

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**KV** + KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## 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  
Substitution & weitere Genehmigungen

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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- 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 Tätigkeit<sup>2</sup>:**

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**

---

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

<sup>2</sup> 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 „Kinder- und Jugendmedizin“ bzw. „Kinderheilkunde“
- Gebietsbezeichnung „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“
- Gebietsbezeichnung „Neurologie“
- Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“
- Gebietsbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“
- Facharztbezeichnung „Innere Medizin“
- Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ bzw. Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“
- 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.

