

●KV Hamburg schließt Notfallpraxen am Kath. Marienkrankenhaus sowie am St. Adolph-Stift in Reinbek

Die KV Hamburg stellt ihr Bereitschaftsdienstliches Engagement im Integrierten Notfallzentrum (INZ) am Katholischen Marienkrankenhaus ein. Dies beschloss die Vertreterversammlung (VV) auf ihrer gestrigen Sitzung einstimmig. Die Notfallpraxis der KVH schließt mit Ablauf des 30. Juni 2024.

Außerdem schließt die KV Hamburg ihre Notdienstpraxis am St. Adolph-Stift in Reinbek (Schleswig-Holstein) zum 31. Dezember 2024.

An beiden Standorten ist das Patientenaufkommen zu niedrig, sodass sich beide Praxen nur mit sehr großen wirtschaftlichen Verlusten betreiben lassen.

Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes und des Fachkräftemangels hatte sich die VV entschlossen, die beiden Notfallpraxen zu schließen.

Mehr Informationen in der aktuellen [Pressemeldung vom 7. März 2024](#).
(kvhh.de / Presse / Pressemeldungen)

●Hausarztvermittlungsfall stärker nutzen – Chancen für bessere Kooperation und Regelungen zu Plausibilität und Terminfristen

Aus aktuellem Anlass möchten wir nochmals dazu aufrufen, im Sinne einer guten Patientenversorgung und interkollegialen Zusammenarbeit stärker die Möglichkeiten zu nutzen, die das TSVG bietet. Dies betrifft vor allem die Hausarztvermittlungs- und TSS-Fälle. Hierbei ist es hilfreich, wenn auf Seiten der Fachärztinnen und Fachärzte nach Bedarf entsprechende Terminkontingente speziell für diese Fälle eingerichtet werden und eine gute Erreichbarkeit sichergestellt wird. Die Art der Kommunikation (Tel., Fax, online, Email) können die zusammenarbeitenden Praxen dabei individuell vereinbaren.

Für die direkte Vereinbarung eines Termins in einer Facharztpraxis erhält die Hausarztpraxis 15 €, die Facharztpraxis bekommt den gesamten Fall extrabudgetär vergütet.

Für die Vereinbarung eines entsprechenden Termins kann auch der 116117-Terminservice der KV Hamburg genutzt werden.

1. Terminfristen

Der Facharzttermin, der im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls vereinbart wird, kann ohne weiteren Aufwand vom Folgetag (Tag 1) an bis zum 23. Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit stattfinden. Innerhalb dieser Frist kann der Grund für die Vermittlung in der Abrechnungsdatei angegeben werden, muss er aber nicht.

Wichtig ist hierbei: Der Termin muss also nicht innerhalb von vier Tagen stattfinden, wie es im TSVG bis Ende 2022 galt. Die jeweilige Dringlichkeit und die Art der Kommunikation von Tag 1 bis Tag 23 kann der jeweiligen Indikation entsprechend im Rahmen des Vermittlungsprozesses individuell vereinbart werden.

Der Facharzttermin, der im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls vereinbart wird, kann im Sinne einer erweiterten, immer noch zeitnahen Dringlichkeit auch noch ab dem 24. Tag bis zum 35. Tag stattfinden – in diesem Fall ist eine medizinische Begründung in der Abrechnung anzugeben.

2. Plausibilität

Um Missverständnissen vorzubeugen, weisen wir nochmals darauf hin, dass eine Abrechnungsauffälligkeit bei den Hausarztvermittlungsfällen erst dann zu vermuten ist, wenn in einer Arztpraxis in der Arztgruppe der Haus- bzw. Kinderärzte der Anteil der Fälle mit der Abrechnung der GOP 03008 und 04008 EBM den Wert von 15% aller Praxisfälle in dem jeweiligen Quartal überschreitet.

Beispiel: Wenn eine Praxis also insgesamt 1000 Fälle/Quartal in der Gruppe der Hausärzte abgerechnet hat, können ohne weitere Prüfung bis zu 15% der Arztgruppenfälle – somit also 150 Fälle – als Hausarztvermittlungsfälle generiert werden. Eine Auffälligkeit wäre nur dann zu vermuten, wenn die Gruppe der Hausärzte dieser Praxis mehr als 150 Fälle als Hausarztvermittlungsfälle abgerechnet hätte.

Weiterhin besteht auch für den Fall, dass eine Hausarztpraxis die 15%-Grenze erreicht, die Möglichkeit, ohne Plausibilitätsrisiko einen schnelleren Termin für Patienten zu vereinbaren, nämlich im Rahmen einer Facharztüberweisung über die Terminservicestelle (TSS) bis Tag 35. Hierbei ist wichtig zu beachten, dass es für Überweisungen mit dem TSS-Dringlichkeits-Code keine Plausibilitätsvorgaben und damit auch keine Begrenzung der Anzahl gibt.

In einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem MVZ mit mehreren Fachgruppen bezieht sich die Anzahl der Arztgruppenfälle im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls also nur auf die Gruppe der Haus- bzw. Kinderärzte. Doch auch eine Überschreitung der 15%-Grenze ist plausibel, wenn entlastende Gründe gem. § 12 Absatz 3 Nummer 3 der Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gem. § 106d Abs. 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) vorliegen. Dort heißt es: „Bei einem auffällig hohen Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008 und 04008 können insbesondere berücksichtigt werden: a. fachliche Spezialisierung, b. Betreuung eines besonderen Patientenlientels.“

● **Lieferengpass bei Salbutamol-haltigen Arzneimitteln zur pulmonalen Anwendung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist unter Berufung auf BMG und BfArM darauf hin, dass die Patientenversorgung mit Salbutamol-haltigen Arzneimitteln zur pulmonalen Applikation bis Ende 2024 aufgrund von Lieferschwierigkeiten nicht vollständig gesichert ist.

Eine weiterreichende Prognose sei laut BfArM aktuell nicht möglich. Eine gleichwertige Therapiealternative zu diesen Arzneimitteln gebe es nicht.

Der Beirat Lieferengpässe des BfArM empfiehlt daher Ärztinnen und Ärzten, während des Versorgungsmangels keine Rezepte für eine individuelle Bevorratung auszustellen. Patientinnen und Patienten sollen nur dann ein Folgerezept erhalten, wenn eine weitere Verordnung erforderlich ist. Damit sollen regionale und/oder individuelle Bevorratungen unterbunden werden, um allen Patientinnen und Patienten eine lückenlose Therapie zu ermöglichen. Es soll außerdem die kleinste Packungsgröße (N1) der Salbutamol-haltigen Arzneimittel zur pulmonalen Applikation verordnet und von Apotheken abgegeben werden, um möglichst viele Patientinnen und Patienten zu versorgen.

Mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker ist außerdem vereinbart, dass bei Vorliegen eines Rezeptes über größere Packungseinheiten (N2, N3) die Verordnenden auf die empfohlene Bevorzugung der kleinsten Packungsgröße hingewiesen werden. Notwendigenfalls ist unter Berücksichtigung der lokalen Verfügbarkeit der entsprechenden Arzneimittel auch die Abgabe der Packungsgröße N1 durch die Entnahme von Teilmengen in Erwägung zu ziehen.

Für die Abrechnung dieser „Auseinzelungen“ durch die Apotheken liegt eine entsprechende Vereinbarung mit den Krankenkassen vor. Ein Kontrahierungszwang besteht jedoch nicht. Bei Fragen seitens der Apotheken können die Arztpraxen an den Hamburger Apothekerverein verweisen.

● **Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen**

Im November 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) um den Aspekt „Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“ erweitert. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Dabei müssen sich medizinische Einrichtungen die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch befassen und der Organisationsform und -größe entsprechend konkrete Schritte und Maßnahmen ableiten.

In dem Zusammenhang wird in der Richtlinie auf ein Schutzkonzept hingewiesen. Aber wie erstellt man ein Schutzkonzept? Einen Einstieg in die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung eines Schutzkonzeptes bietet die „Handreichung zur Erstellung von Schutzkonzepten – Prävention, Erkennung und Intervention sexualisierter, körperlicher und seelischer Gewalt sowie Grenzver-

letzungen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen“, die im Rahmen der Sektorenübergreifenden Landeskonferenz zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung erarbeitet wurde. Sie soll sensibilisieren und ermutigen, sich mit Fragen des Kinderschutzes auseinanderzusetzen, und praktische Hilfestellung geben, indem sie grundlegende Aspekte der Schutzkonzeptentwicklung und Bausteine eines Schutzkonzeptes in kurzen Abschnitten thematisiert und mit Leitfragen operationalisiert.

Ein ausführlicher Artikel zu diesem Thema erscheint in der nächsten Ausgabe des KV-Journals.

Die Handreichung steht als [Download auf der Homepage der KVH](#) zur Verfügung (kvhh.de / Praxis / Qualität / Kinderschutz in der Medizin).

Da es hierbei um das Thema Kinderschutz geht ist die Handreichung eingebettet in den Themenkomplex „Kinderschutz in der Medizin“, zu dem ebenfalls Informationen auf der Website hinterlegt sind.

Darüber hinaus greift der Workshop „Prävention und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche (Schutzkonzept)“ am 17.4.2024 das Thema auf. Ziel des Workshops ist das Aufzeigen der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Daneben sollen die Teilnehmenden für Erscheinungsformen sowie das Erkennen von Missbrauch und Gewalt sensibilisiert werden. Dabei sollen eine Reihe an internen sowie externen Maßnahmen und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die in Praxen zum Einsatz kommen können.

Schließlich sollen den Teilnehmenden Schritte aufgezeigt werden, die sie in die Lage versetzen, ein praxisindividuelles Gewaltschutzkonzept zu erarbeiten. Erste Schritte dieses Schutzkonzeptes werden dabei bereits gemeinsam im Workshop umgesetzt.

Anmeldungen sind über die [Homepage der KVH](#) möglich (kvhh.de / Praxis / Veranstaltungen).

● **Barrieren erkennen und abbauen – Neue Fortbildung der KBV für Praxen**

Um den barrierearmen Zugang zur Praxis geht es in einer neuen Fortbildung der KBV für Ärzte und Psychotherapeuten. Die Online-Fortbildung wird im Fortbildungsportal angeboten und ist mit drei CME-Punkten zertifiziert. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Der barrierearme oder barrierefreie Zugang zur medizinischen Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren schrittweise verbessert. Gleichzeitig steigen durch die Berücksichtigung weiterer Beeinträchtigungsarten und neuer technischer Möglichkeiten die Anforderungen, Barrieren abzubauen.

Wie Praxisteams dem gerecht werden können, will die Fortbildung „Barrieren in der Praxis erkennen und abbauen“ vermitteln – mit Tipps und Hinweisen sowie interaktiven Praxisrundgängen, Patienteninterviews und Handlungsanleitungen.

Anhand von interaktiven Praxisrundgängen und ansprechend gestalteten Informationsmaterialien werden Maßnahmen vorgestellt, um Barrieren zu erkennen und abzubauen. Häufig sind es

schon kleine Veränderungen, die Menschen mit Behinderung den Weg in die Praxis erleichtern. Der räumliche Zugang ist dabei ebenso wichtig wie die richtige Kommunikation.

Fortbildung mit drei CME-Punkten

Die Online-Fortbildung dauert ca. 45 Minuten und endet mit einem Multiple-Choice-Test – bei mindestens sieben von zehn korrekt beantworteten Fragen gibt es drei CME-Punkte. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Die Fortbildung ist über das [Fortbildungsportal der KBV](http://kbv.de/html/7703.php) (kbv.de/html/7703.php) zu erreichen

Weitere Hinweise für Praxisinhaber zum Thema Barrierefreiheit gibt es auf der entsprechenden [Themenseite der KBV](http://kbv.de/html/barrierefreiheit.php) (kbv.de/html/barrierefreiheit.php).

● **Abrechnungsverfahren für Leistungen nach Hybrid DRG-V rückwirkend zum 01.01.2024 festgelegt**

Die Abrechnungsmodalitäten für die neuen Hybrid-DRG beim ambulanten Operieren stehen fest. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben eine entsprechende Vereinbarung getroffen, die rückwirkend ab 01.01.2024 gilt. Damit können Vertragsärzte die Fallpauschalen für bestimmte Eingriffe jetzt abrechnen.

In der Vereinbarung ist das Verfahren der Abrechnung beschrieben und welche Daten übermittelt werden müssen. Sie sieht unter anderem vor, dass Ärzte ihre Abrechnung jederzeit einreichen können und die Krankenkassen die Rechnungen der Ärzte künftig innerhalb von 21 Tagen begleichen müssen, sofern sie an der Abrechnung nichts zu beanstanden haben. Die Krankenkassen sowie die KVen müssen die Technik für das neue Abrechnungsverfahren allerdings erst noch einrichten. Laut Abrechnungsvereinbarung haben sie dazu bis spätestens Ende des Jahres 2024 Zeit. Bis dahin gilt eine Übergangsregelung.

Wer ist zur Abrechnung der Leistungen nach §115f SGB V berechtigt?

Berechtigt zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V nachweisen.

Übergangsregelung: Abrechnung mit Quartalsabrechnung

Während der Übergangszeit (1/2024 bis 4/2024) können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte den herkömmlichen Abrechnungsweg nutzen. Das heißt: Sie rechnen alle Eingriffe nach § 115f SGB V, die sie in diesem Jahr durchführen, mit der Quartalsabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Dazu geben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine Pseudo-Gebührenordnungsposition an, die dem Wert einer Hybrid DRG entsprechen. Zusätzlich kennzeichnen sie die Hauptdiagnose im Freitextfeld 5009.

Leistungen im Überblick

GOP	Bezeichnung	Bewertung
83001	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre o. komplexe Herniotomien o. Operation einer Hydrocele testis o. andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82 €
83002	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff o. Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren o. schweren CC	1.965,05 €
83003	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre o. ohne äußerst schwere o. schwere CC	1.653,41 €
83004	Andere Eingriffe am Fuß ohne chronische Polyarthritits o. Diabetes Mellitus mit Komplikationen o. Alter < 16 Jahre	1.072,95 €
83005	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe o. komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25 €
83006	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17 €
83007	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09 €
83008	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien o. bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC o. Alter < 16 Jahre o. Alter > 89 Jahre	1.791,58 €
83009	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien o. bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC o. Alter > 15 Jahre o. Alter < 90 Jahre	1.412,05 €
83010	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere o. schwere CC o. anderer Eingriff an der Harnblase o. Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58 €
83011	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen o. bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose o. bestimmte Eingriffe am Uterus o. kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73 €
83012	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen o. bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose o. andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20 €

Um die Zuordnung der Pseudo GOPen zu den jeweiligen OPS-Codes zu erleichtern, finden Sie eine [Tabelle auf unserer Homepage](#) (kvhh.de / Aktuelle Meldungen / Meldung vom 08.03.2024).

Was bedeutet das konkret für Ihre Abrechnung 1/2024 – 4/2024?

- Legen Sie in der Abrechnung einen separaten Abrechnungsschein an
- Rechnen Sie auf diesem Schein die der Operationsleistung entsprechende Pseudo GOP ab und geben Sie wie gehabt den entsprechenden OPS-Schlüssel an

- Im freien Begründungstext der Pseudo GOP (Feld 5009) geben Sie die Hauptdiagnose an. Es ist folgendes Format zu verwenden: „H_ICD-10“ (Beispiel: H_K40.00). Das „H_“ vor dem ICD-10 Schlüssel ist zwingend anzugeben.
- Ihre Abrechnung würde beispielsweise folgendermaßen aussehen: Pseudo GOP 83001 (5-530.00) (H_K40.00)
- Bitte legen Sie bei der Quartalsabrechnung eine Patientenliste (Name, Vorname, Geb.-Datum, sowie Pseudo GOP und Hauptdiagnose) mit den im ersten Quartal durchgeführten Operationen bei.
- Weitere EBM-Leistungen sind auf diesem Schein nicht berechnungsfähig

Wichtig für Hausärzte: Die Abrechnung der Prä- und Post-OP-Ziffern (z.B. EBM 31010 bis 31013 bzw. 31600) erfolgt weiterhin nach EBM.

Sollten Sie Fragen haben, bitten wir Sie, diese schriftlich an abrechnung@kvhh.de zu senden.

Weitere Informationen finden Sie auf der [Themenseite der KBV](#) (Praxisnachrichten vom 07.03.2024).

Für Fragen zu allen KV-Themen – auch zu den in diesem Telegramm genannten:
Mitgliederservice der KV Hamburg: Telefon 22 802-802, Fax 22802-885
mitgliederservice@kvhh.de

Melden Sie sich jetzt für das mobilfähige eTelegramm an!

