



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 6 A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-384
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team1@kvberlin.de

Praxisstempel

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

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

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	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"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 30900 EBM - kardiorespiratorischen Polygraphie

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

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 gemäß § 4 QS-Vereinbarung

- Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

oder

- FA f. für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 FA f. Kinder- und Jugendmedizin (bzw. "Kinderheilkunde")
 FA f. Neurologie
 FA f. Psychiatrie und Psychotherapie
 FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 FA f. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 FA f. Innere Medizin und Allgemeinmedizin bzw. Gebietsbezeichnung "Allgemeinmedizin"
 FA f. Innere Medizin und Kardiologie
 FA f. Innere Medizin
 und Schwerpunktbezeichnung "Pneumologie"
 und Schwerpunktbezeichnung: _____

und

- Nachweis über die Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer, der an mindestens fünf Tagen während der letzten 12 Monate vor Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert wurde
- Der Kursleiter muss seit mindestens drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (nachfolgend Schlaflabor genannt) leiten und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt.
 - Der Kurs muss die Vermittlung von Grundlagen der Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Einbeziehung praktischer Übungen zur Auswertung einfacher Schläfrigkeitstests und zur Registrierung der klinisch relevanten Parameter mit verschiedenen Polygraphie-Systemen beinhalten.



Apparative Voraussetzungen gemäß § 5 QS-Vereinbarung

Die verwendeten Geräte sind für die Durchführung der Polygraphie geeignet, um die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Die Geräte können mindestens folgende Messungen durchführen und die zugehörigen Messgrößen können über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden:

- Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

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

Gerätebezeichnung	Hersteller	Geräteeigentümer	Standort
			<input type="checkbox"/> Betriebsstätte <input type="checkbox"/> Nebenbetriebsstätte Nr.: _____

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 (Polygraphie) 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)



BERLIN

Besser. Gemeinsam. Wirken.

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

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.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller