

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

Arzt-/Krankenhausstempel

## Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Untersuchungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle im Rahmen der ASV – Tumoren der Lunge und des Thorax

**Hinweise:**

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1  
a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax. 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-) Weiter-  
bildungsordnung 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

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten ( GOpEn 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 EBM)

## Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie

## Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Zeugnis/Bescheinigung über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschritt-macherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor ASV-Anzeige
- Zeugnis/Bescheinigung über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschritt-macherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor ASV-Anzeige.
- Zeugnis/Bescheinigung über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschritt-macherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor ASV-Anzeige.

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung gelten bei Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“ als erfüllt.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

## Anforderungen an die apparative Ausstattung

### Implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät

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

Geätetyp: \_\_\_\_\_

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

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

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

Geätetyp: \_\_\_\_\_

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

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

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

Geätetyp: \_\_\_\_\_

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)

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied