

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 Untersuchungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle im Rahmen der ASV – Marfan Syndrom

### Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 k) Marfan-Syndrom. 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 Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

### 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**

### **Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie**

- Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten ( GOPen 04411, 04413, 04414, 04415, 04416 EBM)

### **Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie**

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

## **Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen**

**Die Anforderungen gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinder-Kardiologen.**

### **Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie mit folgenden Nachweisen:**

- a) Zeugnis/Bescheinigung über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung innerhalb von 36 Monaten vor ASV-Anzeige
- b) Zeugnis/Bescheinigung 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 ASV-Anzeige.
- c) Zeugnis/Bescheinigung 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 ASV-Anzeige.

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

## 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)

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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied