Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➡ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeitelektro-kardiographischen Untersuchungen (QSV Langzeit-EKG)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

☐ Ich bin in Einzelpraxis/BAG zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

☐ Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

_____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

_____
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

☐ den Antragsteller persönlich *oder*

☐ den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Titel _____

Name _____, Vorname _____

☐ Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Angestellter Arzt bei o.g. BAG seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

☐ Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

2. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

3. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

4. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

☐ Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs am Patienten nach
GOP 03322 (Hausärzte), 04322 (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin), 13250/13252 (Fachärzte für Innere Medizin, fachärztlich tätig) bzw. 27322 (Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin)

☐ Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKGs nach
GOP 03241 (Hausärzte), 04241 (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin), 13250/13253 (Fachärzte für Innere Medizin, fachärztlich tätig) bzw. 27323 (Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin)

3. Fachliche Voraussetzungen

☐ Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“.

oder

☐ Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Kinder-Kardiologie.

oder

☐ Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen - einschließlich Auswertung und Beurteilung - (bei der Auswertung muss das Zeugnis einer Klinik oder eines weiterbildungsbefugten Arztes vorgelegt werden).

4. Apparative Voraussetzungen

☐ Gewährleistungsgarantie vom Hersteller/Vertreiber pro Gerät - Anlage A.

und

☐ bei gemeinsamer Apparatenutzung: Erklärung(en) Apparategemeinschaft Aufzeichnungs- bzw. Auswertegerät - Anlage B.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

☐ **Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum	Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Anstellung zusätzlich:

Ort, Datum	Unterschrift angestellter Arzt

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Facharzt für Innere Medizin	☐	☐
2. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Kinder-Kardiologie.	☐	☐
3. Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 100 Langzeit-EKG-Untersuchungen	☐	☐
4. Gewährleistungsgarantie vom Hersteller/Vertreiber - Anlage A	☐	☐
5. Erklärung/en zur Apparategemeinschaft - Anlage B	☐	☐

Genehmigungsantrag – Anhang –

Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Der Volltext der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen ist unter www.kbv.de /Service/ Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anlage A
Gewährleistungsgarantie

Antragsteller

Nutzer des Geräts

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

1. Aufzeichnungsgerät (Erläuterung siehe Seite 6)

Herstellerfirma: _____

_____

_____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Geräte-Bezeichnung: _____

Vollständige Herstellerangaben

Baujahr: **Geräte-Nr.:**

2. Auswertegerät (Erläuterung siehe Seite 6)

Herstellerfirma: _____

_____

_____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Geräte-Bezeichnung: _____

Vollständige Herstellerangaben

Baujahr: **Geräte-Nr.:**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

_____ _____

Telefonnummer Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)

Stempel Hersteller/Vertreiber

Erläuterung zum Aufzeichnungsgerät:

Das angegebene Gerät gewährleitet eine kontinuierliche Aufzeichnung über 24 Stunden bei simultaner, mindestens 2-kanaliger EKG-Ableitung

Erläuterung zum Auswertungsgerät:

Das angegebene Gerät erfüllt folgende Voraussetzungen:

- Asystolie über 2,0 sec. Dauer,
- supraventrikuläre Tachykardie,
- Vorhofflimmern,
- Vorhofflattern,
- ventrikuläre Extrasystolen,
- höhergradige tachykarde ventrikuläre Rhythmusstörungen,
- Kammertachykardie,
- Kammerflattern,
- Kammerflimmern.

Der im Auswertesystem verfügbare Dokumentationsspeicher muss gewährleisten, dass auch bei gehäuft auftretenden Ereignissen eine in quantitativer Hinsicht korrekte Beurteilung möglich ist

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anlage B
Erklärung Apparategemeinschaft **- Aufzeichnungs- bzw. Auswertegerät**
(bei gemeinsamer Apparatenutzung mit einer anderen Praxis/MVZ/Klinik)

Antragsteller

Nutzer des Geräts

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Für die Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen steht mir das folgende

☐ **Aufzeichnungsgerät**
☐ **Auswertegerät**

_____
Firma, Typ, Baujahr

der / des

_____
Eigentümer der Apparatur

in

_____
Standort der Apparatur (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) zur Verfügung.

Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist.

Leistungen die nicht delegierbar sind, werden von mir persönlich oder einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten erbracht.

Ich versichere, dass diese Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung von mir bei der Nutzung der vorgenannten Apparatur erfüllt werden.

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Eigentümer der Apparatur

Stempel Eigentümer der Apparatur