

KVBIINFOS

11 | 23
12 | 23

ABRECHNUNG

- 98 Die nächsten Zahlungstermine
- 98 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2023
- 102 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2023
- 108 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2024
- 109 BÉGO ab 1. Januar 2024

VERORDNUNG

- 110 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 111 Aut-idem-Regelung
- 112 Influenzaimpfung 2023/2024
- 112 COVID-19: Schutzimpfungs-Richtlinie
- 113 Außerklinische Intensivpflege
- 113 Verordnungen während stationärem Aufenthalt
- 113 Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung

SEMINARE

- 113 Hinweis zu KVB-Seminaren

QUALITÄT

- 114 Änderung QSV-Schmerztherapie zum 1. Oktober 2023

IT IN DER PRAXIS

- 115 Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Die nächsten Zahlungstermine

10. November 2023

Abschlagszahlung Oktober 2023

11. Dezember 2023

Abschlagszahlung November 2023

11. Januar 2024

Abschlagszahlung Dezember 2023*

31. Januar 2024

Restzahlung 3/2023

12. Februar 2024

Abschlagszahlung Januar 2024

11. März 2024

Abschlagszahlung Februar 2024

10. April 2024

Abschlagszahlung März 2024

30. April 2024

Restzahlung 4/2023

10. Mai 2024

Abschlagszahlung April 2024

10. Juni 2024

Abschlagszahlung Mai 2024

10. Juli 2024

Abschlagszahlung Juni 2024

31. Juli 2024

Restzahlung 1/2024

12. August 2024

Abschlagszahlung Juli 2024

10. September 2024

Abschlagszahlung August 2024

10. Oktober 2024

Abschlagszahlung September 2024

31. Oktober 2024

Restzahlung 2/2024

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2023

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Mittwoch, den 10. Januar 2024
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> ■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ über den Kommunikationskanal KV-Connect
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. Wichtig: Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen nur für längstens 14 Tage möglich. Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren. ■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter Ausnahmefall (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de beantragen. Liegt ein Ausnahmefall vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin. ■ Hinweis: Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess#c1476 unter *Online-Abgabe der Abrechnung*. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Wir empfehlen vor Übermittlung Ihrer Abrechnung die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen.

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche umgehend zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern <ul style="list-style-type: none"> ■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und ■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen unter *Buchstabe „A“*.

Sammelerklärung

Sammel- erklärung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ wird ein personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. ■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht). ■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.
Wichtig	Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). Fehlt die ordnungsgemäße Sammelerklärung , darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da kein Honoraranspruch entstanden ist.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „S“* herunterladen oder Sie scrollen auf der Startseite einfach ganz nach unten zum Punkt „Anträge und Formulare“.

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> ■ unterschriebene Sammelerklärung ■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“. <p>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen inklusive Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Pommernstraße 17 + 19 Süd 93073 Neutraubling
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475 unter „*Besondere Kostenträger*“ zur Verfügung. Es ist erforderlich, bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/sachkostenerstattung unter „*Praxismaterial zum Download*“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.
----------------------------	--

<p>Termin verpasst für die emDoc-Abrechnung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an emDoc@kvb.de.
<p>Fragen/Infos zu emDoc?</p>	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail emDoc@kvb.de</p>
<p>Leitender Notarzt (LNA)</p>	<p>Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“.</p> <p>Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren.</p> <p>Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal.</p> <p>Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „Meine KVB“ unter der Kategorie „Honorar & Abrechnung - Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“ zu finden.</p> <p>Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite www.kvb.de - Meine KVB erreichbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst
<p>Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an LNA@kvb.de
<p>Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?</p>	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail LNA@kvb.de</p>

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2023

Der Bewertungsausschuss hat in der 671., 672., 676. 677. 678., 679. und 683. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. Oktober 2023 beschlossen.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Stereotaktische Radiochirurgie

Beschluss aus der 671. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 671. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 die Vergütung der einzeitigen stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen sowie von Hirnmetastasen festgelegt. Es werden zwei neue Leistungen für die radiochirurgische Bestrahlung sowie eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) für die entsprechende Bestrahlungsplanung in den Abschnitt 25.3 EBM aufgenommen.

Die SRS ist ein Verfahren der perkutanen Strahlentherapie, bei der ein klar abgrenzbares Zielvolumen präzise mit einer hohen Strahlendosis mittels Linearbeschleuniger oder Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen in einer Sitzung behandelt wird. Ziel ist das Erreichen einer langdauernden Tumorkontrolle bei minimaler Nebenwirkungswahrscheinlichkeit. Die Durchführung

der SRS muss gemäß den Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) erfolgen, unter anderem darf sie nur bei den dort jeweils in Paragraf 2 der Nr. 40 beziehungsweise Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL festgelegten Indikationen zur Anwendung kommen.

Für die neuen GOPen gilt:

- Sie sind berechnungsfähig von Strahlentherapeuten und Neurochirurgen.
- Die radiochirurgische Behandlung eines Patienten im Laufe eines Zeitraums von vier Quartalen ist **nur von einem Vertragsarzt berechnungsfähig**. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung des Patienten eingebunden sind (zum Beispiel Behandlung von Lokalrezidiven).
- Jede Metastase beziehungsweise jedes Vestibularisschwannom stellt grundsätzlich ein eigenes Zielvolumen dar.

Neue Bestrahlungsleistungen im Abschnitt 25.3.2 EBM

NEU: GOP 25322 – Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL)

EBM-Bewertung: 10.894 Punkte
Preis B€GO: 1.251,88 Euro

- Für das erste Zielvolumen der Bestrahlung berechnungsfähig.
- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die GOP 25322 ist auch berechnungsfähig bei einer Verteilung der Strahlendosis im

Rahmen der SRS auf bis zu fünf Sitzungen. Die Durchführung der Leistung in mehreren Sitzungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall (Freier Begründungstext - Feldkennung 5009) voraus. Auch bei Verteilung auf bis zu fünf Sitzungen ist die GOP 25322 nur einmal berechnungsfähig.

- Die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls (= aktuelles Quartal plus drei Folgequartale) ist fakultativ enthalten und nicht erneut über die GOP 25322 berechnungsfähig.
- Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL auf (keine Lokalrezidive), so ist die GOP 25322 im selben Krankheitsfall erneut für das erste Zielvolumen berechnungsfähig.

NEU: GOP 25323 – Zuschlag zur GOP 25322 für die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) von mehr als einem Zielvolumen,

EBM-Bewertung: 2.723 Punkte
Preis B€GO: 313,01 Euro

- Für jedes weitere Zielvolumen berechnungsfähig. Jede Metastase beziehungsweise jedes Vestibularisschwannom stellt grundsätzlich ein eigenes Zielvolumen dar.
- Wie auch bei der GOP 25322 ist bei Aufteilung der SRS auf bis zu fünf Sitzungen die GOP 25323 nur einmal für jedes weitere Zielvolumen berechnungsfähig.
- Die GOP ist je Bestrahlungssitzung auch bei mehr als drei Ziel-

volumina berechnungsfähig (Änderung der Präambel 25.1 Nr. 5 EBM). Hintergrund ist, dass die MVV-RL eine Behandlung mit SRS sowohl bei Patienten mit bis zu vier Hirnmetastasen als auch unter bestimmten Bedingungen bei Patienten mit größerer Anzahl zulässig ist.

Neue GOP für die Bestrahlungsplanung im Abschnitt 25.3.4 EBM

NEU: GOP 25348 – Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie nach der GOP 25322

EBM-Bewertung: 31.773 Punkte
Preis B€GO: 3.651,19 Euro

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Analog zur GOP 25322 ist die Bestrahlungsplanung für die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls fakultativ enthalten und nicht erneut über die GOP 25348 berechnungsfähig. Bei Auftreten neuer Hirnmetastasen oder interventionsbedürftiger Vestibularis-schwannome ist die GOP 25348 erneut im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die Berechnung der GOP 25348 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT und/oder -MRT voraus. Für die Bestrahlungsplanung im Zusammenhang mit der SRS ist sowohl die GOP 34360 (CT-gestützte Bestrahlungsplanung) als auch die GOP 34460 (MRT-gestützte Bestrahlungsplanung) berechnungsfähig.

EBM-Folgeanpassungen im Kapitel 25

Die strahlentherapeutischen Bestrahlungsplanungen I bis III (GOPen 25340 bis 25342) sind nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der GOP 25348 (Bestrahlungsplanung für SRS) in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde.

Aufgrund der Möglichkeit, bei der SRS für dasselbe Zielvolumen jeweils ein Bestrahlungsplanungs-CT und -MRT durchzuführen, wird der gegenseitige Abrechnungsausschluss der GOPen 34360 und 34460 im Arzt-Patienten-Kontakt aufgehoben.

Anhang 3 EBM

Die GOPen 25322, 25323 und 25348 EBM werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Genehmigung

Voraussetzung für die Durchführung der Leistungen ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie können die Genehmigung erst dann beantragen, sobald die erforderliche Anpassung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie abgeschlossen ist. Die KVB informiert nach Inkrafttreten der Anpassung erneut.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 25322, 25323 und

25348 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Wegfall der Möglichkeit zur Kostenerstattung für SRS bei Vestibularis-schwannomen

Die seit Mai 2023 bestehende Möglichkeit zur Kostenerstattung der SRS für die Behandlung von Vestibularis-schwannomen entfällt ab dem 1. Oktober 2023 mit Aufnahme der neuen GOPen in den EBM.

Außerklinische Intensivpflege: EBM an Änderung der AKI-Richtlinie angepasst

Beschluss aus der 678. Sitzung des Bewertungsausschusses

Öffnung der Potenzialerhebung und Verordnung für weitere Ärzte

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat kürzlich in seiner Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) die Qualifikationsanforderungen an die potenzialerhebenden Ärzte nach Paragraf 8 und an die verordnenden Vertragsärzte nach Paragraf 9 geändert. Jetzt dürfen neben bestimmten Facharztgruppen nicht nur Hausärzte, sondern auch alle anderen Vertragsärzte außerklinische Intensivpflege verordnen, sofern sie Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten nachweisen (Genehmigung erforderlich).

Weiterhin keine Genehmigung zur Verordnung brauchen folgende Vertragsärzte:

- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung

Zudem dürfen weitere Facharztgruppen bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Volljährigen das Entwöhnungs- und Dekanülierungspotenzial erheben. Hierzu zählen etwa Kinder- und Jugendmediziner mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendpneumologie (ebenfalls Genehmigung erforderlich).

Diese Richtlinienänderungen werden ab 1. Oktober 2023 nun im EBM für die GOPen für die außerklinische Intensivpflege in Abschnitt 37.7 umgesetzt.

Eine aktuelle **Übersicht der GOPen zur außerklinischen Intensivpflege** mit ihren Bewertungen und wichtigen Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/sonstige-verordnungen unter „*Außerklinische Intensivpflege*“.

Übergangsregelung zur Potenzialerhebung bis Ende 2024

Der G-BA hat auch festgelegt, dass vor jeder Verordnung der außerklinischen Intensivpflege eine ärztliche Erhebung des Entwöhnungspotenzials zwar durchgeführt werden „soll“, aber nicht „muss“. Diese Regelung gilt befristet bis zum 31. Dezember 2024.

Grundsätzlich ist vor jeder AKI-Verordnung eine Erhebung des Entwöhnungspotenzials erforderlich. Die außerklinische Intensivpflege darf zur Vermeidung von Versorgungslücken im Ausnahmefall auch dann ärztlich verordnet werden,

wenn die vorgeschriebene Potenzialerhebung nicht vorliegt, weil ein dazu qualifizierter Arzt vor der Verordnung nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist auf der Verordnung entsprechend zu dokumentieren.

Formularwechsel

Verordnungen außerklinischer Intensivpflege, die seit Januar 2023 übergangsweise auch auf Formular 12 für häusliche Krankenpflege erfolgen durften, verlieren zum 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit und werden von den Krankenkassen dann nicht mehr akzeptiert. Das Datum wurde vom Gesetzgeber festgelegt.

Die Außerklinische Intensivpflege darf ab dem 31. Oktober 2023 nur noch auf Formular 62B „Verordnung außerklinischer Intensivpflege“ verordnet werden. Der Verordnung ist das ausgefüllte Formular 62C „Behandlungsplan“ beizulegen. Beide Formulare erhalten die Praxen über ihre reguläre Formularbestellung. Ansichtsexemplare und Ausfüllhinweise stellt die KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Verordnungen/Außerklinische Intensivpflege/Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bereit.

Neue GOP für die Behandlung mit Xevudy®/Sotrovimab

Beschluss aus der 679. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Sotrovimab (Handelsname: Xevudy®) ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von COVID-19 bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit mindestens 40 kg Körpergewicht, die keine zusätzliche Sauerstofftherapie benötigen und

bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 besteht.

Für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit Sotrovimab wird zum 1. Oktober 2023 eine neue GOP in den Abschnitt 1.5 „Ambulante Betreuung und Nachsorge“ EBM aufgenommen.

NEU: GOP 01546 – Beobachtung und Betreuung eines Patienten unter Behandlung mit monoklonalen Antikörpern gegen SARS-CoV-2
EBM-Bewertung: 491 Punkte
Preis B€GO: 56,42 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit Sotrovimab gemäß aktuell gültiger Fachinformation
- Unterbringung des Patienten in einem separaten Bereich
 - Dauer mindestens 90 Minuten
- Berechnungsfähig von Hausärzten, Kinder- und Jugendmedizinern und fachärztlich tätigen Internisten mit und ohne Schwerpunkt.
- Es bestehen sitzungsbezogene Abrechnungsausschlüsse zu folgenden Leistungen:
 - Betreuungspauschalen des Abschnitts 1.5 (GOPen 01510 bis 01512)
 - Betreuungspauschalen im Rahmen von Sterilisation und Schwangerschaftsabbrüchen (GOPen 01910 und 01911)
 - Infusionen (GOPen 02100 bis 02102)

- Nephrologische Betreuungspauschalen (GOPen 04564 bis 04566, 04572, 04573 und 13610 bis 13612)
- Erfolgt über denselben liegenden Zugang (zum Beispiel Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den GOPen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die GOPen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01546 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01546 wird der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

Vergütung

Für die GOP 01546 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Neue GOP für die Beobachtung nach Behandlung mit Spravato®/ Esketamin

Beschluss aus der 683. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Das Medikament Spravato® mit dem Wirkstoff Esketamin wird als antidepressive Therapie bei Erwachsenen mit therapieresistenter Major Depression in Kombination mit weiteren Arzneimitteln angewendet. Die Anwendung von Spravato® erfolgt intranasal, ein- bis zweimal wöchentlich, wobei die Applikation durch den Patienten in der Arztpraxis unter der direkten Aufsicht

von medizinischem Fachpersonal erfolgt. Anschließend sind die Patienten wegen des möglichen Auftretens von Sedierung, Dissoziation und erhöhtem Blutdruck von medizinischem Fachpersonal zu überwachen und der Blutdruck ist nach etwa 40 Minuten – sowie anschließend nach klinischem Ermessen – zu kontrollieren.

Die Entscheidung zur Verordnung von Spravato® muss laut Fachinformation von einem Psychiater getroffen werden. Bislang war das Medikament nur im Rahmen einer Behandlung im Krankenhaus zugelassen.

Für die Beobachtung nach der intranasalen Anwendung von Spravato® in der Praxis wird zum 1. Oktober 2023 eine neue GOP in den Abschnitt 1.5 EBM „Ambulante Betreuung und Nachsorge“ aufgenommen.

NEU: GOP 01549 – Zusatzpauschale für die Beobachtung eines Kranken nach der intranasalen Anwendung von Esketamin

EBM-Bewertung: 290 Punkte
Preis B€GO: 33,33 Euro

Obligatorer Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 40 Minuten
- Ärztliche Beurteilung zum Ausschluss von dissoziativen Zuständen und/oder Wahrnehmungs- und/oder Bewusstseinsstörungen
- Berechnungsfähig von den in Kapitel 21 (Psychiatrie) genannten Vertragsärzten und unter Berücksichtigung der Altersbegrenzungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

- Es bestehen sitzungsbezogene Abrechnungsausschlüsse zu folgenden Leistungen:
 - Betreuungspauschalen des Abschnitts 1.5 (GOPen 01510 bis 01512)
 - Infusionen (GOPen 02100 bis 02102)
 - Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von ambulanten Operationen nach Abschnitt 31.2
 - Anästhesiologischen GOPen des Kapitels 5

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01549 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01549 wird der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

Vergütung

Für die GOP 01549 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

PSMA-PET zur Therapie mit Pluvicto®

Beschluss aus der 676. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Das Arzneimittel mit dem Wirkstoff (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan (Handelsname: Pluvicto®) wird in Deutschland im stationären Sektor zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit progredientem Prostata-spezifischen-Membranantigen-(PSMA-)positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) angewendet, die mit einer Hormonblockade behan-

delt werden und deren Erkrankung trotz Chemotherapie fortschreitet. Zur Identifikation von Patienten, die für eine Therapie mit dem Radiopharmakon Pluvicto® in Frage kommen, ist gemäß aktuell gültiger Fachinformation eine PSMA-Bildgebung erforderlich, die auch ambulant durchgeführt werden kann.

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 wurden hierfür zwei neue GOPen 34720 und 34721 in den Abschnitt 34.7 (Diagnostische PET beziehungsweise PET/CT) in den EBM aufgenommen.

PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstamms mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetium-vipivotidtetraaxetan

NEU: GOP 34720 – bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen

EBM-Bewertung: 4.456 Punkte
Preis B€GO: 512,06 Euro

NEU: GOP 34721 – mit diagnostischer CT

EBM-Bewertung: 5.653 Punkte
Preis B€GO: 649,61 Euro

Für die Abrechnung der GOPen 34720 und 34721 ist Folgendes zu beachten

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Im selben Krankheitsfall sind die beiden Leistungen nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Die PET bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen nach GOP 34720 kann auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die

Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

- Die GOP 34721 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstamms durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.
- Im gleichen Arzt-Patienten-Kontakt sind die Untersuchungen nicht neben den Notfall-Abklärungspauschalen (GOPen 01205/01207) und neben den Infusionstherapien (GOPen 02100 bis 02102) berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die GOPen 34720 und 34721 **ausschließlich** für zwingend erforderliche Untersuchungen zur **Indikationsstellung für eine nach der jeweils gültigen Fachinformation für diese Indikation zugelassene nuklearmedizinische Therapie mit (177Lu)Lutetium-vipivotidtetraaxetan** berechnungsfähig sind.

Neue Kostenpauschale 40585 für die Sachkosten

Für die anfallenden Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der neuen Leistungen (GOPen 34720 und 34721) bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden ist die neue **Kostenpauschale 40585 (Preis B€GO: 1.100,00 Euro)** berechnungsfähig. In der Kostenpauschale 40585 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.

Der Bewertungsausschuss wird bei Zulassung weiterer PSMA-Liganden den Anpassungsbedarf prüfen.

Genehmigung

Bis zum 31. März 2024 setzt die Berechnung der GOPen 34720 und 34721 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V (QSV PET, PET/CT) voraus.

Ab dem 1. April 2024 ist für die weitere Berechnungsfähigkeit der GOPen 34720 und 34721 auf Basis der noch anzupassenden QSV PET, PET/CT gegebenenfalls eine Aktualisierung der Genehmigung erforderlich (zum Beispiel ergänzender Nachweis weiterer Voraussetzungen für das Verfahren PSMA-PET/CT). Wir werden rechtzeitig über die Anpassung der QSV und die eventuelle Notwendigkeit ergänzender Nachweise informieren.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 34720 und 34721 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Beide Leistungen werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 34720 und 34721 sowie die Kostenpauschale 40585 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

DiGAs Oviva und Mawendo: Neue Leistungen im EBM

Beschluss aus der 677. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit den zwischenzeitig dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelisteten DiGA „Oviva Direkt für Adipositas“ und „Mawendo“ für Erkrankungen der Knie-scheibe (Patella) werden mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 neue GOPen in den EBM aufgenommen.

Mit der Aufnahme der neuen Leistungen ist die bisherige GOP 86700 für die Vergütung der ärztlichen Leistung bei einer vorläufigen DiGA nicht mehr berechnungsfähig.

Das Ausstellen einer Erstverordnung einer DiGA ist seit dem 1. Januar 2023 – wie das Ausstellen einer Folgeverordnung – Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie weiterer Leistungen des EBM. Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß Paragraph 87 Absatz 5c Satz 4 SGB V besteht für erforderliche ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit den vorgenannten DiGA nicht.

NEU: GOP 01475 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „Oviva Direkt für Adipositas“ gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraph 139e SGB V

EBM-Bewertung: 64 Punkte
Preis B€GO: 7,35 Euro

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

- Im Behandlungsfall nicht neben der Verlaufskontrolle und der Auswertung der DiGA „zanadio“ (GOP 01473) berechnungsfähig.
- Berechnungsfähig von Hausärzten, hausärztlich tätigen Internisten, fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt sowie Internisten, die den Schwerpunkt Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie und/oder Kardiologie führen.

NEU: GOP 01476 – Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „Mawendo“ gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraph 139e SGB V

EBM-Bewertung: 64 Punkte
Preis B€GO: 7,35 Euro

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Ausschließlich bei Patientinnen und Patienten **ab dem Alter von zwölf Jahren** berechnungsfähig.
- Abrechenbar von Hausärzten, hausärztlich tätigen Internisten, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 01475 und 01476 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Beide Leistungen werden der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet (die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt).

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 01475 und 01476 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

EBM-Detailänderungen

Beschluss aus der 672. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Zweitkontakt für Konsultationspauschale GOP 01436 auch per Video

Neben der Konsultationspauschale (GOP 01436) ist im Behandlungsfall die jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale nur berechnungsfähig, wenn mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt. Zukünftig kann dieser weitere Kontakt entweder persönlich oder per Videosprechstunde erfolgen.

Physikalische Therapie nicht neben Neurophysiologischer Übungsbehandlung

Es wird klargestellt, dass die Physikalische Therapie des Abschnitts 30.4 EBM nicht neben den Leistungen der Neurophysiologischen Übungsbehandlung nach Abschnitt 30.3.1 EBM berechnungsfähig ist (Klarstellung in Abschnitt 30.4 Nr. 5 EBM).

Serienangiographie auch neben Farbcodierter Duplex-Sono

Ab dem 1. Oktober 2023 kann zusätzlich zur Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder ent-sorgenden Gefäße (GOP 33072) der

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2024

Zuschlag für die Durchführung als farbcodierte Untersuchung nach GOP 33075 im Behandlungsfall neben der Serienangiographie nach GOP 34283 durchgeführt und berechnet werden. Hierzu wird die GOP 33075 in die zweite Anmerkung zur GOP 34283 aufgenommen.

Mindestsequenzen bei MRT-Bestrahlungsplanungen

MRT-Untersuchungen beinhalten die Durchführung von mindestens vier Sequenzen. Von dieser Regelung ausgenommen waren bisher nur die MRT-Angiographien des Abschnitts 34.4.7 EBM. Zukünftig sind auch die MRT-Bestrahlungsplanungen nach Abschnitt 34.4.6 EBM ausgenommen, da die Durchführung von vier Sequenzen zum Zweck der Bestrahlungsplanung nicht in jedem Fall erforderlich ist (Änderung Abschnitt 34.4 Nr. 1 EBM).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2024 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 567. (Teil B), 669., 675. 680. und 681. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Videosprechstunde – Verlängerung Authentifizierungszuschlag (GOP 01444)

Beschluss aus der 669. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der befristete Zuschlag nach der GOP 01444 für die Authentifizierung eines unbekanntenen Patienten im Rahmen der Behandlung in Videosprechstunden wurde erneut bis zum 31. Dezember 2025 verlängert.

Verlängerung von Gebührenordnungspositionen für die nicht elektronische Kommunikation

Beschluss aus der 675. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Befristungen der Zuschläge für Laborärzte und Transfusionsmediziner zur Vergütung nicht elektronischer Kommunikation (GOPen 01699 und 12230) werden bis zum 30. Sep-

tember 2024 verlängert. Über die ursprünglich bis zum 31. Dezember 2021 befristete Aufnahme haben wir in den KVB INFOS, Ausgabe 4/2021 informiert. Beide GOPen werden bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch von der KVB zugesetzt.

HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) – Pauschalierung der GOP 01922

Beschluss aus der 680. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Nach Analyse der Abrechnungsdaten hat der Bewertungsausschuss die GOP 01922 zum 1. Januar 2024 angepasst. Die Kontrolluntersuchung nach GOP 01922 ist statt bisher „je vollendete fünf Minuten, maximal dreimal im Behandlungsfall“ künftig einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Im Gegenzug wird die GOP 01922 neu mit 163 Punkten (bisher 82 Punkte) bewertet. Die Prüf- und Kalkulationszeiten im Anhang 3 werden entsprechend angepasst.

Ergänzend wurde beschlossen, dass die Vergütung der Leistungen im Rahmen der HIV-Präexpositionsprophylaxe nach Unterabschnitt 1.7.8 EBM sowie der Labornachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850 EBM vorerst bis Ende 2025 weiter außerhalb der MGv zu den Preisen der B€GO erfolgt.

Erstbefüllung ePA – Verlängerung bis 14. Januar 2025

Beschluss aus der 681. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat die Befristung der GOP 01648

B€GO ab 1. Januar 2024

(89 Punkte/10,23 Euro) für die sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte nochmals bis zum 14. Januar 2025 verlängert.

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist gemäß Paragraf 341 Absatz 1 SGB V eine für den Versicherten freiwillige, versichertengeführte elektronische Akte, die Krankenkassen ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2021 anbieten. Für die erstmalige Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) kann die GOP 01648 einmal pro Versicherten abgerechnet werden. Die GOP ist nicht berechnungsfähig, wenn bereits Inhalte von einem Vertragsarzt, einem im Krankenhaus tätigen Arzt oder Psychotherapeuten oder einem Zahnarzt in die ePA des Versicherten eingestellt wurden.

Informationen rund um die ePA mit ihren technischen Voraussetzungen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/elektronische-patientenakte.

GOP 01744 wird beendet – Übergangsregelung für das Screening auf Hepatitis B/C läuft aus

Beschluss aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses

Seit dem 1. Oktober 2021 kann das Screening auf Hepatitis B und C im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung (Check-up) einmalig bei Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren durchgeführt und über den EBM abgerechnet werden (GOP 01734 als Zuschlag zur Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732).

Für Versicherte, die im Zeitraum vom 13. Februar 2018 bis 30. Sep-

tember 2021 bereits einen Check-up in Anspruch genommen hatten, konnte das Screening auf Hepatitis B und C auch separat erfolgen, damit sie nicht erst bis zur nächsten regulären allgemeinen Gesundheitsuntersuchung warten mussten. Hierfür konnte die GOP 01744 befristet bis zum 31. Dezember 2023 berechnet werden. Diese Übergangsregelung endet. Ab dem 1. Januar 2024 kann die GOP 01744 nicht mehr abgerechnet werden.

Fortan kann das einmalige Screening auf Hepatitis-B und/oder auf Hepatitis C-Virusinfektion nur gemeinsam mit der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung durchgeführt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen.

Für das Jahr 2024 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der Bayerischen Euro-Gebührenordnung vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 11,9339 Cent berechnet. Die Veröffentlichung der Bayerischen Euro-Gebührenordnung steht unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung bereit. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf CD natürlich auch per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage II, Lifestyle-Arzneimittel

Änderungen im Abschnitt „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“

- in Zeile A 08 AA 07 Cathin – ALVALIN wird gestrichen
- in Zeile „A 08 AH 02 Fucus vesiculosus – Refigura Fucus Tropfen wird eingefügt

Änderungen im Abschnitt „Sexuelle Dysfunktion“

- in Zeile G 04 BE 01 Alprostadil – nach dem Wort „Vitaros“ wird das Wort „HEXAL“ gestrichen
- in Zeile G 04 BE 30 Kombinationen – Aviptadil; Phentolaminmesilat und Invicorp wird eingefügt

Änderungen im Abschnitt „Nikotinabhängigkeit“

- in Zeile N 07 BA 01 Nicotin – Nicotin AL, Nicotin beta werden hinzugefügt

Änderungen im Abschnitt „Verbesserung des Haarwuchses“

- in Zeile D 11 AX 01 Minoxidil – MINOXIDIL DoppelherzPharma wird hinzugefügt
- in Zeile H 02 AB 01 Betamethasonacetat (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata) – H 02 AB 51 (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata) wird ergänzt und Celestan Depot hinzugefügt
- in Zeile H 02 AB 08 Triamcinolon (Triamcinolonacetonid, Triamcinolonhexacetonid) (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata) – H 02 AB 58 (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata) wird ergänzt und Volon A hinzugefügt
- L 04 AA 37 Baricitinib (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata) und das Arzneimittel Olumiant werden neu in Anlage II aufgenommen

Änderungen im Abschnitt „Verbesserung des Aussehens“

- in Zeile M 03 AX 21 Clostridium botulinum Toxin Typ A – Alluzience, Letybo, NUCEIVA werden hinzugefügt

Anlage IV, Therapiehinweise

Die Therapiehinweise zu Pimecrolimus und Tacrolimus wurden aufgehoben.

Anlage V, Medizinprodukte

- Ampuwa Spüllösung – Anpassung in der Spalte „Medizinisch notwendige Fälle“, weil die Zweckbestimmung „Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden“ nur noch für Plastikschraubflaschen gilt.
- Parkolax wird gestrichen
- PARI NaCl Inhalationslösung – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 31. Dezember 2028

Anlage Va, Verbandmittel

Nicht formstabile Zubereitungen
Die Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung wird in Abschnitt P der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) und der dazugehörigen Anlage Va geregelt. Ziel der Regelung: Klassische Verbandmittel bleiben weiterhin unmittelbar als Verbandmittel verordnungsfähig. Andere Gegenstände zur Wundbehandlung müssen sich einem Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss unterziehen, in dem Nutznachweise erbracht werden müssen.

Medizinprodukte – beispielsweise in Form von Gelen, Lösungen oder Emulsionen – fehlen die Haupteigenschaften von Verbandmitteln, eine Wunde abzudecken und/oder Wundflüssigkeit aufzusaugen. Diese Produkte sind deshalb den sogenann-

ten sonstigen Produkten zur Wundbehandlung (Teil 3 der Anlage Va) zuzuordnen.

In unserem „Verordnung Aktuell“ lesen Sie weitere Details.

Anlage XII, frühe Nutzenbewertung

Im dritten Quartal 2023 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Andexanet alfa – Anwendungsgebiet: Aufhebung der Antikoagulation durch Apixaban oder Rivaroxaban bei lebensbedrohlichen oder nicht kontrollierbaren Blutungen – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Atezolizumab – Anwendungsgebiet: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, PD-L1 Expression $\geq 50\%$, adjuvante Therapie nach Resektion und Chemotherapie – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Ciltacabtagen autoleucel – Anwendungsgebiet: rezidiviertes/refraktäres Multiples Myelom, nach mindestens drei Vortherapien
- Dapagliflozin – Anwendungsgebiet: chronische Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion LVEF $> 40\%$
- Darolutamid – Anwendungsgebiet: Prostatakarzinom, metastasiert, hormonsensitiv, Kombination mit Docetaxel und Androgen-deprivationstherapie
- Difelikefalin – Anwendungsgebiet: Pruritus im Zusammenhang mit chronischer Nierenerkrankung bei Hämodialysepatienten – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Droximelfumarat – Anwendungsgebiet: Schubförmig remittierende Multiple Sklerose – Einstellung eines Verfahrens zur Nutzenbewertung

Aut-idem-Regelung

- Dolutegravir/Abacavir/Lamivudin – Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, ≥ 14 kg bis < 12 Jahre
- Dulaglutid – Anwendungsgebiet: Diabetes mellitus Typ 2, ≥ 10 Jahre
- Dupilumab – Anwendungsgebiet: Atopische Dermatitis, sechs Monate bis fünf Jahre
- Dupilumab – Anwendungsgebiet: Eosinophile Ösophagitis, ≥ 12 Jahre, mindestens 40 kg
- Emicizumab – Anwendungsgebiet: moderate Hämophilie A, ohne Faktor-VIII-Hemmkörper, mit schwerem Blutungsphänotyp
- Esketamin – Anwendungsgebiet: Depression, therapieresistent, in Kombination mit SSRI oder SNRI – Neubewertung nach Fristablauf
- Fenfluramin – Anwendungsgebiet: Lennox-Gastaut-Syndrom, Add-on-Therapie, ≥ 2 Jahren
- Finerenon – Anwendungsgebiet: Chronische Nierenerkrankung bei Typ-2-Diabetes, Stadium 1 und 2 mit Albuminurie
- Finerenon – Anwendungsgebiet: Chronische Nierenerkrankung bei Typ-2-Diabetes, Stadium 3 und 4 mit Albuminurie
- Ibrutinib – Anwendungsgebiet: Chronische lymphatische Leukämie, Erstlinie, Kombination mit Venetoclax
- (177Lu) Lutetiumvipivotidtraxetan – Anwendungsgebiet: Prostatakarzinom, in Kombination mit Androgendeprivationstherapie, PSMA-positiv, metastasiert, kastrationsresistent, Progredienz nach Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie
- Luspatercept – Anwendungsgebiet: β -Thalassämie, nicht-transfusionsabhängige Anämie
- Maralixibat – Anwendungsgebiet: Alagille-Syndrom, ≥ 2 Monate
- Olaparib – Anwendungsgebiet: Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom, BRCA-mutiert, FIGO-Stadien III und IV, Erhaltungstherapie – Neubewertung nach Fristablauf
- Olaparib – Anwendungsgebiet: Prostatakarzinom, metastasiert, kastrationsresistent, Chemotherapie nicht klinisch indiziert, Kombination mit Abirateron und/oder Prednison
- Pitolisant – Anwendungsgebiet: Narkolepsie, mit oder ohne Katalexie, (Kinder und Jugendliche, sechs bis 17 Jahre)
- Ravulizumab – Anwendungsgebiet: Myasthenia gravis, AChR-Antikörper+ – Änderung der Angaben zur Geltungsdauer
- Regadenoson – Aufhebung des Beschlusses vom 15. August 2019
- Rucaparib – Anwendungsgebiet: Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom, Erhaltungstherapie – Neubewertung nach Fristablauf
- Sotorasib – Anwendungsgebiet: Lungenkarzinom, nicht-kleinzelliges, KRAS G12C-Mutation, ≥ 1 Vortherapie – Neubewertung nach Fristablauf:
- Spesolimab – Anwendungsgebiet: Generalisierte pustulöse Psoriasis, Akutbehandlung
- Trastuzumab-Deruxtecan – Anwendungsgebiet: Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, HER2+, nach Trastuzumab-basierter Therapie
- Trastuzumab-Deruxtecan – Anwendungsgebiet: Mammakarzinom, HER2-low, inoperabel oder metastasiert, vorbehandelt
- Voclosporin – Anwendungsgebiet: Lupusnephritis

Zum 1. August 2023 wurden die flexiblen Austauschregeln aus der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung im neuen Lieferengpass-Gesetz (ALBVG) verstetigt. Nur in wenigen Punkten unterscheiden sich diese Bestimmungen von denen, die seit April 2020 gegolten hatten.

Die Apotheken können weiterhin bei Nichtlieferbarkeit eines Arzneimittels dieses ohne Rücksprache mit der Praxis gegen ein verfügbares wirkstoffgleiches Arzneimittel austauschen. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden! Sofern die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird, darf Folgendes abweichen:

- die Packungsgröße
- die Packungsanzahl
- die Abgabe von Teilmengen aus der Packung eines Fertigarzneimittels – sofern die verordnete Packungsgröße nicht lieferbar ist
- die Wirkstärke – sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen

Die Möglichkeit des Austauschs gegen ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel ist nicht möglich.

Re- und Parallelimporte

Ein „Aut-idem-Kreuz“ hat im Verhältnis von Original- und Import-Präparat keine Bedeutung. Es handelt sich beim Austausch von Original- gegen Import-Arzneimittel und umgekehrt nicht um eine Ersetzung, sondern um die Abgabe „des Gleichen“. Auch hier gilt der Grundsatz, dass rabattbegünstigte Arzneimittel vorrangig beliefert werden müssen – unabhängig, ob mit oder ohne „Aut-idem-Kreuz“ verordnet wurde.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Influenzaimpfung 2023/2024

Sollte aus medizinisch-therapeutischen Gründen kein Austausch erfolgen dürfen, muss dies auf der Verordnung zusätzlich zum „Aut idem-Kreuz“ vermerkt werden.

Die „Gleichheit“ von Original- und Import-Arzneimitteln gilt auch im Rahmen der Substitutionsausschlussliste. Bei den auf der Substitutionsausschlussliste genannten Wirkstoffen ist der Austausch von Original gegen Import oder umgekehrt zulässig.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Bitte denken Sie daran, dass gesetzlich Krankenversicherte ab dem Alter von 60 Jahren nur noch mit einem Hochdosis-Influenzaimpfstoff geimpft werden können. Nur wenn dieser nicht verfügbar ist, darf auch der herkömmliche inaktivierte, quadrivalente Influenzaimpfstoff zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verabreicht werden.

Mehr dazu in „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

COVID-19: Schutzimpfungs-Richtlinie

Umsetzung der STIKO-Empfehlungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie entsprechend der STIKO-Empfehlung im Epidemiologischen Bulletin Nummer 21/20232 beschlossen.

Mehr dazu in „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Außerklinische Intensivpflege

Übergangsregelung endet

Bitte denken Sie daran, dass außerklinische Intensivpflege (AKI) seit dem 31. Oktober 2023 nur noch auf Formular 62B („Verordnung außerklinischer Intensivpflege“), das zu Jahresbeginn eingeführt wurde, verordnet werden darf. Auch ist der Verordnung ein Behandlungsplan beizufügen (Formular 62C). Die vorübergehende Möglichkeit, die Leistung weiter auf Formular 12 für die häusliche Krankenpflege (HKP) zu verordnen, ist am 30. Oktober ausgelaufen.

Grund für den nun endgültigen Formularwechsel ist das Ende der entsprechenden Übergangsregelung in der HKP-Richtlinie.

Mehr dazu in „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Verordnungen während stationärem Aufenthalt

Das „Verordnung Aktuell“ wurde um Informationen zu IRENA und T-RENA ergänzt. Wir empfehlen, während der Zeit dieser Reha-Maßnahme keine zusätzlichen Heilmittelverordnungen auszustellen.

Alle weiteren Informationen rund um das Thema Verordnungen während einer stationären Aufnahme, finden Sie in dieser Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Was sich zum 1. Juli 2023 geändert hat, haben wir Ihnen in unserem „Verordnung Aktuell“ zusammengefasst. Ergänzt wurde der Abschnitt

- Gerinnungshemmer, siehe Seite 10
- Kochsalzlösung, siehe Seite 14.

Mehr dazu in „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425.

Die aktualisierte Broschüre finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/sprechstundenbedarf.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Hinweis zu KVB-Seminaren

Wir haben für Sie und Ihre Praxismitarbeiter eine Reihe an interessanten und abwechslungsreichen Seminaren zusammengestellt.

Die Seminartermine finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot unter *Terminsuche*. Dort können Sie sich schnell und einfach online anmelden.

Nutzen Sie unser breites Angebot entweder als Präsenz- oder Online-Seminare:

- Fragen rund um die Praxisführung
- Details zur Verordnung
- Spezifika der Abrechnung
- Wissenswertes im Bereich Digitalisierung
- Aktuelles zu DMP
- Weitere Themen wie Notfallsituationen, Datenschutz etc.
- Sammeln Sie außerdem Fortbildungspunkte

Zudem gibt es noch weitere Termine für unsere Gründer-Abgeber-Foren als Präsenz-Seminare. Nutzen Sie dort die Gelegenheit, sich als Gründer oder Abgeber kennenzulernen und auszutauschen.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Änderung QSV-Schmerztherapie zum 1. Oktober 2023

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V (QSV) wurde durch die Partner des Bundesmantelvertrags zum 1. Oktober 2023 geändert.

Hintergrund

Die Änderung der QSV wurde notwendig, um Divergenzen zwischen dem Weiterbildungsrecht und den in der QSV festgelegten fachlichen Anforderungen im Rahmen der Genehmigungserteilung zu vermeiden.

Die überarbeitete QSV berücksichtigt nun die Vorgaben der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) 2018. Darüber hinaus wurden die von den schmerztherapeutischen Ärztinnen und Ärzten fakultativ vorzuhaltenden schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren angepasst.

Nachfolgend sind die wesentlichen Änderungen gegenüber der bis zum 30. September 2023 gültigen Fassung dargestellt:

Fachliche Befähigung

Eine Genehmigung nach der QSV können künftig nur noch Fachärztinnen und Fachärzte erhalten, die über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügen (vergleiche Paragraf 4 Absatz 1 Nummer 2 QSV).

Weitere in Paragraf 4 QSV aufgeführte fachliche Nachweise – der Erwerb bestimmter Erfahrungen und Fertigkeiten bei einer Mindestanzahl von Patienten, die Teilnahme an einem interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden und die ganztägige zwölfmonatige Tätigkeit in einer schmerztherapeu-

tischen Einrichtung (vergleiche Paragraf 4 Absatz 1 Nummern 3 und 4, Absatz 3 Nummer 5 QSV) – entstammen der MWBO 2018.

Daher ist zum Nachweis der fachlichen Befähigung im Wesentlichen die gültige Urkunde der Ärztekammer zur Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“ vorzulegen. Sofern die Zusatzbezeichnung nach einer älteren Weiterbildungsordnung erworben wurde (mit von der MWBO 2018 abweichenden Inhalten), ist zusätzlich ein Weiterbildungszeugnis vorzulegen, in dem die weiteren in Paragraf 4 QSV aufgeführten Nachweise, insbesondere der Erwerb der Erfahrungen und Fertigkeiten bei einer Mindestanzahl von Patienten nach Paragraf 4 Absatz 1 Nummer 3, Absatz 2 QSV, bestätigt werden.

Wie bisher sind darüber hinaus folgende weitere Anforderungsvoraussetzungen nachzuweisen (vergleiche Paragraf 4 Absatz 3 QSV):

- regelmäßige Teilnahme (mindestens achtmal) an interdisziplinären Schmerzkonferenzen innerhalb von zwölf Monaten vor Antragstellung und
- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung.

Die zusätzliche Teilnahme an einem Kolloquium bei der Vorstandskommission Schmerztherapie ist – ebenfalls wie bisher – nur dann erforderlich, wenn die Prüfung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie länger als 48 Monate zurückliegt.

Fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

Die Inhalte der fakultativ zu erbringenden schmerztherapeutischen

Verfahren (vergleiche Paragraf 6 Absatz 2 QSV), von denen mindestens drei vorzuhalten sind, wurden an aktuelle Behandlungsstandards angeglichen:

- Vormalig einzeln aufgeführte invasive Verfahren wurden zusammengefasst und neue Behandlungsverfahren, wie die Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen, hinzugefügt.
- Außerdem wurden komplementäre Verfahren (zum Beispiel Akupunktur) aufgenommen und übende Verfahren, zum Beispiel um die Progressive Muskelrelaxation, ergänzt.
- Operative Therapien und Denerationsverfahren und/oder augmentative Verfahren wurden als flankierende therapeutische Maßnahme gestrichen.

Keine Auswirkung auf Bestandsgenehmigungen

Ärztinnen und Ärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der geänderten QSV über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten verfügen, behalten diese Genehmigung (vergleiche Paragraf 14 Absatz 2 QSV).

Die neue Fassung der QSV kann unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaets-sicherung/sonstige-verfahren unter dem Punkt „Schmerztherapie“ abgerufen werden, das aktualisierte Antragsformular unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter dem Punkt „Schmerztherapie“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter E-Mail qsinfo@kvb.de

Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Wie gewohnt stellen wir Ihnen unsere regelmäßigen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate zur Verfügung.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: „x“ Installationen in der Statistik bedeutet, dass „x“ Betriebsstätten mit dem beziehungsweise den jeweils genannten System/en des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2022 wurden insgesamt 18.663 Installationen vermerkt, im Quartal 2/2023 waren es 18.592. Zur Jahresmitte 2023 befanden sich insgesamt 100 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2022 zu 2/2023
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.944	21,21%	+21
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.121	11,41%	-96
3	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.161	6,24%	-79
4	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	1.063	5,72%	+304
5	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.063	5,72%	-142
6	EPIKUR	Epikur SW & IT-Service	724	3,89%	+60
7	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	705	3,79%	-45
8	ALBIS	CompuGroup Medical	689	3,71%	-47
9	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	668	3,59%	-23
10	T2med	T2med GmbH & Co. KG	445	2,39%	+121

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 2/2022 zu 2/2023	Installationen gesamt (Stand 2/2023)
1	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	+304	1.063
2	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+121	445
3	tomedo	zollsoft GmbH	+73	400
4	inSuite	Doc Cirrus GmbH	+69	99
5	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+60	724
6	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+44	352
7	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+30	336
8	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+26	328
9	Psyprax	Psyprax GmbH	+21	3.944
10	Elefant	HASOMED GmbH	+20	432

