

Rück-FAX: 0385.7431.66.377
Rück-Mail an: avoglau@kvmv.de

Bitte zurücksenden an

Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Anke Voglau
PSF 160145
19091 Schwerin



Stempel bzw. Name/Adresse/☎

Polysomnographie

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Leistung nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 30901 laut EBM)

1) Antragsteller

Name: _____ Vorname: _____
Praxisinhaber / MVZ

2) Leistungserbringung

Name: _____ Vorname: _____
angestellter Arzt

3) Ort der Leistungserbringung: _____

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

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.

Name: _____

Anschrift: _____

Qualifikation: _____

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

4) Fachliche Voraussetzungen

- Zusatzbezeichnung Schlafmedizin (bitte beilegen) **und**

Neben der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin sind zusätzlich nachfolgend beschriebene Anforderungen zu erfüllen und deren Erfüllung durch Zeugnisse und Bescheinigungen¹ nachzuweisen.

- 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 fand bei einem Arzt statt, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat

5) Angaben zum Gerät

⇒ siehe Anlage Gerätebogen

Hersteller: _____

Typ: _____

Baujahr _____

6) 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.
 - a) Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
 - b) Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
 - c) Elektrokardiographie (EKG)
 - d) Aufzeichnung der Körperlage

¹ Zeugnisse/Bescheinigungen müssen vom anleitenden Arzt unterzeichnet sein und folgende Angaben beinhalten:

- Überblick über das Spektrum der Behandlungsfälle der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
- Dauer der Tätigkeit im Schlaflabor unter Anleitung
- Zahl der vom Antragsteller durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

- e) Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- f) Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP oder verwandten Geräten)
- g) Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
- h) Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
- i) Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
- j) Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens
- k) 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.

7) Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass gemäß § 8 Abs. 3 die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen meiner Praxis, der Praxis meines Kollegen, des Schlaf-Zentrums bzw. des Krankenhauses, in dem ich meine Schlafdiagnostik betreibe, nach vorhergehender Absprache daraufhin überprüft werden kann, ob diese der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beschriebenen Anforderungen entspricht. Sollte die Einverständniserklärung zu einer Besichtigung verweigert werden, so nehme ich davon Kenntnis, dass mir die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung der Polygraphie versagt oder widerrufen werden kann.

Datum/Unterschrift
angestellter Arzt

Datum/Unterschrift
Praxisinhaber / MVZ