

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)**, Bad Segeberg

und

der **AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse**, Dortmund

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Schwerin

der **KNAPPSCHAFT** - Regionaldirektion Nord, Hamburg

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als **landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)**, Kiel und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK),

BARMER,

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

Handelskrankenkasse (hkk),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V: **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel

nachfolgend **Krankenkassen(-verbände)** genannt, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist, wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 84 Abs. 1, 2 und 8 SGB V folgende

## **Arzneimittelvereinbarung 2018**

geschlossen:

### **§ 1**

#### **Grundsätze zur Mechanik der Festlegung der Ausgabenvolumina für Arznei- und Verbandmittel (gemäß § 84 Abs. 1 Ziffer 1 und Abs. 2 SGB V)**

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass ein Feststellungsverfahren zur Festlegung des Ausgabenvolumens Arznei- und Verbandmittel Anwendung finden soll.

Das Verfahren ist grundsätzlich modular über additive Anpassungsfaktoren aufgebaut. Die zum Zeitpunkt der Verhandlung absehbaren Werte der im jeweiligen Modul erfassten (Teil-)Veränderungsrate werden festgestellt. In der Summe über alle Module ergibt sich daraufhin eine Prognose der Gesamtveränderungsrate für das Folgejahr. Der so ermittelte Wert bildet die Grundlage der vertraglichen Vereinbarung und somit das Soll-Ausgabenvolumen.

Als Anpassungsfaktoren ergeben sich nach § 84 Abs. 2 SGB V:

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V,
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Arzneimittel,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Arzneimittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V,
7. Veränderungen des Verordnungsumfangs von Arznei-/Verbandmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Für die regionale Hepatitis-C-Versorgung und den Sprechstundenbedarf der Betriebstätten in Schleswig-Holstein wird jeweils ein nicht über die Anpassungsfaktoren weiter zu entwickelndes, jährlich auf Basis der tatsächlichen/prognostizierten Verordnungskosten gemäß Anlage 4 festzulegendes Sonder-volumen gebildet. Die prospektiv angenommenen Beträge werden nach Vorliegen der jährlichen Verordnungs-summen retrospektiv auf die realen Ausgaben korrigiert.

Neben der Ausgabenmessung bleibt die wirtschaftliche Versorgung im Fokus der Vertragspartner. Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung durch gesonderte Versorgungsverträge (z.B. DMP-Verträge) sind in diesen Verträgen zu regeln.

## § 2

### Rückwirkende Festlegung der Anpassungsfaktoren für das Jahr 2017

Das Ausgabenvolumen Arzneimittel inkl. Sprechstundenbedarf für das Jahr 2017 wird unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und in Anlehnung an die Neubewertung durch die Bundesver-tragspartner (Rahmenvorgaben Arzneimittel 2018), insbesondere unter Berücksichtigung des Sondervolumens für Hepatitis C, rückwirkend wie folgt vereinbart:

<b>Ausgabenvolumen Arznei- und Verbandmittel 2017 (retrospektiv exkl. Hepatitis C) [netto]</b>	
Soll-Ausgaben 2016 in EURO	1.003.592.008,75
Anpassungsfaktor von 3,70 % in EURO	37.132.904,32
<b>Ausgabenvolumen 2017 in EURO</b>	<b>1.040.724.913,07</b>

Eine Aufschlüsselung der Gesamtveränderungsrate gemäß den einzelnen Anpassungsfaktoren findet sich in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung. Die retrospektive Anpassung des Ausgabenvolumens für Arznei- und Verbandmittel 2017 hat keine Rückwirkung auf die prospektiv ermittelten und mitgeteilten MRG-Garantievolumina 2017.

**§ 3**  
**Festlegung der Anpassungsfaktoren nach § 1**  
**für das Jahr 2018**

Für das Jahr 2018 ergeben sich unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten, der Rahmenvorgaben der Bundesvertragspartner und der Bildung von Sondervolumina für den Sprechstundenbedarf und die regionale Hepatitis C-Versorgung folgende Werte:

<b>Ausgabenvolumen Arznei- und Verbandmittel 2018 (prospektiv exkl. Volumina für Hepatitis C und Sprechstundenbedarf) [netto]</b>	
Soll-Ausgaben 2017 in EURO	1.011.497.432,58
Anpassungsfaktor von 3,625 % in EURO	36.666.781,93
<b>Ausgabenvolumen 2018 in EURO</b>	<b>1.048.164.214,51</b>

Eine Aufschlüsselung der Gesamtveränderungsrate gemäß den einzelnen Anpassungsfaktoren findet sich in Anlage 2 zu dieser Vereinbarung. Das den MRG-Garantievolumina zugrundeliegende Bruttovolumen wird unter Berücksichtigung geeigneter Wirtschaftlichkeitsreserven auf Basis des zwischen den Vertragspartnern geeinten Ausgabenvolumens gebildet.

**§ 4**  
**Datenlieferung und Maßnahmen zur Zielerreichung**

1. Die Vertragspartner verpflichten sich zur Datenlieferung, um die Aufgaben erfüllen zu können, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben.
2. Laufende Erkenntnisse und Bewertungen gemäß §§ 1 und 3 werden den Vertragsärzten im Rahmen der Mitteilung der MRG-Garantievolumina mitgeteilt.
3. Bei erkennbarer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens verständigen sich die Vertragspartner über Sofortmaßnahmen.
4. Die Vertragspartner verständigen sich auf Maßnahmen zur Förderung der arztindividuellen Zielerreichung und zur Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen insgesamt. Hierzu werden die Vertragspartner kurzfristig die technischen und rechtlichen Möglichkeiten prüfen und das Vorgehen abstimmen. Die Vertragspartner beabsichtigen, die Darstellungs- und Analysereserven der vorhandenen Praxissoftware zu heben und die Auswahl von Arzneimitteln zu erleichtern. Ziel ist eine wirtschaftliche und rationale Verordnungsweise unter Wahrung der ärztlichen Therapiefreiheit.

**§ 5**  
**Verpflichtung der Vertragspartner zur gemeinsamen Beratung im Verordnungsbereich**

Die Vertragspartner führen die Vereinbarung fort, die im Kern eine aktive Einflussnahme auf das Verordnungsverhalten unter Nutzung betriebsstättenindividueller Arzneiinformationen beinhaltet. Einzelheiten zur Pharmakotherapieberatung sind der Anlage 3 zu entnehmen.

Für den Bereich Pharmakotherapieberatung ergeben sich nachfolgende Verpflichtungen für das Kalenderjahr 2018:

- Die Vertragspartner streben an, insgesamt 200 Ärzte (LANR) persönlich/betriebsstättenindividuell zu beraten.
- Die Beratungen werden jeweils gemeinschaftlich von Vertretern der Krankenkassen(-verbände) und der KVSH durchgeführt.

- Die KVSH stellt sicher:
  - die Logistik (Planung und Einladung, Räumlichkeiten zu Beratungszwecken),
  - die Datengrundlagen mit entsprechenden Beratungsmodulen und
  - die persönliche Präsenz bei den Beratungen durch, zum Beispiel Beratungsärzte.
- Die Krankenkassen(-verbände) unterstützen die KVSH durch:
  - persönliches und fachliches Know-how, persönliche Präsenz von Beratern bei den gemeinsamen Beratungen (in der Regel Beratungsapotheker),
  - Datengrundlagen mit entsprechenden Beratungsmodulen.

Darüber hinaus organisieren die Vertragspartner gemeinsam:

- Arzt- und/oder fachgruppenbezogene Arzneimittelinformationen, die zum Ziel haben, auf besondere Neuerungen oder Veränderungen in der Arzneimittelverordnung hinzuweisen,
- gezielte direkte Informationen und Hinweise zur Änderung des Ordnungsverhaltens bei den Hochverordnern (z.B. in Orientierung an der TOP-10-Liste aus GKV-GAmSi),
- Überprüfung der Ordnungsverhalten nach den Beratungsaktivitäten,
- schriftliche Arzneimittelinformationen, die regelhaft über das Kalenderjahr verteilt mindestens vier Mal erfolgen sollen (dafür geeignet sind, zum Beispiel der gemeinsame Newsletter oder eine gesonderte Arztinformation).

Die Vertragspartner bewerten gemeinsam und einheitlich ab Oktober 2018, ob die o.g. Verpflichtungen eingehalten wurden.

Bei Nichterreichen der Zielkriterien wird gemeinsam geprüft und festgestellt, ob dadurch Wirtschaftlichkeitspotenziale nicht ausgeschöpft werden konnten. Ggf. wird ein regionaler Anpassungsfaktor für die Bestimmung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2019 konsentiert.

## § 6

### **Festlegung und Bewertung der Entwicklung des Ausgabenvolumens**

Die Entwicklung des Ausgabenvolumens wird in der gemeinsamen Arbeitsgruppe bewertet. Die Bewertungen der Vertragspartner sind Grundlage für eventuelle gesamtvertragliche Regelungen.

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für 2018 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Arzneimittelvereinbarung 2018 und bei der Bewertung der tatsächlichen Ausgaben für 2017 und 2016 nach § 84 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen:

1. Verordnungsanteile für Einrichtungen mit qualitätsgesicherter präsenzärztlicher Versorgung von chronisch kranken Patienten in stationären Therapieeinrichtungen gemäß der §§ 73c/140a SGB V,
2. Verordnungsanteile, die aus Mehrverordnungen aus Verträgen gemäß:
  - § 115b SGB V zum ambulanten Operieren im Krankenhaus,
  - § 119b SGB V zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen resultieren,
3. Veränderungen der Brutto-Netto-Quote (insb. Zuzahlungen der Versicherten, Rabatte nach §§ 130, 130a SGB V etc.),
4. Kosten für Verordnungen von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V, soweit diese in das Ausgabenvolumen einfließen,
5. Kosten für Verordnungen von Arzneimitteln im Rahmen gesonderter Versorgungsverträge (z.B. DMP-Verträge).

Verordnungen der Einrichtungen gemäß der §§ 116b und 118 SGB V zulasten der Krankenkassen(-verbände) sind nicht Bestandteil des Ausgabenvolumens.

Die Vertragspartner werden aufgrund dieser Bewertungen eine Anpassung der Soll-Ausgaben an die Ist-Situation prüfen.

## **§ 7**

### **In-Kraft-Treten**

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

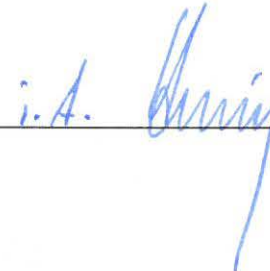
Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 22. Dezember 2017

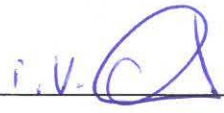
  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg





  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

  
IKK Nord,  
Schwerin

  
KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

  
SVLFG als LKK,  
Kiel



Verband der Ersatzkassen (vdek) - Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,  
Kiel

## Anlage 1

### Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2017

Überblick über die ermittelten Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V  
(retrospektive Bewertung)

		Anpassungsfaktoren 2017 in %	prospektiv	retrospektiv
Anpassungsfaktoren Bundesebene	Veränderung der Preise der Arznei- und Verbandmittel		- 0,40	- 0,60
	Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen		± 0,00	± 0,00
	Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)		± 0,00	± 0,00
	Einsatz innovativer Arzneimittel		+ 3,20	+ 3,20
	Veränderungen des Verordnungsumfanges von Arznei- und Verbandmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen		+ 0,50	+ 0,50
		<b>Zwischensumme</b>	<b>+ 3,30</b>	<b>+ 3,10</b>
Regionale Anpassungsfaktoren	Veränderung der Zahl und Altersstruktur der Versicherten		+ 1,10	+ 1,20
	Zielvereinbarungen, indikationsbezogen		± 0,00	± 0,00
	Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gemäß Zielvereinbarung <sup>1</sup>		- 0,60	- 0,60
		<b>Summe gesamt</b>	<b>+ 3,80</b>	<b>+ 3,70</b>

<sup>1</sup> unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V

## Anlage 2

### Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2018

Überblick über die ermittelten Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V  
(prospektive Bewertung)

	Anpassungsfaktoren 2018 in %	prospektiv
Anpassungsfaktoren Bundesebene	Veränderung der Preise der Arznei- und Verbandmittel	- 0,10
	Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen	± 0,00
	Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)	± 0,00
	Einsatz innovativer Arzneimittel	+ 2,90
	Veränderungen des Verordnungsumfanges von Arznei- und Verbandmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen	+ 0,40
	<b>Zwischensumme</b>	<b>+ 3,20</b>
Regionale Anpassungsfaktoren	Veränderung der Zahl und Altersstruktur der Versicherten	+ 1,10
	Zielvereinbarungen, indikationsbezogen	± 0,00
	Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gemäß Zielvereinbarung <sup>2</sup>	- 0,675
	<b>Summe gesamt</b>	<b>+ 3,625</b>

<sup>2</sup> unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V



## **Anlage 3**

### **zu § 5**

#### **Verpflichtung der Vertragspartner zur gemeinsamen Pharmakotherapieberatung**

##### **a) Zielstellung**

1. Ziel der Verpflichtung ist es, Transparenz über die Verordnungsweise der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu schaffen und den einzelnen Arzt in seinen Bemühungen um eine qualitätsgerechte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie zu unterstützen. Mit der Umsetzung dieser Verpflichtung soll neben der Qualitätssicherung der ärztlichen Verordnungen eine präventive Möglichkeit zur Vermeidung von Überschreitungen im Folgezeitraum geschaffen werden.
2. Zum Erreichen des Zieles werden den schleswig-holsteinischen Vertragsärzten schriftliche Informationen und/oder Beratungsgespräche auf Grundlage von aktuellen kassenübergreifenden Rezeptdaten nach § 300 SGB V, wie sie beim MDK Nord vorliegen, angeboten.
3. Durch die Maßnahmen nach dieser Verpflichtung werden die ärztliche Therapiefreiheit und der Grundsatz, dass die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln in der Verantwortung des Vertragsarztes liegt, nicht eingeschränkt.

##### **b) Bildung einer Arbeitsgruppe**

1. Zum Erreichen der Zielstellung wird eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet. Diese Arbeitsgruppe ist paritätisch aus Vertretern der KVSH und Vertretern der Krankenkassen(-verbände) zusammengesetzt.
2. Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, die inhaltlichen Grundlagen des mit dieser Verpflichtung vorgesehenen Beratungskonzeptes zu erarbeiten, beispielsweise:
  - Gestaltung und Weiterentwicklung der schriftlichen „Individuellen Arzneimittelinformation“,
  - Erarbeitung der Beratungsinhalte,
  - Erstellung der Newsletter,
  - Diskussion von Verordnungskriterien,
  - Vermittlung von Therapieempfehlungen.

##### **c) Auswahl der Vertragsärzte zur Beratung**

1. Die Vertragspartner dieser Verpflichtung bieten Vertragsärzten, deren Verordnungskosten in der Vergleichsgruppe überdurchschnittlich oder aus pharmakologischen Gründen auffällig sind, eine Verordnungsanalyse an. Diese wird mit dem Vertragsarzt im Rahmen eines Beratungsgesprächs erörtert.
2. Die Teilnahme an der Beratung ist für den Vertragsarzt freiwillig. Die KVSH wird gegenüber den für das Beratungsgespräch ausgewählten Vertragsärzten darauf hinwirken, dass diese die Möglichkeit des Beratungsgesprächs wahrnehmen.

**d) Durchführung der Informationsgespräche**

1. Die Beratungsgespräche werden in der Regel von Apothekern und Ärzten beider Vertragspartner geführt. In Absprache kann das Beratungsgespräch nur von einem der Vertragspartner geführt werden.
2. Der an einem Beratungsgespräch teilnehmende Vertragsarzt erhält rechtzeitig vor dem Gespräch die schriftliche Verordnungsanalyse zugesandt.
3. Bei gemeinsamen Informationsgesprächen lädt die KVSH nach vorheriger Terminabsprache mit allen Beteiligten den Vertragsarzt schriftlich ein. Auf die Zielsetzung des Gespräches ist hinzuweisen.
4. Über das Gespräch wird von den Vertragspartnern ein Kurzprotokoll erstellt.

**e) Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Informationsgespräche finden außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ordnungsweise nach den §§ 106 ff. SGB V statt. Die Regelungen der Prüfvereinbarung bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

## Anlage 4

### Ausgabenmessung unter Berücksichtigung der regionalen Hepatitis-C-Versorgung und des Sprechstundenbedarfes

- a) Regionale Gesamtausgaben (netto) für Hepatitis-C-Wirkstoffe in Schleswig-Holstein (Sondervolumen Hepatitis C):

2014 (retrospektive Feststellung):	16.484.400,81 Euro
2015 (retrospektive Feststellung):	33.134.989,81 Euro
2016 (retrospektive Feststellung):	15.557.601,07 Euro
2017 (prospektive Festsetzung):	13.100.000,00 Euro
2018 (prospektive Festsetzung):	11.790.000,00 Euro

Bei der jährlichen Beurteilung der regionalen Gesamtausgaben für Arznei- und Verbandmittel wird den geprüften arztbezogenen Arzneimittelausgaben (GKV-GAmSi) [Ist] die Summe des nach § 1 retrospektiv festgelegten Ausgabenvolumens und den retrospektiv festgestellten Realausgaben für die Hepatitis-C-Versorgung [Soll] gegenübergestellt.

- b) Retrospektiv festgestellte/prospektiv festgesetzte Ausgabenvolumina für Sprechstundenbedarf (netto) der Betriebstätten in Schleswig-Holstein:

2016 (retrospektive Feststellung):	30.677.480,49
2017 (prospektive Festsetzung):	29.227.480,49
2018 (prospektive Festsetzung):	26.327.480,49

## Protokollnotiz

### zur Arzneimittelvereinbarung 2018

1. Die Vertragspartner stellen für 2018 fest, dass mit den getroffenen Vereinbarungen - insbesondere im Bereich der Zielvereinbarungen und im Beratungswesen - die Methoden vereinbart worden sind, für die im Bereich der Arzneimittelverordnungen das größtmögliche und relevante Potential gesehen wird, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und Einsparungen zu erzielen.
2. In Zusammenarbeit mit dem MDK Nord entwickeln die Vertragspartner ein gemeinsames Konzept zur Sicherstellung der richtigen und termingerechten Lieferung von Arzneimittel- und Stammdaten.
3. Die Vertragspartner werden die Verordnung von Hepatitis-C-Präparaten gemeinsam analysieren und sofern notwendig, die Schritte zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Verordnung untereinander abstimmen. Insbesondere erfahrene Fachärzte mit entsprechender Behandlungshistorie stellen Versorgung nach den genannten Kriterien sicher.
4. Die im Rahmen der Vertragsverhandlungen vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Verordnungsweise werden als konkrete gemeinsame Ziele der Krankenkassen und der KVSH formuliert und durch, die zu diesem Zwecke gebildeten, gemeinsamen Arbeitsgruppen umgesetzt.
5. Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die ausgabenwirksame Änderungen aufgrund der Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements der regionalen Krankenhäuser und berücksichtigen diese bei ihren Maßnahmen und bei zukünftigen retrospektiven Ausgabenfestlegungen.

Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 22. Dezember 2017

  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

*i. A. Blumig*

IKK Nord,  
Schwerin

*i. V. [Signature]*

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

*i. A. [Signature]*

SVLFG als LKK,  
Kiel

*[Signature]*

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,  
Kiel