

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Antragsverfahren
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Behandlung des diabetischen Fußes

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Gebührenordnungsposition (GOP) 02311 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) - Behandlung des diabetischen Fußes

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Team Antragsverfahren

Karolin Rückert-Bertsch
Zeynep Sever
Florian Hehl
Tel 069 24741-6622/ 6572/ 6360
Fax 069 24741-68847
Antragsverfahren@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
 in Praxis/BAG _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes
- in MVZ _____ BSNR _____
 Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
 Name der Einrichtung
- Instituts-
 Ermächtigung _____ BSNR _____
 Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-
 Assistent _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Leistungsspektrum (GOP 02311 EBM - Behandlung des diabetischen Fußes)

Beantragte Leistungen:

Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremitäten, ggf. einschl. Verband, je Bein

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen:

Die Genehmigung zur Abrechnung der GOP 02311 kann erteilt werden, wenn der Arzt im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung – je Quartal – die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes-Mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur programmierten Schulung von Typ II-Diabetikern erworben hat.

Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 32022 EBM 2000plus (Manifeste Diabetes mellitus) wird durch die KV geprüft. Falls sich aus dieser Prüfung nicht die erforderliche Fallzahl von 100 Patienten - je Quartal - mit Diabetes mellitus im Durchschnitt der letzten 4 Quartale ergibt, ist gegebenenfalls die Vorlage entsprechender Nachweise erforderlich.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

Ich habe eine Abrechnungsgenehmigung für die programmierte Unterweisung von Typ-II Diabetikern.

ja nein

Erklärungen und Hinweise

- Ergeben sich Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite, erkläre ich mich mit einer Begehung und einem Gespräch am Ort der Leistungserbringung gemäß § 7 Abs. 4 QSV ambulantes Operieren einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....
Stempel

Stand: Februar 2021