

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschließlich Polygraphie)** nach Abschnitt C und E der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (QSV) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (GOP 30901 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: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

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

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

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:

Kardiorespiratorische Polysomnographie (einschließlich Polygraphie)

3. Fachliche Voraussetzungen

Die Berechtigung zum Führen der **Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“** liegt vor.

Darüber hinaus werden folgende Voraussetzungen erfüllt und durch unterzeichnete Zeugnisse und Bescheinigungen des anleitenden Arztes nachgewiesen:

- Eine mindestens 6-monatige ganztägige oder eine mindestens 2-jährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
- Selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
- Selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung

- Der Arzt, bei dem die Anleitung nach den o. g. Voraussetzungen stattgefunden hat, muss mindestens seit 3 Jahren ein Schlaflabor leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt haben.
- Das Zeugnis muss mindestens folgende Angaben enthalten:
 - Beurteilung der fachlichen Befähigung zur selbständigen Durchführung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
 - Überblick über das Spektrum der Behandlungsfälle der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
 - Dauer der Tätigkeit im Schlaflabor unter Anleitung
 - Zahl der vom Antragsteller durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

- Alternativ: Übergangsregelung nach § 10 Abs. 3 der QSV - für Ärzte, die bis zum Inkrafttreten der QSV am 1.4.2005 mindestens 6 Monate in einem Schlaflabor tätig waren und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen regelmäßig selbständig betreut und behandelt haben.

Die Voraussetzungen nach § 6 Abs.1 Nrn. 2 bis 6 und § 7 der QSV werden erfüllt und durch die beigefügten Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen.

- Der Teilnahme am erforderlichen **Kolloquium** wird zugestimmt.

4. Apparative Ausstattung

- Das zur Durchführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie verwendete Gerät ist geeignet:
- Die klinisch relevanten Parameter abzuleiten
 - Den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können
 - 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 ist für das verwendete Gerät eine Bescheinigung des Herstellers beigelegt, dass das Gerät geeignet ist, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können (Gewährleistungserklärung).

Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:

Die Gewährleistungserklärung des oben genannten Kollegen liegt der KVB bereits vor.

Mir ist bekannt, dass Veränderungen an der technischen Grundausstattung, die Neuanschaffung oder die Stilllegung von Geräten der KVB mit einem geeigneten Nachweis unverzüglich angezeigt werden müssen.

5. Räumliche Voraussetzungen

- Folgende räumliche Voraussetzungen werden erfüllt, vgl. § 7 Abs. 2 QSV:
- Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafräum zur Verfügung, der räumlich getrennt ist vom Ableitraum in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.
 - Der Schlafräum ist schallgeschützt, gewährleistet ungestörten Schlaf, verfügt über eine angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunkelung und eine Gegensprechanlage.

6. Organisatorische Voraussetzungen

- Folgende organisatorische Voraussetzungen werden erfüllt, vgl. § 7 Abs. 3 QSV:
- Während der kardiorespiratorischen Polysomnographie ist im Schlaflabor immer eine medizinische Fachkraft anwesend.
 - Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten steht für Notfälle ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung.

7. Mindestanforderungen an die ärztliche Dokumentation

- Mir ist bekannt, dass die Dokumentation den Anforderungen nach § 7 Abs. 3 QSV entsprechen müssen:
- Der Name, der während der kardiorespiratorischen Polysomnographie anwesenden medizinischen Fachkraft, wird dokumentiert.
 - Der Name, des während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten anwesenden Arztes, wird dokumentiert.
 - Die Durchführung der Polysomnographie wird dokumentiert.

- 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-
berechtigte / 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 zur Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Zeugnisse / Bescheinigungen über 6-monatige ganztägige oder 2-jährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Zeugnisse / Bescheinigungen von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Zeugnisse / Bescheinigungen von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Zeugnisse / Bescheinigungen über selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Zeugnisse / Bescheinigungen von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Zeugnisse über fachliche Befähigung des Antragstellers über die selbständige Ausführung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Nachweis über Befähigung des anleitenden Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ggf. Nachweis über erfolgreiche Teilnahme am Kolloquium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Nachweis über Eignung der apparativen Ausstattung / Gewährleistungserklärung	<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.