

A n t r a g
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
in Verbindung mit der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V Anlage A Nr.3

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name) LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) _____
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

Praxisübernahme von) _____
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes) LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes) LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ** _____
angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht

1. Betriebsstätte _____
(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte _____
(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Beantragte Leistungen:

		Zutreffendes bitte ankreuzen
GNR 30900	kardiorespiratorische Polygraphie	<input type="checkbox"/>
GNR 30901	kardiorespiratorische Polysomnographie (einschl. Polygraphie)	<input type="checkbox"/>

Teil A
„kardiorespiratorische Polygraphie“

I. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen nach § 4

- Zutreffendes bitte ankreuzen
1. Ich bin berechtigt, die Zusatzbezeichnung 'Schlafmedizin' zu führen und weise dies durch die beiliegende Fotokopie der Urkunde nach
- oder*
2. Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der
- Gebietsbezeichnung 'Hals-Nasen-Ohrenheilkunde'
 - Gebietsbezeichnung 'Kinder- und Jugendmedizin' bzw. 'Kinderheilkunde'
 - Gebietsbezeichnung 'Neurologie'
 - Gebietsbezeichnung 'Psychiatrie und Psychotherapie'
 - Facharztbezeichnung 'Innere Medizin und Allgemeinmedizin'
 - Facharztbezeichnung 'Allgemeinmedizin'
 - Facharztbezeichnung 'Innere Medizin'
 - Facharztbezeichnung 'Innere Medizin' mit der Schwerpunktbezeichnung 'Pneumologie'

und zusätzlich

- Zutreffendes bitte ankreuzen
- Ich habe erfolgreich an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 Tagen teilgenommen, der während der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert worden ist. Zum Nachweis habe ich eine Fotokopie der Bescheinigung beigefügt

Der Nachweis muss folgendes beinhalten:

Die 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.

Der Kursleiter leitet seit mindestens 3 Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (nachfolgend 'Schlaflabor' genannt) und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt.

- eine Bescheinigung füge ich bei
- die Bescheinigung liegt der KVHB bereits vor

II. Nachweis der apparativen Voraussetzungen nach § 5

Ich bestätige die Vorhaltung eines Gerätes, das geeignet ist, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Das Gerät ist so ausgestattet, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können (die abgeleiteten Rohdaten stehen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung):

Zutreffendes bitte ankreuzen

a) Anforderungen für die **diagnostische Polygraphie:**

- Registrierung der Atmung (Atemfluss)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
- Aufzeichnung der Körperlage

und zusätzlich

b) Anforderungen für die **Therapieverlaufskontrolle**

- Registrierung der Atmung (Schnarchgeräusche)
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

Teil B

„kardiorespiratorische Polysomnographie (einschl. Polygraphie)“

I. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen nach § 6

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Ich bin berechtigt, die Zusatzbezeichnung 'Schlafmedizin' zu führen.
Zum Nachweis füge ich eine Kopie bei.

und

2. Ich füge ein Zeugnis in Kopie bei, welches von dem anleitenden Arzt unterzeichnet wurde. In dem Zeugnis ist der Überblick über das Spektrum der Behandlungsfälle der Abteilung enthalten. Zusätzlich werden die nachfolgend aufgeführten Kriterien bescheinigt:

- a) - eine mindestens *sechsmonatige ganztägige***

oder

- b) - eine mindestens *zweijährige begleitende* Tätigkeit in einem Schlaflabor unter**
Anleitung

und

- c) - Selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit einer 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
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
- Die v.g. Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der mindestens seit 3 Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat.

oder

Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen sieht die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ erst seit dem 01.04.2005 vor. Daher weise ich die unter **Nr. 2** aufgeführten fachlichen Voraussetzungen nach und werde an dem erforderlichen Kolloquium teilnehmen.

4. Übergangsregelung nach § 10 Abs. 3

- Ich war bis zum In-Kraft-Treten der Vereinbarung **mindestens sechs Monate** in einem Schlaflabor tätig und habe in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen regelmäßig, selbstständig betreut und behandelt. Zusätzlich weise ich die unter **Nr. 2 c)** genannten Anforderungen nach und werde an dem erforderlichen Kolloquium teilnehmen.

2. Nachweis der apparativen Voraussetzungen nach § 7

1. Ich bestätige die Vorhaltung eines Gerätes, das geeignet ist, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Das Gerät ist so ausgestattet, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
- Elektrokulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen

- Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
- Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

zutreffendes bitte ankreuzen

und

2. Ich bestätige, dass das Schlaflabor über geeignete **Räumlichkeiten** verfügt und die nachfolgend genannten Mindestanforderungen erfüllt sind:

- Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafraum zur Verfügung.
- Der Schlafraum ist räumlich vom Ableitraum getrennt, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.
- Der Schlafraum verfügt über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage und ist so schallgeschützt, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.
- 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.

(Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie werden dokumentiert.)

Ort der Leistungserbringung

Die Polysomnographien führe ich in der eigenen Praxis

und / oder

**in folgender Einrichtung (Schlaflabor)
(z.B. Praxis eines Kollegen, Krankenhaus etc.) durch**

Name, Adresse

.....

Teil C
Einverständniserklärung/ weitere Erklärungen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass die zuständige Kommission die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen entsprechen (§ 8 Abs. 3).

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Regelungen und Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen kenne und einhalten werde.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigefügten Anhänge und Anlagen zum Bestandteil des Antrages. Ich versichere die Richtigkeit der im Antragsformular gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen schriftlich mitteilen.

Teil D
Abrechnungsgenehmigung durch eine andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der

KV

am

für folgende Leistungen zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener
Atmungsstörungen erhalten:

.....

.....

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung ...), die nach der Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw. anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes