

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

über das Ausgabenvolumen, die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele
sowie Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens
der Arznei- und Verbandmittel

für das Jahr 2015

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
Tannenstr. 4b, 01099 Dresden
 - 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

Gemeinsames Ziel der Vertragspartner dieser Vereinbarung ist es, auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und zugleich wirtschaftliche Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Dazu schließen die Vertragspartner auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2015 diese Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V.

§ 1

Ausgabenvolumen für das Jahr 2015

- (1) Basis für das Ausgabenvolumen 2015 ist die Einigung im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2015 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V und die gemeinsame Empfehlung von Wirtschaftlichkeitszielen nach § 2 (Anlage 1).
- (2) Das Ausgabenvolumen 2015 wird in Höhe von

2.950.000.000,00 €

festgelegt. Darin enthalten ist ein Sonderausgabenvolumen für die Hepatitis-C-Behandlung in Höhe von **80.914.029,13 €** für 2015 und ein Sonderausgabenvolumen Hepatitis-C in Höhe von **59.991.865,90 €** für 2014. Das Sonderausgabenvolumen steigert das Richtgrößenvolumen nicht und geht nicht in die Kalkulation der fachgruppenspezifischen Richtgrößen ein.

§ 2

Wirtschaftlichkeitsziele

Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2015 vereinbaren die Vertragspartner regionale Zielquoten für Arzneimittelgruppen (Anlage 1). Diese Zielquoten haben empfehlenden Charakter und dienen den Vertragsärzten als Orientierung.

§ 3

Verordnungsgrundsätze

Um die Zielerreichung sicherzustellen verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnungsweise (Die praktische Umsetzung in die Praxisverwaltungssoftware für Ärzte wird angestrebt und unterstützt):

- a) Arzneimittel sollen vorrangig unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet werden.
- b) Soweit eine Leitsubstanz benannt ist, ist grundsätzlich diese zu verordnen. Höchst- und Mindestverordnungsquoten sind zu beachten (Anlage 1).
- c) Aut idem ist zuzulassen, ausgenommen in medizinisch begründeten Sonderfällen.
- d) Generische Wirkstoffe in Verbindung mit Rabattverträgen stellen die wirtschaftlichste Form der Arzneimittelversorgung dar. Die Beachtung von Rabattverträgen ist einem Preisvergleich anhand der Verkaufspreise vorzuziehen.
- e) Vor der Verordnung von patentgeschützten Arzneimitteln (Originale) ohne generische, adäquate Alternative ist zu prüfen, inwieweit medizinisch vergleichbare, wirkstoffverwandte Alternativen mit Rabattvertrag innerhalb dieser Substanzklasse zur Verfügung stehen. Diese sollen vorrangig verordnet werden, soweit dem keine medizinische Begründung im Einzelfall entgegensteht. Für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel gilt dies im Besonderen.
- f) Biosimilars sollen vorrangig verordnet werden.
- g) Von der Verordnung von Analog-Präparaten und kontrovers diskutierten Arzneimitteln sollte weitestgehend abgesehen werden.
- h) Arzneimittel, die die frühe Nutzenbewertung durchlaufen haben und bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss einen Zusatznutzen festgestellt hat, sollten nur in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen verordnet werden.
- i) Inadäquate Arzneimittelverordnungen sind zu vermeiden.
- j) Soweit medizinisch ausreichend, sollen OTC-Rezepte (grünes Rezept) ausgestellt werden.
- k) Es sind jeweils nur die Mengen zu verordnen, die im Einzelfall zur Erreichung des Therapieziels notwendig sind. Nicht medikamentöse Alternativen sind zu prüfen.
- l) Die Verordnungen älterer Patienten, die dauerhaft fünf oder mehr Wirkstoffe erhalten, sind kritisch zu überprüfen und hierbei die entsprechenden Empfehlungen und Leitlinien von Fachgesellschaften wie die hausärztliche Leitlinie zur Polymedikation zu berücksichtigen.

- m) Preisgünstige Blutzuckerteststreifen sind zu bevorzugen, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät
- n) Durch die Arzneimittelrichtlinie von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel sind grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen.

§ 4

Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Zur Unterstützung der Vertragsärzte bei der Umsetzung dieser Vereinbarung einschließlich der Ziele nach § 2 (Anlage 1) sowie der gemeinsamen Verordnungsgrundsätze nach § 3 bilden die Vertragspartner eine gemeinsame, paritätisch besetzte Arbeitsgruppe. Beschlüsse werden innerhalb der Arbeitsgruppe einvernehmlich gefasst.
- (2) Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, zeitnah die Ausgabenentwicklung zu beobachten und situationsbedingt Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 1 sowie zur Erreichung der Wirtschaftlichkeitsziele nach § 2 zu erarbeiten.
- (3) Zu den Maßnahmen nach Abs. 2 gehören insbesondere gezielte Informationen an die Vertragsärzte über den Ausschöpfungsgrad des nach § 1 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie über den Zielerreichungsgrad nach § 2. Dazu dienen die quartalsweise zusammengeführten Frühinformationen (GAmSi und GAmSi-Arzt), die monatlichen ABDA-Frühinformationen und sofern erforderlich, Auswertungen auf Basis des pharmPro®-Datenpools.
- (4) Darüberhinausgehende Informationen , zur wirtschaftlichen Verordnung sowie gezielte Informationen über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel und zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen werden von der Arbeitsgruppe kontinuierlich aufbereitet und den Vertragsärzten zur Verfügung gestellt.
- (5) Aktuelle Fragestellungen mit grundsätzlicher Bedeutung im Bereich der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung werden beraten.
- (6) Die Arbeitsgruppe tauscht sich mindestens einmal monatlich über die Ausgabenentwicklung und den Zielerreichungsgrad nach § 2 aus und legt fest, inwieweit Maßnahmen zu ergreifen sind. Der Austausch wird protokolliert.
- (7) Der Vorsitz der Arbeitsgruppe wechselt jährlich zwischen KVN und einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen, beginnend mit einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen. Die Einladung zur Sitzung erfolgt über den Vorsitzenden.

§ 5

Maßnahmen zur Zielerreichung

- (1) Die Vertragspartner stellen sicher, dass die von der Arbeitsgruppe nach § 4 erarbeiteten Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Kommunikation der Ziele und Maßnahmen gegenüber den Vertragsärzten und die Information der Versicherten über geeignete Informationsmedien (z.B. Mitgliederzeitschriften oder Beratungen) über eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.
- (2) Für die Information der Vertragsärzte nach § 73 Abs. 8 SGB V stellen die Verbände der Krankenkassen zeitnah Informationen z.B. über preisgünstige Bezugswege und Rabattverträge, sowie fachgruppen- und indikationsbezogene Therapiebewertungen zur Verfügung, soweit sie für die Umsetzung der Maßnahmen nach § 4 erforderlich sind.

§ 6

Ermittlung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2015

- (1) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens werden die nach § 84 Abs. 5 SGB V zu erfassenden Ausgaben herangezogen. Diese Daten werden der KVN auch kassenartbezogen übermittelt.
- (2) Die Verbände stellen sicher, dass Verordnungen von Einrichtungen nach den §§ 116b, 117, 118, 118a, 119, 119a, 119b und 132d SGB V nicht zur Ermittlung des Ausgabenvolumens angerechnet werden. Sollten relevante Verordnungsvolumina dieser Einrichtungen aus der vertragsärztlichen Versorgung verlagert werden, so kann über eine Anpassung des Ausgabenvolumens verhandelt werden. Diese Verlagerung ist durch entsprechende Daten zu belegen.
- (3) Die Vereinbarungspartner vereinbaren, dass bei der Ermittlung der Einhaltung des Ausgabenvolumens 2015 die Ergebnisse der Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V mindernd zu berücksichtigen sind, die für das Verordnungsjahr 2015 rechtskräftig geworden sind und die sich auf Arzneimittel-Verordnungen beziehen.

§ 7

Bewertung, Zielerreichungsanalyse

Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 1 Abs. 2 eingehalten und die Wirtschaftlichkeitsziele nach § 3 erreicht wurden. Gleichzeitig prüfen die Vertragspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnisse für die zukünftige Arzneimittelausgabensteuerung und Arzneimittelversorgung zu ziehen sind. Die Maßnahmen der Arbeitsgruppe nach § 4 und deren Ergebnisbewertung werden dabei mit einbezogen.

§ 8

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2015 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2015.

Anlage 1

Höchst- und Mindestverordnungsquoten

Hannover, den 23.04.2015

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft - Regionaldirektion Hannover

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