

# Polysomnographie

## Checkliste I\*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_

### Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V schlafbezogener Atmungsstörungen

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „**Schlafmedizin**“  
**und**
- Vorlage entsprechender Nachweise, welche von dem ärztlichen Leiter eines Schlaflabors unterzeichnet sein müssen und aus denen Folgendes hervorgeht:
- eine mindestens **sechsmonatige ganztägige** 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\*\*

Die Anleitung muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt hat.

### Anforderungen an die apparative Ausstattung

Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter ableiten zu können. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, 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)
- Elektrokardiographie (EKG)

\*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).  
\*\* Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

### Fortsetzung Anforderungen an die apparative Ausstattung

- 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 Aufzeichnung des Schlafverhaltens

### **Laufende Anforderungen**

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen:

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

Bei der Durchführung ist zu gewährleisten:

- Während der Polysomnographie muss eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend sein.
- Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten muss bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung stehen.
- Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Polysomnographie sind zu dokumentieren.

**Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL**

Weiterbildungsermächtigung

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Polysomnographie

## Checkliste II\*:

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

**oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)

\* nur bei institutioneller Benennung

## Gerätemeldung über das verwendete Polygraphiegerät

In meiner Praxis wird/werden insgesamt ..... Polygraphiegerät(e) verwendet.\*

Nachstehend aufgeführtes Polygraphiegerät wird eingesetzt\*:

Hersteller: .....

Typ-Bezeichnung: .....

Baujahr: .....

Das Polysomnographiegerät erfüllt die Anforderungen entsprechend § 7 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigesteller): \_\_\_\_\_

(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\*Für jedes verwendete Gerät ist eine separate Meldung erforderlich.