

Zwischen

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

und

dem **AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.**, Siegburg,  
vertreten durch die Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel

der **AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse - Kiel**  
zugleich für die Knappschaft und die See-Krankenkasse

dem **BKK-Landesverband NORD**, Hamburg

dem **IKK-Landesverband Nord**, Schwerin

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein-Hamburg**, Kiel  
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen

dem **Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)**, Siegburg,  
vertreten durch die Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt –

wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und  
Verbandmitteln gemäß § 84 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V folgende

## **Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneiversorgung 2008**

geschlossen:

### **Präambel**

Die Partner dieser Vereinbarung sprechen sich dafür aus, das  
Verordnungsgeschehen strukturiert zu bewerten und die ursächlichen Faktoren für  
unterschiedliches Ordnungsverhalten zu analysieren. Auf dieser Grundlage  
entwickeln sie in gemeinsamer Verantwortung für die Steuerung einer  
wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Arzneimittelversorgung ein  
Zielvereinbarungskonzept, das messbare Ziele, ein Frühinformationssystem mit  
zeitnahen Daten sowie konkrete Maßnahmen zur Gewährleistung der Zielerreichung  
umfasst.

Die Vertragspartner werden den Weg einer Preisinformation für die Vertragsärzte zur  
Steuerung der Arzneimittelausgaben perspektivisch weiter ausbauen.

## **§ 1 Gemeinsame Grundlagen für die Zielvereinbarung**

Um eine nach gemeinsamer Beurteilung bedarfsgerechte, qualifizierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung im Jahr 2008 zu erreichen, werden die folgenden ausgewiesenen Ziele und zielbezogenen Maßnahmen vereinbart:

1. Verpflichtung der Krankenkassen/-verbände, ihre Versicherten laufend auf die gemeinsamen Ziele hinzuweisen und entsprechend zu informieren, sowie Verpflichtung der KVSH, die Vertragsärzte regelmäßig auf die gemeinsamen Ziele hinzuweisen und auf der Basis der von den Krankenkassen/-verbänden zu liefernden Daten zu informieren.
2. Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Information und Beratung über die Arzneimittelversorgung anhand valider Datengrundlagen.
3. Die Vertragspartner verpflichten sich zu einer gemeinsamen Entwicklung strukturierter Zielvereinbarungen für die Weiterentwicklung der Versorgung, welche sowohl Rationalisierungsmöglichkeiten aufgreifen als auch wissenschaftlich anerkannte Behandlungsstrategien berücksichtigen.
4. Die gemeinsame Arbeitsgruppe bereitet die Daten auf, übermittelt sie den Vertragspartnern und entwickelt Vorschläge im Hinblick auf zu treffende Maßnahmen.
5. Die Vertragspartner beobachten zeitnah die Ausgabenentwicklung und entscheiden über situationsbezogene Maßnahmen zur Steuerung der Ausgabenentwicklung sowie zur Erreichung der vereinbarten Ziele.

## **§ 2 Ergebnis der Zielvereinbarung 2007**

Die Vertragspartner werden auf der Grundlage der geprüften Verordnungsdaten des Jahres 2007 ermitteln, ob die vereinbarten Zielvorgaben 2007 erreicht worden sind.

## **§ 3 Ziele für das Jahr 2008**

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen zur Zielerreichung eine Regelung im Sinne der regionalen Öffnungsklausel des § 84 Abs. 4a SGB V sind und die Voraussetzungen zur Anwendung dieser Vorschrift somit vorliegen.

Zur Steuerung der Arzneimittelversorgung verständigen sich die Vertragspartner auf die folgenden Ziele:

**Wirtschaftlichkeitsziele:**

Mit Bezug auf das von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen/-verbänden gemeinsam verfolgte Ziel der Realisierung von Einsparpotenzialen verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Verordnungsbereiche und Leitsubstanzen:

<b>Verordnungsbereich</b>	<b>Leitsubstanz(en)</b>
Statine	Simvastatin
Orale Antidiabetika	Glibenclamid, Glimepirid, Metformin
Protonenpumpeninhibitoren	Omeprazol
Angiotensin-II-Antagonisten/ ACE-Hemmer	ACE-Hemmer (z.B. Enalapril, Lisinopril, Ramipril)
Betablocker	Metoprolol Bisoprolol Atenolol
Dihydropyridine	Nitrendipin Amlodipin
Nichtsteroidale Antirheumatika	Diclofenac
Bisphosphonate (nur zur oralen Osteoporosetherapie)	Alendronat
Selektive Serotonin- Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	Fluoxetin Citalopram
Triptane	Sumatriptan
Alpha-Rezeptoren-Blocker (Prostatamittel)	Tamsulosin
Schleifendiuretika	Furosemid

Mit Bezug auf die genannten Verordnungsbereiche werden die folgenden Möglichkeiten der Zielerreichung vereinbart:

- 1) Lösungsvariante A: Die Erhöhung des Verordnungsanteils der Leitsubstanz(en), unter gleichzeitiger Beachtung günstiger Preise (Anlage 1)
- 2) Lösungsvariante B: Die Erhöhung des Verordnungsanteils innerhalb des Verordnungsbereiches unterhalb der Normtagestherapiekosten gem. Anlage 1.

Die Zielwerte der Anlage 1 sind jeweils für alle Ärzte, die Verordnungen in diesen Wirkstoffgruppen tätigen, gültig. Sie sind nicht kollektiv verbindlich, sondern gelten für jeden einzelnen Arzt. Die Ärzte, die die vereinbarten Ziele bereits erfüllt haben, sind aufgefordert, den praxisindividuellen Wert zu halten oder wenn möglich zu verbessern.

#### **§ 4 Maßnahmen zur Zielerreichung**

Zu den Maßnahmen zur Zielerreichung gehören:

1. Die Krankenkassen/verbände stellen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsziele frühestmöglich spätestens 16 Wochen nach Quartalsende quartalsweise die arztbezogenen kassenartenübergreifenden Daten über die Zielerreichungsgrade und eine beispielhafte Liste der in Frage kommenden regional typischerweise verordneten firmenbezogenen Standardaggregate zur Verfügung.
2. Die Kassenärztliche Vereinigung informiert die Vertragsärzte auf der Basis der von den Krankenkassen/Verbänden zur Verfügung gestellten Daten quartalsweise über den jeweiligen praxisindividuellen Zielerreichungsgrad.
3. Die allgemeine Information aller Vertragsärzte durch die KVSH über die vereinbarten Ziele, die Ist-Situation sowie gezielte Informationen zu den Zielfeldern, die die Partner der Vereinbarung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation vorrangig anstreben. Hierzu gehören auch Empfehlungen
  - zu Generika,
  - zu Schrittinnovationen (Me-too-Präparate/Analogpräparate),
  - zu kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen,
  - zu gemeinsam bewerteten Innovationen,
  - zur Entlassungsmedikation nach stationärer Behandlung,
  - zum Ausschluss von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 34 Absatz 1 SGB V, die in den neuen Arzneimittel-Richtlinien vom 16. März 2004 konkretisiert werden und damit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen,
  - zu den Rahmenbedingungen der Dauermedikation.

2. Die Verpflichtung der Krankenkassen/-verbände, in geeigneter Weise ihre Versicherten über folgende Sachverhalte zu informieren:
  - Arzneimittel, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind und nicht beansprucht werden können und für deren Verordnung die Ärzte ggf. in finanziellen Regress genommen werden,
  - die notwendige Umstellung auf preisgünstigere Präparate,
  - die aut-idem-Regelung und den damit verbundenen Austausch bisheriger Medikamente und
  - den Ausschluss und die Einschränkungen von Verordnungen im Hinblick auf Generika, Schrittinnovationen bzw. Analogpräparate, kontrovers diskutierte Arzneimittelgruppen sowie Entlassungsmedikationen nach stationären Behandlungen.
3. Liegen Erkenntnisse über Unwirtschaftlichkeiten durch Entlassungsmedikationen nach stationärer Behandlung vor, informiert die gemeinsame Arbeitsgruppe die Vertragspartner zur Einleitung steuernder Maßnahmen.

## **§ 5**

### **Zielerreichungsanalyse**

1. Die Zielerreichung wird nach Abschluss des Kalenderjahres 2008 anhand der geprüften Verordnungsdaten 2008 festgestellt.
2. Das BZN stellt dazu die Ergebnisse der arztbezogenen Berechnungen der Gemeinsamen Prüfeinrichtung zur Verfügung.  
Für Präparate, die bei der entsprechenden Krankenkasse/ Krankenkassenart einem Rabattvertrag unterliegen, wird der Preis des jeweils preisgünstigsten vergleichbaren Präparates zum Abgabetag eingesetzt.
3. Auf dieser Basis werden die abschließenden Ergebnisse der arztbezogenen Zielfelderreichung festgestellt und anhand der unter §§ 3 und 6 vereinbarten Grenzwerte ermittelt.

## **§ 6**

### **Feststellung der Zielerreichung auf Arzzebene**

Bei der Zielfeldüberprüfung werden je Zielwert und Lösungsvariante folgende Schwellen- oder Grenzwerte vereinbart:

1. Zielwert erreicht - keine Maßnahmen
2. Zielwert um bis zu 30 % verfehlt – Hinweis
3. Zielwert um 31 - 49 % überschritten – Beratung mit Auflage einer individuellen Zielvorgabe, die bei Nichteinhaltung zum vollen Regress führt,
4. Ab 50 % Zielverfehlung wird der potentielle Überschreibungsbetrag durch die Gemeinsame Prüfeinrichtung ermittelt und dem Arzt im Rahmen eines Prüfverfahrens Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Grundsätzlich gilt, dass je Verordnungsbereich unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise nur eine Lösungsvariante erfüllt werden muss.

Sofern die Zielvorgabe der Lösungsvariante B erfüllt wird, entfällt die Verpflichtung zur Erhöhung des Leitsubstanzen-Anteils (Lösungsvariante A). Dieses gilt nicht automatisch für den umgekehrten Fall eines hohen Leitsubstanzen-Anteils bei Normtagestherapiekosten überschreitenden Kosten. In Grenzfällen ist aber auch in der Lösungsvariante B die Erfüllung des Leitsubstanzen-Anteils (Lösungsvariante A) kompensatorisch möglich.

Eine Saldierung der Zielfelder findet nicht statt. Hinsichtlich evtl. Prüfmaßnahmen werden Zielfelder nur dann berücksichtigt, wenn mindestens 25 Verordnungen pro Zielfeld und Jahr vorliegen.

Rabattverträge müssen bei Prüfmaßnahmen eine angemessene Berücksichtigung (adäquater Abzug) finden.

Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt durch die Gemeinsame Prüfeinrichtung.

Entsprechendes ist in der ab 01.01.2008 gültigen Prüfvereinbarung zu regeln. Im Übrigen wird auf die Protokollnotiz 2 zu dieser Vereinbarung verwiesen.

### **§ 7 Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft.

### **§ 8 Vorbehaltsklausel**

Dieser Vertrag steht ggf. unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Schwerin, den 21. November 2007



Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg



AOK Schleswig-Holstein  
- Die Gesundheitskasse - Kiel



BKK - Landesverband NORD, Hamburg



IKK Landesverband Nord, Schwerin



Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel



Verband der Angestellten-  
Krankenkassen, Kiel



Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Kiel

Anlage 1

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanzen	Zielwerte A	Normwert der Tagestherapiekosten in €	Zielwerte B
Statine	Simvastatin	85%	0,25	70%
Orale Antidiabetika	Glibenclamid Glimepirid Metformin	wird ergänzt	0,36	88%
Protonenpumpeninhibitoren	Omeprazol	64%	0,71	58%
Angiotensin-II-Antagonisten / ACE Hemmer	ACE-Hemmer (z.B. Enalapril, Lisinopril, Ramipril)	85%	0,21	67%
Betablocker	Metoprolol Bisoprolol Atenolol	95%	0,36	65%
Dihydropyridine	Nitrendipin Amlodipin	75%	0,17	55%
Nichtsteroidale Antirheumatika	Diclofenac	56%	0,57	68%
Bisphosphonate nur zur oralen Osteoporosebehandlung	Alendronat	81%	1,25	47%
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	Fluoxetin Citalopram	65%	0,59	67%
Triptane	Sumatriptan	43%	6,54	58%
Alpha-Rezeptoren-Blocker (Prostatamittel)	Tamsulosin	80%	0,49	55%
Schleifendiuretika	Furosemid	62%	0,20	70%

*Uak*

Verband der Angestellten-  
Krankenkassen, Kiel

*Wak*

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Kiel

## Protokollnotiz 2 zur Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneiversorgung 2008

Die Vertragspartner sind sich einig, dass Einsparpotentiale primär über die Einhaltung der Ziele, nicht jedoch über die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu realisieren sind.

Konkret bedeutet dies:

1. Bei einer Abweichung bis 30 % kann ein Hinweis, bei einer Abweichung von 31 bis 49 % eine Beratung mit Auflage einer individuellen Zielvorgabe, die bei Nichteinhaltung zum Regress führt, sowie bei einer Abweichung ab 50 % ein Prüfverfahren mit Gelegenheit zur Stellungnahme erfolgen.
2. Die Kommunikationsstrategie für die Zielvereinbarung bleibt insbesondere hinsichtlich Lösungsvariante A und Lösungsvariante B unverändert. Hinsichtlich der Prüfmaßnahmen ist auch in der Lösungsvariante B die Erfüllung des Leitsubstanzen-Anteils (Lösungsvariante A) bei der Entscheidung in Grenzfällen kompensatorisch möglich.
3. Eine Saldierung der Zielfelder findet nicht statt. Hinsichtlich evtl. Prüfmaßnahmen werden Zielfelder nur dann berücksichtigt, wenn mindestens 25 Verordnungen pro Zielfeld und Jahr vorliegen.
4. Rabattverträge müssen bei Prüfmaßnahmen eine angemessene Berücksichtigung (adäquater Abzug) finden.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Schwerin, den 21. November 2007

*Michele*

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg



*[Signature]*

AOK Schleswig-Holstein  
- Die Gesundheitskasse - Kiel

*[Signature]*

BKK - Landesverband NORD, Hamburg

  
IKK Landesverband Nord, Schwerin

  
Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel

  
Verband der Angestellten-  
Krankenkassen, Kiel

  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Kiel