Zwischen

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

und

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

dem **BKK - Landesverband NORDWEST,** Hamburg

der **IKK - Die Innovationskasse,** Lübeck

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 die Leiterin 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

Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung 2025[1]

geschlossen:

Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung sprechen sich für eine strukturierte Bewertung und Analyse des Verordnungsgeschehens und der Ursachen für unterschiedliches Verordnungsverhalten aus. 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 die Steuerung der Arzneimittelausgaben über Preisinformationen für die verordnenden Ärzte perspektivisch weiter verbessern.

---

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die generisch maskuline Form gewählt. Diese Vereinbarung 4 bezieht sich in gleicher Weise auf alle Menschen.

§ 1
Gemeinsame Grundlagen für die Zielvereinbarung

Um eine nach gemeinsamer Beurteilung bedarfsgerechte, qualifizierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung im Jahr 2025 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, ggf. mit Unterstützung der Krankenkassen, die Vertragsärzte regelmäßig auf die gemeinsamen Ziele hinzuweisen und diese entsprechend zu informieren und zu beraten.

3. Die Vertragspartner verpflichten sich zur gemeinsamen Entwicklung strukturierter Zielvereinbarungen im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung, welche sowohl Rationalisierungsmöglichkeiten aufgreifen, als auch wissenschaftlich anerkannte Behandlungsstrategien berücksichtigen.

4. Maßnahmenvorschläge werden in den gemeinsamen Arbeitsgruppen gemäß § 5 der Arzneimittelvereinbarung entwickelt und deren Umsetzung abgestimmt.

5. Die Vertragspartner beobachten zeitnah, nach Vorliegen der Ausgabedaten, die Erreichung der vereinbarten Ziele und entscheiden über situationsbezogene Maßnahmen zur Steuerung der Ausgabenentwicklung.

§ 2
Ergebnis der Zielvereinbarung 2024

Die Vertragspartner werden auf der Grundlage der Verordnungsdaten des Jahres 2024 ermitteln, ob die vereinbarten Ziele 2024 erreicht worden sind.

§ 3
Ziele für das Jahr 2025

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 realisieren 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** (Messeinheit)
1	Antidepressiva	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
2	ACE-Hemmer, Sartane, Renininhibitoren - Kombinationspräparate	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
3	Antidiabetika ohne Insulin[2]	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
4	Dasatinib und Bosutinib	Anteil generischer Tagesdosen (PDD)
5	BTM-Opioidanalgetika	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
6	Lipidsenker[3]	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
7	Blutzuckerteststreifen	Anteil Blutzuckerteststreifen lt. Empfehlungslisten der Primär- und Ersatzkassen (Teststreifen)
8	Ustekinumab	Anteil biosimilarer Tagesdosen (PDD)
9	Teriflunomid	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
10	Fingolimod	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
11	Direkte Orale Antikoagulantien (DOAK)	Anteil Tagestherapiekosten (PDD)
12	Analoginsuline	Anteil biosimilarer Tagesdosen (PDD)

	Qualitätsziele		
	(Verordnungs-)bereiche	**Werte**	**Hinweis an die Verordner**
13	Polymedikation	Anteil von Patienten einer BSNR mit mehr als 8, 10, 12 und 14 Wirkstoffen (ATC7) - im Vergleich zur Fachgruppe	Speziell bei älteren Patienten sollte eine Multimedikation besonders regelmäßig überprüft werden. Aber auch bei Jüngeren besteht die Gefahr eines erhöhten Risikos an unerwünschten Arzneimittelereignissen.
14	Schaumstoffverbände/ Hydropolymere Flächen: (A) 20-30 cm², (B) 50-60 cm², (C) 89-122 cm², (D) 123-170 cm², (E) 195-240 cm²	Verordnungsanteil (Stück Wundauflage) der auf Grundlage der Preisinformation in den jeweiligen Größengruppen als günstig gekennzeichneten Verbandmittel - im Vergleich zur Fachgruppe	Bitte verordnen Sie entsprechend der auf der Homepage der KVSH unter: kvsh.de → Praxis → Verordnungen → Arzneimittel von A bis Z → W → Wundbehandlung und Verbandstoffe veröffentlichten Preisübersichten für Schaumstoffverbände/Hydropolymere und Superabsorber möglichst aus dem dargestellten günstigen Bereich.
15	Superabsober Flächen: (A) 20-30 cm², (B) 50-60 cm², (C) 89-122 cm², (D) 123-170 cm², (E) 195-240 cm², (F) andere Größen		
16	Silberhaltige Verbandmittel[4]	Anteil silberhaltiger Verbandmittel (Packungen) an mod. Wundversorgung gesamt (Packungen) - im Vergleich zur FG	Bei nicht infizierten Wunden wird kein Vorteil der antimikrobiellen Wundauflagen gesehen. Silberhaltige Verbandstoffe sollen in der Regel nur über einen begrenzten Zeitraum von 10 bis 14 Tagen eingesetzt werden.

[2] Verordnungen der Wirkstoffe Dapagliflozin und Empagliflozin werden im Rahmen der Prüfung berücksichtigt, insofern die Therapie eines Diabetes erfolgt.
[3] Das Zielfeld „Lipidsenker" misst innerhalb folgender ATC-Wirkstoffe: C10AA01, C10AA02, C10AA03, C10AA04, C10AA05, C10AA07, C10AA08, C10AX09, C10AX15, C10BA02, C10BA05, C10BA06, C10BA10.
[4] Das Qualitätziel gilt nur, solange eine gesetzliche Regelung über die Verordnungsfähigkeit dieser Produkte oder eine Kulanzregelung über die Kostenübernahme gilt.

17	Rationaler Einsatz von Antibiotika[5]	Anteil der Antibiotikaverordnungen bei Patienten mit Halsschmerz (a) und Anteil der Antibiotikaverordnungen bei Patienten mit unkomplizierter Harnwegsinfektion (b) - jeweils im Vergleich zur Fachgruppe	Bitte setzten Sie Antibiotika zurückhaltend und zielgerichtet ein. Als Hilfestellung finden Sie unter: kvsh.de → Praxis → Verordnungen → Arzneimittel von A bis Z → A → Antibiotikatherapien nach Leitlinie eine Leitlinienübersicht zu häufigen Indikationen im ambulanten Bereich.
18	aut idem	Anteil aut-idem ermöglicht bei aut-idem-fähigen Verordnungen	Bitte beachten Sie, dass ein aut-idem Ausschluss (aut-idem Kreuz gesetzt) nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen erfolgen soll.
19	CGRP-Antagonisten	Information zum Einsatz gemäß Nutzenbewertung nach Versagen und/oder Unverträglichkeit anderer Arzneimittel zur Migräneprophylaxe	Zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit vier oder mehr Migränetagen im Monat sollen zunächst vorrangig die Wirkstoffe Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat und Amitriptylin unter Berücksichtigung der Fachinformationen eingesetzt werden. Die Einleitung der Behandlung mit CGRP-Antikörpern soll durch in der Diagnostik und Therapie der Migräne erfahrene Ärztinnen/Ärzte erfolgen. Der Behandlungserfolg sollte drei bzw. sechs Monate (bei Eptinezumab) nach Start der Therapie beurteilt und bei der Weiterbehandlung regelmäßig überprüft werden.
20	Cannabis	Anteil der Fertigarzneimittel, standardisierten Zubereitungen und Extrakten an den gesamten Cannabisverordnungen	Über 95% der Cannabisverordnungen sollen mit Fertigarzneimitteln, standardisierten Zubereitungen oder Extrakten erfolgen, der Einsatz von Cannabisblüten nur im begründeten Ausnahmefall.
21	Hormonelle Kontrazeptiva	Anteil der Präparate mit niedrigerem Risiko für venöse Thromboembolien	Aufgrund ihres niedrigeren Risikos für venöse Thromboembolien sollen Präparate mit Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat bevorzugt verordnet werden.
22	Biosimilars	Verordnungsanteil Biosimilars bei biosimilar verfügbaren Wirkstoffen (exkl. Wirkstoffe der Zielfelder 8,12)	Bitte verordnen Sie - wann immer möglich - entsprechende Biosimilars.
23	Spezifische Immuntherapie Bereiche: Baumpollen, Gräser/Getreide/Kräuterpollen oder Hausstaubmilben	Verordnungsanteil von zugelassenen, beim PEI unter Therapie-Allergene zur subkutanen und sublingualen Therapie gelisteten Präparate von 100 % bei Neueinstellungen und Umstellungen	Bitte verordnen Sie - wann immer möglich - zugelassene Präparate.

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

Die durch die Zielvereinbarung erfassten Verordnungsanteile werden in Tagesdosen- oder Verordnungsanteilen gemessen. Es können Höchst- sowie Mindestquoten für Leitsubstanzen (inkl. Biosimilars/Generika) und/oder für einen Teil der verordneten Tagesdosen/Patienten eines Zielfeldes zu unterschreitende Tagestherapiekosten vorgegeben werden (siehe Anlage 1). Die Zielwerte der Anlage 1 sind jeweils für alle Ärzte, die Verordnungen in diesen Wirkstoffgruppen/Bereichen 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 aut-idem-Substitution ist aktiver Teil der Qualitätssicherung im Rahmen der zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Informationen an die Verordner.

Qualitätsziele dienen der Information des verordnenden Arztes und sind von der Zielfeldprüfung im Rahmen dieser Vereinbarung ausgenommen.

[5] Das Qualitätszielfeld „Rationaler Einsatz von Antibiotika“ berücksichtigt folgende Diagnosen und Wirkstoffe: (a) Halsschmerz - ausgeschlossene Antibiotika: Pivmecillina; Nitroxolin; Nitrofurantoin / auszuwertende ICD-10: J02.0, J02.8, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, R07.0, J00, J06.0; (b) unkomplizierte Harnwegsinfekte - eingeschlossene ATCs: Pivmecillinam, Nitroxolin, Nitrofurantoin, Fosfomycin-Trometamol, Ciprofloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin / auszuwertende ICD-10: N30.0, N30.8, N30.9, N39.0, N39.9.

Maßnahmen zur Unterstützung der Zielerreichung:

1. Die Krankenkassen(-verbände) und die KVSH streben mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsziele quartalsweise und frühestmöglich die Erstellung der betriebsstättenbezogenen kassenartenübergreifenden Übersichten über die Zielerreichungsgrade an.

2. Die Kassenärztliche Vereinigung informiert die Vertragsärzte, auf Basis der vorhandenen 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/Biosimilars,
   - zu Schrittinnovationen (Me-too-Präparate/Analogpräparate),
   - zu kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen,
   - zu gemeinsam bewerteten Innovationen der Frühen Nutzenbewertung[6],
   - zu Arzneimittel mit Ablauf des Patentschutzes,
   - zu hochpreisigen onkologischen Präparaten,
   - 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 „Moderner Wundversorgung“ inkl. der Schaffung von Preistransparenz,
   - zu Polymedikation im Alter.

   Die Krankenkassen können unterstützen, wenn die notwendigen Steuerungsinformationen nur kassenseitig vorliegen.

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 über Unwirtschaftlichkeiten durch Entlassungsmedikationen nach stationärer Behandlung oder über die Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 115c SGB V durch die Krankenhäuser vor, leiten die Vertragspartner steuernde Maßnahmen ein.

6. Krankenkassen können mit Ärzten gem. § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V abweichende oder über diese Vereinbarung hinausgehende Ziele vereinbaren.

§ 4

[6] Die Abstimmung der Maßnahmen findet im Rahmen der gemeinsamen AG statt.

Zielerreichungsanalyse

1. Die Zielerreichung wird nach Abschluss des Kalenderjahres 2025 anhand der Verordnungsdaten 2025 festgestellt.
2. Die Krankenkassen(-verbände) stellen der Prüfungsstelle die dafür notwendigen Daten zur Verfügung. Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V werden bei Prüfmaßnahmen gemäß § 28 Prüfvereinbarung Berücksichtigung finden.
3. Auf dieser Basis werden die abschließenden Ergebnisse der arztbezogenen Zielfelderreichung festgestellt und anhand der in § 5 dargestellten Systematik Grenzwerte ermittelt.
4. Wirkstoffe, die im Rahmen der Erstattungsvereinbarungen der Frühen Nutzenbewertung zwischen Arzneimittelhersteller und GKV-Spitzenverband als bundesweite Praxisbesonderheiten anerkannt werden sind vorab aus dem Verordnungsvolumen der zu prüfenden Betriebsstätte zu bereinigen.

§ 5
Feststellung der Zielerreichung auf Betriebsstättenebene

1. Bei der Zielfeldüberprüfung werden je individuellem Zielwert Schwellen- oder Grenzwerte vereinbart. Diese durch die Vertragspartner übereinstimmend berechneten Aufgreifkriterien basieren auf den Vertrauensbereichen, welche prospektiv aus den Verordnungsdaten 2023 und 2024 ermittelt wurden. Der Nachforderungsbereich ergibt sich je Zielfeld aus den 3 % der verordnenden Hauptbetriebsstätten inkl. Nebenbetriebsstätten mit der höchsten Zielwertverfehlung. Von den Betriebsstätten die den (modifizierten) Zielwert[7] nicht nachforderungsrelevant verfehlen, erhalten die schlechtesten 2/5 nach individueller Prüfung einen Hinweis. Dabei ist sicher zu stellen, dass Prüfverfahren zielfeldübergreifend pro Prüfzeitraum für maximal 5 % der Ärzte durchgeführt werden (siehe Anlage 3).
2. Die Verordnung von gemäß § 130a Absatz 8 SGB V rabattierten Arzneimitteln wird im Rahmen der Feststellung der Nachforderungen in Biosimilarzielfeldern gemäß Arzneimittelrichtlinie krankenkassen(-verbände)spezifisch berücksichtigt.
3. 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. Starke Verschiebungen bei Preisstruktur und/oder Wirkstoffen innerhalb des Messzeitraumes können bei der Zielfeldprüfung begünstigend Berücksichtigung finden.
4. Verordnet die Hauptbetriebsstätte im Rahmen der Zielvereinbarung signifikant Arzneimittel und werden alle Zielfelder mit einer signifikanten Anzahl von Verordnungen erfüllt, so erfolgt die komplette Befreiung von anderen Auffälligkeitsprüfungen Arznei- und Verbandmittel 2025. Signifikante Verordnung im Rahmen der Zielvereinbarung liegt vor, wenn der Anteil der Verordnungen innerhalb der Zielfelder der Betriebsstätte bezogen auf die Anzahl aller Verordnungen bei mindestens 10 % liegt und die Bruttoverordnungskosten dieser Präparate sich auf mindestens 5 % der Bruttotaxensumme der Hauptbetriebsstätte summieren.
5. Der zielfeldspezifische Vergleichswert für die Bestimmung der Nachforderungsbeträge ist derjenige Zielwert, den die Hälfte der Hauptbetriebsstätten im Hinweisbereich nicht erreicht.

Die Summe der Nachforderungsbeträge innerhalb eines Prüfzeitraumes wird mit Unterschreitungen der vereinbarten Sollgröße (unterhalb 100 %) anderer Auffälligkeitsprüfungen im selben Zeitraum in Euro verrechnet, unabhängig von der Durchführung letzterer. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt durch die Prüfungsstelle. Im Übrigen wird auf die jeweils gültige Prüfvereinbarung gemäß den §§ 106 ff. SGB V verwiesen.

[7] Retrospektiv kann im Rahmen der Zielfeldüberprüfung ein modifizierter Zielwert angewandt werden, insofern der prospektive Zielwert von weniger als drei stark im entsprechenden Zielfeld versorgenden Hauptbetriebsstätten erreicht wurde.

§ 6
Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

Bad Segeberg, den 20. Dezember 2024

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,

Bad Segeberg

Dortmund, den 20. Dezember 2024

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse,

Dortmund

Hamburg, den 20. Dezember 2024

BKK - Landesverband NORDWEST,

Hamburg

Lübeck, den 20. Dezember 2024

IKK - Die Innovationskasse,

Lübeck

Hamburg, den 20. Dezember 2024

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

Kiel, den 20. Dezember 2024

SVLFG als LKK,

Kiel

Kiel, den 20. Dezember 2024

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel

Anlage 1

Zielwerte 2025

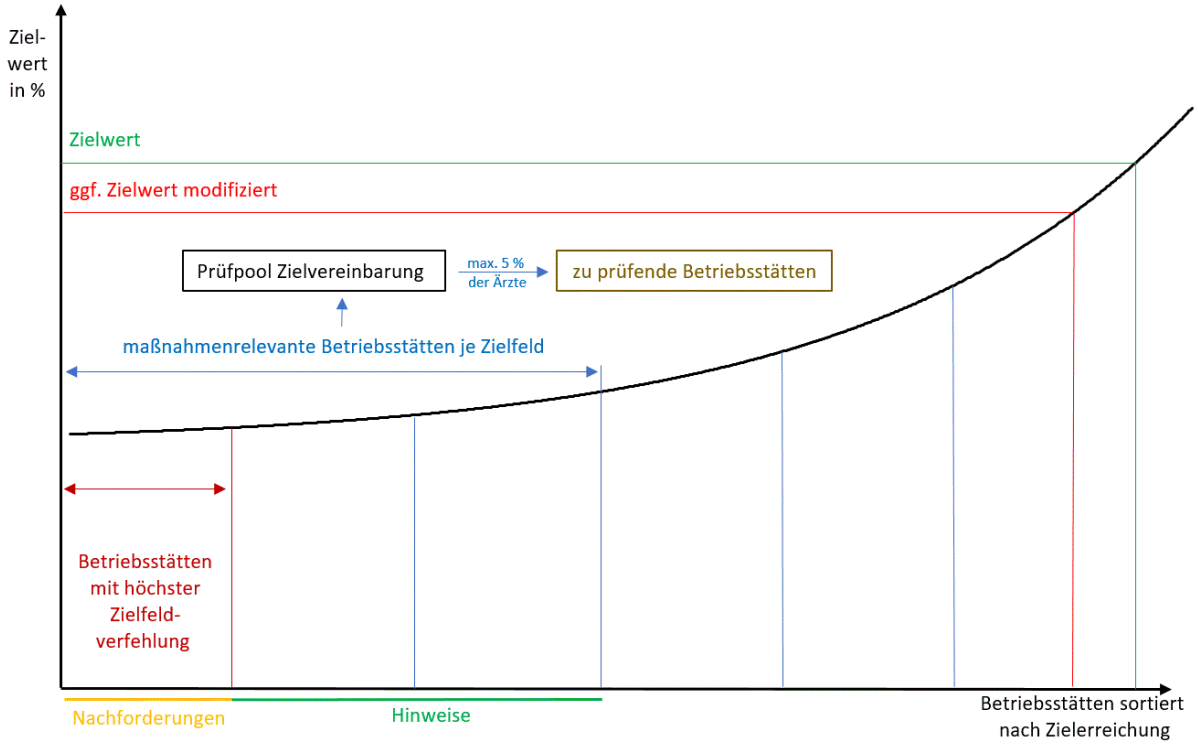
	Wirkstoffgruppe	Zielart	Zielintention	Normwert in Euro	Zielwerte
1	Antidepressiva	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	0,41	80 %
2	ACE-Hemmer, Sartane, Renininhibitoren - Kombinationspräparate	Anteil TThK*	Begrenzung des Anteils Kombinationspräparate mit Kosten oberhalb des Normwertes	0,75	5 %
3	Antidiabetika ohne Insulin	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	2,06	73 %
4	Dasatinib und Bosutinib	Anteil Tagesdosen	Förderung des Generikaanteils		89 %
5	BTM-Opioidanalgetika	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	3,38	70 %
6	Lipidsenker	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	0,78	92 %
7	Blutzuckerteststreifen	Anteil Teststreifen	Förderung der Verordnung von Teststreifen auf Empfehlungslisten der Primär- und Ersatzkassen		75 %
8	Ustekinumab	Anteil Tagesdosen	Förderung des Biosimilaranteils		39 %
9	Teriflunomid	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	23,00	71 %
10	Fingolimod	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	8,00	76 %
11	Direkte Orale Antikoagulantien (DOAK)	Anteil TThK*	Förderung des Anteils Präparate mit Kosten unterhalb des Normwertes	2,88	78 %
12	Analoginsuline[8]	Anteil Tagesdosen	Förderung des Biosimilaranteils		25 %

* Tagestherapiekosten

[8] in Fertipens oder zur Verwendung in Pens, nicht für Insulinpumpen

Anlage 2

Prüf-/Vertrauensbereiche und Nachforderungsberechnung in der Zielfeldprüfung 2025



Die zielfeldspezifischen Vergleichswerte für die Bestimmung der Nachforderungsbeträge werden zielfeldindividuell gemäß § 5 Abs. 5 dieser Vereinbarung bestimmt. Hierfür werden die Betriebsstätten abweichend von der Messung der Zielerreichung nach den tatsächlichen Kosten im Zielfeld sortiert.

Protokollnotiz

zur Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung 2025

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 insbesondere im Rahmen des § 5 Abs. 2 und 5 dieser Vereinbarung Berücksichtigung.

3. Die Vertragspartner verpflichten sich, in gemeinsamer Anstrengung durch flankierende Maßnahmen (z. B. Mitteilungen, Rundschreiben) das Erreichen der Zielwerte zu unterstützen.

4. Die Vertragspartner überprüfen für das Jahr 2026, ob die Vergleichswerte für die Berechnung der Nachforderungshöhe anzupassen sind.

5. Die Prüfungsstelle stimmt Umfang und Inhalt der zu versendenden Hinweise und Maßnahmen der Zielvereinbarung Arzneimittel 2025 zielfeldspezifisch mit den Vertragspartnern ab. Insbesondere gilt dies für Diabetes-Schwerpunktpraxen im Zielfeld Antidiabetika ohne Insulin.

6. Die Durchführung der Zielvereinbarungsprüfung 2025 ist gekoppelt an eine rechtssichere und durch die Prüfungsstelle umsetzbare Lösung im Hinblick auf die mögliche Überschneidung der Begründung von Einzelfallanträgen auf Wirtschaftlichkeit und der Zielfeldprüfung. Dies sollte sicherstellen, dass nicht mehr als 5 % der Ärzte zielfeldgleich geprüft werden.

7. Die Vertragspartner vereinbaren die regelmäßige quartalsweise Information der Praxen über die Zielerreichung. Ziel ist die quartalsweise Versendung der Trendmeldungen maximal 14 Wochen nach Quartalsende: Die Trendmeldung Q3/2024 wird im Februar 2025 versandt, Q1/2025 im Juni 2025 und Q2/2025 im September 2025. Zusätzlich wird im Mai 2025 eine Jahresauswertung 2024 auf Basis der Ziele 2024 versandt. Die Prüfungsstelle erhält die Trendmeldungen und kann diese, je nach Inhalt und Frequenz, bei der Prüfentscheidung, in Absprache mit den Vertragspartnern, berücksichtigen.

Bad Segeberg, den 20. Dezember 2024

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

Dortmund, den 20. Dezember 2024

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse,

Dortmund

Hamburg, den 20. Dezember 2024

BKK - Landesverband NORDWEST,

Hamburg

Lübeck, den 20. Dezember 2024

IKK - Die Innovationskasse,

Lübeck

Hamburg, den 20. Dezember 2024

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

Kiel, den 20. Dezember 2024

SVLFG als LKK,

Kiel

Kiel, den 20. Dezember 2024

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel