Wirkstoffvereinbarung vom 01.01.2020

= Lesefassung in der Fassung des 5. Nachtrags ab 01.10.2023 =

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
nachstehend als „KVB“ bezeichnet

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

dem BKK Landesverband Bayern,
nachstehend als „Landesverband“ bezeichnet

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als landwirtschaftliche Krankenkasse,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München -,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der IKK classic,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

und

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Gemeinsamer Bevollmächtigter der Ersatzkassen
mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek – Landesvertretung Bayern

nachstehend alle als Krankenkassen bezeichnet, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist.

I. Präambel

Die Vertragspartner schließen auf der Rechtsgrundlage des § 106b SGB V und zur Umsetzung der jeweils geltenden Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V nachfolgende Vereinbarung.

II. Grundsätze

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Diese Wirkstoffvereinbarung gilt für alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Als Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen (Medizinische Versorgungszentren), ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie sämtliche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften aus diesen Gruppen (im folgenden Vertragsarzt genannt). Einbezogen werden alle Vertragsärzte, die einer der in Abs. 2 genannten Vergleichsgruppen angehören. Die Zuordnung der Vertragsärzte zu den Vergleichsgruppen erfolgt anhand der letzten beiden Stellen der neunstelligen Arztnummer gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. Abweichungen im Einzelfall zur Zuordnung der Vertragsärzte, die auf eine Entscheidung der Zulassungsgremien zurückgehen, werden zwischen den Vertragspartnern abgestimmt. Dies gilt auch für in fach- und/oder bereichsübergreifenden (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften bzw. in Medizinischen Versorgungszentren tätige zugelassene und angestellte Ärzte. Innerhalb dieser (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dieses Medizinischen Versorgungszentrums werden die Arzneimitteldaten der Vertragsärzte identischer Vergleichsgruppen aggregiert. Bei Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Medizinischen Versorgungszentren werden die Verordnungswerte der fach- bzw. bereichsgleichen Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Vergleichsgruppe zusammengefasst.

(2) Die Vergleichsgruppen im Sinne dieser Vereinbarung entsprechen den Prüfgruppen, die in Anlage 2 Abschnitt 2b der Prüfungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung (nachfolgend PV genannt) geregelt sind. Inhaltlich unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht. Die unterschiedliche Namensgebung ist alleine durch die thematische Zuordnung zur Steuerung (Vergleichsgruppen) und zur Prüfung (Prüfgruppen) bedingt.

(3) Diese Vereinbarung gilt nicht für die Verordnung von Sprechstundenbedarf, sofern die Vertragspartner nichts anderes vereinbaren.

III. Steuerung der Verordnungsweise

§ 2 Information der Vertragsärzte

(1) Die Vertragspartner streben an, durch eine frühzeitige, umfassende und zielgerichtete Information und Beratung den Vertragsärzten zu einer Veränderung ihres Verordnungsverhaltens zu verhelfen, um Nachforderungsbeträge wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise zu vermeiden.

(2) Die KVB informiert die Vertragsärzte gem. § 6 Abs. 1 nach Ablauf eines jeden Verordnungsquartals auf Basis der Frühinformationsdaten (§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) über die nach § 3 vereinbarten und in Anlage 2 aufgeführten Verordnungsziele und die jeweils erreichten Istwerte in Relation zu den Zielwerten. Die Zuordnung der Verordnungen zum jeweiligen Verordnungsquartal erfolgt im Rahmen des Abschnittes III dieser Vereinbarung nach dem Abrechnungsmonat und im Rahmen des Abschnittes IV dieser Vereinbarung nach dem Verordnungsmonat. Die Information nach Satz 1 erfolgt nach dem Muster gemäß Anlage 3, das während der Laufzeit der Vereinbarung sowohl hinsichtlich des Layouts als auch der Inhalte einvernehmlich geändert werden kann. Die KVB stellt den Krankenkassenverbänden für jedes Verordnungsquartal ihre Informationsschreiben zur Wirkstoffvereinbarung an die Vertragsärzte als Muster zur Verfügung.

(3) Für den Fall, dass die Krankenkassen aufgrund ihrer eigenen Frühinformationsdaten substantielle Abweichungen zu den auf Basis der von der KVB verwendeten Frühinformationsdaten errechneten Ergebnissen feststellen, analysieren die Vertragspartner die Abweichungen und verständigen sich auf eine einvernehmliche Lösung für die Zukunft.

§ 3 Ziele

(1) Die Vertragspartner vereinbaren Verordnungsziele mit dem Zweck, das Verordnungsverhalten der Vertragsärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise positiv zu beeinflussen.

(2) Dazu bestimmen die Vertragspartner für Vergleichsgruppen von Vertragsärzten Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen, nachfolgend Wirkstoffgruppen genannt, sowie geeignete Messgrößen für die Wirtschaftlichkeit der Auswahl der Arzneimittel innerhalb von Wirkstoffgruppen oder geeignete Messgrößen für die Wirtschaftlichkeit der verordneten Mengen innerhalb von Wirkstoffgruppen (Verordnungsziele). Die Verordnungsziele gliedern sich insbesondere in Generikaziele, Leitsubstanzziele und Mengenziele.

Die Verordnungsziele sind in Anlage 2 geregelt. Besonderheiten bei der Bestimmung von Wirkstoffgruppen, Messgrößen, Wirtschaftlichkeitsfaktoren und bei der Zielerreichungskontrolle sind in Anlage 7 geregelt.

(3) Die Verordnungsziele nach Anlage 2, die Besonderheiten nach Anlage 7 und die Praxisbesonderheiten nach Anlage 8 sind von den Vertragspartnern mindestens jährlich zu

überprüfen und ggfs. anzupassen. Die Vertragspartner legen fest, ab welchem Verordnungsquartal die jeweilige Anpassung in Kraft tritt. Solange die Vertragspartner keine neuen Ziele festlegen, gelten die bisher vereinbarten – ggf. nach Abs. 4 angepassten – Ziele fort.

(4) Die Vertragspartner passen die Verordnungsziele und Praxisbesonderheiten an, soweit neue Gegebenheiten, insbesondere eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der Markteintritt von für die Versorgung relevanten Arzneimitteln, das Auslaufen von Patenten, der Abschluss bzw. der Wegfall von Rabattverträgen eine Änderung erforderlich machen. Die Anpassung kann auch unterjährig und auch rückwirkend erfolgen. Eine Rückwirkung darf für den Vertragsarzt nicht zu einer Verböserung führen. Für die Anpassung der Verordnungsziele verwenden die Vertragspartner die Frühinformationsdaten gemäß § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V der KVB. Die KVB stellt diese Daten den Vertragspartnern zur Verfügung

§ 4 Wirkung bei Erreichung globaler Vergleichsgruppenziele

(1) Wird von einer Vergleichsgruppe das globale Vergleichsgruppenziel gem. Abs. 3 erreicht, entfällt für alle Vertragsärzte dieser Vergleichsgruppe, die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 9 nicht erfüllen, im betreffenden Verordnungsquartal eine Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV.

(2) Die Erreichung der globalen Vergleichsgruppenziele wird quartalsweise auf Basis der Frühinformationsdaten der KVB (Datenbasis: § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) festgestellt. Dabei werden die Verordnungsdaten aller in den Anwendungsbereich dieser Vereinbarung einbezogenen Vertragsärzte und Verordnungsziele betrachtet. § 2 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Das globale Vergleichsgruppenziel einer Vergleichsgruppe gilt als erreicht, wenn das entsprechend § 5 Abs. 3 bis 6 ermittelte Gesamtergebnis für die von den Vertragsärzten der Vergleichsgruppe in den jeweils geltenden Verordnungszielen insgesamt verordneten Arzneimittel einen Wert von 1 oder mehr ergibt und gleichzeitig von der Vergleichsgruppe das globale Mengenziel nach Abs. 4 eingehalten wurde. Für die Berücksichtigung von Mengenzielen beim Gesamtergebnis nach Satz 1 gilt als Zahl der Verordnungsfälle der Vergleichsgruppe die Summe der nach § 5 Abs. 4 Satz 4 ermittelten Anzahlen von Verordnungsfällen der einzelnen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe.

(4) Als globales Mengenziel einer Vergleichsgruppe gilt eine Ausweitung der Gesamtmenge der von den Vertragsärzten der Vergleichsgruppe in den Verordnungszielen verordneten Arzneimittel in DDDs je Verordnungsfall von maximal 5 % zum Vorjahresquartal. In den Vergleich gehen nur die Verordnungsmengen der Wirkstoffgruppen (ATC-Codes nach Anlage 2 dieser Vereinbarung) ein, die in beiden Verordnungsquartalen von dieser Wirkstoffvereinbarung umfasst waren. Mengenänderungen, die aus zwischenzeitlichen Änderungen der von den Verordnungszielen umfassten Wirkstoffgruppen resultieren, können von den Vertragspartnern im Einvernehmen rechnerisch berücksichtigt werden. Als Zahl der Verordnungsfälle der Vergleichsgruppe gilt die Summe der nach § 5 Abs. 4

Satz 4 für das jeweilige Verordnungsquartal ermittelten Anzahlen von Verordnungsfällen der einzelnen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe.

(5) Die Feststellung, ob in einem Quartal die globalen Vergleichsgruppenziele nach Abs. 3 einschließlich der globalen Mengenziele der Vergleichsgruppen nach Abs. 4 erreicht wurden, erfolgt nach den Bestimmungen dieses Absatzes.

Die KVB ermittelt für jedes Verordnungsquartal aus den Verordnungsdaten nach Abs. 2 die nachfolgend genannten Werte und liefert sie innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Verordnungsquartals an die Krankenkassen:

- Je Vergleichsgruppe, Verordnungsziel und Kategorie nach Anlage 2, für die vom Verordnungsziel umfassten Arzneimittel:
  Anzahl der DDDs, Summe der Bruttokosten.

- Je Vergleichsgruppe – für das betreffende Verordnungsquartal und das jeweilige Vorjahresquartal –, für die von der Wirkstoffvereinbarung insgesamt umfassten Arzneimittel:
  Zahl der Verordnungsfälle nach Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 Satz 3 (Summe der Anzahlen von Verordnungsfällen der einzelnen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe).

Nach Vorliegen der vorgenannten Daten stellen die Vertragspartner gemeinsam fest, ob die in Satz 1 genannten Ziele erreicht wurden. Sie beauftragen einen der Vertragspartner, die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V über die gemeinsam getroffenen Feststellungen zu informieren.

§ 5 Arztindividuelle Zielerreichungsfeststellung

(1) Nach Abschluss jedes Verordnungsquartals wird für alle Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung arztindividuell festgestellt, ob die einbezogenen Verordnungsziele erreicht wurden.

(2) Ein Verordnungsziel wird nur dann in die Zielerreichungsfeststellung einbezogen, wenn der Vertragsarzt im Verordnungsquartal die betreffenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Eine relevante Häufigkeit liegt dann vor, wenn mindestens die in Anlage 2 ausgewiesenen DDD-Mengen verordnet wurden.

(3) Zur Feststellung der Zielerreichung werden zunächst die für jede Kategorie (z.B. rabattierte Generika) vereinbarten Punkte je verordneter DDD des Verordnungsziels aufsummiert. Die Punktesumme wird durch die Anzahl der verordneten DDDs des Verordnungsziels dividiert. Das Ergebnis wird in Prozent des rechnerischen Höchstwertes von 1,00 Punkten pro DDD bei Ziel 35 bzw. 1,50 Punkten pro DDD bei allen übrigen Zielen ausgewiesen.

Der sich daraus ergebende Istwert wird mit dem Zielwert verglichen. Ein Verordnungsziel wird dadurch erreicht, dass der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vereinbarten Zielwert des Verordnungsziels erreicht bzw. überschreitet.

Beispiel Generikaziel mit Zielwert 74,00 %:

	1.000 DDDs rabattierte Generika:	1.000 x 1,50 Punkte =	1.500 Punkte
+	200 DDDs nicht rabattierte Generika:	200 x 1,00 Punkte =	200 Punkte
+	300 DDDs rabattierte Originale:	300 x 0,50 Punkte =	150 Punkte
+	100 DDDs nicht rabattierte Originale:	100 x 0,00 Punkte =	0 Punkte

Istwert: 1.850 Punkte ÷ 1.600 DDDs ÷ 1,50 Punkte/DDD = 77,08 %
Ergebnis: Der Zielwert von 74,00 % wurde um 3,08 Prozentpunkte überschritten, das Ziel damit erreicht.

Beispiel Leitsubstanzziel mit Zielwert 80,00 %:

	1.000 DDDs rabattierte Leitsubstanz:	1.000 x 1,50 Punkte =	1.500 Punkte
+	200 DDDs nicht rabattierte Leitsubstanz:	200 x 1,00 Punkte =	200 Punkte
+	250 DDDs rabattierte gener. Nicht-LS:	250 x 1,00 Punkte =	250 Punkte
+	350 DDDs nicht rabatt. gener. Nicht-LS:	350 x 0,50 Punkte =	175 Punkte
+	300 DDDs rabattierte Nicht-Leitsubstanz:	300 x 1,00 Punkte =	300 Punkte
+	100 DDDs nicht rabattierte Nicht-LS:	100 x 0,00 Punkte =	0 Punkte

Istwert: 2.425 Punkte ÷ 2.200 DDDs ÷ 1,50 Punkte/DDD = 73,48 %
Ergebnis: Der Zielwert von 80,00 % wurde um 6,52 Prozentpunkte unterschritten, das Ziel damit nicht erreicht.

Beispiel Ziel 35 mit Zielwert 69,50 %:

	1.200 DDDs Leitsubstanz:	1.200 x 1,00 Punkte =	1.200 Punkte
+	600 DDDs Nicht-Leitsubstanz:	600 x 0,00 Punkte =	0 Punkte

Istwert: 1.200 Punkte ÷ 1.800 DDDs ÷ 1,00 Punkte/DDD = 66,67 %
Ergebnis: Der Zielwert von 69,50 % wurde um 2,83 Prozentpunkte unterschritten, das Ziel damit nicht erreicht.

(4) Zur Feststellung der Zielerreichung bei Mengenzielen wird abweichend von Absatz 3 der Istwert des Vertragsarztes für die verordneten DDDs pro Verordnungsfall nach Satz 4 ermittelt. Der sich daraus ergebende Istwert wird mit dem Zielwert verglichen. Ein Mengenziel wird dadurch erreicht, dass der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vorgegebenen Zielwert der Wirkstoffgruppe erreicht oder unterschreitet.

Verordnungsfälle des Vertragsarztes sind alle Patienten, denen der Vertragsarzt im Verordnungsquartal mindestens ein von der Wirkstoffvereinbarung umfasstes Arzneimittel verordnet hat; deren Anzahl wird aus den betreffenden Verordnungsdaten des Vertragsarztes als Anzahl der datentechnisch unterscheidbaren Personen ermittelt.

Beispiel Mengenziel mit Zielwert 19,00 DDDs/VO-Fall:
10.000 DDDs bei 700 VO-Fällen
Istwert = 10.000 DDDs ÷ 700 VO-Fälle = 14,29 DDDs/VO-Fall
Ergebnis: Der Zielwert von 19,00 DDDs/VO-Fall wurde um 4,71 DDDs/VO-Fall unterschritten, das Ziel damit erreicht.

(5) Für jeden Vertragsarzt wird ein Gesamtergebnis für die Zielerreichung aus allen einbezogenen Verordnungszielen nach folgender Formel unter Berücksichtigung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktoren gebildet:

$$\frac{\left[WF_1 \times \frac{Istwert}{Zielwert_1} \times DDD_1\right] + \left[WF_2 \times \frac{Istwert_2}{Zielwert_2} \times DDD_2\right] + (\ldots) + \left[WF_n \times \frac{Istwert_n}{Zielwert_n} \times DDD_n\right]}{[WF_1 \times DDD_1] + [WF_2 \times DDD_2] + (\ldots) + [WF_n \times DDD_n]}$$

wobei:

$Istwert_k$:	nach § 5 Abs. 3 ermittelter Istwert im Verordnungsziel k
$Zielwert_k$:	vereinbarter Zielwert des Verordnungsziels k
WF_k:	vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor des Verordnungsziels k
DDD_k:	verordnete Menge an DDDs im Verordnungsziel k
1, (..),.n:	alle einbezogenen Verordnungsziele von Nr. 1 bis Nr. n

Ist das Gesamtergebnis 1,0 oder größer, bedeutet dies, dass die Ziele insgesamt betrachtet erreicht wurden.

(6) Für Mengenziele werden in der Formel für die Berechnung des Gesamtergebnisses nach Abs. 5 die das Mengenziel betreffenden Terme in Zähler und Nenner wie folgt ersetzt:

Zähler: Der Term "[WF_k x ($Istwert_k$ ÷ $Zielwert_k$) x DDD_k]"
wird für Mengenziele in der Formel nach Abs. 5 ersetzt durch den Term
"[WF_k x (2 - ($Istwert_k$ ÷ $Zielwert_k$ ÷ VO-Fälle)) x $Zielwert_k$ x VO-Fälle]".

Nenner: Der Term "[WF_k x DDDk]"
wird für Mengenziele in der Formel nach Abs. 5 ersetzt durch den Term
"[WF_k x $Zielwert_k$ x VO-Fälle]".

wobei:

$Istwert_k$:	DDDs im Verordnungsziel k pro Verordnungsfall des Vertragsarztes
VO-Fälle	Zahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes nach Abs. 4 Satz 4
$Zielwert_k$:	vereinbarter Zielwert des Verordnungsziels k
WF_k:	vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor des Verordnungsziels k

(7) Hat der Vertragsarzt die Ziele insgesamt betrachtet nicht erreicht und hat er sie jedoch im Vorquartal erreicht, wird er durch die KVB gemäß § 6 Abs. 1 innerhalb von 8 Wochen nach Ablauf des Verordnungsquartals hierüber informiert. Damit kann auch eine Information oder Beratung gemäß § 6 Abs. 2 oder 3 verbunden sein. Abschnitt IV ist in diesem Fall nicht anwendbar. Gleiches gilt für eine Zielverfehlung durch Vertragsärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuärzte). Eine Vertragsarztpraxis gilt nicht als Neuarzt, wenn nach dem Vorjahresquartal nur weitere Vertragsärzte hinzukommen oder sich nur die Zusammensetzung der Vertragsarztpraxis ändert.

(8) Hat der Vertragsarzt die Ziele insgesamt betrachtet nicht erreicht und hat er sie auch im Vorquartal nicht erreicht, ist für ihn Abschnitt IV anwendbar, es sei denn, er hat eine Reduzierung der Differenz seines jeweiligen IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis von 1,0 um mindestens 15 Prozent im Vergleich zum Vorquartal erreicht.

(9) Nur wenn für die entsprechende Vergleichsgruppe eine Erreichung des globalen Vergleichsgruppenziels nach § 4 Abs. 3 festgestellt wurde, ist für den Vertragsarzt Abschnitt IV anzuwenden, der

- die Ziele insgesamt betrachtet um mehr als 0,15 in zwei aufeinander folgenden Quartalen unterschritten hat und
- eine Reduzierung seiner Zielunterschreitung um weniger als 3 % der Differenz seines jeweiligen IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis von 1,0 im Vergleich zum Vorquartal erreicht hat und
- bereits einmal entsprechend § 6 Abs. 3 dieser Vereinbarung beraten wurde bzw. eine Beratung abgelehnt hat. Satz 1 gilt nicht für Vertragsärzte gem. § 5 Abs. 7 Satz 4.

(10) Beim Vergleich der Zielerreichung eines Quartals mit dem Vorquartal ist für jedes Quartal das Gesamtergebnis nach Abs. 5 der im jeweiligen Quartal geltenden Ziele zugrunde zu legen, auch wenn nach Art, Höhe oder Anzahl unterschiedliche Ziele gegolten haben.

(10a) Wenn die Vertragspartner zu der Auffassung kommen, dass aufgrund von Änderungen der Zieldefinitionen und / oder der Zielwerte keine ausreichende Vergleichbarkeit zwischen einem Quartal und dem Vorquartal besteht, können sie festlegen, dass abweichend von § 5 Abs. 10 bei den Feststellungen nach § 5 Abs. 8 und § 5 Abs. 9 so gerechnet wird, als ob in dem betreffenden Quartal noch die Zieldefinitionen und die Höhe der Zielwerte des Vorquartals gegolten hätten.

(11) Für die gemeinsame Fortentwicklung von Verordnungszielen stellt die KVB den Krankenkassenverbänden in Bayern je Quartal eine anonymisierte Liste in elektronischer Form zur Verfügung, in der für alle Vertragsärzte deren Vergleichsgruppe, Verordnungsfälle, DDD-Mengen und DDD-Quoten in den Verordnungszielen nach den vereinbarten Kategorien und das Gesamtergebnis nach Abs. 5 und 6 ausgewiesen sind. Kleine Vergleichsgruppen (unter 50 Ärzte) werden dabei aus Datenschutzgründen zusammengefasst. Die KVB ist bereit, Listen auch in anderer Form, ggf. in Klartext zu übermitteln, soweit die Zulässigkeit durch den Landesbeauftragten für Datenschutz bestätigt wird. Die Datenlieferung erfolgt entsprechend der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3 Nr. 2.

(12) Die Berechnungen sind mit allen technisch verfügbaren Nachkommastellen durchzuführen und erst im letzten Schritt kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden. Die Vergleiche nach Abs. 7, 8 und 10 werden mit auf zwei Nachkommastellen gerundeten Gesamtergebnissen durchgeführt.

§ 6 Information und Beratung der Vertragsärzte durch die KVB zur Erreichung der Verordnungsziele

(1) Die KVB informiert die Vertragsärzte mittels einer arztindividuellen Verordnungsstatistik auf Basis der Frühinformationsdaten (§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) spätestens 8 Wochen nach Quartalsende über die Zielerreichung der vereinbarten Wirkstoffziele. Die Verordnungsstatistik enthält Aussagen über die vom Vertragsarzt erreichten Istwerte im Vergleich zu seinen Zielwerten. Die nach § 5 Abs. 3 und 4 für alle vereinbarten Ziele berechneten Istwerte sind Inhalt der Information nach Satz 1.

(2) Die KVB kann die Vertragsärzte in geeigneter Form zusätzlich über Möglichkeiten, die zur Erreichung der Verordnungsziele führen, informieren und beraten.

(3) Die KVB bietet den Vertragsärzten zeitnah eine qualifizierte Pharmakotherapieberatung an, mit dem Ziel, ihre Verordnungsziele zu erreichen. Dies gilt insbesondere für die von § 5 Abs. 9 betroffenen Vertragsärzte. Wenn diese die Pharmakotherapieberatung ablehnen oder nicht innerhalb von 3 Monaten nach Erhalt des Angebots wahrnehmen, gelten sie als beraten. Die Beratung, Ablehnung oder Nichtwahrnehmung ist zu dokumentieren.

(4) Eine Beratung erfolgt hinsichtlich der Ergebnisse der Zielerreichung auf der Grundlage der Verordnungsstatistik. Dabei wird von der KVB eine Matrix erstellt, die die Priorität und Art der Beratung abhängig macht von der Summe der verfehlten Ziele und dem Abstand von den Zielwerten. Diese Beratung kann arztindividuell persönlich, telefonisch und/oder schriftlich durchgeführt werden; das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Eine Beratung kann auch auf Anfrage des Vertragsarztes stattfinden.

Die Beratungen werden von den Beratern der KVB den Vertragsärzten neben arztindividuellen Beratungen auch als Kleingruppenberatungen oder als größere themenzentrierte Veranstaltungen angeboten.

IV. Wirkstoffprüfung

§ 7 Allgemeines

(1) Die Vertragspartner vereinbaren die Durchführung einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Arzneimitteln nach Wirkstoffgruppen (Wirkstoffprüfung). Für das Verfahren der Wirkstoffprüfung gilt die Prüfungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung (PV), soweit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Wirkstoffprüfung wird von der Prüfungsstelle nach § 3 Abs. 1 PV (PSt) durchgeführt.

(2) In die Wirkstoffprüfung werden alle Vertragsärzte einbezogen, die einer der Vergleichsgruppen nach § 1 Abs. 2 angehören und für die nach § 5 Abs. 7 bis 9 der Abschnitt IV dieser Vereinbarung anwendbar ist.

(3) Die Wirkstoffprüfung wird für die Wirkstoffgruppen der nach Anlage 2 vereinbarten Verordnungsziele durchgeführt.

(4) Die Wirkstoffprüfung wird je Verordnungsquartal durchgeführt.

(5) Die Wirkstoffprüfung wird anhand der nach § 9 von den Krankenkassen und der KVB gelieferten Daten durchgeführt.

(6) Es werden für jeden Vertragsarzt, der nach Absatz 2 in die Wirkstoffprüfung einbezogen wird, nur diejenigen Wirkstoffgruppen betrachtet, in denen er mehr als die für das jeweilige Verordnungsziel definierte Mindestmenge in DDD nach Anlage 2 im Verordnungsquartal verordnet hat.

§ 8 Vorbereitung der Prüfung

(1) Über die Vertragsärzte, für die Abschnitt IV anwendbar ist, erstellt die KVB im Auftrag der Vertragspartner innerhalb von vier Wochen nach der Information nach § 4 Abs. 5 an die PSt über die gemeinsam getroffenen Feststellungen mit den Ergebnissen der nach §§ 4 und 5 durchgeführten Zielerreichungsfeststellungen eine Liste von Vertragsärzten nach Anlage 3 Nr. 4a. Für die Ergebnisse der nach § 5 Abs. 9 durchgeführten Zielerreichungskontrolle wird eine Liste von Vertragsärzten nach Anlage 3 Nr. 4b erstellt.

(2) Die Listen der Vertragsärzte nach Abs. 1 werden von der KVB der PSt zum Zwecke der Datenanforderungen nach § 296 Abs. 2 SGB V bei den Vertragspartnern durch die PSt und zum Zwecke der Erstellung der Sondierungslisten elektronisch zur Verfügung gestellt. Die PSt stellt unverzüglich nach den Lieferungen nach Satz 1 den übrigen Vertragspartnern ohne KVB die Listen der Vertragsärzte nach Abs. 1 elektronisch zur Verfügung. Die Listen sind nach Durchführung des zugehörigen Sondierungstermins zu löschen.

§ 9 Datenlieferung

(1) Die Krankenkassen liefern bis 9 Monate nach Ende des Prüfzeitraums die Daten über verordnete Arzneimittel nach der jeweils geltenden Datensatzbeschreibung unter Beachtung der §§ 106, 296 SGB V und der PV an die PSt.

(2) Hierbei haben die Krankenkassen sicherzustellen, dass Arzneimittel mit vertraglichen Rabatten nach § 130a Abs. 8 SGB V gekennzeichnet werden.

(3) Die KVB liefert 8 Monate nach Ende des Verordnungsquartals an die PSt die Daten für die Zuordnung der PZNs zu den Verordnungszielen für das entsprechende Verordnungsquartal. Zu den PZNs werden zusätzlich die Generikakennzeichen, DDDs, und die Kennzeichnung als Leitsubstanz ausgewiesen. Die Datenlieferung erfolgt nach der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3 Nr. 3 und berücksichtigt die Festlegungen nach Anlage 7.

§ 10 Durchführung

(1) Für Vertragsärzte, die auf einer der Listen nach § 8 Abs. 1 stehen, ermittelt die PSt aus den Daten nach § 9 für die zu betrachtenden Wirkstoffgruppen die entsprechend § 5 Abs. 3 ermittelten Istwerte und bei Wirkstoffgruppen mit Mengenzielen die entsprechend § 5 Abs. 4 ermittelten Istwerte.

(2) Die Auffälligkeitsgrenze in jeder Wirkstoffgruppe ist ein Grenzwert für den Istwert, der sich folgendermaßen errechnet: Für Zielwerte nach Anlage 2 in den Bereichen von 0 % bis einschließlich 22 % und größer als 68 % bis 100 % ist die Auffälligkeitsgrenze der Zielwert nach Anlage 2 minus 15 Prozentpunkte, jedoch mindestens 5%. Für Zielwerte nach Anlage 2 in dem Bereich größer als 22 % bis einschließlich 68 % ist die Auffälligkeitsgrenze der quadrierte Zielwert nach Anlage 2 plus ein Zehntel des Zielwerts.

Beispiele:
Zielwert 12,0%: Auffälligkeitsgrenze = (12,0 - 15,0)% = - 3,00%, somit 5,00%
Zielwert 53,0%: Auffälligkeitsgrenze = (0,530 x 0,530) + (0,530 ÷ 10) = 33,39%
Zielwert 85,0%: Auffälligkeitsgrenze = (85,0 - 15,0)% = 70,00%

(3) Für das Mengenziel PPI nach Anlage 2 der Wirkstoffvereinbarung errechnet sich die Auffälligkeitsgrenze abweichend von Abs. 2 wie folgt: Zielwert der Vergleichsgruppe in DDD pro Verordnungsfall plus 10 DDD pro Verordnungsfall. § 5 Abs.4 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) Die PSt erstellt unter Berücksichtigung von Abs. 1 bis 3 sowie der Anlagen 2, 7 und 8 Listen nach Anlage 3 Nr. 5a und Nr. 5b mit den nach § 12 Abs. 1 bis 5 errechneten vorläufigen Einzel- und Gesamtergebnissen je Vertragsarzt.

(5) Die Vertragspartner führen ein Sondierungsgespräch nach § 6 Abs. 2 und 4 PV, in dem geklärt wird, bei welchen Vertragsärzten der PSt empfohlen wird eine Prüfung einzuleiten. Das Protokoll führt die PSt.

(6) Die Berechnungen sind mit allen technisch verfügbaren Nachkommastellen durchzuführen und erst im letzten Schritt kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden. Nach Satz 1 zu runden sind die Istwerte nach Abs. 1 und die Auffälligkeitsgrenzen nach Absätzen 2 und 3. In die Berechnungen nach § 12 und die Listen nach Abs. 4 gehen nach Satz 1 gerundete Werte ein.

§ 11 Praxisbesonderheiten und Liefersituationen

(1) Praxisbesonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn bei der jeweiligen Wirkstoffgruppe eine Besonderheit der mit den Arzneimitteln aus dieser Wirkstoffgruppe behandelten Patienten oder relevante Lieferengpässe bestanden haben, die eine Verfehlung der Auffälligkeitsgrenze in dieser Höhe mit verursacht haben. Die PSt kann in diesen Fällen die betreffende Wirkstoffgruppe für den Vertragsarzt und das Verordnungsquartal aus der Betrachtung nehmen oder rechnerisch adäquat berücksichtigen.

§ 12 Unwirtschaftlicher Mehraufwand

(1) Für jede zu betrachtende Wirkstoffgruppe, bei der der Vertragsarzt mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 die Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 2 verfehlt hat, ermittelt die PSt den dadurch verursachten unwirtschaftlichen Mehraufwand in Euro. Dieser berechnet sich aus dem vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert mit der Differenz aus Auffälligkeitsgrenze und Istwert, und multipliziert mit der Anzahl der vom Vertragsarzt in der betreffenden Wirkstoffgruppe verordneten DDDs.

Beispiel Wirkstoffgruppe mit Leitsubstanzziel mit Zielwert 72,00%:
Vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,11
Verordnete Menge des Vertragsarztes in DDD: 3.000
Istwert des Vertragsarztes: 52,00%
Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 2: 72,00% - 15% = 57,00%
Mehraufwand in Euro: 0,11 x (57,00% - 52,00%) x 3.000 = + 16,50 Euro

(2) Für jede zu betrachtende Wirkstoffgruppe mit Mengenziel, bei der der Vertragsarzt mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 die Auffälligkeitsgrenze verfehlt hat, ermittelt die PSt den dadurch verursachten unwirtschaftlichen Mehraufwand in Euro. Dieser berechnet sich abweichend von Abs. 1 aus dem vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert mit der Differenz aus Istwert und Auffälligkeitsgrenze, und multipliziert mit der Anzahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes. § 5 Abs. 4 Satz 4 gilt entsprechend.

Beispiel Wirkstoffgruppe mit Mengenziel mit Zielwert 12,00 DDD/VO-Fall:
Vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,05
Verordnete Menge des Vertragsarztes in DDD: 24.000
Anzahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes: 800
Istwert des Vertragsarztes: 30,00 DDD/VO-Fall
Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 3: 12,00 + 10 DDD/VO-Fall = 22,00 DDD/VO-Fall
Mehraufwand in Euro: 0,05 x (30,00 DDD/VO-Fall - 22,00 DDD/VO-Fall) x 800
= + 320,00 Euro

(3) Unwirtschaftliche Mehraufwände nach Abs. 1 oder 2 können durch die Übererfüllung von Zielen ausgeglichen werden. Dazu wird bei Wirkstoffgruppen, bei denen der Vertragsarzt mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 den jeweiligen Zielwert überschritten oder mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 den jeweiligen Zielwert unterschritten hat, ein Ausgleichsbetrag ermittelt. Der Ausgleichsbetrag wird entsprechend Abs. 1 Satz 2 ermittelt, wobei der Wert der Auffälligkeitsgrenze durch den Zielwert ersetzt wird.

Beispiel Wirkstoffgruppe mit Leitsubstanzziel mit Zielwert 72,00%:
Vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,11
Verordnete Menge des Vertragsarztes: 3.000 DDDs
Istwert des Vertragsarztes: 92,00%
Ausgleichsbetrag: 0,11 x (72,00% - 92,00%) x 3.000 DDDs = – 66,00 Euro

(4) Bei Mengenzielen wird der Ausgleichsbetrag nach Abs. 3 abweichend von Abs. 3 Satz 3 entsprechend Abs. 2 Sätze 2 und 3 ermittelt, wobei der Wert der Auffälligkeitsgrenze durch den Zielwert ersetzt wird.

Beispiel Mengenziel mit Zielwert 12,00 DDD/VO-Fall:
Vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,05
Verordnete Menge des Vertragsarztes in DDD: 6.400
Anzahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes: 800
Istwert des Vertragsarztes: 8,00 DDD/VO-Fall
Ausgleichsbetrag: 0,05 x (8,00 DDD/VO-Fall - 12,00 DDD/VO-Fall) x 800 VO-Fälle = – 160,00 Euro

(5) Die PSt verrechnet für die betrachteten Wirkstoffgruppen die unwirtschaftlichen Mehraufwände und die Ausgleichsbeträge des Vertragsarztes nach den Absätzen 1 bis 4 und setzt das Ergebnis als Nachforderungsbetrag i.S.d. PV fest.

(6) Nachforderungsbeträge unter 100 Euro werden nicht vollzogen.

V. Übergangsvorschriften und Schlussbestimmungen

§ 13 Übergangsvorschriften

(1) Die KVB ist berechtigt, bereits vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung über deren Inhalte zu informieren und insbesondere zur Information der Vertragsärzte Berechnungsergebnisse mitzuteilen, welche Istwerte oder Gesamtergebnisse sich aus den Verordnungsdaten früherer Zeiträume ergeben hätten.

(2) Als Vorjahresquartal nach § 4 Abs. 4 oder § 5 Abs. 7 wird das entsprechende Quartal des Vorjahres herangezogen, auch wenn in diesem Quartal diese Vereinbarung noch nicht in Kraft war. § 4 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV dieser Vereinbarung wird erstmalig für das Verordnungsquartal 3/2020 durchgeführt.

(4) Für das Verordnungsquartal 3/2021 wird § 5 Abs. 10a angewendet.

(5) Für das Verordnungsquartal 4/2023 wird für die Ziele mit den Nummern 03, 15, 22, 25, 26.1, 26.2, 29 und 36 § 5 Abs. 10a angewendet.

§ 14 Laufzeit und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2020 in Kraft und gilt ab dem 1. Quartal 2020. Für Verordnungsquartale bis einschließlich 4. Quartal 2019 wird die Wirkstoffvereinbarung auch nach dem 01.01.2020 in der bisher geltenden Fassung durchgeführt.

(2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2020, gekündigt werden und gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

(3) Die Anlagen zu dieser Vereinbarung können, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf, von den Vertragspartnern einvernehmlich schriftlich angepasst werden.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder nach Vertragsschluss unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung möglichst nahekommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

München, den 15.01.2020 *[Lesefassung inkl. 1., 2., 3., 4. und 5. Nachtrag*]

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - Körperschaft des öffentlichen Rechts -	**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse** - Körperschaft des öffentlichen Rechts -
	BKK Landesverband Bayern - Körperschaft des öffentlichen Rechts -
	IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts -
	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse
	Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern Der Leiter der Landesvertretung
	KNAPPSCHAFT **- Regionaldirektion München**

Anlage 1 zur Wirkstoffvereinbarung

nicht besetzt

Anlage 2 zur Wirkstoffvereinbarung

Verordnungsziele, Wirkstoffgruppen, Zielwerte, Messgrößen, Wirtschaftlichkeitsfaktoren

Verordnungsziele:

Die Definition der Verordnungsziele mit den jeweils umfassten Wirkstoffgruppen und der Art der Verordnungsziele, ggf. den Leitsubstanzen, sowie den DDD-Mengen nach § 5 Abs. 2, ergibt sich aus folgender Tabelle:

Ziel-Nr.	Name des Verordnungsziels	ATC-Codes der umfassten Wirkstoffgruppen	DDD-Menge nach § 5 Abs. 2	Art des Verordnungsziels	Leitsubstanz(en)
1.1	Triptane	N02CC*	100	Generikaziel	
02	Antibiotika	J01*	100	Generikaziel	
03	Antidiabetika ohne Insuline	A10B*, ohne A10BK01 und A10BK03	500	Generikaziel	
04	Antiepileptika	N03*, N02BF*	500	Generikaziel	
07	Antiparkinsonmittel	N04*	500	Generikaziel	
08	Antiphlogistika	M01*	250	Generikaziel	
09	BtM-pflichtige Opioide	N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB02, N02AB03, N02AB07, N02AC03, N02AC06, N02AE01, N02AX06	250	Generikaziel	
10	Systemische Corticoide	H02* ohne H02AA02, H02CA02	400	Leitsubstanzziel	Prednisolon (H02AB06), Dexamethason (H02AB02)
12	Kontrazeptiva	G03A*, G02BB01	500	Generikaziel	
13	Kombigruppe kardiovaskuläre Erkrankungen	C02*, C03*, C07*, C08*, ohne C02KX*, Hemangiol® C07AA05	1000	Generikaziel	
14	Lipidsenker	C10*, ohne C10AX13, C10AX14, C10AX16	500	Generikaziel	
15	Mittel zur Behandl. von obstrukt. Atemwegserkrank.	R03*, ohne R03DX09	500	Generikaziel	
16	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen	M05*, ohne M05BX05	500	Generikaziel	
17	Ophthalmika	S01* ohne Lucentis®, Macugen®, Ozurdex®, Eylea®, Iluvien®, Jetrea®, Raxone®, Oxervate®, Beovu®, S01G*, Ranivisio®, Vabysmo®, Ximluci® und Visudyne®	500	Generikaziel	
18.1	Psychoanaleptika (ohne ADHS, ohne Antidementiva)	N06*, ohne N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12,N06BA21, N06D*	500	Generikaziel	
18.2	ADHS-Therapeutika	N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21	250	Leitsubstanzziel	Methylphenidat (N06BA04)
18.3	Antidementiva	N06D*	250	Generikaziel	
19	Psycholeptika	N05*, ohne N05AN01, N05CH03	500	Generikaziel	
20	Mittel mit Wirkung auf das RAS-System	C09*, ohne C09DX04	500	Generikaziel	
22	Sexualhormone	G03*, ohne G03A*, G03XB01	500	Generikaziel	
23	Thrombozytenaggregationshemmer	B01AC*, B01AF01 2,5mg (Rivaroxaban), ohne B01AC06, B01AC09, B01AC11, B01AC21, B01AC24 90mg	500	Generikaziel	
24.1	Mittel zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie	G04C*, G04BE08 5mg	500	Leitsubstanzziel	Tamsulosin (G04CA02), Alfuzosin (G04CA01)

Ziel-Nr.	Name des Verordnungsziels	ATC-Codes der umfassten Wirkstoffgruppen	DDD-Menge nach § 5 Abs. 2	Art des Verordnungsziels	Leitsubstanz(en)
24.2	Urologische Spasmolytika	G04BD*, G04BX15, G04BX18	500	Leitsubstanzziel	Trospium (G04BD09), Solifenacin (G04BD08), Tolterodin (G04BD07), Darifenacin (G04BD10), Desfesoterodin (G04BD13)
25	Andere Antianämika (EPOs)	B03XA* ohne B03XA06	500	Leitsubstanzziel	Abseamed®, Binocrit®, Epoetin alfa Hexal®, Eporatio®, Neorecormon®, Retacrit®, Silapo®
26.1	Antikoagulantien	B01AA03, B01AA04, B01AE07, B01AF01 ohne 2,5mg, B01AF02, B01AF03	500	Leitsubstanzziel	Phenprocoumon (B01AA03), Warfarin (B01AA04)
26.2	NOAKs	B01AE07, B01AF01 ohne 2,5mg, B01AF02, B01AF03	500	Generikaziel	
27	GnRH-Analoga	L02AE*	500	Leitsubstanzziel	Leupro Sandoz®, Leuprolin-ratiopharm®, Leuprone Hexal®
28	Koloniestimulierende Faktoren	L03AA*	100	Leitsubstanzziel	Accofil Accord®, Cegfila®, Filgrastim Hexal®, Fulphila®, Grasustek®, Lonquex®, Neulasta®, Neupogen®, Nivestim®, Nyvepria®, Pelgraz®, Pelmeg®, Ratiograstim®, Tevagrastim®, Zarzio®, Ziextenzo®
29	MS-Therapeutika	L03AB07, L03AB08, L03AB13, L03AX13, L04AA23, L04AA27, L04AA31, L04AA34, L04AA36, L04AA38, L04AA40, L04AA42, L04AA50, L04AA52, L04AX07, L04AX09 sowie weitere Wirkstoffe für die spezifische und nicht nur symptomatische Behandlung der Multiplen Sklerose, die während der Laufzeit dieser Vereinbarung neu auf den deutschen Markt kommen mit dem Zeitpunkt, zu dem sie auf diesem verfügbar sind	500	Leitsubstanzziel	Glatirameracetat (L03AX13), Dimethylfumarat (L04AX07), Fingolimod (L04AA27), Teriflunomid (L04AA31)
30	TNF-alpha-Blocker	L04AB*	250; Kinderärzte: 100	Leitsubstanzziel	L04AB*

Ziel-Nr.	Name des Verordnungsziels	ATC-Codes der umfassten Wirkstoffgruppen	DDD-Menge nach § 5 Abs. 2	Art des Verordnungsziels	Leitsubstanz(en)
31	Protonenpumpenblocker	A02BC*	500	Mengenziel	
32	Tyrosinkinaseinhibitoren (derzeit ausgesetzt)	L01EA01, L01EA02, L01EA03, L01EA04, L01XE01, L01XE06, L01XE08, L01XE14	250	Generikaziel	
33	HIV- und Hepatitis-B-Therapeutika	J05AE*, J05AF*, J05AG*, J05AJ*, J05AR*, J05AX07, J05AX08, J05AX09, J05AX12, V03AX03, ohne J05AX29	250	Generikaziel	
34	PAH-Therapeutika	C02KX*, B01AC09, B01AC21	250	Generikaziel	
35	Biosimilarfähige MAK in der Onkologie	L01FA01, L01FD01, L01FG01, (früher: L01XC02, L01XC03, L01XC07)	100	Leitsubstanzziel	Blitzima®, Rixathon®, Ruxience®, Truxima® (L01FA01), Herzuma®, Kanjinti®, Ogivri®, Ontruzant®, Trazimera®, Zercepac®(L01FD01), Abevmy®, Alymsys®, Aybintio®, Mvasi®, Oyavas®, Vegzelma®, Zirabev®(L01FG01)
36	Somatropine und Somatropin-Rezeptoragonisten	H01AC*	100	Leitsubstanzziel	Omnitrope®

* Platzhalter für alle Wirkstoffe, die diesem ATC Code zugeordnet sind

Kategorien:

Innerhalb der Verordnungsziele werden die verordneten Arzneimittel bei Generikazielen nach den Kategorien Originale, Altoriginale und Generika, jeweils mit/ohne vertragliche Rabattierung nach § 130a Abs. 8 SGB V, sowie bei Leitsubstanzzielen nach den Kategorien Nicht-Leitsubstanzen, generische Nicht-Leitsubstanzen und Leitsubstanzen, jeweils mit/ohne vertragliche Rabattierung nach § 130a Abs. 8 SGB V, unterschieden.

Messgrößen:

Für die Ermittlung der Istwerte nach §§ 5, 10 und 12 sind abhängig von der Art des Verordnungsziels und der Kategorie der verordneten Arzneimittel folgende Messgrößen zugrunde zu legen:

Messgrößen für Generikaziele:

Punkte			
	Original	Altoriginal	Generikum
nicht rabattiert	0,00	0,50	1,00
rabattiert	0,50	1,50	1,50

Messgrößen für Leitsubstanzziele (ausgenommen 26.1):

Punkte			
	Nicht-LS	generische Nicht-LS	Leitsub-stanz
nicht rabattiert	0,00	0,50	1,00
rabattiert	1,00	1,00	1,50

Messgrößen für das Leitsubstanzziel 26.1:

Punkte			
	Nicht-LS	generische Nicht-LS	Leitsub-stanz
nicht rabattiert	0,00	0,00	1,50
rabattiert	0,00	0,00	1,50

Messgrößen für das Leitsubstanzziel 35:

Punkte			
	Nicht-LS	generische Nicht-LS	Leitsub-stanz
alle	0,00	0,50	1,00

Messgrößen für Mengenziele:
Für Mengenziele werden die Istwerte für die Menge der verordneten Arzneimittel in DDD pro Verordnungsfall ermittelt. Die Anzahl der Verordnungsfälle je Vertragsarzt wird nach § 5 Abs. 4 Satz 4 ermittelt.

Bei in Rezepturen verarbeiteten Teilmengen von Fertigarzneimitteln wird, außer beim Leitsubstanzziel 35 – Rabattverträge haben in Ziel 35 keine Auswirkung auf die Messgrößen –, für die Berechnung die Geltung eines Rabattvertrages unterstellt, wenn für das Fertigarzneimittel ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V bestanden hat und die Verordnungsdaten Angaben über die verarbeitete Teilmenge enthalten.

Zielwerte und Wirtschaftlichkeitsfaktoren:

Für die Feststellung der Zielerreichung nach §§ 4 und 5 und die Wirkstoffprüfung nach §§ 10 und 12 gelten die nachfolgend gelisteten Zielwerte und Wirtschaftlichkeitsfaktoren:

Generikaziele	1.1 Triptane	02 Antibiotika	03 Antidiabetika ohne Insu-line*	04 Antiepileptika	07 Antiparkinson-mittel
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,340	0,010	0,017	0,011	0,130
Anästhesisten	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Augenärzte	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Chirurgen	94,1%	94,3%	85,4%	85,0%	81,5%
Frauenärzte	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
HNO-Ärzte	94,1%	94,4%	85,4%	85,0%	81,5%
Hautärzte	94,1%	86,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztliche Internisten ohne SP	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	94,1%	88,7%	71,6%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Kinder- und Jugendärzte	94,1%	82,9%	85,4%	65,4%	81,5%
MKG-Chirurgen	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	92,4%	88,7%	85,4%	81,0%	79,4%
Kinder- und Jugendpsychiater	94,1%	88,7%	85,4%	67,5%	81,5%
Neurochirurgen	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Orthopäden	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Psychotherap. tätige Ärzte	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Urologen	94,1%	80,8%	85,4%	85,0%	81,5%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	94,1%	88,7%	85,4%	85,0%	81,5%
Fachärzte für Allgemein-medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	94,1%	88,7%	85,6%	88,0%	84,2%

Generikaziele	08 Antiphlo-gistika	09 BtM-pflich-tige Opioide	12 Kontrazep-tiva	13 Kombigruppe kardiovask. Erkrankung	14 Lipidsenker
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,009	0,100	0,005	0,002	0,002
Anästhesisten	94,6%	87,1%	92,1%	96,3%	97,5%
Augenärzte	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Chirurgen	96,3%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Frauenärzte	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
HNO-Ärzte	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Hautärzte	88,4%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztliche Internisten ohne SP	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	94,6%	89,0%	92,1%	94,9%	96,1%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	94,6%	89,0%	92,1%	92,8%	95,8%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	94,6%	91,2%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	89,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Kinder- und Jugendärzte	-	89,0%	92,1%	90,8%	97,5%
MKG-Chirurgen	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	94,6%	85,6%	92,1%	96,3%	97,5%
Kinder- und Jugendpsychiater	-	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Neurochirurgen	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Orthopäden	94,6%	87,6%	92,1%	96,3%	97,5%
Psychotherap. tätige Ärzte	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Urologen	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%
Fachärzte für Allgemein-medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	94,6%	89,0%	92,1%	96,3%	97,5%

Generikaziele	15 Mittel z.B.v. obstrukt. Atemwegse.	16 Mittel z.B.v. Knochenerkr.	17 Ophthalmika	18.1 Psycho-analeptika	18.3 Antidemen-tiva
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,008	0,005	0,010	0,007	0,008
Anästhesisten	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Augenärzte	72,3%	77,8%	75,0%	96,5%	98,5%
Chirurgen	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Frauenärzte	72,3%	70,1%	75,5%	96,5%	98,5%
HNO-Ärzte	72,3%	77,8%	57,9%	96,5%	98,5%
Hautärzte	47,9%	77,8%	68,2%	96,5%	98,5%
fachärztliche Internisten ohne SP	72,3%	55,5%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	68,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	72,3%	74,8%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	72,3%	55,3%	75,5%	96,5%	98,5%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	72,3%	53,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Kinder- und Jugendärzte	84,3%	77,8%	-	96,5%	98,5%
MKG-Chirurgen	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Kinder- und Jugendpsychiater	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Neurochirurgen	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Orthopäden	72,3%	61,5%	75,5%	96,5%	98,5%
Psychotherap. tätige Ärzte	72,3%	77,8%	75,5%	96,5%	98,5%
Urologen	72,3%	50,6%	75,5%	96,5%	98,5%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	72,3%	57,4%	75,5%	96,5%	98,5%
Fachärzte für Allgemein-medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	73,1%	88,3%	78,5%	96,5%	98,5%

Generikaziele	19 Psycho- leptika	20 Mittel mWad. RAS-System	22 Sexual- hormone	23 Thrombozyten- aggregations- hemmer	32 Tyrosin- kinase- inhibitoren
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,078	0,003	0,002	0,005	-
Anästhesisten	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Augenärzte	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Chirurgen	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Frauenärzte	87,3%	97,0%	74,9%	94,8%	-
HNO-Ärzte	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Hautärzte	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
fachärztliche Internisten ohne SP	87,3%	97,0%	74,4%	96,5%	-
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	87,3%	95,5%	74,4%	93,3%	-
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	87,3%	97,0%	74,4%	96,6%	-
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
fachärztl. Internisten SP Angiologie	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	87,3%	97,0%	70,2%	94,8%	-
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Kinder- und Jugendärzte	33,8%	97,0%	71,8%	94,8%	-
MKG-Chirurgen	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	86,4%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Kinder- und Jugendpsychiater	71,0%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Neurochirurgen	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Orthopäden	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Psychotherap. tätige Ärzte	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Urologen	87,3%	97,0%	74,1%	94,8%	-
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	87,3%	97,0%	74,4%	94,8%	-
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	87,8%	97,0%	71,7%	94,8%	-

Generikaziele	33 HIV- und Hepatitis B-Therapeutika	34 PAH-Therapeutika
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,110	0,410
Anästhesisten	49,2%	71,1%
Augenärzte	49,2%	71,1%
Chirurgen	49,2%	71,1%
Frauenärzte	49,2%	71,1%
HNO-Ärzte	49,2%	71,1%
Hautärzte	49,2%	71,1%
fachärztliche Internisten ohne SP	53,1%	71,1%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	49,2%	63,5%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	49,2%	94,0%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	49,2%	48,6%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	89,7%	71,1%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	63,8%	71,1%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	49,2%	71,1%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	23,4%	71,1%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	49,2%	92,4%
Kinder- und Jugendärzte	49,2%	69,8%
MKG-Chirurgen	49,2%	71,1%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	49,2%	71,1%
Kinder- und Jugendpsychiater	49,2%	71,1%
Neurochirurgen	49,2%	71,1%
Orthopäden	49,2%	71,1%
Psychotherap. tätige Ärzte	49,2%	71,1%
Urologen	49,2%	71,1%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	49,2%	71,1%
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	45,7%	82,8%

Leitsubstanzziele	10 Systemische Corticoide	18.2 ADHS-Therapeutika	24.1 Mittel z.B.d. benignen Prostatahyp.	24.2 Urologische Spasmolytika	25 Andere Antianämika (EPOs)
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,030	0,038	0,012	0,014	0,035
Anästhesisten	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Augenärzte	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Chirurgen	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Frauenärzte	92,0%	63,2%	92,0%	82,9%	76,4%
HNO-Ärzte	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Hautärzte	86,5%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
fachärztliche Internisten ohne SP	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	75,6%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	93,2%	63,2%	92,0%	84,2%	76,0%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	95,9%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	96,4%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	93,0%	63,2%	92,0%	84,2%	87,4%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	41,9%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	93,6%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Kinder- und Jugendärzte	74,4%	63,2%	92,0%	66,0%	76,4%
MKG-Chirurgen	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	81,5%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Kinder- und Jugendpsychiater	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Neurochirurgen	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Orthopäden	96,5%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Psychotherap. tätige Ärzte	92,0%	49,7%	92,0%	84,2%	76,4%
Urologen	92,0%	63,2%	87,3%	81,3%	76,4%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	92,0%	63,2%	92,0%	84,2%	76,4%
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	92,0%	65,4%	93,4%	86,4%	54,6%

Leitsubstanzziele	26.1 Antikoagu-lantien	26.2 NOAKs	27 GnRH-Ana-loga	28 Koloniestim. Faktoren	29 MS-Thera-peutika
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,011	0,045	0,081	0,210	0,392
Anästhesisten	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Augenärzte	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Chirurgen	-	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Frauenärzte	13,8%	24,9%	-	99,0%	75,2%
HNO-Ärzte	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Hautärzte	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztliche Internisten ohne SP	13,5%	24,5%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	9,0%	23,8%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	-	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	13,8%	24,9%	58,5%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	-	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Kinder- und Jugendärzte	13,8%	24,9%	-	99,0%	75,2%
MKG-Chirurgen	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,1%
Kinder- und Jugendpsychiater	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Neurochirurgen	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Orthopäden	-	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Psychotherap. tätige Ärzte	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Urologen	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	13,8%	24,9%	64,0%	99,0%	75,2%
Fachärzte für Allgemein-medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	14,0%	25,0%	62,0%	99,0%	82,6%

Leitsubstanzziele	30 TNF-alpha-Blocker	35 Biosim. fähige MAK in der Onkologie	36 Somatropine und Somatropinrezeptoragonisten
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,015	1,200	0,364
Anästhesisten	98,3%	69,5%	56,1%
Augenärzte	98,3%	69,5%	56,1%
Chirurgen	98,3%	69,5%	56,1%
Frauenärzte	98,3%	66,2%	56,1%
HNO-Ärzte	98,3%	69,5%	56,1%
Hautärzte	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztliche Internisten ohne SP	98,3%	61,8%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	98,3%	69,5%	56,1%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	98,3%	69,5%	44,2%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	98,3%	89,4%	56,1%
Kinder- und Jugendärzte	94,9%	69,5%	59,1%
MKG-Chirurgen	98,3%	69,5%	56,1%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	98,3%	69,5%	56,1%
Kinder- und Jugendpsychiater	98,3%	69,5%	56,1%
Neurochirurgen	98,3%	69,5%	56,1%
Orthopäden	98,3%	69,5%	56,1%
Psychotherap. tätige Ärzte	98,3%	69,5%	56,1%
Urologen	98,3%	69,5%	56,1%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	98,3%	69,5%	56,1%
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	98,3%	67,0%	50,4%

Mengenziel	31 Protonen-pumpen-blocker
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,006
Anästhesisten	6,99
Augenärzte	0,37
Chirurgen	7,05
Frauenärzte	2,37
HNO-Ärzte	5,08
Hautärzte	5,27
fachärztliche Internisten ohne SP	27,60
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	8,31
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	29,20
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	2,41
fachärztl. Internisten SP Gastroenterologie	50,30
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	20,40
fachärztl. Internisten SP Angiologie	7,91
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	10,50
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	6,56
Kinder- und Jugendärzte	1,29
MKG-Chirurgen	-
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	1,29
Kinder- und Jugendpsychiater	-
Neurochirurgen	11,40
Orthopäden	3,98
Psychotherap. tätige Ärzte	-
Urologen	0,95
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	9,29
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	24,40

* Für Vertragsärzte mit der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gilt für das Verordnungsziel 03 Antidiabetika ohne Insuline ein abweichender Zielwert von 56,7 %. Dieser Zielwert gilt auch für weitere Vertragsärzte derselben Vergleichsgruppe innerhalb dieser Vertragsarztpraxis.

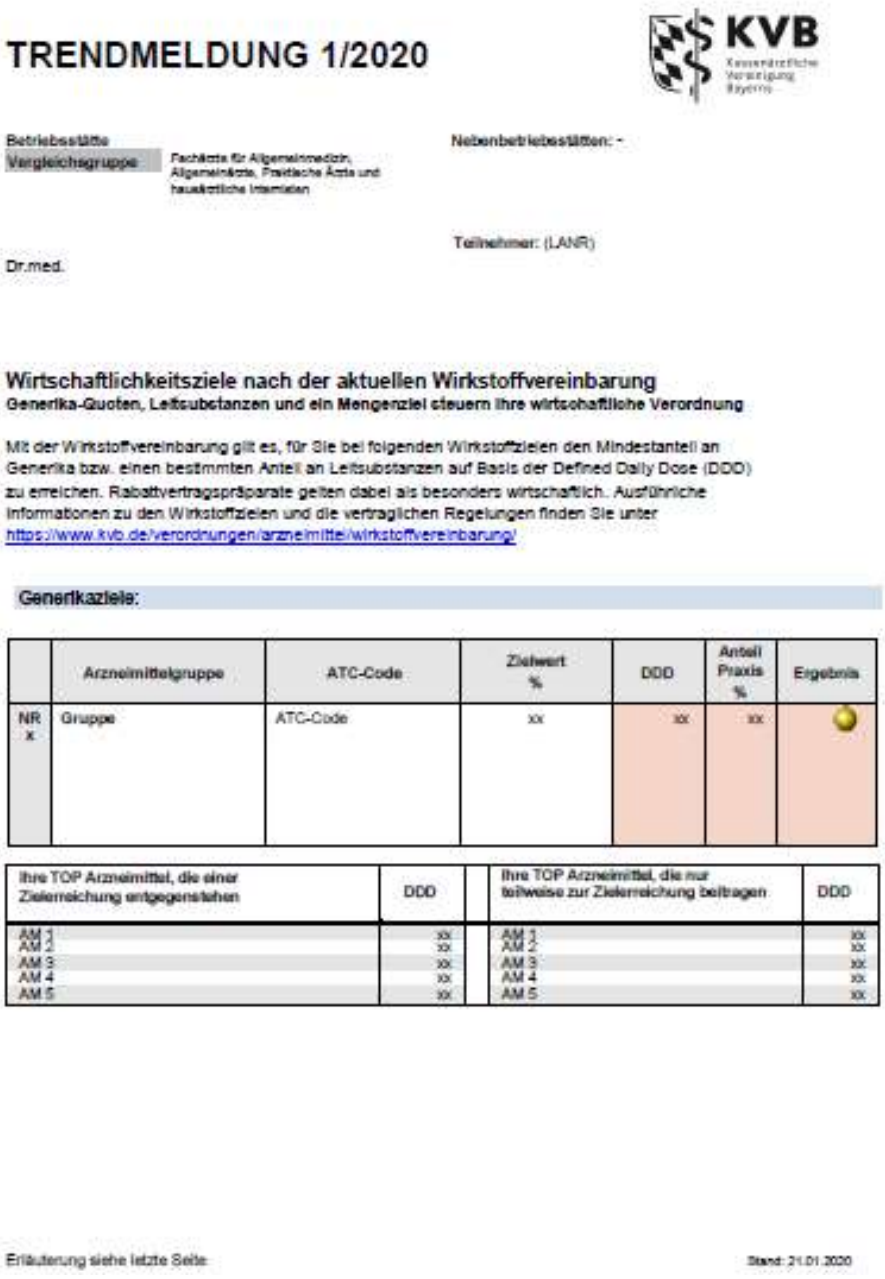
Die Vertragspartner der Wirkstoffvereinbarung verpflichten sich, die Ziele 26.1 und 26.2 rechtzeitig vor dem 01.04.2024 an die erwartete Marktsituation nach dem 01.04.2024 anzupassen. Wird über diese notwendige Anpassung keine Einigkeit erzielt, werden die Ziele 26.1 und 26.2 ab dem 01.04.2024 bis zur Einigung über eine angepasste Fassung ausgesetzt.

Anlage 3 zur Wirkstoffvereinbarung

Listen / statistische Unterlagen

1. Arzneimitteltrendmeldung (AMTM) gem. § 2 Abs. 2

Listmuster:
Seite 1



TRENDMELDUNG 1/2020

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Betriebsstätte
Vergleichsgruppe: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

Nebenbetriebsstätten: -

Teilnehmer: (LANR)

Dr.med.

Wirtschaftlichkeitsziele nach der aktuellen Wirkstoffvereinbarung
Generika-Quoten, Leitsubstanzen und ein Mengenziel steuern Ihre wirtschaftliche Verordnung

Mit der Wirkstoffvereinbarung gilt es, für Sie bei folgenden Wirkstoffzielen den Mindestanteil an Generika bzw. einen bestimmten Anteil an Leitsubstanzen auf Basis der Defined Daily Dose (DDD) zu erreichen. Rabattvertragspräparate gelten dabei als besonders wirtschaftlich. Ausführliche Informationen zu den Wirkstoffzielen und die vertraglichen Regelungen finden Sie unter https://www.kvb.de/verordnungen/arzneimittel/wirkstoffvereinbarung/

Generikaziele:

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR x	Gruppe	ATC-Code	xx	xx	xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen	DDD		Ihre TOP Arzneimittel, die nur teilweise zur Zielerreichung beitragen	DDD
AM 1	xx		AM 1	xx
AM 2	xx		AM 2	xx
AM 3	xx		AM 3	xx
AM 4	xx		AM 4	xx
AM 5	xx		AM 5	xx

Erläuterung siehe letzte Seite

Stand: 21.01.2020

Listmuster:

Seite 2 bis X nach Bedarf

Wirtschaftlichkeitsziele - Seite 2 ff
Analyse der Verordnungsdaten Quartal 1/2020

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Leitsubstanzziele:

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR x	Gruppe	Leitsubstanz	xx	xx	xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen	DDD		Ihre TOP Arzneimittel, die nur teilweise zur Zielerreichung beitragen	DDD
AM 1	xx		AM 1	xx
AM 2	xx		AM 2	xx
AM 3	xx		AM 3	xx
AM 4	xx		AM 4	xx
AM 5	xx		AM 5	xx

Menganziel:

Ziel: DDD je Verordnungsfall senken

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert	DDD	DDD je Verordnungsfall Praxis	Ergebnis
NR x	Gruppe	ATC-Code	xx	xx	xx	

Listmuster:

letzte Seite (Z)

Wirtschaftlichkeitsziele - Seite x (letzte Seite)
Analyse der Verordnungsdaten Quartal 12020

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Gesamtergebnis

Entwicklung Gesamtergebnis

4/2018	1/2019	2/2019	3/2019	4/2019
x%	x%	x%	x%	x%

Die in dieser Trendmeldung enthaltenen Daten dienen der Steuerung Ihrer Verordnungsweise.
Sie sind Grundlage für die Zielerreichungsfeststellung nach §§ 3 bis 6 der Wirkstoffvereinbarung.
Es wird ein saldiertes Gesamtergebnis für die Zielerreichung aus allen einbezogenen Verordnungszielen unter Berücksichtigung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktoren gebildet.
Sofern der kumulierte Wert **unter 100 %** liegt, besteht für Sie Handlungsbedarf, um der wiederholten Zielverfehlung entgegenzuwirken.

Grüne, gelbe und rote Punkte zeigen Ihnen Ihre Einzelergebnisse je Wirkstoffziel.

Werte zur Arzneimittelgruppe werden nur ausgewiesen, wenn eine Mindest-DDD-Menge erreicht wurde.
(§ 5 Abs. 2 Wirkstoffvereinbarung). Weitere Informationen und eine Übersicht der Mindest-DDD-Mengen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Verordnungen / Arzneimittel / Wirkstoffziele

Grün: **Ziel erreicht**
Innerhalb dieser Wirkstoffgruppe sollten Sie den indikationsgerechten Einsatz von Arzneimitteln beibehalten. Damit können Sie sich einen Ausgleich für verfehlte Ziele schaffen.

Gelb: Auch wenn Sie das Wirtschaftlichkeitsziel knapp verfehlt haben, besteht unter Umständen Handlungsbedarf. Evtl. gelingt es Ihnen, dieses Ziel zu erreichen.

Rot: Eine Analyse Ihrer Verordnungen in dieser Wirkstoffgruppe ist zu empfehlen.
Gerne unterstützen Sie unsere Pharmakotherapieberater. www.kvb.de/Beratung

Erläuterungen:

DDD = daily defined dose, entspricht den fiktiven durchschnittlichen Tagesdosen
Nicht zu verwechseln mit der Anzahl der ausgestellten Verordnungen.
Diese können auf Anfrage - im Rahmen eines Beratungsgespräche - ermittelt werden.

ATC-Code = Einteilung von Arzneimitteln nach anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationsmerkmalen
siehe: https://www.dimdi.de/dynamic/de/arzneimittel/atc-klassifikation/

TOP-Arzneimittel = Auflistung nach DDD-Mengen der Arzneimittel, die einer 100%igen Zielerreichung innerhalb des Ziels entgegenstehen.

QR-Code zur Webseite der KVB mit Informationen zu den Wirkstoffzielen

Stand: 21.01.2020

2. Datensatzbeschreibung für die Liste nach § 5 Abs. 11

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJJQ	20201	
2	Praxis_ID	Anonymisierte Arztnummer nach dem Zufallsprinzip - jedes Quartal eine andere Nummer je Praxis	436	
3	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
4	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabetesschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
5	KZ_EinVA	Kennzeichen Ein Vertragsarzt J = Datensatz betrifft einen Vertragsarzt/eine Gruppe von zusammengefassten LANRs innerhalb einer Hauptbetriebsstätte N = Datensatz betrifft zusammengefügte Gruppe aus Vertragsärzten von mehreren Hauptbetriebsstätten	J	
6	Anz_Aerzte	Wenn Kz_EinVA = J Anzahl der zu einem Vertragsarzt zusammengefassten LANRs innerhalb einer Hauptbetriebsstätte Wenn Kz_EinVA = N Anzahl der LANRs bei zusammengefügten Gruppen innerhalb der Vergleichsgruppe	4	
7	VO_Faelle	Wenn KZ_EinVA = J Verordnungsfälle des Vertragsarztes nach § 5 Abs. 4 Satz 4 Wenn Kz_EinVA = N Summe der nach § 5 Abs. 4 Satz 4 ermittelten Anzahlen der in der Gruppe enthaltenen Vertragsärzte	1.035	
8	Ziel_Nr	Nummer des Verordnungszieles	261	
9	Zielart	Art des Verordnungsziels G = Generikaziel L = Leitsubstanzziel M = Mengenziel	G	
10	DDD _1	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Originale nicht rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Nicht-Leitsubstanz nicht rabattiert" (bei L)	2.530	ggf. 0

11	DDD _2	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Originale rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Nicht-Leitsubstanzen rabattiert" (bei L)	4.380	ggf. 0
12	DDD _3	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Altoriginale nicht rabattiert" (bei G oder M) bzw. "gener. Nicht-Leitsubstanzen nicht rabattiert" (bei L)	3.300	ggf. 0
13	DDD _4	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Altoriginale rabattiert" (bei G oder M) bzw. "generische Nicht-Leitsubstanzen rabattiert" (bei L)	0	ggf. 0
14	DDD _5	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Generika nicht rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Leitsubstanzen nicht rabattiert" (bei L)	10.535	ggf. 0
15	DDD _6	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Generika rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Leitsubstanzen rabattiert" (bei L)	32.128	ggf. 0
16	DDD_Gesamt	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels gesamt	52.873	ggf. 0
17	KZ_DDD_Haeuf	Kennzeichen DDD_Gesamt > relevante Häufigkeit nach § 5 Abs. 2: J = ja, N = nein	J	
18	Zielwert	Zielwert des Verordnungsziels nach Anlage 2	0,7400	
19	Ist	Istwert nach § 5 Abs. 3 bei Zielart G oder L, Istwert nach § 5 Abs. 4 bei Zielart M; 0,0000 wenn KZ_EinVA = N	0,7365	vier Nach-kommastel-len
20	Ges_Erg	Gesamtergebnis nach § 5 Abs. 5; Wenn KZ_EinVA = N ungewichteter Mittelwert der Ein-zelwerte	0,9860	vier Nach-kommastel-len
21	WF	Wirtschaftlichkeitsfaktor für das Verordnungsziel nach Anlage 2	0,05	

3. Datensatzbeschreibung für die Datenlieferungen nach § 9 Abs. 3

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJJQ	20201	
2	PZN	Angabe der Pharmazentralnummer (8-stellig)	10133009	
3	ATC	Angabe des dazugehörigen ATC Codes (7-stellig)	A10BX04	
4	Ziel_Nr_1	Nummer erstes Verordnungsziel (wenn von der WSV umfasst, sonst leer)	261	ggf. leer
5	Ziel_Nr_2	Nummer zweites Verordnungsziel (wenn PZN in zwei Zielen enthalten ist, sonst leer)	262	ggf. leer
6	KZ_Leitsubstanz_1	Kennzeichen Leitsubstanz erstes Ziel (0 = nein, 1 = ja)	0	ggf. leer
7	KZ_Leitsubstanz_2	Kennzeichen Leitsubstanz zweites Ziel (0 = nein, 1 = ja)	1	ggf. leer
8	KZ_Generikum	Kennzeichen Generikum/Altoriginal/Original 0 = Original 1 = Altoriginal 2 = Generikum 3 = Sonstige (nicht von der WSV umfasst)	0	
9	DDD	Angabe der verwendeten DDD je Packung in 1/1000 Einheiten	200000	

4. Listen gem. § 8 Abs. 1 für die Vertragsärzte, für die Abschnitt IV anwendbar ist:

Der Kopf der Listen enthält jeweils die Angabe, ob es sich um eine Liste nach § 8 Abs. 1 Satz 1 oder nach § 8 Abs. 1 Satz 2 handelt.

4.a Liste gem. § 8 Abs. 1 Satz 1

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJJQ	20201	
2	HBSNR	Haupt-Betriebsstellennummer (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)	748100100	
3	Name	Name, Vorname des Vertragsarztes		
4	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
5	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabetesschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
6	LANR	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)	748100100	

4.b. Liste gem. § 8 Abs. 1 Satz 2

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJJQ	20201	
2	HBSNR	Haupt-Betriebsstellennummer (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)	748100100	
3	Name	Name, Vorname des Vertragsarztes		
4	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
5	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabetesschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
6	LANR	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)	748100100	

5. Listen für die Sondierung nach § 10 Abs. 4:

5.a Übersicht der einbezogenen Vertragsärzte (Sondierungsliste):

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJJQ	20201	
2	HBSNR	Haupt-Betriebsstellennummer (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)	748100100	
3	Name	Name, Vorname des Vertragsarztes		
4	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
5	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabetesschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
6	LANR	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung der Spalten 6 bis 11 bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)	748100100	
7	DDD_ges	Gesamtmenge der vom Vertragsarzt verordneten DDD (auch nicht von der WSV umfasst) in 1/1 Einheiten	98.765	ganzzahlig gerundet
8	DDD_Ziele	Gesamtmenge der vom Vertragsarzt verordneten DDD, die von der WSV umfasst sind, in 1/1 Einheiten	54.321	ganzzahlig gerundet
9	AK_ges	Arzneikosten (brutto) der vom Vertragsarzt insgesamt verordneten Arzneimittel	87.654,32	
10	AK_Ziele	Arzneikosten (brutto) der vom Vertragsarzt verordneten Arzneimittel, die von der WSV umfasst sind	65.432,10	
11	Ziele	Zahl der Verordnungsziele, bei denen die DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 vom Vertragsarzt erreicht wurde	5	
12	NBetrag	Nachforderungsbetrag nach § 12 Abs. 5 in Euro, vorläufig, auch wenn Betrag < 100,00	112,56	

5.b Arztbezogene Darstellung der Ergebnisse je Verordnungsziel und der unwirtschaftlichen Mehraufwände und Ausgleichsbeträge nach § 12 Abs. 1 bis 5

Die Liste wird für jeden Vertragsarzt nach § 1 Abs. 1 erstellt, für den Abschnitt IV anwendbar ist. Der Kopf der Liste enthält das Verordnungsquartal, die Vergleichsgruppe (VG), die Betriebsstättennummer (BSNR), die lebenslange(n) Arztnummer(n) (LANR) in der BSNR sowie Name und Anschrift der Vertragsärzte und der Vertragsarztpraxis und das PSt-Logo. Ausgewiesen werden alle Verordnungsziele, bei denen die Daten nach § 9 Abs. 1 Verordnungen des Vertragsarztes ausweisen. Die PSt verständigt sich mit den Vertragspartnern über das Zielformat der Liste und erforderliche Anpassungen. Die Liste soll Erläuterungen für die verwendeten Abkürzungen enthalten.

Die Liste besteht je Vertragsarzt aus drei Abschnitten, die jeweils mindestens folgende Angaben enthalten:

1. Je auszuweisendem Generika- und Leitsubstanzziel:

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Ziel	Nummer des Verordnungsziels	261	
2	Name	Name des Verordnungsziels, ggf. gekürzt	Antikoagul.	
3	Art	Art des Verordnungsziels (nach Anlage 2): G = Generikaziel L = Leitsubstanzziel	L	
3	DDD_1	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Originale nicht rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz nicht rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
4	DDD_2	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Originale rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
5	DDD_3	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Altoriginale nicht rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz gener. nicht rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
6	DDD_4	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Altoriginale rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz gener. rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
7	DDD_5	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Generika nicht rabattiert (bei Art = G) bzw. - Leitsubstanz nicht rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet

8	DDD_6	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Generika rabattiert (bei Art = G) bzw. - Leitsubstanz rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
9	AK_Ziele	Arzneikosten (brutto) der verordneten Arzneimittel, die von der WSV umfasst sind	150.000	ganzzahlig gerundet
10	Istwert	Istwert entspr. § 5 Abs. 3 in Prozent; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	54.321	2 Nachkom-mastellen
11	Zielwert	Zielwert des Verordnungsziels nach Anlage 2 in Prozent	0,9500	2 Nachkom-mastellen
9	AGr	Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 2 in Prozent	0,8000	2 Nachkom-mastellen
10	MA/AB	Mehraufwand bzw. Ausgleichsbetrag nach § 12 Abs. 1 bis 4 in Euro; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	321,09	positiver/ negativer Betrag in Euro

2. Je auszuweisendem Mengenziel:

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Ziel	Nummer des Verordnungsziels	31	
2	Name	Name des Verordnungsziels, ggf. gekürzt	PPI	
3	Art	Art des Verordnungsziels (nach Anlage 2): M = Mengenziel	M	
3	DDD	Verordnete Menge in DDD	99.999	ganzzahlig gerundet
4	VO-Fälle	Verordnungsfälle des Vertragsarztes nach § 5 Abs. 4 Satz 4	999	ganzzahlig
5	Istwert	Istwert entspr. § 5 Abs. 4 in Prozent; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	100,10	2 Nachkom-mastellen
6	Zielwert	Zielwert des Verordnungsziels nach Anlage 2 in Prozent	12,00	2 Nachkom-mastellen

7	AGr	Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 3 in Prozent	22,00	2 Nachkom-mastellen
8	MA/AB	Mehraufwand bzw. Ausgleichsbetrag nach § 12 Abs. 1 bis 4; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	321,09	positiver/ negativer Betrag in Euro

3. Verrechnung der Mehraufwände und Ausgleichsbeträge (je Vertragsarzt):

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Nachforderungsbe-trag (vorläufig)	Summe der positiven und negativen Beträge in den Spalten MA/AB der vorangehenden Abschnitte; ausge-wiesen auch wenn kleiner als 100 Euro	150,00	Betrag in Euro

Anlage 4 zur Wirkstoffvereinbarung

Verteiler von Listen / statistischen Unterlagen

1) Zur Vorbereitung von Verfahren nach Abschnitt IV werden abweichend von Anlage 10 PV

a) die Listen gem. § 10 Abs. 4 (Arztübersicht und Arztbezogene unwirtschaftliche Mehraufwände und Ausgleichsbeträge nach § 12 Abs. 1 bis 5),

b) die PZN-Statistik nach Anlage 12 PV,

sowie nach Abschluss des Abstimmungsgesprächs

c) der erweiterte Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060) nach Anlage 11 PV

durch die Prüfungsstelle in einheitlicher Form im Wege elektronischer Datenübertragung folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

- der KVB
- den für den Vertragsarztsitz zuständigen Dienstleistungszentren der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der IKK classic
- der SVLFG als LKK
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München –
- der federführenden Ersatzkasse.

2) Der Vertragsarzt erhält im Wege elektronischer Datenübertragung zeitnah nach der Information über ein bei ihm eingeleitetes Verfahren nach Abschnitt IV:

a) die Liste "Arztbezogene unwirtschaftliche Mehraufwände und Ausgleichsbeträge nach § 12 Abs. 1 bis 5" nach § 10 Abs. 4

b) den erweiterten Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060) nach Anlage 11 PV.

Anlage 5 zur Wirkstoffvereinbarung

nicht besetzt

Anlage 6 zur Wirkstoffvereinbarung

nicht besetzt

Anlage 7 zur Wirkstoffvereinbarung

Besonderheiten
bei der Bestimmung von Wirkstoffgruppen, Messgrößen und Verordnungszielen

1. ATC-Klassifikation und Definierte Tagesdosen (DDD)

Zur technischen Umsetzung dieser Vereinbarung werden grundsätzlich die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach § 73 Abs. 8 Satz 5 SGB V herausgegebene und vom WIdO publizierte amtliche deutsche Fassung der ATC-Klassifikation und des Systems der Definierten Tagesdosen (DDD) verwendet. Für jedes Verordnungsquartal wird der vom WIdO monatlich fortgeschriebene Datenstand der entsprechenden Monate verwendet. Von den darin festgelegten DDD-Werten kann nur dann abgewichen werden, sofern es für ein Arzneimittel zwei oder mehrere Indikationen gibt und die für die DDD-Festlegung herangezogene Indikation nicht die Indikation ist, die für die Versorgung die größte Bedeutung hat. In diesen Fällen erfolgt eine einvernehmliche Anpassung der für die technische Umsetzung dieser Vereinbarung verwendeten DDD-Werte, um die Reichdauer der versorgungsrelevanten Indikation abzubilden.

Beispiel: Bisphosphonate in onkologischen Indikationen.

2. Steuerung der Wirtschaftlichkeit über Generika-Anteile:

Die Zuordnung der Arzneimittel zu den Kategorien nach Anlage 2 erfolgt nach der Generikakennung des WIdO. Arzneimittel mit Generikakennung 3 (sonstige nicht generikafähige Arzneimittel) bleiben außer Betracht, ausgenommen für Arzneimittel, für welche die Vertragspartner etwas Abweichendes vereinbaren.

3. Berücksichtigung von Vereinbarungen nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V

Wirkstoffe, für die Vereinbarungen nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V als Praxisbesonderheit bestehen, sind ab dem Quartal der Bekanntgabe nicht von der Wirkstoffvereinbarung erfasst.

Beispiele: Ticagrelor 90 mg, Cenegermin, Empagliflozin, Idebenon, Osilodrostat, Pirfenidon, Propranolol, zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern, Sacubitril/Valsartan, Mepolizumab, Dapagliflozin.

4. Berücksichtigung besonderer Sachverhalte

Besondere Sachverhalte können von den Vertragspartnern einvernehmlich bei der Zielfestlegung, der Zielberechnung und der Zielerreichungskontrolle berücksichtigt werden.

Beispiele: Arzneimittel in der Augenheilkunde zur Behandlung

- der neovaskulären (feuchten) altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)
- einer Visusbeeinträchtigung aufgrund eines Makulaödems infolge eines retinalen Zentralvenenverschluss (ZVV)
- einer Visusbeeinträchtigung aufgrund eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)

Derzeit sind die Arzneimittel Beovu®, Eylea®, Iluvien®, Jetrea®, Lucentis®, Macugen®, Ozurdex®, Ranivisio®, Ximluci® und Visudyne® nicht von der Wirkstoffvereinbarung erfasst.

Hinweis: Den Vertragspartnern ist bewusst, dass während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Abgaberegeln der Apotheken, Patentabläufe, hinzukommende oder wegfallende Rabattverträge und sonstige Marktgegebenheiten unvorhersehbar dazu führen können, dass für einzelne Vertragsärzte Vor- und/oder Nachteile bei der Zielerreichung entstehen.

5. Liste der vorgenommenen Anpassungen

Die KVB liefert den Krankenkassen eine PZN-bezogene Liste der nach den Ziffern 1. bis 4. vorgenommenen Anpassungen. Die Krankenkassen überprüfen diese Liste und informieren alle Vertragspartner kurzfristig über etwaigen Korrekturbedarf.

Anlage 8 zur Wirkstoffvereinbarung

Praxisbesonderheiten

Bei Verordnungszielen, bei denen die patentgeschützten Originalarzneimittel je nach Krankenkasse erheblich unterschiedlich von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V betroffen sind, kann eine deutlich abweichende Kassenstruktur der Vertragsarztpraxis eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit sein, wenn sie für die Zielverfehlung ursächlich ist.