

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

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/hyperbare-sauerstofftherapie

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

- Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30216,30218 EBM) {HYP2}

Fachliche Befähigung nach § 3

- Facharztbezeichnung **im Gebiet Innere Medizin**
- Facharztbezeichnung **Allgemeinmedizin**
- Facharztbezeichnung **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**
- Facharztbezeichnung **Anästhesiologie**
- Facharztbezeichnung **Orthopädie und Unfallchirurgie**
- Facharztbezeichnung **im Gebiet Chirurgie**

und

- Ich verfüge über ein gültiges „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder über eine gleichwertige Qualifikation

und

- Ich habe mindestens eine Behandlungsfolge (Behandlung eines Patienten an zehn verschiedenen Terminen) der hyperbaren Sauerstofftherapie bei DFS unter Anleitung durchgeführt.



Bitte entsprechende Zeugnisse und Nachweise in Kopie beifügen.

Apparative und räumliche Voraussetzungen nach § 4

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

- Das Druckkammersystem ist für die Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90 geeignet und verfügt über mindestens drei Plätze in der Hauptkammer.
- Der ständige Sicht- und Sprechkontakt mit den Patienten ist gewährleistet.
- Eine Überwachung der Körperfunktionen (EKG, Atmung, Pulsoxymetrie) des Patienten ist ständig gewährleistet. Im Notfall kann jederzeit ein Arzt in die Druckkammer eingeschleust werden, um erste Hilfe zu leisten oder eine notwendige medizinische Notfallbehandlung durchzuführen und ggf. den Patienten hinauszubegleiten. Medizinisches Notfallinstrumentarium und -material wird im Bereich der Druckkammer vorgehalten.
- Die Druckkammern können auch bei Stromausfall sicher weiter betrieben werden.
- Die Druckkammeranlagen und ihr Betrieb entsprechen den Vorschriften des Medizinprodukterechtes.
- Die Druckkammer und ihre Ausstattung entsprechen den Vorgaben der DIN EN 14931:2006 („Druckkammern für Personen - Mehrpersonen-Druckkammersysteme für hyperbare Therapie - Leistung, sicherheitstechnische Anforderungen und Prüfung“).
- Genehmigungsrelevante Änderungen der apparativen und räumlichen Ausstattung werden der KVBW unverzüglich mitgeteilt.

Organisatorische Voraussetzungen nach § 5

Für die Durchführung der Hyperbaren Sauerstofftherapie wird gewährleistet, dass pro Druckkammer bei den Druckkammerbehandlungen kontinuierlich mindestens:

- ein Facharzt mit „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder mit gleichwertiger Qualifikation anwesend ist
und
- ein Rettungssanitäter, eine MFA, eine examinierte Pflegekraft oder ein Arzt mit Zusatzausbildung der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. für Assistenzpersonal in medizinischen Druckkammerzentren für hyperbare Sauerstoffbehandlung („Hyperbarmedizinische/r Assistent/in“) oder mit gleichwertiger Qualifikation anwesend ist
und
- eine Person mit gültigem Diplom „Druckkammerbediener/in“ der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder mit gleichwertiger Qualifikation anwesend ist
- Es wird gewährleistet, dass mindestens ein Arzt und eine andere Person druckkammertauglich sind und über eine aktuell gültige Bescheinigung der Druckkammertauglichkeit verfügen. Die Druckkammertauglichkeitsbescheinigung ist aktuell gültig, sofern sie durch einen Arzt oder eine Ärztin mit entsprechender Qualifikation vor Beginn der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen von jeweils maximal 12 Monaten bescheinigt wurde. **Nachweis erforderlich**
- Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei diabetologischen und anderen medizinischen Notfällen sowie bei technischen Störfällen werden vorgehalten und in komprimierter Form im Bereich der Druckkammer gut sichtbar angebracht. Das Personal wird diesbezüglich regelmäßig geschult.



Druckkammerzentrum/qualifizierte Einrichtung

- Ich verfüge über ein eigenes Druckkammerzentrum, welches die Mindeststandards gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM erfüllt.

Straße, Nr.

PLZ

Ort

- Es erfolgt eine Kooperation mit folgendem Druckkammerzentrum, welches die Mindeststandards gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM erfüllt.

Name der Einrichtung

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Bitte Kooperationsvereinbarung mit der entsprechend qualifizierten Einrichtung beifügen.

Es wird gewährleistet, dass das Druckkammerzentrum die folgenden Mindestanforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 des EBM erfüllt:

- mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt (Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Fachärzte im Gebiet Innere Medizin oder Fachärzte für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder ein Arzt, der - im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie müssen die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Name des diabetologisch qualifizierten Arztes

- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung, nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse,
- Räumlichkeiten gemäß § 6 Absatz 2 Nr. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren,
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik,
- Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen,
- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z. B. Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schuhmacher, Podologen).



Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung 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