



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 397, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

## **Antrag auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom**

**gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie (bis zum Inkrafttreten der vg. Vereinbarung gilt: „wenn die Anforderungen des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM erfüllt sind“)**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt / Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen

der hyperbaren Sauerstofftherapie zur zusätzlichen Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nach der EBM-Nr.

30216 Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit

30218 Hyperbare Sauerstofftherapie

### A. Fachliche Befähigung

Es werden nachstehende Anforderungen gemäß § 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des EBM erfüllt:

#### 1.1 **Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung**

„Innere Medizin“

„Allgemeinmedizin“

„Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

„Anästhesiologie“

„Orthopädie und Unfallchirurgie“

„Chirurgie“

1.2 mit „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.

Nachweis ist beigefügt

ODER

1.3 mit gleichwertiger Qualifikation

Nachweis ist beigefügt

### B. Genehmigungsvoraussetzungen

2.1 Das Druckkammerzentrum erfüllt die **personellen Voraussetzungen** gemäß § 3 Abs. 1 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM

2.2 Das Druckkammerzentrum erfüllt die **räumlichen Voraussetzungen** gemäß § 3 Abs. 2 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM

2.3 **Organisatorische Voraussetzungen** gemäß § 3 Abs. 3 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 EBM:

Das Druckkammerzentrum ist gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM 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 gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM

.....  
(Name der Einrichtung)

.....  
(Anschrift der Einrichtung)



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Hiermit verpflichte ich mich, dass ich bzw. der angestellte Arzt und das Druckkammerzentrum die Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 2 und 3 des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erfülle/erfüllt.

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise zur Antragsbearbeitung:**

Unvollständig ausgefüllte Antragsformulare, fehlende Nachweise sowie Verweise auf bereits vorliegende Unterlagen verzögern das Bearbeitungsverfahren.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig** ist.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
ggf. Unterschrift des Leiters  
(Einrichtung/MVZ)