

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

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

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen:

- GOP 30216 EBM Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit
- GOP 30218 EBM Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Fachliche Befähigung nach §2 Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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 nach § 3

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 Anästhesie-, OP- oder Intensivpfleger 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 und organisatorische Voraussetzungen nach § 3

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

Räumliche Voraussetzungen

1. Das Druckkammersystem ist für die Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90 geeignet sein und verfügt über mindestens drei Plätze in der Hauptkammer.
2. Der ständige Sicht- und Sprechkontakt mit den Patienten ist gewährleistet.
3. 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.
4. Die Druckkammern können auch bei Stromausfall sicher weiter betrieben werden.
5. 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“).
6. Die Druckkammeranlagen entsprechen den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

Organisatorische Voraussetzungen

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

Anschrift

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

Name

Anschrift

Erfüllt das Druckkammerzentrum die Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM nicht selbst, erfolgt 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

Anschrift

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

Einverständniserklärung

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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (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/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut