

|             |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

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

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

|  |
|--|
|  |
|--|

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

|  |
|--|
|  |
|  |

### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Fachrichtung

|  |
|--|
|  |
|--|

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

### **Fachliche Qualifikation**

Ich bin Facharzt für

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

### **Qualifikationsnachweise**

#### **Voraussetzungen:**

- ➔ Druckkammerarzt-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder eine gleichwertige Qualifikation.
- ➔ Durchführung von mindestens einer Behandlungsfolge der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei DFS unter Anleitung (Behandlung eines Patienten an zehn verschiedenen Terminen) der anleitende Arzt muss über ein gültiges Diplom „Leitender Druckkammerarzt“ oder eine gleichwertige Qualifikation verfügen.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

### **Anforderungen an die personelle Ausstattung**

- ➔ 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

**und**

- ➔ 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.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung

Ich bestätige, dass die Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung gemäß § 4 erfüllt sind.

### Organisatorische Anforderungen

Ich erfülle die organisatorischen Anforderungen gemäß § 5.

- Die personelle Mindestbesetzung pro Druckkammer.
- Ein Arzt und eine weitere Person verfügen über eine aktuell gültige Bescheinigung der Druckkammertauglichkeit.
- Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei Notfällen sowie bei technischen Störungen sind vorhanden und gut sichtbar im Bereich der Druckkammer angebracht. Das Personal wird diesbezüglich regelmäßig geschult.

Unser Druckkammerzentrum ist für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziert

**oder**

Für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom besteht eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer qualifizierten Einrichtung nach Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM.

---

Name und Anschrift der Einrichtung

### Bestätigung des Druckkammer- Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass dem Arzt \_\_\_\_\_ unsere Druckkammer für die Durchführung der Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die apparativ-räumlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom erfüllt sind.

---

Datum

---

Stempel und Unterschrift  
des Druckkammer Betreibers

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Anhang zum Abschnitt 30.2.2 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- 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
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angestellter

## Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

|  |  |
|--|--|
| BAG                                      | Datum ab                                 |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

**(Name des Anstellenden)**

|  |  |
|--|--|
| Name, Vorname des Angestellten           | Anstellungsdatum                         |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel