



Antrag

auf Erteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der **Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen** gemäß der
Qualitätssicherungsvereinbarung § 135 Abs. 2 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch (SGB V) auf der Grundlage der Anlage I Nr. 3 Richtlinie
Methoden vertragsärztliche Versorgung § 135 Abs.1 SGB V

Name: _____
LANR: _____ (wenn bereits bekannt)
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
BSNR: _____ (wenn bereits bekannt)
Telefon: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen:

- Polysomnographie / ambulantes Schlaflabor*** (GO.-Nr. 30901 EBM) Abschnitte A, D, E und / oder F und ggf. G))
***Diese Genehmigung gilt nur für den fachärztlichen Bereich!**

Das Schlaflabor befindet sich in:

- eigener Praxis
 Praxis eines Kollegen
 Schlaf-Zentrum
 Krankenhaus

ggf. von der o.g. Praxisanschrift abweichende Anschrift eintragen:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Anzahl Schlafplätze: _____

Niederlassung/Ermächtigung geplant ab: _____

- Meine/mein Praxispartnerin/Praxispartner verfügt bereits über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der von mir beantragten Leistung/en.

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatz-, Gebiets-, Facharzt- und / oder Schwerpunktbezeichnung:

- Schlafmedizin
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde)
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurologie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Innere und Allgemeinmedizin (bzw. Allgemeinmedizin)
- Innere Medizin, Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- Innere Medizin, Schwerpunktbezeichnung Kardiologie

Nachweis der fachlichen Befähigung zur Ausführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (§ 6)

- Ich bin berechtigt, die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ zu führen
(Bitte Ablichtung der Urkunde dem Antrag beilegen!).

Neben der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ sind zusätzlich nachfolgend beschriebene Anforderungen zu erfüllen und deren Erfüllung durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachzuweisen, die den in § 9 Abs. 3 beschriebenen Anforderungen genügen (Ablichtungen der Zeugnisse und Bescheinigungen bitte jeweils dem Antrag beilegen!):

- Eine mindestens sechsmonatige ganztägige oder eine mindestens zweijährige 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.

Die Anleitung hat jeweils bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat

(Bitte geeignete Nachweise dem Antrag beilegen)

Apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen zur Ausführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (§ 7)

- Ich bestätige, dass die von mir zur Durchführung der Polysomnographie verwendeten Geräte geeignet sind, mindestens die nachfolgend aufgeführten klinisch relevanten Parameter simultan abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können.
- Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
 - Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
 - Elektrokardiographie (EKG)
 - Aufzeichnung der Körperlage
 - Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
 - Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
 - Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
 - Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
 - Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
 - Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens
- Weiterhin bestätige ich, dass diese Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einen Datenträger registriert werden können und die abgeleiteten Rohdaten für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.

Angaben zu dem /den verwendeten Gerät(en) (Apparatenachweis – Muster letzte Seite des Antrages – durch den Hersteller / Vertreiber des Polygraphiegerätes ausfüllen lassen und bitte dem Antrag beilegen!):

Hersteller: _____
Typ: _____
Baujahr: _____

- Ich bestätige, dass für jeden Patienten ein eigener Schlafraum vorgehalten wird und dieser Schlafraum räumlich vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen, getrennt ist (Grundriss Schlaflabor bitte dem Antrag beilegen).
- Weiterhin bestätige ich, dass der Schlafraum über eine, entsprechend seiner Funktion,
- angemessene Größe,
 - Möglichkeit zur Verdunklung und eine
 - Gegensprechanlage verfügt,
 - schallgeschützt und ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

- Ich bestätige, dass während der Polysomnographie eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend ist.

Name: _____

Anschrift: _____

Qualifikation: _____

(Bitte geeignete Nachweise dem Antrag beilegen!)

- Ich bestätige, dass während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfe- stellung zur Verfügung steht.

Name: _____

Anschrift: _____

Qualifikation: _____

(Bitte geeignete Nachweise dem Antrag beilegen!)

- Ich bestätige, dass der Name des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie dokumentiert werden.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes im MVZ od BAG

Vertragsarztstempel

Unterschrift angestellte Ärztin / angestellter Arzt

Bei Durchführung der **Polysomnographie** in der Praxis eines Kollegen, in einem Schlaf-Zentrum bzw. in einem Krankenhaus:

- Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen in meiner Praxis / in meinem Schlaf-Zentrum / in unserem Krankenhaus nach vorheriger Absprache daraufhin überprüft werden können, ob diese den in § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beschriebenen Anforderungen entsprechen.
Sollte die Einverständniserklärung zu einer Besichtigung verweigert werden, so nehme ich davon Kenntnis, dass dem Antragsteller die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung der **Polysomnographie** versagt oder widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Eigentümers der Praxis /
des Schlaf-Zentrums bzw. der
Krankenhausverwaltung

Arzt- / Praxisstempel bzw. Stempel
der Krankenhausverwaltung

KV Nordrhein - Qualitätssicherung - • 40182 Düsseldorf

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Abt. Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Apparate-Nachweis

Kardiorespiratorischen Polysomnographie – Nr. 30901 EBM –

Wir versichern, dass das Gerät

mit der Seriennummer

mit Gerätestandort

mit Aufstelldatum

_____ *Bezeichnung* _____

folgenden Anforderungen entspricht:

Ja / Nein Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Sechsstündige simultane Registrierung der folgenden Messgrößen auf Datenträger
- Registrierung der Atmung
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Elektrokardiographie (EKG)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen **und** thorakalen Atembewegungen
- Atemfluss **oder** Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
- Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
- Optische **und** akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel der
Hersteller- bzw. Lieferfirma