

● Hybrid-DRG-Verordnung: Übergangsregelung für prä- und postoperative Leistungen

Rückwirkend zum 01.01.2024 sind im Bereich der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115 f SGB V EBM-Änderungen als vorläufige Übergangsregelung in Kraft getreten. So können Ärzte jetzt auch bei Eingriffen des Katalogs nach § 115 f SGB V prä- und postoperative Leistungen aus dem EBM-Kapitel 31 abrechnen. Die entsprechenden Regelungen gelten zunächst bis 31.12.2024.

Eine Hybrid-DRG umfasst alle Untersuchungen und Behandlungen, die im unmittelbaren Kontext der Operation in der Einrichtung durchgeführt werden, die den Eingriff vornimmt – von der Operationsvorbereitung bis zur postoperativen Überwachung.

Mit dem jetzt gefassten Beschluss wird klargestellt, dass präoperative Leistungen, die außerhalb der OP-Einrichtung erfolgen, und postoperative Leistungen, die nicht von der Hybrid-DRG umfasst sind, nach EBM abgerechnet werden können.

Abrechnung von präoperativen EBM-Leistungen

Werden präoperative Leistungen außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, erbracht, können Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 31.1.2 berechnet werden.

Abrechnung von postoperativen EBM-Leistungen

Für postoperative Behandlungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 des EBM im Zusammenhang mit Eingriffen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung gilt:

- Welche GOP des Abschnitts 31.4.3 jeweils die zutreffende ist, richtet sich nach dem OPS-Kode des durchgeführten Eingriffs der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 des EBM.

Ist der OPS-Kode aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung **nicht** im Anhang 2 des EBM enthalten gilt:

- Der Operateur gibt dann die GOP 31611 in seiner Abrechnung an.
- Übernimmt auf Überweisung des Operateurs ein Facharzt die postoperative Behandlung, ist die GOP 31610 abrechenbar.
- Wird die postoperative Behandlung durch einen Haus- bzw. Kinder- und Jugendarzt durchgeführt, ist die GOP 31600 abrechenbar.

Sollte die postoperative Behandlung von einem Facharzt oder einem Haus- bzw. Kinder- und Jugendarzt durchgeführt werden, so muss die Operierende Einrichtung zwingend auf dem Überweisungsschein kenntlich machen, dass es sich bei der Operation um eine Hybrid-DRG gehandelt hat, idealerweise mit dem Hinweis auf die GOP 88110.

Ab dem 01.04.2024 ist dringend zu beachten, dass die drei o. g. Fälle zusätzlich mit der GOP 88110 vom Leistungserbringer zu kennzeichnen sind.

Aufgrund der erst zum 28.03.2024 veröffentlichten o. g. Regelung des Bewertungsausschusses wurde festgehalten, dass auf die Kennzeichnung mit der GOP 88110 (Kennzeichnung von Postoperativen Fällen, die nicht im Anhang 2 EBM aufgeführt sind) im Zeitraum vom 01.01.2024 bis 31.03.2024 verzichtet werden kann.

Haus- und Fachärzte können die postoperative Behandlung auch übernehmen und nach EBM abrechnen, wenn der ambulante Eingriff in einem Krankenhaus erfolgt ist. In diesem Fall benötigt der Patient keine Überweisung.

Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Themenseite der [KBV \(https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php\)](https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php)

● **Ambulante Operateure erhalten Zuschläge für höheren Hygieneaufwand**

Für ambulante Operationen sollen zusätzliche Zuschläge für den höheren Hygieneaufwand vereinbart werden. Ärzte können diese dann rückwirkend zum 01.01.2024 geltend machen. Die Beratungen im Bewertungsausschuss stehen kurz vor dem Abschluss, konnten jedoch nicht bis zum Ende des ersten Quartals beendet werden.

● **Hygienezuschlag für fast alle Eingriffe**

Für fast alle Eingriffe, die im Abschnitt 31.2 des EBM (Ambulante Operationen) aufgeführt sind, soll es einen Hygienezuschlag geben.

Ausnahmen bilden Kataraktoperationen (GOP 31350 und 31351) sowie Gebührenordnungspositionen, die keinem OPS-Code im Anhang 2 des EBM zugeordnet sind. Für die Operationen aus Kapitel 1 – Sterilisation (GOP 01854, 01855) und Abruptio (GOP 01904 und 01905) – sind ebenfalls Zuschläge vorgesehen.

Der Hygienezuschlag ist je nach Eingriff unterschiedlich hoch. Die Höhe richtet sich u. a. nach dem Aufwand der Sterilisation der Instrumente und nach der Dauer der Operation. Dadurch gibt es insgesamt 66 Zuschläge, deren Spanne von 3,34 Euro bis 62,18 Euro reicht. Sie sind im neuen EBM-Abschnitt 31.2.19 und im Abschnitt 1.7.6 und 1.7.7 des EBM aufgeführt. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und damit für jeden Eingriff in voller Höhe.

Wir informieren Sie baldmöglichst über die rückwirkende Umsetzung für das erste Quartal.

Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Themenseite der KBV (https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php).

● **Cannabis-Verordnung nur noch über E-Rezept oder Muster 16**

Seit dem 1. April 2024 wird medizinisches Cannabis nicht mehr auf dem Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) verordnet, sondern über eRezepte oder auf Muster 16. Diese Änderung erfolgt aufgrund einer Teil-Legalisierung von Cannabis gemäß dem Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG), das am 1. April 2024 in Kraft getreten ist.

Das Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) definiert medizinisches Cannabis als Pflanzen, Blüten und andere Pflanzenteile der Gattung Cannabis, die unter staatlicher Kontrolle für medizinische Zwecke angebaut werden, sowie Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Zubereitungen dieser Substanzen. Auch das Fertigarzneimittel Sativex® fällt damit aus der BtM-Pflicht. Diese Produkte werden nun mit „normalen“ Rezepten oder eRezepten für Versicherte mit schwerwiegenden Erkrankungen gemäß Paragraph 31 Absatz 6 SGB V verordnet. Die Rezepte dürfen dann längstens 28 Tage nach Ausstellungsdatum zu Lasten der Krankenkasse beliefert werden.

Eine Ausnahme bildet der Wirkstoff Nabilon (Canemes®), ein synthetisches Cannabinoid ähnlich THC, der weiterhin auf dem BtM-Rezept verordnet werden muss, da er in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) bleibt. Somit ist Nabilon unter bestimmten Voraussetzungen zur Versorgung von Versicherten mit schwerwiegenden Erkrankungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin verordnungsfähig.

● **Förderung der Weiterbildung - wichtige Neuerungen seit dem 01.04.2024**

Zum 1. April 2024 wurde die Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung aktualisiert. Hier die wichtigsten Änderungen:

Es erfolgte eine Änderung im §2 Verteilung der Förderstellen der weiteren Facharztgruppen. Demnach ist die Förderung nun auf eine maximal zulässige Förderdauer eines Weiterbildungsverhältnisses von 24 Monaten begrenzt.

Die neue Richtlinie finden Sie auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.net unter der Rubrik „[Praxis > Recht und Verträge und Amtliche Bekanntmachungen der KVH](#)“.

● **DMP Asthma bronchiale und DMP COPD**

Der DMP-Vertrag Asthma und COPD ist zum 01.04.2024 in zwei eigenständige Verträge pro Erkrankungsbild aufgeteilt worden. Dies geschah im Zuge der vertraglichen Anpassung an neue Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie. Diese wurde für das jeweilige DMP vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aktualisiert.

Die DMP-Verträge Asthma und COPD finden Sie im Internet unter:

www.kvhh.de - [Menü - Praxis - Recht & Verträge - Verträge - DMP](#)

Ansprechpartner: Mitgliederservice, Tel: 22802-802

● eArztbrief: Frist bis zum 30. Juni

Ärzte und Psychotherapeuten müssen ab 30. Juni 2024 elektronische Arztbriefe empfangen können. Das sieht das am 26. März 2024 in Kraft getretene Digital-Gesetz (DigiG) vor. Nach der Verordnung zur Finanzierung der Kosten für die Telematikinfrastruktur (TI) des Bundesgesundheitsministeriums müssen Praxen eigentlich bereits seit 1. März die aktuelle Version der eArztbrief-Software installiert haben. Andernfalls wird ihnen die monatliche TI-Pauschale um 50 Prozent gekürzt. Ausnahme: Für das Praxisverwaltungssystem ist keine entsprechende Software verfügbar.

S. hierzu auch Telegramm Nr. 2 vom 26. Januar 2024 unter www.kvh.de. [Presse – Publikationen – Telegramme](#)

● Strukturförderpauschale GOP 01660

Korrektur: Die Strukturförderpauschale GOP 01660 kann nicht mehr abgerechnet werden. Im Telegramm 02 / 26. Januar 2024 hatten wir fälschlicherweise gemeldet, dass dies noch möglich ist. Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen.

● Infos zu TI-Störungen auf WhatsApp-Kanal abrufen

Wenn aufgrund einer Störung in der TI keine eRezepte, eAUs oder eArztbriefe ausgestellt werden können, ist in der Praxis die Verzweiflung groß. Um sich schnell über Ursache und mögliche Dauer einer TI-Störung zu informieren, bietet die für die TI-Technik verantwortliche Gematik über den Messengerdienst „WhatsApp“ einen eigenen Kanal an. Der Kanal bietet dem Praxispersonal die Möglichkeit, sich unkompliziert zu TI-Störungen zu informieren. Dazu wird das Feature „WhatsApp-Kanal“ genutzt: Interessierte können den Kanal „gematik“ abonnieren, um zu Störungen und Entwarnungen auf dem Laufenden zu bleiben. Den Kanal erreichen Interessierte über den Link gematik | WhatsApp-Kanal (<https://www.whatsapp.com/channel/0029VaHGwpr1NCrNzkioHA01>). Weiterhin informiert die Gematik zu Störungen unter: <https://fachportal.gematik.de/ti-status/stoerungen>.

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!

