

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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



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)

Bezeichnungen 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.

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

Qualitätssicherung
Team 1

Karola Reichert
Tel 069 24741-6673

Anna Wandrei
Tel 069 24741-6094

Fax 069 24741-68819
qs.fb1.8@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 _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

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 Tätigkeit¹:

- 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 Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____
 Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

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

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

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)

- *Für die Abrechnung von GOP 30954 und GOP 30956 muss der Arzt über eine Laborgenehmigung für den Abschnitt 32.3.10 EBM (Bakteriologische Untersuchung) verfügen.

Für den Fall, dass Ihnen bereits durch eine andere KV eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach Abschnitt 32.3.10 EBM erteilt wurde.

Bitte geben Sie die KV an, welche Ihnen eine Abrechnungsgenehmigung nach Abschnitt 32.3.10 erteilt hat und fügen Sie eine Kopie der Abrechnungsgenehmigung bei:

KV _____

Fachliche Befähigung § 3 der QS-Vereinbarung MRSA

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ <p style="text-align: center;">oder</p>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung als „Infektiologe DGI“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie <p style="text-align: center;">oder</p>	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem Online-Training mit anschließendem Fragebogen-Test <ul style="list-style-type: none"> • <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: https://portal.kvh.kv-safenet.de</i> • <i>Eine alternative Qualifikationsmöglichkeit für Ärzte, die keinen Zugang zum SNK haben, wäre die Online-Fort-bildung „Hygienemanagement 5 - Versorgung von MRSA-Patienten“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (https://www.curacampus.de/campus-web/app/public/hello).</i> <i>Die Teilnahme ist für Nichtmitglieder gegen Entrichtung einer Gebühr von 12,50 € möglich.</i> <p style="text-align: center;">oder</p>	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung über die Teilnahme an einem mindestens 3-stündigen Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“. Hinweis: Die KV Hessen bietet derzeit kein Seminar an!	<input type="checkbox"/>
<p>Entsprechende Nachweise sind dem Antrag beizufügen!</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.

<p>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</p>	<input type="checkbox"/>
<p>oder</p>	
<p>sofern in der Region, in welcher der Vertragsarzt tätig ist, kein MRSA-Netzwerk existiert, ist eine entsprechende Beratung bei anderen geeigneten Stellen einzuholen.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>und</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>	
<p>_____ Name des Netzwerkes</p>	
<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>	



Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt, dass

- die Kassenzärztliche Vereinigung die zuständige Qualitätssicherungskommission (§ 5 Abs. 6) beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung entsprechen. **Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung durch die zuständige Fachkommission der Kassenzärztlichen Vereinigung Hessen.**
- 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 Kassenzärztliche 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.
- **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

<u>Gilt nur für angestellte Ärzte</u>	
..... Ort, Datum Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

Stand: Januar 2022

Seite 6 von 6