

## 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 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  
Tannenstraße 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 2016 diese Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V.

### **§ 1**

#### ***Ausgabenvolumen für das Jahr 2016***

(1) Basis für das Ausgabenvolumen 2016 ist die Einigung im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2016 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V und die gemeinsame Empfehlung von Wirtschaftlichkeitszielen nach § 2.

(2) Das Ausgabenvolumen 2016 wird in Höhe von

**2.908.000.000,00 €**

festgelegt. Zusätzlich wird ein Sonderausgabenvolumen für die Hepatitis-C-Behandlung in Höhe von **140.000.000,00 €** für 2016 vereinbart. 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 2016 vereinbaren die Vertragspartner Verordnungsgrundsätze nach § 3 und regionale Zielquoten für Arzneimittelgruppen (Anlage 1). Verordnungsgrundsätze und 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 Ordnungsweise (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.
- c) Die Aut idem-Substitution ist zuzulassen, ausgenommen sind medizinisch begründeten Einzelfälle.
- 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, für die ein Nutzenbewertungsverfahren nach § 35a SGB V durchgeführt wurde, 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 mit den Zielen nach § 2 (Anlage 1) sowie den gemeinsamen Verordnungsgrundsätzen 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. 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 2016**

- (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, 119c 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 Ausgabe volumens verhandelt werden. Diese Verlagerung ist durch entsprechende Daten zu belegen.
- (3) Die Vereinbarungspartner vereinbaren, dass bei der Ermittlung der Einhaltung des Ausgabenvolumens 2016 die Ergebnisse der Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V mindernd zu berücksichtigen sind, die für das Verordnungsjahr 2016 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 § 2 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 01.01.2016 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2016.

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

<b>Wirtschaftlichkeitsziele nach § 2 – Zielquoten Leitsubstanzen</b>		
Arzneimittelgruppe	Leitsubstanzen	Leitsubstanzquote in DDD (%)
HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin, Pravastatin	79,7
Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	88,8
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH	Tamsulosin	88,0
Selektive Serotonin-Rücknahme-Inhibitoren	Citalopram, Sertralin	71,7
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure, Risedronsäure	80,1
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	73,1
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten	Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin	46,9
Schleifendiuretika	Furosomid und Torasemid	99,0
Calcium-Antagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	82,3
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amitriptylin, Doxepin	57,3

<b>Wirtschaftlichkeitsziele nach § 2 - Verordnungshöchstquoten</b>	
Arzneimittelgruppe	Verordnungshöchstquote in DDD (%)
Anteil von ezetimibhaltigen Arzneimitteln einschließlich Kombinationen an der gesamten Gruppe von HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltigen Arzneimitteln	3,9
Anteil von GLP-1-Analoga an der Gesamtgruppe der Antidiabetika exklusive Insulin	2,7
Opiode: Anteil der transdermalen Darreichungsformen an den oralen und transdermalen Darreichungsformen	40,0

<b>Wirtschaftlichkeitsziel nach § 2 - Verordnungsmindestquoten</b>	
Arzneimittelgruppe	Verordnungsmindestquote in DDD (%)
Opiode: Anteil der generikafähigen an allen BtM-pflichtigen, oralen Darreichungsformen	74,0
Anteil von biosimilaren Erythropoetin an der gesamten Gruppe der Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe	50,2
Infliximab – biosimilares Infliximab	6,0