

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 2008

(Richtgrößen-Vereinbarung)

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
 - dem IKK-Landesverband Nord,
- Vertretung Niedersachsen
Günther-Wagner-Allee 23, 30177 Hannover
- dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen,
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen,
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
 - der Knappschaft
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

den Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen,
An der Börse 1, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

PRÄAMBEL

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung von landeseinheitlichen arztgruppenspezifischen Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel des Jahres 2008 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 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 (einschließlich Polikliniken) werden landeseinheitliche Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einerseits und Richtgrößen für Heilmittel andererseits - jeweils getrennt nach M/F und R - 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 bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag 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 2008

- (1) Basis für die Berechnung der Richtgrößen 2008 ist das in der Arzneimittelvereinbarung 2008 vorläufig festgelegte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2008 in Höhe von €2.133.560.000,- sowie das in der Heilmittelvereinbarung 2008 festgelegte Ausgabenvolumen für Heilmittel 2008 in Höhe von € 347.472.000.-

§ 3

Arztgruppenbezogene Ausgabenvolumina

- (1) Die Aufteilung der unter § 2 genannten Ausgabenvolumina, abzüglich der auf die nicht in die Richtgrößenprüfung aufgenommenen Fachgruppen entfallenden Verordnungsvolumina, erfolgt entsprechend deren Anteil am Gesamt-Verordnungsvolumen. Zur Ermittlung der Anteile werden die fachgruppenspezifischen Ergebnisse der arztbezogenen Erfassung des Jahres 2006 herangezogen (arztgruppenbezogene Netto-Volumina). Für den Sprechstundenbedarf (ausschließlich Arznei- und Verbandmittel ohne Impfstoffe) werden gesonderte fachgruppenspezifische Anteile ermittelt, die den jeweiligen Richtgrößenfachgruppen wiederum anteilig hinzugerechnet werden.
- (2) Die arztgruppenbezogenen Netto-Ausgabenvolumina gemäß Abs. 1 werden erhöht um die Versicherungszahlungen gemäß §§ 31 und 32 SGB V und den Rabatt gemäß §§ 130 und 130 a SGB V (arztgruppenbezogene Brutto-Ausgabenvolumina) sowie sonstige den einzelnen Krankenkassen gewährte Rabatte im Rahmen ihrer beiderseitigen Lieferverträge mit den Apotheken und/oder Arzneimittelherstellern.
- (3) Von den arztgruppenbezogenen Brutto-Ausgabenvolumina nach Abs. 2 erfolgt ein Abschlag von 9,9 % (bereinigte arztgruppenbezogene Brutto-Ausgabenvolumina).

§ 4

Berechnung der Richtgrößen

- (1) Die Richtgrößen je Behandlungsfall ergeben sich anschließend jeweils aus der Division der bereinigten arztgruppenbezogenen Brutto-Ausgabenvolumina gemäß § 3 Abs. 3 durch die Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 1 Abs. 3 der jeweiligen Arztgruppe für Arzneimittel des Jahres 2006 - zuzüglich des auf die Fachgruppe entfallenden Anteils der Sprechstundenbedarfskosten - sowie für Heilmittel des Jahres 2006.
- (2) Für den Fall, dass die Arzneimittel-Richtgröße für eine Fachgruppe aufgrund der Berechnung geringer als die Richtgröße im Jahr 2007 ausfällt, wird die Richtgröße 2008 auf das Niveau der Richtgröße 2007 angehoben. Ziffer 3 Sätze 5 bis 7 des Regionalpaketes Niedersachsen 2008 sind bei der Berechnung zu beachten. Die so ermittelten Richtgrößen werden in Anlage 1 aufgeführt.

- (3) Im Falle des in Nr. 1 Satz 2 des Regionalpaketes Niedersachsen 2008 werden die Arzneimittel-Richtgrößen um den zu ermittelnden v. H. Satz erhöht. Diese Richtgrößen werden für die Richtgrößen-Prüfung herangezogen.

§ 5

Informationen über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur kontinuierlichen Information der KVN über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel übermitteln die Verbände die ungeprüften Verordnungsdaten der Krankenkassen
- entsprechend § 1 Abs. 3
 - getrennt nach M, F und R
 - getrennt nach Arznei- und Verbandmittel (einschließlich des Sprechstundenbedarfs) einerseits sowie Heilmittel andererseits
 - jeweils mit der Summe der Brutto- sowie der Netto-Ausgaben
 - und, soweit wie möglich, die Angabe der Summe der Verordnungen die eine PZN aufweisen
 - für das abgelaufene Quartal
 - für Arznei- und Verbandmittel bis zur 12. Woche, für Heilmittel bis Ende des 6. Monats nach Quartalsende.

Die Verordnungsdaten werden der KVN als Summenwerte je Vertragsarzt übermittelt.

- (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.
- (3) Die KVN gibt die Verordnungsdaten nach Abs. 1 unverzüglich in geeigneter Weise den Vertragsärzten bekannt.

2. Abschnitt Ergänzungen für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen

§ 6

Allgemeines

Für den Fall, dass die Vorgaben des Regionalpaketes Niedersachsen Punkt 3 letzter Satz oder Punkt 6 erfüllt werden, erfolgt niedersachsenweit keine Richtgrößen-, oder sonstige statistische Vergleichsprüfung für das Jahr 2008.

§ 7

Zu den Statistiken für die Richtgrößenprüfung

- (1) Die KVN übermittelt der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V bis zum 30.06.2009 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 2008 bis zum 31.08.2009.
- (3) Die Statistik „Richtgrößen-Prüfungs-Übersichtslisten“ für das Jahr 2008 ist bis zum 30.09.2009 zu erstellen.

§ 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

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2008 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2008.
- (2) Die Vertragspartner werden sich bis zum 15.11.2008 über eine Folgevereinbarung verständigen. Sie streben an, Richtgrößen zukünftig differenziert nach Indikationen oder Wirkstoffgruppen und differenziert nach Altersklassen zu bilden.

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.

Hannover, den 15.08.2008

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband Nord - Vertretung Niedersachsen

Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen (in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)

Knappschaft - Verwaltungsstelle Hannover

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Der Leiter der 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 2008

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe)		Heilmittel	
		- €/Behandlungsfall -		- €/Behandlungsfall -	
FG		M/F	R	M/F	R
80/19	Praktische Ärzte / Allgemeinmediziner Hausärztliche Internisten	40,31 €	128,30 €	8,81 €	21,61 €
01	Anästhesisten	39,61 €	78,53 €	1,92 €	4,23 €
02	ermächtigte Anästhesisten	63,79 €	162,84 €	7,28 €	23,75 €
04	Augenärzte	5,91 €	14,13 €	0,00 €	0,00 €
05	ermächtigte Augenärzte	10,00 €	19,72 €	0,00 €	0,00 €
07/37	Chirurgen (einschließlich plastische Chirurgie)	17,55 €	23,32 €	15,73 €	22,97 €
08	ermächtigte Chirurgen	14,72 €	22,26 €	10,41 €	12,06 €
10	Gynäkologen	13,39 €	31,05 €	0,72 €	5,13 €
11	ermächtigte Gynäkologen	170,05 €	550,80 €	1,67 €	3,92 €
13/15	HNO-Ärzte (einschließlich Phoniater und Pädaudiologen)	10,76 €	7,13 €	7,47 €	2,70 €
14	ermächtigte HNO-Ärzte	4,81 €	5,59 €	9,42 €	6,23 €
16	Hautärzte	21,54 €	22,46 €	0,17 €	0,61 €
17	ermächtigte Hautärzte	87,51 €	66,07 €	2,60 €	3,59 €
90	Fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	53,53 €	100,42 €	3,35 €	8,27 €
90 (21)	ermächtigte fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	434,36 €	349,52 €	3,64 €	3,07 €
20	Internisten mit TG Nephrologie	390,48 €	636,36 €	2,03 €	4,63 €
20 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Nephrologie	713,33 €	599,29 €	0,93 €	2,03 €
22	Internisten mit TG Kardiologie	12,80 €	15,93 €	0,26 €	0,44 €
22 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Kardiologie	6,57 €	2,57 €	0,07 €	0,01 €

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe)		Heilmittel	
		- €/Behandlungsfall -		- €/Behandlungsfall -	
FG		M/F	R	M/F	R
34	Internisten mit TG Gastroenterologie/ Magen-Darm-Ärzte	47,62 €	38,75 €	0,80 €	2,05 €
33	ermächtigte Internisten mit TG Gastroenterologie	215,17 €	273,38 €	0,21 €	0,16 €
91	Internisten mit TG Endokrinologie	181,02 €	159,53 €	0,25 €	1,03 €
91 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Endokrinologie	223,42 €	173,10 €	0,20 €	0,47 €
92	Internisten mit TG Hämatologie und internistische Onkologie	1.011,09 €	1.160,58 €	5,85 €	7,75 €
92 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Hämato- logie und internistische Onkologie	1.164,98 €	1.170,29 €	2,22 €	2,71 €
93	Internisten mit TG Rheumatologie	179,96 €	221,87 €	16,42 €	24,32 €
93 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Rheumatologie	346,32 €	441,62 €	12,53 €	30,31 €
97	Internisten mit TG Angiologie	27,24 €	34,83 €	12,08 €	10,37 €
97 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Angiologie	16,38 €	18,32 €	0,00 €	0,00 €
29	Internisten mit TG Pneumologie/ Lungenärzte	61,37 €	89,47 €	0,31 €	0,90 €
30	ermächtigte Lungenärzte/ ermächtigte Internisten mit TG Pneumologie	95,30 €	109,23 €	0,26 €	0,75 €
23	Hausärztliche Kinderärzte	22,71 €	82,20 €	18,43 €	24,63 €
35	Mund-, Kiefer-Gesichts-Chirurgen	12,73 €	12,42 €	0,56 €	1,37 €
36	ermächtigte Mund-, Kiefer-Gesichts- Chirurgen	10,58 €	11,52 €	0,48 €	1,32 €
24	ermächtigte Kinderärzte	247,77 €	701,60 €	14,17 €	25,08 €
95	Neurologen	166,15 €	146,56 €	15,24 €	46,38 €
96	ermächtigte Neurologen	356,87 €	255,16 €	23,58 €	51,37 €
38	Nervenärzte	112,76 €	129,90 €	10,04 €	28,86 €
39	ermächtigte Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	448,63 €	385,97 €	5,78 €	12,11 €
40	Kinder- und Jugendpsychiater	27,93 €	61,12 €	30,59 €	24,01 €
41	Neurochirurgen	18,39 €	33,34 €	12,17 €	12,82 €
42	ermächtigte Neurochirurgen	11,73 €	9,59 €	1,79 €	1,98 €
44	Orthopäden	8,97 €	18,85 €	27,75 €	31,08 €

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe)		Heilmittel	
		- €/Behandlungsfall -		- €/Behandlungsfall -	
FG		M/F	R	M/F	R
45	ermächtigte Orthopäden	6,12 €	6,44 €	35,40 €	17,46 €
50	Psychiater	64,29 €	102,32 €	4,45 €	6,70 €
51	ermächtigte Ärzte mit der Weiterbildung "Fachärzte für psychotherapeutische Medizin"	65,01 €	135,31 €	6,80 €	8,26 €
52	Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	10,70 €	15,89 €	4,39 €	4,66 €
53	Radiologen Strahlentherapeuten	16,46 €	16,90 €	0,02 €	0,07 €
54	ermächtigte Radiologen/ Strahlentherapeuten	12,17 €	12,69 €	0,05 €	0,10 €
56	Urologen	34,94 €	80,22 €	0,25 €	0,29 €
57	ermächtigte Urologen	46,19 €	83,12 €	0,29 €	0,52 €
59	Nuklearmediziner	4,56 €	5,08 €	0,01 €	0,01 €
60	ermächtigte Nuklearmediziner	4,94 €	6,36 €	0,00 €	0,00 €
63	Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	18,65 €	32,08 €	56,64 €	76,82 €
74	Institute / Medizinaluntersuchungsämter	488,53 €	750,31 €	124,23 €	78,86 €
75	Krankenhäuser	8,79 €	19,00 €	0,81 €	3,85 €
79	Kuratorium für Heimdialyse	745,61 €	670,79 €	2,35 €	2,94 €

Anlage 2

In 2008 nicht besetzt.

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

Indikation	
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

Indikation	
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 choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

-
- 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
-

3. Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien

Unabhängig von der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gemäß § 12 der Prüfvereinbarung werden nachstehende Therapieformen bei den festgelegten Indikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.

Therapie

- 3.1 Ergotherapie
-
- 3.2 Logopädie
-
- 3.3 Krankengymnastik
-
- 3.4 Lymphdrainage
-

bei folgenden Indikationen:

Indikationen

zu 3.1 und 3.2: Pflegestufe I bis III bei Kindern und bei Kindern in teilstationären Einrichtungen oder Sprachheilkindergärten

zu 3.3: Pflegestufe I bis III bei Kindern und bei Kindern in teilstationären Einrichtungen

zu 3.1 bis 3.3: bei schweren neurologischen Erkrankungen, wie Parkinson, MS und Apoplex

zu 3.3: Krankengymnastik für die ersten 3 Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen

zu 3.4: Lymphdrainage bei aufgrund onkologischer Behandlung entstandener Lymphabfluss-Störungen

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 abzu-
sehen.
3. § 13 der Prüfvereinbarung bleibt unberührt.

Außer den nach Anlage 3 aufgeführten Praxisbesonderheiten kann der Arzt im Einzelfall weitere Praxisbesonderheiten angeben¹.

¹ wie z.B. Verordnungen von Sondennahrung, atypische Neuroleptika, Antidementiva