

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 2010

(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 – Regionaldirektion Hannover
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
 - und den Ersatzkassen
 - Barmer Ersatzkasse
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
 - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
 - Gmünder ErsatzKasse - GEK
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse
 - Hamburg Münchener Krankenkasse
 - 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 die Festsetzung von landeseinheitlichen arztgruppenspezifischen Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel des Jahres 2010 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 2010

- (1) Basis für die Berechnung der Richtgrößen 2010 ist das in der Arzneimittelvereinbarung 2010 vorläufig festgelegte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2010 in Höhe von € 2.353.978.083,60 sowie das in der Heilmittelvereinbarung 2010 festgelegte Ausgabenvolumen für Heilmittel 2010 in Höhe von € 365.411.979,36

§ 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 2008 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 Versichertenzuzahlungen 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 2008 - zuzüglich des auf die Fachgruppe entfallenden Anteils der Sprechstundenbedarfskosten - sowie für Heilmittel des Jahres 2008.
- (2) Für den Fall, dass die Arzneimittel-Richtgröße für eine Fachgruppe aufgrund der Berechnung geringer als die Richtgröße im Jahr 2009 ausfällt, wird die Richtgröße 2010 auf das Niveau der Richtgröße 2009 angehoben. Ziffer 3 Sätze 3 bis 6 bzw. Ziffer 4 des Regionalpaketes Niedersachsen 2009 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 2010 werden die Arzneimittel-Richtgrößen um den zu ermittelnden v. H. Satz erhöht, um den die Ausgabenobergrenze 2010 nachträglich angehoben wird. Diese Richtgrößen werden für die Richtgrößen-Prüfung herangezogen.

§ 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

Für den Fall, dass die Beträge nach Ziffer 7.1.1 bzw. 7.2.1 des Regionalpaketes Niedersachsen 2010 unterschritten werden, erfolgt niedersachsenweit keine Richtgrößen-, oder sonstige statistische Vergleichsprüfung bezogen auf Arzneimittel bzw. Heilmittel für das Jahr 2010 (siehe Ziffer 3 oder Ziffer 4 Regionalpaket Niedersachsen 2009)

§ 7

Zu den Statistiken für die Richtgrößenprüfung

- (1) Die KVN übermittelt der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V bis zum 30.9.2011 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 2010 bis zum 30.9.2011.
- (3) Die Statistik „Richtgrößen-Prüfungs-Übersichtslisten“ für das Jahr 2010 ist durch die Prüfungsstelle bis zum 30.11.2011 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. Die Vertragspartner werden die Praxisbesonderheiten nach Anlage 3 im Rahmen einer Facharbeitsgruppe überarbeiten. Die Arbeitsgruppe wird Vertragspartnern bis 31.08.2010 einen abgestimmten Vorschlag zur Entscheidung zur Verfügung stellen.

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 01.01.2010 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2010.
- (2) Abweichend von den Regelungen dieses Vertrages werden im Jahr 2010 die Richtgrößen des Jahres 2009 für Arzneimittel um 2,9 % und für Heilmittel um 2,0 % linear erhöht. Ab dem Jahr 2011 werden die Richtgrößen wieder nach den bisherigen Berechnungsgrundlagen dieses Vertrages durch die Prüfungsstelle bei der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen ermittelt (Anlage 4).
- (3) Die Vertragspartner werden sich bis zum 15.11.2010 über eine Folgevereinbarung verständigen.

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 30.11.2009



Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

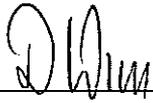


Hannover, den 30.11.2009

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end, positioned above a horizontal line.

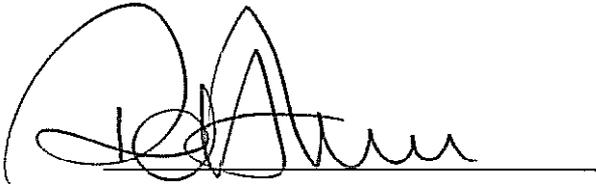
AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Hannover, den 30.11.2009

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'DWM'.

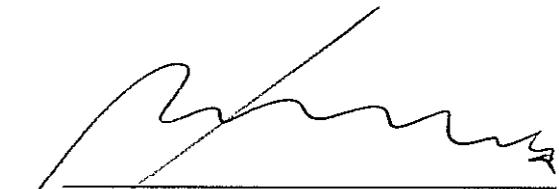
BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

Hannover, den 30.11.2009



IKK-Landesverband Nord - Vertretung Niedersachsen

Hannover, den 30.11.2009



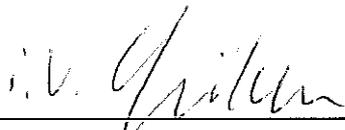
Knappschaft - Regionaldirektion Hannover

Hannover, den 30.11.2009



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

Hannover, den 30.11.2009



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 2010

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	42,57	134,69	7,28	18,66
01	Anästhesisten	41,26	81,97	1,66	3,29
02	ermächtigte Anästhesisten	67,54	171,30	6,13	17,85
04	Augenärzte	6,28	14,80	0,00	0,00
05	ermächtigte Augenärzte	10,49	20,43	0,00	0,01
07/37	Chirurgen (einschließlich plastische Chirurgie)	18,17	24,34	13,29	19,20
08	ermächtigte Chirurgen	15,41	23,38	8,27	9,95
10	Gynäkologen	14,01	33,31	0,61	4,64
11	ermächtigte Gynäkologen	180,08	584,24	1,14	4,12
13/15	HNO-Ärzte (einschließlich Phoniater und Pädaudiologen)	11,21	7,75	6,13	2,23
14	ermächtigte HNO-Ärzte	5,01	5,97	7,62	4,79
16	Hautärzte	22,45	24,05	0,15	0,48
17	ermächtigte Hautärzte	91,56	71,43	1,17	2,24
90	Fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	56,42	105,22	2,57	6,48
90 (21)	ermächtigte fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	457,91	370,45	2,23	1,73
20	Internisten mit TG Nephrologie	416,71	666,72	1,56	3,71
20 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Nephrologie	748,04	629,04	0,43	0,08
22	Internisten mit TG Kardiologie	13,47	16,65	0,19	0,32
22 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Kardiologie	7,03	2,79	0,02	0,01

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe) - €/Behandlungsfall -		Heilmittel - €/Behandlungsfall -	
FG		M/F	R	M/F	R
34	Internisten mit TG Gastroenterologie/ Magen-Darm-Ärzte	49,66	41,04	0,47	1,32
33	ermächtigte Internisten mit TG Gastroenterologie	228,12	291,17	0,41	0,33
91	Internisten mit TG Endokrinologie	188,72	172,94	0,07	0,44
91 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Endokrinologie	234,30	186,98	0,04	0,17
92	Internisten mit TG Hämatologie und internistische Onkologie	1070,99	1221,01	4,16	6,34
92 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Hämato- logie und internistische Onkologie	1240,97	1241,73	1,20	2,72
93	Internisten mit TG Rheumatologie	190,09	235,46	12,65	18,57
93 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Rheumatologie	365,04	469,48	8,28	22,94
97	Internisten mit TG Angiologie	28,61	36,46	10,95	8,50
97 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Angiologie	17,22	19,17	0,00	0,00
29	Internisten mit TG Pneumologie/ Lungenärzte	64,48	94,65	0,23	0,75
30	ermächtigte Lungenärzte/ ermächtigte Internisten mit TG Pneumologie	100,66	115,99	0,08	0,17
23	Hausärztliche Kinderärzte	23,62	105,07	14,27	20,68
35	Mund-, Kiefer-Gesichts-Chirurgen	13,15	12,97	0,51	0,87
36	ermächtigte Mund-, Kiefer-Gesichts- Chirurgen	10,93	11,95	0,73	0,65
24	ermächtigte Kinderärzte	258,12	939,70	8,04	21,29
95	Neurologen	174,47	155,87	13,22	40,66
96	ermächtigte Neurologen	377,41	277,03	17,65	34,65
38	Nervenärzte	118,72	137,77	8,51	24,37
39	ermächtigte Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	466,99	411,77	4,91	10,21
40	Kinder- und Jugendpsychiater	29,16	74,28	22,26	17,05
41	Neurochirurgen	19,27	34,92	10,34	11,84
42	ermächtigte Neurochirurgen	12,43	10,62	2,51	2,75
44	Orthopäden	9,39	19,77	21,87	25,05

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	6,38	6,79	24,16	12,26
50	Psychiater	67,31	108,64	2,94	6,25
51	ermächtigte Ärzte mit der Weiterbildung "Fachärzte für psychotherapeutische Medizin"	66,94	139,50	0,40	0,72
52	Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	11,09	16,91	4,08	3,57
53	Radiologen Strahlentherapeuten	16,95	17,42	0,02	0,04
54	ermächtigte Radiologen/ Strahlentherapeuten	12,55	13,11	0,05	0,08
56	Urologen	37,27	83,71	0,22	0,28
57	ermächtigte Urologen	49,05	87,25	0,23	0,45
59	Nuklearmediziner	4,71	5,26	0,00	0,00
60	ermächtigte Nuklearmediziner	5,22	6,74	0,00	0,00
63	Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	19,40	33,42	46,49	63,31
74	Institute / Medizinaluntersuchungsämter	507,67	786,72	14,61	7,49
75	Krankenhäuser	9,14	20,25	0,31	3,73
79	Kuratorium für Hemodialyse	788,02	711,16	2,35	2,28

Anlage 2

In 2010 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 Rezepturzubereitungen
2.8	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
2.9	Parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten als Rezepturzubereitung 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 chorioidaler 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 Sprachheil-kindergärten
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

Anlage 4

Berechnung von Richtgrößen zur Veröffentlichung nach § 84 Absatz 6 SGB V

ab dem Jahr 2011

§ 1

Aufgaben

- (1) Die Vertragspartner sind nach § 84 Absatz 6 SGB V verpflichtet, für das jeweils folgende Kalenderjahr arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen zu vereinbaren.
- (2) Die Prüfungsstelle errechnet die Richtgrößen im Auftrage der Vertragspartner.
- (3) Die Vertragspartner nehmen die Richtgrößen in die Richtgrößen-Vereinbarung für das jeweilige Kalenderjahr auf. Die KVN gibt die Richtgrößen unverzüglich ihren Mitgliedern bekannt.

§ 2

Fristen

- (1) Die Richtgrößen sind Durchschnittswerte und berücksichtigen die Arznei- bzw. Heilmittelvereinbarung nach § 84 Absatz 1 und 6 SGB V, die bis zum 30.11. für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren sind.
- (2) Eine Berechnung der Richtgrößen setzt voraus, dass die Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel für das jeweils folgende Kalenderjahr vereinbart und der Prüfungsstelle gemeinsam von den Vertragspartnern bekannt gegeben worden sind.
- (3) Die Daten, die die Prüfungsstelle für die Berechnung der Richtgrößen für das folgende Kalenderjahr benötigt, stellen die Vertragspartner nach § 84 Absatz 1 SGB V der Prüfungsstelle bis zum 30.9. des Vorjahres zur Verfügung. Abweichend von dieser Frist werden ihr die Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel bekannt gegeben, sobald eine Einigung für das jeweils folgende Kalenderjahr erzielt worden ist.
- (4) Die Prüfungsstelle stellt sicher, dass die gelieferten Daten - ohne die Ausgabenvolumina - bis zum 15.11. aufbereitet sind, so dass die Berechnung nach Mitteilung der Ausga-

benvolumina für Arznei- und Heilmittel innerhalb von zwei Wochen abgeschlossen werden kann.

- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt den Vertragspartnern die Berechnungsgrundlage und die berechneten Richtgrößen bis zum 30.11., frühestens jedoch binnen vier Wochen nach Eingang der Daten bzw. frühestens binnen zwei Wochen nach Mitteilung der Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel.

§ 3

Datenlieferung durch die Vertragspartner

- (1) Für die Berechnung der Richtgrößen werden die Daten zu Grunde gelegt, die nach dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (DTA-Vertrag) in der jeweils gültigen Fassung des Prüfjahres für die Richtgrößenprüfung zu liefern sind.
- (2) Darüber hinaus liefert die KVN eine Referenztafel mit folgendem Inhalt:

- LANR
- BSNR
- Richtgrößen-Fachgruppe
- je Quartal
- ggf. die notwendigen Fallzahlen

§ 4

Mitteilungen der Vertragspartner

- (1) Die Vertragspartner teilen gemeinsam der Prüfungsstelle die Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel für das Folgejahr mit, sobald eine Einigung erfolgt ist.
- (2) Sie teilen der Prüfungsstelle zugleich mit, ob bzw. welche Änderungen der Richtgrößen-Vereinbarung für das Folgejahr Einfluss auf die Berechnung der Richtgrößen haben. Werden Änderungen im Berechnungsweg vereinbart, gilt abweichend von § 2 Absatz 4 eine Frist von 4 Wochen nach Mitteilung der Änderung der Berechnung.