

An alle Ärzte mit einer Arzneimittelrichtgröße

Der Vorstand

27. Juni 2011

**Bekanntmachung:**

**Neue Arzneimittelrichtgrößen ab 01.07.2011**

**Neue Bestimmungen in der Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung nach § 84 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2011**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
vorab weisen wir darauf hin, dass Berufsausübungsgemeinschaften diese Bekanntmachung mehrfach erhalten. Es sind alle Schreiben mit der jeweils artindividuellen Information zur HUG zu beachten. Das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung hat am Abend des 22.06.2011 die Richtgrößen für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln incl. Sprechstundenbedarf für das Jahr 2011 festgesetzt. Ab 01.07.2011 gelten der Höhe nach und der Einteilung der Fachgruppen nach veränderte Arzneimittelrichtgrößen. Auch die Regelungen zu den Praxisbesonderheiten, die im Falle einer Richtgrößenüberschreitung anerkannt werden, sind geändert.

**Die neuen, ab 01.07.2011 geltenden Arzneimittelrichtgrößen finden Sie in Anlage 1 der beigegeführten Arzneimittelrichtgrößenvereinbarung (Seite 7 und 8).**

**Die Fachgruppenzuordnung erfolgt zukünftig nach der Honoraruntergruppe (HUG).**

Um „Ihre“ Richtgröße zu finden, teilen wir Ihnen mit, Sie gehören zur **HUG XXX**

Die Einteilung nach Kostenträgerfachgruppe (KTFG) wird abgelöst.

Die Verordnungskosten für **Praxisbesonderheiten** werden nicht mehr grundsätzlich ab dem 1. Fall berücksichtigt. Die neuen Regelungen finden Sie in **§ 4** und in **Anlage 2 (Seite 9 und 10)** der Arzneimittelrichtgrößenvereinbarung.

Zum Hintergrund: Die Arzneimittelrichtgrößen für das Jahr 2011 konnten nicht auf dem Verhandlungsweg zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassen konsentiert werden. Das von den Krankenkassenverbänden angerufene Landesschiedsamt folgte mit seinem Beschluss den Forderungen der Krankenkassenverbände gegen die Stimmen der KV-Vertreter. Bitte beachten Sie auch die Veröffentlichungen auf unserer Homepage [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) und im KV-Blatt.

Mit kollegialen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

Das Landesschiedsamt Berlin für vertragsärztliche Versorgung hat in seiner Sitzung am 22.06.2011 folgende Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2011 festgesetzt:

**Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**

– nachfolgend KV Berlin genannt –

und

**der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

**dem BKK Landesverband Mitte**

Siebstraße 4  
30171 Hannover

**der BIG direkt gesund**

– handelnd als IKK Landesverband –

**der Knappschaft**

**Regionaldirektion Berlin**

**der Krankenkasse für den Gartenbau**

– handelnd als Landesverband für die  
landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin –

**den Ersatzkassen:**

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
  - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
  - hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:**

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

**vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Berlin/Brandenburg**

– nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt –

nach § 84 Abs. 6 SGB V zur Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2011 für Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs als Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V (**Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2011**)

## § 1

### **Gegenstand und Anwendungsbereich**

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung von arztgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs für das Jahr 2011. Die Richtgrößen sind die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund einer Überschreitung der Richtgrößensumme für den Verordnungsbereich Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs erfolgt getrennt von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die für die Versicherten i. S. d. § 264 Abs. 2 SGB V verordneten Leistungen fallen.

## § 2

### **Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs**

Die arztgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen sind in **Anlage 1** dargestellt. Diese Richtgrößen werden von der KV Berlin veröffentlicht und treten ab dem 01.07.2011 in Kraft. Bis dahin gelten die Richtgrößen der Richtgrößenvereinbarung des Jahres 2010.

## § 3

### **Berechnung der Richtgrößensumme für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Ärzte mit Mehrfachzulassung**

Die Richtgrößensumme für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V berechnet sich wie folgt:

$$\text{Richtgrößensumme} = \sum_{i=1}^n \text{PF}_i \times \text{RGF}_i$$

#### **Legende:**

##### **PF = Patientenzahl der Fachgruppe**

Die Patientenzahl der Fachgruppe ergibt sich aus der Anzahl der Arzt-Patientenkontakte, bei der eine EBM-Nr. abgerechnet wird, die auch bei einem in der Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt einen Behandlungsfall und damit auch eine Richtgröße ausgelöst hätte (fiktiver Behandlungsfall).

**RGF = Richtgröße der Fachgruppe**

Auch für Ärzte in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V gilt die Fachgruppeneinteilung und Richtgrößenzuordnung gemäß der geltenden Richtgrößenvereinbarung.

**n = Anzahl der zu berücksichtigenden Fachgruppen**

Die Arzneimittelverordnungs-kosten von Fachgruppen ohne Richtgröße werden nicht berücksichtigt und von dem Gesamtverordnungs-volumen der Praxis/Einrichtung abgezogen. Die Patientenzahl von Ärzten aus einer Fachgruppe ohne Richtgröße wird nicht berücksichtigt.

**§ 4****Praxisbesonderheiten, Mehr- und Minderausgaben**

- (1) Für die Feststellung von Praxisbesonderheiten gelten die Regelungen nach **Anlage 2**.
- (2) Die Prüfungsgremien können über die in Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten hinaus weitere Praxisbesonderheiten im Einzelfall feststellen.
- (3) Die Vertragspartner empfehlen den Prüfungsgremien, die Verordnung von Sondennahrung per PEG im Rahmen der Feststellung von Praxisbesonderheiten wohlwollend zu prüfen, wenn die Anzahl der zu versorgenden Patienten in der Arztpraxis signifikant über dem Arztgruppendurchschnitt liegt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu beachten.
- (4) Der Einsatz von Arzneimitteln gemäß den RSAV-Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen (Teil I: Asthma bronchiale, Anlage 9 RSAV sowie Teil II: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Anlage 11 RSAV) in der jeweils gültigen Fassung zur medikamentösen Behandlung von in das Programm Asthma oder COPD eingeschriebenen Versicherten durch die am Vertrag DMP Asthma und DMP COPD teilnehmenden Ärzte, soweit dieser über die entsprechenden durchschnittlichen Kosten der Arztgruppe hinausgeht, wird ebenfalls als Praxisbesonderheit behandelt. Über die Identifikation der DMP-Patienten in den gemäß § 5 zu liefernden Daten sowie über das Verfahren der Bestimmung der Durchschnittskosten der Arztgruppe verständigen sich die Vertragspartner rechtzeitig vor Einleitung des Prüfverfahrens.
- (5) Im Rahmen der Arzneimittelrichtgrößenprüfung sind Mehrausgaben im Arzneimittelbereich und Minderausgaben im Heilmittelbereich kompensatorisch zu berücksichtigen,

wenn zwischen diesen Verordnungsbereichen ein begründeter Zusammenhang besteht und die übergreifende Wirtschaftlichkeit sichergestellt ist.<sup>1</sup>

## **§ 5**

### **Übermittlung der betriebsstättenbezogenen Verordnungskosten und der Fallzahlen an die Prüfungsstelle**

- (1) Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der Betriebsstätte statt. Verordnungskosten und Fälle, die durch Behandlungen in Nebenbetriebsstätten entstehen, werden den jeweiligen Hauptbetriebsstätten zugeordnet. Behandlungen eines Versicherten in der Hauptbetriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden zu einem Behandlungsfall zusammengeführt.
- (2) Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei- und Verbandmittel sowie der Sprechstundenbedarf. Die Verordnung von Impfstoffen und Hilfsmitteln ist nicht richtgrößenrelevant. Zugrunde gelegt werden die Bruttoverordnungs-kosten vor Abzug der Zuzahlungen und Rabatte.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V die betriebsstättenbezogenen Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungsbeträge bezogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2011 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in seiner jeweils gültigen Fassung und die die Arzneimittelrichtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Verbänden der Krankenkassen zu beachten.
- (4) Die Krankenkassen stellen eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Zuordnung für Arznei- und Verbandmittel sicher.
- (5) Die KV Berlin stellt der Prüfungsstelle die betriebsstättenbezogenen und gegebenenfalls die arztbezogenen Fallzahlen gemäß § 6 Abs. 2 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in seiner jeweils gültigen Fassung und die die Arzneimittelrichtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Verbänden der Krankenkassen zu beachten.

---

<sup>1</sup> Die Vertragspartner verständigen sich über ein Verfahren zur Feststellung eines kompensationsfähigen Mehraufwands.

- (6) Die KV Berlin stellt die Zuordnung der Betriebsstättennummern und der lebenslangen Arztnummern zu den Honoraruntergruppen (HUG) sicher.

## **§ 6**

### **Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung**

- (1) Die betriebsstättenbezogene Prüfung der Richtgrößenüberschreitung findet statt, wenn die untere Interventionsgrenze von 15 % überschritten wurde. Wurde die obere Interventionsgrenze von 25 % nicht überschritten, erfolgt eine Beratung gemäß § 106 Abs. 1a und 5a SGB V, bei Überschreitung der oberen Interventionsgrenze von 25 % hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation der maßgebenden AKV-Fallzahl des Kalenderjahres mit der entsprechenden Richtgröße sowie der Aufsummierung mit dem in gleicher Weise für das RKV-versicherte Patientenklientel ermittelten Betrag.

$(RG \text{ Arznei- und Verbandmittel M/F} \times \text{Fallzahl M/F}) + (RG \text{ Arznei- und Verbandmittel R} \times \text{Fallzahl R}) = \text{Richtgrößensumme Arzneimittel}$

- (2) Für die Fallzählung werden die im Jahr 2011 in der jeweiligen Fachgruppe (AKV, RKV) abgerechneten kurativen Fallzahlen zugrunde gelegt. Hierzu zählen auch die Fälle der Versicherten nach § 264 Absatz 2 SGB V. Dabei zählen die Fallkennzeichen A (Ambulante Behandlung), K (Konsiliaruntersuchung) und M (Mit-/Weiterbehandlung) voll. Die Fallkennzeichen N (Notfall), V (Urlaubs-/ Krankheitsvertretung), O (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) zählen zu  $\frac{1}{4}$ . Die Scheinkennzeichen C und L finden in der Fallzählung keine Berücksichtigung. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung für das Jahr 2011 dem Verfahren entspricht, das der Neuberechnung der Richtgrößen im Jahre 2011 zugrunde gelegt wurde.
- (3) Für die Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung nach Absatz 1 und bei der Richtgrößenprüfung werden für die vom 01.01.2011 bis zum 30.06.2011 ausgestellten Verordnungen gemäß § 2 Satz 3 die für 2010 vereinbarten Richtgrößen zugrunde gelegt, für die ab dem 01.07.2011 bis zum 31.12.2011 ausgestellten Verordnungen die Richtgrößen 2011 gemäß Anlage 1.

## **§ 7**

### **Geltungszeitraum, Anschlussvereinbarung**

- (1) Diese Vereinbarung gilt ab 01.07.2011.

(2) Die Vertragspartner nehmen ab Anfang September 2011 Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung mit dem Ziel auf, diese noch im Jahr 2011 abzuschließen.

Erika Behnsen  
Vorsitzende

Berlin, den 23.06.2011

**Anlage 1: Richtgrößen 2011 für Arznei- und Verbandmittel  
(inkl. SSB)**

Arztgruppe	HUG – Zuordnung	RG 2011	
		M/F	R
Allgemeinmediziner/Praktischer Arzt	100, 102, 107, 120	41,54 €	104,27 €
HÄ Internist	110, 112, 117, 130 Ärzte ohne Abrechnungsgenehmigung Onkologie	93,66 €	136,16 €
Kinderarzt	400, 402, 407, 410, 412, 417, 422, 430, 442, 452, 600, 602, 607, 700, 702	24,06 €	103,17 €
Anästhesiologe	800, 802, 807, 8800	65,92 €	190,27 €
Augenarzt	900, 902, 907	9,26 €	16,39 €
Chirurg	1000, 1002, 1007	17,37 €	51,21 €
Gynäkologe	1200, 1202, 1207	19,77 €	72,56 €
Reproduktionsmediziner	1300, 1307	66,16 €	98,89 €
HNO-Arzt	1400, 1402, 1407, 3200	16,64 €	9,58 €
Dermatologe	1500, 1502, 1507	26,59 €	24,48 €
Kinder- und Jugendpsychiater	2600	27,64 €	45,42 €
Nervenarzt	2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810, 3817	170,20 €	162,57 €
Psychiater oder Psychiater und Psychotherapeut	2900, 2902, 2907	75,28 €	107,47 €
Orthopäde	3100, 3102, 3107	10,95 €	24,55 €
Urologe	3600, 3602, 3607	26,50 €	58,32 €
Physiotherapeut oder Physikalische und rehabilitative Mediziner	3700	10,30 €	21,39 €
Psychosomatische Medizin und Psychotherapeut	6300, 6302	4,39 €	8,21 €
Ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt	6400, 6402, 6407	7,42 €	9,91 €
FÄ Internist ohne SP	1800, 1810 und Ärzte ohne Abrechnungsgenehmigung Onkologie der HUG 1700, 1702, 1707	185,21 €	163,53 €
FÄ Internist mit SP Gastroenterologie	1900, 1901, 1902, 1910	67,38 €	60,04 €
FÄ Internist mit SP Hämatologie und Onkologie	2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung Onkologie der HUG	595,77 €	819,48 €



	110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707		
FÄ Internist mit SP Kardiologie	2100, 2102, 2107, 2110, 2200, 2207	31,78 €	44,27 €
FÄ Internist mit SP Pneumologie	2300, 2302, 2310	100,65 €	140,49 €
FÄ Internist mit SP Rheumatologie	2400, 2402	675,46 €	593,19 €
FÄ Internist mit SP Nephrologie	2500, 2502, 2507, 2510	319,07 €	367,44 €
Neurochirurg	1100, 1102	17,84 €	33,37 €
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurg	2700, 2702	24,33 €	26,42 €

## Anlage 2: Praxisbesonderheiten

- (1) Die Prüfungsstelle hat die von der Richtgrößengruppentypik abweichenden Mehrkosten bei folgenden Indikationen regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Mehrkosten sind aufgrund der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Arztgruppe zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Dies schließt die Berücksichtigung der Verordnung von Generika, Reimporten, rabattierten Arzneimitteln, soweit vorhanden und lieferbar, ein. Voraussetzung ist außerdem, dass die Arzneimittel gemäß ihrer Zulassung verordnet werden. Die Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich der Therapiehinweise (Anlage 4 der Arzneimittel-Richtlinien) sind zu beachten.
  
- (2) Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit:
  1. Immunsuppressive Behandlung
    - nach Organtransplantationen,
    - bei Kollagenosen bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
    - bei entzündlichen Nierenerkrankungen bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510)
  2. Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus und der im Rahmen der intensivierten Insulin-Therapie des Diabetes mellitus notwendigen Blutzuckerteststreifen, sofern die Teststreifen nicht von dritter Seite vorrätig zu halten sind,
  3. Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation zum Herbeiführen einer Schwangerschaft nach strenger Indikationsstellung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung, bei Reproduktionsmedizinern (HUG 1300, 1307)
  4. Therapie der Terminalen Niereninsuffizienz bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510)
  5. Betäubungsmittel zur Behandlung starker Schmerzzustände (BTM-Rezepte),
  6. Basistherapeutische, immunsuppressive Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (einschließlich Psoriasis-Arthritis) bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
  7. Heparine und Verbandstoffe im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und der Versorgung Unfallverletzter sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist,
  8. Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten, einschließlich der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung, sowie die notwendige Begleitmedikation. Rezepturzubereitungen für die Begleitmedikation nur soweit wirtschaftlich und unbedingt erforderlich bei Internisten mit SP Hämatologie und Onkologie (HUG 2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung Onkologie mit HUG 110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707)
  9. Therapie der Multiplen Sklerose mit Interferonen und Glatirameracetat und Natalizumab im Rahmen der Zulassung der entsprechenden Präparate bei Nervenärzten (HUG 2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810 und 3817)

- (3) Die nachstehenden Indikationen sind vom ersten Fall an in vollem Umfang zu berücksichtigen. Das entbindet nicht von der Verpflichtung zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.
1. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution zulässigen Arzneimitteln, einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
  2. Immunsuppressive Behandlung
    - nach Organtransplantationen,
    - bei Kollagenosen, außer bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
    - bei entzündlichen Nierenerkrankungen, außer bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510)
  3. Enzymersatz-Therapie bei Morbus Gaucher, Morbus Pompe, Morbus Fabry und Mucopolysaccharidosen (MPS) mit den dafür zugelassenen Arzneimitteln,
  4. Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten,
  5. Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation zum Herbeiführen einer Schwangerschaft nach strenger Indikationsstellung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung, außer bei Reproduktionsmedizinern (HUG 1300, 1307)
  6. Wachstumshormonbehandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs,
  7. Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten,
  8. Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen einschließlich HIV-bedingter und therapiebedingter Begleiterkrankungen,
  9. Therapie der Terminalen Niereninsuffizienz, , außer bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510)
  10. Palivizumab zur Prävention von RSV-Erkrankungen,
  11. Verteporfin zur Photodynamischen Therapie gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V,
  12. Basistherapeutische, immunsuppressive Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (einschließlich Psoriasis-Arthritis), außer bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
  13. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose,
  14. Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten, einschließlich der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung, sowie die notwendige Begleitmedikation. Rezepturzubereitungen für die Begleitmedikation nur soweit wirtschaftlich und unbedingt erforderlich, außer bei Internisten mit SP Hämatologie und Onkologie (HUG 2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung Onkologie mit HUG 110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707)
  15. Therapie der Multiplen Sklerose mit Interferonen und Glatirameracetat und Natalizumab im Rahmen der Zulassung der entsprechenden Präparate, außer bei Nervenärzten (HUG 2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810 und 3817)
  16. Alpha-1-Proteinase-Inhibitor zur Substitution bei entsprechendem Mangel gemäß der Zulassung,
  17. Carglumsäure bei N-Acetylglutamatsynthase-Mangel.