



## Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen  
der **GOP 30216 bzw. 30218** gemäß des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2  
des EBM im Rahmen **der hyperbaren Sauerstofftherapie**  
**bei diabetischem Fußsyndrom**

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



**Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder  
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.**

### Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:


Zugelassen **oder** angestellt ab:  
**oder** persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:


### Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:


**Genehmigung durch andere KV**

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV  erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

**Fachliche Voraussetzungen für Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit sowie die Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie für die GOP 30216 und 30218**

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch den Nachweis:

- einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“
- der Facharztbezeichnung „Allgemeinmedizin“
- der Facharztbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“
- der Facharztbezeichnung „Anästhesiologie“
- der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“
- einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Chirurgie“

**und**

Nachweis des „Druckkammerarzt“-Diploms der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder eine gleichwertige Qualifikation

**Zusätzliche Anforderungen für die Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie für die GOP 30218**

Es wird eine kontinuierliche personelle Mindestbesetzung im Bereich der Druckkammer für Druckkammer-Behandlungen von nicht-intensivbehandlungspflichtigen Patienten jeweils mit „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder mit gleichwertiger Qualifikation gewährleistet:

- |  |      |
|--|------|
| - 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 für Chirurgie                       |      |

**und**

- 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 steht zur Verfügung.
- 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 steht zur Verfügung.

Entsprechende Nachweise sind beigelegt.

**und**

- Mindestens ein Arzt und eine andere Person sind druckkammertauglich und verfügen über eine aktuell gültige Bescheinigungen der Druckkammertauglichkeit.  
*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.*

Kopien der Bescheinigungen sind beigelegt.

**Räumliche Voraussetzungen für die Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie**

- Das Druckkammersystem ist geeignet für die Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90 und verfügt mindestens über drei Plätze in 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 ein Arzt jederzeit in die Druckkammer eingeschleust werden, um erste Hilfe zu leisten und ggf. den Patienten hinaus zu begleiten.
- 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 entsprechen.

**Leistungsort**

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

**und/oder**

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

**und/oder**

3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV der KVWL gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigelegt.
- liegt der KVWL bereits vor. (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)

**Organisatorische Voraussetzungen, sofern das Druckkammerzentrum nicht die Anforderungen gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 für die GOP 30214 EBM erfüllt**

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

Entsprechende Nachweise sind beigelegt.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis,**

zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL.

**Ort u. Datum**

**Unterschrift des Antragstellers**

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!  
**(ggf. Vertragsarztstempel)**



## Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

**Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!**

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich <b>Angaben des Antragstellers:</b>	für einen angestellten Arzt <b>Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
LANR: <input type="text"/>	LANR: <input type="text"/>
<b>Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes,</b> der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:	
Bezeichnung:	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

**Ausgelagerte Praxisräume** sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung **spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**.

Bei der Aufteilung der Praxis auf Räumlichkeiten an mehreren Orten muss es sich aus Patientensicht um eine einheitliche Praxis handeln. Als „Einheitlichkeit“ ist daher eine Erreichbarkeit von **maximal 30 Minuten Fahrzeit** zwischen Vertragsarztsitz und ausgelagerten Praxisräumen zugrunde zu legen.

<b>Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:</b>			
Bezeichnung:	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
<b>Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:</b> Es handelt sich um die Räume			
der Praxis	des MVZ	des Klinikums	eines Kollegen
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.			
<b>Entfernung</b> zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz			
<input type="text"/>	km	<input type="text"/>	Fahrzeit

