

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg



**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von  
Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen im Rahmen der ASV –  
Morbus Wilson**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 h) Morbus Wilson. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören. Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

**Die Anzeige erfolgt für:**

Name, Vorname, ggf. Titel  
\_\_\_\_\_

Fachgebiet  
\_\_\_\_\_

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer  
\_\_\_\_\_

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja       nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (GOP 04241, 04322 EBM)

## Qualifikation - Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Kinder- und Jugendmedizin  
 Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie  
 Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

mit folgendem Nachweis (ist der Anzeige beizufügen):

- Zeugnis über mindestens 100 selbständig durchgeführte, kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit EKG- Untersuchungen einschließlich Auswertung und Beurteilung

## Apparative Ausstattung

Für die Untersuchungen verwende ich an dem Tätigkeitsort das folgende **Langzeit- EKG-Aufnahmegerät** mit kontinuierlicher Aufzeichnung über 24 Stunden:

\_\_\_\_\_

Firma	Gerätetyp	Baujahr
-------	-----------	---------

**und das Auswertegerät:**

\_\_\_\_\_

Firma	Gerätetyp	Baujahr
-------	-----------	---------

**Die Gewährleistungsgarantie des Herstellers ist der Anzeige beizufügen (Seite 5).**

- Die Auswertung erfolgt in Apparategemeinschaft: \_\_\_\_\_  
Name der Apparategemeinschaft

Bitte fügen Sie das Formular Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft der Anzeige bei (Seite 4).

- Die Auswertung wird durch Überweisung veranlasst.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Teammitglied

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Arztstempel

**Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft  
(Gemeinsame Gerätenutzung)**

**(Bitte leserlich ausfüllen)**

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Das Gerät wird für folgende Leistungen eingesetzt: \_\_\_\_\_

Das Gerät wird von folgenden Ärzten mitgenutzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Gerät wird gemeinsam genutzt seit: \_\_\_\_\_

Ich bin als Eigentümer des Geräts mit der gemeinsamen Nutzung der oben aufgeführten Ärzte einverstanden: \_\_\_\_\_ (Name/Unterschrift des Eigentümers)

Name/Unterschrift

von allen mitnutzenden Ärzten:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/ Datum \_\_\_\_\_

## **Gewährleistungsgarantie** (von der Herstellerfirma auszufüllen)

zur Durchführung von Langzeit- elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß Abschnitt C Nr. 4 der Langzeit- EKG-Vereinbarung vom 12. Dezember 1991

Name der Vertragsärztin / des Vertragsarztes: \_\_\_\_\_

Praxis (Gerätestandort): \_\_\_\_\_

### **Aufzeichnungsgerät:**

Hersteller: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

### **Auswertegerät:**

Hersteller: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

Die Aufnahme der Langzeit- EKG´s erfolgt:       kontinuierlich       diskontinuierlich

Die kontinuierliche oder diskontinuierliche Auswertung muss sicherstellen, dass alle wichtigen Ergebnisse erfasst werden.

Als wichtige Ergebnisse gelten:

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

Hiermit wird bestätigt, dass das o. g. Gerät den Anforderungen nach Abschnitt B Apparative Voraussetzungen der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 12. Dezember 1991, entspricht.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Firmenstempel