

Rhythmusimplantat-Kontrolle

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

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

Facharzturkunde für **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Innere Medizin und Kardiologie** einer Landesärztekammer

und

a) bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle:**

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **200** Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung*** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in den entsprechenden Gebieten/Schwerpunkten befugten Arztes **innerhalb von 36 Monaten** vor Anzeigenstellung oder dem Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“

b) bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und der ICD-Kontrolle:**

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **150** Herzschrittmacherkontrollen und **50** ICD-Kontrollen unter Anleitung*** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in den entsprechenden Gebieten/Schwerpunkten befugten Arztes **innerhalb von 36 Monaten** vor Anzeigenstellung oder dem Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“

c) bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle:**

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **150** Herzschrittmacherkontrollen, **50** ICD-Kontrollen und **30** CRT-Kontrollen unter Anleitung*** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in den entsprechenden Gebieten/Schwerpunkten befugten Arztes **innerhalb von 36 Monaten** vor Anzeigenstellung oder dem Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“

Soweit die unter a) bis c) geforderte Anzahl von Leistungen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurde, können innerhalb dieses Zeitraums selbstständig durchgeführte Leistungen angerechnet werden.

*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

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

***Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es werden nachfolgend aufgeführte Voraussetzungen entsprechend § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle erfüllt:

- ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät
- ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen
- eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator
- die Verpflichtung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an den korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen des Verantwortlichen nach § 5 MPG wird erfüllt.

Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung entsprechend § 7 Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle
- Erfüllung der Anforderungen an die schriftliche Dokumentation entsprechend § 8 Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle
- Einverständnis zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation entsprechend § 9 Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle
- Bereitschaft zur Teilnahme an den stichprobenhaften Überprüfungen der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis entsprechend den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung, vgl. § 10 Abs. 4 Rhythmusimplantat-Kontrolle
- bei telemedizinischer Erbringung die Einhaltung der Voraussetzungen entsprechend § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle sowie der Anlage 31 BMV-Ä

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Rhythmusimplantat-Kontrolle

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)

* nur bei institutioneller Benennung