

Zwischen

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

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Lübeck

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

BARMER GEK,

Techniker Krankenkasse (TK),

DAK-Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse (KKH),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

hkk,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,

Wall 55, 24103 Kiel und

der **Knappschaft** – Regionaldirektion, Hamburg

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt -

wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln gemäß
§ 84 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V und § 106 Abs. 2 Ziffer 5 SGB V folgende

Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung 2013

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 2013 zu erreichen, werden die folgenden ausgewiesenen Ziele und zielbezogenen Maßnahmen vereinbart:

1. Die Krankenkassen/-verbände verpflichten sich, ihre Versicherten laufend auf die gemeinsamen Ziele hinzuweisen und entsprechend zu informieren.
2. Die KVSH verpflichtet sich, die Vertragsärzte regelmäßig auf die gemeinsamen Ziele hinzuweisen und auf der Basis der von den Krankenkassen/-verbänden zu liefernden Daten zu informieren und zu beraten.
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. Eine 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 2012

Die Vertragspartner werden auf der Grundlage der geprüften Verordnungsdaten des Jahres 2012 ermitteln, ob die vereinbarten Zielvorgaben 2012 erreicht worden sind.

§ 3

Ziele für das Jahr 2013

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die derzeit vereinbarten, im Folgenden aufgeführten Zielfelder und die jeweils in der Anlage zu dieser Vereinbarung definierten Zielerreichungsgrade die beste Methode darstellen, noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven in den Zielfeldern zu heben und Einsparungen zu erzielen. Im Übrigen wird auf die Protokollnotiz zu dieser Vereinbarung verwiesen.

Wirtschaftlichkeits-/Qualitätsziele:

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 deren Zielarten:

Wirtschaftlichkeitsziele		
	Verordnungsbereiche	Zielarten
1	Statine	Anteil Tagestherapiekosten
2	Clopidogrel	Anteil Tagestherapiekosten
3	Protonenpumpeninhibitoren	Anteil Tagestherapiekosten
4	Betablocker	Anteil Tagestherapiekosten
5	Orale Antidiabetika	Anteil Leitsubstanz (Metformin, Glibenclamid, Glimepirid, Metformin + Sulfonylharnstoff) Anteil Tagestherapiekosten
6	ACE-Hemmer, Sartane, Renininhibitoren	Anteil Leitsubstanz (ACE-Hemmer, Kombinationspräparate mit ACE-Hemmern + HCT) Anteil Tagestherapiekosten
7	BTM-Opioidanalgetika	Anteil Tagestherapiekosten
8	Antidepressiva	Anteil Leitsubstanz (Citalopram, Amitriptylin, Mirtazapin, Doxepin)
9	Statine plus Ezetimib	Anteil Leitsubstanz (Begrenzung Anteil Ezetimib – inkl. in Kombination mit Statin)
10	NSAR	Anteil Leitsubstanz (Begrenzung Anteil Coxibe)
11	Erythropoetin	Anteil Leitsubstanz (Förderung Anteil Biosimilar)
12	Koloniestimulierende Faktoren	Anteil Leitsubstanz (Förderung Anteil Biosimilar)
13	Alle Antidiabetika außer Insulin	Anteil Leitsubstanz (Begrenzung Anteil GLP-1-Analoga und DPP-4-Hemmer)
Qualitätsziele		
14	Polymedikation im Alter	Information über Patienten mit Wirkstoffen, die evtl. zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten führen können
15	aut idem	Anteil der aut idem-Verordnungen
16	Blutzuckerteststreifen	Anteil günstiger Blutzuckerteststreifen lt. Empfehlungsliste der Krankenkassen

Die Zielwerte der Wirtschaftlichkeitsziele sind in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführt.

Die durch die Zielvereinbarung erfassten Verordnungsanteile werden in Tagesdosen gemessen. Es werden Höchst- sowie Mindestquoten für Leitsubstanzen und/oder für einen Teil der verordneten Tagesdosen eines Zielfeldes zu unterschreitende Tagestherapiekosten vorgegeben (siehe 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 jede einzelne Hauptbetriebsstätte einschließlich ihrer Nebenbetriebsstätten in Schleswig-Holstein. Die Betriebsstätten, die die vereinbarten Ziele bereits erfüllt haben, sind aufgefordert, den Wert zu halten oder wenn möglich zu verbessern.

Ein Ausschluss der aut idem-Substitution sollte ausschließlich auf medizinisch notwendige Fälle beschränkt werden und nicht aus sachfremden Erwägungen heraus erfolgen. Die Vertragspartner werden die aut idem-Substitution in die Arzneimittelberatung aktiv mit aufnehmen.

Qualitätsziele dienen der Information des verordnenden Arztes und sind von der Prüfung nach § 106 SGB V ausgenommen.

Maßnahmen zur Unterstützung der Zielerreichung:

1. Die Krankenkassen/-verbände stellen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsziele quartalsweise frühestmöglich, spätestens 16 Wochen nach Quartalsende, die betriebsstättenbezogenen 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 quartalsweise zur Verfügung gestellten Daten über den jeweiligen betriebsstättenindividuellen Zielerreichungsgrad.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Vertragsärzten allgemeine Informationen über die vereinbarten Ziele, die Ist-Situation sowie gezielte Informationen zu den Zielfeldern zur Verfügung, 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 Arzneimittel-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung konkretisiert werden und damit nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden dürfen,
 - zu den Rahmenbedingungen der Dauermedikation,
 - zu Polymedikation im Alter.
4. Die Krankenkassen/-verbände verpflichten sich, ihre Versicherten in geeigneter Weise 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.
5. Liegen Erkenntnisse vor über Unwirtschaftlichkeiten durch Entlassungsmedikationen nach stationärer Behandlung oder über die Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 115c SGB V durch die Krankenhäuser, informiert die gemeinsame Arbeitsgruppe die Vertragspartner zur Einleitung steuernder Maßnahmen.

§ 4

Zielerreichungsanalyse

1. Die Zielerreichung wird nach Abschluss des Kalenderjahres 2013 anhand der geprüften Verordnungsdaten 2013 festgestellt.
2. Das Biometrisches Zentrum Nord stellt der Prüfungsstelle die Ergebnisse der betriebstättenbezogenen Berechnungen zur Verfügung.
Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V müssen bei Prüfmaßnahmen Berücksichtigung finden: Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu liefernden Daten müssen um die auf Rabatte entfallenden Beträge bereinigt werden. Sollte dies nicht möglich sein, tritt folgende Regelung in Kraft: Für Präparate, die bei der entsprechenden Krankenkasse/Krankenkassenart einem Rabattvertrag unterliegen, wird der Preis des jeweils preisgünstigsten vergleichbaren Präparates zum Abgabebetrag zugrunde gelegt. Zusätzlich erfolgt in diesen Fällen ein Abzug in Höhe von 1,5 % des angesetzten Preises, um die Verordnung von rabattierten Arzneimitteln zu fördern.
3. Auf dieser Basis werden die abschließenden Ergebnisse der arztbezogenen Zielfelderreichung festgestellt und anhand der in § 6 dargestellten Systematik Grenzwerte ermittelt.

§ 5

Feststellung der Zielerreichung auf Betriebstätenebene

Bei der Zielfeldüberprüfung werden je individuellem Zielwert Schwellen- oder Grenzwerte vereinbart. Diese durch die Vertragspartner übereinstimmend berechneten Aufgreifkriterien basieren auf den Vertrauensbereichen, welche gemeinsam aus den Verordnungsdaten ermittelt wurden. Weicht eine Hauptbetriebstätte nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten um mehr als das Dreifache der aus den Verordnungsdaten 2011/2012 berechneten durchschnittlichen Schwankung (Zielwert + 3 x durchschnittliche Abweichung) vom Zielwert nach oben ab, so erfolgt ein Hinweis, bei vierfacher Abweichung (Zielwert + 4 x durchschnittliche Abweichung) eine Beratung; und ab fünffacher Abweichung (Zielwert + 5 x durchschnittliche Abweichung) wird ein Prüfverfahren eingeleitet.

Ist neben Leitsubstanzanteilen auch ein Zielpreis festgelegt worden, ist die Erreichung des Zielpreises ausschlaggebend, um die Zielerreichung in diesem Zielfeld festzustellen. Wird das Tageskostenziel bei gleichzeitiger Erfüllung des Anteiles Leitsubstanzen nicht erreicht, so erfolgt eine Beratung.

Verordnet die Hauptbetriebstätte signifikant Arzneimittel im Rahmen der Zielvereinbarung, werden alle Zielfelder mit einer signifikanten Anzahl von Verordnungen erfüllt und steigen die Arzneimittelkosten pro Fall um weniger als 10 %, so erfolgt die komplette Befreiung von der Richtgrößenprüfung Arznei- und Verbandmittel 2013. Eine signifikante Anzahl von Verordnungen liegt oberhalb von 24 Packungen je Zielfeld.

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

Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt durch die Prüfungsstelle. Im Übrigen wird auf die jeweils gültige Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V verwiesen.

**§ 6
Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

**§ 7
Rechtsänderung bei der LKK Schleswig-Holstein und Hamburg**

Die für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein-Hamburg begründeten Rechte und Pflichten gehen zum 1. Januar 2013 auf die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) über (vgl. Art. 1 § 3 Abs. 2, Art. 14 Abs. 1 LSV-NOG).

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 20. Dezember 2012



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg


AOK NORDWEST, - Die Gesundheitskasse
Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg


 IKK Nord
Fördertower
Gablenzstr. 9
24114 Kiel
Innungskrankenkasse (IKK) Nord,
Lübeck



Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg,
Kiel



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



Knappschaft Regionaldirektion,
Hamburg

Anlage 1

Zielwerte 2013

	Wirkstoffgruppe	Zielart	Leitsubstanz	Zielwert Leitsubstanz	Normwert TThK* in Euro	Zielwerte TThK
1	Statine	Anteil TThK*			0,26 €	67,7 %
2	Clopidogrel	Anteil TThK			1,51 €	82,2 %
3	Protonenpumpeninhibitoren	Anteil TThK			0,51 €	64,1 %
4	Betablocker	Anteil TThK			0,25 €	70,2 %
5	BTM-Opioidanalgetika	Anteil TThK			3,72 €	61,1 %
6	Orale Antidiabetika	Anteil TThK Anteil Leitsubstanz	Glibenclamid, Glimepirid, Metformin, Metformin und Sulfonylharnstoff	90,2 %	0,42 €	87,8 %
7	ACE Hemmer / Sartane / Reni- nhibitoren	Anteil TThK Anteil Leitsubstanz	ACE-Hemmer, Kombinationsprä- parate mit ACE-Hemmern + HCT	69,4 %	0,45 €	74,3 %
8	Antidepressiva	Anteil Leitsubstanz	Citalopram, Amitriptylin, Mirtazapin, Doxepin	76,6 %		
9	Statine plus Ezetimib	Anteil Leitsubstanz	Begrenzung des Ezetimib-Anteils	3,3 %		
10	NSAR	Anteil Leitsubstanz	Begrenzung des Coxib-Anteils	1,9 %		
11	Erythropoetin	Anteil Leitsubstanz	Förderung des Biosimilar-Anteils	50,9 %		
12	Koloniestimulierende Faktoren	Anteil Leitsubstanz	Förderung des Biosimilar-Anteils	33,2 %		
13	Alle Antidiabetika außer Insulin	Anteil Leitsubstanz	Begrenzung Anteil GLP-1-Analoga und DPP-4-Hemmer	8,3 %		

*Tagestherapiekosten

Protokollnotiz zur Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneiversorgung 2013

1. Gemeinsam stellen die Vertragspartner fest, dass die Zielvereinbarungen der Vorjahre hoch wirksam waren und die von den Vertragspartnern gesehenen Gestaltungsräume optimal genutzt wurden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die derzeit vereinbarten Zielfelder und die jeweils definierten Zielerreichungsgrade die beste Methode darstellen, noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven in den Zielfeldern zu heben und Einsparungen zu erzielen.
2. Die Vertragspartner sind sich einig, dass Einsparpotenziale primär über die Einhaltung der Ziele, nicht jedoch über die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu realisieren sind. Dies findet praktische Anwendung in der Regelung, im Falle der Erfüllung der Zielfelder, in denen eine prüfungsrelevante Anzahl von Verordnungen getätigt worden ist, und unter der Bedingung einer maximalen Kostensteigerung je Fall von 10 Prozent gegenüber 2012 für den Prüfungszeitraum 2013 eine komplette Befreiung von der Richtgrößenprüfung zu vereinbaren.
3. Die Vertragspartner verpflichten sich, in gemeinsamer Anstrengung durch flankierende Maßnahmen (z. B. Mitteilungen, Rundschreiben, Beratungen) die Erreichung der Zielwerte zu unterstützen.
4. Die Zielfelder zur Förderung des Biosimilaranteils werden im Rahmen der AG Arzneimittel in 2013 hinsichtlich Messung und Prüfung überarbeitet und gegebenenfalls durch zielgerichtetere Instrumente und Maßnahmen ersetzt.

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 20. Dezember 2012


Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg


AOK NORDWEST, - Die Gesundheitskasse
Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg



 IKK Nord
Fördertower
Gablenzstr. 9
24114 Kiel

Innungskrankenkasse (IKK) Nord,
Lübeck



Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg,
Kiel



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



Knappschaft Regionaldirektion,
Hamburg