

# MRSA-Netzwerkkonferenz Kreis Unna

05.04.2017 Gesundheitsamt Kreis Unna

Andreas Kintrup, Geschäftsbereichsleiter Versorgungsqualität



Im Dienst der Medizin.

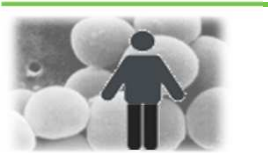
## Beschluss des Bewertungsausschusses vom 25.03.2014

- MRSA-Vergütungsvereinbarung war zunächst auf zwei Jahre – bis zum 31. März 2014 befristet
- § 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V sieht eine Verlängerung vor
  - Mit dem vorliegenden Beschluss übernimmt der Bewertungsausschuss die Regelungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie und
  - überführt die Leistungen aus der Vergütungsvereinbarung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).
  - Der bisherige Anhang der Vergütungsvereinbarung wird in eine Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß §135 Abs. 2 SGB V überführt.
  - Seit 1.7.2016: QS-Vereinbarung MRSA

## Neue Gebührenordnungspositionen seit 1. April 2014

### 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

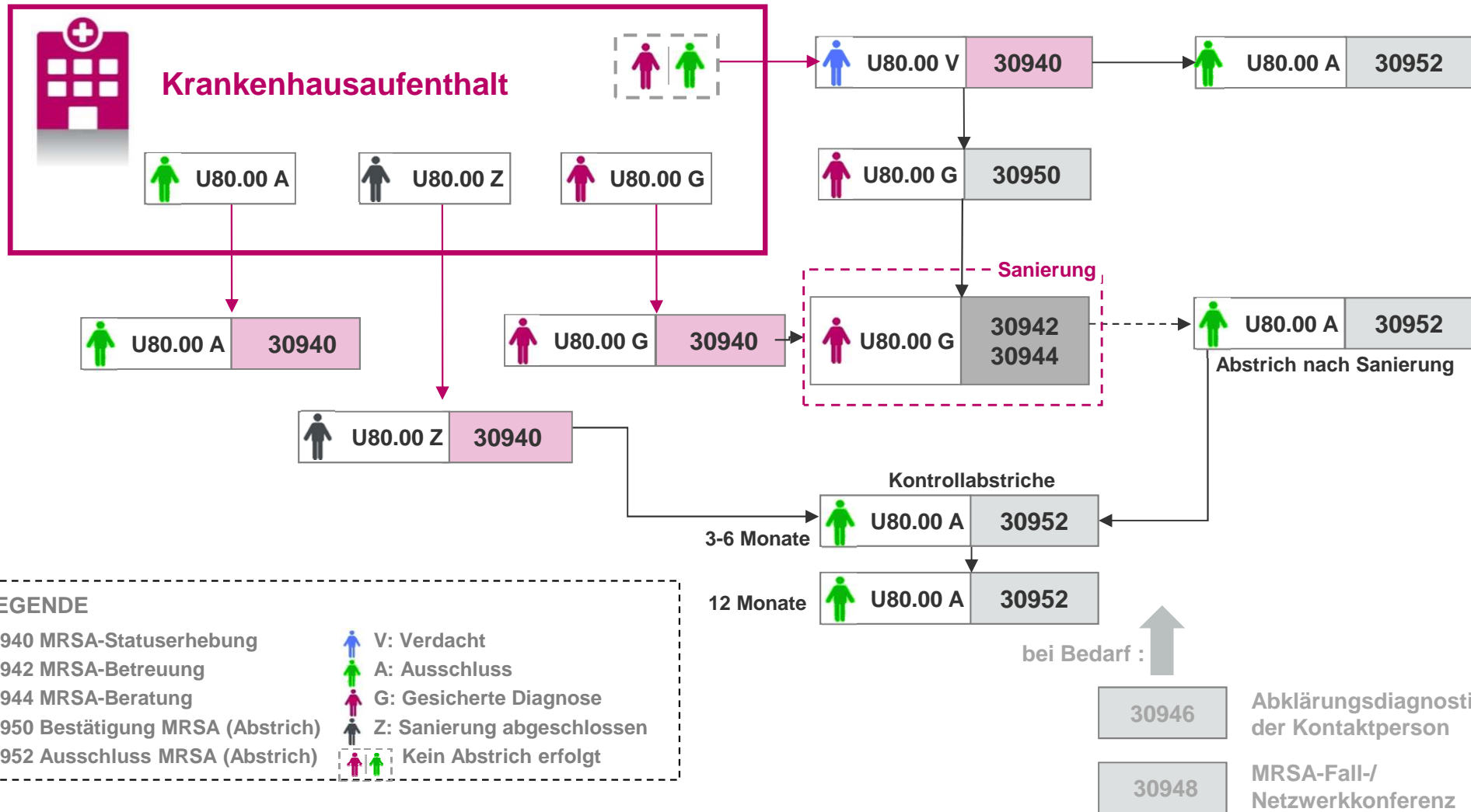


**Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:**



- chronische Pflegebedürftigkeit (*mindestens Stufe 1*),
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
- liegende Katheter (z.B. *Harnblasenkatheter, PEG-Sonde*),
- Dialysepflichtigkeit,
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

## Neue Gebührenordnungspositionen seit 1. Juli 2016 - GOP-Ablaufdiagramm für Risikopatienten



# Neue Gebührenordnungspositionen seit 1. Juli 2016

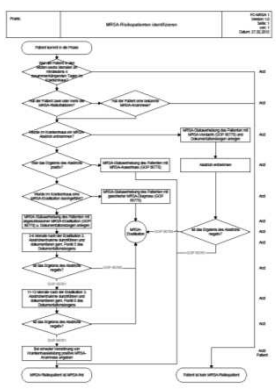
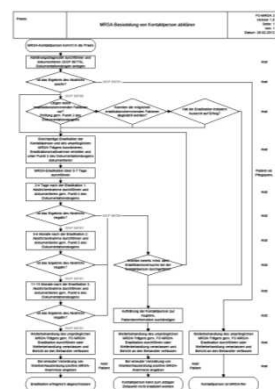
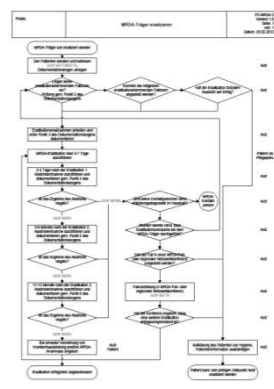
## Prozessbeispiel

- Verfahrensanweisung „Medizinische Versorgung von MRSA-Risikopatienten“
- Flowcharts
- MRSA-Risikopatienten identifizieren
- MRSA-Träger eradizieren
- MRSA-Besiedelung von Kontaktperson abklären
- Behandlungsanweisung
- Dokumentationsbogen Eradikation
- Patienteninformation

(Im Internet: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter der Rubrik: Mitglieder/ Qualität/ Qualitätsmanagement/ Prozessbeispiele/ MRSA – Med. Versorgung von Risikopatienten)

**Praxis D. Maximilian** | Medizinische Versorgung von MRSA-Risikopatienten | 11.04.2016 | 1.0

**1. Zielsetzung**  
Die Zielsetzung dieses Verfahrens liegt in der Identifizierung von MRSA-Risikopatienten, deren Eradikation durch eine Eradikation von Kontaktpersonen nach der Kontaktpersonen-MRSA-Verfahrensanweisung durchgeführt und dokumentiert werden.  
Dieses Verfahren ist für alle Mitarbeiter der Praxis.  
**2. Begriffsdefinition**  
MRSA: Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus  
MRSA-Besiedelung: Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten mindestens vierwöchentlich einen Tag in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung oder einer sonstigen Einrichtung (z. B. Heilpädagogische Werkstatt, Heilpädagogische Werkstatt, Heilpädagogische Werkstatt, Heilpädagogische Werkstatt) verbracht haben.  
MRSA-Träger: MRSA-Träger ist der Patient, der eine gesicherte MRSA-Diagnose hat.  
MRSA-Eradikation: Die Eradikation ist die vollständige Entfernung aller nachweisbaren MRSA-Besiedelungen von der Haut und der Schleimhäute eines Patienten. Die Eradikation ist die vollständige Entfernung aller nachweisbaren MRSA-Besiedelungen von der Haut und der Schleimhäute eines Patienten.  
**3. Verantwortlich für die Inhalt- und Aufrechterhaltung**  
Für die Inhalt- und Aufrechterhaltung dieses Verfahrens sind die Praktikanten verantwortlich.  
**4. Vorgehen und Zuständigkeiten (Richtlinien)**  
Sowohl die Praktikanten als auch die Kontaktpersonen sind für die Eradikation von MRSA-Trägern verantwortlich.  
**5. Mögliche Überlegenheiten**  
IC MRSA - MRSA-Träger eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
**7. Änderungen, die bei Änderungen entstehen**  
Dokumentationsbogen Eradikation  
**8. Validierung**  
Das Verfahren wird für alle Mitarbeiter der Praxis in der QM-Handbuch festgelegt.



**Praxis D. Maximilian** | Behandlungsanweisung | 11.04.2016 | 1.0

**1. Zielsetzung**  
Die Zielsetzung dieses Verfahrens liegt in der Identifizierung von MRSA-Risikopatienten, deren Eradikation durch eine Eradikation von Kontaktpersonen nach der Kontaktpersonen-MRSA-Verfahrensanweisung durchgeführt und dokumentiert werden.  
Dieses Verfahren ist für alle Mitarbeiter der Praxis.  
**2. Begriffsdefinition**  
MRSA: Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus  
MRSA-Besiedelung: Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten mindestens vierwöchentlich einen Tag in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung oder einer sonstigen Einrichtung (z. B. Heilpädagogische Werkstatt, Heilpädagogische Werkstatt, Heilpädagogische Werkstatt, Heilpädagogische Werkstatt) verbracht haben.  
MRSA-Träger: MRSA-Träger ist der Patient, der eine gesicherte MRSA-Diagnose hat.  
MRSA-Eradikation: Die Eradikation ist die vollständige Entfernung aller nachweisbaren MRSA-Besiedelungen von der Haut und der Schleimhäute eines Patienten. Die Eradikation ist die vollständige Entfernung aller nachweisbaren MRSA-Besiedelungen von der Haut und der Schleimhäute eines Patienten.  
**3. Verantwortlich für die Inhalt- und Aufrechterhaltung**  
Für die Inhalt- und Aufrechterhaltung dieses Verfahrens sind die Praktikanten verantwortlich.  
**4. Vorgehen und Zuständigkeiten (Richtlinien)**  
Sowohl die Praktikanten als auch die Kontaktpersonen sind für die Eradikation von MRSA-Trägern verantwortlich.  
**5. Mögliche Überlegenheiten**  
IC MRSA - MRSA-Träger eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
IC MRSA - MRSA-Besiedelung von Kontaktpersonen eradizieren  
**7. Änderungen, die bei Änderungen entstehen**  
Dokumentationsbogen Eradikation  
**8. Validierung**  
Das Verfahren wird für alle Mitarbeiter der Praxis in der QM-Handbuch festgelegt.

**Praxis D. Maximilian** | Dokumentationsbogen Eradikation | 11.04.2016 | 1.0

Name: Patient | behandelnder Arzt: | Datum: |

**1. Anamnese**  
entnommen durch: |

**2. Eradikationsmaßnahmen**

Eradikationsmaßnahme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Mundhygiene im Umgang mit MRSA										
2. Übertragung von MRSA durch Hautkontakt										
3. Übertragung von MRSA durch Kontakt mit Patienten und Personal										

**3. Eradikationsmaßnahmen**

Eradikationsmaßnahme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Mundhygiene im Umgang mit MRSA										
2. Übertragung von MRSA durch Hautkontakt										
3. Übertragung von MRSA durch Kontakt mit Patienten und Personal										

**Praxis D. Maximilian** | Patienteninformation | 11.04.2016 | 1.0

Bitte beachten Sie zu Ihren eigenen und dem Schutz Ihrer Familie, die folgenden Hinweise:

**1. Grundbesitz im Umgang mit MRSA**  
Die Übertragung von MRSA erfolgt hauptsächlich über direkten Kontakt mit dem betroffenen Patienten oder über Kontakt mit den Händen von Patienten und Personal. Die Wahrscheinlichkeit der Übertragung steigt bei häufigem und intensivem Kontakt und bei Vorliegen von MRSA-Besiedelungen.

**2. Übertragung von MRSA**  
Die Übertragung von MRSA erfolgt hauptsächlich über direkten Kontakt mit dem betroffenen Patienten oder über Kontakt mit den Händen von Patienten und Personal. Die Wahrscheinlichkeit der Übertragung steigt bei häufigem und intensivem Kontakt und bei Vorliegen von MRSA-Besiedelungen.

**3. Übertragung von MRSA**  
Die Übertragung von MRSA erfolgt hauptsächlich über direkten Kontakt mit dem betroffenen Patienten oder über Kontakt mit den Händen von Patienten und Personal. Die Wahrscheinlichkeit der Übertragung steigt bei häufigem und intensivem Kontakt und bei Vorliegen von MRSA-Besiedelungen.



## Genehmigungen

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

Anzahl Ärzte, die Genehmigung nach neuer QS-Vereinbarung beantragt haben: **2.267**

## Feststellungen hinsichtlich der Abrechnungsergebnisse

- Häufig wird nur die Stuserhebung (30940) vorgenommen
    - Abstrichkontrollen finden vergleichsweise selten statt
  - Netzwerkkonferenzen (30948) werden nur von einem Bruchteil der Ärzte in Anspruch genommen
  - Kontaktpersonen (30946) werden selten untersucht
    - Untersuchung soll jedoch erfolgen, wenn der MRSA-Patient nach Sanierung weiter positiv ist
- ODER
- Kontaktpersonen (30946) werden bei jeder Stuserhebung (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



## Änderungsvorschläge MRSA-Vergütungsvereinbarung

- Überlegungen zur Einführung einer prästationären Diagnostik im ambulanten Bereich bei besonderen Risikofaktoren sollten wieder aufgenommen werden
- Überlegung, wie Abstrichkontrolluntersuchungen ermöglicht werden, wenn Patienten nicht > 4 Tage im Krankenhaus waren
- Verschiedene Überleitungsbögen in den jeweiligen Netzwerken bzw. Kreisen, die kaum genutzt werden
  - Bögen sind nicht konform mit Softwareprogrammen
  - Bögen erfüllen nicht die Qualitätssicherungsanforderungen in Krankenhäusern, da sie u.a. ohne Kopie verschickt werden
- Entscheidung zur Verordnung von antiseptischen Waschlösungen zulasten der GKV wäre wünschenswert

## Entwicklung der MRSA-GOPs (Anzahl Häufigkeiten)

GOP \ Quartal	2/2014	3/2014	4/2014	1/2015	2/015	3/2015	4/2015	1/2016	Gesamtergebnis
30940 (Staterhebung Risikopatient)	2.848	3.258	3.120	3.383	3.202	3.110	3.182	3.079	25.182
30942 (Betreuung)	1.483	1.688	1.533	1.563	1.434	1.450	1.476	1.422	12.049
30944 (Beratung/Aufklärung)	1.348	1.418	1.291	1.287	1.234	1.242	1.230	1.191	10.241
30946 (Kontaktperson)	285	316	316	252	254	265	274	269	2.231
30948 (Netzwerkkonferenz)	164	208	186	196	221	213	212	162	1.562
30950 (Bestätigung MRSA-Besiedelung)	947	1.055	915	997	967	902	945	855	7.583
30952 (Ausschluss MRSA-Besiedelung)	2.293	2.719	2.674	2.860	2.735	2.751	2.721	2.703	21.456
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>9.368</b>	<b>10.662</b>	<b>10.035</b>	<b>10.538</b>	<b>10.047</b>	<b>9.933</b>	<b>10.040</b>	<b>9.681</b>	<b>80.304</b>

## 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

Bisher 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](http://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



### 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 zulassungsfähig.**

**Insulin glargin – statt Toujeo® (U300)/Lantus Abasaglar® (U100) vorordnen**

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

**Bitte beachten Sie, dass Insulin glargin U100 'formation' 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 Biosimilars.

Deshalb bittet Sie die gemeinsame Arbeitsgruppe für die gemeinsame Arzneimittelvereinbarung.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen für die gemeinsame Arbeitsgruppe


¹ Fachinformation Toujeo®, Stand April 2015

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

Fixe Kombination		Freie Kombination		Preisunterschied
Präparat	Preis	Präparat	Festbetrag	
Daflo 5mg/160mg FTA 98 SI N3 (PZN 08123815)	122,72€	Amlodipin 5mg, 98 FTA (PZN 3457272)/Sartan 160mg, 98 FTA (PZN 07553239)	13,93€	88,85 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 präventiv 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




**KBV**

Ausgabe 1/2016

# Wirkstoff AKTUELL

EINE INFORMATION DER KBV IM RAHMEN DES § 73 (8) SGB V IN ZUSAMMENARBEIT 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)

Milde/moderate Verlaufsform<sup>1</sup>

- Azathioprin
- Dimethylfumarat
- Glatirameracetat
- Interferon beta-1a
- Interferon beta-1b
- Peginterferon beta-1a
- Teriflunomid

(Hoch-)aktive Verlaufsform<sup>1</sup>

- Alemtuzumab
- Fingolimod
- Mitoxantron
- Natalizumab

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®)

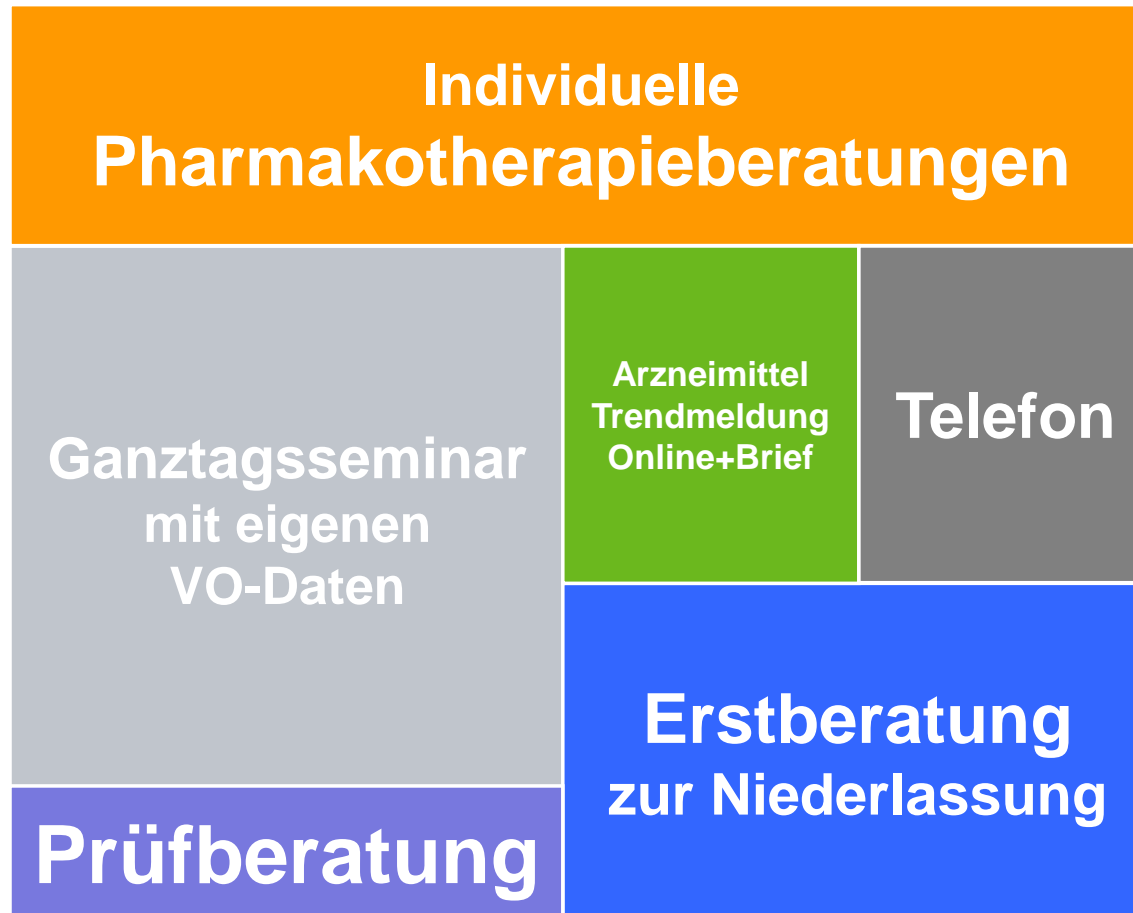


Version 1.0  
September 2012



Arzneimittelkommission  
der deutschen Ärzteschaft

## Beratungsangebote der KVWL für eine regresssichere Arzneimittel-Therapie





Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit.

Andreas.Kintrup@kvwl.de

Tel.: 0231 9432-1030