

# MRSA / MRE-Netzwerkkonferenz

Ennepe-Ruhr-Kreis

## Abrechnung & aktuelle Informationsangebote

05.12.2018 Kreishaus Schwelm

Christopher Arndt - GB Versorgungsqualität



Im Dienst der Medizin.



## Seit 01.07.2016

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistent Staphylococcus aureus (QS-Vereinbarung MRSA)

→ Sicherung der Strukturqualität zur Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung

### → Fachliche Voraussetzungen:

Zusatzbezeichnung „Infektiologie“  
**und/oder**

Teilnahme an der MRSA-Zertifizierung der KV:

mind. 3-stündiges Fortbildungsseminar

**oder**

Online-Training mit Fragebogen-Test

*Online-Fortbildung: Sicheres Netz der KVen (SNK)*

*Alternative: „Hygienemanagement 5 – Versorgung von MRSA-Patienten“ der KV Bayerns (Nichtmitglieder: 12,50 €) [www.curacampus.de/campus-web/app/public/hello](http://www.curacampus.de/campus-web/app/public/hello)*

### **Achtung!**

Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der MRSA-Laborleistungen (GOP 30954 und 30956) ist eine Genehmigung für den EBM-Abschnitt 32.3.10 („Bakteriologische Untersuchungen“).

### → Organisatorische Voraussetzungen:

Teilnahme an sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerkkonferenzen



## Seit 01.07.2017

### Definition eines Risikopatienten



Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:



#### **Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese**

und/oder



#### **Chronische Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und Vorliegen eines der nachfolgenden Risikofaktoren:**

- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten
- liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

und/oder



#### **Vorliegen von Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefe Weichteilinfektion**

und/oder



#### **Dialysepflichtigkeit**



## GOP des EBM-Abschnitts 30.12

### Diagnostik und Behandlung

GOP	Kurzlegende	Bewertung
30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	35 Punkte
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.)	133 Punkte
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.)	90 Punkte
30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson	32 Punkte
30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz	46 Punkte
30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)	19 Punkte
30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)	19 Punkte
30954	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden	51 Punkte
30956	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 30954	25 Punkte

### MRSA-Statuserhebung

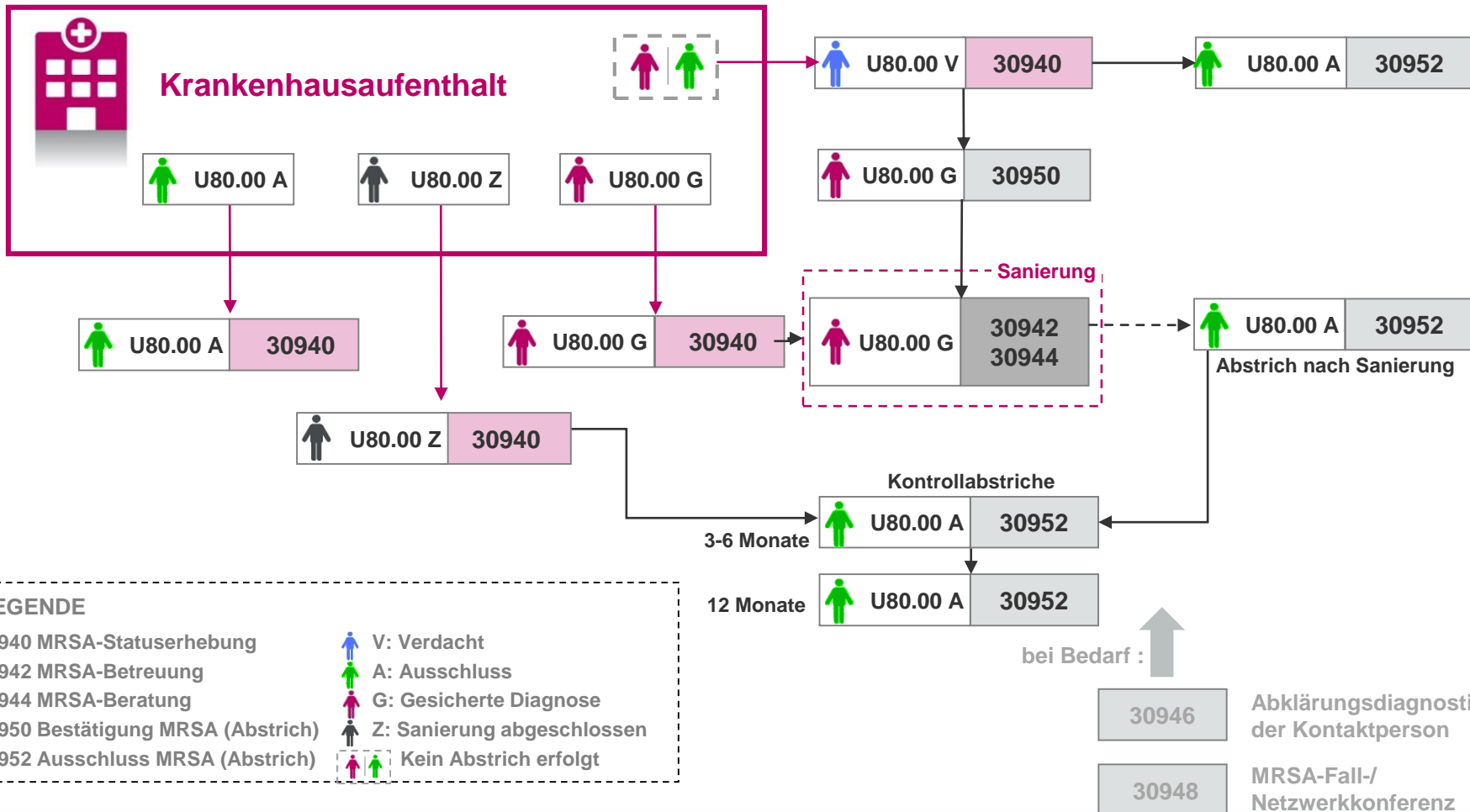
Für Risikopatienten wird zunächst ein MRSA-Status erhoben; eine Infektion oder Kolonisation kann sich bereits aus dem Entlassungsbericht des Krankenhauses ergeben. Andernfalls ist selbst ein Nachweis durch Abstrichentnahme (Nasenvorhöfe, Rachen und Wunden) durchzuführen.

### MRSA-Sanierungsbehandlung

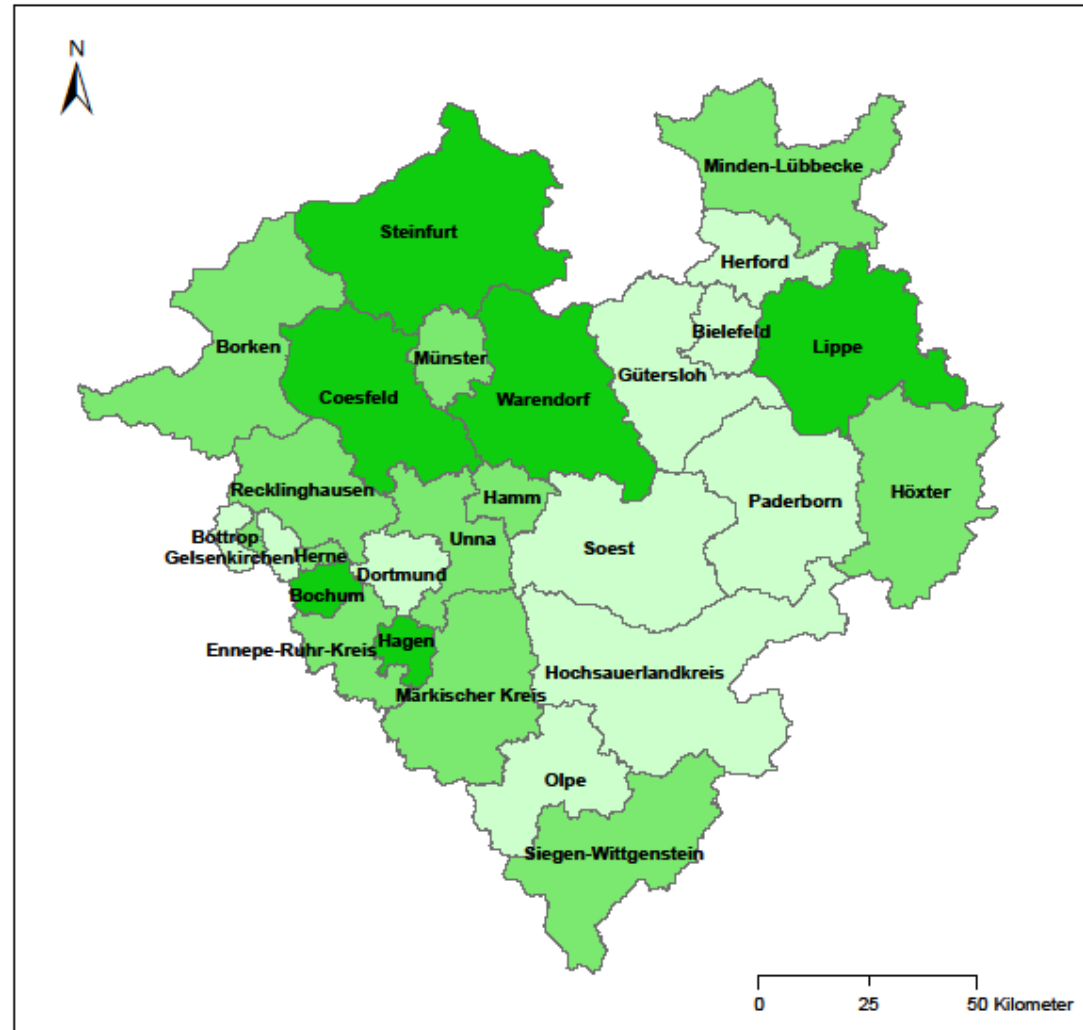
Bei MRSA-Trägerschaft muss über die Notwendigkeit einer Eradikationstherapie entschieden werden; diese kann beginnen, sofern keine sanierungshemmenden Faktoren vorliegen (z.B. infizierte Wunde...).

- Der Erfolg einer Sanierungsbehandlung muss durch drei Kontrollabstriche über einen Zeitraum von 11 bis 13 Monaten nach Eradikation überprüft werden. Stellt sich kein Erfolg ein, sollten Kontaktpersonen aus dem häuslichen Umfeld untersucht werden (Vermeidung von Reiheninfektionen).
- Sofern ein Patient im Laufe der weiteren Sanierungsbehandlung einen positiven Kontrollabstrich aufweist, kann nach Prüfung des medizinischen Erfordernisses eine zweite Eradikationstherapie begonnen werden. Dies gilt auch, wenn der Patient die Voraussetzungen der Präambel des Abschnitts 30.12 (Nr. 3, S.2) nicht mehr erfüllt.
- Eine dritte Eradikationstherapie kann nur nach Vorstellung des Falles in einer Fall- und/oder Netzwerkkonferenz erfolgen.

## GOP-Ablaufdiagramm für Risikopatienten



**MRSA-Statuserhebung, Durchschnitt pro Jahr, 2013-2017, gewichtet auf 100.000 Einwohner**



**Durchschnitt\_Jahr**  
**Durchschnitt\_Jahr.MRSASatus**

- bis 100
- bis 200
- über 200

Kartographie: Katharina Orchowski  
 Daten- und Kartenbasis:  
 © KVWL, WIGeoGIS  
 © Land NRW (2017), dl-de/by-2-0  
 (<https://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>)  
 Stand: 23.10.2018

## Prästationäres Screening

- **Prästationäres MRSA-Screening**
  - ist **nicht im Leistungsinhalt** der MRSA-Vergütungsvereinbarung enthalten und
  - kann **nicht zu Lasten der GKV** abgerechnet werden
  
- **Aber:**
  - Krankenhaus kann niedergelassenen Arzt mit der Durchführung von vorstationären Leistungen (z. B. prästationäres MRSA-Screening) beauftragen
  - **wenn entsprechende Beauftragung des Krankenhauses vorliegt, kann der niedergelassene Vertragsarzt die Leistung gegenüber dem Krankenhaus nach GOÄ berechnen**
  - Berechnungen von Leistungen im Vorfeld der vollstationären Behandlung, ohne entsprechende Beauftragung des Krankenhauses, können durch den Vertragsarzt nicht in Rechnung gestellt werden



## Empfehlung zur rationalen Antibiotikatherapie

Seit Jahren höherer Pro-Kopf-Antibiotikaverbrauch in NRW als in anderen Regionen Deutschlands

Grundsätzliche Basis der Antibiotikatherapie ist ein möglichst zurückhaltender Einsatz von Antibiotika

Vielschichtige Informationen an die Ärzte:

- Pharmakotherapieberatungen mit Aussendungen zu Therapiegebieten
- regelmäßige Trendmeldungen
- Arzneimittelvereinbarung mit Empfehlung zur möglichst zurückhaltenden Antibiotikatherapie

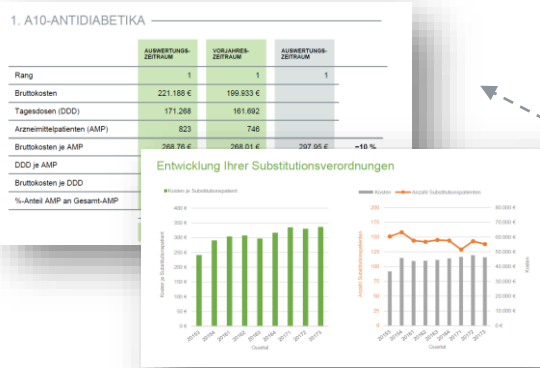
Keine Zielformulierung wie „Reduktion der Antibiotikamenge um X %.“

- diesem Ziel unterlägen auch Ärzte, die bereits sehr restriktiv verordnen
- dadurch bestünde die Gefahr, dass Patienten die notwendige Antibiotikatherapie nicht erhalten





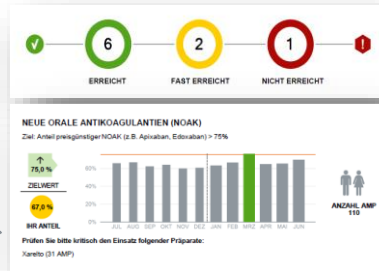
Analysen für z.B. Diabetologen  
und Substitutionsärzte



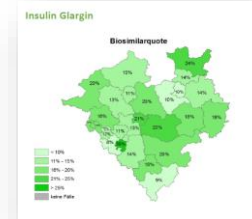
**Verordnungsanalysen der  
KVWL**

- Flexibel, individuell, übersichtlich -

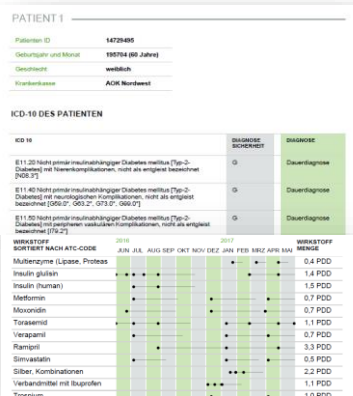
Der Klassiker: Die KVWL-  
Arzneimitteltrendmeldung



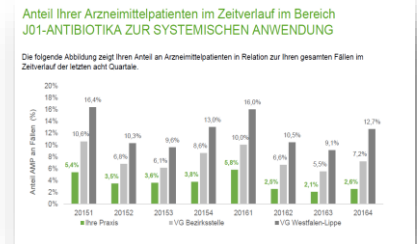
Regionale Analysen



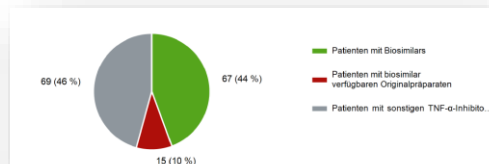
AMTS - Patientenprofile



Antibiotika-Reports



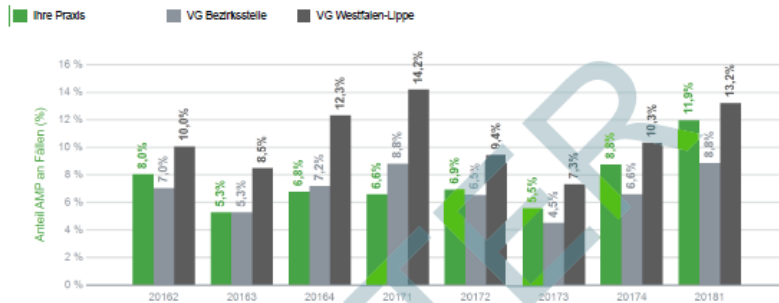
Biosimilar-Reports





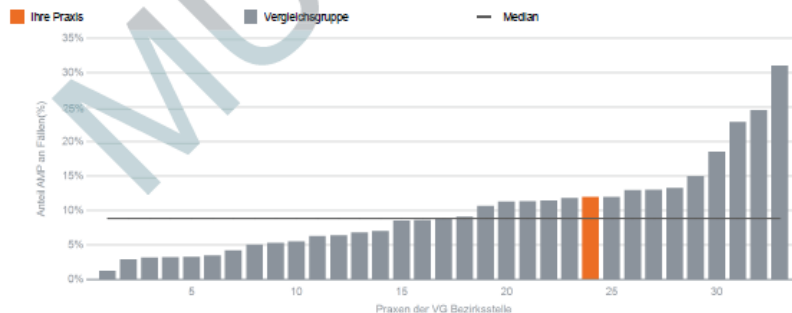
### Anteil Ihrer Arzneimittelpatienten im Zeitverlauf im Bereich J01-ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

Die folgende Abbildung zeigt Ihren Anteil an Arzneimittelpatienten in Relation zu Ihren gesamten Fällen im Zeitverlauf der letzten acht Quartale



AMP - Arzneimittelpatient  
VG - Vergleichsgruppe

### Anteil der Arzneimittelpatienten je Praxis im Bereich J01-ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG



AMP - Arzneimittelpatient  
VG - Vergleichsgruppe

### Überblick Ihrer Verordnungen im Bereich J01-ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

#### Überblick nach Anzahl AMP

		% ANTEIL AMP			
		Anzahl AMP	IHRE PRAXIS	VG BEZIRKSSTELLE	VG WESTFALEN-LIPPE
01	J01CA04-Amoxicillin	98	44,2 %	46,8 %	42,5 %
02	J01DC04-Cefaclor	41	18,9 %	12,0 %	17,6 %
03	J01CR22-Amoxicillin und Clavulansäure	30	13,8 %	0,7 %	1,1 %
04	J01CE02-Phenoxymethylpenicillin	18	8,3 %	16,8 %	13,4 %
05	J01FA09-Clarithromycin	15	6,9 %	1,0 %	1,2 %
06	J01DB05-Cefadroxil	10	4,6 %	0,0 %	0,0 %
07	J01EE01-Sulfamethoxazol und Trimethoprim	10	4,6 %	0,7 %	1,4 %
08	J01DD08-Cefixim	9	4,1 %	0,0 %	0,0 %
09	J01AA02-Doxycyclin	2	0,9 %	0,0 %	0,0 %
10	J01AA08-Minocyclin	2	0,9 %	0,0 %	0,0 %
<b>Summe Top 10</b>		<b>214</b>	<b>98,6 %</b>		
<b>Gesamtsumme</b>		<b>217</b>	<b>100,0 %</b>		

AMP - Arzneimittelpatient  
DDD - Defined Daily Dose  
VG - Vergleichsgruppe



# Regelmäßige Publikationen von KVWL und Verbände der Krankenkassen

## AG AMV

### Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

Gemeinsame Information der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe

## AG AMV

### Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

Gemeinsame Information der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe

**Fiktiv zugelassene Arzneimittel sind im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung nicht zulässig.**

Seit 1978 dürfen neue Arzneimittel ohne Zulassungskennzeichen, die damals bereits im Verkehr waren, in den Verkehr gebracht werden. Für die Zulassung durch das BfArM muss die Bedenklichkeit des Präparates erbracht werden, heute nicht abgeschlossen, daher gelten sie als zwar in Deutschland vertrieben werden, sind jedoch Patienten verordnungsfähig.

**Wie können Sie sich informieren?**

Einfache Informationsmöglichkeiten über den Fiktivstatus sind für den niedergelassenen Arzt nicht verfügbar, wenn ein Arzneimittel keine Fachinformationen zur Verfügung, in dem Arzneimittel nach den gesetzlichen Übergangsvorschriften auf pharmazeutische Qualität, Wirksamkeit ist.

Das Bundesgesundheitsministerium hat uns auf gelassene Arzneimittel (mit Stand 30.06.2011) beauftragt.

Wir bitten Sie, die in der Liste aufgeführten Arzneimittel zu verordnen. Bitte beachten Sie, dass die Zulassungsverfahren bisher nicht erfolgt sein können zum Teil mit dem exakt gleichen Inhalt im Handel sein.

Außerdem haben wir dem Schreiben eine Patienteninformation unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) – Rubrik Mitglieder beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen  
für die gemeinsame Arbeitsgruppe

Ansprechpartner Verbände der Krankenkassen  
Andreas Heekel, Tel. 0231 4195-1040102  
E-Mail: [Andreas.Heekel@kvwl.de](mailto:Andreas.Heekel@kvwl.de)

## AG AMV

### Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

Gemeinsame Information der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe

**Insulin glargin – statt Toujeo® (U300) Lantus® (U100) verordnen**

Die Firma Sanofi-Aventis hat nach dem Patentformulierung (Toujeo®) des Insulin glargin medizinische Vorteile für eine Umstellung auf Toujeo® sehen wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht.

**Bitte beachten Sie, dass Insulin glargin (U100) nicht bioäquivalent und somit nicht direkt austauschbar sind.**

Seit 01.09.2015 ist das erste Biosimilar zu Lantus® auf dem Markt erhältlich. In der Arzneimittelvereinbarung, vorrangig preiswerte Biosimilars zu verordnen. Dies gilt auch für die Verordnung des Insulin glargin vorrangig das Biosimilar Abasaglar®.

Deshalb bittet Sie die gemeinsame Arbeitsgruppe mit Insulin glargin vorrangig das Biosimilar Abasaglar® zu verordnen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen  
für die gemeinsame Arbeitsgruppe

\*Fachinformation Toujeo®, Stand April 2015

## AG AMV

### Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

Gemeinsame Information der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe

**ACE-Hemmer und Sartane – Fixe Kombination mit Calcium-Antagonisten nur im Ausnahmefall**

Arzneimittelvereinbarung 2016 – Zielvereinbarung Nr. 2

Datum: April 2016

Die Kombination verschiedener Wirkstoffe ist in der Therapie der Arteriellen Hypertonie häufig notwendig. Auch die kombinierte Gabe eines ACE-Hemmers oder Sartans mit einem Calcium-Antagonisten wird seit Jahren in Leitlinien für bestimmte Patientengruppen empfohlen (1).

Eine solche Therapie wird durch den Einsatz fester Kombinationspräparate jedoch deutlich vereinfacht. Die Preise für fixe Kombinationspräparate liegen z. T. bei einem Vielfachen im Vergleich zur Summe der für die KVWL jeweils geltenden Festbeträge der einzelnen Monopräparate.

**Beispiel**

Freie Kombination		Feste Kombination		Preis- erhöhung
Präparat	Preis	Präparat	Fest- betrag	
Dalio 5mg/160mg (FTA 98 St N3 (FZN 09128815) Entarge 5mg/160mg (FTA 98 St N3 (FZN 09081422)	122,72€	Ambipol 5mg, 98 FTA (FZN 34072720) Sartanen 160mg, 98 FTA (FZN 07953239)	13,93€ 27,94€	80,85 EUR
		<b>Summe</b>	<b>41,87€</b>	

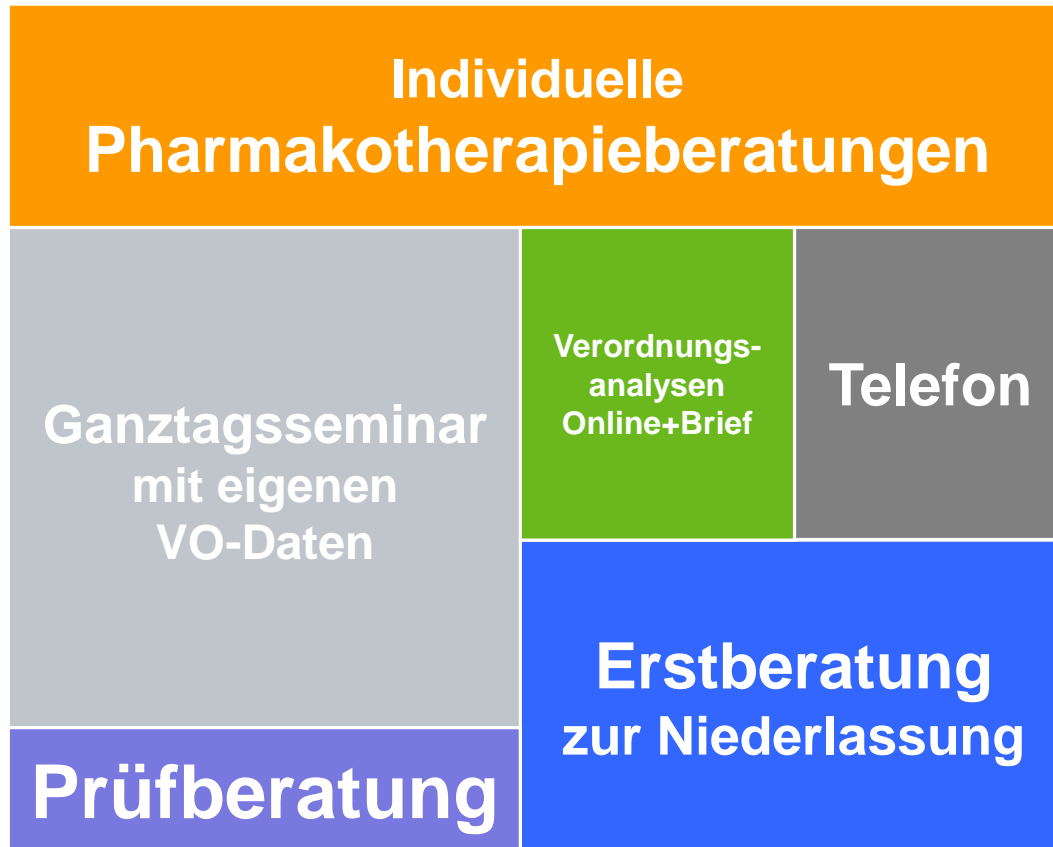
PHARMA, Stand: 01.04.2016

Durch den Einsatz der freien Kombination könnten also in diesem Beispiel drei Patienten zu den Kosten einer Fixkombination behandelt werden.

**Zielerreichung kann präferentlastend sein**

Seit Jahren gilt in Westfalen-Lippe, dass sich ein Arzt / eine Ärztin im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen durch Erreichen der Zielquoten entlasten kann. Für das Jahr 2016 erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung noch nach Richtgrößen.

## Beratungsangebote der KVWL für eine regresssichere Arzneimittel-Therapie



GB Verordnungsmanagement  
0231 – 9432 - 3776

Service Center  
0231 – 9432 - 1000

Weitere Informationen  
[www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter  
Navigation, Versorgungsqualität,  
Patientensicherheit, MRSA



Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit.

Christopher.Arndt@kvwl.de

Tel.: 0231 9432-1541