

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/377890

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von
Hyperbarer Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
nach EBM 30216, 30218
(Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes)

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Name, Vorname

geb. am

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)

Telefon

.....
E-Mail-Adresse

Telefon mobil

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Telefon

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang GOP EBM

Ich beantrage folgende Leistungen

- | GOP EBM | Leistungslegende |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 30216 | Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung |
| <input type="checkbox"/> 30218 | Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des G-BA |

III. Fachliche Anforderungen zur GOP 30216 und 30218

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der oben genannten Leistungen zur Hyperbaren Sauerstofftherapie wird aufgrund der folgenden Kriterien beantragt:

Ich bin Facharzt

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

mit „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder mit gleichwertiger Qualifikation.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

Ich bestätige

- die Durchführung von mindestens einer Behandlungsfolge (Behandlung eines Patienten an zehn verschiedenen Terminen) der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom unter Anleitung.

Bitte Bescheinigung vom anleitenden Arzt (Arzt mit gültigem Diplom „Leitender Druckkammerarzt“ der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder gleichwertige Qualifikation) beifügen.

IV. Apparative und räumliche Voraussetzungen

- Das Druckkammersystem muss für die Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90 (www.vdd-hbo.de/behandlungsverfahren-der-hbo) geeignet sein und muss mindestens über drei Plätze in der Hauptkammer verfügen.
- Der ständige Sicht- und Sprechkontakt mit den Patienten muss gewährleistet sein.
- Eine Überwachung der Körperfunktionen des Patienten (EKG, Atmung, Pulsoxymetrie) muss ständig gewährleistet sein. Im Notfall muss ein Arzt jederzeit in die Druckkammer eingeschleust werden können, um erste Hilfe oder eine notwendige medizinische Notfallbehandlung durchführen und gegebenenfalls den

Patienten hinaus begleiten können. Medizinisches Notfallinstrumentarium und –material muss im Bereich der Druckkammer vorgehalten werden.

- Die Druckkammern müssen auch bei Stromausfall sicher weiter betrieben werden können.
- Die Druckkammeranlagen und ihr Betrieb müssen den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung entsprechen.
- Die Druckkammern und ihre Ausstattung müssen den Vorgaben der DIN-Vorgaben „Druckkammern für Personen – Mehrpersonen – Druckkammersysteme für hyperbare Therapie – Leistung, sicherheitstechnische Anforderungen und Prüfung“, Deutsche Fassung EN 14931:2006 entsprechen.
- Genehmigungsrelevante Änderungen der apparativen und räumlichen Ausstattung sind der KV RLP unverzüglich mitzuteilen.

V. Organisatorische Voraussetzungen

Die Durchführung der Leistung nach der GOP 30218 EBM setzt folgende kontinuierliche personelle Mindestbesetzung pro Druckkammer bei den Druckkammerbehandlungen voraus:

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

jeweils mit „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder mit gleichwertiger Qualifikation sowie mindestens einer beständigen Behandlungsfolge der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom unter Anleitung.

und

- 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

und

- eine Person mit gültigem Diplom „Druckkammerbediener/in“ der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. oder mit gleichwertiger Qualifikation.

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.

Verfahrensweisungen zum Vorgehen bei diabetologischen und anderen medizinischen Notfällen sowie bei technischen Störfällen sind vorzuhalten und in komprimierter Form im Bereich der Druckkammer gut sichtbar anzubringen. Das Personal ist diesbezüglich regelmäßig zu schulen.

Zur Beurteilung der Notwendigkeit der Weiterbehandlung des Patienten ist dem überweisenden Facharzt oder seiner Vertretung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung ein entsprechender Arztbericht inklusive Fotodokumentation zu übermitteln.

Sofern das Druckkammerzentrum die Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM nicht selbst erfüllt, ist die leitliniengerechte Wundversorgung während des laufenden Behandlungszyklus der HBO zwischen den Druckkammerbehandlungen bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom durch ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 des EBM zu gewährleisten.

Genehmigungsrelevante Änderungen der organisatorischen Voraussetzungen sind der KV RLP unverzüglich mitzuteilen.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben und die Erfüllung der genannten Voraussetzungen:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt,
MVZ, Institut)

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Institut oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

Datum

Unterschrift/Stempel Krankenhaus

Datum

Unterschrift/Stempel MVZ/Institut

Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Vertragsarztes