

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie** nach Abschnitt B der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (GOP 30900 EBM)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ (Name der BAG)	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ (Name des MVZ)	
<input type="checkbox"/> Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____ (Name des KH) tt.mm.jj	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

Die Antragstellung erfolgt für	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj	

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: _____

Falls ein **Belegkrankenhaus** angegeben wurde:

Die beantragten Leistungen werden dort **stationär** bei Belegpatienten erbracht, auch **ambulant** erbracht (ausgelagerter Praxisraum).

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

- Variante 1:** Kardiorespiratorische Polygraphie nach § 4 **Abs. 1** der QSV bei Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“.
- Variante 2:** Kardiorespiratorische Polygraphie nach § 4 **Abs. 2** der QSV, da die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ nicht erworben wurde.

3. Fachliche Voraussetzungen

- Variante 1**, vgl. § 4 Abs. 1 der QSV
Urkunde über Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“
- Variante 2**, vgl. § 4 Abs. 2 der QSV
Urkunden / Bescheinigungen nach § 4 **Abs. 2** zum Führen der
 - Gebietsbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“
oder
 - Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“
oder
 - Gebietsbezeichnung „Neurologie“
oder
 - Gebietsbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“
oder
 - Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ oder Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“
oder
 - Facharztbezeichnung „Innere Medizin“
 - und Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“
 - und Schwerpunktbezeichnung: _____

- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden an mindestens 5 Tagen, der während der letzten 12 Monate vor Antragstellung und innerhalb von 6 Monaten absolviert wurde
- Der Kurs hat 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 beinhaltet..
 - Der Kursleiter leitet seit mindestens 3 Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen und hat in diesem Zeitraum selbständig Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen betreut und behandelt.

4. Apparative Ausstattung

- Das zur Durchführung der kardiorespiratorischen Polygraphie verwendete Gerät ist geeignet:
- Die klinisch relevanten Parameter abzuleiten
 - Die abgeleiteten Rohdaten für eine visuelle Auswertung zur Verfügung zu stellen
 - Über einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden simultan auf einem Datenträger die geforderten Messungen nach § 7 Abs.1 der Vereinbarung zu registrieren

Das zur Durchführung der Polygraphie verwendete Gerät befindet sich:

- In meiner eigenen Praxis
 In folgender Praxis bzw. Einrichtung:

1. Gerätebezeichnung:

Standort des Geräts:

BSNR:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. Gerätebezeichnung:

Standort des Geräts:

BSNR:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Gerätebezeichnung:

Standort des Geräts:

BSNR:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Gerätebezeichnung:

Standort des Geräts:

BSNR:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Gemeinsame Apparaturnutzung

nein

ja,

oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit

Titel _____ Name _____, Vorname _____

oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit

Titel _____ Name _____, Vorname _____

- oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit
Titel _____ Name _____, Vorname _____

Bitte die **Erklärung zur Apparategemeinschaft** (separates Formular) beifügen.

- Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 und Anlage III USV wird nach § 14 Abs. 3 Nr. 2 USV **pro Gerät eine Gewährleistungserklärung des Herstellers** vorgelegt.
- Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:
- Die Gewährleistungserklärung des oben genannten Kollegen liegt der KVB bereits vor.
- Es wird darüber hinaus bestätigt, dass Veränderungen an der technischen Grundausstattung, die Neuanschaffung oder die Stilllegung von Geräten der KVB mit einem geeigneten Nachweis unverzüglich angezeigt werden.

- Ich bin einverstanden, dass die KVB eine Praxisbegehung nach § 8 Abs. 3 QSV zur Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen durch die zuständige Qualitätssicherungskommission durchführen kann.**

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 und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde Berechtigung Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Urkunde Berechtigung Gebietsbezeichnung / Facharztbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis über erforderlichen Kurs gemäß § 4 Abs. 2 QSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis über Eignung der apparativen Ausstattung / Gewährleistungserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ggf. Erklärung Apparategemeinschaft	<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. 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 Qualitätssicherungsvereinbarung schlafbezogener Atmungsstörungen ist unter www.kbv.de / Service / Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.