KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

AMBULANTE KOMPLEXVERSORGUNG: EIN NEUES VERSORGUNGSANGEBOT FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

HINWEISE ZU TEILNAHME, LEISTUNGSSPREKTRUM UND VERGÜTUNG

PraxisInfoSpezial

INHALT

EINFÜHRUNG **3**

Das Programm in Kürze 3
Kernelemente des Programms 3

ZIELE **4**

PATIENTENGRUPPE **4**

AUFBAU UND STRUKTUR **5**

Teilnehmer der Komplexversorgung 5
Netzverbund bilden 6
Mitglieder des Netzverbunds 6
Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut 6
Koordination der Versorgung 7
Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit 7
Kooperationsvertrag mit Krankenhäusern 7
Kooperationsvertrag mit anderen Gesundheitsberufen 7
Organisation und Aufgaben 7

ABLAUF DER BEHANDLUNG **8**

Das sind die wesentlichen Bausteine 9

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG **10**

Die neuen Leistungen im Überblick 11

Impressum 12

EINFÜHRUNG

Für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen gibt es ein neues Versorgungsprogramm: die ambulante Komplexversorgung. Sie soll Betroffenen helfen, möglichst stabil und selbstständig zu leben. Dazu werden sie von berufsübergreifenden Teams aus Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Fachkräften wie Ergo- und Soziotherapeuten engmaschig betreut. Wie das Programm aufgebaut ist, wer welche Aufgaben übernimmt und wie die zusätzlichen Leistungen vergütet werden, fasst diese PraxisInfoSpezial zusammen.

DAS PROGRAMM IN KÜRZE

Menschen, die beispielsweise unter einer schweren Depression, einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung leiden, benötigen oftmals eine intensive und aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat deshalb das neue Versorgungsprogramm insbesondere für schwer psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auf den Weg gebracht. Es ist am 1. Oktober 2022 gestartet.

Im Mittelpunkt stehen regionale Versorgungsverbünde, in denen sich Ärzte und Psychotherapeuten zusammenschließen und zum Beispiel in Fallkonferenzen die Behandlung besprechen und je nach Bedarf anpassen.

AUF EINEN BLICK

KERNELEMENTE DES PROGRAMMS

Netzverbund und Kooperationspartner: Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbünden zusammen. Diese kooperieren mit Krankenhäusern, der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie anderen Gesundheitsberufen wie der Sozio- und Ergotherapie. Bei Bedarf ziehen sie weitere Fachleute oder Dienste hinzu.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut: Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patientin oder den Patienten einen festen Ansprechpartner. Dieser erstellt unter anderem den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte.

Koordination: Terminvereinbarung, Hausbesuche und Organisation des Informationsaustausches im Behandlungsteam sind Aufgaben der Koordination. Die Leistungen, die nicht vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten selbst übernommen werden, werden von einer qualifizierten Fachkraft, zum Beispiel einer Medizinischen Fachangestellten, einem Sozialarbeiter oder einer Pflegefachkraft ausgeführt.

Behandlungsplan und Fallbesprechungen: Es wird für jede Patientin und jeden Patienten ein Behandlungsplan erstellt, in dem die Ziele und Maßnahmen aufgeführt sind. In regelmäßigen Fallkonferenzen wird die Therapie besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Schneller Zugang: Betroffene, die sich an einen Netzverbund wenden, sollen möglichst innerhalb von 7 Werktagen einen Termin erhalten. Das gleiche gilt für die sich anschließende differentialdiagnostische Abklärung.

Rechtsgrundlage: Die Anforderungen an die ambulante Komplexversorgung sind in der „Richtlinie über die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ geregelt, die der G-BA nach Paragraf 92 Absatz 6b SGB V beschlossen hat.

ZIELE

Ein schnellerer Zugang zu einer qualifizierten Versorgung und eine größere Kontinuität in der ambulanten Begleitung sind wesentliche Ziele des Programms. Zudem soll Betroffenen der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung erleichtert werden. Krankenhausaufenthalte oder Versorgungsbrüche sollen möglichst vermieden werden. Die oft chronisch kranken Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden psychischen Krisen sollen so dabei unterstützt werden, möglichst stabil und selbstständig zu leben.

PATIENTENGRUPPE

Vorgesehen ist das Versorgungsangebot insbesondere für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, die bislang in der ambulanten Versorgung noch nicht ausreichend berücksichtigt sind. Dabei müssen die Patienten das 18. Lebensjahr vollendet haben. Außerdem muss eine Erkrankung F10 bis F99 nach Kapitel V der ICD-10-GM vorliegen.

Komplexer Behandlungsbedarf: Dieser liegt vor, wenn zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung der Erkrankung pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Behandlung durch unterschiedliche Disziplinen nötig ist.

Schwere der Erkrankung: Eine psychische Krankheit wird dann als schwer eingestuft, wenn der GAF-Wert höchstens ≤ 50 beträgt. GAF steht für „Global Assessment of Functioning“. Mit der Skala kann das allgemeine Funktionsniveau bei psychiatrischen Erkrankungen erfasst werden.
Näheres unter: www.kbv.de/html/soziotherapie.php#content26845.

AUFBAU UND STRUKTUR

Kernelement der Komplexversorgung sind die regionalen Netzverbünde, die mit anderen Gesundheitseinrichtungen und -berufen eng kooperieren. Patientinnen und Patienten, die von einem Netzverbund betreut werden, haben immer eine feste Ansprechperson: Dies kann ein Arzt oder ein Psychotherapeut sein.

TEILNEHMER DER KOMPLEXVERSORGUNG

- Ärzte und Psychotherapeuten, die Mitglied des Netzverbundes sind
- Krankenhäuser, psychiatrische Pflegedienste, Ergotherapeuten und Soziotherapeuten, die mit einem Netzverbund einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben
- Ärzte weiterer Fachrichtungen, Fachkräfte und -dienste, zum Beispiel sozialpsychiatrische Dienste und Reha-Einrichtungen, die bei Bedarf oder auf Wunsch des Patienten in die Behandlung einbezogen werden

NETZVERBUND BILDEN

Ein Netzverbund besteht aus mindestens 10 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus einer Region. Sie müssen für die Versorgung von gesetzlich Versicherten zugelassen

sein. Vertraglich schließen sie sich zusammen mit dem Ziel, eine kontinuierliche, vernetzte und berufs- und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten in der Region zu gewährleisten. Mitglieder des Netzverbunds

Das Kernteam im Netzverbund besteht aus:

- mindestens 4 Fachärzten/-innen für:
  - Psychiatrie und Psychotherapie und/oder
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und/oder
  - Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie
- mindestens 4 ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten/-innen
- Fachärzten/-innen für Neurologie

Vertrag abschließen: Die Mitglieder des Netzverbundes schließen einen Netzverbundvertrag ab. Dieser regelt insbesondere die Aufgaben und Organisation des Netzverbundes – zum Beispiel: Wie erfolgt die Patientendokumentation oder wann finden Fallkonferenzen statt? Den Vertrag legen sie ihrer Kassenärztlichen Vereinigung vor, um eine Genehmigung zu erhalten.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut

Innerhalb eines Netzverbundes übernimmt jeweils eine Person die Leitung der Behandlung jeweils eines Patienten: Diese Person kann sowohl ein Vertragsarzt als auch ein Psychologischer Vertragspsychotherapeut sein. Möglich ist auch, dass eine Ärztin oder ein Arzt aus der Klinik, mit der der Verbund kooperiert, die Bezugsfunktion wahrnimmt.

Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut? Grundsätzlich können beide die Funktion übernehmen. Eine Ausnahme besteht, wenn bei der Patientin oder dem Patienten eine somatische Hauptdiagnose oder somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlich ärztlich behandelt oder überwacht werden müssen, oder wenn die Medikamentendosis regelmäßig angepasst werden muss. In diesen Fällen leitet eine Bezugsärztin beziehungsweise ein Bezugsarzt die Behandlung. Innerhalb eines Netzverbundes kann jeder Arzt und Psychotherapeut als Bezugsarzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeut für unterschiedliche Patienten tätig sein.

Voraussetzungen

Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut ist Mitglied des Netzverbundes und verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag.

Aufgaben

Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für:

- Erstellung, Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans
- Unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teil- oder vollstationären Behandlung
- Einleitung einer somatischen Abklärung und falls nötig einer Behandlung

Koordination der Versorgung

Zu den Koordinationsaufgaben gehört vor allem, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Die Person vereinbart beispielsweise Behandlungstermine, besucht die Betroffenen im häuslichen Umfeld und leitet gegebenenfalls weitere Leistungen und Hilfen in die Wege. Auch damit soll erreicht werden, dass Betroffene die Therapie nicht abbrechen. Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut delegiert Aufgaben, die er nicht selbst übernehmen muss, an eine qualifizierte Fachkraft.

Folgende Berufsgruppen können die Koordinationsfunktion ausüben:

Soziotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in, psychiatrische/-r häusliche/-r Krankenpfleger/-in, Medizinische/-r Fachangestellte/-r, Sozialarbeiter/-in, Sozialpädagoge/-in, Pflegefachkraft, Psychologe/-in

Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Jeder Netzverbund schließt zudem Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus, das eine psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung für Erwachsene vorhält und mindestens einem Ergotherapeuten, einem Soziotherapeuten oder einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ab.

Kooperationsvertrag mit Krankenhäusern

Um die Übergänge zur stationären Behandlung reibungsloser zu gestalten, muss mindestens ein kooperierendes Krankenhaus in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Krankenhauskooperationen können mit weiteren Häusern abgeschlossen werden, die über geeignete Einrichtungen verfügen, zum Beispiel:

- psychiatrische Stationen an allgemeinen Krankenhäusern
- Tageskliniken
- teilstationäre Krankenhausbehandlung an psychiatrischen Kliniken

Kooperationsvertrag mit anderen Gesundheitsberufen

Der Netzverbund kooperiert zudem mit mindestens einem der folgenden Gesundheitsberufe aus seiner Region und schließt mit diesem ebenfalls einen Kooperationsvertrag ab:

- Ergotherapie
- Soziotherapie
- psychiatrische häusliche Krankenpflege

Der Netzverbund kann bei Bedarf weitere Hilfen hinzuziehen, zum Beispiel die Eingliederungshilfe oder den Sozialpsychiatrischen Dienst. Auch der Einbezug der Angehörigen der Patientinnen und Patienten ist wichtiger Bestandteile der ambulanten Komplexbehandlung.

Organisation und Aufgaben

Die Mitglieder des Netzverbundes sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten zeitnah behandelt und in Krisen jederzeit betreut werden können. Letzteres kann auch in Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie ambulanten psychiatrischen Pflegediensten oder Krankenhäusern gewährleistet werden. Die Mitglieder verständigen sich zudem auf einheitliche Standards, zum Beispiel in der Patientenkommunikation. Auch die Behandlungsdokumentation und das Erstellen der Befunde erfolgt einheitlich.

GENEHMIGUNG FÜR NETZVERBUND BEANTRAGEN

Netzverbünde benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV), bevor sie mit der Komplexversorgung starten können. Dazu reichen sie den Netzverbundvertrag und die Kooperationsverträge zusammen mit einem Antragsformular bei der KV ein. Mehr Informationen dazu erhalten Ärzte und Psychotherapeuten bei ihrer KV.

Die Netzverbünde teilen ihrer KV und der Landeskrankenhausgesellschaft ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit zur Information der Patientinnen und Patienten mit.

ABLAUF DER BEHANDLUNG

Ob ein Patient beziehungsweise eine Patientin für die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung geeignet ist, stellt ein Netzverbundmitglied anhand der vorgegebenen Kriterien in der Eingangssprechstunde fest. Im Anschluss erfolgt eine differentialdiagnostische Abklärung, auf deren Grundlage der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut den Behandlungsplan erstellt. Alle Therapieschritte werden eng abgestimmt und koordiniert. Dazu finden beispielsweise regelmäßig Fallkonferenzen statt.

DAS SIND DIE WESENTLICHEN BAUSTEINE

Empfehlung oder Überweisung: Der Erstkontakt zum Netzverbund kann über eine Überweisung oder Empfehlung durch jeden Arzt, Psychotherapeuten oder Sozialpsychiatrischen Dienst zustande kommen. Auch Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen können Erkrankten die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung empfehlen. Der direkte Zugang über ein Mitglied des Netzverbunds ist ebenfalls möglich.

Eingangssprechstunde: Diese soll möglichst innerhalb von 7 Werktagen nach Überweisung, direkter Kontaktaufnahme durch den Patienten oder Empfehlung stattfinden. In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob die ambulante Komplexversorgung für die Patientin oder den Patienten das richtige Angebot ist.

Differentialdiagnostische Abklärung: Sind die Einschlusskriterien erfüllt, soll in der Regel innerhalb von 7 Werktagen die differentialdiagnostische Abklärung (somatisch, psychisch und sozial) erfolgen – durch einen Arzt oder eine Ärztin des Netzverbundes. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Mitteilung an die Krankenkassen: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut informiert die Krankenkasse der Patientin oder des Patienten darüber, dass die Behandlung in dem Netzverbund beginnt. Eine parallele Behandlung in mehreren Netzverbünden ist Betroffenen nicht erlaubt.

Gesamtbehandlungsplan: Auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten einen Gesamtbehandlungsplan. Soweit erforderlich erfolgt hierzu eine interdisziplinäre Abstimmung, da psychische, somatische und soziale Seiten der Erkrankung im Behandlungsplan gleichermaßen berücksichtigt werden sollen.

Der Plan enthält die Therapieziele und Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen sowie psychotherapeutischen Maßnahmen. Aufgeführt ist ferner, ob und in welchem Umfang der Patient Heilmittel, eine Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege benötigt. Im Plan finden sich auch Informationen dazu, ob Maßnahmen zur differentialdiagnostischen somatischen Abklärung und/oder eine Behandlung somatischer Beschwerden außerhalb der Komplexversorgung erforderlich sind. Die für die Koordination zuständige Fachkraft wird namentlich im Plan aufgeführt.

Der Behandlungsplan beinhaltet zudem einen Kriseninterventionsplan. Hierfür bespricht der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut mit dem Patienten oder einer Bezugsperson, wie Krisen vermieden werden können, wie sie mit Krisen umgehen und welche Hilfen sie im Krisenfall erhalten können.

Der Behandlungsplan ist für alle, die an der Komplexversorgung beteiligt sind, verbindlich. Er soll mindestens halbjährlich überprüft werden.

Fallbesprechung: In regelmäßigen Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung Beteiligten wird überprüft, inwieweit die Therapieziele erreicht sind oder ob eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans notwendig ist. Fallbesprechungen sollten mindestens zweimal im Quartal erfolgen, erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten in der Eingangssprechstunde. Fallbesprechungen sind auch per Video oder Telefon möglich.

Überleitung in die Anschlussversorgung: Bei erfolgreicher Therapie ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung anzustreben. Hierzu erstellt der Bezugsarzt beziehungsweise der Bezugstherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für zusätzliche Aufgaben in der Komplexversorgung sind zum 1. Oktober 2022 neun Gebührenordnungspositionen (GOP) in den neuen EBM-Abschnitt 37.5 aufgenommen worden. Nur Ärzte und Psychotherapeuten, die in einem Netzverbund tätig sind, können diese Leistungen abrechnen. Eine Voraussetzung ist, dass der Netzverbund durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt wurde.

Eingangssprechstunde: Für die Anamnese und die Prüfung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der Komplexbehandlung in der Eingangssprechstunde gibt es eine Pauschale (GOP 37500). Der Arzt oder Psychotherapeut, der die Leistungen erbringt, kann die GOP bis zu viermal im Krankheitsfall abrechnen (236 Punkte je vollendete 15 Minuten).

Differentialdiagnostik: Die Abrechnung der Differentialdiagnostik erfolgt über die neue GOP 37510 (231 Punkte je vollendete 15 Minuten). Die Leistung kann bis zu viermal im Krankheitsfall berechnet werden – von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie.

Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans: Hierfür ist die GOP 37520 einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig (448 Punkte). Die GOP kann ausschließlich der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut abrechnen.

Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut, der die zentrale Ansprechperson für den Patienten ist, kann für zusätzliche Aufgaben einmal im Quartal die GOP 37525 (450 Punkte) ansetzen. In dieser Zusatzpauschale ist zum Beispiel die Aktualisierung des Behandlungsplans enthalten.

Die Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person: Für die Koordination der Versorgung durch eine Medizinische Fachangestellte oder eine Person, die beispielsweise in psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausgebildet ist, kann der Bezugsarzt oder -psychotherapeut einmal im Quartal die GOP 37530 (577 Punkte) abrechnen. Muss der Patient im häuslichen Umfeld aufgesucht werden, ist die GOP 37535 (166 Punkte) bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Fallbesprechungen: Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Fallbesprechung teilnehmen, können bis zu viermal im Behandlungsfall die GOP 37550 (128 Punkte je 10 Minuten) berechnen. Die GOP kann auch abgerechnet werden, wenn die Fallbesprechung telefonisch oder per Video stattfindet. In diesem Fall kann der Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut, der die Videofallbesprechung initiiert, zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden abrechnen (GOP 01450).

Zuschlag zu Fallbesprechungen: Nimmt mindestens eine nichtärztliche Person an der Besprechung teil, zum Beispiel eine Ergotherapeutin, rechnet der Bezugsarzt oder -psychotherapeut zusätzlich die GOP 37551 (128 Punkte je zehn Minuten) ab.

Organisations- und Managementaufgaben: Eine Zusatzpauschale wird für Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände des Netzverbundes gezahlt; der Bezugsarzt- oder Bezugspsychotherapeut kann die GOP 37570 (200 Punkte) einmal im Quartal abrechnen.

DIE NEUEN LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte)
37500	Eingangssprechstunde	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	236
37510*	Differentialdiagnostische Abklärung	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	231
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	einmal im Krankheitsfall	448
37525	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes / Bezugspsychotherapeuten	einmal im Behandlungsfall	450
37530	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	einmal im Behandlungsfall	577
37535	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	je Sitzung, höchstens dreimal im Behandlungsfall	166
37550	Fallbesprechung	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128
37551	Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher / nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes	einmal im Behandlungsfall	200

*kann ausschließlich von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie berechnet werden.

Hinweis: Die Gebührenordnungspositionen 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten berechnet werden.

Alle Informationen zur ambulanten Komplexversorgung: www.kbv.de/komplexversorgung

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

↗ **PraxisWissen**
↗ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für Ihren Praxisalltag

Abrufbar und kostenfrei bestellbar unter:
www.kbv.de/838223

↗ **PraxisInfo**
↗ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit Informationen für Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808

↗ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:
Stabsbereich Politik, Strategie und Kommunikation

Fachliche Betreuung:
Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung

Stand:
Januar 2024

Hinweise:
Aus Gründen der Lesbarkeit wurde teilweise eine Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch andere Formen gemeint.