

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie (GOP 30900 EBM)

Qualitätssicherungsvereinbarung Schlafbezogene Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Qualitätssicherung
Team 1

Heike Sentner
Tel 069 24741-6649
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.5@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung
- Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistung: GOP 30900 EBM – Kardiorespiratorische Polygraphie

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt und durch beigefügte Urkunden / Zeugnisse / Bescheinigungen nachgewiesen werden:

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

ODER

Berechtigung zum Führen der

- Gebietsbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“
- Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“
- Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ bzw. „Kinderheilkunde“
- Gebietsbezeichnung „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“
- Gebietsbezeichnung „Neurologie“
- Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“
- Gebietsbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“
- Facharztbezeichnung „Innere Medizin“
- Facharzt und Schwerpunktbezeichnung „Innere Medizin“ und „Pneumologie“ oder „Kardiologie“

UND

- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 Tagen innerhalb der letzten 12 Monate vor der Antragstellung.

Eine Kopie der Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an dem zu absolvierenden Kurs gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b der „Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“ mit der Bestätigung über die Erfüllung der festgelegten Anforderungen ist dem Antrag beizufügen.

Der Kurs muss die Vermittlung von Grundlagen der Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Einbeziehung praktischer Übungen zur Auswertung einfacher Schläfrigkeitstests und zur Registrierung der klinisch relevanten Parameter mit verschiedenen Polygraphie-Systemen beinhalten. Der Kursleiter muss mindestens seit drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen („Schlaf-labor“) leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut haben.

Apparative Voraussetzungen

Die sachgerechte Durchführung der Polygraphie nach der GOP 30900 EBM erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

1. Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

Die abgeleiteten Rohdaten müssen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.

- Die Erfüllung der Voraussetzungen wird durch die beigefügte Bestätigung des Geräteherstellers / Lieferanten bestätigt.**

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen (Bescheinigungen, Nachweise, o.ä.) zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Fachkommission beauftragen, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen entsprechen.
Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung durch die zuständige Fachkommission der KV Hessen.
- Jede Änderung der apparativen Ausstattung ist unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen und die entsprechenden Unterlagen sind vorzulegen.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

