

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im
Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus nach der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Gebührenordnungspositionen 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950 und 30952 des EBM

Fachliche Befähigung gemäß § 3

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung Infektiologie
 - Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt

und/oder

- Teilnahmebescheinigung an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung angebotenen Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ über die Dauer von mindestens 3 Stunden

oder

- an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Online-Training mit anschließendem Fragebogentest
 - Die Teilnahmebescheinigung ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Organisatorische Anforderungen gemäß § 4

Folgende organisatorische Voraussetzungen werden eingehalten:

- Die Durchführung der Diagnostik und ggf. ambulanten Eradikationstherapie erfolgt nach den Inhalten des Fortbildungsseminars bzw. des Online-Trainings und der Vorgaben des Robert-Koch-Instituts (u.a. RKI-Ratgeber für Ärzte) mit unterstützender Einbeziehung der Kenntnisse des Projektes EurSafety Health net/EUREGIO MRSA-net.
- Organisation in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sofern in meiner Region kein MRSA-Netzwerk existiert, erfolgt die Einholung entsprechender Beratung bei dem zuständigen Gesundheitsamt.
- Die Berechnung der Teilnahme an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz setzt voraus, dass diese MRSA-Fallkonferenz und/oder regionale Netzwerkkonferenz durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt anerkannt worden ist.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die korrekte Erbringung von ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und zur ambulanten Eradikationstherapie von mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) besiedelten und infizierten Patienten sowie von Risikopatienten und die organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 4 zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung durchzuführen, um sich von der Erfüllung der organisatorischen Anforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die organisatorischen Voraussetzungen, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte