

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt-/Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen zur Diagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörung im Rahmen der ASV – pulmonale Hypertonie

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2I) pulmonale Hypertonie. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzudeklarieren und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

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

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Polygraphie (GOP 30900 EBM)
- Polysomnographie (30901 EBM)

Qualifikation Polygraphie

Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie

mit der Zusatzqualifikation

- Zusatzbezeichnung Schlafmedizin **oder**
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.

Kursinhalte

- ➔ 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
- ➔ Kursleiter muss mindestens drei Jahre eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen geleitet haben und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt haben.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Qualifikation Polysomnographie

Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie

mit der Zusatzqualifikation

- Zusatzbezeichnung Schlafmedizin **oder**

Zeugnisse und/oder Bescheinigungen über:

1. Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ (Kopie der Urkunde beilegen)
2. Zeugnisse oder Bescheinigungen einer mind. 6-monatigen ganztägigen oder einer mindestens 2-jährigen begleitenden Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung.
3. Nachweis über die selbstständige Durchführung und Dokumentation von mind. 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
4. Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörung unter Anleitung
5. Nachweis über die selbstständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mind. 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung.
6. Nachweis über die selbstständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler- Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung
7. 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.

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 selbstständig betreut und behandelt hat.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Räumliche Ausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche Ausstattung 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 der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

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:

Betriebstätte (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.

Rechtlicher Hintergrund

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied