

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-389
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen zur Diagnostik und Behandlung von MRSA

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillinresistenten taphylococcus aureus (QS-Vereinbarung MRSA)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistung

- Abschnitt 30.12.1 EBM: GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950 und 30952

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 QS-Vereinbarung MRSA

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung: _____
- Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ **und/oder**
- Nachweis der Teilnahme an dem von der Kassenärztlichen Vereinigung angebotenen Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ **oder**
- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer anerkannten MRSA-Onlinefortbildung

Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 4 Abs. 2 QS-Vereinbarung MRSA

- Organisation in dem nachfolgend genannten sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes:

Name des Netzwerkes

Anschrift des Netzwerkes

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick darauf, dass

- gemäß § 4 Abs. 1 QS-Vereinbarung MRSA die Diagnostik und ggf. ambulante Eradikationstherapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Risikopatienten u.a. entsprechend der Inhalte der Fortbildungsseminare/ des Onlinetrainings und der Vorgaben des Robert Koch-Institutes (RKI) zu erfolgen hat. Unterstützend werden die Kenntnisse des EurSafety Health net/ Euregio MRSA-net einbezogen.
- die KV Berlin sich vorbehält, den Nachweis (z.B. Teilnahmebescheinigung) für die Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz (GOP 30948) anzufordern.
- die MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenz den Vorgaben gemäß § 4 Abs. 3 QS-Vereinbarung MRSA zu erfüllen hat und von der KV Berlin genehmigt sein muss.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur Diagnostik und Behandlung von MRSA im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung MRSA. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen § 5 Abs. 6 QS-Vereinbarung MRSA entsprechen, wird erklärt.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller