüglich der Software der Programmiergeräte wird die Verpflichtung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen des Verantwortlichen gemäß § 5 MPG erfüllt. Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht bleiben unberührt.

V. Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

Die Genehmigung wird gemäß **§ 7 QSV** mit der Auflage verbunden, dass zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie teilgenommen werden muss, welche durch mindestens **20 Fortbildungspunkte innerhalb von 24 Monaten** nachgewiesen werden.

VI. Anforderungen an die schriftliche Dokumentation und Überprüfung gem. §§ 8, 9 QSV

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht, einschließlich Anamnese, Befundung und Angaben zur Therapie, wird sichergestellt, dass die Dokumentation der HSM-/ICD-/CRT-Kontrolle mindestens folgende Systemparameter beinhaltet:

Herzschrittmacher-Kontrolle: Programmer-Ausdruck mit mindestens folgenden Daten:

- Batteriestatus
- Elektrodendaten (Impedanz)
- Testergebnisse (Wahrnehmung/Reizschwelle)
- Diagnostikübersicht
- Programmierte Parameter, Nachweis einer eventuellen Umprogrammierung

ICD-/CRT-Kontrolle: Programmer-Ausdruck mit mindestens folgenden Daten:

- Batteriestatus
- Elektrodendaten
- Testergebnisse (Wahrnehmung/Reizschwelle)
- Diagnostikübersicht
- Episoden-/Therapieübersicht
- Programmierte Parameter einschließlich Dokumentation einer Umprogrammierung

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung mit der Verpflichtung der Teilnahme an regelmäßigen Stichprobenprüfungen verbunden wird. Dabei werden mindestens 15 % der Ärzte mit je 20 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten aus einem Kalenderjahr überprüft.

VII. Einverständniserklärung zur Überprüfung der apparativen Gegebenheiten

Ich bestätige, dass die apparativen Gegebenheiten in meiner Praxis den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle entsprechen und bin zur Überprüfung dieser Anforderungen mit einer Begehung meiner Praxisräume gemäß § 10 Abs. 4 QSV einverstanden. Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung versagt werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Vertragsarztstempel
des Antragstellers

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden
Arztes/des Ärztlichen Leiters des MVZ



**Anlage 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Rhythmusimplantat-Kontrollen**

– Herstellerbescheinigung –

I. Persönliche Daten:

Name:

Standort der Geräte:

II. Herstellerbescheinigung:
(nur vom Hersteller auszufüllen)

Gerät	EKG-Schreiber	Programmiergerät
Gerätebeschreibung		
Baujahr		
Hersteller		
Datum der Lieferung		

Hiermit wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Herstellers



**Anlage 2 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Rhythmusimplantat-Kontrollen**

**– Telemedizinische Funktionsanalysen von
implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen –**

GOP 13574 / 13576 EBM (Kardiologen) bzw. 04414 / 04416 EBM (Kinder-Kardiologen)

Name:

LANR:

BSNR:

Ich bestätige, dass die folgenden Punkte gem. Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä
erfüllt werden:

Einwilligung des Patienten (Nr. 8 Anhang 1):

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 die 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 sicherheitsanforderungen in der Arztpraxis

(Nr. 24 - 32 Anhang 1)

Vertraulichkeit:

Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und zur 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 behandelnde Praxis erstellt und verwendet werden.

Anforderungen an die Datenhaltung und Datenübertragung für Arztpraxen

(Nr. 37 Anhang 1)

Standards:

Es sind die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und zur 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.

Ich bestätige, dass ich alle, sich auf Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä beziehenden Änderungen der KV Nordrhein **unverzüglich** mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Vertragsarztstempel
des antragstellenden Arztes

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden Arztes/
des ärztlichen Leiters (MVZ)