

## VEREINBARUNG

über die Festsetzung von Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 6 SGB V und  
die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen  
gemäß § 106 SGB V (Richtgrößen-Vereinbarung)

für das Jahr 2016

.....  
zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)  
Berliner Allee 22, 30175 Hannover  
im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
  - der IKK classic  
Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover
  - dem BKK Landesverband Mitte,  
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der Knappschaft Regionaldirektion Hannover  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
  - und den Ersatzkassen
    - Techniker Krankenkasse (TK)
    - BARMER GEK
    - DAK-Gesundheit
    - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
    - HEK - Hanseatische Krankenkasse
    - Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,  
An der Börse 1, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

## **PRÄAMBEL**

Gegenstand der Vereinbarung ist Berechnung und die Festsetzung von landeseinheitlichen arztgruppenspezifischen Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel des Jahres 2016 im Bereich der KVN gemäß § 84 Abs. 6 SGB V. Die Richtgrößen dienen zur Steuerung der Ausgaben und bilden das Instrument zur arztindividuellen Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößen gemäß § 106 SGB V.

Die Vereinbarung ist eine Fortentwicklung der bisherigen Richtgrößen-Vereinbarungen auf Landesebene und bedient sich gleichfalls der fortschreibenden gemeinsamen Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 21.02.2000 in der aktualisierten Fassung vom 30.09.2001.

## **1. Abschnitt**

### **Festsetzung der Richtgrößen**

#### **§ 1**

#### **Grundsätze zur Bildung von Richtgrößen**

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren altersbezogene arztgruppenspezifische Richtgrößen je Behandlungsfall für das Volumen der je Arzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel einheitlich für alle Kassenarten für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.
- (2) Für die in Anlage 1 aufgeführten Fachgruppen werden landeseinheitliche Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einerseits und Richtgrößen für Heilmittel andererseits - jeweils getrennt nach den Altersgruppen der Anlage 2 vereinbart.
- (3) Bei der Bildung der Richtgrößen sind zu jeder vereinbarten Arztgruppe alle - mit Ausnahme von Impfstoffen zur Prävention - in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte zugrunde zu legen. Ausgenommen sind Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen abgerechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

#### **§ 2**

#### **Basis bzw. Ausgabenvolumen für das Jahr 2016**

Basis für die Berechnung der Richtgrößen 2016 ist das in der Arzneimittelvereinbarung 2016 festgelegte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel in Höhe von € 2.908.000.000,00, sowie das in der Heilmittelvereinbarung 2016 festgelegte Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von € 500.000.000,00.

#### **§ 3**

#### **Arztgruppenbezogene Ausgabenvolumina**

nicht besetzt

## **§ 4**

### **Berechnung der Richtgrößen 2016**

- (1) Die vereinbarten Richtgrößen für Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen des Jahres 2015 werden zunächst linear um 3,7 % angehoben. Diese linear veränderten Richtgrößen werden in einem weiteren Schritt in die Altersgruppen nach Anlage 2 Abschnitt A) umgerechnet.
- (2) Die Umrechnung der Richtgrößen 2016 nach Abs. (1) in altersbezogene arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen erfolgt nach dem Berechnungsmodell nach Anlage 2 Abschnitt B).
- (3) Die Verbände der GKV errechnen die Richtgrößen 2016. Die Berechnungsgrundlagen, -werte und -ergebnisse werden der KVN bekanntgegeben.
- (4) Die Vertragspartner nehmen, vorbehaltlich der Abstimmung und Entscheidung nach Abs. (2) letzter Satz, die berechneten Richtgrößen in die Richtgrößen-Vereinbarung für das Kalenderjahr 2016 auf (Anlage 1). Die KVN gibt diese Richtgrößen unverzüglich ihren Mitgliedern bekannt.

## **§ 5**

### **Informationen über veranlasste Ausgaben**

- (1) Zur kontinuierlichen Information über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel können die von der Bundesebene zur Verfügung gestellten Frühinformationsdaten gemäß § 84 Absatz 5 SGB V genutzt werden.
- (2) Die Informationen nach Abs. 1 dienen in erster Linie den Vertragsärzten zur Beobachtung ihrer Verordnungstätigkeit. Sie sollen in ihrem Bemühen unterstützt werden, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden.

## **2. Abschnitt**

### **Ergänzungen für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen**

#### **§ 6**

##### **Allgemeines**

nicht besetzt.

#### **§ 7**

##### **Zu den Statistiken für die Richtgrößenprüfung**

- (1) Die KVN übermittelt der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V bis zum 30.9.2017 die für die Richtgrößenprüfung maßgeblichen Fallzahlen gemäß § 1 Abs. 3.
- (2) Die Verbände übermitteln der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V die für die Richtgrößenprüfung relevanten geprüften arztbezogenen Verwaltungsdaten gemäß § 1 Abs. 3 für das Jahr 2016 bis zum 30.9.2017.
- (3) Die Statistik „Richtgrößen-Prüfungs-Übersichtslisten“ für das Jahr 2016 ist durch die Prüfungsstelle bis zum 30.11.2017 zu erstellen und an alle Vertragspartner zu senden.

#### **§ 8**

##### **Durchführung der Richtgrößenprüfung**

Die besonderen Ordnungsverhältnisse der Praxis sind im Rahmen der Richtgrößenprüfungen zu berücksichtigen. Indikationsgebiete, in denen von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann, sind in Anlage 3 festgelegt. Änderungen bzw. bereits getroffene sowie spätere Festlegungen zu Anlage 3 der Bundesempfehlung zu Richtgrößen werden zusätzlich - ohne dass es einer Vertragsänderung bedarf - automatisch übernommen.

### **3. Abschnitt**

#### **§ 9 Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommt.

#### **§ 10 Laufzeit der Vereinbarung**

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2016 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2016.

#### **Ergänzende Vereinbarungen**

##### **Protokollnotiz zu § 2, § 3**

Kommt es aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung oder gesetzlicher Änderungen mittelbar oder unmittelbar zu Veränderungen in der Leistungspflicht der Krankenkassen für Arznei-, Verband- und oder Heilmittel, verständigen sich die Vertragspartner über eine Anpassung der in § 2 genannten Basisbeträge. Erfolgt eine Anpassung der Basisbeträge, so werden die Richtgrößen gemäß § 4 in Verbindung mit § 3 entsprechend angepasst.

##### **Protokollnotiz zur Richtgrößenvereinbarung 2016**

Die Vertragspartner streben an, bis 31.07.2016 eine Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 b Abs. 1 SGB V (GKV – VSG) mit dem Ziel der Ablösung der Richtgrößenprüfung zu vereinbaren.

Hannover, den 30.11.2015

\_\_\_\_\_  
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

\_\_\_\_\_  
AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

\_\_\_\_\_  
BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen,  
Sachsen-Anhalt

\_\_\_\_\_  
IKK classic

\_\_\_\_\_  
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Knappschaft - Regionaldirektion Hannover

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

## **Anlage 1**

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 6 SGB V und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen gemäß § 106 SGB V

für das Jahr 2016



FG	Bezeichnung Altersgruppen →	Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe)				Heilmittel			
		- €/Behandlungsfall -				- €/Behandlungsfall -			
		bis 15	16 bis 49	49 bis 64	ab 65	bis 15	16 bis 49	49 bis 64	ab 65
1	Anästhesisten	3,23	56,11	117,31	71,73	0,78	2,43	4,47	2,49
2	ermächtigte Anästhesisten	4,25	115,52	189,68	160,05	0,05	11,22	16,22	18,15
4	Augenärzte	1,14	5,19	11,80	20,47	./.	./.	./.	./.
5	ermächtigte Augenärzte	2,45	2,45	2,45	24,27	./.	./.	./.	./.
7/37	Chirurgen (einschließlich plastische Chirurgie)	7,75	20,43	25,46	35,30	5,07	15,10	21,23	22,77
8	Ermächtigte Chirurgen	7,04	15,53	27,09	29,86	4,16	11,28	12,43	10,20
10	Gynäkologen	26,66	12,09	37,95	47,13	0,01	0,37	2,96	6,20
11	ermächtigte Gynäkologen	25,55	101,08	765,05	744,68	0,59	0,59	3,96	6,14
13	HNO-Ärzte (einschließlich Phoniaten und Pädaudiologen)	12,51	20,25	10,65	4,96	22,47	2,28	2,69	2,26
14	ermächtigte HNO-Ärzte	3,05	8,36	8,03	6,12	28,68	2,88	1,96	2,14
16	Hautärzte	20,09	31,20	35,07	22,02	0,02	0,19	0,44	0,46
17	ermächtigte Hautärzte	15,68	106,50	141,63	88,52	0,03	1,05	2,29	2,79
20	Internisten mit TG Nephrologie	112,84	1.088,50	802,11	565,48	0,61	2,51	3,97	3,69
20/21	ermächtigte Internisten mit TG Nephrologie	552,79	1.996,96	600,72	294,51	0,17	0,17	0,39	0,28
22/21	ermächtigte Internisten mit TG Kardiologie	0,56	4,62	4,53	4,96	0,01	0,01	0,03	0,01
90/21	ermächtigte fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	530,63	550,90	510,50	480,35	0,87	2,36	3,23	1,85
91/21	ermächtigte Internisten mit TG Endokrinologie	2.300,47	263,50	318,73	181,07	0,05	0,05	0,05	0,18
92/21	ermächtigte Internisten mit TG Hämatologie und internistische Onkologie	639,15	1.538,97	1.481,74	1.579,36	2,16	2,16	3,01	2,21
93/21	ermächtigte Internisten mit TG Rheumatologie	375,33	585,70	581,89	375,33	13,79	13,79	22,31	17,28
97/21	ermächtigte Internisten mit TG Angiologie	6,60	16,69	53,93	6,60	./.	./.	./.	./.
22	Internisten mit TG Kardiologie	10,54	15,75	20,05	19,58	0,42	0,38	0,29	0,32
23	Hausärztliche Kinderärzte	30,16	53,46	25,08	53,72	17,37	14,66	2,65	4,67
24	ermächtigte Kinderärzte	216,32	1.359,97	807,75	1.008,33	10,14	10,91	2,27	0,56
29	Internisten mit TG Pneumologie/Lungenärzte	70,06	83,99	107,84	99,69	0,02	0,28	0,56	0,84
30	ermächtigte Lungenärzte/ ermächtigte Internisten mit TG Pneumologie	15,64	105,47	171,43	118,06	0,07	0,34	0,07	0,13
33	ermächtigte Internisten mit TG Gastroenterologie	91,94	301,64	414,15	229,72	0,28	0,28	0,31	0,78
34	Internisten mit TG Gastroenterologie/ Magen-Darm- Ärzte	20,82	98,13	46,68	25,88	0,04	0,28	0,73	1,89
35	Mund-, Kiefer-Gesichts-Chirurgen	16,42	17,05	12,99	16,95	0,24	0,50	1,34	0,90
36	ermächtigte Mund-, Kiefer- Gesichts-Chirurgen	2,25	14,88	20,64	16,47	1,02	0,99	0,95	0,43
38	Nervenärzte	24,28	241,94	158,07	88,92	17,31	13,47	18,64	25,80
39	ermächtigte Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	388,19	580,54	636,54	392,61	3,30	8,61	11,61	3,30
40	Kinder- und Jugendpsychiater	37,04	47,52	124,97	56,06	31,01	4,31	9,86	3,28
41	Neurochirurgen	21,78	24,98	36,91	33,88	11,28	12,20	12,66	14,55
42	ermächtigte Neurochirurgen	30,88	16,67	15,08	11,83	1,69	2,84	2,80	3,69
44	Orthopäden	0,79	11,83	17,61	23,80	19,48	26,59	28,94	29,61
45	ermächtigte Orthopäden	2,01	7,12	7,09	12,28	46,65	30,20	17,00	13,77
50	Psychiater	78,31	104,79	98,88	95,85	8,12	4,70	4,23	6,38
51	ermächtigte Ärzte m. Weiterbildung Fachärzte f. psychotherap. Medizin	47,62	106,10	109,11	47,62	0,56	0,56	0,56	0,56
52	Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	8,00	12,42	18,60	20,78	13,79	3,73	5,78	4,99
53	Radiologen Strahlentherapeuten	10,58	14,51	25,64	25,30	0,01	0,01	0,04	0,04
54	ermächtigte Radiologen/Strahlentherapeuten	11,91	5,32	23,67	14,79	0,06	0,11	0,06	0,06
56	Urologen	28,66	17,78	51,01	114,36	0,38	0,19	0,36	0,32
57	ermächtigte Urologen	7,14	26,25	91,28	123,91	0,03	0,40	0,33	0,57
59	Nuklearmediziner	8,30	6,82	6,01	4,98	./.	./.	./.	./.
60	ermächtigte Nuklearmediziner	1,62	14,45	9,53	1,62	./.	./.	./.	./.
63	Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin Institute /	1,64	20,18	30,74	44,84	53,20	50,23	63,43	78,14
74	Medizinaluntersuchungsämter	200,87	1.040,89	1.404,95	711,94	20,17	18,32	5,00	2,98
75	Krankenhäuser	5,28	10,17	30,67	24,28	0,48	0,57	2,93	2,38
79	Kuratorium für Heimdialyse	1.600,55	1.086,31	864,07	693,92	0,06	2,21	2,79	3,76
80	Praktische Ärzte / Allgemeinmediziner / Hausärztliche Internisten	22,49	44,91	100,39	160,44	10,47	7,27	13,18	22,19
90	Fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	24,33	100,84	103,91	97,07	5,06	2,72	4,19	7,69
91	Internisten mit TG Endokrinologie	39,81	176,65	309,61	264,02	0,08	0,08	0,19	0,55
92	Internisten mit TG Hämatologie und internistische Onkologie	873,49	1.282,30	1.573,59	1.418,84	1,68	5,67	7,99	6,09
93	Internisten mit TG Rheumatologie	107,93	343,33	303,85	164,26	16,81	15,50	19,26	19,96
95	Neurologen	29,79	359,53	201,61	93,14	51,89	22,15	33,69	39,74
96	ermächtigte Neurologen	81,60	477,25	379,77	366,04	54,71	34,43	25,13	31,55
97	Internisten mit TG Angiologie	24,36	55,24	37,07	36,50	21,66	15,51	10,64	10,30

## **Anlage 2**

### **Abschnitt A)**

#### **Altersgruppen**

<b>Altersgruppe</b>	<b>Intervall</b>
Kinder	0 bis 15 Jahre
Jugendliche / Erwachsene	16 bis 49 Jahre
Erwachsene	50 bis 64 Jahre
Rentner / Senioren	65 Jahre und älter

## Abschnitt B)

### Umrechnung der Richtgröße 2016 in Altersgruppen mit den Verordnungsdaten des Jahres 2014

#### 1.) Berechnung einer einheitlichen durchschnittlichen Richtgröße je Fachgruppe

Richtgrößenvolumen der Fachgruppe gesamt nach MF und R  
Fallzahlen Fachgruppe      Richtgröße

a.)	2014		Fachgruppe 2016		
	M/F	*	M/F	=	RG Vol. M/F, FG gesamt
	R	*	R	=	RG Vol. R, FG gesamt

Gesamtrichtgrößenvolumen der Fachgruppe

b.)	RG Vol. M/F, FG gesamt	+	RG Vol. R, FG gesamt	=	<b>RG Vol. FG gesamt</b>
-----	------------------------	---	----------------------	---	--------------------------

Gesamtrichtgröße der Fachgruppe

c.)	RG Vol. FG gesamt	÷	Fallzahl FG gesamt (M/F+R)	=	<b>durchschnittliche Fachgruppenrichtgröße</b>
-----	-------------------	---	----------------------------	---	--

#### 2.) Berechnung der tatsächlichen Ausgaben je Fall der Fachgruppe je Altersgruppe

a.)	Volumen in Euro* 0-15***	÷	Fallzahl 0-15 **	=	tatsüchl. Ausg. je Fall 0-15
	Volumen in Euro* 16-49***	÷	Fallzahl 16-49 **	=	tatsüchl. Ausg. je Fall 16-49
	Volumen in Euro* 50-64***	÷	Fallzahl 50-64 **	=	tatsüchl. Ausg. je Fall 50-64
	Volumen in Euro* >65***	÷	Fallzahl >65 **	=	tatsüchl. Ausg. je Fall >65
	Vol gesamt	÷	Fallzahl gesamt	=	tatsüchl. Ausg. je Fall gesamt

\* berechnet aus altersgewichteten GKV-EVO-Daten 2014

\*\* altersgewichtete Fallzahlenlieferung 2014 durch die KV gem. § 12 Abs. 1, Nr. 5, 2. Alt DTA-Vertrag

\*\*\* Altersgruppe entspr. Rahmenvereinbarung gem. § 84 Abs. 7 SGB V f. d. J. 2002

#### 3.) Verhältnis/Gewichtung der Altersgruppen

tatsüchl. Ausg. je Fall 0-15	÷	tatsüchl. Ausg. je Fall gesamt	*	100	=	prozentuales Verordnungsgewicht AG 0-15
tatsüchl. Ausg. je Fall 16-49	÷	tatsüchl. Ausg. je Fall gesamt	*	100	=	prozentuales Verordnungsgewicht AG 16-49
tatsüchl. Ausg. je Fall 50-64	÷	tatsüchl. Ausg. je Fall gesamt	*	100	=	prozentuales Verordnungsgewicht AG 50-64
tatsüchl. Ausg. je Fall >65	÷	tatsüchl. Ausg. je Fall gesamt	*	100	=	prozentuales Verordnungsgewicht AG >65

#### 4.) Neuberechnung der Richtgröße

(siehe 1.)

prozentuales Verordnungsgewicht AG 0-15	*	durchschnittliche Fachgruppenrichtgröße	÷	100	=	<b>gewichtete RG 0-15</b>
prozentuales Verordnungsgewicht AG 16-49	*	durchschnittliche Fachgruppenrichtgröße	÷	100	=	<b>gewichtete RG 16-49</b>
prozentuales Verordnungsgewicht AG 50-64	*	durchschnittliche Fachgruppenrichtgröße	÷	100	=	<b>gewichtete RG 50-64</b>
prozentuales Verordnungsgewicht AG >65	*	durchschnittliche Fachgruppenrichtgröße	÷	100	=	<b>gewichtete RG &gt;65</b>

#### 5.) Probe

gewichtete RG 0-15	*	Fallzahl 0-15 **	=	Ergebnis	
gewichtete RG 16-49	*	Fallzahl 16-49 **	=	Ergebnis	
gewichtete RG 50-64	*	Fallzahl 50-64 **	=	Ergebnis	
gewichtete RG >65	*	Fallzahl >65 **	=	Ergebnis	
Gesamtsumme = RG Vol. FG gesamt					(siehe 1.)

## Anlage 3

### Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(gemeinsame Arbeitsgruppe KBV und GKV-Spitzenverbände, Stand: 25.09.2001 / sowie KVN und Verbände der Krankenkassen)

#### Präambel

Eine Indikation nach dieser Anlage stellt alleine noch keine Praxisbesonderheit dar, da der insoweit übliche Umfang bestimmter Indikationen, die bei den Arztgruppen in typischer Anzahl vorkommen, bereits bei der Festlegung von Richtgrößen berücksichtigt ist.

Eine Praxisbesonderheit liegt somit erst dann vor, wenn die Patientenzusammensetzung in einer Praxis vom Üblichen abweicht und gerade diese Patienten einer vermehrten Behandlung mit den definierten Arzneimitteln oder Heilmitteln bedürfen.

Für Praxisbesonderheiten gilt ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot: die jeweils strenge Indikation ist zu beachten, preiswerte Alternativen sind zu bevorzugen.

#### **1. Präparatebezogene Berücksichtigung**

<b>Indikation</b>	
1.1	Immunsuppressiva nach Organtransplantationen
1.2	Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
1.3	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus
1.4	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
1.5	Therapie mit Virustatika bei behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen
1.6	orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga und Zytokine bzw. Interferone

## **2. Fallbezogene und indikationsabhängige Berücksichtigung**

<b>Indikation</b>	
2.1	Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase / Imiglucerase
2.2	Hormonelle Behandlung und / oder in-vitro-Fertilisation bei Sterilität
2.3	Interferon-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten
2.4	Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
2.5	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
2.6	Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz
2.7	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
2.8	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
2.9	Parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten als Rezepturbereitung sowie parenterale Chemotherapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen
2.10	Therapie behandlungsbedürftiger Begleiterkrankungen bei HIV-Infektionen
2.11	Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus
2.12	Zur Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises zugelassene TNF-Alpha-Inhibitoren enthaltene Arzneimittel
2.13	Zur Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zugelassene TNF-Alpha-Inhibitoren enthaltene Arzneimittel
2.14	Zur Behandlung von Psoriasis zugelassene TNF-Alpha-Inhibitoren oder Efalizumab enthaltene Arzneimittel
2.15	Agalsidase Alpha und Beta zur Behandlung des Morbus Fabry
2.16	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choroidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

## **Indikation**

---

- 2.17 Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6. Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. Der Therapiehinweis des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist zu beachten.
- 
- 2.18 Behandlung von Schmerzpatienten mit BTM
- 
- 2.19 Heparin-Prophylaxe nach amb. Operationen
- 
- 2.20 Hormonbehandlung bei ICSI
- 
- 2.21 Indikationsbezogene Arzneimittel-Therapie bei Tumorpatienten unter Strahlentherapie
- 
- 2.22 Ambulante Therapie mit Glatirameracetat bei schubförmiger Multipler Sklerose
- 
- 2.23 Ambulante Therapie mit Natalizumab bei Multipler Sklerose entsprechend der strengen Indikation
- 
- 2.24 Behandlung mit Methylphenidat oder Atomoxetin bei ADS-Kindern
- 
- 2.25 Behandlung mit Arzneimitteln zur intravitrealen Injektion
- 
- 2.26 Behandlung mit Xofigo®
- 
- 2.27 Behandlung mit Arzneimitteln gegen Hepatitis C
- 

### **3. Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien**

Unabhängig von der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gemäß § 12 der Prüfvereinbarung werden nachstehende Therapieformen bei der folgenden festgelegten Indikation als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Krankengymnastik für die ersten 3 Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen. (Entsprechende Fälle können arztseitig über die GONr. 91903 in der Abrechnung gekennzeichnet werden)

In Übrigen gilt die Vereinbarung des GKV Spitzenverbandes und der KBV über die Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

## **Erläuterungen zu Anlage 3**

Die Definition von Praxisbesonderheiten nach Anlage 3 dient im Wesentlichen folgenden Zielsetzungen:

1. Stellt der Arzt fest, dass für ihn Praxisbesonderheiten im Sinne der Anlage 3 zutreffen, so sollte er die Praxisbesonderheiten unter Angabe des Patienten mit Versichertennummer und der Krankenkasse bezeichnen, um sich ggf. von weitergehenden Prüfungen zu entlasten.
2. Soweit erkennbar ist, dass der Arzt Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 3 aufweist, die eine Überschreitung der Interventionsgrenzen als plausibel erscheinen lassen, kann die Prüfungseinrichtung dies zum Anlass nehmen, von einer weitergehenden Prüfung abzusehen.
3. § 13 der Prüfvereinbarung bleibt unberührt.

Außer den nach Anlage 3 aufgeführten Praxisbesonderheiten kann der Arzt im Einzelfall weitere Praxisbesonderheiten angeben<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> wie z.B. Verordnungen von Sondennahrung, atypische Neuroleptika, Antidementiva