

# MRSA-Netzwerkkonferenz Ennepe-Ruhr-Kreis

## MRSA und Abrechnung

11.10.2017 Kreishaus Schwelm  
Christopher Arndt, GB Versorgungsqualität



## Seit 01.07.2016

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten 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



## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit „Altgenehmigung“ (bis 1. Juli 2016): **3.160**

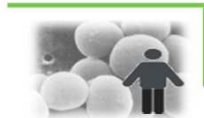
Anzahl Ärzte, die Genehmigung nach neuer QS-Vereinbarung beantragt haben: **2.588**

**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

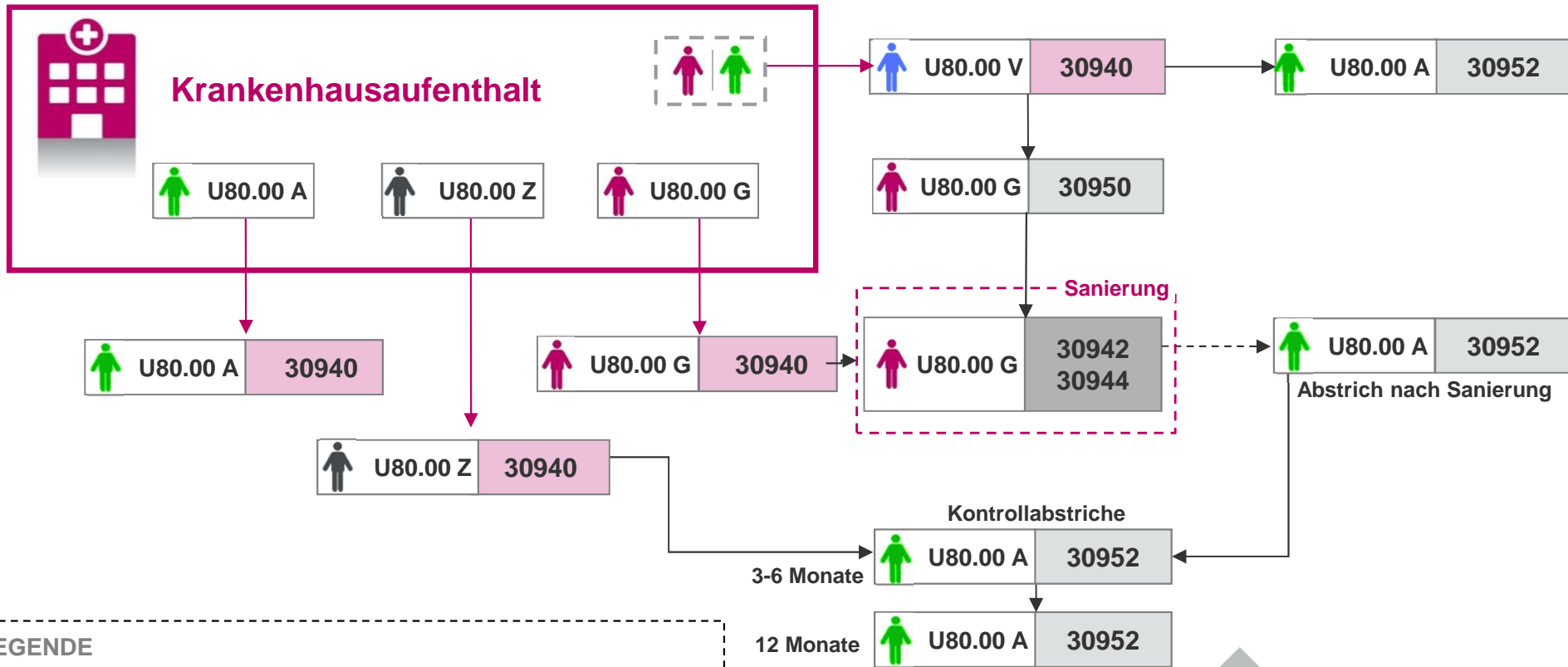
Für Risikopatienten wird zunächst ein MRSA-Status erhoben; eine Infektion oder Kolonisation kann sich bereits aus dem Entlassungsbericht des Krankenhauses ergeben. Andernfalls ist selbst ein Nachweis durch Abstrichentnahme (Nasenvorhöfe, Rachen und Wunden) durchzuführen.

### 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



**LEGENDE**

30940 MRSA-Statuserhebung	V: Verdacht
30942 MRSA-Betreuung	A: Ausschluss
30944 MRSA-Beratung	G: Gesicherte Diagnose
30950 Bestätigung MRSA (Abstrich)	Z: Sanierung abgeschlossen
30952 Ausschluss MRSA (Abstrich)	Kein Abstrich erfolgt

bei Bedarf :

30946 Abklärungsdiagnostik der Kontaktperson

30948 MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenz

## Feststellungen aus den Abrechnungen

- Häufig wird nur die Stuserhebung (GOP 30940) vorgenommen.
    - Abstrichkontrollen (GOP 30952) finden vergleichsweise selten statt
  - Netzwerkkonferenzen (GOP 30948) werden nur von sehr wenigen Ärzten in Anspruch genommen
  - Kontaktpersonen (GOP 30946) werden selten untersucht.
    - Untersuchung soll jedoch erfolgen, wenn der MRSA-Patient nach Sanierung weiter positiv ist
- ODER
- Kontaktpersonen (GOP 30946) werden bei jeder Stuserhebung (GOP 30940) mit untersucht.
    - Untersuchung soll jedoch NUR erfolgen, wenn der MRSA-Patient nach Sanierung weiter positiv ist.

## 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

## Arzneimittel-Trendmeldung

- zeitnahe Prognose des vermutlichen Verordnungsvolumens zum Jahresende
- prognostizierte Über-/Unterschreitung der Richtgrößensumme
- Kennzahlen zu Bereichen der Leitsubstanzen
- Hitlisten der kostenintensivsten und verordnungstärksten Verordnungen in Ihrer Praxis

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
GB Verordnungsmanagement

**KVWL**  
Im Dienst der Medizin.

JANUAR — SEPTEMBER 2015

**ARZNEIMITTEL**  
SICHER VERORDNEN IN WESTFALEN-LIPPE  
**TRENDMELDUNG**

—  
Dres. med. Michaela und Eckhard Kampe  
BSNR 188342300  
—  
Vergleichsgruppe  
zugel. Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, haus. Internisten  
—

WWW.KVWL.DE

# 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 Zulassungskommission, die damals bereits im Verkehr waren, 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 fiktiv sind für den niedergelassenen Arzt nicht verfügbar, waren bisher nicht angegeben, wenn ein Arzneimittel keine Fachinformationen zur Verfügung, in denen das Arzneimittel nach den gesetzlichen Übergangsvorschriften auf pharmazeutische Qualität, Wirksamkeit ist.

Das Bundesgesundheitsministerium hat uns auf gelassenen Arzneimittel (mit Stand 30.06.2011) befragen.

Wir bitten Sie, die in der Liste aufgeführten Arzneimittel das Zulassungsverfahren bisher nicht er Teil können zum Teil mit dem exakt gleichen Inhalt im Handel sein.

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

Mit freundlichen Grüßen für die gemeinsame Arbeitsgruppe

Anspruchspartner Verbände der Krankenkassen  
Andreas Heese, Tel. 0231 4192-1045/102  
E-Mail: [Andreas.Heese@kvwl.de](mailto:Andreas.Heese@kvwl.de)

## AG AMV

### Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

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



Datum: April 2016

**ACE-Hemmer und Sartane – Fixe Kombination mit Calcium-Antagonisten nur im Ausnahmefall**  
Arzneimittelvereinbarung 2016 – Zielvereinbarung Nr. 2

Die Kombination verschiedener Wirkstoffe ist in der Therapie der Arterien 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 fixer Kombinationspräparate jedoch deutlich vereinfacht. Die Preise für fixe Kombinationspräparate liegen z. T. bei einem Vielfachen im Vergleich zur Summe der für die GKV jeweils geltenden Festbeträge der einzelnen Monopräparate.

Beispiel

Freie Kombination		Freie Kombination		Preisunterschied
Präparat	Preis	Präparat	Festbetrag	
Daflo 5mg/160mg FTA 98 SI N3 (PZN 05128161)	122,72€	Amlodipin 5mg, 98 FTA (PZN 3457272) / Lisartan 160mg, 98 FTA (PZN 07553239)	13,93€	80,65 EUR
Exforge 5mg/160mg FTA 98 SI N3 (PZN 00561422)			27,94€	
<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.

## Publikationen anderer Institutionen

Ausgabe 1/2016

**KBV** **Wirkstoff AKTUELL**  
EINE INFORMATION DER KBV IM RAHMEN DES § 73 (8) SGB V IN ZUSAMMEN-  
ARBEIT MIT DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT  
ONLINE UNTER: [HTTP://AIS.KBV.DE](http://ais.kbv.de)

### Immuntherapeutika

#### Schubförmig remittierende Multiple Sklerose (relapsing-remitting MS, RRMS)

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Milde/moderate Verlaufsform<sup>1</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Azathioprin</li> <li><input type="checkbox"/> Dimethylfumarat</li> <li><input type="checkbox"/> Glatirameracetat</li> <li><input type="checkbox"/> Interferon beta-1a</li> <li><input type="checkbox"/> Interferon beta-1b</li> <li><input type="checkbox"/> Peginterferon beta-1a</li> <li><input type="checkbox"/> Teriflunomid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (Hoch-)aktive Verlaufsform<sup>1</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Alemtuzumab</li> <li><input type="checkbox"/> Fingolimod</li> <li><input type="checkbox"/> Mitoxantron</li> <li><input type="checkbox"/> Natalizumab</li> </ul>
--	--

Nach der Diagnosestellung einer Multiplen Sklerose sollten dem Patienten die Untersuchungsdaten in übersichtlicher und zusammengefasster Form vorgestellt werden und mit ihm die Vorteile und Risiken jeder Arzneimitteltherapie besprochen werden. Für die Behandlung der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose (RRMS) stehen verschiedene Immuntherapien zur Verfügung, die aufgrund der Ergebnisse in klinischen Prüfungen/Studien für die Therapie der milden/moderaten oder (hoch-)aktiven Verlaufsform eingesetzt werden können. Anhand der vorliegenden Daten zeigte sich bisher keine Überlegenheit eines Wirkstoffes. Eine Behandlung der milden/moderaten Verlaufsform der RRMS kann mit einem Beta-Interferon (IFN-β) oder Glatirameracetat begonnen werden. Zu diesen beiden Wirkstoffen liegen die meisten Erfahrungen und Daten zur Sicherheit vor. Wenn diese nicht vertragen werden oder Kontraindikationen bestehen oder der Patient keine Injektionstherapie wünscht, können alternativ Dimethylfumarat (DMF) oder Teriflunomid eingesetzt werden. Für die (hoch-)aktive Verlaufsform können die Wirkstoffe Alemtuzumab, Fingolimod und Natalizumab verordnet werden. Die Anwendung darf nur der jeweiligen Zulassung entsprechend erfolgen. Die für den Einsatz vorgeschriebenen Überwachungen sowie die Kosten sind zu beachten.

**Indikation**

Schubförmig remittierende Multiple Sklerose (relapsing-remitting MS, RRMS)

**Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–25)**

Eine Immuntherapie sollte möglichst frühzeitig nach Diagnosestellung eines klinisch isolierten Syndroms, spätestens jedoch nach Diagnosestellung einer RRMS (nach McDonald-Kriterien) bei aktivem Verlauf beginnen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit von kostenintensiven Immuntherapeutika und zur Verbesserung der Adhärenz sollten besonders im ersten Jahr der Behandlung engmaschige klinische Kontrolluntersuchungen (im Regelfall alle drei Monate) zur Abschätzung des Therapieeffekts und der Verträglichkeit des eingesetzten Wirkstoffs so-

wie zur Optimierung der Begleittherapie durchgeführt werden. Die Einleitung und Überwachung einer Immuntherapie ist von einem Facharzt für Neurologie oder Facharzt für Neurochirurgie mit Erfahrung in der Behandlung der Multiplen Sklerose durchzuführen.

Die für die Therapie der RRMS zur Verfügung stehenden Immuntherapeutika werden einem Stufenschema entsprechend in zwei Kategorien eingeteilt:

<sup>1</sup>Wirkstoffe in alphabetischer Reihenfolge geordnet

Leitfaden  
der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

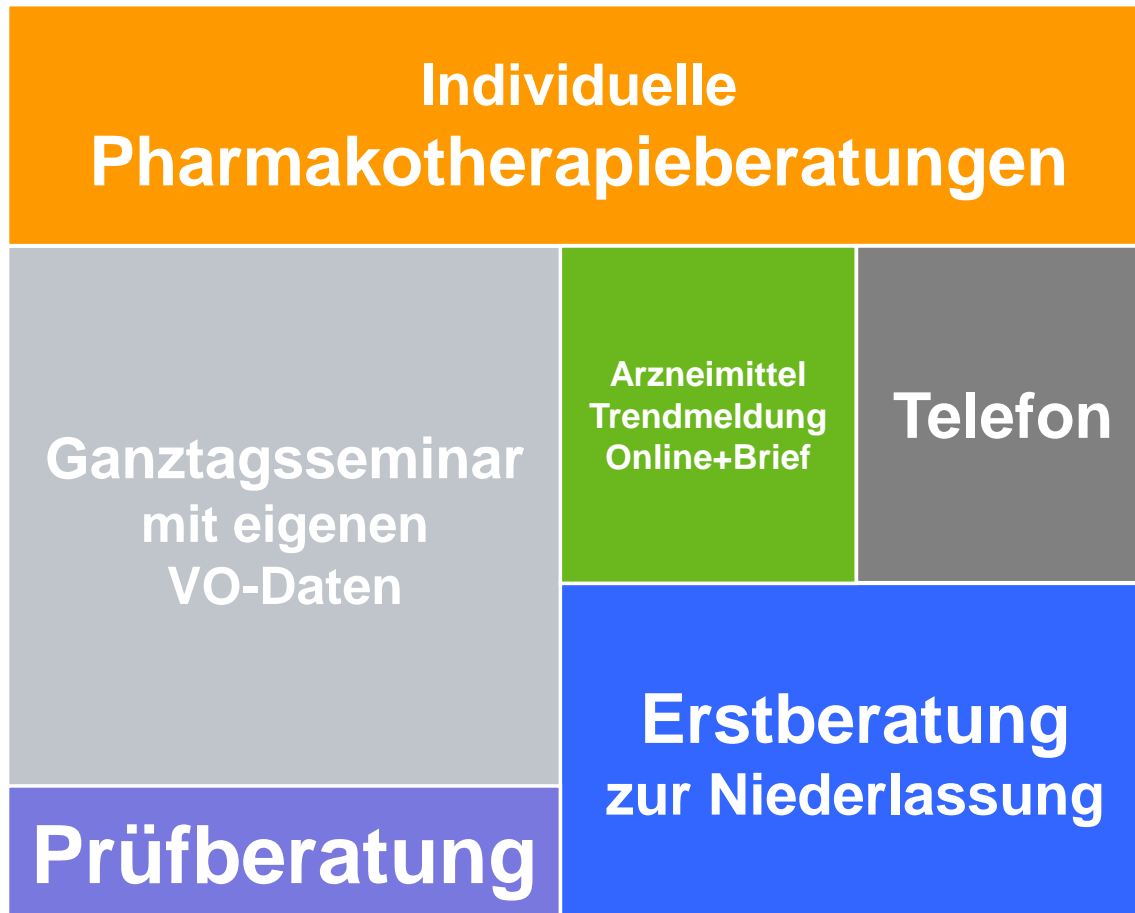
## Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

### Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®)

■ ■ ■ ■ ■

Version 1.0  
September 2012

## 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