

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder Fax-Nummer oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Abrechnungsgenehmigung durch eine andere KV

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja nein.

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

III. Beantragte Leistungen

GNR 30900 kardiorespiratorische Polygraphie

GNR 30901 kardiorespiratorische Polysomnographie (einschl. Polygraphie)

TEIL A

„kardiorespiratorische Polygraphie“

I. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen nach § 4

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
- Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharztbezeichnung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin
- Facharztbezeichnung 'Innere Medizin'
- Facharztbezeichnung Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- Facharztbezeichnung Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung 'Kardiologie'
- Gebietsbezeichnung 'Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie'

Und zusätzlich :

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.

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):

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

1. Ich bin berechtigt, die Zusatzbezeichnung 'Schlafmedizin' zu führen und weise dies durch die beiliegende Fotokopie der Urkunde nach
- 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.
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.

II. 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:

- 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

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 durch, in der eigenen Praxis
und/oder

in folgender Einrichtung –Schlaflabor- (z.B. Praxis eines Kollegen, Krankenhaus etc.):

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.

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.