KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Antje Andres
Tel 069 24741-6584
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.6@kvhessen.de

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

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

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.

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.
Hinweis: Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

☐ Zu einem späteren Datum _____

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

Art der Tätigkeit[1]:

☐ Vertragsarzt in

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ

☐ Angestellter Arzt in

☐ Einzelpraxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

☐ MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

☐ Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung/des Krankenhauses

☐ Instituts-Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts **und** des verantwortlichen Leiters

☐ Sicherstellungsassistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ **mit** Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit[2]:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Ggf. Angabe weiterer Standort:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

[2] Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Beantragtes Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Abschnitt A

☐ GOP 30216 EBM
Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), einschl. Sachkosten

Abschnitt B

☐ GOP 30218 EBM
Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), einschl. Sachkosten

Genehmigungsvoraussetzungen

Abschnitt A – GOP 30216 EBM

Fachliche Befähigung (§ 2 Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM)

Bitte kreuzen Sie hier Zutreffendes an und *fügen Sie die jeweiligen Qualifikationsnachweise* (Urkunde und Diplom) diesem Antrag bitte *in Kopie bei.*

☐ Facharzt im Gebiet Innere Medizin
☐ Facharzt für Allgemeinmedizin
☐ Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
☐ Facharzt für Anästhesiologie
☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
☐ Facharzt im Gebiet Chirurgie

mit

☐ „Druckkammerarzt"-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. *oder* gleichwertiger Qualifikation

Abschnitt B – GOP 30218 EBM

Genehmigungsvoraussetzungen im Druckkammerzentrum

Personelle Voraussetzungen (§ 3 Abs. 1 Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM)

Die Durchführung der GOP 30218 EBM setzt **folgende kontinuierliche personelle Mindestbesetzung im Bereich der Druckkammer** für Druckkammer-Behandlungen von nicht-intensivbehandlungspflichtigen Patienten voraus:

Bitte kreuzen Sie hier Zutreffendes an und *fügen Sie die jeweiligen Qualifikationsnachweise* (Urkunde und Diplom) diesem Antrag bitte *in Kopie bei.*

☐ **ein Facharzt nach Abschnitt A** (gemäß § 2 Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM)
und

☐ **ein Anästhesie-, OP- oder Intensivpfleger mit Zusatzweiterbildung** der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. für Assistenzpersonal in medizinischen Druckkammerzentren für hyperbare Sauerstoffbehandlung („Hyperbarmedizinischer/r Assistent/in") *oder* mit vergleichbarer Qualifikation
und

☐ **ein Schleusenwärter nach § 18 Abs. 1 Nr. 4 der Verordnung über Arbeiten in Druckluft (DruckLV)** *oder* **eine Person mit dem Diplom „Druckkammerbediener/in"** der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. *oder* mit vergleichbarer Qualifikation

und

☐ **Mindestens ein Arzt und eine andere Person müssen druckkammertauglich sein** und über aktuell gültige Bescheinigungen 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.)

➔ Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle die entsprechenden Daten zur personellen Besetzung der Druckkammer an.

Name, Vorname	Anästhesie-, OP- oder Intensivpfleger mit Zusatzweiterbildung „Hyperbarmedizinischer/r Assistent/in“ oder mit vergleichbarer Qualifikation	Schleusenwärter nach § 18 Abs. 1 Nr. 4 der Verordnung über Arbeiten in Druckluft (DruckLV) oder eine Person mit dem Diplom „Druckkammerbediener/in“ der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder mit vergleichbarer Qualifikation	Mindestens ein Arzt und eine andere Person müssen druckkammertauglich sein und über aktuell gültige Bescheinigungen der Druckkammertauglichkeit verfügen.
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Sofern weitere Personen mit entsprechender Qualifikation anzugeben sind, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

Räumliche Voraussetzungen (§ 3 Abs. 2 Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM)
Die Ausführung und Abrechnung der Hyperbaren Sauerstofftherapie erfordert die Erfüllung räumlicher Voraussetzungen.

Zur Bestätigung des Vorliegens der Voraussetzungen im Einzelfall verwenden Sie bitte **Anlage I** des Antrags (Räumliche Voraussetzungen). Die Einzelheiten sind dort dargestellt.

Organisatorische Voraussetzungen (§ 3 Abs. 3 Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM)

Sofern das Druckkammerzentrum die Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM *nicht selbst erfüllt*, ist der Kassenärztlichen Vereinigung stattdessen nachzuweisen, dass für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM besteht.

Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM:

- mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß der Präambel 30.2.2 Nr. 3 EBM 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.)

- 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).

☐ Die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 zum Anhang des Abschnitts 30.2.2 EBM i. V. m. der Präambel 30.2.2 Nr. 4 EBM **liegen im Druckkammerzentrum selbst vor.**

oder

☐ Die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 zum Anhang des Abschnitts 30.2.2 EBM i. V. m. der Präambel 30.2.2 Nr. 4 EBM **werden durch ständige Zusammenarbeit** mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung nach der Präambel 30.2.2 Nr. 4 EBM erfüllt.

➔ **In diesem Fall bitte die vom Kooperationspartner und Ihnen ausgefüllte und unterzeichnete Anlage II zum Antrag Hyperbare Sauerstofftherapie beifügen.**

Erklärungen und Hinweise

- 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 der Leistungen nach den GOP 30216 und 30218 EBM 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

<u>Gilt nur bei angestellten Ärzten:</u>

……	……..	……..
Datum	**Unterschrift des <u>anstellenden</u> Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**	Stempel

Stand: Januar 2019

Formular drucken