

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

(GOP 30216 und 30218 EBM)



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

<p>Name und Kontaktdaten des Arztes (<b>Leistungserbringer</b>):</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR)</p> <p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<p>Zulassung Ermächtigung Anstellung bei:</p> <p>Genehmigung beantragt zum:</p>
--	--

**Ort/e der Leistungserbringung, einschließlich Zweigpraxen:**

<p><b>1. Antragsgegenstand / Fachliche Befähigung Antragsteller</b></p>	<p>Durch die KV wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom erteilt und es wird die Genehmigung in gleichem Umfang beantragt. Die Genehmigung ist beigelegt.</p> <hr/> <p>Es wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom beantragt und die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung</p> <p>Allgemeinmedizin Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Anästhesiologie Orthopädie und Unfallchirurgie im Gebiet Innere Medizin im Gebiet Chirurgie</p> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <p>dem gültigen „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. (GTÜM) <b>oder</b> einer gleichwertigen Qualifikation</p> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <p>dem Nachweis der Durchführung mindestens einer Behandlungsfolge<sup>1</sup> der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom unter Anleitung:</p> <p>Name anleitender Arzt*:</p> <p style="text-align: center;"><i>Hinweis: Der anleitende Arzt muss über ein gültiges Diplom „Leitender Druckkammerarzt“ der GTÜM <b>oder</b> eine gleichwertige Qualifikation verfügen.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Bitte die Angaben durch entsprechende Nachweise in Kopie belegen!</b></p>
<p><b>2. Apparative/ Räumliche Voraussetzungen</b></p>	<p>Die hyperbare Sauerstofftherapie wird in folgendem Druckkammerzentrum durchgeführt:</p> <p style="text-align: center;">(Bitte Name, Adresse des Druckkammerzentrums angeben)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <p>der technische Datenbogen der genutzten Druckkammer liegt diesem Antrag bei.</p>

Das Druckkammerzentrum hält für die Durchführung der Hyperbaren Sauerstofftherapie folgende personelle Mindestbesetzung bei den Druckkammer-Behandlungen kontinuierlich vor:

ein Facharzt gemäß § 3 Abs. 1 mit „Druckkammerarzt“-Diplom der GTÜM **oder** einer gleichwertigen Qualifikation

Name:

**und**

ein/e Hyperbarmedizinische/r Assistent/in (Rettungssanitäter, MFA, examinierte Pflegekraft oder Arzt mit Zusatzausbildung der GTÜM für Assistenzpersonal in medizinischen Druckkammerzentren für hyperbare Sauerstoffbehandlung) **oder** mit gleichwertiger Qualifikation

Name:

**und**

eine Person mit gültigem Diplom „Druckkammerbediener\*in der GTÜM **oder** mit gleichwertiger Qualifikation

Name:

**und**

mindestens ein Arzt **und** eine andere Person müssen druckkammertauglich sein und über aktuell gültige Bescheinigungen der Druckkammertauglichkeit verfügen

Name:

*Hinweis: 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.*

**und**

Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei diabetologischen und anderen medizinischen Notfällen sowie bei technischen Störfällen werden vorgehalten und sind in komprimierter Form im Bereich der Druckkammer gut sichtbar angebracht. Das Personal wird diesbezüglich regelmäßig geschult.

**und**

Medizinisches Notfallinstrumentarium und –material wird im Bereich der Druckkammer vorgehalten.

**und**

Zur Beurteilung der Notwendigkeit der Weiterbehandlung des Patienten wird dem überweisenden Facharzt oder seiner Vertretung gemäß § 17 Abs. 3 BMV-Ä nach jeder 10. Druckkammerbehandlung ein entsprechender Arztbericht inklusive Fotodokumentation übermittelt.

**und**

Das Druckkammerzentrum erfüllt die Anforderungen als qualifizierte Einrichtung für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 des EBM:

Einsatz mind. eines diabetologisch qualifizierten Arztes gemäß Nr. 3 zum Abschnitt 30.2.2 EBM (= Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie oder Facharzt im Gebiet Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)“ **oder** ein Arzt mit einer von der KVN erteilten Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311 EBM):

Name:

Einsatz von medizinischem Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung, nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung **oder** gleichwertige Kurse:

Name:

Vorhandensein von Räumlichkeiten nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren,

Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik,

Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen,

Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z.B. Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schuhmacher, Podologen)

Name:

Name:

Name:

Name:

**oder**

### 3. Organisatorische Voraussetzungen

(Vorgaben zur Mindestbesetzung bei Druckkammer-Behandlungen, Weiterbehandlung und Wundversorgung)

	<p>Das Druckkammerzentrum erfüllt die Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 des EBM <u>nicht selbst</u> und kooperiert mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung, damit die leitliniengerechte Wundversorgung während des laufenden Behandlungszyklus der HBO zwischen den Druckkammerbehandlungen der Patienten mit DFS ständig gewährleistet ist</p> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <p>die Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung liegt diesem Antrag bei.</p> <p style="text-align: center;"><b>Bitte die Angaben durch entsprechende Nachweise in Kopie belegen!</b></p>
<p><b>4. Erklärungen</b></p>	<p>Genehmigungsrelevante Änderungen der apparativen und räumlichen Ausstattung und/oder in Bezug auf die Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen werden der KVN gemäß § 5 Abs. 6 unverzüglich gemeldet.</p> <p>Die jeweils aktuellen Protokolle über die sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß § 11 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) werden gemäß deren Fristen aufbewahrt und der KVN auf Verlangen vorgelegt (§ 6 Abs. 2).</p> <p>Hiermit wird das Einverständnis dafür erklärt, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission im Rahmen der Überprüfung der ärztlichen Dokumentationspflicht Einsicht in die angeforderten Dokumente gemäß § 8 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS nehmen kann.</p> <p>Zudem wird das Einverständnis dafür abgegeben, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS entsprechen (vgl. § 9 Abs. 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS)*.</p> <p><u>*Hinweis:</u> Ohne diese Einverständniserklärung kann die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der HBO bei DFS nicht erteilt werden.</p>
<p><b>5. Hinweise</b></p>	<p><sup>1</sup>Eine Behandlungsfolge: Behandlung eines Patienten an zehn verschiedenen Terminen.</p> <p>Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Antragsformular die männliche Form gewählt, jedoch sind immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.</p>

Stand: 01.10. 2019

**Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen bzw. mit Bestehen des Kolloquiums erteilt werden.**

**Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.**

**Datum / Unterschrift** (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters / bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) / **Stempel**

## **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS)**

---

Die Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnungen von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30216 und 30218 des EBM).

Die fachliche Befähigung (§ 3) gilt als nachgewiesen bei Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharztbezeichnungen:

„Allgemeinmedizin“, „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“, „Anästhesiologie“, „Orthopädie und Unfallchirurgie“ oder in den Gebieten „Innere Medizin“ oder „Chirurgie“. Zusätzlich muss der Arzt ein „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder eine gleichwertige Qualifikation nachweisen. Die Durchführung von mindestens einer Behandlungsfolge der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom unter Anleitung ist ebenfalls Genehmigungsvoraussetzung.

Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen (§ 4) definieren die Anforderungen an die Sicherheit der Druckkammern, in denen die Behandlung durchgeführt wird, dabei muss unter anderem die Durchführbarkeit einer medizinischen Notfallbehandlung während der Druckkammerbehandlung gewährleistet sein.

Die organisatorischen Voraussetzungen (§ 5) beinhalten unter anderem Regelungen zu einer kontinuierlichen personellen Mindestbesetzung. Zur Beurteilung der Notwendigkeit der Weiterbehandlung des Patienten ist dem überweisenden Facharzt nach jeder zehnten Druckkammerbehandlung ein entsprechender Arztbericht inklusive Fotodokumentation zu übermitteln. Eine leitliniengerechte Wundversorgung muss gewährleistet sein. Das Druckkammerzentrum muss dafür entweder die Anforderungen des Abschnitts 30.2.2 Nr. 4 des EBM selbst erfüllen oder eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer solchen qualifizierten Einrichtung durch eine Kooperationsvereinbarung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Genehmigungsverfahren nachweisen.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung (§ 6) muss der Genehmigungsinhaber jährlich eine gültige Druckkammertauglichkeitsbescheinigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung einreichen.

Die Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation (§ 7) stellen maßgeblich auf die im Rahmen der ärztlichen Dokumentationspflicht erhobenen Angaben ab und können stichprobenhaft von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit geprüft werden (§ 8).

**Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom kann unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) nachgelesen werden.**