



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-384
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (Polysomnographie)

gemäß der "Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen"

| | |
|---|--|
| Antragsteller | Leistungserbringer |
| _____ | _____ |
| Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte | sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt |

| | |
|--|---|
| Betriebsstättennummer (BSNR) | <input type="text"/> |
| Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG |
| | _____ |
| | Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes |

| | |
|--|-------------------------------|
| Genehmigung beantragt zum | _____ |
| | Datum |
| Zulassungsbeschluss der Sitzung vom | _____ |
| | Sitzungsdatum, sofern bekannt |

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 30901 EBM - kardiorespiratorischen Polysomnographie

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse

Name und Adresse Schlaflabor

Name und Adresse Schlaflabor

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gem. § 6 QS-Vereinbarung

- Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“
- Nachweis (Zeugnis) über eine mindestens sechsmonatige oder eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
- Nachweis (Zeugnis/Logbuch) über die selbstständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- Nachweis (Zeugnis/Logbuch) über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
- Nachweis (Zeugnis/Logbuch) über die selbstständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- Nachweis (Zeugnis/Logbuch) über die selbstständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung

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



Apparative Voraussetzungen gem. § 7 Abs. 1 QS-Vereinbarung

- Es werden ausschließlich Geräte für die Durchführung der Polysomnographie verwendet, welche geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor zu überwachen.

Gerät

Hersteller: _____

Am Standort der Hauptbetriebsstätte Nebenbetriebsstätte-Nr.: _____

Geräteeigentümer: _____

- Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung von Polysomnographien sind 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
- 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 Aufzeichnung des Schlafverhaltens

Die abgeleiteten Rohdaten müssen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.

Räumliche Voraussetzungen gem. § 7 Abs. 2 QS-Vereinbarung

Mindestens folgende Anforderungen an das Schlaflabor sind erfüllt:

- Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafraum zur Verfügung.
- Der Schlafraum ist räumlich getrennt vom Ableitraum, 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.



VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (Polysomnographie) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die in Betrieb befindlichen Einrichtungen darauf hin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 8 QS-Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.**

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an Standorten Dritter
vom Schlaflabor-Betreiber zu unterschreiben

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Schlaflabor-Betreiber