



5 JAHRE

AAC
Magazin

NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 20 – Q1 2024

| | |
|---|----|
| VORWORT | 3 |
| IN EIGENER SACHE | |
| Wie entsteht das AAC-Kundenmagazin? | 4 |
| Was ist neu beim AAC-Magazin? | 6 |
| Praxisbericht: Der AAC-PRAXISNAVIGATOR® im Praxisalltag | 8 |
| NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK | 10 |
| LEISTUNGEN UND VERSORGUNG | 12 |
| Kurz für Sie notiert | 24 |
| Arzneimittel | 25 |
| DIGITALE PRAXIS | 26 |
| Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA | 28 |
| REGIONALE KV-REGELUNGEN | 31 |
| REGIONALE HZV-REGELUNGEN | 40 |
| ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG | 45 |
| IMPRESSUM | 51 |

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

wir wünschen Ihnen und Ihrem Praxisteam einen guten Start in das neue Jahr. Insgesamt verbinden wir alle mit dem neuen Jahr die Hoffnung, dass es nach den Polykrisen der letzten Jahre 2024 etwas ruhiger zugeht.

Zuletzt gab es einige positive Signale. Der Preisauftrieb hat sich spürbar verlangsamt, die Inflationsrate nähert sich langsam wieder der 3 Prozentmarke und der Orientierungspunktwert stieg um 3,85 % im Vergleich zum Vorjahr, dem höchsten Anstieg der letzten Jahre. Damit besteht die Hoffnung, dass der Kostendruck in den Praxen insgesamt dann auch im weiteren Verlauf des Jahres spürbar nachlässt.

Aber es ist auch klar, dass Sie sich nach wie vor darauf konzentrieren müssen, die Einnahmeseite zu stärken. Hier stehen extrabudgetäre Umsatzquellen wie z. B. Vorsorgen, DMP, Selektivverträge, offene Sprechstunden, Hausarztvermittlungsfälle, ambulante Operationen im Fokus. Dabei können wir Sie unterstützen!

Am besten kann die Abrechnung mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® zeiteffektiv angesteuert werden. Die Vorteile liegen auf der Hand. Mit der Software können die anfallenden Arbeiten flexibel bereits während des laufenden Quartals erledigt werden. Das stressige Fertigstellen der Abrechnung zum Quartalsende entfällt. Wir haben eine Abrechnungsmanagerin gefragt, wie sich die Nutzung des AAC-PRAXISNAVIGATOR® auf die Arbeit des Praxisteam konkret auswirkt. Informieren Sie sich über den Nutzen aus erster Hand!

Das AAC-Kundenmagazin erscheint inzwischen seit 5 Jahren. Sie halten Ausgabe 20 in der Hand. Ein guter Grund, Ihnen in dieser Ausgabe das verantwortliche Redaktionsteam einmal vorzustellen.

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!

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

IN EIGENER SACHE

WIE ENTSTEHT DAS AAC-KUNDENMAGAZIN?

Das AAC-Kundenmagazin feiert sein fünfjähriges Bestehen. Deshalb wollen wir die Arbeit sowie die Menschen, die jedes Quartal das Magazin für Sie zusammenstellen und herausgeben, einmal vorstellen.

Das AAC-Redaktionsteam besteht aus drei Personen. Diese sichten über den Quartalsverlauf diverse Datenquellen, werten diese aus und besprechen die identifizierten Themen mit weiteren Mitarbeitenden unseres Kompetenz-Centers auf Redaktionskonferenzen. Hier wird entschieden, ob Änderungen im Bereich Abrechnung und Honorar Anpassungen des Abrechnungsprogramms notwendig machen bzw. die Informationen im Magazin oder in weiteren Formaten, wie z. B. AAC-informiert oder Fortbildungsveranstaltungen dargestellt werden.

Unsere Hauptinformationsquellen sind

- die Homepages von KBV, KVn und Krankenkassen sowie
- Beschlüsse der KVn zu den Honorarverteilungsmaßstäben,
- regionale Verträge und
- Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie des Bewertungsausschusses.

Zusätzlich schauen wir uns aber auch Verordnungen des Bundesgesundheitsministeriums an und Rahmenvorgaben sowie Richtlinien von KBV und GKV-Spitzenverband.

Aus Newslettern und anderen Informationsmaterialien der Ärztezeitung, des deutschen Ärzteblatts, des Ärztenachrichtendienstes, der KBV, der KVn oder auch des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte filtern wir ebenso relevante Themen für Sie heraus.

Ende des zweiten Quartalsmonats beginnen die Arbeiten zur Manuskripterstellung. Alle gesammelten Informationen werden aufbereitet und formuliert. Redaktionsschluss ist dann zum Ende der zweiten Woche des Folgequartals, damit wir Ihnen das fertige Magazin Ende der dritten Woche des neuen Quartals zur Verfügung stellen können.

IN EIGENER SACHE

WIE ENTSTEHT DAS AAC-KUNDENMAGAZIN?

IHR REDAKTIONSTEAM



Franziska Mainda
Redakteurin

MTA, B. A. Gesundheitsmanagement
und Mitarbeiterin im Abrechnungs-Kompetenz-Center



Jacqueline Rositzka
Redakteurin

Betriebswirtin und Leitung des Projektmanagements



Dr. med. Georg Lübben
Arzt und Vorstand

Verantwortlicher im Sinne des Presserechts

WAS IST NEU IM AAC-MAGAZIN?



Der Umfang der Berichterstattung im Magazin hat sich in den letzten Quartalen beständig erweitert und in der Folge nahm auch die Seitenzahl des Magazins von Ausgabe zu Ausgabe zu.

Damit Sie in Zukunft einen schnelleren Überblick über die vielen interessanten Themen gewinnen, haben wir den Aufbau des Magazins durch Unterkapitel neu strukturiert. Der Fokus des Magazins liegt auch in Zukunft auf Themen mit Relevanz für Abrechnung und Honorar. Dabei spannen wir den Bogen von der Gesundheitspolitik über die klassischen Änderungen von EBM und Honorarverteilung im Kapitel Leistungen und Versorgung bis zu relevanten Elementen der Digitalen Praxis.

Die regionalen Änderungen im KV- und HZV-Bereich finden Sie auch weiterhin als Themen im Kundenmagazin. Wir schließen jede Ausgabe mit praktischen Tipps zur Liquidation privatärztlicher Leistungen ab.

Zusätzlich wurden die einzelnen Kapitel auch grafisch neu strukturiert, um Ihnen die Orientierung zu erleichtern.

Wir hoffen, dass wir Ihnen auch in Zukunft so ein ansprechendes Kaleidoskop wichtiger Themen mit Relevanz für Ihr Einkommen bieten können.



PRAXISBERICHT

DER AAC-PRAXISNAVIGATOR® IM PRAXISALLTAG

Die Praxis Harburg in Bayern bietet mit sechs Ärzten und ca. 4.000 versorgten Patienten pro Quartal das komplette Spektrum der hausärztlichen Versorgung an. Seit dem ersten Quartal 2023 nutzt die Praxis den AAC-PRAXISNAVIGATOR®. Wir haben uns bei der Praxismanagerin, Christina Wagner, einen Eindruck aus erster Hand verschafft, wie der AAC-PRAXISNAVIGATOR® ihre Arbeit und damit die Abrechnungsprozesse der Praxis verändert hat.

Wie ist die Abrechnung in der Praxis konkret organisiert?

Die MFA rechnen die Leistungen ab, die Ärzte dokumentieren die Behandlungsdiagnosen. Ich kontrolliere mithilfe der Tageslisten, ob wir alles vollständig erfasst haben. Zum Quartalsende kam dann die aufwändige Endkontrolle, bevor wir abgeben konnten. So war es jedenfalls, bis wir mit dem Praxisnavigator gearbeitet haben.

Was hat sich an der Abrechnungsorganisation denn ab da konkret geändert?

Ich starte gleich zu Quartalsbeginn die Arbeit mit dem Praxisnavigator. Dann erstelle ich jede Woche eine neue Auswertung und zu Quartalsende z. T. täglich. So kann ich viel früher Fehler sehen und diese dann zeitnah korrigieren bzw. reagieren. Die Tageslisten nutzen wir parallel weiter. Hier steht jetzt aber z. B. die Kontrolle der Diagnosen bei Verordnungen im Vordergrund.

Können Sie ein Beispiel geben, wie Sie konkret reagieren?

Ich sehe ja, wenn chronisch kranke Patienten nicht kommen, obwohl eigentlich ein Kontrolltermin wichtig wäre. So können wir den Patienten direkt anrufen und einbestellen. Wenn wir das erst am Quartalsende sehen würden, wäre es häufig zu spät.

Hat sich der Zeitaufwand für die Abrechnungskontrolle insgesamt verändert?

Nein, eigentlich nicht. Aber dadurch, dass wir das Abrechnungs-Controlling während des gesamten Quartals durchführen, sind wir viel effektiver unterwegs; also gleicher Zeitaufwand bei besserem Ergebnis.

PRAXISBERICHT

DER AAC-PRAXISNAVIGATOR® IM PRAXISALLTAG

Sie nehmen auch an den HzV-Verträgen teil. Wie hat sich der Arbeitsalltag hier verändert?

In der Praxis ist es schon aufwändig, neben der KV-Abrechnung auch Patienten über die einzelnen HzV-Verträge zu versorgen. Hier hat sich der Kontrollaufwand deutlich reduziert, da wir am Schluss über den Praxisnavigator einfach kontrollieren, ob wir die einzelnen Leistungen komplett abgerechnet haben. Das reduziert den Aufwand im laufenden Quartal und ist sehr komfortabel.

Für Sie persönlich – welchen Nutzen hat die Arbeit mit dem AAC-PRAXISNAVIGATOR® für Sie?

Für mich hat der Praxisnavigator einerseits den Nutzen, dass es mich sehr zufrieden macht, dass wir jetzt einfach noch besser abrechnen, die Abrechnung effektiv aussteuern sowie bei Wirtschaftlichkeit und Plausibilität keine Fehler machen. Zum anderen ist der Druck zum Quartalsende weg. Ich kann diese klassische Stressphase deutlich entspannter angehen.

Ebenso wird das Praxisteam entlastet. Ich kann die Arbeit viel besser koordinieren und kann selbst steuern. Damit haben meine Kolleginnen einfach mehr Zeit für die Patientenversorgung.

Noch eine Frage zum Schluss – Hand aufs Herz, hatten Sie nicht am Anfang Vorbehalte, ob Sie mit einer Software zum Abrechnungs-Controlling klarkommen?

Oh ja, die Sorgen hatte ich durchaus. Aber mit der Intensiv-Schulung zum Start und der Unterstützung durch den AAC-Berater war das dann kein Problem. Ich war erstaunt, wie schnell ich mich an den Praxisnavigator gewöhnt habe. Bereits nach wenigen Wochen war alles sehr vertraut. Heute ist die Steuerung der Abrechnung mit dem Praxisnavigator für mich so selbstverständlich wie die Arbeit mit dem eigenen Praxisverwaltungssystem und aus meiner Arbeit nicht mehr wegzudenken.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Krisengipfel beschließt Entlastungen für Hausarzt-Praxen

Am 09. Januar fand im Bundesgesundheitsministerium der Krisengipfel zur Zukunft der ambulanten Versorgung statt. Von ärztlicher Seite wurde auf einen solchen Krisengipfel gedrängt, da die ambulante Versorgung unter einem enormen Druck steht. Zielsetzung war, wirksame Entlastungsmaßnahmen für die Praxen auf den Weg zu bringen.

Die Beschlüsse im Überblick

Die Beschlüsse betreffen insbesondere die Vergütungssystematik der Hausärzte im EBM. Sie sollen zum einen die hausärztliche Vergütungssituation in KVn mit Budgets verbessern. Zum anderen sollen die Praxen durch den Wegfall von Arzt-Patienten-Kontakten, die ausschließlich durch die Regularien des EBM getriggert sind, entlastet werden, die Praxen bekommen also so „Luft“ für die Versorgung betreuungsintensiver Patienten. Je nach Dauer des Gesetzgebungsverfahrens könnten diese Beschlüsse ab Oktober 2024 für die Praxen wirksam werden.

- **Entbudgetierung aller Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung**
- **Einführung einer jahresbezogenen hausärztlichen Versorgungspauschale**
Die Versorgungspauschale kann pro Patient einmal jährlich beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt unabhängig von der Anzahl weiterer Kontakte angesetzt werden. Voraussetzung für die Versorgungspauschale ist, dass sich der Patient bei einem Hausarzt seiner Wahl einschreibt. Details sind noch nicht bekannt.
- **Neue hausärztliche Vorhaltepauschale**
Versorgerpraxen können eine neue Vorhaltepauschale abrechnen. Diese wird an bestimmte Bedingungen wie z. B. die Durchführung von Hausbesuchen und die Versorgung einer Mindestanzahl an Patienten, gekoppelt. Auch diese neue Pauschale wird nur für eingeschriebene Patienten abrechenbar sein.
- **Hitzeberatung vulnerabler Gruppen**
- **Weniger Einzelfallprüfungen**
Für alle Arztgruppen relevant ist die deutliche Anhebung der sog. Bagatelldgrenze für Einzelfallprüfungen. Diese liegt in den meisten KVn aktuell bei 30 Euro und soll deutlich erhöht werden. Damit sollen etwa 80 Prozent der derzeitigen Prüf- bzw. Regressfälle entfallen.

Ebenso wurde zur weiteren Förderung der Hausarztzentrierten Versorgung über einen Bonus für Versicherte, die sich zur Teilnahme an den HzV-Verträgen entscheiden, diskutiert.

Wir halten Sie über den weiteren Fortgang auf dem Laufenden!

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Das eRezept ist da

Zum 1.1.2024 wird die Nutzung des eRezepts für verschreibungspflichtige Medikamente nun verpflichtend. Die Umstellung bedeutet für Patienten für Folgerezepte mehr Komfort und weniger Wege in die Arztpraxis, insbesondere da nun auch die Einlösung per eGK möglich ist.

Die Praxen müssen sich jetzt vorbereiten, um verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse elektronisch verordnen zu können. Die technischen Voraussetzungen der TI sowie das eRezept-Modul des Praxisverwaltungssystems müssen funktionieren, ansonsten drohen Abschläge bei der TI-Pauschale sowie ab dem 2. Quartal 2024 auch Honorarabzüge.



Fortbildung

Gern verweisen wir daher noch einmal auf unser Webinar mit praxisrelevanten Tipps und Hilfestellungen zur Umsetzung des eRezepts.

Diese finden am

- ➡ Mittwoch, den 24. Januar um 17:00 Uhr und
- ➡ Freitag, den 26. Januar um 15:00 Uhr

als Webinar statt.

Wenn Sie teilnehmen möchten, hier geht's zur Anmeldung:
www.aac-ag.de/fortbildung



LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Verordnung medizinischer Reha sowie Folgeverordnungen häuslicher Krankenpflege auch per Video möglich

Verordnungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege und Heilmittel können im Rahmen einer Videosprechstunde verordnet werden. Der EBM wurde zum 1. Januar 2024 dahingehend angepasst.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|----------------|
| 01420 | Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) | 10,80 € |
| 01424 | Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (Muster 12) | 17,70 € |
| 01611 | Verordnung von medizinischer Rehabilitation nach Vordruck-Muster 61 gemäß Rehabilitations-Richtlinie | 36,20 € |

Zum Versand der Verordnungen kann die Kostenpauschale 40128 abgerechnet werden.

Portopauschalen bei Verordnungen per Telefon/Video oder im Hausbesuch zusammengefasst

| Ziffer | Beschreibung |
|--------------|---|
| 40128 | AU-Bescheinigung per Video oder Telefon (Ausdruck für den Versicherten) Verordnung medizinische Rehabilitation per Video (Muster 61) Folgeverordnung häusliche Krankenpflege per Video oder Telefon (Muster 12) Verordnung Heilmittel per Video oder Telefon (Muster 13) |
| 40129 | Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes per Video oder Telefon (Muster 21) |
| 40131 | AU-Bescheinigung im Hausbesuch (Ausdruck für den Versicherten) |

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Vergütung der Reha-Verordnung bleibt extrabudgetär

Die Verordnung einer medizinischen Reha über das Muster 61 wird auch im Jahr 2024 extrabudgetär, über die Ziffer 01611, vergütet. Der Bewertungsausschuss traf diese Entscheidung aufgrund der nach wie vor ungewissen Entwicklungs-Prognosen dieser Verordnungen.

insbesondere
KÄ, HÄ, KJP

Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Bereits 2021 wurde im SGB V über den § 73c eine Regelung eingeführt, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den kommunalen Spitzenverbänden Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz schließen sollten. Damit soll die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden, bei denen im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen oder im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Familienangehörigen Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls festgestellt wird.

Der Bewertungsausschuss hat dazu zwei neue Leistungen in den EBM aufgenommen.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|----------------|
| 01681 | Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt | 12,17 € |
| 01682 | Fallbesprechung mit dem Jugendamt je vollendete 10 Minuten; max. 8 x im Krankheitsfall | 15,27 € |

Wichtig

Die Fallbesprechung kann telefonisch, persönlich oder per Video erfolgen, jedoch nur abgerechnet werden, wenn sie durch das Jugendamt initiiert wurde. Bei der Fallbesprechung per Video ist ein zertifizierter Video-dienst zu verwenden.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

HÄ, KÄ

Aktualisierte Verträge für U10, U11 und J2 mit der TK

Seit dem 1. Oktober 2023 gelten bundesweit aktualisierte Verträge der Früherkennungsuntersuchungen U10, U11, J2 bei Kindern und Jugendlichen. Angepasst wurde die Vergütung. So wurde jede Untersuchung von zuvor 53 € auf 58 € erhöht, was einem Anstieg von über neun Prozent entspricht.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|----------------|
| 81102 | Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10 | 58,00 € |
| 81120 | Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11 | 58,00 € |
| 81121 | Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2 | 58,00 € |

HÄ, KÄ,
GYN, URO,
DERMA

Bis 2025 – extrabudgetäre Vergütung bei HIV-Präexpositionsprophylaxe

Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wird unverändert bis zum 31. Dezember 2025 extrabudgetär vergütet. Die Leistungen nach den Ziffern 01920 bis 01922 können bei Patienten mit einem deutlichen Risiko für eine HIV-Infektion erbracht werden.

Wichtig

Ab dem 1. Januar wird die Kontrolle im Rahmen der PrEP (Ziffer 01922) als Pauschale je Quartal in Höhe von 19,45 € vergütet. Bisher war die Leistung je vollendete 5 Minuten bis zu drei Mal im Behandlungsfall berechnungsfähig und hatte einen Wert von 9,42 €.

GYN

Zusätzliche Abrechnung von Sonographien in der Schwangerschaft möglich

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2023 Abrechnungsausschlüsse im EBM bei der Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft neben Leistungen des Kapitels 33, der Ultraschalldiagnostik, angepasst. Ab 1. Januar 2024 können verschiedene sonographische Leistungen nun nebeneinander berechnet werden, bei denen dies bisher nicht möglich war.

Konkret können jetzt im Behandlungsfall neben den sonographischen Leistungen zur Schwangerenbetreuung mit den Ziffern 01770 und 01771 und zur weiterführenden sonographischen Diagnostik mit den Ziffern 01772 und 01773 die folgenden Leistungen angesetzt werden:

- 33042 abdominale Sonographie,
- 33043 Uro-Genital-Sonographie,
- 33044 Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase und die
- 33081 Sonographie weiterer Organe oder Organteile

Wichtig

Diese Leistungen können einmal neben der Schwangerschaftssonografie berechnet werden,

- wenn eine kurative Indikation vorliegt und
- die Untersuchungen nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt werden
- sowie der kurative Anlass durch eine nachvollziehbare Diagnose mit entsprechender Angabe des ICD-Kodes inklusive Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (V, A, G) erfolgen.

Es ist davon auszugehen, dass eine fehlende „Zweitdiagnose“ eine Beanstandung bzw. Streichung der kurativ erbrachten Ultraschalleistung zur Folge hat.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

KARDIO,
KINDER-
KARDIO

Kardioversion als neue Leistung im EBM

Zur Abrechnung der externen elektrischen Kardioversion werden folgende Ziffern in den EBM aufgenommen:

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|-----------------|
| 04421 | Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten | 223,76 € |
| 13552 | Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten | 223,76 € |

Die Ziffern sind bis zu drei Mal im Behandlungsfall berechnungsfähig und werden extrabudgetär vergütet.

UROLOGIE

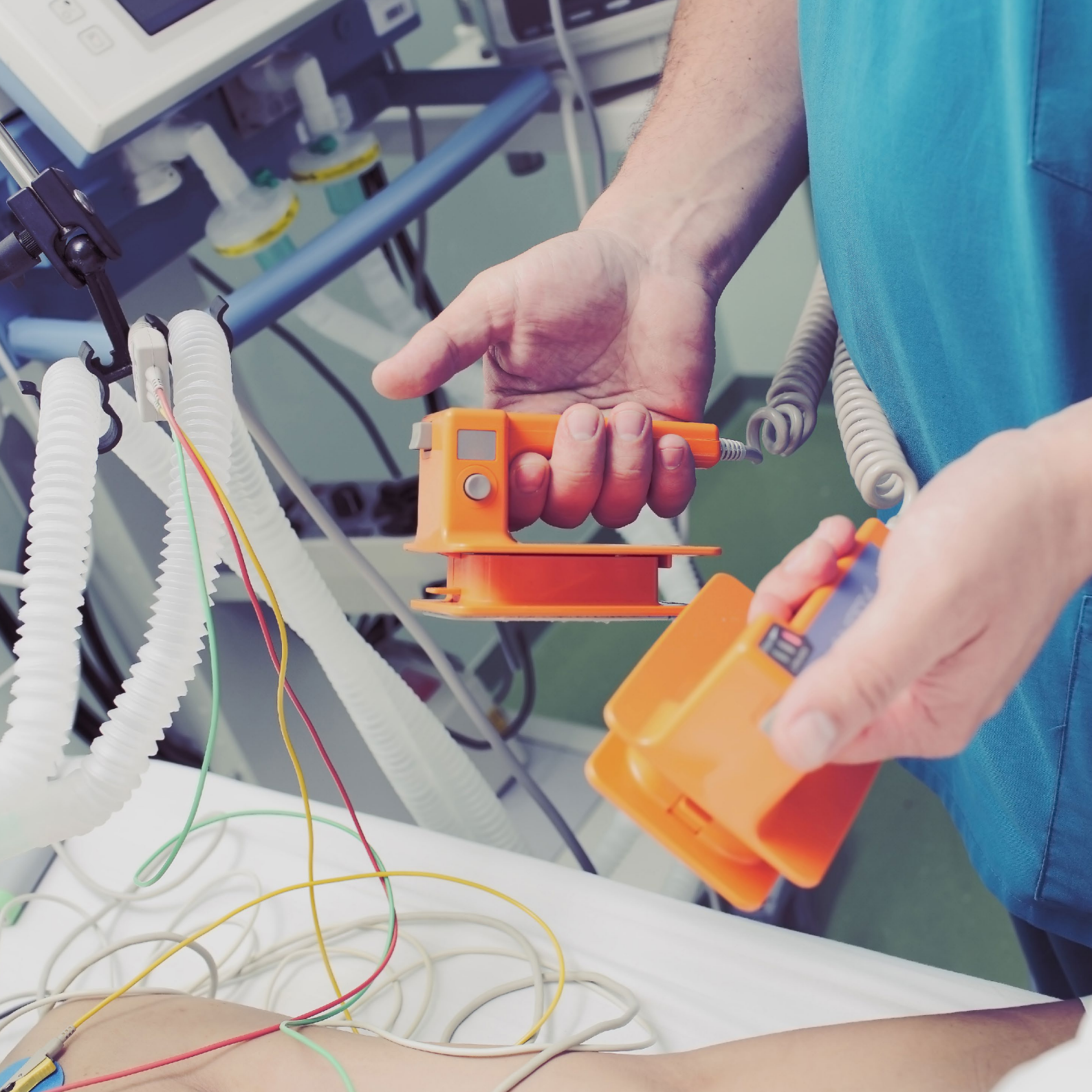
Ambulante Prostatabiopsien werden höher vergütet

Seit dem 1. Januar 2024 werden die ambulanten Prostatabiopsien höher vergütet, da diese Leistung nun mit in den Anhang 2 des EBM aufgenommen wurde.

Die transrektale, ultraschallgesteuerte Prostatastanzbiopsie (TRUS) zählt zu den am häufigsten durchgeführten interventionellen urologischen Eingriffen in Deutschland.

Der Anhang 2 umfasst zusätzlich zu den OPS-Kodes für die Biopsien auch die Abrechnungsziffern für OP, Überwachung sowie Nachbehandlung und Narkose. Im Einzelnen handelt es sich um nachfolgende Biopsien:

| OPS | Beschreibung |
|-----------------|---|
| 1-465.90 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: weniger als 20 Zylinder |
| 1-465.91 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder |
| 1-466.00 | Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: weniger als 20 Zylinder |
| 1-466.01 | Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder |



LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ONKO-
LOGISCH
tätige ÄRZTE

Onkologie-Vereinbarung angepasst

Die Onkologie-Vereinbarung wurde zum 1. Oktober 2023 aktualisiert und ist als Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) veröffentlicht.

- **Fallkonferenzen per Video möglich**

Ärzte können nun Fallbesprechungen im Zusammenhang mit den Kostenpauschalen 86510 und 86512 per Videokonferenz durchführen. Der Arzt, der die Konferenz initiiert, kann zusätzlich den Technikzuschlag über die Ziffer 01450 abrechnen.

- **Neue Diagnose: Hämoglobinurie (ICD-Kode D59.5)**

Die Kostenpauschalen 86510 und 86516 können nun auch dauerhaft für Patienten mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (ICD-Kode D59.5) angesetzt werden.

- **Fristen der EDV-Dokumentation verlängert**

Die Fristen für den EDV-technischen Zugriff auf Patientendaten in onkologischen Kooperationsgemeinschaften und für die Implementierung einer EDV-Dokumentation wurden bis zum 1. Januar 2025 verlängert.

Darüber hinaus gilt eine weitere Anpassung zum 01.01.2024.

Die Mindestfallzahl für Patienten mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung wurden halbiert.

Damit müssen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zur Erlangung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung nur noch 15 Patienten (bisher 30) mit diesen Behandlungen im Quartal nachweisen. Bei Urologen, Gynäkologen, Dermatologen und allen anderen Fachgruppen sind es ab Januar 2024 nur noch 10 Patienten (bisher 20).

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

OPERATIV
tätige FG

Ambulante Operationen Teil 1 Anpassung Anhang 2 EBM

Durch die jährliche Aktualisierung des OPS wurde auch der Anhang 2 EBM angepasst. Dabei handelt es sich neben der Aufnahme von neuen und der Streichung ungültiger OPS-Kodes auch um redaktionelle Änderungen von einzelnen Bezeichnungen.

Zu den neu aufgenommenen OPS-Kodes zählen:

- Kodes für die Destruktion von Nervengewebe
- Kodes aus den Bereichen Freie Hauttransplantation für den permanenten Hautersatz mit alloplastischem oder xenogenem Material und freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, für den permanenten Hautersatz mit alloplastischem oder xenogenem Material
- Kodes für gefäßchirurgische Eingriffe aufgrund von Anpassungen in der OPS-Systematik mit einer differenzierten Lokalisationsangabe bei den Varizeneingriffen

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

OPERATIV
tätige FG

Ambulante Operationen Teil 2 Weitere Maßnahmen zur Förderung Ambulanter Operationen

KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband haben sich auf weitere Maßnahmen zur Förderung ambulanter Operationen geeinigt. Aufgenommen wurden:

- neue Eingriffe in den AOP-Katalog
- weitere OPS-Kodes für die Förderzuschläge sowie
- neue Schweregradzuschläge für Frakturen (Frakturzuschläge)

Neue Eingriffe

Insgesamt wurden 171 neue Eingriffe in den AOP-Katalog aufgenommen. Davon sind allerdings nur 31 für ambulant tätige Ärzte relevant. Alle anderen OPS-Kodes gab es bereits im Anhang 2 des EBM. Zu diesen neuen Eingriffen zählen unter anderem:

- Prostatastanzbiopsien
- Arthroskopische Gelenkbiopsien
- sowie weitere arthroskopische Operationen

Weitere OPS-Kodes für Förderzuschläge

Die zu Beginn des Jahres 2023 eingeführten Förderzuschläge für ausgewählte ambulante Operationen wurden auf weitere Verfahren ausgeweitet. Hier wurden über 50 OPS-Kodes, insbesondere für die Bereiche Hauttransplantationen und arthroskopische Gelenkoperationen, aufgenommen.

Frakturzuschläge

Die ebenfalls zu Beginn des Jahres 2023 eingeführte Schweregradsystematik wird um die Versorgung von Frakturen erweitert. Ab Januar erhalten Ärzte einen Zuschlag in Höhe von 20 % auf die Operationsleistung von offenen oder geschlossenen Repositionen von Frakturen mit fixierenden Maßnahmen.

Ambulante Operationen Teil 3 Was sind Hybrid-DRG?

Zum 1. Januar 2024 tritt die Rechtsverordnung des BMG auf der Basis des neu geschaffenen § 115 f SGB V in Kraft. Sie definiert einen Katalog an Eingriffen, die nach den neuen Hybrid-DRG vergütet wird. Die bis zum 31.12.2024 geltende Rechtsverordnung wurde notwendig, da sich KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht auf einen entsprechenden Leistungskatalog einigen konnten.

Bei Hybrid-DRG handelt es sich um eine spezielle sektorengleiche Pauschale für Leistungen, die bisher überwiegend stationär und in Zukunft sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern zu einem gleichen Honorar erbracht werden können. Dabei ist es egal, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird. Der Katalog definiert 244 Leistungen. Es ist geplant, diesen Katalog zügig zu erweitern. Das BMG möchte mit dem neuen Leistungsbereich die Ambulantisierung, d. h. die Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich fördern.

Für niedergelassene Operateure ist wichtig, dass die Fallpauschale alle Leistungen von der Operationsvorbereitung bis zum Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung abdeckt und auch alle zusätzlich erforderlichen Leistungen inkludiert. Sollte also z. B. eine Laboruntersuchung als Bestandteil der operativen Leistung erforderlich sein, kann der Laborarzt diese nicht separat abrechnen. Mit der Hybrid-DRG sind demnach „alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten“, so die Rechtsverordnung.

Weiterhin ist wichtig, dass das bisher ausschließlich im stationären Bereich verwendete Definitionshandbuch des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2024 sowie die hierauf basierende Software (DRG-Grouper) zur Auswahl der Hybrid-DRG benutzt werden muss. Die Rechtsverordnung enthält keinerlei Bestimmungen, wie die Leistung konkret abzurechnen ist. Dies muss die Selbstverwaltung erst noch festlegen. Wir werden weiter berichten.

Aufgrund der Leistungssystematik des DRG-Systems und der nicht mit dem EBM kompatiblen „all inclusive“ Pauschalen, zielt das BMG primär mit den Hybrid-DRG auf Krankenhäuser, die so incentiviert werden, operative Leistungen ambulant zu erbringen. Für niedergelassene Operateure dürfte das System kaum attraktiv sein.

LEISTUNGEN UND VERSORGUNG

ALLE FG

Änderungen des ICD-Katalogs 2024

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat den ICD-Katalog für 2024 veröffentlicht. Die wichtigsten inhaltlichen Änderungen sind:

- **Akutes Atemnotsyndrom (J80.-)**

Einführung neuer 5-Steller, um das akute Atemnotsyndrom bei Kindern und Jugendlichen spezifisch kodieren zu können.

- **Diabetes mellitus (E10.-)**

Einführung einer neuen sekundären Schlüsselnummer (U69.75!) zur spezifischen Kodierung einer Insulinresistenz bei Diabetes mellitus Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter.

- **Myokardinfarkt (I21.-)**

Einführung neuer 5-Steller, um eine Differenzierung von akuten subendokardialen Myokardinfarkten in Typ-1- und Typ-2-Infarkte gemäß Ätiologie vornehmen zu können.

- **Pulmonale Hypertonie (I27.-)**

Einführung neuer 5-Steller, um eine leitliniengerechte Differenzierung der pulmonalen Hypertonie vornehmen zu können.



KURZ FÜR SIE NOTIERT

- Der mit der Ziffer 01611 für die Verordnung einer medizinischen Reha in Verbindung stehende Zuschlag nach der Ziffer 01613 für die Verordnung einer geriatrischen Reha wird künftig aus der MGV vergütet werden.
- Die Ziffer 01648 für die Erstbefüllung der ePA wird vorerst bis zum 14.01.2025, dem Stichtag für die verpflichtende Einrichtung der ePA durch die Krankenkassen, extrabudgetär vergütet. Eine Verlängerung dieser Regelung darüber hinaus ist unwahrscheinlich.
- Die Ziffer 01744 als Übergangsregelung für das Screening auf Hepatitis B und C entfällt, wenn das Screening wegen der abweichenden Abstände nicht im Rahmen einer GU erbracht wurde. Ab 2024 kann das Screening nur noch als Zuschlag zur 01732 mit der Ziffer 01734 berechnet werden.
- Der gemeinsame Höchstwert für die Kostenpauschalen nach den Ziffern 40110/40111 wurde weiter abgesenkt. Er liegt 2024 z. B. bei Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten und bei Kinder- und Jugendmedizinern bei nur noch 6,88 € pro Arzt im Quartal.

ARZNEIMITTEL

ALLE FG

Klarstellung zu OTC-Arzneimitteln – auch verschreibungspflichtige Packungsgrößen können wirtschaftlich sein

Bestimmte Arzneimittel mit gleicher Wirkstärke und Anwendungsgebiet sind sowohl verschreibungspflichtig als auch rezeptfrei erhältlich. In der Regel sollten Ärzte aus Gründen der Wirtschaftlichkeit die rezeptfreie Variante empfehlen, es sei denn, es gibt spezielle Gründe dagegen. Jetzt wurde die Arzneimittel-Richtlinie ergänzt und klargestellt, dass verschreibungspflichtige Packungsgrößen in manchen Fällen wirtschaftlicher sein können, wenn diese für eine angemessene Versorgung notwendig sind.

Auslöser war die Verordnung triptanhaltiger Arzneimittel, die sowohl rezeptfrei als auch verschreibungspflichtig erhältlich sind. Entscheidend sind die erhältlichen Packungsgrößen. Bei gelegentlichen Migräneanfällen sind die kleinen, rezeptfreien Packungsgrößen ausreichend. Bei häufigeren Migräneanfällen – zum Beispiel mehrmals im Monat – kann die Verordnung einer verschreibungspflichtigen Packungsgröße zweckmäßig sein. Die aktualisierte Regelung berücksichtigt solche Situationen nun angemessen.

Für die Praxis

Um das Wirtschaftlichkeitsgebot einzuhalten, ist es empfehlenswert, die Häufigkeit der Migräneanfälle bei der Verordnung von triptanhaltigen Arzneimitteln, die auch als OTC-Präparate erhältlich sind, in der Patientenakte zu dokumentieren. Hierbei kann auch die Führung eines Schmerztagebuchs hilfreich sein.

ARZNEIMITTEL

NEURO,
PSYCH

Beobachtung nach Behandlung mit Spravato®

Seit dem 1. Oktober 2023 gilt eine neue EBM-Ziffer für die Überwachung von Patienten nach Gabe des Antidepressivums Spravato® per Nasenspray. Die Gabe von Spravato® durfte bisher nur stationär erfolgen, ist jetzt aber auch ambulant möglich. Die neue Leistung wird über die Zusatzpauschale 01549, für die Beobachtung nach der nasalen Gabe, abgerechnet. Die Vergütung erfolgt vorerst extrabudgetär.

Die Entscheidung zur Verordnung von Spravato® muss gemäß Fachinformation von einem Psychiater erfolgen. Daher kann die Ziffer nur von folgenden Fachärzten abgerechnet werden:

- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Neurologie
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|----------------|
| 01549 | Zusatzpauschale für die Beobachtung von Patienten nach der intranasalen Anwendung von Spravato® (Esketamin) | 33,33 € |

FÄ, die
lysosomale
Speicherer-
krankungen
behandeln

Aufnahme von Pegunigalsidase alfa in die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln

Zum 01.01.2024 wurde in die Leistungslegenden der Ziffern 01540 bis 01542 die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Pegunigalsidase alfa (Handelsname: Elfabrio®) aufgenommen. Die Infusion des Arzneimittels bei Patienten mit Morbus Fabry dauert mindestens 1,5 Stunden und bedarf zusätzlich einer zweistündigen Nachbeobachtung.

DIGITALE PRAXIS

ALLE FG

Vergütung der Erstbefüllung der ePA bleibt unverändert – vorerst

Auch im Jahr 2024 wird die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) mit ca. zehn Euro vergütet. Die Ziffer 01648 bleibt in ihrer Bewertung unverändert und die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Aufgrund der immer noch geringen Verbreitung der ePA und der begrenzten Kenntnisse über den tatsächlichen Zeitaufwand für die Erstbefüllung der ePA in den Praxen, hat der Bewertungsausschuss die Frist für die Abrechnung dieser Leistung noch einmal verlängert. Wenn das Digital-Gesetz in Kraft tritt, kann sich die Regelung zur Laufzeit der Ziffer 01648 jedoch noch einmal ändern.

Wichtig

Die Beratung der Patienten zur ePA ist nicht Teil dieser Leistung.

HÄ, DIA-
BETOLOGIE,
KARDIO,
PNEUMO

DMP - Patientenschulungen per Video sind jetzt grundsätzlich möglich

Zukünftig können die Patientenschulungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) auch per Video angeboten werden, das hat der G-BA beschlossen. Die DMP-Anforderungen wurden entsprechend erweitert, sodass Schulungen ganz oder teilweise im Videoformat erbracht werden können. Diese Neuerung tritt in Kraft, sobald das BMG den Beschluss geprüft und dieser im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde.

Für die Praxis

Die technischen Anforderungen für Videoschulungen müssen den allgemeinen Voraussetzungen für die Durchführung einer Videosprechstunde entsprechen. Ausgenommen ist hierbei jedoch die Begrenzung der Teilnehmerzahl bei der Videoschulung. Praxen müssen für die Schulungen sowohl Präsenz- als auch Videoangebote bereithalten.

DiGA

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

HÄ, INTER-
NISTEN

Oviva Direkt für Adipositas

Die DiGA unterstützt stark übergewichtige Menschen bei der Gewichtsreduktion und der Änderung ihrer täglichen Gewohnheiten und gilt seit dem 01. Oktober 2023.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|--------------------------------|
| 01475 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Oviva Direkt für Adipositas <ul style="list-style-type: none">• einmal im Krankheitsfall | 7,64 € extrabudgetär |

HÄ,
CHIRURGIE,
ORTHO,
REHA

Mawendo

Die DiGA bietet Ärzten die Möglichkeit, ein Trainingsprogramm auszuwählen und patientenindividuell anzupassen. Sie dient der Selbstunterstützung bei der Behandlung einer Erkrankung der Kniescheibe.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|--------------------------------|
| 01476 | Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Mawendo <ul style="list-style-type: none">• einmal im Krankheitsfall | 7,64 € extrabudgetär |

DiGA

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

HÄ, ORTHO,
REHA,
KINDER-
CHIRURGIE

companion patella

Diese DiGA ist für Patienten mit vorderem Knieschmerz im Alter von 14 – 65 Jahren und beinhaltet einen bewegungstherapeutischen Trainingsplan, der anhand von Schmerz- und Belastungsempfinden im Verlauf der Therapie kontinuierlich den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden kann.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|--|--------------------------------|
| 01477 | Zusatzpauschale für Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) companion patella <ul style="list-style-type: none">• einmal im Behandlungsfall | 7,64 € extrabudgetär |

SCHMERZ-
THERA-
PEUTEN

„somnio“ und ViViRa

Ab Januar können auch Schmerztherapeuten die DiGAs „somnio“ und ViViRa, zur Behandlung von Schlafstörungen und Rückenschmerzen, verschreiben und abrechnen. Mit dieser Neuerung gelten extra für Schmerztherapie eigene Ziffern, um die Überwachung und Auswertung dieser Anwendungen abzudecken.

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|--------------------------------|
| 30780 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio | 7,64 € extrabudgetär |
| 30781 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) ViViRa | 7,64 € extrabudgetär |

Wichtig

Erstverordnungen von DiGAs sind Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen.



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

BADEN-
WÜRTTEM-
BERG

Änderungen im HVM zum Jahreswechsel

Die Rückführung aller TSVG-Neupatienten in das Budget im Jahr 2023 und die geänderte Zählung der zugehörigen Behandlungsfälle ist beendet. Ab dem 1. Quartal 2024 werden alle Patienten wieder automatisch aus dem Vorjahresquartal für die RLV-Berechnung berücksichtigt.

Ebenfalls tritt die vorübergehend ausgesetzte Fallzahlzuwachsbeschränkung wieder in Kraft. Die Berechnung der Fallzahlgrenze für 2024 basiert auf den abgerechneten und anerkannten RLV-Fällen aus dem Jahr 2022, einschließlich der TSVG-Neupatienten.

Quelle: www.kvbawue.de/kvbw/aktuelles/news-artikel/aenderungen-der-honorarverteilung-zum-1-juli-2023-sowie-zum-1-januar-2024

BERLIN

KV Berlin beschließt neuen HVM

Die Anpassungen im Überblick:

- die RLV-relevanten Fallzahlen der Fachgruppen werden um 10 % reduziert
- die zugewiesenen RLV-relevanten Fälle werden ebenfalls um 10 % reduziert
- im Gegenzug werden die RLV-Fallwerte erhöht
- die Vergütungsmenge für die Restquote wird halbiert
- die Fallzahlzuwachsbeschränkung und Fallzahlauffangregelung werden wieder eingeführt

Das Budget soll für die einzelne Praxis gleichbleiben, auch wenn die Fallzahlen abgesenkt werden. Damit sinkt der Anreiz für die Praxen, mehr Patienten zu versorgen.

Quelle: PID November 2023

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

BERLIN

Anpassung des Vertrags VorsorgePlus für die Diagnostik und Behandlung einer Arthrose des Hüft- oder Kniegelenks

Die KV Berlin, die KKH und die HEK haben sich auf folgende Änderungen geeinigt:

- Ergänzung weiterer Diagnosen als Teilnahmevoraussetzung
- Wegfall der Diagnosen Gelenkschmerzen im Hüft- oder Kniegelenk als Teilnahmevoraussetzung
- Erweiterung der Umsetzungsinhalte:
 - Vorhaltung von Angeboten zur Ernährungsberatung, Förderung der Rauchentwöhnung, Bewertung des individuellen Sturzrisikos sowie regelmäßige Beurteilung des persönlichen Risikoprofils des Patienten
- Aufnahme einer Förderung nichtmedikamentöser therapeutischer Ansätze und die intensive Begleitung medikamentöser Therapien durch den Hausarzt

Neu im Vertrag:

- Verwendete Gesundheits-Apps müssen einen Medikationsplaner mit Erinnerungsfunktion sowie die Dokumentation der Anwendungshäufigkeit von Schmerzmitteln beinhalten.

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/aktuelles/praxis-news/detailansicht/pn231011

BRANDENBURG

DMP Diabetes Typ 2: höhere Schulungspauschale

Die Vergütung der Schulungen wurde um jeweils 0,50 € pro Patienten und Unterrichtseinheit erhöht.

Zusätzlich wird der Abschluss der Schulung mit einem Zuschlag von 10 € vergütet, sofern es gelingt, die Patienten bis zur letzten Unterrichtseinheit zu einer aktiven Teilnahme zu motivieren. Bei Abrechnung der letzten Unterrichtseinheit muss dafür die Sonderziffer 96019 mit eingetragen werden.

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-dmp-diabetes-typ-ii-neue-versorgungsinhalte-und-hoehere-schulungspauschale

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

HAMBURG

AOK-Vertrag Kardioversion bei tachykarden Herzrhythmusstörungen beendet

Der Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg zur mehrstufigen ambulanten Versorgung bei Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion endete zum 31. Dezember 2023.

Quelle: KVH Telegramm Nr. 22

Neuer HVM ab 1. Januar 2024

Ab dem 1. Januar 2024 tritt in Hamburg eine neue Honorarverteilungssystematik in Kraft. Seit dem Jahr 2021 erfolgte die Honorarverteilung über Garantiequoten.

Im fachärztlichen Bereich kehrt man zum alten System zurück und ersetzt die bisherigen Garantiequoten durch individuelle (ILB) und praxisbezogene Leistungsbudgets (PLB). Hier fließen alle Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ein. Leistungen innerhalb des PLB werden komplett, darüber hinaus erbrachte Leistungen werden quotiert vergütet.

Extrabudgetäre Leistungen der EGV werden wie bisher voll honoriert.

Im hausärztlichen Bereich bleibt das System Garantiequoten erhalten.

Quelle: www.kvhh.net/de/praxis/abrechnung-and-honorar/praxisbezogene-leistungsbudgets-plb.html#item-0ed58da7-d2ae-4b4e-9c73-bbc2a5333d33

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

NORDRHEIN

Neu DMP Osteoporose

Ab Januar 2024 startet in Nordrhein das DMP für Osteoporose mit dem Ziel, das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen, Stürze zu vermeiden, die Beweglichkeit zu erhalten oder zu verbessern und Schmerzen zu reduzieren.

Teilnehmende Ärzte

Hausärzte und Orthopäden

Teilnehmende Versicherte

Männer ab 60 Jahren und alle anderen Geschlechter ab 50 Jahren

Leistungen

| Leistung | Wert |
|--|---------|
| Einschreibepauschale (einmalig) | 25,00 € |
| Dokumentationspauschale (je Quartal) | 10,00 € |
| Qualitätssicherungspauschale (einmalig) | 17,50 € |
| Betreuungspauschale koordinierender Arzt (je Quartal) | 11,00 € |
| Anlassbezogene Sturzanamnese (2 x im Krankheitsfall) | 8,00 € |
| Mitbehandlungspauschale für FÄ bei Überweisung (2 x im Kalenderjahr) | 25,00 € |
| Gruppenschulung à 60 Minuten je Unterrichtseinheit und Patient | 22,50 € |

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

NORDRHEIN

Neue Prüfvereinbarung

Mit der neuen Prüfvereinbarung wurden einige Erleichterungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung geschaffen.

- **Erhöhung der Bagatellgrenzen bei verordneten Leistungen**

Eine Stellung von Einzelanträgen auf Prüfung ist erst dann möglich, wenn die Verordnungskosten pro Quartal

- 150 € pro Praxis im Sprechstundenbedarf und
- 100 € pro Arzt im übrigen Verordnungsbereich

überschreiten.

- **Sonderregelung für Impfstoffe**

Wird der vorgesehene Bezugsweg nicht eingehalten, gilt künftig eine Schadenspauschale von 9 € je Dosis. Diese Regelung ist zunächst auf drei Jahre befristet.

- **Prüfung ärztlicher Leistungen**

- Bei Einzelfallprüfungen ist die Anzahl der Verfahren auf 20 pro Quartal begrenzt und die erwartete Kürzung muss 150 € überschreiten.
- Die Prüfung nach Durchschnittswerten bei der Honorarprüfung ist auf 3 % der Fachgruppe begrenzt. Zusätzlich muss eine Leistung den Fachgruppenschwermittelwert um mehr als 100 % überschreiten und die erwartete Kürzung mind. 150 € betragen.

Ziel der Vereinbarung ist es, die Anzahl der Prüfungen zu reduzieren.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/neue-pruefvereinbarung-ab-dem-1-januar-2024

RHEINLAND-
PFALZ

AOK startet mit DMP Osteoporose

Ab sofort können Versicherte der AOK mit einer medikamentös zu behandelnden Osteoporose in Rheinland-Pfalz auch am DMP Osteoporose teilnehmen. Ziele des Vertrags sind, mit Hinweisen zur Diagnostik und differenzierten Empfehlungen für die Therapie sowie über Schulungen, Funktionstrainings und Reha-Sport die Lebensqualität der Patienten zu steigern und Stürze und Frakturen zu vermeiden.

Wir halten Sie auf dem Laufenden mit weiteren Informationen.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

RHEINLAND-
PFALZ

IKK Südwest: CRP-Tests vor Antibiotika-Verordnungen werden gefördert

Die KV RLP hat mit der IKK Südwest zum 1. Oktober 2023 einen Vertrag geschlossen, der eine adäquate Antibiotika-Verordnung bei Atemwegsinfektionen fördert. Der Vertrag ermöglicht PoC-Tests für CRP, um zu beurteilen ob eine Antibiotika-Verordnung notwendig ist. Die Teilnahme ist für alle niedergelassenen Ärzte in Rheinland-Pfalz ohne separates Einverständnis durch Arzt oder Patienten möglich. Voraussetzung ist das Vorhandensein eines PoC-Testgeräts.

Vergütet wird der Test extrabudgetär mit 7 € über den Ansatz der Ziffer 92800.

Quelle: www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/ikk-suedwest-crp-tests-vor-antibiotika-verordnungen-werden-gefoerdert/

DMP-Vertrag Diabetes: mehr Geld für Schulungen und höhere Pauschalen

Der DMP-Vertrag für Diabetes mellitus Typ 2 wurde zum 1. Oktober 2023 aktualisiert. Dabei wurde die Vergütung für folgende Leistungen angehoben:

- Schulungen pro Teilnehmer und Unterrichtseinheit: 28 €
- Einzelberatung durch anerkannte Diabetesberaterin: 15 € und ab 01.01.2025 17 €
- diabetologische Behandlungspauschalen steigen insgesamt um etwa 13 %

Zusätzlich wurden zwei neue Pauschalen vereinbart

| Ziffer | Beschreibung | Wert |
|--------------|---|-----------------|
| 90048 | Deeskalierung der Behandlung eines Patienten mit Diabetes Typ 2 und Insulinbehandlung auf eine Behandlung mit GLP1 und/oder SGLT-2-Inhibitor 1 x im Lebensfall | 75,00 € |
| 90049 | Erhöhter Aufwand für die Einstellung eines Patienten auf ein AID-Insulinpumpensystem 1 x im Lebensfall | 110,00 € |

Quelle: www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/2783/

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

SAARLAND

Vertrag „Früherkennung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen chronischer Erkrankungen“ – Beitritt der TK

Ärzte, die bereits eine Abrechnungsgenehmigung zur Teilnahme an dem Vertrag mit der DAK-Gesundheit haben, müssen keine neue Teilnahme beantragen. Für die Abrechnung gelten die gleichen Abrechnungsziffern und Vergütungen wie mit der DAK-Gesundheit.

Quelle: KVS Aktuell

SCHLESWIG-
HOLSTEIN

Neuer HVM ab 1. Januar 2024

Die Anpassungen im Überblick:

- Festlegung des Restpunktwerts im hausärztlichen Versorgungsbereich auf mind. 0,25 Eurocent
- Festlegung des Restpunktwerts bei Fachärzten auf maximal 0,5 Eurocent, jedoch nicht weniger als 0,25 Eurocent
- Erhöhung des PZV um 3 – 5 % für Haus- und Fachärzte durch die Absenkung der Restpunktwerte
- Aufschlag von 1.000 Punkten auf das PZV für anerkannte Praxisnetze
- Aufschlag auf das Budget von bis zu 1.000 Punkten für budgetierte Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quelle: www.kvsh.de/praxis/vertraege/honorarvereinbarungen

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

SCHLESWIG-
HOLSTEIN

Neue Kassen treten DMP Osteoporose bei

Ab dem 01. Dezember 2023 können A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) am DMP Osteoporose teilnehmen. Anders als bei anderen DMP ist für A-Mitglieder der PBeaKK eine Einschreibung erforderlich. Die Teilnahmeerklärungen müssen jedoch nicht an die Datenstelle gesendet werden, sondern verbleiben in der Praxis. Auch die Erst- und Folgedokumentationen können bei diesen Patienten erstellt und abgerechnet werden, diese Dokumentationen dienen ausschließlich der internen Praxisdokumentation.

Weitere Kassen, die am DMP Osteoporose teilnehmen:

- BKK MTU, BKK EUREGIO seit dem 1. Dezember 2023
- IKK seit dem 01. Januar 2024

Quelle: Newsletter KVSH

WESTFALEN-
LIPPE

Neuer Selektivvertrag „COPD-Screening“ mit der DAK-Gesundheit

Die KWVL hat mit der DAK-Gesundheit einen Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) geschlossen, der am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten ist. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten. Eine Spirometrie muss vorhanden sein. Der Vertrag richtet sich an DAK-Patienten, die noch keine gesicherte COPD-Diagnose oder chronische Bronchitis haben und über 36 Jahre alt sind.

Quelle: www.kwvl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-copd



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

BW

BADEN-WÜRTTEMBERG

| Vertrag | Alt | Neu |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Klimaresiliente Versorgung | Teilnehmende KK AOK | Teilnehmende KK AOK und GWQ |

BY

BAYERN

| Vertrag | Alt | Neu |
|---|---|---|
| Die Bahn-BKK hat einen eigenständigen HzV-Vertrag geschlossen. | | |
| BKK Bosch Videosprechstunde | ./. | über 01450 Videosprechstunde 10,00 € |
| SVLGF (LKK) | ./. | im Vertretungsfall über 01413 Mitbesuch und über 01418 Hausbesuch Abrechnung möglich |
| | Heimbesuch bis zu 3-mal im Quartal abrechenbar | Heimbesuch bis zu 5-mal im Quartal abrechenbar |

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

HE

HESSEN

| Vertrag | Alt | Neu |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Die Bahn-BKK hat einen eigenständigen HzV-Vertrag geschlossen. | | |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann | AOK 20,00 € | AOK 25,00 € |
| | BKK spectrumK 16,22 € | BKK spectrumK 17,18 € |
| Check-up / Gesundheitsuntersuchung (GU) | BKK spectrumK 36,73 € | BKK spectrumK 38,90 € |
| Hautkrebsscreening (HKS) über 01745 | AOK 20,00 € | AOK 25,00 € |
| | BKK spectrumK 28,50 € | BKK spectrumK 30,19 € |
| Hautkrebsscreening (HKS) über 01746 | AOK 20,00 € | AOK 25,00 € |
| | BKK spectrumK 23,55 € | BKK spectrumK 24,94 € |
| Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms | BKK spectrumK 13,07 € | BKK spectrumK 13,84 € |
| Neugeborenen-Screening | BKK spectrumK 15,21 € | BKK spectrumK 21,95 € |
| Kindervorsorge U1 – U9 | BKK spectrumK 45,29 € | BKK spectrumK 47,97 € |
| Jugendvorsorge J1 | BKK spectrumK 40,11 € | BKK spectrumK 42,48 € |

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

NR

NORDRHEIN

| Vertrag | Alt | Neu |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Die Bahn-BKK hat einen eigenständigen HzV-Vertrag geschlossen. | | |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann | BKK spectrumK 16,22 € | BKK spectrumK 17,18 € |
| Check-up / Gesundheitsuntersuchung (GU) | BKK spectrumK 36,73 € | BKK spectrumK 38,90 € |
| Hautkrebsscreening (HKS) über 01745 | BKK spectrumK 28,50 € | BKK spectrumK 30,19 € |
| Hautkrebsscreening (HKS) über 01746 | BKK spectrumK 23,55 € | BKK spectrumK 24,94 € |
| Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms | BKK spectrumK 13,07 € | BKK spectrumK 13,84 € |
| Neugeborenen-Screening | BKK spectrumK 15,21 € | BKK spectrumK 21,95 € |
| Kindervorsorge U1 – U9 | BKK spectrumK 45,29 € | BKK spectrumK 47,97 € |
| Jugendvorsorge J1 | BKK spectrumK 40,11 € | BKK spectrumK 42,48 € |

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 1. JANUAR 2024

WL

WESTFALEN-LIPPE

| Vertrag | Alt | Neu |
|---|---------------------|--|
| Die Bahn-BKK hat einen eigenständigen HzV-Vertrag geschlossen. | | |
| Vertreterpauschale | AOK 20,00 € | AOK 25,00 € |
| Psychosomatik-Zuschlag | AOK 2,00 € | AOK 2,65 € |
| Geriatric 03240 | AOK 1 x pro Quartal | AOK max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr |
| Versorgungsmodul pAVK | ./. | über 00044 Früherkennung 20,00 € über 00045 Statuserhebung 20,00 € über 00046 Nachkontrolle 20,00 € |



ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

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

PVS-TIPP 1

Die Verjährung bzw. Verwirkung ärztlicher Forderungen gegenüber Patienten

Erhöhen Sie Ihre Liquidität durch zeitnahe Abrechnung Ihrer privatärztlichen Leistungen, steigern Sie dadurch die Zahlungsmoral Ihrer Patienten und verhindern Sie im Extremfall die Verjährung oder gar Verwirkung Ihrer ärztlichen Forderung.

Die ärztliche Vergütung wird nach § 12 Absatz 1 GOÄ fällig, wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine Rechnung (Privatliquidation) stellen. Erstellen Sie die Rechnung nicht zeitnah zur Behandlung, droht die Verwirkung. Zahlt der Patient nicht innerhalb einer gesetzlichen Frist, droht die Verjährung. Die Konsequenz: Sie erhalten keinen Lohn für Ihre Arbeit. Was können Sie dagegen tun?

Die PVS empfiehlt

- Stellen Sie Ihre Privatliquidation möglichst zeitnah nach Abschluss der Behandlung.
- Bei längeren Behandlungen ziehen Sie in Erwägung eine Zwischenrechnung zu stellen.
- Überdenken Sie Quartalsabrechnungen. Bei der Privatabrechnung sorgt sie lediglich dafür, dass Sie monatlang Ihr Honorar im Praxiscomputer horten, aber auf Ihrem Bankkonto kein Geld eingeht.

Die Vorteile einer zeitnahen Privatliquidation liegen auf der Hand

- verbesserte Liquidität Ihrer Praxis
- Entlastung Ihrer Organisation, die bei der Leistungsdokumentation einfach weniger Rechercheaufwand betreiben muss, als wenn sie sich Monate später noch einmal um längst abgeschlossene Behandlungen kümmern muss.
- höhere Akzeptanz der Rechnung bei Ihren Patienten, weil diese sich i. d. R. noch sehr gut an Ihre Behandlung erinnern können

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Verwirkung der Privatliquidation

Mit der zeitnahen Leistungsabrechnung vermeiden Sie die „Verwirkung“ Ihrer ärztlichen Honorarforderung. Immer häufiger sind Patientinnen und Patienten nicht mehr gewillt, die Privatliquidation zu bezahlen, wenn sie sich kaum noch an die Behandlung erinnern können, da Leistungserbringung und Rechnungsstellung sehr weit auseinanderliegen.

Bevor Ihr Anspruch verwirkt, muss zwar deutlich mehr passieren, als einfach nur „Zeit vergehen“, auch die Umstände werden natürlich berücksichtigt. Die aktuelle Rechtsprechung ist hier leider nicht eindeutig.

Am einfachsten ist es jedoch, es erst gar nicht so weit kommen zu lassen.

Verjährung der Privatliquidation

Sobald die Privatliquidation erstellt wurde, unterliegen ärztliche Honorarforderungen einer 3-jährigen Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden bzw. die Rechnung erstellt ist.

Das bedeutet: bei Rechnungen, die in 2021 gestellt wurden und bis zum 31.12.2024 nicht bezahlt wurden, kann der Patient sich auf die Verjährung berufen. Damit verlieren Sie zwar nicht Ihren Anspruch auf Ihr Honorar, aber Sie haben keine Möglichkeit mehr, Ihren Anspruch vor Gericht durchzusetzen.

Verhinderung der Verjährung der Privatliquidation

Der Eintritt der Verjährung der Privatliquidation kann verhindert werden u. a. indem:

- Sie den Honoraranspruch durch Mahnbescheid oder Klage geltend machen
- dem Patienten im Falle der Klage oder des Mahnbescheides diese/dieser vor Ablauf der Verjährungsfrist zugestellt wurde

Spätestens im Laufe der Monate November und Dezember 2024 müssen Sie für Ihre Honorarrechnungen aus dem Jahre 2021 selbst einen Mahnbescheid beantragen bzw. Klage erheben.

Die gute Nachricht für die KundInnen der PVS

Das übernimmt natürlich die PVS für Sie.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Zusammenfassung

Tipp 1

Stellen Sie Ihre Privatrechnungen zeitnah zur Behandlung. Neben den Vorteilen einer kontinuierlichen Liquidität und einer optimierten Praxisorganisation, laufen Sie nicht Gefahr den Anspruch auf Ihr ärztliches Honorar zu verwirken. Neben der höheren Liquidität bei zeitnaher Abrechnung, erhöhen Sie damit auch die Zahlungsmoral Ihrer Patienten, die sich dann genauer an die Einzelheiten der Behandlung erinnern und ja auch mit der Rechnungsstellung gerechnet haben.

Tipp 2

Überprüfen Sie, ob alle Behandlungen in Ihrem System zur Abrechnung gebracht wurden. Wägen Sie jedoch ab, ob die mögliche Verärgerung der Privatpatienten in einem akzeptablen Verhältnis zu einem möglichen Ertrag steht. Berücksichtigen Sie, dass vor dem Hintergrund der unklaren Rechtsprechung, Ihr Anspruch verwirkt sein könnte.

Tipp 3

Überprüfen Sie deutlich vor Ablauf der Verjährungsfrist, ob Forderungen vorliegen, für die Sie einen Mahnbescheid bzw. Klage erheben möchten.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

PVS-TIPP 2

Abrechnungstipps Patientenverfügung, eine Leistungsabrechnung nach GOÄ als Wunschleistung

Unter einer Patientenverfügung versteht man eine Willenserklärung einer Person für den eingetretenen Fall, dass Sie ihren Willen nicht (wirksam) gegenüber Ärzten, Pflegekräften oder Einrichtungsträgern erklären kann. Meist steht die Patientenverfügung im Zusammenhang mit der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen.

Die gesetzlichen Regelungen des § 1901a Abs. 1 BGB machen es erforderlich, dass eine Patientenverfügung schriftlich inklusive Namensunterschrift des Ausstellers abzufassen ist. Erfolgt dies nicht, kann es passieren, dass die vom Aussteller gewollten Regelungen der Verfügung ins Leere laufen. Daher sollten Sie als Arzt genau darauf achten, dass die Verfügung so detailliert wie möglich unter der expliziten Benennung von gewünschten und ablehnenden ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen formuliert wird. Des Weiteren besteht die Möglichkeit die Patientenverfügung mit einer Vorsorge- und Betreuungsvollmacht zu kombinieren.

Im Zuge der Erstellung einer Patientenverfügung können Sie Ihre Patienten aktiv durch ein Beratungsgespräch, eine Untersuchung oder die Mithilfe beim Ausfüllen des Formulars unterstützen.

Die Kosten für die Beratung und Erstellung von Patientenverfügungen sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und daher von den Patienten selbst zu tragen. Die Abrechnung erfolgt daher als **individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)**. Die Abrechnung hat nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erfolgen und muss mit dem Patienten im Vorfeld der Behandlung **durch einen schriftlichen Vertrag** abgeschlossen sein.

Da für die Erstellung einer Patientenverfügung kein spezieller Abrechnungstatbestand in der GOÄ enthalten ist, besteht nach § 6 Abs. 2 GOÄ die Möglichkeit einen **Analogansatz** zu wählen.

Als Einstieg empfiehlt es sich, zunächst ein ärztliches Beratungsgespräch über das Erstellen einer Patientenverfügung zu führen. Danach erfolgen in einem zweiten Termin die konkrete Erstellung und das Ausfüllen einer Patientenverfügung. Zusätzlich kommen Untersuchungen und die Feststellung der für die Patientenverfügung geforderten Einsichtsfähigkeit und freien Willensbildung hinzu.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Für Ihre Mithilfe bei der Erstellung einer Patientenverfügung ergeben sich nachfolgende mögliche Abrechnungspositionen.

| GÖA-Nr. | Leistung | Faktor 1,0 | Faktor 2,3 | Faktor 3,5 |
|------------------|--|----------------|----------------|----------------|
| 34 analog | 1. Beratungsgespräch über das Erstellen einer Patientenverfügung, mindestens 20 Minuten | 17,49 € | 40,22 € | 61,20 € |
| 34 analog | 2. Beratungsgespräch: Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen einer Patientenverfügung, mindestens 20 Minuten | 17,49 € | 40,22 € | 61,20 € |
| 5 | Symptombezogene Untersuchung | 4,66 € | 10,72 € | 16,32 € |
| 801* | Psychiatrische Untersuchung | 14,57 € | 33,52 € | 51,00 € |
| 75 analog | Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen der Patientenverfügung | 7,58 € | 17,43 € | 26,52 € |
| 80 analog | Mithilfe bei der Erstellung und dem Ausfüllen der Patientenverfügung (je nach Umfang entweder Nr. 75 oder Nr. 80) | 17,49 € | 40,22 € | 61,20 € |

* bei Zweifeln des Arztes an der Einsichtsfähigkeit

Sollte die Beratung deutlich länger als 20 Minuten dauern, ist auch eine Erhöhung des Multiplikators für die Leistung nach Ziffer A34 GOÄ möglich. Bei der Anwendung des Faktors 3,5 umfasst die Ziffer 34 ein Gespräch von circa 30 Minuten.

Können Sie davon ausgehen, dass das Beratungsgespräch länger als 30 Minuten dauert, sollte vor Beginn des Gesprächs eine Honorarvereinbarung abgeschlossen werden.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Falls der Patient die Praxis nicht aufsuchen kann und eine Besuchsleistung wünscht, kann auch diese Leistung zusätzlich abgerechnet werden.

| GÖA-Nr. | Leistung | Faktor 1,0 | Faktor 2,3 | Faktor 3,5 |
|---------|---|----------------------------|------------|------------|
| 50 | Hausbesuch auf Wunsch des Patienten | 18,65 € | 42,90 € | 65,28 € |
| § 8 | Wegegeld bei Hausbesuch, je nach Entfernung und Tageszeit | Min. 3,58 € / Max. 25,56 € | | |

Die jeweiligen Steigerungsfaktoren sind gemäß § 5 Abs. 2 der GOÄ unter Berücksichtigung von Schwierigkeitsgrad und Zeitumfang der einzelnen Leistung sowie den Umständen bei der Ausführung zu bestimmen. Der Regelsatz für eine durchschnittliche Leistung ist der Faktor 2,3.

Ein Muster einer Honorarvereinbarung für die Abrechnung dieser Leistung können Sie bei Ihrer PVS anfordern.

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.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an Ihre regionale PVS.



Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen

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

BILDNACHWEISE
Seite 1, 48 auf Basis von © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 7 © bihanc - stock.adobe.com
Seite 17 © sudok1 - stock.adobe.com
Seite 23 © C Malambo/peopleimages.com - stock.adobe.com
Seite 30 © Irina Batjuk - stock.adobe.com
Seite 39 © Paul - stock.adobe.com
Seite 44 © george - stock.adobe.com

DRUCK
MG-Print, Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

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

© 2024 AAC PRAXISBERATUNG AG
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

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

