

A n t r a g
auf Erteilung der Genehmigung zur Ausführung von Leistungen der
kardiorespiratorischen Polysomnographie
nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

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

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der

Kardiorespiratorische Polysomnographie/ ambulantes Schlaflabor*
(GOP 30901 EBM)

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

Fachliche Voraussetzungen

- Die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin liegt vor
(Bitte eine Kopie der Urkunde dem Antrag beilegen!)

Und

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

(Kopien der Zeugnisse und Bescheinigungen/ Nachweise bitte 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.
- Der Arzt, bei dem die Anleitung nach den o.g. Voraussetzungen stattgefunden hat, muss mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt haben.

Oder:

- Die o.g. Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 sowie § 7 werden erfüllt und durch beigefügte Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen.
- Der Teilnahme an einem Kolloquium wird zugestimmt.

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

- das von mir zur Durchführung der Polysomnographie verwendete Gerät ist geeignet
- die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und
 - den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor zu überwachen zu können und
 - über einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden simultan auf einem Datenträger die geforderten Messungen nach § 7 Abs. 1 der Vereinbarung zu registrieren.
- (Gerätenachweis vom Hersteller ist für jedes Gerät beizufügen gem. Anlage 1)

Angaben zu dem / den verwendeten Gerät(en) (Gerätenachweis Anlage 1):

Hersteller: _____

Typ: _____

Aufstellungsdatum: _____

Hersteller: _____

Typ: _____

Aufstellungsdatum: _____

Hersteller: _____

Typ: _____

Aufstellungsdatum: _____

- Ich bestätige, dass für jeden Patienten ein eigener Schlafräum vorgehalten wird und dieser Schlafräum räumlich vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen, getrennt ist (Grundriss Schlaflabor bitte dem Antrag beilegen)

- Weiterhin bestätige ich, dass der Schlafräum über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage verfügt sowie so schallgeschützt ist, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

- Ich bestätige, dass während der Polysomnographie eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend ist. (Bitte geeignete Nachweise beilegen)

Name: _____

Anschrift: _____

Qualifikation: _____

- Ich bestätige, dass während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung steht. (Bitte geeignete Nachweise beilegen)

Name: _____

Anschrift: _____

Qualifikation: _____

- Ich bestätige, dass der Name des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie dokumentiert werden.
- Ich bin mit einer ggf. stattfindenden Begehung meiner Praxisräume gem. § 8 Abs. 3 der Vereinbarung durch die von der KV Nordrhein beauftragte Qualitätssicherungskommission einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass Veränderungen an der technischen Grundausstattung, die Neuanschaffung oder die Stilllegung von Geräten der KV Nordrhein mit einem geeigneten Nachweis unverzüglich angezeigt werden müssen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes im MVZ / 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 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
z. Hd. Frau Casper
40182 Düsseldorf

Anlage 1 Gerätenachweis

Kardiorespiratorischen Polysomnographie – GOP 30901 EBM –

Wir versichern, dass das Gerät

_____ *Bezeichnung* _____

mit der Seriennummer

mit Gerätestandort

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