

Arztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der  
Herzschrittmacher-Kontrolle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines  
Herzschrittmachers - HSM-Vereinbarung)

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Entscheidung zur Erteilung der Genehmigung nach der HSM-  
Vereinbarung benötigt.

**Persönliche Angaben des Antragstellers**

Titel, Name, Vorname: .....

LANR: .....  
(Lebenslange Arztnummer)

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Wohnanschrift: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

BSNR: ..... NBSNR: .....  
(Betriebsstättennummer) (Nebenbetriebsstättennummer)

Telefon:                      Praxis: .....                      privat: .....

**Ort der Leistungserbringung**

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)  
.....
- im MVZ  
.....
- im Rahmen einer Ermächtigung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein       ja (Bitte den Bescheid beifügen)

### Beantragte Leistung

- GOP 04418 des EBM  
 GOP 13552 des EBM

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der HSM-Vereinbarung)

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung "Kardiologie"  
oder
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung "Kinder-Kardiologie"  
oder
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt \*)  
oder
- Facharzt für Allgemeinmedizin \*)  
oder
- Praktischer Arzt \*)  
oder
- Arzt ohne Gebietsbezeichnung \*)

*\*) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt, im Wesentlichen internistische Leistungen zu erbringen und ausschl. Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung*

und (gilt mit Ausnahme des Kinder-Kardiologen für alle Fachgruppen)

- Nachweis der selbständigen Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers oder implantierten Defibrillators unter Anleitung,
- davon mindestens 20 Funktionsanalysen eines implantierten Defibrillators,
  - einschließlich telemetrischer Abfrage und ggf. Umprogrammierung,
  - innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung auf die Genehmigung.

Jeweils mindestens die Hälfte der geforderten Funktionsanalysen muss bei Zweikammer- bzw. frequenzadaptierten Systemen erfolgt sein.

Die Anleitung muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in einem der o.g. Gebiete und Schwerpunkte befugt ist.

siehe Bescheinigung vom .....  
(bitte Bescheinigung im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie beifügen)

**Apparative Voraussetzungen (gem. § 4 der HSM-Vereinbarung)**

Im Einzelnen werden von mir nachfolgende Mindestanforderungen erfüllt:

- ein zur Schrittmacher-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen
- eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator
- ein zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers geeignetes Programmiergerät

**Es werden folgende Systeme verwendet:**

.....  
.....  
.....  
.....

Auf Wunsch senden wir Ihnen ein Exemplar der HSM-Vereinbarung zu.

**Erklärung**

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Kardiologie der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers" entsprechen.

Ich verpflichte mich, die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung dauerhaft aufrecht zu erhalten. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen kann.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*  
*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*