



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V mit Wirkung zum 01.04.2012 bis zum 31.03.2014

Allgemeine Fragen zu MRSA

	Frage	Antwort
1	Was bedeutet "Eradikationstherapie"?	Vollständige Eliminierung eines Krankheitserregers.
2	Wie lange überlebt ein MRSA-Keim postmortum (nach dem Tod) z. B. im Krematorium?	Bei einem gekühlten Verstorbenen mehrere Wochen.
3	Was bedeutet "Einhaltung der Standardhygiene" in der Arztpraxis im Vergleich mit dem Krankenhaus?	In der Regel reichen die Händedesinfektion und das Tragen von Handschuhen aus, u. U. kann ein Mundschutz erforderlich sein z. B. bei stark hustenden Patienten. Im Krankenhaus muss -wegen der Vielzahl schwerkranker Patienten- Schutzkleidung getragen werden.
4	Was muss in der Praxis desinfiziert werden, wenn ein MRSA-Patient behandelt wurde?	Es ist eine Oberflächendesinfektion durchzuführen - bei der Versorgung von Wunden obligatorisch, auch ohne MRSA
5	Sind elektrische Händedesinfektionsspender (Sprühdauer 20-30 Sek.) empfehlenswert?	Auch bei diesen Geräten muss die Desinfektionsmittel-Dosis und die Einwirkzeit (20-30 Sek.) eingehalten werden.
6	Was ist wichtig bei häufiger Händedesinfektion (vor u. nach jedem Patienten)?	Die Handpflege (Handcreme), insbesondere nach der Arbeit.
7	Wer hat die Empfehlungen zur Händedesinfektion festgelegt?	Die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (RKI) beziehen sich nur auf den stationären Bereich.
8	Welches Haut- und Schleimhaut-Desinfektionsmittel setzt man bei Patienten mit Kathetern oder Braunülen ein?	Octenidin
9	Muss MRSA- kontaminierte Wäsche gekocht werden?	Nein - eine 60 Grad-Wäsche reicht aus
10	Wer finanziert die erforderliche Schutzkleidung (Handschuhe, Mundschutz etc.)?	Es handelt sich um Praxiskosten, die in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind. Eine Verordnung zu Lasten des Sprechstundenbedarfs ist nicht möglich.
11	Fragen und Antworten (FAQ) zum Thema MRSA	http://www.eursafety.eu http://www.mrsa-ebm.de (auch zur Abrechnung) - http://www.kbv.de/mrsa-ebm.html http://www.kvn.de (Rubrik: Praxis/Qualitätssicherung/MRSA) www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de

	Frage	Antwort
12	Gibt es MRSA-Netzwerke in Niedersachsen?	Es gibt in einigen Regionen in Niedersachsen bereits Netzwerke (Braunschweig/Region Hannover/Oldenburg/Osnabrück etc.) Weitere befinden sich im Aufbau. www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de
13	Muss der Arzt, der an einer von der KVN organisierten MRSA Fortbildungsveranstaltung teilgenommen noch zusätzlich die Genehmigung zur Teilnahme an der MRSA-Vereinbarung beantragen?	Nein, nach der Teilnahme an einer von der KVN anerkannten MRSA Fortbildungsveranstaltung, erhalten Sie von der KVN eine Abrechnungsgenehmigung frühestens mit Wirkung zum 1. April, bei einer späteren Teilnahme an einer Veranstaltung mit dem Tag der Teilnahme, eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Es ist keine separate Antragstellung notwendig.
14	Gibt es neben der von der KVN anerkannten MRSA-Fortbildung weitere Möglichkeiten der Qualifikation zur Erlangung der Genehmigung nach dieser Vereinbarung?	Ab dem 01.04.2012 steht auf den KBV-Internetseiten ein MRSA-Online-Training mit anschl. Fragentest zur Verfügung unter: www.mrsa-ebm.de http://www.kbv.de/mrsa-ebm.html Das Zertifikat des Online-Trainings <u>muss</u> zwecks Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung bei der KVN (Berliner Allee 22, Fachbereich Qualitätssicherung, 30175 Hannover) eingereicht werden.
15	Müssen alle Ärzte einen Nachweis erbringen, die an dieser Vereinbarung teilnehmen wollen?	Nein, der Arzt mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung "Infektiologie" ist grundsätzlich aufgrund seiner Weiterbildung berechtigt an der Vereinbarung teilzunehmen, d. h. er erhält nach Abgabe einer schriftlicher Erklärung gegenüber dem Fachbereich Qualitätssicherung mit Wirkung des Tages der Erklärung (Eingang bei der KVN) die Abrechnungsgenehmigung.
16	Ärzte welcher Fachgruppen können an der Vereinbarung teilnehmen?	In der Regel die Hausärzte, jedoch gibt es lt. EBM derzeit keinen Fachgruppen-Ausschluss.
17	Informationsbroschüren zum Thema	Informationsbroschüren bundeseinheitliche und regionale sind unter www.kvn.de (Rubrik Praxis/ Qualitätssicherung/MRSA) zu finden



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Fragen zur Abrechnung und Verordnung

	Frage	Antwort
1	Wie werden die Leistungen dieser Vereinbarung vergütet?	Die Vergütung erfolgt entsprechend der Bewertungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – „extrabudgetär“
2	Was bedeutet "einmal im Behandlungsfall"?	1 x im Quartal
3	Handelt es sich hier um Leistungen der Prävention?	Nein, es handelt sich um kurative Leistungen.
4	Für welche Patienten gilt die Vergütungsvereinbarung?	Ein Patient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen: <ul style="list-style-type: none">- Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder <ul style="list-style-type: none">- Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:<ul style="list-style-type: none">- 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. <p>und/oder bedeutet, dass auch nur zwei oder mehr Risikofaktoren bei dem Patienten gegeben sein können.</p>
5	Kann auch die Behandlung von ORSA-Patienten (Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus) nach dieser Vereinbarung erfolgen?	Ja, cMRSA bestehen häufig aus ORSA, deshalb kann die Behandlung nach dieser Vereinbarung erfolgen.
6	Müssen die MRSA-Kontaktpersonen die Praxisgebühren bezahlen?	Ja, bei den Leistungen nach dieser Vereinbarung handelt es sich nicht um präventive Maßnahmen gemäß § 28 SGB V Abs. 4, so dass die Praxisgebühr zu entrichten ist, wenn es sich um den ersten Arzt-Patienten-Kontakt handelt.
7	Was ist ein "kurativ-stationärer Fall"?	Bei einem kurativ-stationären Fall handelt es sich um einen Belegarztfall. Die Leistungen nach dem EBM sind belegärztlich nicht berechnungsfähig.
8	Wie sollen die Riskofaktoren gemäß Nr. 3 der Präambel sowie ggf. sanierungshemmender Faktoren dokumentiert werden?	Elektronische Dokumentation, ggf. Formblatt (noch nicht erstellt)

	Frage	Antwort
9	Wie viele Sanierungsversuche sollte der behandelnde Arzt bei einem Risikopatienten durchführen?	Vor jeder Eradikation sollten sanierungshemmende Faktoren abgeklärt werden. Nach der 2. bis 3. Sanierungsbehandlung sollte der Arzt die Versuche beenden. Der Patient und die Bezugspersonen sollen auf die Hygiene achten, z. B. getrennte Handtücher. Kontaktpersonen -im Sinne der Vereinbarung- werden entsprechend behandelt.
10	Wie lange soll eine Sanierungsbehandlung durchgeführt werden?	5 bis 7 Tage
11	Darf nach 6 Monaten nach stationärem Aufenthalt noch eine erneute Sanierungsbehandlung begonnen werden?	Es handelt sich nach der Definition der Präambel 1. Nr. 3 der Vergütungsvereinbarung nicht mehr um einen Risikopatienten, folglich darf eine erneute Sanierungsbehandlung nicht mehr durchgeführt werden.
12	Dürfen innerhalb der 6-Monatfrist beliebig viele Sanierungsbehandlungen begonnen werden?	Nein, pro Patient ist eine Sanierungsbehandlung (Risikopatientenbestimmung + Eradikationstherapie+Kontrollabstrichzeitraum=Sanierungsbehandlung) möglich.
13	Wie häufig können Eradikationstherapien durchgeführt bzw. erstattet werden? Wie viele Sanierungszyklen dürfen in Folge durchgeführt werden?	Die Leistungen sind bis zum dritten negativen Kontrollabstrich (11-13 Monate) nach Abschluss der Sanierungsbehandlung, also für 2 – 3 Zyklen berechnungsfähig.
14	Eine Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum von bis zu 1 Jahr. Darf die GOP 86770 somit insgesamt 4-5 Mal je Patient abgerechnet werden (der Behandlungsfall ist ja auf das Kalenderquartal bezogen)?	Nein, einmal, weil es sich bei der 86770 um die Risikopatientbestimmung mit Indikationsstellung zur Eradikationstherapie innerhalb von 6 Monaten nach stationärer Behandlung handelt. Steht der Risikopatient fest, beginnt die Sanierungsbehandlung und nicht noch einmal die Feststellung, ob Risikopatient oder nicht, in irgendeinem Folgequartal.
15	Dürfen nach mehreren KH-Aufenthalten entsprechend auch mehrere Sanierungsbehandlungen abgerechnet werden?	Nein, es ist nur eine Sanierungsbehandlung im Behandlungsfall durchzuführen.
16	GOP 86770: Zum fakultativen Inhalt gehört die Erfassung und Dokumentation sanierungshemmender Faktoren. Was bedeutet dies?	Fakultativ bedeutet, dass dies nicht zwingend zu erfolgen hat, somit ist auch freigestellt, wie und wann dokumentiert wird.
17	GOP 86772: Die Wundversorgung ist aus dem Inhalt der Ziffer herausgenommen worden. Geschah das, um eine separate Abrechenbarkeit zu ermöglichen? Abgesehen davon ist eine offene Wunde eigentlich ein anerkannter sanierungshemmender Faktor: Gilt das nicht mehr?	Die Wundversorgung einer MRSA-infizierten Wunde ist eine kurative Behandlung nach EBM. Erst wenn der Patient nur noch „Träger“ ist, kann mit der Sanierungsbehandlung nach Abschnitt 87.8 begonnen werden. Eine nicht infizierte ordnungsgemäß versorgte Wunde muss nicht zwingend sanierungshemmend sein.
18	Ist in der GOP 86770 -Erhebung des MRSA-Status- die Fremdanamnese (Patient kann sich nicht selbst äußern und bringt eine Bezugsperson mit) enthalten?	Nein, allerdings ist in der Regel der MRSA-Risikopatient in Folge seiner Grunderkrankung bei dem Arzt in Behandlung und demzufolge wurde die Versichertenpauschale abgerechnet. In der Versicherten- bzw. Grundpauschale ist die Fremdanamnese enthalten.
19	GOP 86776: Wann sind Untersuchungen von Kontaktpersonen indiziert.	Die GOP 86776 sieht die Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson erst nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers vor.
20	Sind nach 6 Monaten Kontaktpersonen noch nach Legaldefinition Kontaktpersonen (schließlich ist der Indexpatient jetzt kein MRSA-Risikopatient mehr)?	nein

	Frage	Antwort
21	GOP 86776: Was ist unter „Abklärungsdiagnostik“ zu verstehen?	Es handelt sich um die Anamnese der Kontakte.
22	Gemäß der jetzigen Vergütungsvereinbarung müssen die Kontaktpersonen ...mindestens über 4 Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtungen zur Körperpflege ... gemeinsam genutzt haben. Dürfen/sollen somit bei erfolgloser Sanierung bei allen Personen der Wohngemeinschaft (bei einem gemeinsamen Bad) und im Alten- und Pflegeheim bei den jeweiligen Zimmernachbarn Kontrollabstriche durchgeführt werden? Wären im privaten Bereich auch Kontrollabstriche bei der Putzfrau, die das Bad z. B. zweimal wöchentlich putzt, indiziert?	Ja, wenn dies medizinisch für erforderlich gehalten wird. Bei der Putzfrau sind diese ggf. auch indiziert, aber nicht nach der Vergütungsvereinbarung abzurechnen. Hier wäre ggf. der Arbeitgeber zuständig.
23	Ist bei einem Risikopatienten, mit MRSA-Ausschluss , der aus dem Krhs. entlassen wird, ein erneuter Abstrich erforderlich?	Nein, bei einem Risikopatienten mit MRSA-Ausschluss , der aus dem Krhs. entlassen wird ist kein erneuter Abstrich erforderlich. Die Erhebung (GOP 86770) ist abrechnungsfähig.
24	Ist bei einem Patienten, der mit gesicherter MRSA-Diagnose aus dem Krhs. entlassen wird, ein erneuter Abstrich erforderlich?	Nein, bei einem Patienten mit gesicherter MRSA-Diagnose, der aus dem Krhs. entlassen wird und mindestens 4 Tage zusammenhängend stationär behandelt wurde, ist kein erneuter Abstrich erforderlich. Nach der Erhebung (GOP 86770) folgt direkt die Sanierungsbehandlung (GOP 86772, 86774).
25	Ist ein MRSA-Abstrich vor einer Operation sinnvoll?	Sinnvoll = Ja, kann aber nicht zu Lasten der GKV durch den niedergelassenen Arzt abgerechnet werden
26	Wann liegt das Untersuchungsergebnis einer konventionellen Kultur vor?	Das Ergebnis liegt nach 3 Tagen vor.
27	Welche Abstriche sollten bei MRSA-Patienten genommen werden und welche werden zukünftig vergütet?	In der Regel reicht ein Nasen-Rachen-Abstrich. Falls med. erforderlich können auch Abstriche von anderen Körperstellen (z. B. Wunden) erfolgen. Eine Vergütung erfolgt ab dem 01.04.2012.
28	GOP 86780: Ist der Wortlaut so zu verstehen, dass jedes Mal 2-x Abstriche je Patient entnommen werden sollen und zwar jeweils ein Abstrich aus - beiden Nasenhöfen/ - Rachen/ plus ggf. Wunden (soweit mehrere vorliegen: 1 Abstrich je Wunde?) ist das richtig?	Nein, es heißt Abstrichentnahme einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall, also nicht zwingend zweimal im Behandlungsfall. In Klammern sind Vorhöfe, Wunden etc genannt, also Mehrzahl, d.h. beide Vorhöfe = Abstrichentnahme plus Rachen gleich zweite Abstrichentnahme. Maximal wird die 86780 zweimal im Quartal vergütet.
29	Besteht im Rahmen dieser Vereinbarung -unter besonderen Voraussetzungen- die Möglichkeit, nach einer Eradikationstherapie drei aufeinander folgende Abstriche (an drei Tagen/wie im stationären Bereich üblich) durchzuführen -z. B. wenn kurzfristig eine erneute Krankenhausaufnahme erfolgen muss?	Nein, vertragsärztlich nicht berechnungsfähig.
30	Dürfen bei mehreren KH-Aufenthalten (z. B. eines Alten- und Pflegeheimpatienten) nach jedem KH-Aufenthalt Abstriche durchgeführt werden?	Nein, die Zahl der Abstriche ist durch die Leistungslegende begrenzt, einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall.

	Frage	Antwort
31	In welchen Fällen sind MRSA-Abstriche außerhalb der jetzigen Vergütungsvereinbarung abrechenbar? Welche EBM-Ziffern sind hierfür zu verwenden? (EBM-Ziffer 32151?) Dürfen diese Ziffern auch weiterhin von allen Ärzten abgerechnet werden (auch ohne Zertifizierung)?	Für MRSA-Abstriche außerhalb der Vergütungsvereinbarung sind die GOP 32151 bzw. 32726 EBM berechnungsfähig. GOP 32151 kann von allen Ärzten im Rahmen der berufsrechtlichen Beschränkungen abgerechnet werden, die GOP 32726 nur mit entsprechender Genehmigung
32	Wie wird nach GOÄ ein von den Patienten oder auch vom Altenheim außerhalb der Definition des Risikopatienten gewünschter MRSA-Abstrich korrekt abgerechnet?	GOP 4530 oder 4538 GOÄ
33	Was ist ein PCR MRSA-Test und ist dieser Test nach dieser Vergütungsvereinbarung berechnungsfähig?	Schnelltest = Ergebnis in ca. 2,5 Stunden Nein - nicht Bestandteil der Vergütungsvereinbarung
34	GOP 86782/86784: Wie weiß das Labor/er Laborarzt, dass es sich um einen Abstrich nach 86770 bzw. 86771 handelt?	Da die abgerechnete EBM-GOP des Überweisers dem Labor nicht übermittelt werden, ist die Probe entsprechend zu kennzeichnen. Der Arzt, der den Abstrich entnommen hat, sollte die Probe daher mit dem Hinweis „Untersuchung auf MRSA“ kennzeichnen.
35	Gibt es eine Abrechnungsziffer für die Verschreibung der erforderlichen Reagenzien?	Reagenzien für Labor sind mit der Leistung abgegolten. Rezepte für Nasensalbe sind nicht gesondert berechnungsfähig / Hygieneartikel sind die Privatangelegenheit des Patienten.
36	Wer bezahlt die Präparate zur Mundspülung und die Waschlotion?	Es handelt sich um Präparate, die nicht verordnungsfähig sind, so dass der Patient für die Kosten selbst aufkommen muss.
37	Werden neben den Kosten für die Abstrichuntersuchungen auch die Kosten für die Nasensalbe „ Mupirocin “ bzw. für die antiseptischen Mittel zur Körperwaschung und Mund-Rachendeseinfektion von der GKV übernommen?	Die Mupirocin-haltige Nasensalbe (Turixin) kann zu Lasten der GKV verordnet werden . Allerdings kostet eine 3g Tube Turixin 43,72 € und reicht im Falle von Patienten, bei denen die Feinmotorik nicht mehr so gut funktioniert, im schlechtesten Fall für eine einzige Anwendung. Auch können für die Sanierung eines einzelnen MRSA-Patienten mehrere Tuben Turixin notwendig werden. Antibiotika, die oral oder systemisch zur Eradikationstherapie zu verabreichen sind, können ebenfalls zu Lasten der GKV verordnet werden.
38	Welche Präparate können noch rezeptiert werden?	Neben Turixin sind auch Antibiotika, die oral oder systemisch zur Eradikationstherapie verabreicht werden, zu Lasten der GKV verordnungsfähig.
39	Wird Mupirocin auf das Arzneimittelbudget des niedergelassenen Arztes angerechnet oder läuft es im Rahmen der Vergütungsvereinbarung außerbudgetär?	Alle zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel werden in vollem Umfang in die Richtgröße des Arztes eingerechnet, es handelt sich nicht um Praxisbesonderheiten, die automatisch herausgerechnet werden.
40	§ 3.2 Anhang: Ärzte, die diese Gebührenpositionen berechnen wollen, „sollen“ in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk organisiert sein. Sofern ein solches existiert und die Teilnahme daran freiwillig ist: Ist das „sollen“ als Verpflichtung zu interpretieren	Formulierung „soll“ erfolgte, da nicht überall ein MRSA-Netzwerk vorhanden ist. Wo entsprechende MRSA-Netzwerke vorhanden sind, ist eine Organisation notwendig. Niedersachsen verfügt regional über einige MRSA-Netzwerke, bitte erkundigen Sie sich über die Homepage der MRSA Netzwerke Niedersachsen www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de über die Möglichkeiten vor Ort.
41	Wann ist die GOP 86778 (Teilnahme an einer Netzwerkkonferenz) berechnungsfähig?	Die GOP 86778 ist nur berechnungsfähig, wenn die jeweilige Netzwerkkonferenz von der KVN genehmigt worden ist. Die Netzwerkkonferenzen der regionalen MRSA-Netzwerke in Niedersachsen sind seitens der KVN genehmigt.
42	Wann und bei welchen Patienten ist die GOP 86778 (Teilnahme an einer Netzwerkkonferenz) berechnungsfähig?	Für den Bereich der KVN ist derzeit geregelt, dass die GOP 86778 für alle Patienten der Praxis berechnungsfähig ist, die sich in dem Quartal, als die Netzwerkkonferenz stattfand, in der MRSA-Sanierungsbehandlung befanden.

	Frage	Antwort
43	GOP 86778: Sofern jedes Quartal eine solche MRSA-Fall- bzw. regionale Netzwerkkonferenz stattfindet, kann ein Arzt der an dieser teilgenommen hat also für jeden MRSA-Risikopatienten und die Kontaktperson diese GOP abrechnen, solange dieser in seiner Betreuung/Sanierungsbehandlung ist?	Ja
44	Kann jeder Arzt die GOP 86782, 86784 abrechnen?	Nein , die Leistungen können nur von Vertragsärzten mit einer Genehmigung zur Abrechnung des Abschnitts 32.3.10 berechnet werden.
45	Können zusätzlich zu den Laboruntersuchungen dieser Vereinbarung weitere Laborleistungen erfolgen (Antibiogramm, Resistogramm)?	Ja, wenn medizinisch weitere Laborleistungen indiziert sind, können diese veranlasst werden.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Spezielle Fragen

	Frage	Antwort
1	Darf ein Hausarzt eine nicht kranke, aber kolonisierte Patientin (Krankenschwester) krankschreiben? Der Arbeitgeber der Patientin verlangt, dass die Mitarbeiterin nicht am Arbeitsplatz erscheint.	Die Patientin ist nicht krankzuschreiben, sondern der Betriebsarzt des Krankenhauses (interner Hygieneplan) muss entscheiden, wo die Patientin bis zur erfolgreichen Sanierung eingesetzt werden kann. In diesem Fall soll die Krankenschwester (lt. Betriebsarzt) -mit Mundschutz- weiterhin Patienten betreuen nach Auskunft des behandelnden Arztes.
2	Wie gehe ich entsprechend mit Beschäftigten aus medizinischen Bereichen um, die nicht nur eine MRSA-Besiedelung, sondern eine MRSA-Infektion haben?	Es handelt sich um eine Berufskrankheit, siehe vorherige Fragestellung.
3	Bei einem Schlaganfall-Patienten (Pat. immobil, kann sich nicht äußern) wurde bei einer Reha-Maßnahme MRSA diagnostiziert und behandelt. Zusätzlich wurde ambulant mehrfach eine Sanierungsbehandlung mit Nasensalbe u. Rachenspülung (erfolglos) durchgeführt.	In manchen Fällen muss man sich mit einem negativen Ergebnis zufriedengeben. Es könnte ein weiterer Sanierungsversuch mit der Gabe von Cotrim 960 mg Tabletten eingeleitet werden.
4	Alten- und Pflegeheime Wie geht man mit MRSA-Patienten um?	Patienten ohne Wunden, Katheter, Pneumonie: - Handschuhe - Flächendesinfektion - soziale Kontakte - keine Isolierung Patienten mit großen Wunden - Schutzkleidung - Desinfektion - Einzelzimmer
5	Wie führt man die Sanierungsbehandlung bei dementen Patienten durch, die nicht selbständig die Mundspülung durchführen können?	Der Mundraum wird von dem Pflegepersonal bzw. der Bezugsperson mit der Rachenspülung ausgepinselt.
6	Muss ein MRSA-Patient mit einem Harnkatheder, der zu Hause von seinen Angehörigen gepflegt wird, saniert werden?	Nicht zwangsläufig, da geschlossenes System

	Frage	Antwort
7	Wer bezahlt die Untersuchung auf MRSA bei einem Pflegeheimbewohner, bei dem das Krankenhaus (vor Aufnahme) einen Nachweis verlangt?	Das Krankenhaus hat den Abstrich selbst vorzunehmen und zu finanzieren. Evtl. Hinweis geben auf ein Krankenhaus mit Euregio-Qualitätssiegel www.mrsa-net.org
8	Wird bezüglich der Abrechnung sowohl im Rahmen der Vergütungsvereinbarung als auch für die übrigen Patienten zwischen einer MRSA-Besiedelung und einer MRSA-Infektion unterschieden?	Ja, im Rahmen der Vergütungsvereinbarung sind doch je nach Status völlig unterschiedliche Leistungen berechnungsfähig.
9	Wie rechnet man Kontroll-Abstriche, Beratungsgespräche und Sanierungsmaßnahmen bei Patienten ab, die nicht unter die Definition der Vergütungsvereinbarung fallen? (z. B. MRSA-Patienten mit nur einem Risikofaktor)	wie bisher nach GOÄ
10	Welche Abstriche, Beratungsgespräche, Sanierungs- oder Therapiemaßnahmen werden bei einem Patienten ohne KH-Aufenthalt, der einen MRSA-Nachweis in einer Wunde hat, erstattet?	Wie in der Vergangenheit erfolgt eine Abrechnung nach kurativen Leistungspositionen.
11	Wer kommt für die Kosten der Schutzkleidung für eine Physiotherapeutin auf?	Die Schutzkleidung für Pysiotherapeuten fällt nicht in den Kompetenzbereich der vertragsärztlichen Versorgung. Es ist den Pysiotherapeuten zu empfehlen, sich ggf. beim zuständigen Berufsverband zu erkundigen.
12	Die Definition des Risikopatienten der Vergütungsvereinbarung trifft für ca. 90 % aller Alten- und Pflegeheimpatienten zu. Dürfen die Alten- und Pflegeheime nun verlangen, dass der behandelnde Hausarzt nach jedem länger als 4-tätigen Krankenhausaufenthalt eines Alten- und Pflegeheimpatienten den MRSA-Status erhebt und einen Abstrich durchführt?	Indikationsstellung und Behandlung sind durch den behandelnden Arzt zu verantworten. Es ist sicherlich zu erwarten, dass bei einem Großteil der anspruchsberechtigten Personen, die Leistungen der Vergütungsvereinbarung erbracht werden. Hinsichtlich der Pflegeheimpatienten vermag die Einschätzung von 90 % auch zutreffen, für die Altenheimbewohner sicher nicht.
13	Welche Argumente kann ein Arzt, der eine MRSA-Zertifizierung hat, gegen die zu befürchtenden routinemäßigen „Wunschabstriche“ nach KH-Aufenthalt eines Alten- und Pflegeheimbewohners anführen? (Wenn die Vergütungsvereinbarung bekannt wird, ist ein hoher Druck von den Altenheimen auf die niedergelassenen Ärzte zu erwarten)	Der behandelnde Arzt entscheidet über die weitergehenden Maßnahmen.
14	Dürfen entsprechend auch ambulante Pflegedienste oder Privatpersonen verlangen, dass die von ihnen betreuten Personen nach KH-Aufenthalt gescreent werden?	Verlangen nicht, siehe Ausführungen zu vorheriger Frage. Es gibt doch einen entsprechenden Entlassungsbericht, aus dem sich ggf. schon die weitere Behandlung ergibt.
15	Für die Durchführung von Abstrichen oder Beratungsgesprächen bei pflegebedürftigen Patienten sind in der Regel Hausbesuche erforderlich. Können auch die Hausbesuche außerbudgetär abgerechnet werden?	Wie alle anderen Hausbesuche auch, können die erforderlichen Leistungen außerhalb des RLV abgerechnet werden.

	Frage	Antwort
16	Die Altenheime, Pflegedienste, Angehörigen, Patienten werden nun verlangen, dass der Arzt eine Sanierungsbehandlung durchführt, da er dieses gemäß Vergütungsvereinbarung auch erstattet bekommt. Es ist zu erwarten, dass sie auch dann einen erheblichen Druck auf den Arzt ausüben werden, wenn EHF vorliegen, da diese in der Vergütungsvereinbarung kein Ausschlusskriterium sind. Wie soll der Arzt mit dieser Situation umgehen?	Der Arzt ist nach dem SGB V zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Handlungsweise verpflichtet, insofern entscheidet der Arzt über die weiteren Behandlungsschritte.
17	Darf für die Durchführung einer Eradikationstherapie die Durchführung durch einen ambulanten Pflegedienst verordnet werden? (3 x täglich Nasensalbe und Mundspülung sowie 1 x täglich Ganzwaschung über 5 Tage)	Die Leistungen können grundsätzlich im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden, sofern die Anspruchsvoraussetzungen nach der Häuslichen Krankenpflege Richtlinie erfüllt werden.
18	Müssen im Alten- und Pflegeheim die Kosten für die Schutzkleidung von der Einrichtung getragen werden?	Ja.
19	Müssen die Kosten für die antiseptischen Substanzen von den Heimbewohnern oder von der Einrichtung getragen werden?	Fragestellung berührt nicht den Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung. Da es sich um Kosten handelt, die in den persönlichen Bereich des Bewohners fallen, ist wohl grundsätzlich erst einmal der Heimbewohner zahlungspflichtig.
20	Wie gehe ich mit Beschäftigten aus medizinischen Bereichen um, die auf eigene Kosten einen MRSA-Abstrich durchführen lassen und MRSA-positiv sind? Darf ich bei Ihnen eine Eradikationstherapie verordnen und Kontrollabstriche abrechnen? Muss ich den positiven Befund an den Arbeitgeber melden oder darf ich dieses schon aus datenschutzrechtlichen Aspekten gar nicht? Kann ich die Beschäftigten an ihren Arbeitsmediziner zur Eradikationstherapie und Durchführung der Kontrollabstriche gemäß Biostoff-Verordnung verweisen? Müssen die Beschäftigten nachweisen, dass sie einen Kontakt zu einem MRSA-Patienten hatten, damit die Biostoff-Verordnung greift?	Bei Personen im Gesundheitswesen, in der Wohlfahrtspflege, in Laboratorien und in anderen Tätigkeiten, bei der man einer Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt ist, handelt es sich bei der MRSA-Infektion (nicht bei MRSA-Kolonisationen) um eine anerkannte Berufskrankheit. Zuständiger Kostenträger ist die BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.