KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Anlage II (Kooperationsvereinbarung)
zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Antje Andres
Tel 069 24741-6584
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Kooperationsvereinbarung
über die ständige Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung nach Abschnitt 30.2.2. EBM Nr. 4 EBM

zwischen

dem Erbringer der Leistung nach der GOP 30218 EBM (Hyperbare Sauerstofftherapie)

Name, Vorname, Titel: _____

LANR: _____

BSNR: _____ **und**

der qualifizierten Einrichtung nach Abschnitt 30.2.2. Nr. 4 EBM

Name, Vorname, Titel: _____

LANR: _____

BSNR: _____

Die ständige Zusammenarbeit besteht seit: _____

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

Eine Einrichtung gilt für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nach der GOP 30214 EBM als qualifiziert, wenn sie folgende Mindeststandards erfüllt:

- mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß Nr. 3 der Präambel 30.2.2 Nr. 3 EBM oder ein Arzt, der - im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie müssen die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können

- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung, nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse

- Räumlichkeiten gemäß § 6 Absatz 2 Nr. 2 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)

☐ **Die vorgenannten Voraussetzungen (Präambel 30.2.2 Nr. 4 EBM) liegen vor.**

……	……	……..
Datum	Unterschrift des Kooperationspartners	ggf. Praxisstempel

Erklärungen und Hinweise

- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

……	……	……..
Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

Stand: Januar 2019

Formular drucken