

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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

**KV** + KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## M R S A - 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)**

*Hinweis: 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.*

### Allgemeine Angaben

#### Persönliche Angaben

Name, Vorname\*, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift\* \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Team 1

Anna Wandrei  
Tanja Köhn  
Tel 069 24741-6094/ 6312

Fax 069 24741-68819  
[qs.fb1.3@kvhessen.de](mailto:qs.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](http://www.kvhessen.de)

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt  
 in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
 Name des anstellenden Arztes
- in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
 Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
 Name der Einrichtung
- Instituts-  
 Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
 Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-  
 Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
 Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
 Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

**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“  <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung als „Infektiologe DGI“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie  <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p>	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem <b>Online-Training</b> mit anschließendem Fragebogen-Test  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>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: <a href="https://portal.kvh.kv-safenet.de">https://portal.kvh.kv-safenet.de</a></i></li> <li>• <i>Eine alternative Qualifikationsmöglichkeit für Ärzte, die keinen Zugang zum SNK haben, wäre die Online-Fortbildung „Hygienemanagement 5 - Versorgung von MRSA-Patienten“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (<a href="https://www.curacampus.de/campus-web/app/public/hello">https://www.curacampus.de/campus-web/app/public/hello</a>).</i> <i>Die Teilnahme ist für Nichtmitglieder kostenpflichtig.</i></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p>	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung über die Teilnahme an einem mindestens 3-stündigen Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“.  <i>Hinweis: Die KV Hessen bietet derzeit kein Seminar an!</i>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Entsprechende Nachweise sind dem Antrag beizufügen!</b></p>	

### 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](http://www.kvhessen.de).

<p>Mir ist bekannt, dass ich zur Abrechnung der GOP 30940 bis 30952 EBM nach § 4 Abs. 2 QS-Vereinbarung MRSA entweder in einem <b>sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk</b> unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sein soll</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>ODER</b></p> <p>sofern in der Region, in welcher der Vertragsarzt tätig ist, kein MRSA-Netzwerk existiert, ist eine entsprechende <b>Beratung</b> bei anderen geeigneten Stellen einzuholen.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>UND</b></p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ich bin bei dem nachfolgenden sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert:</p>	
<hr/> <p>Name des Netzwerkes</p>	
<hr/> <p>Anschrift des Netzwerkes</p>	
<p><i>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 entsprechender Nachweise (z.B. Einladung, Teilnahmebescheinigungen) zu überprüfen.</i></p>	

**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: Februar 2024