

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/803991

ANTRAG

zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie

Qualitätssicherungsvereinbarung Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang GOP - EBM

30901 Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

III. Anforderungen an die fachliche Befähigung

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie wurde bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
und

kann nachfolgend genannte Anforderungen belegen:

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

Die Anleitung hat durch einen Arzt, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt, zu erfolgen.

Bitte die entsprechenden Urkunden/Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Apparative Anforderungen

- Die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen ist gegenüber der KV RLP nachzuweisen (s. Anlage).

V. Organisatorische Anforderungen

- 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.
- Der Name des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie werden dokumentiert.

VI. Räumliche Anforderungen

- Es ist für jeden Patienten ein eigener Schlafrum vorhanden.
- Der Schlafrum ist räumlich vom Ableitraum mit den Aufzeichnungsgeräten getrennt.
- Der Schlafrum verfügt über eine seiner Funktion angemessene Größe mit:
 - der Möglichkeit zur Verdunklung
 - einer Gegensprechanlage
 - Schallschutz zur Gewährung eines von äußeren Einflüssen ungestörten Schlafes

VII. Ort der Leistungserbringung (wenn abweichend von Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte)

.....
.....
(Straße und Ort angeben)

VIII. Allgemeines

- Die Polysomnographie darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

- Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis durch die Fach-Kommission der KV RLP.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ,
Institut)