

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## Rhythmusimplantat-Kontrolle

### Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V (QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle)

*Hinweis:* In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!  
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Tätigkeit

### Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.  
*Hinweis: Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.*
- Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen

Stefanie Gilmer  
Heike Morbitzer  
Tel 069 24741-6354 / -6606  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.4@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

MVZ

Angestellter Arzt in

Einzelpraxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes

MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung/des Krankenhauses

Instituts-Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts **und** des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungsassistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden  
MVZ **mit** Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für **angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben**

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

## Beantragtes Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

### Leistungen der Kinder-Kardiologie

- GOP 04411 EBM Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie (konventionell)
- GOP 04413 EBM Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (konventionell)
- GOP 04415 EBM Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) (konventionell)
- GOP 04414 EBM Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
- GOP 04416 EBM Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

### Leistungen der Inneren Medizin

- GOP 13571 EBM Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie (konventionell)
- GOP 13573 EBM Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (konventionell)
- GOP 13575 EBM Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) (konventionell)
- GOP 13574 EBM Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators
- GOP 13576 EBM Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRTD)

→ **Hinweis:** Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414, 04416 sowie 13574 und 13576 setzt den *Nachweis der Erfüllung* der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

### Genehmigungsvoraussetzungen

#### Fachliche Anforderungen (vgl. § 5 QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle)

Bitte kreuzen Sie hier Zutreffendes an und fügen Sie die jeweiligen Qualifikationsnachweise (Urkunden/Zeugnisse) diesem Antrag bitte in Kopie bei.

1.  Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“

**oder**

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

2.  **Bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle:**

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung\* innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

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

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung\* innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

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

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung\* innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung

**Oder**

**Alternativ:** Nachweis über die vorhandene Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“

(\*Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der *nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung im Gebiet „Innere Medizin und Kardiologie“ befugt* ist. Soweit die geforderte Anzahl von Leistungen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung durchgeführt wurde, können innerhalb dieses Zeitraums selbständig durchgeführte Leistungen angerechnet werden.)

→ **Hinweis:** Die Anforderungen nach Punkt 2 gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinderkardiologen. Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung 'Kinder- und Jugendmedizin' mit der Schwerpunktbezeichnung 'Kinder-Kardiologie' ist hier als Nachweis der Fachlichen Anforderungen ausreichend.

**Apparative Ausstattung (vgl. § 6 QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle)**

Für die Kontrolle werden implantatspezifisch geeignete Programmiergeräte verwendet

Ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen ist vorhanden

Eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator ist vorhanden

→ **Hinweis:** Die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen ist gegenüber der KV Hessen bei der Antragstellung nachzuweisen. Zu den vorgenannten Punkten siehe Anlage Apparatur - **bitte das Apparaturformular beifügen**

Sofern **telemedizinische** Funktionsanalysen nach den GOP 13574, 13576 oder 04414, 04416 EBM durchgeführt werden, wird bestätigt, dass zusätzlich die Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen nach der „Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (**Anlage 31 BMV-Ä**) erfüllt werden.

#### Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung:

- Mir ist bekannt, dass **nach § 4 der QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle bei telemedizinischer Kontrolle die Rückmeldung an den Patienten** zu den Ergebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf spätestens am nächsten Werktag, ansonsten innerhalb der drei nächsten Werktage erfolgen muss.
- Mir ist bekannt, dass bezüglich der Software der Programmiergeräte 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 ist. (Weitere Pflichten nach dem Medizinprodukterecht, wie etwa die Meldepflichten nach § 3 Absatz 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, bleiben unberührt.)
- Mir ist bekannt, dass die schriftliche **Dokumentation** der Rhythmusimplantat-Kontrollen entsprechend den Vorgaben in **§ 8 der QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle** erfolgen muss.

#### Auflagen zur Aufrechterhaltung:

- Die **Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 7 der QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle** sind mir bekannt. (Regelmäßiger Nachweis über mindestens 20 Fortbildungspunkte aus der Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie in jeweils 24 Monaten)
- Mir ist bekannt, dass die **Dokumentation einer Überprüfung** hinsichtlich der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit der Dokumentation nach § 8 der QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle im Hinblick auf die patientenadäquate Programmierung des Systems im konkreten Fall **durch die KV Hessen unterliegt**. Die KV Hessen fordert hierfür gemäß § 9 der **QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle jährlich von 15 Prozent** der Genehmigungsinhaber nach dem Zufallsprinzip die **Dokumentationen zu 20 abgerechneten Fällen** an.

#### Erklärungen und Hinweise

- Mir ist bekannt, dass ich **Änderungen** hinsichtlich meiner Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Rhythmusimplantat-Kontrollen sowie Änderungen des Zulassungsstatus **unverzüglich der Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge mitzuteilen** habe.
- **Jede Veränderung an der zugelassenen Einrichtung** zur Rhythmusimplantat-Kontrolle ist ebenfalls der KV Hessen **mitzuteilen** und die entsprechenden Unterlagen sind vorzulegen.
- Unabhängig von den apparativen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, **insbesondere das Medizinproduktegesetz**, zu beachten.
- **Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.**

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

..... Datum  
 ..... Unterschrift des Antragsstellers  
 ..... ggf. Praxisstempel

**Gilt nur bei angestellten Ärzten:**

..... Datum  
 ..... **Unterschrift des anstellenden Arztes  
 bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**  
 ..... Stempel

Stand: März 2022

**CHECKLISTE**

	Liegt der KVH bereits vor	Ist dem Antrag beigefügt
1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung bzw. der Facharztbezeichnung mit Schwerpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation der jeweiligen Mindestanzahl der beantragten Rhythmusimplantat-Kontrollen unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ggf. anstatt Zeugnis der Nachweis über die Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anlage zur Apparatur (Apparaturformular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>