

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Leistungen zur Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung nach folgenden EBM-Gebührenordnungspositionen*:

- 30940** Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 EBM bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung
- 30942** Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 30946
- 30944** Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 EBM, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 30946 im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 30942
- 30946** Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers
- 30948** Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V
- 30950** Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)
- 30952** Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)

*Für die Abrechnung der GOP 30954 und 30956 muss der Arzt über eine Laborgenehmigung für den Unterabschnitt 32.3.10 EBM (Bakteriologische Untersuchungen) verfügen.

3. Fachliche Voraussetzungen, § 3 QSV MRSA

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der **Zusatzweiterbildung „Infektiologie“**
- oder**
- Nachweis über eine **MRSA-Zertifizierung durch die Kassenärztliche Vereinigung:**
- Bescheinigung über die Teilnahme an einem mindestens **3-stündigen Fortbildungsseminar** „Ambulante MRSA-Versorgung“ der Kassenärztlichen Vereinigung
- alternativ:**
- Ich habe / der angestellte Arzt hat an folgender **Präsenzfortbildung** „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“ **der KVB** teilgenommen:
am _____ in _____
- oder**
- Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem **Online-Training** „MRSA“ der Kassenärztlichen Vereinigung mit anschließendem Fragebogen-Test
- alternativ:**
- Ich habe / der angestellte Arzt hat die **Online-Fortbildung der KVB** „Hygienemanagement 5 – Versorgung von MRSA-Patienten“ in Cura Campus erfolgreich absolviert
am _____.

4. Organisatorische Voraussetzungen, § 4 QSV MRSA

Informationen zu MRSA-Netzwerken, Beratungsstellen und genehmigten MRSA-Fall-/Netzwerk-Konferenzen finden Sie unter www.kvb.de / Praxis / Qualität / Hygiene und Infektionsprävention / MRSA.

- Mir ist bekannt, dass ich / der angestellte Arzt zur Abrechnung der GOP 30940 bis 30952 EBM entweder in einem **sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk** unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sein soll **oder** – sofern diese Möglichkeit nicht besteht – eine entsprechende **Beratung** bei anderen geeigneten Stellen einzuholen ist.
vgl. § 4 Abs. 2 QSV MRSA

Sofern die GOP 30948 abgerechnet wird:

- Zur Abrechnung der GOP 30948 verpflichte ich mich, / verpflichtet sich der angestellte Arzt, regelmäßig an einer **von der KVB genehmigten MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen MRSA-Netzwerkkonferenz** im Sinne von § 4 Abs. 3 und 4 QSV MRSA teilzunehmen, die regelmäßig zumindest folgende Kriterien erfüllt:

Teilnehmerkreis:

- 1 Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens
- 1 Facharzt für Labormedizin und/oder Mikrobiologe
- 1 Hygienebeauftragter eines regionalen Krankenhauses
- 1 Vertreter eines regionalen Pflegeheimes
- ggf. 1 Vertreter der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Erörterung folgender Themen:

- aktuelle Resistenzlage in der Region
- zahlenmäßige Entwicklung der MRSA-Infektionen
- regionale Besonderheiten

Die KVB behält sich vor, die Teilnahme an einer Konferenz, die die Kriterien von § 4 Abs. 3 ff. QSV MRSA erfüllt, durch Anforderung entsprechender Nachweise (z.B. Einladung, Teilnahmebescheinigungen) zu überprüfen.

- Ich bin einverstanden, dass die KVB durch die zuständige Qualitätssicherungskommission die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA entsprechen, vgl. § 5 Abs. 6 QSV MRSA.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich (Antragsteller und ggf. der beim Antragsteller tätige Arzt), dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Original oder amtlich beglaubigte Kopie dem Antrag beizulegen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt (angestellter Arzt oder im MVZ tätiger Vertragsarzt) zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1. ggf. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung „Infektiologie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ggf. Nachweis über die Teilnahme an einem Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ der Kassenärztlichen Vereinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ggf. Nachweis über die Teilnahme an einem Online-Training MRSA der Kassenärztlichen Vereinigung mit Fragebogen-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, gilt folgendes: Antragsteller ist stets der MVZ-Vertretungsberechtigte - sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird, und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterschreiben. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt, der im MVZ tätige Arzt erhält eine Kopie des Bescheides.

Der Volltext der QSV ist unter www.kbv.de unter der Rubrik Service / Rechtsquellen / Verträge / Qualitätssicherung / MRSA abrufbar.