

**Entscheidungserhebliche Gründe gemäß § 135 Abs. 2 Satz 8 SGB V zur  
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen  
nach § 135 Abs. 2 SGB V  
zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten  
(Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)**

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten“ geschlossen, die zum 1. Oktober 2018 in Kraft getreten ist. Sie ersetzt die bisherige „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle) vom 1. April 2006.

Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 bis 04416, 13571 und 13573 bis 13576 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Ziel der QS-Vereinbarung zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten ist die Sicherstellung der Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle (Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (HSM) und/oder eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators (ICD) und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)).

### **Hintergrund**

Hintergrund der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung sind die Beschlüsse des Bewertungsausschusses, nach denen für die einzelnen Leistungen (HSM-, ICD- und CRT-Kontrolle) sowie für die telemedizinische Erbringung (ICD- und CRT-Kontrolle) gesonderte Gebührenordnungspositionen eingeführt wurden. Diese Änderungen hatten die Notwendigkeit einer neuen Vereinbarung zur Folge.

### **Fachliche Qualifikation**

Nach der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung ist es nur noch Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie möglich, eine Genehmigung zu erhalten. Bezüglich der geforderten Untersuchungszahlen werden drei Fälle unterschieden:

- Bei alleinigem Antrag auf HSM-Kontrolle müssen 200 Kontrollen nachgewiesen werden.
- Wird zusätzlich die ICD-Kontrolle beantragt, müssen die geforderten 200 Kontrollen 50 ICD-Kontrollen beinhalten.
- Bei Beantragung aller drei Systeme müssen zusätzlich 30 CRT-Kontrollen erbracht worden sein.

Aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen gelten die geforderten Untersuchungszahlen nicht für Kinder-Kardiologen.

Für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung (ausgenommen Kardiologie) und ohne Schwerpunktbezeichnung, die zum Inkrafttreten der neuen Vereinbarung über eine Genehmigung verfügen, wurde eine Übergangsregelung vereinbart. Diese Ärzte erhalten

ebenfalls eine Genehmigung ohne weitere Nachweise für die HSM-Kontrolle. Für Leistungen der ICD- beziehungsweise der CRT-Kontrolle sind entsprechende Sachkunden nachzuweisen. Der Nachweis muss innerhalb von vier Jahren erfolgen. Eine Genehmigung für die telemedizinischen Funktionsanalysen erhalten Ärzte, wenn sie entsprechende Leistungen in mindestens zwei Quartalen bis zum 30. September 2018 abgerechnet haben.

### **Apparative Anforderungen**

Zur Erfüllung der apparativen Voraussetzungen sind der Nachweis eines implantatspezifisch geeigneten Programmiergerätes, eines zur Implantatkontrolle geeigneten EKG-Schreibers sowie eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung einschließlich Defibrillator erforderlich.

### **Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung**

Zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung wurde festgelegt, dass Genehmigungsinhaber 20 Fortbildungspunkte zur Kardiologie, jeweils in 24 Monaten, nachweisen müssen.

### **Überprüfung der ärztlichen Dokumentation**

Es wurden Vorgaben für die schriftliche Dokumentation definiert. Diese betreffen die Programmier-Ausdrucke und legen die mindestens zu dokumentierenden Parameter fest.

Zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation werden die Patientenunterlagen zu 20 abgerechneten Patienten angefordert. Pro Jahr werden 15 Prozent der Genehmigungsinhaber überprüft. Die Überprüfung richtet sich auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Dokumentation.

In einer Protokollnotiz wurde eine zunächst vierjährige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation festgelegt. Anhand der Ergebnisse entscheiden die Partner des Bundesmantelvertrages anschließend über die Fortführung, Anpassung oder Beendigung der Überprüfungen.