

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom – QSV HBO bei DFS)

Antragsteller

Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- GOP 30216 des EBM – Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung gem. Anlage I. Nr. 22 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung
- GOP 30218 des EBM – Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie gem. Anlage I. Nr. 22 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der QSV HBO bei DFS)

- Facharzt für Allgemeinmedizin
oder
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
oder
- Facharzt für Anästhesiologie
oder
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
oder
- Facharzt für Innere Medizin
oder
- Facharzt für Chirurgie
und
- „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. *
oder
- gleichwertige Qualifikation *
* Entsprechende Nachweise sind beigefügt werden nachgereicht
- und
- Durchführung von mindestens einer Behandlungsfolge * der hyperbaren Sauerstofftherapie bei DFS unter Anleitung **
* Unter einer Behandlungsfolge ist die Behandlung eines Patienten an zehn verschiedenen Terminen zu verstehen.
** Entsprechende Nachweise sind beigefügt werden nachgereicht

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative und räumliche Voraussetzungen (gem. § 4 der QSV HBO bei DFS)

Die Druckkammer erfüllt folgende apparative und räumliche 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 oder eine notwendige medizinische Notfallbehandlung zu leisten und ggf. den Patienten hinaus begleiten zu können. Im Bereich der Druckkammer wird Medizinisches Notfallinstrumentarium und -material vorgehalten.
- Die Druckkammer kann auch **bei Stromausfall sicher weiter betrieben** werden.

- Die Druckkammeranlage und ihr Betrieb entsprechen den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.
- Die Druckkammer und ihre Ausstattung entsprechen den Vorgaben der **DIN EN 14931: 2006**, deutsche Fassung.
- Genehmigungrelevante Änderungen der apparativen und räumlichen Ausstattung werden der KVT unverzüglich angezeigt.

Organisatorische Voraussetzungen zur GOP 30218 des EBM (gem. § 5 Abs. 1 bis 4 der QSV HBO bei DFS)

Im Bereich der **Druckkammer** ist folgende **personelle Mindestbesetzung** für Druckkammer-Behandlungen gewährleistet:

- mindestens ein **Arzt mit nachgewiesener fachlicher Befähigung gem. § 3 Abs. 1 der QSV HBO bei DFS**
- Rettungssanitäter, MFA, examinierte Pflegekraft oder 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 (bitte Tabelle ausfüllen) *:

Bezeichnung der erworbenen Qualifikation	Anzahl Mitarbeiter

* Entsprechende Nachweise sind beigefügt werden nachgereicht

- eine Person mit Diplom „**Druckkammerbediener/in**“ der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder mit gleichwertiger Qualifikation (bitte Tabelle ausfüllen) *:

Bezeichnung der erworbenen Qualifikation	Anzahl Mitarbeiter

* Entsprechende Nachweise sind beigefügt werden nachgereicht

- Zusätzlich wird bestätigt, dass **mindestens ein Arzt und eine andere Person druckkammertauglich** sind und über **aktuell gültige Bescheinigungen der Druckkammertauglichkeit** verfügen *.

Die Druckkammertauglichkeitsbescheinigung ist aktuell gültig, sofern sie durch einen Arzt mit entsprechender Qualifikation vor Beginn der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen von jeweils maximal 12 Monaten bescheinigt wurde.

* Entsprechende Nachweise sind beigefügt werden nachgereicht

- Es wird bestätigt, dass Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei diabetologischen und anderen medizinischen Notfällen sowie bei technischen Störfällen vorgehalten werden, in komprimierter Form im Bereich der Druckkammer gut sichtbar angebracht sind und das Personal diesbezüglich regelmäßig geschult wird.
- Es wird bestätigt, dass zur Beurteilung der Notwendigkeit der Weiterbehandlung des Patienten dem überweisenden Facharzt oder seiner Vertretung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung ein entsprechender Arztbericht inklusive Fotodokumentation übermittelt wird.
- Genehmigungrelevante Änderungen der organisatorischen Voraussetzungen werden der KVT unverzüglich angezeigt.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Organisatorische Voraussetzungen (gem. § 5 Abs. 5 der QSV HBO bei DFS in Verbindung mit Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM)

- 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.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich verpflichte mich, die Anforderungen an die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach §§ 4 und 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung dauerhaft aufrecht zu erhalten. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, genehmigungsrelevante Änderungen der apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Thüringen die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QSV HBO bei DFS entsprechen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:
Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom nach den GOP 30216 und 30218 des EBM wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.