

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)** 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 2020

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 Verfahren zur Festlegung des Ausgabenvolumens Arznei- und Verbandmittel Anwendung finden soll.

Das Verfahren ist 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.

Neben der Ausgabenmessung bleibt die wirtschaftliche Versorgung im Fokus der Vertragspartner. Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung durch gesonderte Versorgungsverträge sind in diesen Verträgen zu regeln.

§ 2

Rückwirkende Festlegung der Anpassungsfaktoren für das Jahr 2019

Das Ausgabenvolumen Arzneimittel exkl. Sprechstundenbedarf für das Jahr 2019 wird unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und in Anlehnung an die Neubewertung durch die Bundesvertragspartner (Rahmenvorgaben Arzneimittel 2020), unter Bildung des Sondervolumens für Hepatitis C, rückwirkend wie folgt vereinbart:

Ausgabenvolumen Arznei- und Verbandmittel 2019 (retrospektiv exkl. Volumina für Hepatitis C und Sprechstundenbedarf) [netto]	
Soll-Ausgaben 2018 in EURO	1.047.152.717,08
Anpassungsfaktor von 4,23 % in EURO	44.294.559,93
Ausgabenvolumen 2019 in EURO	1.091.447.277,01

Eine Aufschlüsselung der Gesamtveränderungsrate in einzelne Anpassungsfaktoren findet sich in Anlage 1 dieser Vereinbarung. Die retrospektive Anpassung des Ausgabenvolumens für Arznei- und Verbandmittel 2019 hat keine Rückwirkung auf die prospektiv ermittelten und mitgeteilten MRG-Garantievolumina 2019.

§ 3

Festlegung der Anpassungsfaktoren nach § 1 für das Jahr 2020

Für das Jahr 2020 ergeben sich unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten, der Rahmenvorgaben Arzneimittel der Bundesvertragspartner exklusive des Volumens für Sprechstundenbedarf folgende Werte:

Ausgabenvolumen Arznei- und Verbandmittel 2020 (prospektiv exkl. Sprechstundenbedarf) [netto]	
Soll-Ausgaben 2019 in EURO (exkl. Hepatitis C)	1.091.447.277,011
Anpassungsfaktor von 4,78 % in EURO	52.171.179,84
Ausgabenvolumen 2020 in EURO (inkl. Hepatitis C)	1.143.618.456,85

Eine Aufschlüsselung der Gesamtveränderungsrate in einzelne Anpassungsfaktoren findet sich in Anlage 2 dieser Vereinbarung. Das zwischen den Vertragspartnern geeinte Netto-Ausgabenvolumen 2020 bildet unter Berücksichtigung geeigneter Wirtschaftlichkeitsreserven die Basis für die MRG-Garantievolumina.

§ 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 bewerten die Vertragspartner laufend die technischen und rechtlichen Möglichkeiten und stimmen das jeweils geeignete Vorgehen ab. Ziel ist eine wirtschaftliche und rationale Verordnungsweise unter Wahrung der ärztlichen Therapiefreiheit.

§ 5

Verpflichtung der Vertragspartner zur gemeinsamen Qualitätssicherung und Information im Verordnungsbereich

Die Vertragspartner möchten weiter gemeinsam aktiv Einfluss auf das Verordnungsverhalten unter Nutzung betriebsstättenindividueller Arzneimittelinformationen nehmen. Einzelheiten dazu sind Anlage 3 dieser Vereinbarung zu entnehmen.

Für den Bereich Qualitätssicherung in der Pharmakotherapie ergeben sich nachfolgende Ziele für 2020:

- Die Vertragspartner streben persönliche/betriebsstättenindividuelle Informationsgespräche mit insgesamt 200 Ärzten (LANR) an.
- Die Gespräche werden jeweils, soweit rechtlich und/oder organisatorisch möglich, gemeinschaftlich von Vertretern der Krankenkassen(-verbände) und der KVSH durchgeführt.

- Die KVSH stellt sicher:
 - die Logistik (Planung und Einladung, Räumlichkeiten),
 - die Datengrundlagen mit entsprechenden rechts-/datenschutzkonformen Infomodulen und
 - die persönliche Präsenz bei den Gesprächen (in der Regel Vertragsärzte).
- Die Krankenkassen(-verbände) unterstützen die KVSH durch:
 - persönliches und fachliches Know-how, persönliche Präsenz (in der Regel Apotheker) bei den gemeinsamen Gesprächen und
 - Datengrundlagen mit entsprechenden rechts-/datenschutzkonformen Infomodulen.

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 Gesprächen (Evaluation) und
- 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 2020, ob die o.g. Ziele 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 2021 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 2020 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Arzneimittelvereinbarung 2021 und bei der Bewertung der tatsächlichen Ausgaben für 2019 und 2020 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.

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 2020 in Kraft.

Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Schwerin, Kiel, den 20. Dezember 2019

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 2019

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

		Anpassungsfaktoren 2019 in %	prospektiv	retrospektiv
Anpassungsfaktoren Bundesebene	Veränderung der Preise der Arznei- und Verbandmittel		- 0,40	- 0,10
	Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen		+ 0,10	+ 0,20
	Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)		± 0,00	± 0,00
	Einsatz innovativer Arzneimittel		+ 3,70	+ 3,70
	Veränderungen des Verordnungsumfanges von Arznei- und Verbandmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen		+ 0,30	+ 0,30
		Zwischensumme	+ 3,70	+ 4,10
Regionale Anpassungsfaktoren	Veränderung der Zahl und Altersstruktur der Versicherten		+ 1,10	+ 0,70
	Zielvereinbarungen, indikationsbezogen		± 0,00	± 0,00
	Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gemäß Zielvereinbarung ¹		- 0,60	- 0,60
	Regionaler Ausgleich für die Nichtberücksichtigung der Hepatitis C-Ausgaben bei der Anwendung der Anpassungsfaktoren		+ 0,04	+ 0,03
		Summe gesamt	+ 4,24	+ 4,23

¹ unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V

Anlage 2

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2020

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

	Anpassungsfaktoren 2020 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	+ 4,00
	Veränderungen des Verordnungsumfanges von Arznei- und Verbandmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen	+ 0,30
	Zwischensumme	+ 4,20
Regionale Anpassungsfaktoren	Veränderung der Zahl und Altersstruktur der Versicherten	+ 0,90
	Zielvereinbarungen, indikationsbezogen	± 0,00
	Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gemäß Zielvereinbarung ²	- 0,60
	Rücküberführung des Sondervolumens für die Hepatitis C-Versorgung (+ 3.084.726,45 Euro) in das Ausgabenvolumen 2020	+ 0,28
	Summe gesamt	+ 4,78

² unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V

Anlage 3

zu § 5

Gemeinsame Informationsgespräche der Vertragspartner zu Pharmakotherapie

a) Zielstellung

1. Ziel 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 Gespräche auf Grundlage der §§ 84 (1) bzw. 73 (8) SGB V mit aktuellen kassenübergreifenden Rezeptdaten nach § 300 SGB V angeboten.
3. Durch die Maßnahmen 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. Zur Zielerreichung wird eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet. Diese Arbeitsgruppe setzt sich paritätisch aus Vertretern der KVSH und den Krankenkassen(-verbände) zusammen.
2. Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, die inhaltlichen Grundlagen des vorgesehenen Informationskonzeptes zu erarbeiten, beispielsweise:
 - Gestaltung und Weiterentwicklung der schriftlichen „Individuellen Arzneimittelinformation“,
 - Erarbeitung der Gesprächsinhalte,
 - Erstellung der Newsletter,
 - Diskussion von Verordungskriterien,
 - Vermittlung von Therapieempfehlungen.

c) Auswahl der Vertragsärzte/angestellten Ärzte

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

d) Durchführung der Informationsgespräche

1. Die Gespräche werden in der Regel von Apothekern und Ärzten beider Vertragspartner geführt. In Absprache kann das Gespräch von nur einem der Vertragspartner geführt werden.
2. Der an einem Gespräch teilnehmende Vertragsarzt erhält im Vorwege rechtzeitig die Verordnungsanalyse zugesandt.
3. Bei gemeinsamen Informationsgesprächen lädt die KVSH nach vorheriger Terminabsprache mit allen Beteiligten die Ärzte 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 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 (retrospektive Feststellung):	11.477.217,95 Euro
2018 (retrospektive Feststellung):	7.758.670,89 Euro
2019 (prospektive Festsetzung):	4.874.563,24 Euro

Im Zeitraum 2014 bis 2019 wird bei der jährlichen Beurteilung der regionalen Gesamtausgaben für Arznei- und Verbandmittel 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. In 2020 wird das regionale Sondervolumen in das Ausgabenvolumen 2020 zurück überführt. Der prospektiv dafür bestimmte Wert von 3.084.726,45 Euro wird retrospektiv auf die Summe der Ist-Kosten für Hepatitis-C-Präparate in 2020 angepasst.

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

2016 (retrospektive Feststellung):	30.677.480,00 Euro
2017 (retrospektive Feststellung):	28.064.514,00 Euro
2018 (retrospektive Feststellung):	25.897.068,00 Euro
2019 (prospektive Festsetzung):	25.777.941,00 Euro
2020 (prospektive Festsetzung):	26.298.655,00 Euro

Protokollnotiz

zur Arzneimittelvereinbarung 2020

1. Die Vertragspartner stellen für 2020 fest, dass mit den getroffenen Vereinbarungen - insbesondere im Bereich der Zielvereinbarungen und in Form eines strukturierten Informationsangebotes für Ärzte - 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. Die Vertragspartner entwickeln ein gemeinsames Konzept zur Sicherstellung der richtigen, termingerechten und rechts-/datenschutzkonformen Lieferung/Verarbeitung/Speicherung/Löschung von Arzneimittel- und Stammdaten.
3. 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.
4. Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die ausgabenwirksamen 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, Schwerin, Kiel, den 20. Dezember 2019

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