



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

gemäß der "Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen" gültig ab 01.04.2005

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

**der „kardiorespiratorischen Polysomnographie einschl. Polygraphie
der EBM- Nr. 30901“**

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

- | | | |
|------------------------|--|----------------------------|
| 1. _____
Anschrift, | | Nebenbetriebsstättennummer |
| 2. _____
Anschrift, | | Nebenbetriebsstättennummer |
| 3. _____
Anschrift, | | Nebenbetriebsstättennummer |
| 4. _____
Anschrift, | | Nebenbetriebsstättennummer |

1. Fachliche Befähigung gem. § 6

- 1.1 Ich habe das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“
gem. § 6 Abs. 1 **JA** **NEIN**
 Urkunde liegt bei **JA** **NEIN,**
 wird nachgereicht

UND

- 1.2 Ich erfülle folgende Voraussetzungen und weise gem. § 9 Abs. 3 durch Zeugnisse
und Bescheinigungen nach:
- 1.3 Eine mindestens sechsmontatige ganztägige oder eine mindestens
zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
- 1.4 Selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50
abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit
schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
- 1.5 Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und
Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien
zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
- 1.6 Selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder
verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen
Atmungsstörungen unter Anleitung



1.7 Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung

1.8 Die Anleitung nach den Nrn. 1 bis 5 hat bei einem Arzt stattgefunden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat

Name des anleitenden Arztes gem. § 6 Abs. 1 _____

Bescheinigung füge ich bei

Bescheinigung liegt der KV Berlin bereits vor

1.9 Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer _____ sieht die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ nicht vor, daher weise ich die geltenden Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) gem. § 6 Abs. 1 Nrn. 1 bis 6 nach und erkläre mich bereit an einem Kolloquium teil zu nehmen:

JA NEIN

2. Apparative Voraussetzungen gem. § 7 Abs. 1

Ich verwende Geräte zur sachgerechten Durchführung der Polysomnographie (einschl. Polygraphie). Die Geräte sind geeignet, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor zu überwachen.

JA NEIN

Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung von Polysomnographien ist 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:

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| 2.1 | Registrierung der Atmung | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Elektrokardiographie (EKG) | <input type="checkbox"/> |
| | Aufzeichnung der Körperlage | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP-oder verwandten Geräten) | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 | Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 | Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens | <input type="checkbox"/> |



3. Räumliche Voraussetzungen gem. § 7 Abs. 2

Das Schlaflabor verfügt über Räumlichkeiten, die gem. § 7 Abs. 2 mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

- 3.1 Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafräum zur Verfügung. Der Schlafräum ist räumlich getrennt vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.
- 3.2 Der Schlafräum 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.

JA **NEIN**

4. Schlaflabor

Angaben zum Schlaflabor:

Folgende/s Schlaflabor/e (Name und vollständige Anschrift/en) wird/werden genutzt:

.....

Mir ist bekannt, dass alle fachlichen Nachweise in beglaubigter Kopie oder im Original eingereicht werden müssen.

Ich erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Durchführung einer Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten durch die zuständige Kommission im Auftrag der KV Berlin.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der Vereinbarung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Berlin, den.....

.....
 Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
 Unterschrift Leiter der Einrichtung