

**Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer  
Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**  
(nachstehend KV Hamburg genannt)

und

**der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**

**dem BKK - Landesverband NORDWEST**

handelnd für die Betriebskrankenkassen,  
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse (LKK),

**der Knappschaft,**

**der IKK classic**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:**

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**

**vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg**

vom 1. Juli 2014

**Hinweis:** Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das  
Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.

**Hinweis:** Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der  
Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)

Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) wird als

- 33. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **AOK Rheinland/Hamburg** als Anlage **P**,
- 32. Nachtrag** zum Gesamtvertrag des **BKK-Landesverbandes NORDWEST** als Anlage **M**,
- 29. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **IKK classic** als Anlage **M**,
- 6. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **Knappschaft** als Anlage **9** und
- 38. Nachtrag** zum Gesamtvertrag der **Ersatzkassen in Hamburg** als Anlage **Q**

Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

### **Präambel**

Vorwiegendes Ziel dieser Vereinbarung ist die Ermittlung derjenigen Risikopatienten, die mit multiresistenten gramnegativen Keimen besiedelt oder infiziert sind, um die Reduktion der Übertragungen der Erreger zu ermöglichen.

Da bisher gesetzlich kein ambulantes Screening auf MRGN im Vorwege von Krankenhausbehandlungen gefordert ist, soll anhand des hier verankerten Screenings von Risikogruppen sowohl die Prävalenz von MRGN-Trägern bei Aufnahme in Hamburger Krankenhäusern ermittelt werden als auch eine solide Datenbasis für die Evaluation weiterer Präventivmassnahmen geschaffen werden.

### **§ 1 - Teilnahmeberechtigte Ärzte**

- (1) Die Genehmigung zur Abrechnung der in - **Anlage 1** - beschriebenen Leistungen kann von allen im Bereich der KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten bei der KV Hamburg beantragt werden. Dem formlosen Antrag ist der entsprechende Fachkundenachweis in Form einer Schulung mit entsprechender Zertifizierung, die auch online erworben werden kann, beizufügen. Über den Antrag entscheidet die KV Hamburg.
- (2) Die Laborziffern können nur von durch die KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie abgerechnet werden.
- (3) Die KV Hamburg führt ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und übersendet dieses quartalsweise an die Vertragspartner.

## **§ 2 - Risikopatienten**

Nach § 1 Abs. 1 qualifizierte Vertragsärzte führen die in Anlage 1 bezeichneten Leistungen bei Risikopatienten durch, bei denen eine elektive stationäre Krankenhausbehandlung indiziert ist. MRGN-Risikopatienten sind in - **Anlage 2** - definiert.

## **§ 3 - Screening-Maßnahmen**

- (1) Bei den zu screenenden Patienten ist ein Abstrich im Nasen-/Rachenraum und ein Abstrich rektal zu nehmen und, wenn vorhanden, ein Abstrich von chronischen Wunden und/oder Kathetern.
- (2) Das Screening muss in einem Zeitraum von 7 - 14 Tagen vor geplanter Krankenhausaufnahme erfolgen und durch den einweisenden Arzt oder in dessen Auftrag durchgeführt werden.
- (3) Die Informationsweitergabe des Befundes an das Krankenhaus ist durch den screenenden Arzt sicherzustellen. Dies gilt sowohl für positive wie für negative Befunde.
- (4) Die Übermittlung des positiven Befundes an das Krankenhaus erfolgt mittels des „Hamburger Begleitbogens“ gemäß - **Anlage 3b** -, negative Befunde werden anhand des Begleitbogens nach - **Anlage 3a** - übermittelt.

## **§ 4 - Vergütung**

- (1) Die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte gemäß Anlage 1 erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der KV Hamburg außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Die Vergütung wird nur für vertragsgemäß erbrachte Leistungen gezahlt.
- (3) Die vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (4) Die Befundübermittlung an das Krankenhaus nach § 3 Abs. 4 dieser Vereinbarung erfolgt ohne gesonderte Vergütung.

## **§ 5 - Evaluation**

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass eine Evaluation der Screeningmaßnahmen erforderlich ist. Einzelheiten hierzu werden in einer Rahmenvereinbarung unter Einbeziehung der Krankenhäuser und der BGV geregelt. Sofern diese Rahmenvereinbarung nicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der vorliegenden

Vereinbarung zustande gekommen ist, tritt die vorliegende Vereinbarung automatisch außer Kraft, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

### **§ 6 - Datenschutz**

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten sowie ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten.

### **§ 7 - Abrechnung**

- (1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Hamburg abzurechnen. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
- (2) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse ab.
- (3) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Hamburg. Die Ausweisung erfolgt im Formblatt 3 im Konto 400, Kapitel 87 auf der Ebene 6. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderung der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.

### **§ 8 - Laufzeit und ordentliche Kündigung**

Der Vertrag tritt am 1. Juli 2014 in Kraft und hat eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2015. § 5 Satz 3 gilt davon unbenommen. Die Vertragspartner werden rechtzeitig vor Ablauf der Vereinbarung anhand der bisherigen Erfahrung prüfen, ob eine Verlängerung der Vereinbarung angezeigt ist. Sollten sich die Vertragspartner darauf verständigen, kann künftig jeder Vertragspartner den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderhalbjahr kündigen.

## **§ 9 - Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

**Hamburg, den 24.06.2014**

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....  
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....  
BKK-Landesverband NORDWEST  
zugleich für die SVLFG als LKK

.....  
IKK classic

.....  
Knappschaft, Regionaldirektion Hamburg

.....  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

| <b>Leistung</b>  | <b>GOP</b> | <b>Summe</b> |
|--|------------|--------------|
| <p><b>Anamnese mit Statuserhebung</b> auf Dokumentationsbogen: Risiken und Screening-Plan</p> <p>- nur zusammen mit Ziffer 96771a/b abrechenbar -</p>  | 96770      | 3,55 EUR     |
| <p><b>Nasen-/ Rachen-, Wund-, Katheterabstrich</b> bei jedem Risikopatienten</p> <p>- nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -</p>   | 96771 a    | 2,00 EUR     |
| <p><b>Rektalabstrich</b> bei jedem Risikopatienten</p> <p>- nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -</p>   | 96771 b    | 3,00 EUR     |
| <p><b>Beratung und Betreuung</b> Risikopatient bei <b>positivem MRGN</b> Ergebnis, ggf. unter Einbeziehung der Kontaktpersonen; je vollendete 10 min</p> <p>- maximal 4x pro Behandlungsfall abrechenbar -</p> <p>- Voraussetzung für die Abrechnung ist die endstellige Kodierung einer gesicherten Diagnose gemäß Kap. U80.! bzw. Kap. U81.-! ICD-10</p>   | 96772      | 8,65 EUR     |
| <p><b>Telefonischer Kontakt bei 3 MRGN-Befund</b> zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste der Ansprechpartner zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 3 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten.</p> <p>- nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar -</p> <p><i>Die Ziffer 96773 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96774 abrechenbar.</i></p> | 96773      | 15,40 EUR    |
| <p><b>Telefonischer Kontakt bei 4 MRGN-Befund</b> zwischen dem Vertragsarzt und dem benannten Krankenhausansprechpartner gemäß der von der HKG bereitgestellten Liste mit Ansprechpartnern zur Durchführung des Vertrages. Abklärung der Grunderkrankung und der daraus resultierenden elektiven Krankenhauseinweisung unter besonderer Berücksichtigung des zusätzlichen 4 MRGN-Befundes. Terminvereinbarung und ggf. Abklärung besonderer Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt. Berücksichtigung und Weitergabe dieser speziellen Informationen im Beratungs- und Betreuungsgespräch nach Ziffer 96772 an den Patienten.</p>  | 96774      | 15,40 EUR    |

Anlage 1 zur Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen

|   |       |           |
|---|-------|-----------|
| - nur 1x pro Behandlungsfall abrechenbar<br><br><i>Die Ziffer 96774 ist nicht zusätzlich zur Ziffer 96773 abrechenbar.</i>  |       |           |
| MRGN-Screening (Enterobakterien <b>und</b> Nonfermenter) auf mind. zwei Selektivnährböden als Basisdiagnostik   | 96780 | 10,40 EUR |
| <b>Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren</b> , je Antiserum<br><br><i>Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Ziffer 96781 beträgt 39,00 EUR.</i><br><br><b>Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien</b> , gilt für die Ziffern 96782 bis 96784<br><br><i>Obligater Leistungsinhalt:</i><br><br>- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels <ul style="list-style-type: none"> <li>o biochemischer und/oder kultureller Verfahren oder</li> <li>o Nukleinsäuresonden,</li> </ul><br><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i><br><br>- Subkultur(en), je Bakterienart und/oder –typ  | 96781 | 3,90 EUR  |
| Verfahren mit bis zu drei Reaktionen  | 96782 | 3,60 EUR  |
| Verfahren mit mindestens vier Reaktionen  | 96783 | 5,30 EUR  |
| Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen  | 96784 | 8,80 EUR  |
| <b>Empfindlichkeitsprüfungen von ätiologisch relevanten Bakterien</b> aus dem <b>Urin</b> oder anderen Materialien gegen <b>drei bis sieben Chemotherapeutika</b> ,<br><br><i>Obligater Leistungsinhalt:</i><br><br>- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen drei bis sieben Chemotherapeutika <ul style="list-style-type: none"> <li>o im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder</li> <li>o mittels Breakpoint-Methode,</li> </ul><br><i>Fakultativer Leistungsinhalt:</i><br><br>- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei | 96785 | 5,40 EUR  |



|  |              |                 |
|--|--------------|-----------------|
| <p>Bakterienarten je Untersuchungsprobe</p> <p><i>Die Ziffer 96785 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96786 berechnungsfähig.</i></p>   |              |                 |
| <p><b>Empfindlichkeitsprüfungen von ätiologisch relevanten Bakterien</b> außer aus Urin gegen <b>mindestens acht Chemotherapeutika</b>,</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- -Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin gegen mindestens acht Chemotherapeutika <ul style="list-style-type: none"> <li>o im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder</li> <li>o mittels Breakpoint-Methode,</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion, je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe</li> </ul> <p><i>Die Ziffer 96786 ist bei demselben Material nicht neben der Ziffer 96785 berechnungsfähig.</i></p> | <p>96786</p> | <p>8,90 EUR</p> |

Die vorgenannten Leistungen (mit Ausnahme der Ziffern 96780 - 96786) dürfen im selben Behandlungsfall nicht neben den GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952 abgerechnet werden.

Unter Berücksichtigung und Konkretisierung der aktuellen KRINKO-Empfehlung verständigen sich die Vertragspartner vorläufig auf folgende Risikogruppe:

Patienten mit

- MRGN-Anamnese
- Kontakt zu 4MRGN-positivem Patienten
- Kontakt zu 3MRGN-positivem Patienten
- Mehrfachantibiotika-Therapie (mehr als 3x pro Jahr)
- chronischen Wunden
- Auslandsaufenthalt
  - o in den letzten drei Monaten mit stationärem Aufenthalt in 4-MRGN Risikogebieten (z.B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
  - o in den letzten 6 Monaten von mehr als 6 Wochen ununterbrochen im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Bei Vorliegen von neuen bzw. abweichenden medizinischen Erkenntnissen ist die Definition ggf. anzupassen.

**Dokumentationsbogen  
MRGN-Screening Hamburg:  
Negativer Befund bei Risikopatienten**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Patientendaten:</b><br><br>Name:<br>Vorname:<br>Geburtsdatum:<br>Adresse: | <b>Einrichtung/Stempel</b> |
|--|----------------------------|

Das Screening erfolgte aufgrund positiver Anamnese folgender MRGN-Risikofaktoren:

- MRGN Anamnese
- Kontakt zu MRGN Patienten
- Mehrfachantibiotikatherapie mehr als 3 x/ Jahr
- chronische Wunden
- Patienten mit Kontakt zum Gesundheitssystem in den letzten drei Monaten in Ländern mit endemischem Auftreten von 4-MRGN (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
- Patienten mit Aufenthalt > 6 Wochen ohne Unterbrechung in den letzten 6 Monaten im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

**Lokalisation:**

**Wo wurde das MRGN-Screening durchgeführt :**

Nase/Rachen-Abstrich  Nachweis **negativ** am \_\_\_\_\_

Anal-Abstrich  Nachweis **negativ** am \_\_\_\_\_

Wund-Abstrich  Nachweis **negativ** am \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# MRE-Netzwerk Hamburg

- Gemeinsam gegen multiresistente Erreger -

## Begleitbogen MultiResistenteErreger Hamburg

|  |   |
|--|---|
| <b>Patientendaten:</b><br>Name:<br>Vorname:<br>Geburtsdatum:<br>Adresse:   | <b>Einrichtung/Stempel</b><br><br><br>Telefon für Rückfragen: |
| MRE in der Vorgeschichte <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      Erreger: |   |

**Aktueller Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen**  
 gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 14 Absatz 1 HmbMedHygVO

Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus ( MRSA )  
 Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)  
 Enterobacteriaceae(z.B. E.coli, Klebsiellen etc. )                       3MRGN                       4MRGN  
 Acinetobacter baumannii     3MRGN                       4MRGN  
 Pseudomonas aeruginosa     3MRGN                       4MRGN

Sonstige:

### Trägerstatus:

| Lokalisation                             | Kol.                     | Inf.                     | Unbekannt                | Datum letzter Nachweis |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nase/Rachen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Wunde           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Stuhl/Anal      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Blutkultur      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Sputum/Tracheal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Urin            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Haut            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Devices*        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                  |

\*z.B. Katheter, Sonden, PEG, Tracheostoma, Stoma

### MRSA -Sanierungsstatus:

|                        |  |  |                                       |  |
|------------------------|--|--|---------------------------------------|--|
| <b>Sanierung</b>       | <input type="checkbox"/> Nicht indiziert | <input type="checkbox"/> Indiziert aber nicht begonnen | <input type="checkbox"/> Begonnen am: | <input type="checkbox"/> Abgeschlossen |
| Kontrolle Durchgeführt | <input type="checkbox"/> Ja              | <input type="checkbox"/> Nein                          | <input type="checkbox"/> noch Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ       |

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**Bitte nicht vergessen:**

**Krankentransport wurde informiert am:**

Datum:

Unterschrift: