



## Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten vom 01.10.2018

### Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

### Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

### LANR:

### Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Einzelpraxis                | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung                    |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz           | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung                      |

### Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

### Antrag bezieht sich auf

#### Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

#### Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

## 1 Beantragte Leistungen

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie  
GOP 13571 (13577) bzw. 04411 (04417)
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ICD)  
GOP 13573 (13577) bzw. 04413 (04417)
  - einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse\*  
GOP 13574 bzw. 04414
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-System)  
GOP 13575 (13577) bzw. 04415 (04417)
  - einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse\*  
GOP 13576 bzw. 04416

Die o. g. Leistungen werden beantragt durch:

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie

\*Wenn telemedizinische Leistungen beantragt bzw. durchgeführt werden sollen, ist die **Anlage 1** zu diesem Antrag unbedingt auszufüllen!

## 2 Fachliche Voraussetzungen

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

Der Nachweis ist durch die Vorlage eines differenzierten Zeugnisses nach § 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu erbringen. Das Zeugnis ist von einem von der Landesärztekammer zur Weiterbildung in einem o. g. Gebiet und Schwerpunkt befugten Arzt auszustellen.

Soweit die wie o.g. geforderte Anzahl von Leistungen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurde, können *innerhalb dieses Zeitraums selbständig durchgeführte Leistungen* angerechnet werden.

Die Anforderungen unter „1.2 Weitere fachliche Nachweise“ gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinder-Kardiologen.

### 3 Apparativ-technische Voraussetzungen

Zur Erbringung der Leistungen wird folgende apparative Ausstattung gemäß den Anforderungen nach § 6 der Vereinbarung vorgehalten:

- ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen,

Gerätetyp/Firma: ..... Baujahr: .....

- Notfallausrüstung zur kardiopulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

- ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät

Herstellerbezeichnung	Gerätetyp	Baujahr

Sollten Sie mehrere EKG-Schreiber und/oder Programmiergeräte nutzen, können Sie gern Kopien Ihres Bestandsverzeichnisses zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen einreichen.

Die apparative Ausstattung erfüllt die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG).

Gemeinsame Apparatennutzung durch mehrere Eigentümer oder Fremdnutzung in ausgelagerten Praxisräumen (§ 33 Ärzte-ZV):

- nein
- ja (Nutzungsvertrag ist beigelegt)

Hinweis: Bezüglich der Software der Programmiergeräte hat der Arzt die Verpflichtung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an den korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen des Verantwortlichen nach § 5 MPG (z.B. des Herstellers des Implantats) zu erfüllen. Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht, wie etwa die Meldepflichten nach § 3 Abs. 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, bleiben unberührt.

Jede Änderung der genannten apparativen Ausstattung wird unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen angezeigt.

### 4 Organisatorische Voraussetzungen

Dem Antragsteller ist bekannt, dass er gemäß § 7 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte in 24 Monaten teilnehmen muss.

### 5 Hinweise

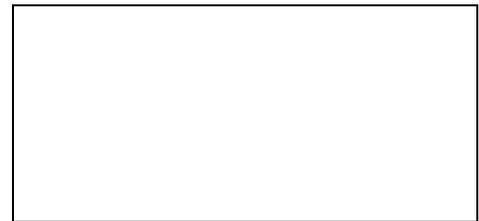
Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvsachsen.de/fuer-praxen/praxisorganisation/informationen-zum-datenschutz](http://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/praxisorganisation/informationen-zum-datenschutz).

## 6 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nach §10 der Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis zu prüfen.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Zeugnisse und Qualifikationsnachweise der Leistungserbringer sind im Original oder als beglaubigte Kopie beigefügt.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(siehe Seite 1 oben)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)

---

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Nachweise reichen Sie bitte wie folgt ein:

per E-Mail an:

[qualitaet-vertraege-vereinbarungen@kvsachsen.de](mailto:qualitaet-vertraege-vereinbarungen@kvsachsen.de)

oder

per Post an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Postfach 24 11 52  
04331 Leipzig