

## KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

## Mitteilungen

Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 (Präsenzsitzung) nachfolgende Beschlüsse gefasst:

1. Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss 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 mit Wirkung zum 1. April 2012 bis zum 31. März 2014 gefasst sowie eine entsprechende Durchführungsempfehlung hierzu beschlossen.
2. Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Aufnahme von Gebührenordnungspositionen für die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in die Kapitel 9 und 20 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2012 gefasst.
3. Der Bewertungsausschuss hat auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) einen Beschluss zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012 mit Wirkung zum 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012 gefasst.
4. Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen mit Wirkung zum 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012 gefasst. Aufgrund des GKV-VStG gilt das im Beschluss des Bewertungsausschusses der 238. Sitzung beschriebene Verfahren zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen nicht für das Jahr 2012.

## Bekanntmachungen

## Beschluss

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V  
in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011**

mit Wirkung zum 1. April 2012 bis zum 31. März 2014

**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**

1. **Aufnahme einer Präambel in den Abschnitt 87.8**
1. Voraussetzung für die Berechnung von Leistungen dieses Abschnitts, mit Ausnahme der Laborziffern gemäß den Gebührenordnungspositionen 86782 und 86784, ist die

Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen des Anhangs 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 erfüllt sind.

2. Die Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 86782 und 86784 dürfen nur von Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 32.3.10 erteilt wurde.
3. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur bei Risikopatienten für eine/mit einer MRSA-Kolonisation/MRSA-Infektion sowie bei deren Kontaktperson(en) bis zum dritten negativen Kontrollabstrich (11–13 Monate) nach Abschluss der Sanierungsbehandlung berechnungsfähig.  
Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein 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.
4. Die Sanierungsbehandlung beginnt mit der Eradikationstherapie. Die Eradikationstherapie umfasst die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Eradikation des MRSA. Die weitere Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum, in dem die Kontrollabstrichentnahmen durchgeführt werden bis zum dritten negativen oder einem positiven Kontrollabstrich.
5. Die Gebührenordnungsposition 86772 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.

2. **Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86770 in den Abschnitt 87.8**  
**86770 Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel 87.8 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und Dokumentation der Risikofaktoren gemäß Nr. 3 der Präambel,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erhebung und Dokumentation von sanierungshemmenden Faktoren, ▶

- sektorenübergreifende (ambulant, stationär) interdisziplinäre Abstimmung und Information,  
 – Indikationsstellung zur Eradikationstherapie, einmal im Behandlungsfall 100 Punkte
- 3. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86772 in den Abschnitt 87.8**  
**86772 Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776**
- Obligater Leistungsinhalt*  
 – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,  
 – Durch-/Weiterführung der Eradikationstherapie, aufgenommen der Wundversorgung,  
 – Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung der Standard-sanierung,  
 – Aufklärung und Beratung zu Hygienemaßnahmen, der Eradikationstherapie und der weiteren Sanierungsbehandlung, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en),  
 – Aushändigung des MRSA-Merkblattes,  
 – Dokumentation,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 – Bereitstellung von Informationsmaterialien, einmal im Behandlungsfall 375 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 86772 ist nicht im kurativ stationären Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 86772 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.0! berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.*
- 4. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86774 in den Abschnitt 87.8**  
**86774 Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 86772**
- Obligater Leistungsinhalt*  
 – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,  
 – Aufklärung und/oder Beratung des Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en) oder  
 – Aufklärung und/oder Beratung einer Kontaktperson des Patienten gemäß der Gebührenordnungsposition 86776,  
 – Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung 255 Punkte  
*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 86774 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit, als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 86774. Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 86774 und 86772 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 86774. Die Gebührenordnungsposition 86774 ist nicht im kurativ stationären Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 86774 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.0! berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.*
- 5. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86776 in den Abschnitt 87.8**  
**86776 Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers**
- Obligater Leistungsinhalt*  
 – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,  
 – Abklärungsdiagnostik,  
 – Dokumentation,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 – Bereitstellung von Informationsmaterialien, einmal im Behandlungsfall 90 Punkte  
*Die Kontaktperson muss in dem in der Präambel nach Nr. 3 genannten Zeitraum mindestens über vier Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben. Die Gebührenordnungsposition 86776 ist nicht im kurativ stationären Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig für Beschäftigte in Pflegeheimen und/oder in der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung.*
- 6. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86778 in den Abschnitt 87.8**  
**86778 Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang § 3 Nr. 2**
- einmal im Behandlungsfall 130 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 86778 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fallkonferenz und/oder regionale Netzwerkkonferenz von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.*
- 7. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86780 in den Abschnitt 87.8**  
**86780 Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich**
- Obligater Leistungsinhalt*  
 – Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 86770 oder 86776 oder

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 86772 und 86774

oder

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 86772 und 86774

oder

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 86772 und 86774,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall 55 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 86780 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.0! berechnungsfähig, wenn das Ergebnis des Abstrichs vorliegt.*

**8. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 86781 in den Abschnitt 87.8**

**86781 Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich**

*Obligator Leistungsinhalt*

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 86770 oder 86776

oder

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 86772 und 86774

oder

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 86772 und 86774

oder

– Abstrichentnahme (z. B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde[n]) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 86772 und 86774,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall 55 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 86781 ist nur berechnungsfähig, wenn die Abstrichuntersuchung keinen Nachweis von MRSA aufweist.*

**9. Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 86782 und 86784 in den Abschnitt 87.8**

86782 Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden 5,20 €

86784 Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß Gebührenordnungsposition 86782 2,55 €

*Die Gebührenordnungspositionen 86782 und 86784 sind nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 86780 und/oder 86781 berechnungsfähig.*

**10. Festlegung der Prüfzeiten**

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
86770	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel 87.8 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung	4	3	Tages- und Quartalsprofil
86772	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776	15	12	Quartalsprofil
86774	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776	10	10	Tages- und Quartalsprofil
86776	Abklärungs-Diagnostik der/von Kontakt-/Bezugsperson/-en nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers	4	3	Tages- und Quartalsprofil
86778	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang § 3 Nr. 2	5	4	Tages- und Quartalsprofil
86780	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich	2	1	Tages- und Quartalsprofil
86781	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich	2	1	Tages- und Quartalsprofil

## 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

#### Präambel

Infolge der Änderung des Infektionsschutzgesetzes mit Ergänzung des § 87 Abs. 2a S. 3–6 SGB V wird zum 1. April 2012 eine Vergütungsvereinbarung für die ärztliche Leistungsabbildung bei der Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten sowie Risikopatienten neu eingeführt. Die Vergütungsvereinbarung ist zunächst bis zum 31. März 2014 befristet.

#### § 1

##### Fachliche Befähigung

- Die Leistungen nach den neuen Gebührenordnungspositionen/Kostenpauschalen 86770 bis 86784, mit Ausnahme der Laborziffern 86782 und 86784, können nur von Vertragsärzten mit
  - einer Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/oder
  - einer „MRSA“-Zertifizierung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden.
- Die Leistungen nach den Kostenpauschalen 86782 und 86784 können nur von Vertragsärzten mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung des Abschnitts 32.3.10 berechnet werden.

#### § 2

##### Zertifizierung

- Durch die Teilnahme an der „MRSA“-Zertifizierung soll bundeseinheitlich der gleiche aktuelle medizinische Wissensstand zur Diagnostik und Behandlung von MRSA-Patienten bzw. deren Kontaktpersonen erlangt werden. Folgende Kenntnisse sollen erlangt werden:
  - MRSA-Spezifikationen, Epidemiologie, regionale Verbreitung sowie Übertragungswege,
  - Risikopatienten für MRSA-Kolonisation,
  - Eradikationstherapie, weitere Sanierungsbehandlung, Sanierungshemmnisse,
  - Umgang mit MRSA-Patienten in der ambulanten Versorgung,
  - Rationale Antibiotikatherapie.
- Zur Erlangung der „MRSA“-Zertifizierung sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen zwei Schulungsvarianten angeboten werden:
  - Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ (Dauer mindestens 3 Stunden)
  - Online-Training mit anschließendem Fragebogen-Test

#### § 3

##### Anforderung an die Durchführung

- Die Diagnostik und ggf. ambulante Eradikationstherapie von Risikopatienten, MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten soll entsprechend der Inhalte der Fortbildungssemi-

nare/des Online-Trainings und der Vorgaben des Robert-Koch-Instituts (u. a. RKI-Ratgeber für Ärzte) erfolgen. Unterstützend sind die Kenntnisse des Euregio Projektes MRSA-net Twente/Münsterland („mrsa net“) einzubeziehen.

- Die Leistungen nach den neuen Gebührenordnungspositionen 86770, 86772, 86774, 86776, 86780 und 86781 sollen nur von Vertragsärzten berechnet werden, die in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sind. Sofern in der Region, in der der Vertragsarzt tätig ist, kein MRSA-Netzwerk existiert, ist eine entsprechende Beratung bei anderen geeigneten Stellen einzuholen.
- Die Teilnahme an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz ist entsprechend der Gebührenordnungsposition 86778 nur berechnungsfähig, wenn diese von der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der nachfolgenden Kriterien genehmigt ist:  
Der für die Fallkonferenzen und/oder regionalen Netzwerkkonferenzen bestellte Teilnehmerkreis umfasst regelmäßig mindestens folgende Teilnehmer (Anzahl): Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens (1), FA für Labormedizin und/oder Mikrobiologie (1), Hygienebeauftragter regionales Krankenhaus (1), Vertreter eines regionalen Pflegeheimes (1). Zusätzlich soll ein Vertreter der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung teilnehmen.  
In den Fallkonferenzen und/oder regionalen Netzwerkkonferenzen sollen zumindest folgende Themen regelmäßig erörtert werden:
  - aktuelle Resistenzlage in der Region,
  - zahlenmäßige Entwicklung der MRSA-Infektionen,
  - regionale Besonderheiten.
- Informationsbroschüren zu therapeutischen Vorgehen, zum Umgang mit MRSA-Patienten in der Praxis sowie zur Aushändigung für den Patienten bzw. die Kontaktperson können bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angefordert werden. Ergänzend ist für Vertragsärzte eine bundesweite Homepage (Bereitstellung über die Kassenärztliche Bundesvereinigung) mit relevanten Informationen geplant. Vorhandene regionale Gliederungen von Informationen (z. B. zur Resistenzlage) werden dabei vorgehalten.

#### § 4

##### Dokumentation und Berichterstattung

- Gemäß § 87 Abs. 2a S. 3 SGB V sind ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Einführung der Vergütungsvereinbarung zu MRSA elektronisch zu dokumentieren. In der Einführungsphase bis zum 31. März 2014 erfolgt die Dokumentation auf Basis von patientenbezogenen pseudonymisierten Abrechnungsdaten bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mit der Einführung der vorgesehenen Qualitätssicherungsvereinbarung kann die Evaluation auf einer anderen Basis erfolgen.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über die Auswertungsergebnisse. Gleichzeitig werden die Berichte dem Bewertungsausschuss übermittelt.  
Die Daten werden für die Auswertung patientenbezogen zusammengestellt. Die Auswertung und Übermittlung erfolgt bis zum Ende des zweiten, auf das Bezugsquartal folgenden, Quartals. Der Behandlungsstand für einen Patienten wird zum Zeitpunkt der Datenlieferung bestmöglich ausgewertet. Für

unvollständige Sanierungsbehandlungen bzw. unvollständige Nachverfolgungen eines Patienten wird der aktuell verfügbare Stand der Behandlung bzw. Nachverfolgung ausgewertet.

3. Der Bericht umfasst mindestens folgende Angaben:
  - a. Anzahl der Risikopatienten,
  - b. Anzahl von positiv und negativ getesteten Risikopatienten,
  - c. Anzahl der positiv getesteten Patienten, bei denen eine Sanierungsbehandlung durchgeführt wurde,
  - d. Anzahl der Patienten mit Sanierungsbehandlung mit einem erfolgreichen bzw. erfolglosen Sanierungsergebnis,
  - e. Anzahl der untersuchten Kontaktpersonen,
  - f. Anzahl von positiv und negativ getesteten Kontaktpersonen,
  - g. Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (außer Labor) im Zusammenhang mit mindestens einer der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen: 01410 bis 01413, 01415,
  - h. Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (außer Labor) im Zusammenhang mit mindestens einer der Gebührenordnungspositionen: 40240, 40260
  - i. Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (außer Labor) im Zusammenhang mit mindestens einer der Gebührenordnungspositionen: 40870, 40872 (bzw. deren Überleitungen)
  - j. Anzahl der Ärzte, die die neuen MRSA-Gebührenordnungspositionen abgerechnet haben,
  - k. Fachrichtung der behandelnden Ärzte,
  - l. Regionale Differenzierung der Auswertung nach Kassenärztlichen Vereinigungen.

## Durchführungsempfehlung

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V  
in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011**

**zur Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang  
mit der Aufnahme einer Vergütungsvereinbarung  
für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten  
Eradikationstherapie von Trägern mit dem  
Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)**

**mit Wirkung zum 1. April 2012 bis zum 31. März 2014**

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Einführung einer Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) gemäß § 87 Abs. 2a Satz 3 bis 6 SGB V folgende Durchführungsempfehlung ab.

1. Auf der Grundlage des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 werden neue Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784 in den Abschnitt 87.8 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgenommen.
2. Mit der Einführung der Gebührenordnungspositionen 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und

86784 stehen den Vertragsärzten spezielle Leistungen zur Diagnostik und Therapie von MRSA-Trägern/MRSA-Infizierten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung. Diese Leistungen sind teilweise bereits vor dem 1. April 2012 im ambulanten Bereich erbracht worden, auch wenn bisher keine eigenständigen abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zur Verfügung standen.

3. Den Partnern der Gesamtverträge wird eine Bereinigung der Gesamtvergütung wie folgt empfohlen: Der vereinbarte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf je GKV-Versicherten soll in den Quartalen 2/2012 bis 1/2013 um insgesamt 1,82 Punkte basiswirksam bereinigt werden (jahresbezogener Bereinigungsbetrag).
4. Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie gemäß Abschnitt 87.8 (Gebührenordnungspositionen 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784) erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
5. Die Leistungen werden für einen Zeitraum von 24 Monaten eingeführt. Der Zeitpunkt für die vorgesehene Anschlussregelung durch den Bewertungsausschuss wird auf 22 Monate nach der Einführung der Gebührenordnungspositionen festgelegt.

### Protokollnotizen:

1. Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (Gebührenordnungspositionen 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784) erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Ebene 6.
2. Sofern sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen verändern, wird der Bewertungsausschuss prüfen, ob die Durchführungsempfehlung anzupassen ist.
3. Bei den Leistungen des Abschnitts 87.8 handelt es sich nicht um Leistungen der Prävention.