

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie
einschließlich der Polygraphie**

Name: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie einschließlich der Polygraphie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gemäß § 6

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin.
 - Die Urkunde liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

und

Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich folgende Tätigkeiten nach:

- eine mindestens 6-monatige ganztätige oder eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
- selbstständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung.
- selbstständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- selbstständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstest unter Anleitung
- Der anleitende Arzt leitet seit mindestens 3 Jahren ein Schlaflabor und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt.

Nachweis der apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 7

- Ich verfüge über ein Gerät, welches die klinisch relevanten Parameter ableitet und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwacht.
- Mit der als Anlage beigefügten Gewährleistungserklärung des Herstellers weise ich nach, dass ich zur sachgerechten Durchführung der Polysomnographie ein Gerät verwende, welches geeignet ist, die nachfolgend aufgeführten Messungen durchzuführen und die Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger zu registrieren:

- › 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 Aufzeichnungen des Schlafverhaltens

und

Die Räumlichkeiten des Schlaflabors erfüllen folgende Mindestanforderungen:

- Pro Patient steht ein eigener Schlafraum zur Verfügung.
- Der Schlafraum ist vom Ableitraum räumlich getrennt.

Der Schlafraum ist entsprechend seiner Funktion

- angemessen groß
- schallgeschützt
- gewährleistet einen ungestörten Schlaf
- verfügt über die Möglichkeit zur Verdunklung
- verfügt über eine Gegensprechanlage

und

Ich weise folgende organisatorische Voraussetzungen nach:

- ständige Anwesenheit einer medizinischen Fachkraft während der Polysomnographie im Schlaflabor
- unmittelbare Hilfestellung eines Arztes bei Notfällen während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten
- Dokumentation des Arztnamens, des Namens der medizinischen Fachkraft und der Uhrzeit der Durchführung der Polysomnographie

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen betreffend die konkrete Leistungserbringung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung, bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung, befugt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten am Ort der Leistungserbringung zu überprüfen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in meiner Praxis/Einrichtung zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend apparative Ausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die KVSA im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern darf.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte