

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg



### Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle im Rahmen der ASV – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

**Hinweise:**  
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a. Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.  
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.  
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

**Die Anzeige erfolgt für:**

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja
- nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

## Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen:

- Herzschrittmacherkontrolle
- Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle
- Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle
  
- einschließlich telemedizinischer Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters / Defibrillators oder implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

## Qualifikationsnachweise

### Vorraussetzungen

- a.) Nachweis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung
- b.) 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
- c.) 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

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

## Anforderungen an die apparative Ausstattung

### Implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät

Firma: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

### Ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen

Firma: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

### Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Firma: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

- 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.

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der apparativen Gegebenheiten in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle entsprechen

## **Rechtlicher Hintergrund**

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

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 31 BMV-Ä)

## **Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben**

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied