



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher  
Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), Nr. 26a des  
Leistungsverzeichnisses: MRSA-Eradikationstherapie

Berlin, 19.06.2013

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.05.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung des Leistungsverzeichnisses der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, HKP-RL) bezüglich der Hinzufügung einer Nr. 26a „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ in das Leistungsverzeichnis aufgefordert.

Das Leistungsverzeichnis ist eine Anlage der HKP-Richtlinie und enthält die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

Hintergrund der Änderung ist die im Zuge des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) zum 1. Oktober 2012 erteilte Beauftragung des G-BA, in der HKP-Richtlinie näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) zu regeln (s. § 92 Abs. 7 Nr. 4 SGB V). Laut den zum Beschlussentwurf gehörenden tragenden Gründen beabsichtigt der Gesetzgeber mit dieser Regelung, die bereits durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes getroffenen Regelungen zur Bekämpfung resistenter Erreger, insbesondere die Regelung betreffend ärztlicher Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern, zu ergänzen.

Der Beschlussentwurf und die tragenden Gründe weisen an mehreren Stellen unterschiedliche Positionen (gekennzeichnet mit A, B, C, und D) der im zuständigen Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ vertretenen Verhandlungsparteien aus, die sowohl die Verordnungsfähigkeit als auch die Durchführung der Maßnahmen betreffen.

Bei der Leistungsbeschreibung besteht Uneinigkeit, ob zu den drei vorhandenen Spiegelpunkten, die die Leistung näher erläutern und sich dabei auf die antibakterielle Eradikation/Dekontamination von Haut und Haaren sowie der Schleimhäute von Nase, Mund und Rachen der Patienten beziehen, zwei weitere Spiegelpunkte hinzuzufügen sind. Danach würden zu der Sanierung bei Bedarf insbesondere auch der tägliche Wechsel bzw. die Desinfektion von Textilien und Gegenständen, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, sowie die Anleitung/Aufklärung von Patienten und Angehörigen zur Händehygiene zählen.

Des Weiteren gibt es verschiedene Vorschläge, die zur Leistungsbeschreibung gehörenden Bemerkungen in der Anlage zu erweitern. Zwei dieser Vorschläge zielen darauf ab, die Verordnungsfähigkeit der Leistung noch näher zu charakterisieren, eine dritte Ergänzung sieht die Verwendung eines MRSA-Sanierungs-Übergabebogens vor. Die unterschiedlichen Positionen zu Leistungsumfang und Verordnungsfähigkeit werden in den tragenden Gründen noch weiter ausgeführt.

#### **Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von MRSA-Trägern zu regeln, um auch auf diese Weise der Ausbreitung von MRSA entgegenzuwirken.

Zu den im Detail dissidenten Punkten des Beschlussentwurfs hat die Bundesärztekammer folgende Hinweise:

- Aufnahme des Spiegelpunkts *„In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder*

*Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln bzw. desinfizieren“* in die Leistungsbeschreibung.

- Für die Ausgestaltung und die Rahmenbedingungen einer Behandlung von MRSA-positiven Patienten im häuslichen Bereich bieten die Empfehlungen „Infektionsprävention in Heimen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (1) eine Orientierung. Unter Beachtung dieser Empfehlungen erscheint die Aufnahme begleitender Maßnahmen zur Unterstützung des Sanierungserfolges gerechtfertigt. Ein täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege ist vielleicht nicht unbedingt *„entscheidend“*, wie in den tragenden Gründen formuliert, um eine Rekolonisierung während der Sanierungsmaßnahmen zu verhindern, aber fraglos sinnvoll. Dies wird auch in einem Merkblatt der KBV/der KVen zum MRSA-Sanierungsschema (2) explizit ausgeführt.
  
- Aufnahme des Spiegelpunkts *„In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen Anleitung von MRSA-Träger-Patienten und Angehörigen zur Händehygiene; ggf. Übergabe von oder Hinweis auf Aufklärungsbogen für MRSA-Kontaktpersonen“* in die Leistungsbeschreibung.
  - Die Bedeutung der Händehygiene bei der Übertragung von Infektionserregern ist laut den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut unbestritten (1) und wird in einem weiteren Merkblatt der KBV/der KVen zum Umgang mit MRSA in der ambulanten Pflege als die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung der MRSA-Übertragung eingestuft (3). Patienten und deren Angehörige, bei denen keine professionellen Vorkenntnisse von Hygiene- und Pflegemaßnahmen vorausgesetzt werden können, sollten daher durch geeignete Hinweise sensibilisiert bzw. angeleitet werden. Dementsprechend erscheint auch diese Ergänzung der Leistungsbeschreibung gerechtfertigt.
  
- Einfügung einer Einschränkung in die Bemerkungen zur Leistungsbeschreibungen wie folgt: *„Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 erfolgen, **sofern die Voraussetzungen für die vertragsärztlich abrechenbare Behandlung und Betreuung der Patienten gegeben sind, um die Nahtlosigkeit der Sanierung sicher zu stellen.**“*
  - Die Einfügung eines Verweises auf die Abrechnungsfähigkeit der Behandlung im vertragsärztlichen Bereich ist vor dem Hintergrund der Anfang 2012 verabschiedeten entsprechenden Vergütungsvereinbarung (4) naheliegend. Es sollte aber sichergestellt sein, dass eine solche Querverbindung die Zielerreichung von möglichst häufigen und flächendeckenden Durchführungen von MRSA-Eradikationstherapien nicht verlangsamt. Die Sicherstellung einer nahtlosen Sanierung würde zumindest derzeit durch die Einfügung des Verweises auf die Abrechnungsmöglichkeit stark relativiert werden, da die Abrechnungsmöglichkeit laut der Vergütungsvereinbarung u. a. an eine besondere Qualifikation des Vertragsarztes gebunden ist. Laut § 7 Abs. 5 HKP-PL soll der Krankenhausarzt den weiter behandelnden Vertragsarzt rechtzeitig über die Maßnahme informieren. Bei dieser Gelegenheit könnte sich der Krankenhausarzt zwar seinerseits über die Qualifikation des Vertragsarztes informieren. Würde er dann feststellen, dass eine solche Qualifikation nicht vorliegt, müsste die Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus entweder verschoben werden, oder der Krankenhausarzt müsste sich auf die Suche nach geeigneten, alternativen Vertragsärzten begeben. Ein solches Vorgehen erscheint

wenig alltagstauglich und wäre für eine MRSA-Eradikationsstrategie im Sinne von „*search and destroy*“ nach niederländischem Vorbild, wie sie etwa im in den tragenden Gründen erwähnten EUREGIO-Projekt „MRSA-net“ dargestellt wird, nicht förderlich. Solange zuverlässige Informationen über die Anzahl der im Sinne der Vereinbarung qualifizierten Vertragsärzten nicht vorliegen und eine flächendeckende Verfügbarkeit nicht gewährleistet werden kann, sollten keine daran gekoppelten Einschränkungen in der Richtlinie verankert werden. Auf die Einfügung des Nebensatzes in Satz 2 der „Bemerkungen“-Spalte sollte daher verzichtet werden.

- Aufnahme einer zusätzlichen Bemerkung zur Leistungsbeschreibung: *„Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.“*
  - Im Bemühen um eine Beherrschung der MRSA-Problematik ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit anzustreben. Eine MRSA-Sanierung im Vorfeld einer elektiven Prozedur im Krankenhaus trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gefährdungspotential einer MRSA-Übertragung im Krankenhaus deutlich höher zu bewerten ist als in anderen Bereichen. Insofern erscheint eine Verordnungsfähigkeit auch im Vorfeld geplanter Eingriffe zweckmäßig und sollte mit einer entsprechenden Vergütungsfähigkeit einhergehen.
  
- Aufnahme einer weiteren, zusätzlichen Bemerkung zur Leistungsbeschreibung: *„Es wird ein MRSA-Sanierungs-Übergabebogen verwendet (MRSA-Sanierungsschema, - Dokumentationsbogen).“*
  - Die Verwendung eines Übergabebogens wird allgemein empfohlen und in mehreren Formen angeboten, neben den Angeboten in diversen regionalen Netzwerken auch von den KVen (2). Im Sinne eines unterstützenden Hinweises kann in der Richtlinie durchaus nochmals darauf hingewiesen werden, in der Spalte „Bemerkungen“ dann allerdings nicht als Anweisung, sondern tatsächlich nur als Hinweis, etwa wie folgt: *„Die Verwendung von MRSA- Sanierungs-Übergabebögen wird empfohlen.“* Eine verpflichtende Verwendung wäre dagegen allein schon unter dem Aspekt von verordnungsinduzierten Bürokratiekosten sorgfältig abzuwägen.

Die Position der Bundesärztekammer zu den dissidenten Punkten in den tragenden Gründen der Richtlinienänderung ergibt sich weitgehend aus den bisherigen Ausführungen.

- Unter dem Abschnitt 2.1 „Versorgungsvoraussetzungen“ unterstützt die Bundesärztekammer die als „Position von D“ gekennzeichnete Fassung *„Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin ist möglich im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)“*. Auch hier gilt, dass der Verweis auf parallel existierende Kriterien für die Abrechnungsfähigkeit und deren Darstellung nachvollziehbar sind, die Richtlinie aber kein Spiegelbild der Abrechnungskonditionen im Detail sein muss. Analog zur Frage der Bedingungen zur Weiterführung einer stationär begonnenen Sanierung im vertragsärztlichen Bereich sollte vielmehr auch hier gelten, das Ziel der breiten Bekämpfung von MRSA-Infektionen möglichst frei von administrativen Einschränkungen zu gestalten. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte grundsätzlich jeder Vertragsarzt durch seine Facharztkompetenz befähigt sein, eine solche Verordnung auszustellen.

- Der als „Position von A und D“ gekennzeichnete Hinweis beginnend mit *„Diese Gefährdung besteht vor allem bei Menschen, ...“* sollte im Sinne einer Präzisierung zu dem Aspekt der Pflege durch im Haushalt lebenden Personen in die tragenden Gründe aufgenommen werden.
- Die im Abschnitt 2.2 „Durchführung der Maßnahmen“ unter „Position von B“ vorgeschlagene Erläuterung zur Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln *„Bezüglich der Sanierung nach ärztlichem Sanierungsplan sind die entsprechenden Voraussetzungen für die Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln und Medizinprodukten zu Lasten der GKV in den Anlagen I und V der Arzneimittel-Richtlinie noch nicht geschaffen worden, weil entsprechende Anträge noch nicht gestellt wurden“* kann als ergänzende Hintergrundinformation aufgefasst werden, die allerdings über eine Erläuterung der unmittelbaren Richtlinieninhalte hinausgeht. Sofern daran festgehalten wird, könnte die Verständlichkeit noch erhöht werden, indem die Bedeutung der nicht unbedingt allgemeinverständlichen Aussage *„weil entsprechende Anträge noch nicht gestellt wurden“* durch Einfügen etwa von *„... von Herstellern solcher Arzneimittel oder Medizinprodukte beim G-BA“* hinter dem Wort *„Anträge...“* erklärt wird.

## Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt die Ergänzung der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege als wichtigen Teilschritt zur Bekämpfung der MRSA-Problematik. Alle Maßnahmen, welche die Dekolonisation von MRSA-Trägern fördern, sind zu nutzen, insbesondere an den Schnittstellen zwischen stationärem, ambulantem und häuslichem Bereich. Die Voraussetzungen zur Abrechnungsfähigkeit solcher Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sollten so gestaltet sein, dass das Ziel der Vermeidung lebensbedrohlicher MRSA-Infektionen auf breiter Ebene Unterstützung finden kann.

Berlin, 19.06.2013



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,  
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

## Literatur

1. Infektionsprävention in Heimen - Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005, 48:1061–1080:  
[http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Heimp\\_Rili.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Heimp_Rili.pdf?_blob=publicationFile)
2. Informationsblatt zum MRSA-Sanierungsschema und Übergabebogen. KBV et al. 2013:  
<http://www.kbv.de/40443.html>
3. Informationsblatt zum Umgang mit MRSA in der Arztpraxis und bei Hausbesuchen. KBV et al. 2013:  
<http://www.kbv.de/40443.html>
4. Anhang zur 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. Dtsch Arztebl 2012; 109(3): A-110 / B-102 / C-102: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/119027/Anhang-zur-Verguetungsvereinbarung-fuer-aerztliche-Leistungen-zur-Diagnostik-und-ambulanten-Eradikationstherapie-von-Traegern-mit-dem-Methicillin-resistenten-Staphylococcus-aureus-%28MRSA%29-in-der-vertra?src=search>