

AAC *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 19 – Q4 2023

NR. 19 – Q4 2023

INHALT

PRAXISTEST – Was leistet der AAC-PRAXISNAVIGATOR®	4
Hypertonie und Diabetes – Verträge zur Früherkennung von Begleiterkrankungen	6
Bundesweite Regelungen ab 01.10.2023	8
Regionale KV-Regelungen ab 01.10.2023	24
Regionale HzV-Regelungen ab 01.10.2023	38
Abrechnungstipps für die Privatabrechnung	42

HERAUSGEBER
AAC PRAXISBERATUNG AG
Am Treptower Park 75
12435 Berlin

REDAKTION
Dr. med. G. Lübben (V.i.s.d.P.)
Telefon: 030 · 22 44 523 0
E-Mail: info@aac-ag.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT
Jacqueline Rositzka
Franziska Mainda

MAGAZIN ALS PDF
www.aac-ag.de/magazin

© 2023 AAC PRAXISBERATUNG AG
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

BILDNACHWEISE

Seite 1 auf Basis von © anttoniart - stock.adobe.com
Seite 5 auf Basis von © buravleva_stock - stock.adobe.com
Seite 8 auf Basis von © Petair - stock.adobe.com
Seite 14 © greenbutterfly - stock.adobe.com
Seite 20 © george - stock.adobe.com
Seite 24 © ParinApril - stock.adobe.com
Seite 31 © Mikhail Reshetnikov - stock.adobe.com
Seite 37 © Gorodenkoff - stock.adobe.com
Seite 41 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 48 auf Basis von © Elena Butusova - stock.adobe.com

DRUCK
MG-Print, Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

WILLKOMMEN

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

der Orientierungspunktwert für 2024 steht fest. Mit einer Steigerung von 3,85 % bleibt das Ergebnis meilenweit hinter den Forderungen der KBV nach einer Erhöhung von 10,2 % zurück. Bei aller Enttäuschung ist es doch der größte Sprung beim Honorar mit einem Plus von 1,6 Milliarden Euro. Der GKV-Spitzenverband kommentiert den zusammen mit der KBV getroffenen einstimmigen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss so: „Ein Honoraranstieg von 3,85 % ist üppig, aber angesichts von Inflationsentwicklung und Fachkräftemangel sachgerecht.“ Da muss man erst einmal tief durchatmen ...

Aber es ist auch klar, dass die Finanzierung der Praxen damit immer noch mehr als unzureichend ist und der Praxisgewinn bei unvermindert hohen Kosten weiter kräftig unter Druck steht. Die Praxen müssen sich deshalb darauf konzentrieren, die Einnahmeseite zu stärken. Dabei können wir Sie unterstützen!

Für **extrabudgetäre Umsatzzuwächse** bieten sich im hausärztlichen Bereich die DMP und die weitestgehend unbekanntenen Selektivverträge zur Früherkennung von Begleiterkrankungen an. Zu beiden Themen haben wir neue Auswertungen konzipiert. Wir stellen Ihnen die Chancen der Früherkennungsverträge im Überblick vor.

Im fachärztlichen Bereich geht es um die konsequente Nutzung der **offenen Sprechstunde** und des **Hausarztvermittlungsfalls**. Mit allen Maßnahmen kann extrabudgetärer Umsatz generiert werden, den die Praxen dringend brauchen.

Am besten kann die Abrechnung mit dem **AAC-PRAXISNAVIGATOR®** zeiteffektiv ausgesteuert werden. Mit der Software können die anfallenden Arbeiten flexibel bereits während des laufenden Quartals erledigt werden. Das stressige Fertigstellen der Abrechnung zum Quartalsende entfällt. Wir stellen Ihnen das Beispiel einer orthopädischen Doppelpraxis vor, die durch das flexible Abrechnungs-Controlling mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® bei insgesamt reduziertem Arbeitsaufwand die Abrechnungsqualität innerhalb von zwei Quartalen eindrucksvoll steigern konnte.

Natürlich stehen wir auch in diesem Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie und Ihr Team bestmöglich durch eine engmaschige Steuerung der Abrechnung. Den Überblick, was sich ansonsten in der Welt der Abrechnung alles ereignet, erhalten Sie wie immer hier!

In den Beiträgen haben wir zu Ihrer schnelleren Orientierung die Relevanz des Beitrags für die jeweilige Fachgruppe direkt unter die Überschrift des jeweiligen Beitrags gestellt.

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung wünschen Ihnen

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

PRAXISTEST

WAS LEISTET DER AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Die orthopädische Gemeinschaftspraxis besteht aus zwei Praxisinhabern und bietet das gesamte Spektrum der präventiven und konservativen Behandlungsmethoden an. Zusätzlich sind beide Praxisinhaber auch operativ tätig. Es werden pro Quartal zwischen 1.500 bis 1.700 Patienten versorgt.

Die Zusammenarbeit startete in Q3 2022 mit dem Wunsch einer Standortbestimmung durch einen Check der Abrechnung. Durch eine bisher wenig ausgesteuerte Abrechnung bei unterschiedlichen Fehlern in den Bereichen Abrechnung und Kodierung ergab sich bereits ein kurzfristig zu hebendes Umsatzpotential von ca. 8.600 € bei einem Prüfpotential von ca. 4.900 €. Es gab also einiges zu tun!

In Q4 2022 wurde das gesamte Praxisteam intensiv zu den Themen Abrechnung, Kodierung sowie der wirtschaftlichen und plausiblen Steuerung der Abrechnung geschult. Die Praxis hat sich dann ab Q1 2023 für das selbstständige Abrechnungs-Controlling mittels AAC-PRAXISNAVIGATOR® entschieden. Eine MFA hat als Praxismanagerin die primäre Verantwortung für die Steuerung der Abrechnung übernommen.

Der **AAC-PRAXISNAVIGATOR®** kommt erstmals ca. 6 Wochen nach Quartalsbeginn und dann im letzten Quartalsmonat 1–2 mal pro Woche zum Einsatz. In der letzten Woche des Quartals wird die Software teils täglich zur Behebung der letzten Fehler genutzt.

Die **Abrechnungsqualität** hat sich effektiv verbessert. Gleichzeitig wurden die bestehenden Qualitätsmängel und Prüfrisiken beseitigt. Im Ergebnis konnte die Praxis den Wegfall der Neupatientenregelung durch die konsequente Nutzung der offenen Sprechstunde, der leistungsfallbezogenen QZV und des Hausarztvermittlungsfalls nicht nur komplett kompensieren, sondern den Scheinwert sogar noch einmal deutlich steigern:

Quartal	Q3 2022	Q4 2022	Q1 2023	Q2 2023	Vergleich Q3 2022 zu Q2 2023
Scheinwert (€)	74,76	79,92	83,02	87,34	+ 12,58 %
Maßnahme	Erstberatung	Intensiv-Schulung	AAC-PRAXIS-NAVIGATOR®	AAC-PRAXIS-NAVIGATOR®	

PRAXISTEST

WAS LEISTET DER AAC-PRAXISNAVIGATOR®

Die Vorteile des AAC-PRAXISNAVIGATORS® auf einen Blick:

- kein Abrechnungsstress mehr zum Quartalsende
- effektives und zeitnahes Controlling der Abrechnung im laufenden Quartal
- Reduktion des Zeitaufwands für die Abrechnungskontrolle
- mehr Kapazitäten des MFA-Teams für die Patientenversorgung
- deutliche Steigerung des Scheinwerts

Wäre das auch etwas für Sie?

Ihr Praxisberater zeigt Ihnen gerne in einer kostenlosen und unverbindlichen **Live-Demonstration**, welche interessanten Chancen sich auch für Ihre Praxis mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® ergeben.



HYPERTONIE UND DIABETES

Verträge zur Früherkennung von Begleiterkrankungen

Die Selektivverträge zur Früherkennung von Begleiterkrankungen zu den Indikationen **Hypertonie** und **Diabetes** werden in 14 der 17 KVn z. T. seit 2019 von Krankenkassen angeboten. Die Leistungen werden über die KV abgerechnet. Die Verträge sind bis heute weitestgehend unbekannt, bieten aber den teilnehmenden Hausarztpraxen die Chance signifikanter zusätzlicher **extrabudgetärer Umsätze**. Für die Umsetzung der Früherkennungsverträge wurde ein komplett neuer Check in unsere Analyse integriert. Wir geben Ihnen einen kurzen Überblick über die wichtigsten vertraglichen Regelungen. Ihr Berater hat die Details.

Je nach Anzahl der Krankenkassen mit Früherkennungsverträgen haben Hausarztpraxen 100 bis 300 geeignete Patienten und damit ein Screening-Potential von **3.000 bis 10.000 €**.

Wir zeigen Ihnen, wie Sie die neuen Leistungen dieser Verträge gut und erfolgreich umsetzen.

Regelungen	
teilnehmende KVn	alle außer Hessen, Nordrhein und Sachsen-Anhalt
teilnehmende Krankenkassen	überwiegend: TK, DAK, KKH und HEK regional: BKKn, BIGdirekt, AOK
teilnehmende Arztgruppen	Hausärzte, in einigen KVn auch fachärztliche Internisten
Teilnahmevoraussetzung Arzt	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmeerklärung gegenüber der KV • Betreuung von 30 Patienten mit Hypertonie bzw. Diabetes (in einigen KVn)
Teilnahmevoraussetzung Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmeerklärung/Einschreibung • bekannte Grunderkrankung <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes (E10.- bis E14.-) bzw. • Hypertonie (I10.- bis I13.-) • keine diagnostizierten Begleiterkrankungen im aktuellen und den 3–4 Vorquartalen
Leistung 1	
Screening/Früherkennungsuntersuchung einer Begleiterkrankung bei	<ul style="list-style-type: none"> • 20 € je Screening-Leistung • einmal je Krankheitsfall
Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> • Nephropathie, pAVK
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Nephropathie, pAVK, Neuropathie, LUTS, Diabetesleber
Diagnostik	
pAVK	<ul style="list-style-type: none"> • ABI-Messung
Nephropathie	<ul style="list-style-type: none"> • eGFR/Kreatinin-Clearance, Mikroalbuminurie
LUTS	<ul style="list-style-type: none"> • Blasenentleerungsverhalten anhand Miktionstagebuch über 48h
Neuropathie	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilitätstests (Stimmgabel, Monofilament) und ggf. Schweißtest (Neuropad® Anidrosetest)
Diabetesleber	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall der Leber, Leberwerte

Regelungen	
Leistung 2	
Weiterbetreuung nach diagnostizierter Begleiterkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • 20 € je Betreuungsleistung • zwei Mal je Krankheitsfall oder Kalenderjahr, sofern eine Begleiterkrankung im Screening diagnostiziert wurde • nicht im gleichen Quartal wie Screening
Diagnosen	ICD-Kodes*
LUTS	• I70.2 G
Neuropathie	• N18.- G
Diabetesleber	• N31.1, N31.2 G
Neuropathie	• G59.0*, G63.2* G
Diabetesleber	• K77.8* G
*Hinweis: wichtigste Diagnosen, vertragsspezifisch sind weitere Diagnosen möglich	
Vergütung	extrabudgetär
vertragsspezifische Dokumentation	nicht erforderlich, nur ärztliche Routine-Dokumentation in der Patientenakte
gleichzeitige Teilnahme an beiden Früherkennungsverträgen	Nein. Patienten mit beiden Grunderkrankungen sind ausschließlich im Diabetesvertrag zu betreuen.
gleichzeitige Teilnahme am DMP KHK bzw. Diabetes	möglich

Fortbildung

Zu den Früherkennungsverträgen sowie zu den neuen DMP-Auswertungen bieten wir allen hausärztlichen Kunden auch noch einmal drei virtuelle Fortbildungsveranstaltungen an.

Sie haben die Wahl:

- ✦ Mittwoch, den 08.11.2023 um 17:00 Uhr
- ✦ Donnerstag, den 09.11.2023 um 18:30 Uhr
- ✦ Freitag, den 10.11.2023 um 15:00 Uhr

Anmeldung unter www.aac-ag.de/fortbildung



eRezept



WAS GIBT'S NEUES?

BUNDESWEITE REGELUNGEN AB 01.10.2023

1

Das eRezept kommt!

alle
Fachgruppen

Im Januar wird die Nutzung des eRezepts anstelle des bisherigen Muster 16 Vordrucks gesetzlich verpflichtend. Die KVn appellieren deshalb zurecht, mit der Einführung des eRezepts in der eigenen Praxis nicht bis zum Schluss zu warten oder sogar erst im Januar 2024 zu beginnen.

Die Einführung ist kein „Hexenwerk“, aber sie erfordert doch eine Umgewöhnungsphase für das gesamte Praxisteam. Ebenso sind Anpassungen der IT-Systeme in der Praxis erforderlich.

Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Einführung des eRezepts sind:

- ein frühzeitiger Start der Implementierung
- Testläufe und Austausch mit Apotheken und Abstimmung der Prozesse
- PVS-Hersteller kontaktieren, Komfortsignatur einrichten sowie Benutzermanagement und Arbeitsplätze prüfen und einrichten
- neue Prozesse für Rezepterstellung im Team festlegen
- mit neuen Funktionen, z. B. Arbeitsmappe und Rezeptvorschau, vertraut machen
- Kommunikationsstrategie für die Information der Patienten mit dem Team festlegen

Bisher haben sich die meisten Praxen noch nicht mit dem eRezept auseinandergesetzt. Bitte denken Sie daran, dass die IT-Systemhäuser im Dezember und im Januar maximal ausgelastet bzw. der Kunden-Support vermutlich überlastet sein dürfte. Das sollten Sie vermeiden.

Warten Sie nicht – Starten Sie jetzt!

2

Orientierungspunktwert 2024

alle
Fachgruppen

Eigentlich sollten die Honorarverhandlungen bis zum 31.08.2023 abgeschlossen sein. So sieht es die gesetzlich definierte Frist im SGB V vor. Aber bereits nach der ersten Verhandlungsrunde war klar, dass KBV und GKV-Spitzenverband hinsichtlich ihrer Vorstellungen zur Erhöhung des Orientierungspunktwerths (OPW) 2024 meilenweit auseinanderliegen. Die Kassen boten 2,1 %, die KBV forderte 10,2 %.

Am 13.09. war klar, dass man das Schiedsgremium, den Erweiterten Bewertungsausschuss anrufen muss, um zu einer Entscheidung zu kommen. Die Entscheidung fiel dann einstimmig aus. Die Ergebnisse im Überblick:

- Der OPW steigt 2024 um **3,85 %** und beträgt dann 11,9339 Cent.
- Weiterhin ergibt sich aus der bereits beschlossenen Veränderungsrate von Demografie und Morbidität eine Erhöhung der Finanzmittel um 43 Millionen Euro.
- Das Plus für die ambulante Versorgung gesetzlich Versicherter beträgt knapp 1,6 Milliarden Euro.
- Tarifierhöhungen bei den Medizinischen Fachangestellten werden ab dem nächsten Jahr unmittelbar für die Honorarverhandlungen berücksichtigt. Bisher erfolgt dies mit einer zweijährigen Verzögerung.
- Die Verhandlungen zur Dynamisierung von Kostenpauschalen, zum Beispiel für Dialysen und Laboruntersuchungen, sowie über eine Vergütung des Mehraufwands von Arztpraxen infolge von Arzneimittelengpässen werden fortgeführt – ebenso zu den gestiegenen Hygienekosten bei ambulanten Operationen. Sie sollen Ende 2023 abgeschlossen sein.

Die nebenstehende Grafik zeigt die Entwicklung des OPW seit 2013. Damit wird klar, dass die Erhöhung von 1,6 Milliarden Euro den stärksten Zufluss an Geldmitteln für das ärztliche Honorar der letzten 10 Jahre darstellt. Dies sollte – bei aller nachvollziehbaren Enttäuschung über den erreichten prozentualen Zuwachs – mit in die Bewertung einbezogen werden.

Quelle:
KBV, Bewertungsausschuss,
Ärzte Zeitung

HONORARENWICKLUNG			
Jahr	Plus in %	Plus in Mio. €	
2024	3,85 %	1.600	
2023	2,00 %	780	
2022	1,27 %	540	
2021	1,25 %	500	
2020	1,52 %	565	
2019	1,58 %	550	
2018	1,18 %	438	
2017	0,90 %	315	
2016	1,60 %	550	
2015	1,40 %	462	
2014	1,30 %	360	
2013	0,00 %	280	

3

Digitalisierung schreitet weiter voran

alle
Fachgruppen

Aktuell starten die parlamentarischen Beratungen für zwei Gesundheits-Digitalgesetze. Mit beiden Gesetzesvorhaben will das BMG die Digitalisierung der Patientenversorgung und Forschung weiter vorantreiben. Es handelt sich zum einen um das Digitalgesetz (DigiG), zum anderen um das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Beide werden weitreichende Auswirkungen auf den Praxisalltag haben, wenn sie voraussichtlich im Februar 2024 in Kraft treten. Wir haben wichtige Eckpunkte der geplanten Gesetze – Stand Kabinettsbeschluss - schon einmal für Sie zusammengefasst:

elektronische Patientenakte (ePA)

- Alle gesetzlich Versicherten erhalten automatisch ab Januar 2025 eine ePA.
- Wer diese nicht nutzen möchte, muss aktiv widersprechen (opt-out).
- Eine Anpassung der Vergütung für die Erstbefüllung von 10 € ist nicht vorgesehen.
- Als erstes können der elektronische Medikationsplan sowie Notfalldaten und Labordaten in der ePA erfasst werden.
- Leserechte können von den Patienten selektiv eingeschränkt werden.
- Jeder Versicherte hat Anspruch auf die Digitalisierung alter Patientenakten durch die Krankenkasse. Über zwei Jahre können insgesamt zwei Mal bis zu zehn Dokumente in die ePA durch die Kassen eingepflegt werden.

Videosprechstunden

- Die bisherige Begrenzung auf maximal 30 % der ärztlichen Leistungen soll fallen.
- Außerdem sollen durch den Bewertungsausschuss Kriterien neu festgelegt werden, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden können.
- Zusätzlich soll der Bewertungsausschuss die Vergütung an Qualitätskriterien koppeln, um einer reinen Mengenausweitung entgegenzuwirken.
- In der Ärzte-Zulassungsverordnung wird künftig geregelt, dass Videosprechstunden auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten erbracht werden können. Diese Videosprechstunden sind aber auf Zeiten außerhalb der regulären Mindestsprechstundenzeiten bzw. der offenen Sprechstunden beschränkt.

eRezept

- Das eRezept soll 2024 flächendeckend eingeführt werden.
- Praxen, die dazu technisch nicht in der Lage sind, wird ab Q2 2024 das Honorar pauschal um 1 % gekürzt werden.

4

Neuerungen zu den TI-Pauschalen im Überblick rückwirkend zum 01.07.2023

alle
Fachgruppen

Die KBV hat mehrere Verbesserungen der Regelungen zu den TI-Pauschalen durchsetzen können. Das BMG wird die Rechtsverordnung entsprechend anpassen, so dass alle Änderungen rückwirkend zum 01.07.2023 in Kraft treten.

Die Änderungen auf einen Blick

- Praxen und MVZ mit mehr als neun Ärzten oder Psychotherapeuten erhalten für jeweils bis zu drei weitere ärztliche Mitarbeiter einen Zuschlag von 28,60 € auf die Pauschale.
- Ebenso zählen jetzt die Anzahl der Köpfe in der Praxis und nicht Vollzeitäquivalente. Maßgeblich für die Anzahl des ärztlichen Personals ist jetzt die Anzahl der Ärzte am letzten Tag des Quartals.
- Ebenso wurde eine Änderung für Fachgruppen vorgenommen, die bestimmte TI-Anwendungen nicht nutzen. Dies gilt z.B. für Psychologische Psychotherapeuten, die weder AU noch Arzneimittelrezepte ausstellen. Auch Anästhesisten, die an unterschiedlichen OP-Standorten tätig sind, sind ausgenommen. Sofern sie nur mit einem mobilen Kartenterminal im Einsatz sind, können auch sie weder Verordnungen noch AU ausstellen. Ihnen wäre bei fehlendem Nachweis der technischen Voraussetzungen die Pauschale gekürzt worden.
- Praxen, die während der Einführung der neuen TI-Pauschale das Praxisverwaltungssystem wechseln, müssen einen Großteil der geforderten TI-Anwendungen erst ab dem zweiten Quartal 2024 nachweisen.
- Der verbindliche Starttermin des elektronischen Arztbriefs wurde auf den 1. März 2024 verschoben. Die Verschiebung ist erforderlich, da noch nicht alle Softwarehäuser das geforderte eArztbrief-Modul bereitstellen können.
- Das BMG hat zudem die Frist vom 31. Dezember 2023 auf den 30. Juni 2024 verlängert bis zu der Praxen Ansprüche auf die alten TI-Finanzierungspauschalen anmelden können.

Überblick über die vereinbarten TI-Pauschalen			
Anzahl der Vertragsärzte/ -psychotherapeuten in der Praxis	Höhe der Pauschale in SZENARIO 1	Höhe der Pauschale in SZENARIO 2	Höhe der Pauschale in SZENARIO 3
	<ul style="list-style-type: none"> • noch keine Erstausrüstung oder Erstausrüstung erfolgte bereits vor dem 1. Januar 2021 • Konnektor wurde noch nicht getauscht oder Tausch erfolgte bereits vor dem 1. Januar 2021 • alle Anwendungen installiert 	<ul style="list-style-type: none"> • ERSTAUSRÜSTUNG nach dem 31. Dezember 2020 • alle Anwendungen installiert • die Pauschale wird für 30 Monate nach der Erstausrüstung reduziert – ab dem 31. Monat erhalten die Praxen die TI-Pauschale aus SZENARIO 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • KONNEKTOR-TAUSCH nach dem 31. Dezember 2020 • alle Anwendungen installiert • die Pauschale wird für 30 Monate nach dem Konnektortausch reduziert – ab dem 31. Monat erhalten die Praxen die TI-Pauschale aus SZENARIO 1.
bis zu 3	237,78 €	131,67 €	199,45 €
mehr als 3 bis zu 6	282,78 €	143,29 €	242,78 €
mehr als 6 bis zu 9	323,90 €	151,04 €	282,23 €
mehr als 9 bis zu 12	352,50 €	165,34 €	310,83 €
jeweils bis zu drei weitere Ärzte	obige Pauschale plus jeweils 28,60 €	obige Pauschale plus jeweils 14,30 €	obige Pauschale plus jeweils 28,60 €



5

DiGA-Leistungen jetzt auch von Schmerztherapeuten abrechenbar

Schmerz-
therapeuten

Seit 1. August 2023 können auch Schmerztherapeuten, die über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie verfügen, die Verlaufskontrolle bei vorläufigen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) über die Ziffer 86700 abrechnen, sofern für die verordnete DiGA eine Verlaufskontrolle vorgesehen ist.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
86700	Verlaufskontrolle und Auswertung bei einer vorläufigen digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA)	7,12 €

Zur Erinnerung

Die Abrechnung DiGA-bezogener Leistungen hängt davon ab, ob die DiGA im Verzeichnis als „dauerhaft“ oder „vorläufig“ gelistet ist. Für dauerhafte DiGA können Praxen die spezifische Ziffer aus dem EBM-Abschnitt 1.4 verwenden. Handelt es sich um vorläufige DiGA, erfolgt die Abrechnung über die allgemeine Ziffer 86700.

Bereits seit Januar 2023 gelten die Ziffern 01470 und 86701 für die Erstverordnung von DiGA nicht mehr. Die Vergütungen für Erst- und Folgeverordnungen von DiGA sind in der Versicherten- oder Grundpauschale enthalten.

6

Genehmigung der Nichtärztlichen Praxisassistenz auch für Fachkräfte der Pflegeberufe

alle
Fachgruppen

KBV und GKV-Spitzenverband haben die Delegationsvereinbarung dahingehend ergänzt, dass ab sofort auch Fachkräfte, die nach dem Pflegeberufegesetz ausgebildet und über die Zusatzbezeichnung „Nichtärztliche Praxisassistenz“ verfügen, von den KVn als solche genehmigt werden können. Dies ist Voraussetzung, dass die Praxis die zusätzlichen Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenz abrechnen kann.

7

„116117-Terminservice“: Terminverwaltungssoftware für Praxen

alle
Fachgruppen

Um Arztpraxen bei der Terminvergabe für Patienten in anderen Praxen zu unterstützen, gibt es seit Mitte des Jahres eine komplett überarbeitete Version der Terminverwaltungssoftware „116117-Terminservice“. Diese Terminverwaltungssoftware für Praxen wird von den KVn kostenlos zur Verfügung gestellt. Darüber können Praxen Termine bereitstellen und Termine in anderen Praxen für ihre Patienten buchen, z. B. im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls.

Für die Praxis

Die Webanwendung ist über das KV-SafeNet-Portal oder die TI erreichbar. Weitere Informationen inklusive hilfreicher Videotutorials finden Sie unter: praxis.116117-termine.de

8

Kein Regressrisiko bei COVID-19-Impfstoffen in Mehrdosenbehältnissen, aber weiterhin wöchentliche Dokumentationspflicht

alle
Fachgruppen

Das BMG hat der KBV noch einmal bestätigt, dass es kein Regressrisiko für die Praxen gibt, wenn nicht der gesamte Impfstoff für SARS-CoV-2-Impfungen aus Mehrdosenbehältnissen verimpft werden kann. Dies gilt für den an die Omikron-Variante angepassten COVID-19-Impfstoff XBB.1.5 von BioNTech/Pfizer, da er nicht in Einzeldosen, sondern nur in sechs Fläschchen für Erwachsene/Jugendliche sowie zehn Dosen für Kleinkinder ausgeliefert wird.

Gut zu wissen

Der angepasste Impfstoff Spikevax XBB.1.5 von Moderna wird auch in Einzeldosen angeboten, jedoch nicht zentral vom Bund über das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) beschafft und kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Kostenübernahme für den Impfstoff für gesetzlich Versicherte muss zunächst vom GKV-Spitzenverband bestätigt werden. Bis dahin empfiehlt Moderna die Verordnung auf Privatrezept und einen Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse des Versicherten. Die KBV rät deshalb, den BioNTech-Impfstoff zu verwenden!

Corona-Impfungen müssen nach wie vor tagesgenau erfasst und wöchentlich über das Impfportal gemeldet werden. Die Anpassung an die Meldevorgaben anderer Impfungen hat das BMG abgelehnt.

Anpassungen DMP-Programme

Hausärzte,
Internisten

DMP Asthma – Anpassungen der medikamentösen Therapie

Das DMP wurde durch den G-BA auf den neuesten medizinischen Wissensstand aktualisiert. Dies betrifft insbesondere die Hinweise zur medikamentösen Therapie. Diese entsprechen jetzt den aktuellen Leitlinienempfehlungen.

Es gibt jetzt für die Asthmakontrolle und medikamentöse Therapie Stufenpläne: fünf Stufen für Erwachsene, sechs für Jugendliche. Neue Abschnitte adressieren Jugendthemen in der Therapieplanung und fügen die Atemtherapie als nicht-medikamentöse Option hinzu.

In bestimmten Indikationen, wie bei Asthma und dysfunktionaler Atmung, kann Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie gemäß der Heilmittel-Richtlinie verschrieben werden. Die Bedeutung von Selbsthilfetechniken zur Atemnotlinderung wird in der neuen Fassung des DMP hervorgehoben. Die App „Propeller Health“ unterstützt das Selbstmanagement, inklusive Medikamentenerinnerung.

DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 – Anpassung der Dokumentationssoftware

Ab dem vierten Quartal 2023 darf nur noch die aktualisierte Dokumentationssoftware verwendet werden.

Es wurden hier zwei neue Dokumentationsparameter „SGLT2-Inhibitor“ und „GLP-1-Rezeptoragonist“ im DMP Diabetes mellitus Typ 2 aufgenommen. Patienten mit manifester arteriosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung, chronischer Herzinsuffizienz oder klinisch relevanter Nephropathie können so von einer Therapie mit den neuen antidiabetischen Substanzen, bevorzugt in einer Kombinationstherapie aus Metformin plus SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin oder Dapagliflozin) oder GLP-1-Rezeptoragonisten (Liraglutid) profitieren.

Ebenso wurden in der neuen Version vier Dokumentationsparameter zu den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie zwei Dokumentationsparameter zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 gestrichen, da keine Auswertung in Bezug auf ein Qualitätsziel oder ein Evaluationsparameter vorgesehen ist.

10 STIKO-Empfehlung zu COVID-19 und Pneumokokken-Impfungen in die Schutzimpfungsrichtlinie übernommen

Haus- und Kinderärzte

Der G-BA hat die aktualisierten Empfehlungen der STIKO zur COVID-19-Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen.

Allen Personen ab 18 Jahren wird eine Basisimmunität gegen SARS-CoV-2 bestehend aus drei Antigenkontakten empfohlen. Personen aus definierten Risikogruppen sollen eine jährliche Auffrischung erhalten.

Bei medizinischer Indikation ist eine gleichzeitige Impfung gegen die saisonale Influenza und Pneumokokken möglich.

Laut COVID-19-Vorsorge-Verordnung des BMG haben Versicherte bis 29. Februar 2024 einen Anspruch auf COVID-19-Impfungen über die Schutzimpfungs-Richtlinie hinaus, wenn medizinisch erforderlich.

Für die Standardimpfung gegen Pneumokokken empfiehlt die STIKO ab einem Alter von zwei Monaten einen Pneumokokken-Konjugatimpfstoff zu verwenden. Es können dabei sowohl PCV15- als auch PCV13-Impfstoffe verwendet werden. Auch für die sequentielle Pneumokokken-Indikationsimpfung von Kindern und Jugendlichen ab zwei Jahren mit bestimmten Vorerkrankungen können für die erste Impfung beide Impfstoffe (PCV13 oder PCV15) verwendet werden und für die zweite der Impfstoff PPSV23.

11 Videosprechstunde – Authentifizierungszuschlag 01444 verlängert

alle Fachgruppen

Für die Authentifizierung unbekannter Patienten vor Videosprechstunden erhalten Praxen bis zum 31. Dezember 2025 weiterhin einen Zuschlag. War ein Patient im aktuellen Quartal oder Vorquartal noch nicht persönlich in der Praxis vorstellig, müssen Praxen die Stammdaten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) manuell erfassen. In solchen Fällen dient die Ziffer 01444 als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale und ist einmal pro Behandlungsfall berechnungsfähig.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
01444	Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale	1,15 €

12

Förderpauschale eArztbrief 01660 nicht mehr gültig

alle
Fachgruppen

Um die Versendung von elektronischen Briefen zu fördern, wurde im zweiten Quartal 2020 die Ziffer 01660 als Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale in den EBM aufgenommen. Diese Regelung war auf drei Jahre befristet. Da der Bewertungsausschuss diese Regelung nicht verlängert hat, ist sie seit dem dritten Quartal 2023 nicht mehr gültig.

Gut zu wissen

Die beiden Pauschalen 86900 und 86901 für den Versand bzw. den Empfang eines eArztbriefes bleiben davon unberührt und können weiterhin abgerechnet werden. Die Vergütung für beide Pauschalen unterliegt einem gemeinsamen Höchstwert von 23,40 € je Quartal und Arzt oder Psychotherapeut.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
86900	Versand des eArztbriefes	0,28 €
86901	Empfang des eArztbriefes	0,27 €

Aderlass-Therapie – nun auch für Gastroenterologen neben der Grundpauschale abrechenbar

Gastro-
enterologen

Seit dem 3. Quartal 2023 können auch Gastroenterologen die Aderlass-Therapie in bestimmten Behandlungssituationen als Einzelleistung abrechnen. Der EBM wurde entsprechend angepasst. Die Aderlass-Therapie dient hier zur Behandlung von Patienten mit Hämochromatose, die mit einer Häufigkeit von 1:400 bis 1:200 zu den häufigsten Erbkrankheiten zählt. Männer sind zehnmal häufiger betroffen als Frauen und ohne Behandlung endet die Erkrankung tödlich durch Leberversagen.

Im Zuge der Anpassung wird die gastroenterologische Grundpauschale für Patienten ab dem 60. Lebensjahr um einen Punkt auf 176 Punkte abgewertet.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
13505	Aderlass bei Hämochromatose E83.1 oder Polycythaemia vera D45	18,96 €



14 Vertrag mit der Freien Arzt- und Medizinkasse beendet

alle
Fachgruppen

Beamte, die dem hessischen Beihilferecht unterliegen und bei der FAMK versichert sind, können ab dem 4. Quartal 2023 nicht mehr über die KVn abgerechnet werden.

Gut zu wissen

Ab dem 01. Oktober 2023 erhalten die Versicherten eine neue „FAMK-Card für Privatversicherte“. Die Abrechnung erfolgt dann über die GOÄ. Verordnungen werden als Privatrezepte ausgestellt.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/vertrag-mit-der-freien-arzt-und-medizinkasse-endet

15 Selektivvertrag „Hallo-Baby“ – Verlängerung zum Geburtsmodus

Gynäkologen

Seit 2021 können Gynäkologen im Rahmen des KBV-Vertrags „Hallo Baby“ ärztliche Beratungsgespräche zum Geburtsmodus im letzten Schwangerschaftsdrittel abrechnen. Das Gespräch zur Förderung der natürlichen Geburt war ursprünglich bis Ende Juni 2023 befristet und wurde nun bis zum 31. Dezember 2024 verlängert.

Das Gespräch kann in zwei verschiedenen Varianten angeboten werden:

- in einer Videosprechstunde (vorzugsweise)
- bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
81318	Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Geburtsmodus (Förderung der natürlichen Geburt). Im Rahmen einer Videosprechstunde gem. Anlage 31b BMV-Ä (prioritär).	25,00 €
81319	Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Geburtsmodus (Förderung der natürlichen Geburt). Im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts.	25,00 €

16 Altersgrenze Mammographie-Screening zum 01. Juli 2024 angepasst

Gynäkologen,
Radiologen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Altersgrenze für das bundesweite Mammographie-Screening angehoben und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entsprechend angepasst. Damit können ab Juli 2024 auch Frauen zwischen 70 und 75 Jahren vom Programm profitieren. Da noch unklar ist, ob alle Schritte für das Verfahren, wie die automatisierte Einladung, bis zum Juli 2024 umgesetzt sein werden, können sich Frauen im Alter zwischen 70 und 75 Jahren auch selbst für einen Termin an die regionalen Stellen wenden.

Für die Praxis

Frauen zwischen 68 und 69 Jahren, werden mit der vorläufig letzten Einladung über die verlängerte Teilnahmemöglichkeit informiert. Für ältere Frauen kann auch die Praxis informieren.

17 Neuer Mutterpass

Gynäkologen

Der G-BA hat die Mutterschafts-Richtlinien geändert, woraus sich auch Änderungen für den Mutterpass ergeben. Die Einführung der neuen Mutterpässe erfolgt voraussichtlich im Dezember 2023 oder Januar 2024.

Für die Praxis

Da es sich bei den Anpassungen primär um redaktionelle Änderungen handelt, besteht für Sie kein Handlungsbedarf. Sie bestellen die Mutterpässe und auch die Versicherteninformationen wie bisher auch bei Ihrer KV und erhalten dann automatisch die neuen Ausgaben.

18 Außerklinische Intensivpflege (AKI) – zusätzliche Fachgruppen und Verordnung ohne Potential

alle
Fachgruppen

Seit Beginn des Jahres gibt es neue Regelungen für die außerklinische Intensivpflege von schwer kranken Menschen. Da aber unklar ist, ob in allen Regionen ausreichend Ärzte für die Versorgung dieser Patienten zur Verfügung stehen, hat der G-BA die Regelungen noch einmal angepasst.

Neben den Fachgruppen, die ohne Genehmigung AKI verordnen dürfen, kommt hinzu, dass alle Fachärzte, die Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Menschen haben, ebenfalls AKI-Verordnungen ausstellen dürfen. Diese benötigen aber eine Genehmigung der KV. Für den Erwerb der geforderten Qualifikation bietet die KBV eine Online-Fortbildung an.

Außerdem kann bis zum 31.12.2024 die AKI auch ärztlich verordnet werden, wenn die vorgeschriebene Potential nicht vorliegt. Diese Ausnahme ist auf der Verordnung entsprechend zu vermerken.

19 Techniker-Vertrag zur Verbesserung ambulant behandelter onkologischer Patienten

Urologen Zum 01.10.2023 hat der Bundesverband der Urologen mit der Techniker Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen, um bundesweit besondere medizinische Leistungen für ambulant behandelte onkologische Patienten zur Verfügung zu stellen. Der Vertrag beinhaltet den Einsatz spezifischer Biomarker, welche den Arzt in der Auswahl der geeigneten Therapie unterstützen und so Nebenwirkungen reduzieren, medizinisch unnötige Therapien vermeiden und eine Optimierung der Behandlungsabläufe sicherstellen.

Mit dem Vertrag werden qualitätsgesicherte und am individuellen Krankheitsverlauf orientierte Therapien gefördert. Die Urologen erhalten den zusätzlichen Behandlungsaufwand der onkologischen Patienten vergütet.

Quelle: urologie-gestalten.de/blog/verbesserung-der-qualitaet-der-versorgung-ambulant-behandelter-onkologischer-patientinnen-und-patienten-im-rahmen-des-neu-geschlossenen-vertrages-mit-der-techniker-krankenkasse-tk/

20 Vergütung einer PSMA-PET zur Indikationsstellung einer Therapie mit Pluvicto®

Urologen Seit Dezember 2022 ist das radioaktive Arzneimittel Pluvicto® für Männer mit PSMA-positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom, die mit einer Hormonblockade behandelt werden und deren Erkrankung trotz Chemotherapie weiter fortschreitet, zugelassen. Der G-BA hat nun bei bestimmten Patientengruppen einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen festgestellt. Die Anwendung des Arzneimittels erfolgt ausschließlich stationär, aber für die Identifizierung von Patienten, die für eine Therapie mit Pluvicto® in Frage kommen, kann nun auch die PSMA-PET ambulant erbracht und abgerechnet werden.

Urologen können diese Patienten ab 01.10.2023 also auch ambulant mittels PSMA-Bildgebung identifizieren lassen.



WAS GIBT'S NEUES?

REGIONALE KV-REGELUNGEN AB 01.10.2023

KV BY BAYERN

Förderung der CRP-Bestimmung

Der Vertrag mit der AOK Bayern und der DAK Gesundheit beinhaltet einen Schnelltest mit einem CRP-Messgerät, um bei der Entscheidung für die Verordnung von Antibiotika zu unterstützen. Für die Abrechnung ist ein CRP-Messgerät Voraussetzung. Bisher wird ein CRP-Schnelltest aufgrund der Bewertung mit 1,15 € im EBM selten eingesetzt, da die Vergütung noch nicht einmal die Materialkosten abdeckt.

Folgende Fachgruppen können CRP-Schnelltests abrechnen:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten
- Internisten ohne Schwerpunkt
- Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie
- Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
97054	Vor-Ort-Schnelltest mittels CRP-Messgerät 32128 und 32460 nicht neben 97054 abrechenbar	7,00 €

Quelle: www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/foerderung-crp-bestimmung/



Anpassung Kooperations-Grad ab Q4/23

Für folgende Praxen wird der RLV-/QZV-Zuschlag zum Kooperationsgrad generell auf 11 % festgelegt:

- nicht standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Praxen
- standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Praxen
- standortübergreifende fach- und schwerpunktübergreifende Praxen

Fachgleiche Praxen erhielten bisher generell 10 % Zuschlag, standortübergreifende fachgleiche Praxen nur 10 %, wenn der Kooperationsgrad mindestens 10 % betrug und standortübergreifende fachübergreifende Praxen, je nach Höhe des Kooperationsgrades bis zu 30 %.

Generell gibt es für standortgleiche fachübergreifende Praxen nur noch einen Zuschlag in Höhe von maximal 25 %.

Quelle: Informationsschreiben zum RLV-/QZV-Bescheid 4. Quartal 2023

AOK-Vertrag zur Versorgung multimorbider Patienten – Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliches Personal

Der Vertrag enthält einen neuen Leistungskomplex: Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – Koordinierungspauschale. Diese Leistung ist vom 01.07.2023 bis 31.12.2023 befristet gültig und wird einmalig je neu eingeschriebenem Versicherten abgerechnet.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
90059	<ul style="list-style-type: none"> • gezielte Ansprache von für die besondere Versorgung geeigneten Versicherten, • Übergabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, einschließlich der zugehörigen Patienteninformation (Einschreibeunterlagen), • die Aushändigung von Informationen zum Vertrag sowie die vertragsgemäße Aufklärung der Versicherten über die Inhalte der vereinbarten integrierten Versorgung und die Teilnahmevoraussetzungen und -bedingungen UND • die Entgegennahme der vom Versicherten unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung und deren Weiterleitung an die AOK gemäß § 6 Absatz 5. 	14,50 €

Gut zu wissen

Die Ziffer 90059 ist für das 3. Quartal 2023 noch nicht im Praxisverwaltungssystem hinterlegt, daher ist diese zunächst manuell im PVS einzugeben. Spätestens ab dem 4. Quartal 2023 ist die Ziffer 90059 im PVS für die Abrechnung hinterlegt.

Weitere Informationen

www.kvberlin.de/vertraege/ambulante-medizinische-versorgung-multimorbider-patienten

BRANDENBURG

Überführung Strukturvertrag Diabetes in die DMP Diabetes mellitus – neue Vereinbarung für Polizeibeamte

Bereits zum April wurden die Leistungen des Strukturvertrags Diabetes in die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 überführt und neu bewertet.

Das wirkt sich auch auf die Versorgung der Polizeivollzugsbeamten aus, für die der Strukturvertrag Diabetes bisher auch galt. Für einen Übergangszeitraum bis 30.09.2023 konnte entweder nach Strukturvertrag Diabetes oder nach DMP-Vertrag abgerechnet werden.

Ab 01.10. erfolgt die Betreuung generell in den DMP-Verträgen. Besonderheit ist dabei, dass keine Einschreibung notwendig ist und die Erst- und Folgedokumentationen in der Patientenakte verbleiben.

BRANDENBURG UND MECKLENBURG-VORPOMMERN

Selektivvertrag AOK zum Einsatz von Telemedizin in Pflegeheimen

Mit diesem Vertrag sollen Ärzte und Pflegekräfte durch den Einsatz telemedizinischer Leistungen entlastet werden. Ärzte erhalten für die erste Quartalsbehandlung eines eingeschriebenen Patienten 30 €.

Um an dem Vertrag teilzunehmen, benötigen Arztpraxen ein Tablet oder Smartphone sowie eine App von einem gewählten Telemedizin-Anbieter, um sich mit den Pflegeheimen zu verbinden. Die Kosten für diese App variieren je nach Anbieter.

Der Vertrag kann nach Anmeldung im jeweiligen KV-Portal eingesehen werden.

Quelle: www.aerztezeitung.de/Nachrichten/AOK-Nordost-startet-neuen-Selektivvertrag-zur-Telemedizin-441690.html

KV HH **HAMBURG**

Vertrag mit Sozialbehörde zur Abrechnung von Früherkennungsuntersuchungen nach Ablauf Toleranzzeiten ist zum 30.06.2023 abgelaufen

Die Stadt Hamburg hatte mit diesem Vertrag dafür Sorge tragen wollen, dass mehr Kinder die U-Untersuchungen wahrnehmen und die Inanspruchnahme aufgrund der Pandemie nicht an verpassten Fristen scheitert. Deshalb wurde der Zeitraum für die jeweilige Früherkennungsuntersuchung verlängert, bis der Zeitraum für die nächste Früherkennungsuntersuchung beginnt. Seit 01.07.2023 gelten nun wieder die gesetzlichen Fristen zur Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen.

Quelle: www.kvhh.net/de/praxis/abrechnung-and-honorar/abrechnungsnewsletter/hausaeerzte.html#item-382c8d2a-3994-4e7e-83b0-1a0b908f73e8

Selektivvertrag AOK Früherkennungsuntersuchungen U10-J2 - Vergütung erhöht

Die Vergütung der erweiterten Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg wurde zum Juli 2023 von 53,00 € auf 55,00 € erhöht. Die bisherigen Abrechnungsziffern sind unverändert gültig. Darüber hinaus können nun nicht nur Hausärzte, sondern auch Kinder- und Jugendmediziner an dem Vertrag teilnehmen. Die Abrechnung der Leistungen ist durch die KV genehmigungspflichtig.

Quelle: www.kvhh.net/de/praxis/abrechnung-and-honorar/abrechnungsnewsletter/hausaeerzte.html#item-a0382fd1-296a-4b86-af7f-bfadc65101bd

KV HE **HESSEN**

Honorar-Einigung für Schutzimpfung SARS-CoV-2

Auch in Hessen haben sich die Krankenkassen und die KV auf eine Vergütung der Corona-Impfungen geeinigt. Die Praxen erhalten ab 21. September 2023 für alle gesetzlich versicherten Patienten ein Honorar für eine Auffrischimpfung gegen COVID-19 in Höhe von 16,50 €. Die Abrechnung erfolgt wie gewohnt über die KV.



MECKLENBURG-VORPOMMERN

Neuer Vertrag „VorsorgePlus“ mit der KKH seit 01.07.2023

Der neue Vertrag sieht für fünf Indikationen eine frühzeitige Diagnostik und intensive Nachsorge vor. Damit soll eine Progression der Erkrankung verhindert und Komorbiditäten frühzeitig erkannt werden. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die sich die Anmeldeformulare über das KV-SafeNet-Portal herunterladen können. Dort können ebenfalls die Verträge eingesehen werden. Die Patienten sind in den Vertrag einzuschreiben, bevor Leistungen abgerechnet werden können.

Die Versorgungsprogramme werden extrabudgetär vergütet und beinhalten folgende Leistungen, die sich jeweils in eine Früherkennungs- und eine Nachsorgeleistung aufteilen:

Versorgungsprogramm	Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
Demenz	99350	Früherkennung	20,00 €
	99351	Nachsorgeprogramm	20,00 €
Eisenmangel bei Herzinsuffizienz	99352	Früherkennung	20,00 €
	99353	Nachsorgeprogramm	20,00 €
Respiratorische Insuffizienz bei COPD	99354	Früherkennung	20,00 €
	99355	Nachsorgeprogramm	20,00 €
pAVK	99356	Früherkennung	20,00 €
	99357	Nachsorgeprogramm	20,00 €
COPD bei Asthma	99358	Früherkennung	20,00 €
	99359	Nachsorgeprogramm	20,00 €

Quelle: Journal 9/23



MECKLENBURG-VORPOMMERN (Fortsetzung)

Selektivverträge Begleiterkrankungen Diabetes und Hypertonie – jetzt mit Gestationsdiabetes

Für die teilnehmenden Kassen (DAK, TK, KKH, BKK-LV) können die bisherigen Leistungen für die Betreuung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes nach den Ziffern 99017, 99018 und 99021 nur noch im Rahmen dieses Vertrages abgerechnet werden. Voraussetzung ist die Teilnahmeerklärung der Patientin sowie die gesicherte Diagnose eines Gestationsdiabetes.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
93616	Pauschale für die Betreuung und Behandlung in der Schwangerschaft	58,00 €
93617	Schulung Diabetes und Schwangerschaft	30,00 €
93618	Schulungsmaterial	6,00 €

Quelle: Journal 8/23



SAARLAND

Vertrag zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes

Der BKK Landesverband Mitte hat obigen Vertrag zum 31.12.2023 gekündigt. Somit ist die Leistung nach Ziffer 94150 für die Betriebskrankenkassen nicht mehr berechnungsfähig ab Januar 2024.

Der Vertrag mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Knappschaft, IKK Südwest, SVLFG sowie den Ersatzkassen bleibt hingegen unverändert gültig.

Quelle: KVS-Aktuell 6/2023

Selektivvertrag TK Hautkrebsvorsorge - höhere Vergütung ab 01.07.2023

Das Hautkrebsscreening nach Ziffer 98200 wurde von 28,00 € auf 30,00 € erhöht. Anspruchsberechtigt für diese Leistung sind alle Versicherten der TK im Alter von 20 bis 35 Lebensjahren. Die Leistung kann alle zwei Jahre erbracht und abgerechnet werden.

Quelle: KVS-Aktuell 5/2023





NORDRHEIN

Debeka BKK und Securvita - keine U10 und U11 mehr

Die beiden Kassen haben ihre Teilnahme am Vertrag des BKK Landesverbandes zu den zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 zum 30.09.2023 beendet. Die Leistungen können für Versicherte dieser Kassen seit 01. Oktober nicht mehr abgerechnet werden.

Selektivvertrag VorsorgePLUS - Beitritt BIG zum 01.07.2023

Die BIG direkt ist dem VorsorgePlus-Vertrag mit TK, KKH und HEK beigetreten. Über diesen Vertrag sollen die Früherkennung und strukturierte Nachsorge von Komorbiditäten und Folgeerkrankungen von Patienten mit

- Demenz,
- Eisenmangel bei Herzinsuffizienz,
- respiratorischer Insuffizienz bei COPD,
- pAVK sowie
- COPD bei Asthma

gefördert werden.

Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die für die zusätzlich erbrachten Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung von 20 € je Früherkennung sowie im Rahmen der Nachsorge für maximal acht Folge quartale erhalten.

Quelle: www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/vorsorgeplus-beitritt-der-big

Selektivvertrag AOK Früherkennungsuntersuchungen U10-J2 - Vergütung erhöht

Die Vergütung für die erweiterten Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg wurde zum Juli 2023 von 53,00 € auf 55,00 € erhöht. Die bisherigen Abrechnungsziffern bleiben unverändert gültig. Darüber hinaus dürfen nun nicht nur Hausärzte, sondern auch Kinder- und Jugendmediziner an dem Vertrag teilnehmen. Die Abrechnung der Leistungen ist durch die KV genehmigungspflichtig.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/aok-rheinlandhamburg-vertrag-u10-u11-j2-erweitert


SACHSEN
DMP Asthma bronchiale und COPD – neue Leistungen und Anpassung der Vergütung

In den DMP-Verträgen Asthma und COPD wurden einige Änderungen vorgenommen. Seit 01.04.2023 gilt die folgende Vergütung:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert alt	Wert neu
99350C 99360C	Mitbehandlungspauschale (ehemals Betreuungspauschale)	12,50 €	15,00 €
99350D 99360D	Prädiagnostikpauschale	25,00 €	45,00 €

Außerdem gibt es eine neue fachärztliche Betreuungsquote. Diese wird zu jeder 99350C oder 99360C zusätzlich ausgezahlt, sofern im Kalenderjahr nicht mehr als 30 % aller eingeschriebenen erwachsenen Patienten durch einen Facharzt betreut werden. Die Höhe der Vergütung beträgt 5,00 € je Mitbehandlungspauschale.

Seit 01.07.2023 gibt es auch neue Leistungen für die Erläuterung der Inhalationstechnik:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Wert
99350I 99360I	Einzelberatungspauschale zur Erläuterung bzw. Erklärung der Inhalationstechnik für Erwachsene (nur von FÄ berechnungsfähig)	5,00 €
99350J	Einzelberatungspauschale zur Erläuterung bzw. Erklärung der Inhalationstechnik für Erwachsene (nur im DMP Asthma)	10,00 €

Quelle: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/dmp-asthma-copd-nachtraege-zum-1-april-2023-bzw-1-juli-2023

KV SA SACHSEN-ANHALT

Fallwertabstaffelung wird zum 4. Quartal aufgehoben

Die Vertreterversammlung hat entschieden, ab dem 4. Quartal 2023 die Fallwertabstaffelung bei der Berechnung des RLV nicht mehr anzuwenden.

Quelle: www.kvsa.de/praxis/abrechnung-honorar/honorarverteilung/2023/4-quartal-2023.html

KV SH SCHLESWIG-HOLSTEIN

Hausarztvermittlungsfälle

Die KV SH hat in einem Vorstandsschreiben die Sinnhaftigkeit der Hausarztvermittlungsfälle bekräftigt und auf ihrer Homepage eine Liste möglicher medizinischer Indikationen für einen Hausarztvermittlungsfall zur Verfügung gestellt:

www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/mitteilungen-meldungen-und-bekanntmachungen/ha-vermittlungsfaeelle

IKK – Streichung von Impfungen als Satzungsleistung

Die IKK hat zum 01. Juli 2023 eine neue Vereinbarung zur Durchführung und Abrechnung von Impfungen als Satzungsleistung geschlossen. Demnach sind von den bisherigen zusätzlichen „Reiseimpfungen“ nur noch die Meningokokken B als Satzungsleistung vorgesehen. Alle anderen zusätzlichen Reiseimpfungen können nicht mehr über die KV, sondern nur als privatärztliche Leistung, abgerechnet werden.

DMP KHK – Streichung der „K-Ziffern“

Bisher konnten Versicherte, die im DMP KHK betreut werden und gleichzeitig einen Diabetes mellitus Typ 2 haben, auch an den Diabetes DMP-Schulungen teilnehmen, ohne dafür in dieses DMP eingeschrieben zu sein. Diese Regelung wurde nun gestrichen. Jetzt müssen die Patienten zusätzlich in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben werden, um von den Schulungen zu profitieren.

Quelle: Newsletter KV SH 28.09.2023


THÜRINGEN
Förderung von EBM-Leistungen

Die KV Thüringen konnte mit den Thüringer Krankenkassen für ausgewählte Leistungen zusätzliche Förderungen für das Jahr 2023 vereinbaren.

Förderung	Leistung	Wert
99788A	Einschreibepauschale und Erstdokumentation	25,00 €
99788C	Einschreibepauschale und Erstdokumentation, wenn Patient bereits an anderem DMP teilnimmt	15,00 €
99788E	Aufschlag bis Ende 2024	5,00 €
99788B	Folgedokumentation	15,00 €
99788D	Folgedokumentation (Mehrfacheinschreibung)	10,00 €
99788G	Betreuungspauschale	11,00 €
	Betreuungspauschale ab 2025	12,00 €
99788H	Sturzanamnese durch koordinierenden Arzt (halbjährlich)	6,50 €
99788I	Mitbehandlungspauschale für Fachärzte	25,00 €
99788J	Schulung Patientenprogramm Osteoporose	22,50 € je Einheit und Patient

Quelle: Rundschreiben 6/2023



WESTFALEN-LIPPE

Weiterbildungsassistenten

Ab dem vierten Quartal 2023 wird die Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung durch eine 25-%ige Erhöhung der durchschnittlichen RLV-Fallzahl des weiterbildenden Arztes berücksichtigt. Bei Weiterbildungsassistenten in Teilzeit erfolgt die Erhöhung anteilig entsprechend ihrem Tätigkeitsumfang.

Quelle: HVM KV WL ab 4/2023

Selektivvertrag VorsorgePLUS - Beitritt BIG zum 01.07.2023

Die BIG direkt ist dem VorsorgePlus-Vertrag mit TK, KKH und HEK beigetreten. Über diesen Vertrag sollen die Früherkennung und strukturierte Nachsorge von Komorbiditäten und Folgeerkrankungen von Patienten mit

- Demenz,
- Eisenmangel bei Herzinsuffizienz,
- respiratorischer Insuffizienz bei COPD,
- pAVK,
- COPD bei Asthma sowie
- Arthrose des Hüft- und Kniegelenks

gefördert werden. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die für die zusätzlich erbrachten Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung von 20 € je Früherkennung sowie im Rahmen der Nachsorge für maximal acht Folge quartale erhalten.

Quelle: www.kwvl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/vorsorgeplus

Hinweis

Bei KVn, zu denen nichts aufgeführt ist, lagen bis Redaktionsschluss keine Informationen zu Neuerungen/Änderungen vor.



WAS GIBT'S NEUES?

REGIONALE HZV-REGELUNGEN AB 01.10.2023



BADEN-WÜRTTEMBERG

Vertrag	Alt	Neu
AOK	VERAH-Zuschlag auf P3: 5,00 €	VERAH-Zuschlag auf P3: 10,00 €
	./.	Einführung eines Zuschlags akademische nichtärztliche Heilberufe auf P1 in Abhängigkeit vom Stellenumfang: 10,00 € ab 38 h pro Woche 7,50 € ab 28,5 h pro Woche 5,00 € bei 19 h pro Woche Gilt für die Anstellung einer akademisierten VERAH, eines Physician Assistant oder vergleichbarer nichtärztlicher Heilberufe Befristung bis 31.12.2025
	./.	Zuschlag klimaresiliente Versorgung einmal im Jahr auf jede P3: 8,00 € Voraussetzung: Nachweis zur Teilnahme an einer Schulung „Klima und Gesundheit“

Vertrag	Alt	Neu
SVLFG (LKK)	Strukturpauschale: 4,80 €	6,00 €
	Qualifikationszuschläge Z2, Z3, Z4, Z5, Z7, Z8, Z11 und Z13: 0,60 €	0,80 €
	Qualifikationszuschlag Z10: 2,00 €	3,40 €
	Qualifikationszuschlag Z12: 2,50 €	3,40 €
	Qualifikationszuschlag Z6: 1,60 €	2,30 €
	Grundpauschale P2 B: 71,00 €	75,00 €
	Qualifikationszuschlag Z14: 16,11 €	20,00 €
	Zuschlag für chronisch kranke Patienten P3: 22,50 €	27,00 €
	Vertreterpauschale VP: 12,50 €	20,00 €
	Zielauftragspauschale ZP: 12,50 €	20,00 €
	Mitbesuch MB: 11,00 €	12,00 €
	Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten: 120,00 €	150,00 €
	Krebsfrüherkennungsuntersuchung 01731: 14,18 €	17,00 €
./.	P1 und Qualifikationszuschläge werden auch auf Versicherte mit Status „Altenteiler“ vergütet	
BKK	./.	Zielauftragspauschale 0005 wird um die Leistungen „Chirotherapie der Wirbelsäule“ und „Körperakupunktur“ erweitert
	./.	Abrechnung Mitbesuch auch im Vertretungsfall



NORDRHEIN

Vertrag	Alt	Neu
AOK Rheinland/ Hamburg	Krebsfrüherkennungsunter- suchung Männer: 16,00 €	17,00 €
	Hautkrebsvorsorge 01745: 25,00 €	jetzt bereits ab 19. LJ 29,00 €
	Vertreterpauschale: 20,00 €	30,00 €
	Psychosomatik-Zuschlag: 8,00 € (2,00 € pro Quartal)	9,00 € (2,25 € pro Quartal)
	./.	Hautkrebsvorsorge bei gleichzeitiger GU 01746: 24,00 € ab 19. LJ
	./.	Innovationszuschlag bei Angebot einer Videosprechstunde: 2,50 € pro Quartal auf jede vergütete Behand- lungspauschale
	./.	Einsatz eines Shared-Decision-Making-Moduls 00038: 15,00 €
	./.	Nachsorgekontrolle bei positivem Befund: 30,00 €



KOOPERATIONSPARTNER

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

An dieser Stelle geben wir Ihnen gern wieder zwei Abrechnungstipps für die Privatabrechnung von unserem Kooperationspartner, der **PVS Südwest**.

A Die Abrechnung von Laborleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

In dem Abschnitt M I der GOÄ finden sich 30 Laboratoriumsuntersuchungen (sog. Vorhalteleistungen), deren Berechnungsfähigkeit an **zwei Bedingungen** geknüpft ist:

1. Die jeweiligen Leistungen müssen in bestimmten **Räumlichkeiten** erbracht werden.
2. Die jeweiligen Leistungen müssen in einem bestimmten **Zeitraum** abgeschlossen sein.

In dem Abschnitt M I zeigt sich, dass die dort aufgeführten Leistungen zum Teil nicht mehr zeitgemäß sind, jedoch wird erst die geplante, aber noch nicht umgesetzte GOÄ-Novelle eine tiefgreifende Änderung mit der sog. Präsenzdiagnostik und 36 überwiegend neuen Leistungen vorsehen, deren dringende Notwendigkeit aus dem unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt hervorgehen muss. Da die aktuelle GOÄ jedoch gilt, gehen wir nicht näher auf die Unterschiede ein.

Die Leistungen nach den Nummern **3500** bis **3532** sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchungen direkt beim Patienten (z. B. auch Hausbesuch oder Besuch in Heimen) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von 4 Stunden nach der Probennahme bzw. Probeübergabe an den Arzt erfolgt.

Diese Leistungen sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaushähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

Ziffer 3511

Insbesondere ist für viele Praxen die Abrechnungsmöglichkeit der Ziffer 3511 von Interesse, da sie $\frac{1}{4}$ aller M I-Leistungen ausmacht:

Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung.

Sofern mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Ziffer 3511 dennoch nur einmal berechnungsfähig, wenn auch mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.

Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Ziffer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.

Bei den vorgefertigten Reagenzträgern handelt es sich um sog. Streifentests. Oft kommt der Urinstreifentest zum Einsatz, bestehend aus einem oder mehreren Testfeldern (Einfachreagenzträger, Mehrfachreagenzträger). Der umfangreichste Urinteststreifen besteht aus zehn Testfeldern bzw. Parametern. Dies ist für die Abrechnung relevant. Denn außer diesen zehn Parametern bieten sich keine weiteren Streifentest-Parameter an, somit kann die Ziffer 3511 auch nur einmal abgerechnet werden.

Keine Vorgaben des zu untersuchenden Körpermaterials

Die Legende enthält keine Vorgaben des zu untersuchenden Körpermaterials, der zu untersuchenden Parameter sowie der Testformate, solange es sich um einen vorgefertigten Reagenzträger bzw. Reagenzzubereitung handelt.

Insoweit kann die Leistungsziffer 3511 im niedergelassenen Bereich für alle nicht in der GOÄ näher bezeichneten qualitativen bzw. semiquantitativen M I-Schnelltests abgerechnet werden.

Nicht berechnungsfähig

- Für den Nachweis einer Mikroalbuminurie mittels vorgefertigter Reagenzträger, hierfür existiert die höher bewertete Ziffer 3736 aus Abschnitt M III
- Neben der Leistung nach Ziffer 27 und 28 (Vorsorgeuntersuchung Frau/Mann) sowie neben der Leistung nach Ziffer 32 (Jugendschutzuntersuchung), da diese die Urinuntersuchungen auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten inkludieren, wobei der qualitative/semiquantitative Urinteststreifen der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung genügt.

B

Die Abrechnung der Wundversorgung und Fremdkörperentfernung nach der GOÄ

Bei der Abrechnung der Wundversorgung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt von Seiten des Gesetzgebers eine Differenzierung anhand der Wundarten und –ursachen.

Eine Wunde wird dabei gemäß den Ziffern **2000** bis **2006** GOÄ ausschließlich als solche definiert, die aufgrund mechanischer Gewalt (Stoß, Hieb, Stich, Schnitt, Quetschung, Schürfung oder Schuss), durch thermische Einwirkung (beispielsweise durch Hitze oder Kälte) oder aufgrund elektrischer Einwirkungen oder ionisierender Strahlen entstanden ist. Dabei ist grundsätzlich zwischen der Versorgung von frischen Wunden (Ziffern **2000** bis **2005** GOÄ) und der Versorgung von älteren, chronischen oder schlecht heilenden Wunden (z. B. eiternde Wunden, Wunden mit Nekrosen, Geschwüre) nach Ziffer 2006 GOÄ zu unterscheiden.

Bitte beachten Sie

Dokumentieren Sie klar und eindeutig die Anzahl der versorgten Wunden sowie deren Größe, um so die entsprechenden GOÄ-Ziffern nebeneinander abrechnen zu können. Die Art, Ursache sowie die betroffenen Bereiche der Wunde sollten unbedingt sowohl in der Patientenakte als auch in der Rechnung vermerkt werden.

FrISCHE Wunden

Für die kleine Wundversorgung stehen die Leistungen nach den Ziffern 2000 bis 2003 GOÄ zur Verfügung, bei der großen Wunde kommen die Ziffern **2003** bis **2005** GOÄ zum Ansatz. Hier hat der Gesetzgeber jedoch keine Definition einer „kleinen“ und „großen“ Wunde in den Gesetzestext mit aufgenommen. Daher leitet sich die Differenzierung der Wundgröße unter anderem aus den Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Ziffer I Nr. 4.3.7 Absatz 1) ab und kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden. Bei der Ziffer 2006 GOÄ ist die Größe der Wunde hingegen irrelevant.

Wundausdehnung	Klein	Groß
Länge	< 3 cm	> 3 cm
Fläche	< 4 cm ²	> 4 cm ²
Volumen	< 1 cm ³	> 1 cm ³

Bitte beachten Sie

Bei Kindern bis einschließlich fünf Jahren sind Wunden am Kopf, sichtbarem Hals oder Händen immer als **groß** anzusehen.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

In der GOÄ erfolgt darüber hinaus neben der Unterscheidung von frischen Wunden anhand der Größe (groß/klein) auch eine Differenzierung nach dem Verschmutzungsgrad (stark verunreinigt), der Naht (mit Naht/ohne Naht) sowie der Notwendigkeit einer Umschneidung. Die Zuordnung zu den einzelnen Ziffern der GOÄ ist in der nachfolgenden Tabelle veranschaulicht.

Wundstatus	ohne Naht	nur Naht, keine Umschneidung	Naht und Umschneidung
klein	2000	2001	2002
groß	2003	2004	2005
verunreinigt	2003	Keine GOÄ-Position	2005

Die Wundversorgung nach den Ziffern 2000 ff. GOÄ umfasst die Versorgung der Wunde von Haut und Unterhautfettgewebe mit Säuberung, Blutstillung, Verband etc., jedoch nicht die Lokalanästhesie.

Zusätzlich zur Wundversorgung können in der GOÄ in der Regel die Verbände nach den Ziffern **200** bis **208** oder **210** und **211** GOÄ angesetzt werden. Ausgeschlossen neben den als operativ eingestufteten Wundversorgungsleistungen nach den Ziffern 2000 bis 2005 GOÄ ist lediglich der einfache Verband nach Ziffer 200 GOÄ. Dieser kann aber z. B. neben der Ziffer 2006 GOÄ angesetzt werden.

Bitte beachten Sie

Die Auslagen nach § 10 zu den Verbänden und zu den Wundversorgungsziffern nicht vergessen.

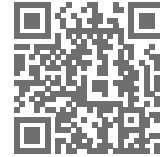
Fremdkörperentfernung

- Die Abrechnung der Entfernung von Zecken, Insektenstacheln, etc. kann analog der Ziffer 2007 GOÄ erfolgen, soweit die Entfernung mittels einer Pinzette erfolgte.
- Wird ein Fremdkörper unter einem Fingernagel mit einer Splitterpinzette entfernt, so kann dies mit der Ziffer 2009 GOÄ abgerechnet werden. Werden mehrere Fremdkörper entfernt, ist auch ein mehrfacher Ansatz der Ziffer möglich. Ist im Zuge der Entfernung eine Naht und/oder Verband notwendig, kann diese zeitaufwändigere Versorgung durch eine Steigerung des Faktors ausgeglichen werden.
- Für das Entfernen von Klammern oder Fäden ist je Wunde die Ziffer 2007 GOÄ einmal berechnungsfähig. Im Zuge der Dokumentation und Liquidation sollte die Körperregion namentlich vermerkt werden. Dieser Arbeitsaufwand ist über die Faktorsteigerung auffangbar.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Oder haben Sie eine spezielle Abrechnungsfrage? Liegt Ihnen eine Versicherungsmonierung vor? Schildern Sie uns Ihr Anliegen. Unsere GOÄ-ExpertInnen beantworten exklusiv für AAC Kunden kostenlos Ihre Anfrage.

www.pvs-suedwest.de/goae-beratung



PVS Südwest GmbH

Geschäftsstelle Mannheim
C8, 9
68159 Mannheim

info@pvs-suedwest.de

Geschäftsstelle Karlsruhe
Rheinstraße 77a
76185 Karlsruhe

Geschäftsstelle Freiburg
Oltmannsstraße 9
79100 Freiburg

www.pvs-suedwest.de



AAC AG

PRAXISBERATUNG



AAC PRAXISBERATUNG AG Am Treptower Park 75 12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 Fax 030 · 22 44 523 33 E-Mail info@aac-ag.de

AAC-AG.DE

