

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

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

**Antragsteller:** (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)  
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

[www.kvbawue.de/schlafbezogene-atmungsstoerungen](http://www.kvbawue.de/schlafbezogene-atmungsstoerungen)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- |                          |   |        |
|--------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> | <b>30900</b> Kardiorespiratorische Polygraphie      | {SCA1} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30901</b> Kardiorespiratorische Polysomnographie | {SCA2} |

Die Genehmigung 30901 ist nicht möglich für den hausärztlichen Bereich.

## Kardiorespiratorische Polygraphie (Abschnitt B der Vereinbarung)

### Fachliche Befähigung nach § 4

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“
- oder**
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“, „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“, „Kinder- und Jugendmedizin“ (bzw. „Kinderheilkunde“), „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“, „Neurologie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ (ohne Schwerpunkt), „Innere Medizin und Kardiologie“ oder „Innere Medizin und Pneumologie“.

**und**

- Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 Tagen. Dieser Kurs muss während der letzten 12 Monate vor der Antragstellung und innerhalb von 6 Monaten absolviert worden sein. Der Kursleiter muss mindestens seit drei Jahren eine Einrichtung (Schlaflabor) zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen selbständig betreut und behandelt haben.

**Bitte entsprechende Urkunden bzw. Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 in Kopie beifügen.**

### Apparative Voraussetzungen nach § 5

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung Polygraphie“

- ist dem Antrag als Anlage beigelegt.
- wurde nachgewiesen durch:

---

ggf. Titel, Vor-, Nachname, Adresse

und liegt der KV Baden-Württemberg vor.

**Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, ist ein aktueller Gerätenachweis erforderlich.**

## **Kardiorespiratorische Polysomnographie (einschl. Polygraphie) – (Abschnitt C der Vereinbarung)**

### **Fachliche Befähigung nach § 6**

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

Dabei sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen und durch Zeugnisse und Bescheinigungen explizit nachzuweisen:

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 einer Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
5. Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung



Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogener Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat.

**Bitte entsprechende Urkunden bzw. Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 in Kopie beifügen.**

### **Apparative Voraussetzungen nach § 7 Abs. 1**

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung Polysomnographie“

- ist dem Antrag als Anlage beigelegt.
- wurde nachgewiesen durch:

---

ggf. Titel, Vor-, Nachname, Adresse

und liegt der KV Baden-Württemberg vor.

**Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, ist ein aktueller Gerätenachweis erforderlich.**

## Räumliche Voraussetzungen nach § 7 Abs. 2

Das Schlaflabor verfügt über geeignete Räumlichkeiten mit folgenden Anforderungen:

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

## Organisatorische Voraussetzungen nach § 7 Abs. 3

- 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.

## Leistungserbringung Polysomnographie

Die Erbringung der beantragten Leistungen erfolgt

- in der Hauptbetriebsstätte
- in der Nebenbetriebsstätte mit der Nebenbetriebsstättennummer:



---

NBSNR

## Einverständniserklärung

Gemäß § 8 Abs. 3 bin ich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis dahingehend überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

---

Unterschrift

