

**Vereinbarung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
mit Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein
- im Folgenden KVSH genannt -**

und

**der AOK NORDWEST
- im Folgenden AOK NW genannt -**

Präambel

Arznei- und Verbandmittel sind ein wesentlicher Bestandteil bedarfsgerechter Therapien. Idealerweise sind Verordnungen effektiv, sicher und wirtschaftlich. Häufig werden Auswahlentscheidungen jedoch durch umfassende und zum Teil intransparente Regularien erschwert. Ein IT-gestütztes, hinweisgebendes Verordnungsmanagement innerhalb der Praxisverwaltungssysteme (PVS) sollte die Ärzte bei komplexen Entscheidungen unterstützen. Die Vertragspartner wollen mit diesem Vertrag insbesondere die Aspekte der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung in Schleswig Holstein ausbauen. Die Partner arbeiten dabei eng zusammen und optimieren unter Berücksichtigung des pharmakologischen und technischen Fortschritts und durch das frühzeitige Erkennen von Marktveränderungen die Versorgung der Versicherten. Die Neu- und Weiterentwicklung von Steuerungsmodulen und deren unmittelbarer und flächendeckender Einsatz bei allen Teilnehmern stehen dabei im Vordergrund.

§ 1

Gegenstand, Geltungsbereich und Ziele des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Rechte und Pflichten der Vertragspartner und beschreibt die Rahmenbedingungen für die Durchführung und Ausgestaltung im Geltungsbereich.
- (2) Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages ist der Bezirk der KV Schleswig-Holstein. Der Vertrag gilt für teilnehmende Vertragsärzte gemäß § 2 in dieser Region und für Versicherte der AOK NW, die bei diesen Leistungserbringern in Behandlung sind.
- (3) Ziel des Vertrages ist die Optimierung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung. Dabei werden IT-gestützt Hinweise zur Verordnung gegeben, die im Wesentlichen aus den folgenden Bausteinen bestehen:
 - a) die Abbildung der aktuellen und kassenindividuellen Rabattverträge in übersichtlicher farblicher Darstellung,
 - b) die Möglichkeit einer reinen Wirkstoffverordnung, welche die Verordnung von Wirkstoffen anstelle von Präparaten fördert,
 - c) die Abbildung eines (wirkstoffbezogenen) Medikationskatalogs, in welchem die Mittel der Wahl für versorgungsrelevante Indikationen nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien aufgelistet sind.
- (4) Die Hinweise und Maßnahmen dieses Vertrages sollen insbesondere auch den pharmakologischen Fortschritt berücksichtigen.
- (5) Die Therapiefreiheit des Arztes bleibt erhalten. Zusätzlich ist der Arzt zur Erfüllung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Arzneimittelversorgung entsprechend den einschlägigen rechtlichen Regelungen verpflichtet. Dazu gehört es, die Abgabe von Arzneimitteln, für die Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V bestehen, insbesondere mit Hilfe der Wirkstoffverordnung zu fördern und - soweit nicht medizinisch notwendig - ohne Aut-idem-Kreuz zu verordnen.
- (6) Im zeitlichen Fortschritt dieser Vereinbarung soll auch die Wirkstoffverordnung, ggf. in ausgewählten Indikationsgebieten, eine produktneutrale Verordnung anstelle von Präparaten durch den Arzt vorsehen und die Therapietreue fördern. Das Nähere wird im weiteren Verlauf der Vereinbarung durch den Vertragsausschuss nach § 8 in der Anlage 2 geregelt.

§ 2 Teilnahme

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind die zur vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig Holstein zugelassenen Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen. Kommunale Eigeneinrichtungen und Medizinische Versorgungszentren können für die bei ihnen zur vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte eine Teilnahme beantragen. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag erstreckt sich auf Betriebsstätten, deren Betriebsstättennummer mit „01“ beginnt. Betriebsstättennummern, die mit „0162“ (Anlaufpraxen), „0174“ (insbesondere ermächtigte Krankenhaus-Einrichtungen / Ambulanzen) oder „0176“ (Krankenhausambulanzen) beginnen, sind von einer Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen.
- (2) Teilnehmende Ärzte werden im Folgenden als Vertragsärzte bezeichnet. Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Vertrag ist freiwillig und kann zu jedem Quartalsbeginn mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 1 gegenüber der KVSH erklärt werden. Die Teilnahme beginnt mit dem jeweils nächsten Abrechnungsquartal. Vertragsärzte können eine Beendigung der Teilnahme gegenüber der KVSH zu jedem Quartalsende erklären. Die Beendigung bedarf der Schriftform.
- (3) Die Vertragsärzte verwenden ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziertes Praxisverwaltungssystem (PVS) mit IT-Vertragsschnittstelle, welches während der gesamten Dauer der Teilnahme die Schnittstellenspezifikationen der gevko GmbH Bonn vorhält und dadurch, die von der KVSH und der AOK NW zur Verfügung gestellten, Steuerungsstammdaten in der jeweils aktuellen Fassung nutzt. Die Vertragsärzte führen zudem jeweils zu Quartalsbeginn das vom PVS-Hersteller bereitgestellte Softwareupdate zwingend durch.
- (4) Mit der Teilnahme stimmt der Vertragsarzt der Freischaltung, der zwischen den Vertragspartnern jeweils für das Abrechnungsquartal abgestimmten Steuerungsmodule, zu.
- (5) Die teilnehmenden Vertragsärzte sind darüber hinaus verpflichtet, in ihrem PVS eine von der KBV zertifizierte Arzneimittelstammdatenbank einzusetzen (z.B. ABDATA, ifap MMI etc.).
- (6) Die Vertragsärzte sind zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

§ 3 Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln

- (1) Die Vertragsärzte werden bei einer Teilnahme an diesem Vertrag durch Hinweise zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung innerhalb ihrer jeweiligen Praxissoftware bei der Verordnung von Verband- und Arzneimitteln unterstützt.
- (2) Diese Hinweise dienen der Optimierung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise und informieren die am Vertrag teilnehmenden Ärzte über gegebenenfalls mit Herstellern abgeschlossene Verträge. Diese Informationen sind bei der Verordnung zu berücksichtigen. Die Therapiefreiheit des Arztes bleibt erhalten.

- (3) Die Berücksichtigung der Hinweise sollte bei der Zielerreichung der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung des jeweiligen Jahres förderlich sein.
- (4) Die Mitglieder des Vertragsausschusses nach § 8 werden regelmäßig auf Basis der den Vertragspartnern vorliegenden Verwaltungsdaten über die Wirtschaftlichkeit der Verordnung insgesamt und über die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen der teilnehmenden Ärzte (anonymisiert und wo nötig pseudonymisiert) informiert, um gegebenenfalls Umsetzungsempfehlungen zu diesem Vertrag anzupassen bzw. zu erstellen.

§ 4

Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach den ermittelten Einsparungen. Hieran werden die teilnehmenden Ärzte mit bis zu 50 v.H. beteiligt. Grundsätze der Berechnungen sind in Anlage 4 definiert. Die einzelnen Steuerungsmaßnahmen folgen in den Anlagen 5 ff.
- (2) Nach Vorliegen der Verwaltungs- und Abrechnungsdaten der in Anlage 4 ff. definierten Auswertungszeiträume stellen die Vertragspartner im Vertragsausschuss nach § 8 gemeinsam die Zielerreichung im Rahmen dieses Vertrages fest. Die arztseitige Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnungspositionen nach Anlage 3 ausschließlich im Rahmen der Quartalsabrechnung über die KVSH.
- (3) Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben unberührt. Für Leistungen nach diesem Vertrag dürfen den Versicherten keine Kosten berechnet werden.
- (4) Die KVSH erhebt gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 5

Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein

- (1) Die KVSH publiziert die Inhalte des Vertrags in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen und setzt sich dafür ein, dass Vertragsärzte an diesem Vertrag teilnehmen.
- (2) Die KVSH informiert die Vertragsärzte umfassend und unverzüglich über den Vertragsabschluss und über im weiteren Verlauf vorgenommene Änderungen bzw. Erweiterungen im Rahmen dieses Vertrages. Die KVSH informiert die Vertragsärzte in den unterschiedlichen Landesteilen im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Infoveranstaltungen.
- (3) Die KVSH prüft, ob Ärzte die Teilnahmevoraussetzungen nach § 2 erfüllen. Dies erfolgt einmal zu Beginn der Teilnahme und im Weiteren ggf. bei einem möglichen Wegfall einzelner Voraussetzungen. Liegen die Voraussetzungen nicht mehr vor, ist die Teilnahme von der KVSH zu beenden und dem Vertragsarzt und der AOK NW mitzuteilen bzw. anzuzeigen.
- (4) Die KVSH führt die kassenseitige Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der AOK NW durch. Die Leistungen werden von der KVSH kassenseitig im KT-Viewer unter dem Konto 400 bis zur 6. Ebene ausgewiesen.

- (5) Die KVSH liefert der AOK NW auf Anfrage ein Verzeichnis der teilnehmenden Vertragsärzte (quartalsbezogen mit BSNR und LANR).

§ 6

Aufgaben der AOK NORDWEST

- (1) Die AOK NW verpflichtet sich, die jeweils aktuellen Arzneimittelsteuerungsinformationen den PVS-Herstellern schnittstellenkonform zur Verfügung zu stellen. Die Inhalte sind dabei im Vorfeld mit der KVSH unter Hinzuziehung des Lehrstuhls Allgemeinmedizin am UKSH-Campus Lübeck abzustimmen. Nur geeinte Inhalte gelangen zur Umsetzung.
- (2) Die AOK NW beauftragt dazu die gevko GmbH Bonn mit der Beratung, der technischen Vertragsumsetzung und der laufenden technischen Betreuung des Vertrags.
- (3) Die AOK NW trägt hierfür die Kosten.
- (4) Die AOK NW verpflichtet sich, die nach diesem Vertrag vereinbarten und erbrachten ärztlichen Leistungen im Rahmen der Honorarabrechnung der KVSH zu vergüten.

§ 7

Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die jeweils geltenden Bestimmungen zum Datenschutz einzuhalten, insbesondere arztbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Versichertenbezogene Daten werden ausschließlich anonymisiert erhoben. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (2) Durch die Verwendung der Vertragsschnittstelle gemäß § 3 werden keine Daten durch das PVS erhoben, abgeführt und/oder an die Vertragspartner oder Dritte übermittelt.
- (3) Absatz 1 gilt für alle Daten der PVS.

§ 8

Evaluation und Vertragsausschuss

- (1) Für diesen Vertrag wird ein **Vertragsausschuss** eingerichtet. Dieser überprüft insbesondere die Leistungserbringung und Zielerreichung nach diesem Vertrag.
- (2) Die Zusammensetzung und Aufgaben des **Vertragsausschusses** sind in **Anlage 2** geregelt.

§ 9

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

§ 11

Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.04.2020 in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende 31.03. und 30.09. eines jeden Jahres, frühestens zum 31.03.2021, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

Bad Segeberg, Dortmund, 31.03.2020

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig Holstein

Frau Dr. Schliffke
1. Vorsitzende des Vorstandes



AOK NORDWEST

Herr Ackermann
Vorstandsvorsitzender

Abteilung Struktur und Verträge

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 263

@ timo.emcke@kvsh.de

**Anlage 1****Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V**

Ich stelle den Antrag für mich ☐	für meinen angestellten Arzt ¹ ☐
Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)	Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:
Vorname: _____	Vorname: _____
Zuname: _____	Zuname: _____
Praxisanschrift	Privatanschrift
PLZ, Ort: _____	PLZ, Ort: _____
Straße: _____	Straße: _____
LANR: _____	LANR: _____
☎ _____	☎ _____
☐ _____	☐ _____
@ _____	@ _____

Tätig in:	Zulassung ☐	
	Anstellung ☐	ab dem: _____
	Ermächtigung ☐	

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	Ich erfülle die nachfolgenden Voraussetzungen: ☞ Nutzung eines Praxisverwaltungssystems, das die Inhalte der Verordnungsmodule nach dieser Vereinbarung beinhaltet.
Allgemeine Hinweise	☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Ich bestätige, hiermit die Vereinbarung erhalten und den Inhalt einschließlich Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Weitergabe meiner Daten im Rahmen des Vertrages und dessen Abrechnung/Evaluierung/Bewerbung durch die KVSH und die AOK NORDWEST zu.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

Anlage 2

Zusammensetzung und Aufgaben des Vertragsausschusses

Unter den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, den Vertrag aktiv zu begleiten.

Die Vertragspartner entsenden im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung des Vertrages jeweils bis zu drei Vertreter in einen Vertragsausschuss, welcher Empfehlungen zur Weiterentwicklung dieser Vereinbarung ausspricht.

Die Empfehlungen des Ausschusses werden von den Vertragspartnern bei der Umsetzung berücksichtigt. Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses gehören insbesondere

- die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen dieses Vertrages,
- die Begleitung der Umsetzung des Vertrages sowie die Bewertung der Abrechnungsergebnisse und Analyse der Verordnungskosten,
- die Feststellung der Zielerreichung,
- die Festsetzung der Höhe der zur Ausschüttung kommenden Beträge je einzelner Steuerungsmaßnahme und insgesamt,
- die Erstellung von Umsetzungsempfehlungen sowohl für bereits bestehende Steuerungsmaßnahmen als auch für neu einzuführende.

Die Vertragspartner dürfen zur gemeinsamen Erarbeitung der Empfehlungen nach diesem Vertrag externe Berater, zum Beispiel Ärzte bzw. Mitarbeiter des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins Campus Lübeck (UKSH) oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Nord (oder dessen Nachfolger), hinzuziehen. Die Namen dieser externen Berater sind jeweils vor den Sitzungen des Vertragsausschusses dem jeweils anderen Vertragspartner mitzuteilen.

Der Ausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens jeweils ein Vertreter der KVSH sowie der AOK NW anwesend sind. Die Entscheidungen erfolgen stets einvernehmlich.

Sitzungen werden auf Antrag eines Vertragspartners von der KVSH schriftlich einberufen. Die Sitzungen finden grundsätzlich bei der KVSH statt.

Anlage 3

(Modulspezifische) Pseudogeührenordnungspositionen

99930A	Zusatzvergütung für die Einbindung der PVS-Vertragsschnittstelle
99930B	Zusatzvergütung für VKA-Einsatz (MODUL VKA)
99930C	Zusatzvergütung für DOAK-Anteile (MODUL DOAK)

Anlage 4

Berechnung von Einsparungen

Einsparungen werden grundsätzlich halbjährlich über einen sogenannten „dynamischen“ Vergleich zwischen einem Arzt und seiner Fachgruppe, gemessen am modul-spezifischen Arzneimittel-Fallwert, berechnet. Kennzeichen des „dynamischen“ Vergleichs der Fallwerte ist, dass hierbei Fallwert-Entwicklungen im Zeitablauf miteinander verglichen werden. Der Arzt wird mit der seiner Vergleichsgruppe, wobei letztere den Maßstab vorgibt, verglichen. Dem Arzt wird dabei bereits dann eine Einsparung zugestanden, wenn sein Fallwert (FW) einen besseren Verlauf genommen hat als der seiner Vergleichsgruppe.

Sofern in den folgenden Anlagen nichts Abweichendes vereinbart wird, gelten die folgenden Grundsätze:

Ärzte werden über ihre Lebenslange Arztnummer (LANr) identifiziert. Berücksichtigt werden teilnehmende Ärzte im Bezirk der KVSH. Die zugrunde liegende Fachgruppensystematik der insgesamt zu beteiligten Ärzte folgt der Anlage 1 der jeweils gültigen MRG-Vereinbarung für Arznei- und Verbandmittel.

Der Fallwert wird als Quotient aus dem Nettowert einer oder mehrerer Arzneimittel-Verordnung(en) und der dazugehörigen Arzneimittel-Fallzahl ermittelt.

Der Nettowert basiert auf dem Bruttowert einer Arzneimittel-Verordnung zu Apothekenverkaufspreisen (inklusive Mehrwertsteuer), von dem alle gesetzlichen und vertraglichen Arzneimittel-Rabatte sowie die Patientenzuzahlungen abgezogen werden. Dies beinhaltet die Vertragsrabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V, welche ggf. auch pauschaliert in Abzug gebracht werden.

Die Fallzahl ist definiert als die Anzahl der Patienten mit Arzneimittel-Verordnungen, die in einem bestimmten Zeitraum von einem Arzt oder einer Gruppe von Ärzten behandelt wurden. Fälle von Arztbesuchen, bei denen es zu keinen Arzneimittel-Verordnungen kommt, finden keinen Eingang in die Berechnung des Fallwerts.

Der Abrechnungszeitraum, der den Rezepten zugeordnet wurde, legt die Zuordnung zu den der Berechnung zugrunde liegenden Quartalen fest.

Die Berechnung der Fallwerte wird wie folgt vorgenommen:

Die Fallzahlen werden pro Quartal und Arzt in der Art ermittelt, dass ein- und derselbe Patient pro Quartal und Arzt immer nur als ein Fall zählt, ganz gleich wie oft er im betreffenden Quartal ein- und denselben Arzt aufgesucht hat und wie viele (verschiedene) Arzneimittel er dabei verordnet bekommen hat. Der Fallwert der FG wird hier als gewichteter Durchschnitt aus den einzelnen Fallwerten aller Ärzte der FG gebildet. Die Gewichtung erfolgt ggf. auf Basis der Fallzahlen oder anderen Stammdaten.

Das Spektrum der Arzneimittel, die in die Berechnung/Evaluation Eingang finden, ist beschränkt auf die Steuerungsmodule, die Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

Als Datenbasis für die Berechnung der Einsparungen (Evaluation) dienen die nach § 300 SGB V erhobenen Abrechnungsdaten der Apotheken und weiterer Stellen der AOK NW (inklusive des Zusatz-Datensatzes der Rezepturen). Dabei werden

regelmäßig ungeprüfte Daten herangezogen. Der Einsatz einer speziellen Software ist dabei nicht vorgesehen.

Die Größen zur Berechnung der Einsparung lauten:

t_0 = Vergleichszeitraum (-halbjahr)

t_1 = Bewertungszeitraum (-halbjahr)

Fallwert der FG im Zeitraum t_0 = $FW_{FG}^{t_0}$

Fallwert der FG im Zeitraum t_1 = $FW_{FG}^{t_1}$

Fallwert des Arztes im Zeitraum t_0 = $FW_A^{t_0}$

Fallwert des Arztes im Zeitraum t_1 = $FW_A^{t_1}$

Die Formel zur Berechnung der Einsparung pro Fall lautet:

$$FW_A^{t_1} - (FW_A^{t_0} + FW_A^{t_0} * (FW_{FG}^{t_1} - FW_{FG}^{t_0}) / FW_{FG}^{t_0})$$

Um bei den Vergleichsberechnungen eventuelle Benachteiligungen einzelner Ärzte beispielsweise durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Patienten zu vermeiden, werden die Einsparungen bei jedem Arzt nach Altersgruppen differenziert berechnet, indem die Fallwerte des Arztes und der Vergleichsgruppe getrennt für jede Altersgruppe berechnet und miteinander verglichen werden. Dabei kommen die Altersklassen analog des vereinheitlichten Satzformates zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-ARZ-AM der ITSG (0 = unbekannt, 1 = 0 - 15 Jahre, 2 = 16 - 49 Jahre, 3 = 50 - 64 Jahre, 4 = ab 65 Jahre) zur Anwendung.

Die Einsparungen werden immer für ganze Halbjahre ermittelt. Dabei wird zwischen Sommer- und Winterhalbjahren unterschieden. Ein Sommerhalbjahr umfasst die Monate April bis September, ein Winterhalbjahr die Monate Oktober bis März.

Der oder die Anteile an den erzielten Einsparungen, die zur Ausschüttung kommen sollen, werden vom Vertragsausschuss nach § 8 festgestellt.

Anlage 5

Modul: Zusatzvergütung für VKA-Einsatz (VKA Modul)

Eines der Ziele dieser Vereinbarung ist es, bei der Verordnung von Antikoagulantien (Gerinnungshemmer; ATC B01A), verstärkt die wirtschaftlicheren Vitamin-K-Antagonisten (VKA; ATC B01AA) einzusetzen.

Als Vitamin K-Antagonisten (VKA) werden die Wirkstoffe Warfarin und Phenprocoumon definiert. Nach den derzeitigen Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft („Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern“, 2. Auflage, September 2016, AkdÄ) sollten die VKA eingesetzt werden bei Patienten,

- die mit VKA gut einzustellen sind beziehungsweise,
- deren International Normalized Ratio (INR) unter bereits bestehender Therapie mit VKA stabil im therapeutischen Bereich liegt (INR > 70 % der Zeit im therapeutischen Bereich),
- mit unsicherer Adhärenz,
- mit einem hohen Risiko für gastrointestinale Blutungen (zum Beispiel bei Ulcus ventriculi oder duodeni, Ösophagusvarizen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Divertikulitis),
- mit schwerer Nierenfunktionseinschränkung ($\text{CrCl} < 30 \text{ ml/min}$),
- im Fall von Edoxaban mit einer normalen Nierenfunktion (laut FDA $\text{CrCl} > 95 \text{ ml/min}$ Kontraindikation),
- die Arzneimittel einnehmen, für die als Inhibitoren oder Induktoren von Cytochrom-P450-3A4 (CYP3A4)- und P-Glykoprotein- (P-gp)-Wechselwirkungen beschrieben sind, so dass laut Fachinformationen eine gleichzeitige Behandlung kontraindiziert ist oder vermieden werden sollte (darunter Dronedaron, Amiodaron, Ciclosporin, Hypericin, Carbamazepin, Azol-Antimykotika, HIV-Proteaseinhibitoren, Verapamil, Clarithromycin),
- mit mechanischen Herzklappen.

Des Weiteren sind gemäß der derzeitigen Empfehlungen VKA unter folgenden Bedingungen zu präferieren:

- Multimedikation (> 5 Arzneimittel): Klinisch relevante Wechselwirkungen zwischen anderen Arzneimitteln und DOAK sind bisher nur eingeschränkt bekannt und können wegen der fehlenden Möglichkeit von Laborkontrollen nicht erfasst werden.
- Mäßige Nierenfunktionseinschränkung ($\text{CrCl} 30\text{-}50 \text{ ml/min}$): Dosisreduktion erforderlich bei Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban, nicht bei Apixaban)
- Zusätzliche Indikation für eine einfache und vor allem für eine duale Thrombozytenaggregationshemmung.

Künftige Änderungen der Empfehlungen der AkdÄ für den VKA-Einsatz sollen von den Vertragsärzten berücksichtigt werden, ohne dass hierfür eine Vertragsänderung vorgenommen werden muss.

Bei der VKA-Therapie muss der angestrebte Laborzielwert der Gerinnung regelhaft überprüft werden. Zudem bedingen VKA einen erhöhten Beratungs- und Schulungsbedarf. Dieser erhöhte Betreuungsaufwand wird in diesem Vertrag zusätzlich vergütet.

Zur Zielerreichung sollen die an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte für jeden VKA-Patienten eine Zusatzvergütung erhalten. Dabei knüpft die Selektion an eine PZN-Liste an, die möglichst zeitnah am Bewertungszeitraum insbesondere auf Basis des ATC gebildet wird.

Zur Feststellung, ob es einem Arzt gelungen ist, die Zahl seiner VKA-Patienten im Zeitverlauf zu steigern, werden dessen VKA-Fallzahlen in einem Sommer- oder Winterhalbjahr ermittelt und mit denen des entsprechenden Sommer- oder Winterhalbjahres aus dem Vorjahr verglichen. Eine Steigerung liegt dann vor, wenn die Zahl der VKA-Patienten per Saldo um mindestens einen gestiegen ist. Bleibt die Zahl gleich, wird dies „Halten“ genannt. Ist weder das eine noch das andere der Fall, liegt ein Rückgang vor.

Im Falle einer Steigerung oder des Haltens wird die Zusatzvergütung zu 100 % ausgeschüttet, im Falle eines Rückgangs dagegen nur zu 20 %. Die Höhe ist als Zusatzvergütung pro VKA-Patient jährlich vom Vertragsausschuss nach § 8 im Nachhinein festzulegen und soll sich an den erzielten Einsparungen orientieren. Wurden in der Summe aller teilnehmenden Ärzte keine Einsparungen erzielt, können auch keine Vergütungen ausgeschüttet werden. In den Fällen, in denen eine Auszahlung vorgesehen ist, wird bei der Berechnung der an den Arzt auszuzahlenden Summe die Gesamtzahl seiner VKA-Patienten im Bewertungshalbjahr herangezogen, sofern eine Mindestanzahl von VKA-Patienten nicht unterschritten wird. Sollte das der Fall sein, wird die Zusatzvergütung versagt. Die Mindestanzahl wird ebenfalls vom Vertragsausschuss im Nachhinein festgelegt.

Die Zahl der VKA-Patienten wird pro Quartal und Arzt in der Art ermittelt, dass ein- und derselbe Patient pro Quartal und Arzt immer nur als ein Fall zählt, ganz gleich wie oft er im betreffenden Quartal bei ein- und demselben Arzt war und wie viele (verschiedene) VKA-Präparate er dabei verordnet bekommen hat. Die zeitliche Zuordnung erfolgt über den Abrechnungszeitraum.

Die für die Quartale eines Halbjahres errechneten Fallzahlen werden zu Halbjahres-Fallzahlen addiert. Die Halbjahres-Fallzahlen aus dem Bewertungszeitraum werden dann mit denen aus dem Vergleichszeitraum des Vorjahres verglichen, um die Höhe der Zusatzvergütung berechnen zu können.

Die Größen zur Berechnung der Zusatzvergütung lauten:

t_0 = Vergleichszeitraum (-halbjahr)

t_1 = Bewertungszeitraum (-halbjahr)

VKA-Fallzahl des Arztes im Zeitraum t_0 = $FZ_A^{t_0}$

VKA-Fallzahl des Arztes im Zeitraum t_1 = $FZ_A^{t_1}$

Auszahlungsbetrag pro VKA-Patient = ApP

Die Formel zur Berechnung der Zusatzvergütung lautet:

$FZ_A^{t1} * ApP * 100 \% \mid \text{bei } (FZ_A^{t1} - FZ_A^{t0}) > 0$

$FZ_A^{t1} * ApP * 20 \% \mid \text{bei } (FZ_A^{t1} - FZ_A^{t0}) \leq 0$

Anlage 6

Modul: Steuerung der DOAK-Anteile (DOAK-Modul)

Ziel ist es bei der Verordnung von direkten oralen Antikoagulantien (DOAK; ATC B01AE/B01AF) verstärkt die wirtschaftlicheren unter ihnen einzusetzen. Als direkte orale Antikoagulantien (DOAK) werden die Wirkstoffe Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban und Dabigatran definiert. DOAKs, die zukünftig für den deutschen Markt zugelassen werden, werden automatisch ab dem Tag der Aufnahme in den IFA-Datenbestand in die definierten Wirkstoffe der DOAK-Verordnungen einbezogen.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden DOAK-Präparate mittels Farben klassifiziert, deren Verordnungsanteile und Quoten für teilnehmende Ärzte berechnet. Bei Erreichen oder Überschreiten einer Ziel-Quote wird ein Teil der von den Ärzten erzielten Einsparungen bei den Antikoagulantien an diese ausgezahlt.

Niedrig dosierte Rivaroxaban-Präparate bis 2,5 mg sind ausgenommen.

Um einen Zielkonflikt mit dem verstärkten Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten (VKA; ATC B01AA) zu vermeiden, sollen auch diese neben den o.g. DOAK-Präparaten eine eigene Gruppe bilden, die zur Quotenbildung beiträgt.

Die Farben, mittels derer die Klassifizierung erfolgen soll, sind die sog. „Ampelfarben“ grün, gelb und rot. Grün ist erste, gelb zweite und rot dritte Wahl.

Die Zuordnung der DOAK-Präparate zu den Klassen wird vom Vertragsausschuss nach § 8 im Voraus vorgenommen. Sie richtet sich grundsätzlich nach der Höhe der Tagestherapiekosten, die für alle ausgewählten Präparate zu einem Stichtag, der möglichst zeitnah vor oder am Anfang des Bewertungszeitraums liegen soll, ermittelt und in eine Reihenfolge untereinander gebracht werden. Die Klassifizierung erfolgt mit gleicher Einstufung wie zuvor.

Bei der Quotenbildung werden alle Präparate der gleichen Farbeinstufung zu einer Klasse zusammengefasst. Darüber hinaus können bei der Zielformulierung auch Klassen zusammengefasst werden.

Die Quotenbildung erfolgt durch Berechnung von Verordnungsanteilen, die pro Halbjahr auf Basis von Patientenzahlen je Arzt errechnet werden.

Ein Patient kann dabei pro Halbjahr und Arzt immer nur einer Farbe oder Klasse zugeordnet werden. Hat ein Patient von einem teilnehmenden Arzt in einem Halbjahr mehrere Präparate verordnet bekommen die verschiedenen Klassen angehören, so wird er der Klasse zugeordnet, zu der das Präparat gehört, das er zuletzt verordnet bekommen hat, unabhängig davon, wie häufig er dieses oder Präparate anderer Klassen zuvor im Halbjahr verordnet bekommen hat. Die zeitliche Zuordnung einer Verordnung zu einem Halbjahr erfolgt über das Verordnungsdatum.

Dabei knüpft die Selektion entweder direkt an die ATC-Codes, die Gegenstand dieser Vereinbarung sind an, oder an PZN-Listen, die möglichst zeitnah zum Bewertungszeitraum auf Basis dieser ATC gebildet werden.

Die Quote wird für jedes Quartal eines Halbjahres getrennt errechnet, indem die Anzahl der Patienten der Klasse oder Klassen, die in der Zielvorgabe als Zielklasse oder –klassen benannt sind, dividiert wird durch die Anzahl aller Patienten eines

Arztes, die von diesem DOAK- oder VKA-Präparate verordnet bekommen haben. Die Quartalsquoten werden nach Patientenzahlen pro Halbjahr zu Halbjahresquoten zusammengefasst.

Der Vertragsausschuss nach § 8 legt für jedes Halbjahr im Voraus eine Soll-Quote fest. Es können auch mehrere, nach Fachgruppen differenzierte Quoten, festgelegt werden.

Jährlich wird durch den Vertragsausschuss zudem eine Ziel- bzw. Sollvorgabe für einen Erfüllungsgrad festgelegt, der zur Bildung des Pools der Ärzte herangezogen wird, die an den Einsparungen beteiligt werden sollen. Ärzte, die diese Soll-Quote(n) erfüllen, werden an den Einsparungen beteiligt, indem Teile der im gleichen Zeitraum erzielten Einsparungen an sie zur Auszahlung gelangen. Ein Arzt, der seine Soll-Quote(n) erfüllt hat, partizipiert auch von den Einsparungen, die andere Ärzte erzielt haben. Bei dieser Variante muss im Vertragsausschuss nach § 8 jeweils auch ein modulspezifischer Verteilungsschlüssel festgelegt werden, der die Verteilung des Teils der gesamten Einsparungen regelt, die zur Ausschüttung kommen sollen.

Etwaige Zusatzvergütungen an den Arzt für VKA-Arbeit sind vorab in Abzug zu bringen. Dabei werden arztindividuell nur die Zusatzvergütungen angerechnet, die jedem einzelnen Arzt für seine VKA-Patienten zugestanden wurden.

Für den Fall, dass nach Abzug der Zusatzvergütungen der Saldo negativ ist, stellen die Vertragspartner sicher, dass die Einsparungen der einzelnen Module angemessen Berücksichtigung finden.