

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von
Leistungen zur Diagnostik und Therapie der schlafbezogenen
Atmungsstörung**

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____ als:

Vertragsarzt

Angestellter Arzt

Ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen

- Polygraphie
- Polysomnographie

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen für die Polygraphie

Kopie der Urkunde „Schlafmedizin“ (Falls vorhanden)

oder

Kursbescheinigung von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 Tagen, während der letzten 12 Monate vor Antragstellung.

Voraussetzungen für die Polysomnographie

- Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ (Kopie der Urkunde beilegen).
- Zeugnisse oder Bescheinigungen einer mind. 6-monatigen ganztägigen oder einer mindestens 2-jährigen begleitenden Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung.
- Nachweis über die selbstständige Durchführung und Dokumentation von mind. 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung.
- Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörung unter Anleitung.
- Nachweis über die selbstständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mind. 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung.
- Nachweis über die selbstständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler- Schlaf latenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung.
- Nachweis, dass die Anleitung bei einem Arzt stattgefunden hat, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt hat.

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- Für jeden Patienten steht ein geeigneter Schlafraum zu Verfügung. Der Schlafraum ist räumlich getrennt vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.
- Der Schlafraum entspricht in seiner Funktion der angemessenen Größe, hat die Möglichkeit einer Verdunklung und verfügt über eine Gegensprechanlage. Außerdem ist der Raum schallgeschützt vor äußeren Einflüssen, so dass ein ungestörter Schlaf gewährleistet ist.
- Bei der Polysomnographie ist eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend.
- Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CAPD- oder verwandten Geräten steht im Notfall ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung.
- Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie werden dokumentiert.

Apparative Ausstattung

Gerätenutzung in eigener Praxis

Das Gerät ist mein Eigentum

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus:

Adresse: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Eine von allen Teilnehmern unterschriebene Erklärung über die gemeinsame Gerätenutzung ist dem Antrag beizufügen.

Gerätenutzung in einem ausgelagerten Praxisteil

- Der ausgelagerte Praxisteil und das genutzte Gerät sind der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____

- Ich möchte das Gerät in einem ausgelagerten Praxisteil nutzen.

Zusätzlich ist das Antragsformular „Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils“ auszufüllen.

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung ist ein Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, beizufügen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH.

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.
- 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

Name in Druckbuchstaben

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein.

BAG

Datum ab

--	--

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten

Anstellungsdatum

--	--

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel