



**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | |, Adresse: \_\_\_\_\_

2. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | |, Adresse: \_\_\_\_\_

3. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | |, Adresse: \_\_\_\_\_

4. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | |, 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.
- oder**
- bei gemeinsamer Apparatennutzung: 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-Vertretungs-  
berechtigter / 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Kinder-Kardiologie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 100 Langzeit-EKG-Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gewährleistungsgarantie vom Hersteller/Vertreiber - Anlage A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erklärung/en zur Apparategemeinschaft - Anlage B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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](http://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](http://www.kbv.de/Service/Service_für_die_Praxis/Qualität/Qualitätssicherung) abrufbar.

## Anlage A Gewährleistungsgarantie

### Antragsteller

<b>Nutzer des Geräts</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<b>Standort des Geräts</b>	
BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

<b>1. Aufzeichnungsgerät</b> (Erläuterung siehe Seite 6)	
<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	_____
	_____
	Vollständige Herstellerangaben
<b>Baujahr:</b>	<b>Geräte-Nr.:</b>

<b>2. Auswertegerät</b> (Erläuterung siehe Seite 6)	
<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	_____
	_____
	Vollständige Herstellerangaben
<b>Baujahr:</b>	<b>Geräte-Nr.:</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)

**Stempel Hersteller/Vertreiber**

### **Erläuterung zum Aufzeichnungsgerät:**

Das angegebene Gerät gewährleistet 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

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

Bitte beachten Sie, dass die Kollegen bereits eine gültige Genehmigung für die Aufzeichnung bzw. Auswertung besitzen müssen.

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](http://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