

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

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

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.

- 30216** EBM Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit {HYP2}
- 30218** EBM Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom {HYP3}

Fachliche Befähigung nach §3

- Facharztbezeichnung **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.

Bitte entsprechende Zeugnisse und Nachweise in Kopie beifügen.

Personelle Voraussetzungen

Für die Abrechnung der GOP 30218 EBM ist im Bereich der Druckkammer folgende personelle Mindestbesetzung für Druckkammerbehandlungen von nicht-intensivbehandlungspflichtigen Patienten erfüllt und nachgewiesen:

- 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.
- ein Schleusenwärter gemäß § 18 Absatz 1 Nr. 4 der Verordnung über Arbeiten in Druckluft (DruckLV) oder eine Person mit Diplom „Druckkammerbediener/in“ der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder mit gleichwertiger Qualifikation.
- mindestens ein Arzt und eine andere Person sind druckkammertauglich und verfügen über eine aktuell gültige Bescheinigung der Druckkammertauglichkeit. 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 entsprechende Zeugnisse und Nachweise in Kopie beifügen.

Räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen nach §§ 4 und 5

Ich erkläre, dass die folgenden räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt sind.

- Das Druckkammersystem ist für die Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90 geeignet sein 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 und ggf. den Patienten hinauszubegleiten.
- Die Druckkammern können auch bei Stromausfall sicher weiter betrieben werden.
- Die Druckkammer und ihre Ausstattung entsprechen den Vorgaben der DIN EN 14931 („Druckkammern für Personen - Mehrpersonen-Druckkammersysteme für hyperbare Therapie - Leistung, sicherheitstechnische Anforderungen und Prüfung“).
- Die Druckkammeranlagen entsprechen den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

- 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

Straße, Nr.

PLZ

Ort

- Erfüllt das Druckkammerzentrum die Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM nicht selbst, besteht für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM.

Name

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Für den Nachweis der Mindeststandards füllen Sie bitte die Anlage zum Antrag aus.

Erklärung

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

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.



Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code