

KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen Qualitätssicherung Team 1 Europa-Allee 90 60486 Frankfurt

MRSA-Leistungen

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus

Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA (gültig ab 01. Juli 2016)

<u>Hinweis:</u> In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Die **mit** * **gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.** Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung Team 1

Anna Wandrei

Tel 069 24741-6094

Fax 069 24741-68819 gs.fb1.3@kvhessen.de

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

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel		LANR		
Priv	Privatanschrift*			
<u>*</u> *		= *		
		_ Datum der Approbation:		
Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung				
	Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.			
	Zu einem späteren Datum			





Art der Tätigkeit ¹ :					
☐ Vertragsarzt in	Einzelpraxis	MVZ	Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)		
☐ Angestellter Arzt					
in Praxis/BAG			BSNR		
	N	ame des anstellenden Ar	ztes		
in MVZ			BSNR		
		Name des MVZ			
☐ Ermächtigter Arzt			BSNR		
		Name der Einrichtung			
☐ Instituts- Ermächtigung			BSNR		
		nstituts und des verantwo			
☐ Sicherstellungs- Assistent			BSNR_		
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes					
Ort(e) der Tätigkeit ² :					
Anschrift Standort			BSNR		
Anschrift Standort			BSNR		
Bei weiteren Standorter	n bitte dem Antrag ein	ne gesonderte Aufstellu	ung als Anlage beifügen.		

Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unter-schreiben.





Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistungen*:

GOP 30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten
GOP 30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson
	(GOP 30942 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.)
GOP 30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson
	(GOP 30944 ist je vollendete zehn Minuten berechnungsfähig, jedoch höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung.)
GOP 30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers
GOP 30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall und/oder regionalen Netzwerkkonferenz
GOP 30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)
GOP 30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)



Fachliche Befähigung § 3 der QS-Vereinbarung MRSA

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung "Infektiologie"			
oder			
Anerkennung als "Infektiologe DGI" der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie			
oder			
Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem Online-Training mit anschließendem Fragebogen-Test			
 Das KBV-Fortbildungsportal steht im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigung (SNK) bereit. Dazu benötigen Sie einen Anschluss an das sichere Netz, beispielsweise über KV- SafeNet*. Die Eingabe dieser Adresse in Ihren Browser führt direkt zum Login: https://portal.kvh.kv-safenet.de 			
 Eine alternative Qualifikationsmöglichkeit für Ärzte, die keinen Zugang zum SNK haben, wäre die Online-Fortbildung "Hygienemanagement 5 - Versorgung von MRSA-Patienten" der Kas- senärztlichen Vereinigung Bayerns (https://www.curacampus.de/campus- web/app/public/hello). Die Teilnahme ist für Nichtmitglieder kostenpflichtig. 			
oder			
Bescheinigung über die Teilnahme an einem mindestens 3-stündigen Fortbildungsseminar "Ambulante MRSA-Versorgung".			
Hinweis: Die KV Hessen bietet derzeit kein Seminar an!			
Entsprechende Nachweise sind dem Antrag beizufügen!			



Organisatorische Voraussetzungen § 4 der QS-Vereinbarung MRSA

Informationen zu MRSA-Netzwerken, Beratungsstellen und genehmigten MRSA-Fall-/Netzwerk-Konferenzen finden Sie auf der Homepage der KV Hessen unter www.kvhessen.de.

Mir ist bekannt, dass ich zur Abrechnung der GOP 30940 bis 30952 EBM nach § 4 Abs. 2 QS-				
Vereinbarung MRSA entweder in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung				
des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sein soll				
ODER				
noteurs in des Designs in welches des Vertre record tätin ich kein MDCA Netrussyk existiest ich eine				
sofern in der Region, in welcher der Vertragsarzt tätig ist, kein MRSA-Netzwerk existiert, ist eine	Ш			
entsprechende Beratung bei anderen geeigneten Stellen einzuholen.				
UND				
Zur Abrechnung der GOP 30948 verpflichte ich mich an einer regionalen MRSA-Fallkonferenz im Sinne				
von § 4 Abs. 3 und Abs. 4 der QS-Vereinbarung teilzunehmen.				
Ich bin bei dem nachfolgenden sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des				
öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert:				
Name des Netzwerkes				
Anschrift des Netzwerkes				
Aliscillit des Netzweikes				
Hinweis: Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen behält sich vor, die Teilnahme an einer Konferenz,				
die die Kriterien von § 4 Abs. 3 ff. der QS-Vereinbarung MRSA erfüllt, durch Anforderung entsprechen-				
der Nachweise (z.B. Einladung, Teilnahmebescheinigungen) zu überprüfen.				

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.





Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt, dass

- ➢ die Diagnostik und ggf. ambulante Eradikationstherapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Risikopatienten (§ 4 Abs. 1) 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 MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenz nach den Vorgaben (§ 4 Abs. 3) zu erfüllen sind.
- die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sich vorbehält, den Nachweis (z.B. Einladung, Teilnahmebescheinigung) für die Teilnahme an einer MRSA-Fall und/oder regionalen Netzwerkkonferenz (GOP 30948) anzufordern.
- ➢ Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (QS-Vereinbarung MRSA) ist mir bekannt. Hiermit verpflichte ich mich, die darin festgelegten Anforderungen zu erfüllen.
- Ich versichere hiermit, dass bei der Erbringung der vorstehend beantragten Untersuchungen die persönliche Überwachung und die unmittelbare Verantwortung meinerseits gewährleistet ist und ich zumindest in den für den Untersuchungsgang entscheidungsrelevanten Phasen präsent bin und damit die Möglichkeit des sofortigen Eingreifens habe.
- > BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- ➤ 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.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragsstellers ggf. Vertragsarztstempel	
Gilt nur für angestellte Ärzte		
Ort, Datum	Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.	
	Unterschrift des anstellenden Arztes	

Stand: September 2024

