

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und zur ambulanten Eradikationstherapie von mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) besiedelten und infizierten Patienten sowie von Risikopatienten in der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA))

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)

.....

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid beifügen)

Beantragte Leistungen

- GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950 und 30952 des EBM

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der QS-Vereinbarung MRSA)

Die geforderten Nachweise sind der KVT entsprechend vorzulegen!

- Zusatzbezeichnung "Infektiologie"

oder

- KV zertifiziertes Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“

oder

- KBV Online-Training mit anschließendem Fragebogentest

Informationsmerkbücher zum therapeutischen Vorgehen, zum Umgang mit MRSA-Patienten in der Praxis sowie zur Aushändigung für den Patienten bzw. die Kontaktperson können bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angefordert werden und stehen neben weiteren Informationen auf der Homepage www.mrsa-ebm.de der KBV elektronisch zur Verfügung.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kvt.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich versichere, dass die Diagnostik und ggf. ambulante Eradikationstherapie von Risikopatienten, MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten entsprechend der Inhalte der Fortbildungsseminare/des Online-Trainings und der Vorgaben des Robert Koch-Instituts (u. a. RKI-Ratgeber für Ärzte) erfolgt. Unterstützend beziehe ich die Kenntnisse des Projektes EurSafety Health net / EUREGIO MRSA-net ein.

Die Teilnahme an MRSA-Fallkonferenzen und/oder regionalen Netzwerkkonferenzen wird angestrebt. Diese sind entsprechend der GOP 30948 EBM nur berechnungsfähig, wenn die innerhalb § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Sofern in der Region kein MRSA-Netzwerk existiert, ist eine entsprechende Beratung bei anderen geeigneten Stellen einzuholen.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden. Die Abrechnungsgenehmigung gilt für alle dazugehörigen Betriebsstätten (Filialen/ Zweigpraxen).

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvt.de, Thema Datenschutz.