

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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



Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (GOP 30901 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 Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

_____ Name des anstellenden Arztes

BSNR _____

in MVZ

_____ Name des MVZ

BSNR _____

Ermächtigter Arzt

_____ Name der Einrichtung

BSNR _____

Instituts-
Ermächtigung

_____ Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

BSNR _____

Sicherstellungs-
Assistent

_____ Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

BSNR _____

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 30901 EBM - Kardiorespiratorische Polysomnographie

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 § 6 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**“

Dabei sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen nachzuweisen:

1. eine mindestens sechsmonatige ganztägige Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
ODER
eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
UND
2. selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
3. selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
4. selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
5. selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaf-latenz-Test) der vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung
6. Die Anleitung nach den Nrn. 1 bis 5 hat bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen beständig betreut und behandelt hat.

Übergangsregelung

Ärzte, die bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung mindestens sechs Monate in einem Schlaflabor tätig waren und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen regelmäßig selbständig betreut und behandelt haben, erhalten eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) gemäß § 6 der Vereinbarung, wenn sie die Voraussetzungen nach § 6 Nrn. 2 bis 6 und § 7 erfüllen und die Befähigung durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 4 der Vereinbarung vor der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben.

- Die Ausführungen der Übergangsregelung sind für mich zutreffend und werden durch die beigefügten Zeugnisse / Bescheinigungen nachgewiesen.
An dem erforderlichen Kolloquium werde ich teilnehmen.

Apparative Voraussetzungen

Die sachgerechte Durchführung der Polysomnographie (einschl. Polygraphie) nach der GOP 30901 EBM erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafes im Schlaflabor überwachen zu können. Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung der Polysomnographie 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. Elektrokardiographie (EKG)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
7. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
8. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
9. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
10. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

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

Räumliche Voraussetzungen

Ich bestätige, dass das Schlaflabor über geeignete Räumlichkeiten verfügt und die nachfolgend genannten Mindestanforderungen erfüllt werden:

- Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafraum zur Verfügung.
(Der Schlafraum muss räumlich getrennt vom Ableitraum sein, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen).
- Der Schlafraum verfügt über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage und ist schallgeschützt, sodass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

Entsprechende Pläne/Zeichnungen des Schlaflabors sind dem Antrag beizufügen!

- Es handelt sich um ein akkreditiertes Schlaflabor
(Eine Kopie der Akkreditierungsurkunde ist dem Antrag beizufügen)

Ort der Leistungserbringung

Die kardiorespiratorische Polysomnographie wird in folgenden Räumen durchgeführt:

- eigene Praxis
- in folgender Einrichtung/Krankenhaus/Schlaflabor:

Name _____

Anschrift _____

Organisatorische Voraussetzungen

- Während der Polysomnographie ist eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend.
- Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten steht bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung.

Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie sind zu dokumentieren.

- **Dem Antrag ist ein Personalschlüssel des Schlaflabors beizufügen!**

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 Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen ist zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Urkunden / Bescheinigungen / Zeugnissen hervorgeht, dass die geforderten fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt sind.
- 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 Atmungsstörungen 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.

