



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung von Leistungen der Diagnostik und Therapie
schlafbezogener Atmungsstörungen

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung | <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis |
| bei: _____ | |

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. beantragte Untersuchung – kardiorespiratorische Polygraphie

1. Folgende fachliche Anforderungen werden erfüllt:

- 1.1 Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
- 1.2
oder Facharzt für Allgemeinmedizin
oder Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde)
oder Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
oder Facharzt für Neurologie
oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
oder Facharzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)
oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- und**
Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens fünf Tagen, aus den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert *)

*) Der Kursleiter muss mindestens seit drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt haben.

2. Erklärung zur apparativen Ausstattung:

Die Geräte sind so ausgestattet, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

- a) Anforderungen für die diagnostische Polygraphie:
Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
Oximetrie (Sättigung des oxigenierbaren Hämoglobins)
Aufzeichnung d. Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoximetr. Pulsmessung)
Aufzeichnung der Körperlage
- b) Anforderungen für die Therapieverlaufskontrolle:
Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- o. verwandten Geräten)

3. Ort der Durchführung:

Die Polygraphien führe ich in der eigenen Praxis durch

Ja nein

Die Polygraphien werden in folgender Einrichtung (z. B. Praxis eines Kollegen, Krankenhaus, Zweigpraxis etc.) durchgeführt:

Name, Adresse.....

III. beantragte Untersuchung – kardiorespiratorische Polysomnographie

1. Folgende fachliche Anforderungen werden erfüllt:

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
- und**
1. eine mindestens sechsmonatige ganztägige oder eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
 2. selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
 3. selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
 4. selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
 5. selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung
 6. Die Anleitung nach Nr. 1 bis 5 hat 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.

2. Folgende räumliche Voraussetzungen werden erfüllt:

Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafraum zur Verfügung. Der Schlafraum ist räumlich getrennt vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.

Der Schlafraum verfügt über eine entsprechend seiner Funktion angemessenen Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage. Er ist so schallgeschützt, dass ein von äußereren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

3. Erklärung zur apparativen Ausstattung:

Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung der Polysomnographie sind so ausgestattet, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

1. Registrierung der Atmung
2. Oximetrie (Sättigung des oxigenierbaren Hämoglobins)
3. Elektrokardiographie (EKG)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
7. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
8. Eöktroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
9. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
10. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

4. Folgende organisatorische Voraussetzungen werden erfüllt:

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

5. Ort der Durchführung:

- | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| - Die Polysomnographie führe ich in der eigenen Praxis durch | Ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| - Die Polysomnographien werden in folgender Einrichtung (z. B. Praxis eines Kollegen, Krankenhaus, Zweigpraxis etc.) durchgeführt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name, Adresse.....

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
..... erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

V. Allgemeines

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung bezüglich der Anforderungen an die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten gem. §§ 7 und 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen in der Arztpraxis durch einen Beauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zur Stichprobenprüfung nach § 136 SGB V.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
-------	---------------------------------	---

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de