

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom** nach dem Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM in Verbindung mit Nr. 22 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____	(Name der BAG)
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____	(Name des MVZ)
<input type="checkbox"/> Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

Die Antragstellung erfolgt für	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

- GOP 30216 EBM - Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung** für die hyperbare Sauerstofftherapie nach Nr. 22 der Anlage I der MVV-RL des G-BA einschl. Sachkosten (zur Indikation s. Anhang zum Antrag)
- GOP 30218 EBM - Hyperbare Sauerstofftherapie** nach Nr. 22 der Anlage I der MVV-RL des G-BA einschl. Sachkosten (zur Indikation s. Anhang zum Antrag)

3. Fachliche Befähigung, § 2 des Anhangs zu Abschnitt 30.2.2 EBM

Urkunde über die **Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharztbezeichnungen und Zulassung** oder genehmigte **Anstellung** zur vertragsärztlichen Versorgung in einem dieser Fachgebiete:

- Innere Medizin**
 - Allgemeinmedizin**
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**
 - Anästhesiologie**
 - Orthopädie und Unfallchirurgie**
 - Chirurgie**
- und**
- „**Druckkammerarzt**“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder gleichwertige Qualifikation

4. Personelle und räumliche Voraussetzungen des Druckkammerzentrums, § 3 Abs. 1 und 2 des Anhangs zu Abschnitt 30.2.2 EBM

- Die hyperbare Sauerstofftherapie wird in folgendem **Druckkammerzentrum** durchgeführt, in dem die unter 4.1 und 4.2 genannten personellen und räumlichen Voraussetzungen vollständig erfüllt sind (bitte **Name, Adresse und vertretungsberechtigten Leiter** des Zentrums angeben - das Einverständnis hierzu wurde vom Antragsteller zuvor eingeholt):

Sofern die Adresse des Druckkammerzentrums **nicht mit der Adresse der Praxis** des Antragstellers **identisch** ist:

Das o.g. Druckkammerzentrum wird für die hyperbare Sauerstofftherapie als **ausgelagerter Praxisraum** genutzt und liegt in **räumlicher Nähe** zur Praxis des Antragstellers.

Die **Fahrzeit** beträgt: _____ Min. (maximal 30 Min.). Der Erstkontakt mit den Patienten findet in der Praxis des Antragstellers statt.

Sofern der Antragsteller **nicht gleichzeitig der Leiter** des Druckkammerzentrums ist:

Es wird bestätigt, dass mit dem Druckkammerzentrum ein **Vertrag** zur Nutzung der Räumlichkeiten und Apparaturen, insbesondere der Druckkammer, sowie des u.g. qualifizierten nichtärztlichen Personals geschlossen wurde, und der Antragsteller bzw. der beim Antragsteller tätige Arzt die hyperbare Sauerstofftherapie bei seinen Patienten im Druckkammerzentrum persönlich durchführt und dort anwesend ist. In diesem Fall hat zusätzlich der **vertretungsberechtigte Leiter des Druckkammerzentrums** die nachfolgenden **Punkte 4.1 und 4.2 mit seiner Unterschrift zu bestätigen**.

4.1 Personelle Voraussetzungen im Bereich der Druckkammer, § 3 Abs. 1 des Anhangs zu Abschnitt 30.2.2 EBM

Im Bereich der **Druckkammer** ist folgende **personelle Mindestbesetzung** für Druckkammerbehandlungen von nicht-intensivbehandlungspflichtigen Patienten gewährleistet:

- mindestens ein **Arzt mit nachgewiesener fachlicher Befähigung unter 3.** (u.a. der Antragsteller bzw. der beim Antragsteller tätige Arzt)
- 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 (bitte Tabelle ausfüllen):

Bezeichnung der erworbenen Qualifikation	Anzahl Mitarbeiter

- ein **Schleusenwärter** nach § 18 Abs. 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 (bitte Tabelle ausfüllen):

Bezeichnung der erworbenen Qualifikation	Anzahl Mitarbeiter

Zusätzlich wird bestätigt, dass **mindestens ein Arzt** (u.a. der Antragsteller bzw. der beim Antragsteller tätige 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 oder eine Ärztin mit entsprechender Qualifikation vor Beginn der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen von jeweils maximal 12 Monaten bescheinigt wurde.

4.2 Räumliche Voraussetzungen der Druckkammer, § 3 Abs. 2 des Anhangs zu Abschnitt 30.2.2 EBM

- Die Druckkammer erfüllt folgende **räumliche** Voraussetzungen:
- Das **Druckkammersystem** ist für die Anwendung des **Problemwunden-Therapieschemas 240-90 geeignet** und verfügt über **mindestens drei Plätze 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 hinaus begleiten zu können.
 - 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.

Zusätzliche Unterschrift des vertretungsberechtigten Leiters des Druckkammerzentrums (sofern nicht mit Antragsteller identisch):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass das von mir geleitete Druckkammerzentrum die unter 4.1 und 4.2 genannten räumlichen und personellen Anforderungen vollständig erfüllt und ich mit der Weitergabe dieser Daten an die KVB zur Bearbeitung des Antrages einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift des vertretungsberechtigten Leiters



5. Organisatorische Voraussetzungen, § 3 Abs. 3 des Anhangs zu Abschnitt 30.2.2 EBM

Die Anforderungen nach Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM (Qualifikation der Einrichtung für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, s. Anhang) werden

- durch eine ständige Zusammenarbeit** mit folgender, **für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierter Einrichtung** erfüllt (bitte Name, Adresse und Leiter der Einrichtung angeben - das Einverständnis hierzu wurde vom Antragsteller zuvor eingeholt):

oder

- durch das Druckkammerzentrum selbst erfüllt**


Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde über die Berechtigung zum Führen einer der unter 3. genannten Facharztbezeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Druckkammerarzt-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ggf. Unterschrift des Leiters des Druckkammerzentrums, sofern dieser nicht mit dem Antragsteller identisch ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Vorgaben zur **Indikation** nach § 2 der Anlage I Nr. 22 der MVV-RL des G-BA: Die hyperbare Sauerstofftherapie zur zusätzlichen Behandlung des diabetischen Fußsyndroms darf nur durchgeführt werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die Läsion des diabetischen Fußsyndroms muss bis zur Gelenkkapsel oder Sehnen vorgedrungen sein.
- Es muss eine leitliniengerechte Wundversorgung in einer zur Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung durchgeführt worden sein, während der keine Wundheilungstendenz erkennbar war.
- Im Fall einer Infektion der Läsion muss eine wirksame antibiotische Therapie eingeleitet worden sein.
- Liegt eine relevante makroangiopathische Komponente des Fußsyndroms vor, muss vor der Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie sichergestellt sein, dass alle Möglichkeiten geeigneter angioplastischer oder operativer Verfahren ausgeschöpft worden sind, um die bestmögliche Durchblutung des Fußes zu gewährleisten.
- Es darf kein belastbarer Hinweis darauf bestehen, dass während des Zeitraums der hyperbaren Sauerstofftherapie die Maßnahmen der Druckentlastung und der leitliniengerechten Wundversorgung nicht durchgeführt werden können.

Organisatorische Anforderungen nach **Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM** (Qualifikation der Einrichtung für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms):

- In der Einrichtung ist mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt tätig, d.h.
 - ein Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“
- ⇒ Damit wird die fachliche Befähigung zur Abrechnung der Indikationsprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum (GOP 30212) und zur Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen (GOP 30214) erfüllt.

oder

- mindestens ein Arzt, der - 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 Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann (= Arzt mit Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes nach GOP 02311 EBM).

- ⇒ Damit wird die fachliche Befähigung zur Abrechnung der Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen (GOP 30214) erfüllt.
- In der Einrichtung wird medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung beschäftigt, das nachweislich von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse absolviert hat.
 - In der Einrichtung befinden sich Räumlichkeiten nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren, abzurufen unter www.kbv.de unter Service / Rechtsquellen / Verträge / Qualitätssicherung / Ambulantes Operieren.
 - Die Einrichtung hält eine Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik vor.
 - Die Einrichtung erfüllt die Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen.
 - Die Einrichtung kooperiert mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z.B. Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schuhmacher, Podologen)

Zur Abrechnung der GOP 30214 müssen die v.g. fachlichen, personellen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden.

Der Anhang zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei Diabetischem Fußsyndrom“ EBM kann unter www.kbv.de / Service / Rechtsquellen / EBM / Online-Version des EBM / VI - Anhänge / 5 - Anhang zum Abschnitt 30.2.2 abgerufen werden. Die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung kann unter www.g-ba.de unter der Rubrik Richtlinien abgerufen werden.