



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 340, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle (EBM-Nr. 13552)**

gemäß der Herzschrittmacher-Vereinbarung  
nach § 135 Abs. 2 SGB V vom 01.04.2006 in der derzeit gültigen Fassung

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

der „Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/ oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators“

(gemäß Abschnitt A, § 1 sowie § 2 der o.g. Vereinbarung)

**Angaben zum Tätigkeitsort**

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. \_\_\_\_\_  
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

2. \_\_\_\_\_  
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

3. \_\_\_\_\_  
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

4. \_\_\_\_\_  
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

**1. Fachliche Befähigung**

- 1.1 Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsanerkennung

– **Facharzt für Innere Medizin** mit der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“

– **Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** mit der Schwerpunktbezeichnung „Kinder-Kardiologie“

Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung oder der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung ist beigelegt.

JA

NEIN

wird nachgereicht

**oder**

- 1.2 Ich erbringe im Wesentlichen internistische Leistungen, nehme ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teil und besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsanerkennung

– **Facharzt für Innere Medizin** ohne Schwerpunkt

– **Facharzt für Allgemeinmedizin**

– **Praktischer Arzt**

– **Arzt** ohne Gebietsbezeichnung



Der Nachweis über die Berechtigung zum Führen der vg. Bezeichnung ist beigelegt.

JA  NEIN   
wird nachgereicht

- 1.3 Nachweis über

Selbstständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers oder implantierten Defibrillators unter Anleitung, davon mindestens 20 Funktionsanalysen eines implantierten Defibrillators, einschließlich telematischer Abfrage und ggf. Umprogrammierung, innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung auf die Genehmigung. Jeweils mindestens 100 der geforderten Funktionsanalysen haben bei Zweikammerbeziehungsweise frequenzadaptierten Systemen zu erfolgen. Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in einem unter Absatz 1 genannten Gebiet und Schwerpunkt befugt ist.

*Das gilt aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinder-Kardiologen.*

**2. Apparative Voraussetzungen**

Eigentümer: .....

Praxisanschrift: .....

Standort der Einrichtung: .....

**2.1 zur Herzschrittmacher-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens 3-Kanälen**

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

Baujahr: .....Datum der Inbetriebnahme: .....

**2.2 Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator**

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

Baujahr: .....Datum der Inbetriebnahme: .....

**2.3 zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmacher geeignetes Programmiergerät**

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

Baujahr: .....Datum der Inbetriebnahme: .....



## 2.4 Gerätestandort

Die Geräte unter 2.1 - 2.3

sind mein Eigentum

**oder**

werden in Apparategemeinschaft

mit:.....

am Standort: ..... genutzt.

### **Hinweise**

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist (gemäß § 5 der Vereinbarung).**

Vorsorglich weisen wir Sie auf die am 01.01.2007 in Kraft getretene „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V“ (veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 5141) sowie der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie der KV Berlin zur Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB V für Herzschrittmacher-Kontrolluntersuchungen (veröffentlicht und damit in Kraft getreten im KV-Blatt 07/07) hin.



## **ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Ich verpflichte mich, gemäß Abschnitt C, § 5 Abs. 3 Nr. 2 der o.g. Vereinbarung, die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 4 dauerhaft aufrecht zu erhalten und jede Änderung meiner apparativen Ausstattung der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

Hiermit erkläre ich gemäß § 5 Abs. 4 der Vereinbarung mein Einverständnis für eine Überprüfung der apparativen Gegebenheiten durch die zuständige Qualitätssicherungs-Kommission in meiner Praxis.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung