

Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2026

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
(nachstehend als „KVB“ bezeichnet)

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
- handelnd als Landesverband -,

dem BKK Landesverband Bayern,

der IKK classic
- handelnd als Landesverband -,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

der KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion München -,

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

§ 1 – AUSGABENVOLUMEN

Für das Jahr 2026 wird als Ausgabenvolumen nach § 84 Abs. 1 S. 1 SGB V der kollektivvertragliche Anteil an dem nach Anlage 1 berechneten Betrag von 7.663,991 Mio. € vereinbart. Die Vertragspartner sehen damit die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V vom 22. Sept. 2025 als erfüllt an. Die Feststellung des kollektivvertraglichen Anteils nach Satz 1 erfolgt nachträglich anhand der mittleren Einschreibequoten in Vollversorgungsverträge im Jahre 2026.

§ 2 – VERSORGUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSZIELE NACH § 84 ABS. 1 SATZ 2 NR. 2 SGB V

- (1) Die Umsetzung der Verpflichtungen der Vertragspartner aus § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V erfolgt hauptsächlich durch die Wirkstoffvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung. Hierin werden sowohl fachgruppenspezifische, arztbezogene Wirkstoffziele (Anlage 2 der Wirkstoffvereinbarung) festgelegt als auch auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen wie zum Beispiel Information und Beratung der Ärzte hierzu geregelt.
- (2) Über die Regelung in Absatz 1 hinaus vereinbaren die Vertragspartner weitere Ziele nach Absatz 3, zu denen die KVB die Vertragsärzte ebenfalls informiert und berät und die auch in die Wirkstoffvereinbarung übernommen werden können.
- (3) Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2026 sollen die Vertragsärzte grundsätzlich
 - vorrangig Rabattarzneimittel oder Arzneimittel unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnen und dadurch die Umsetzungsquote von vertraglich rabattierten Arzneimitteln (§ 130a Abs. 8 und 8c SGB V) erhöhen,
 - bei namentlichen Verordnungen - auch von Rabattarzneimitteln - aut idem zulassen,
 - soweit keine Rabattverträge bestehen, preisgünstige Generika bevorzugen,
 - im patentgeschützten Markt bevorzugt Leitsubstanzen, möglichst mit Rabattvertrag, im Sinne der Wirkstoffvereinbarung verordnen,
 - Arzneimittel, bei denen im Zuge des Verfahrens nach § 130b SGB V eine Praxisbesonderheit vereinbart wurde, diese nur bei den Patientengruppen einsetzen, für die im Rahmen der Frühen Nutzenbewertung ein Zusatznutzen beschlossen wurde.
 - die Cannabistherapie bevorzugt mit Sativex® und Dronabinol haltigen Rezepturen durchführen. Die hochpreisige Behandlung mit Cannabisblüten sollte unter anderem aufgrund der Dosierungsungenauigkeit auf Einzelfälle beschränkt bleiben. Im Falle einer notwendigen Verordnung von Cannabisblüten sollten bevorzugt Blüten aus staatlich kontrollierten inländischen Anbau (sog. BfArM-Cannabisblüten) ausgewählt werden.
 - Patentabläufe insbesondere im Hochpreissegment beachten und vorzugsweise Generika verordnen, z.B.:

- Antiemetika in der Onkologie
- Mycophenolsäure - ATC-Code L04AA06 (Generika zu Cellcept® und Myfortic®)
- Rivaroxaban – ATC-Code B01AF01 (Generika zu Xarelto®)
- Fingolimod – ATC-Code L04AA27 (Generika zu Gilenya®)
- Eltrombopaq - ATC-Code B02BX05 (Generika zu Revolade®)
- Ticagrelor - ATC-Code B01AC24 (Generika zu Brilique®)
- Rotigotin - ATC-Code N04BC09 (Generika zu Neupro®)
- Apixaban - ATC-Code B01AF02 (Generika zu Eliquis®, sobald auf dem deutschen Markt verfügbar)
- Dimethylfumarat - ATC-Code L04AX07 (Generika zu Tecfidera®)
- Teriflunomid – ATC-Code L04AK02 (Generika zu Aubagio®)
- vorrangig Biosimilars:
 - zu Insulin glargin – ATC-Code A10AE04 (derzeit Abasaglar®, Semglee®)
 - zu Ranibizumab – ATC-Code S01LA04 (derzeit Byooviz®, Epruvy®, Ranivisio®, Rimmyrah®, Ximluci®)
 - zu Follitropin alfa – ATC-Code G03GA05 (derzeit Bemfola®, Ovaleap®)
 - zu Tocilizumab – ATC-Code L04AC07 (derzeit Avtozma®, Tofidence®, Tyenne®)
 - zu Ustekinumab – ATC-Code L04AC05 (derzeit Fymkina®, Imuldosa®, Otulfi®, Pyzchiva®, Steqeyma®, Uzpruvo®, Wezenla®, Yesintek®) unter Berücksichtigung der zugelassenen Anwendungsgebiete)
 - zu Certolizumab – ATC-Code L04AB05 (sobald Biosimilars zu Cimzia® auf dem deutschen Markt verfügbar sind)
 - zu Natalizumab – ATC-Code L04AG03 (derzeit Tyruko®)
 - zu Denosumab – ATC-Code M05BX04 (sobald Biosimilars zu Prolia® und Xgeva® auf dem deutschen Markt verfügbar sind)
 - zu Teriparatid – ATC-Code H05AA02 (derzeit Livogiva®, Movymia®, Sondelbay®, Teriparatid Aristo®, Teriparatide Sun®, Terrosa®)
 - zu Omalizumab - ATC-Code R03DX05 (derzeit Omlyclo®)
 - Aflibercept – ATC-Code S01LA05 (sobald Biosimilars zu Eylea® auf dem deutschen Markt verfügbar sind)
 - und in der Psoriasisstherapie

verordnen und dabei Biosimilars mit Rabattvertrag bevorzugen,

- bei der Therapie der Hepatitis C in Abhängigkeit von der Therapiedauer und des Genotyps wirtschaftlich verordnen. Rabattverträge sind zu beachten.
- bei Arzneimitteln, die die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen haben und bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss einen Zusatznutzen festgestellt hat, diese nur in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen verordnen,
- die Verordnung von Arzneimitteln mit Angabe der Menge in Normpackungsgrößen (N1/N2/N3) vornehmen,
- jeweils nur die Menge verordnen, die im Einzelfall zur Erreichung der Therapieziele notwendig ist (kleine Packungsgrößen bei Einstellung und Großpackungen bei Dauertherapie beachten),
- die Verordnungen insbesondere für ältere Patienten kritisch überprüfen, die dauerhaft fünf oder mehr Wirkstoffe erhalten (z.B. PRISCUS- oder FORTA-Liste),
- preisgünstige bzw. Blutzuckerteststreifen mit Rabattvertrag bevorzugen, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät,
- bei nicht valvulärem Vorhofflimmern Phenprocoumon als Mittel der Wahl verordnen und neue orale Antikoagulantien wie zur Zeit Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban oder Edoxaban **nur nach kritischer Abwägung gemäß AkdÄ - Empfehlung** einsetzen,
- Protonenpumpenhemmer nur indikationsgerecht einsetzen; diesbezügliche Krankenhausentlassmedikationen und Dauermedikationen sind kritisch zu überprüfen,
- bei Arzneimitteln der Substitutionsausschlussliste bevorzugt Rabattarzneimittel verordnen, weil kein Austausch in der Apotheke erfolgen darf,
- Antibiotika rational einsetzen, insbesondere Reserveantibiotika und Fluorochinolon-Antibiotika unter Beachtung der Warnhinweise und besonderen Risiken, zurückhaltend verordnen,
- zugelassene Therapieallergene bei Neueinstellungen unter Berücksichtigung des Anwendungsgebietes, sofern zugelassene Therapieallergene mit gleichem (subcutan bzw. sublingual) Applikationsweg zur Verfügung stehen, regelhaft einsetzen,
- Inhalativa bei obstruktiven Lungenerkrankungen (siehe z.B. https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-059I_S2k_Klimabewusste-Verordnung-Inhalativa_2024-04.pdf Stand 01/2024) klimabewusst und wirtschaftlich verordnen
- in der Migräneprophylaxe CGRP-Inhibitoren (ATC-Code N02CD*) erst dann verordnen, wenn bei den klassischen Migräneprophylaktika Therapieversagen, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vorliegen
- Androgenrezeptor-Antagonisten bzw. Antiandrogene zur Behandlung des Prostatakarzinoms rational einsetzen

- beim Einsatz von Komplementinhibitoren wie beispielsweise Eculizumab - ATC-Code L04AJ01 bei Neuein- und Umstellungen wirtschaftliche Alternativen wie Biosimilars (derzeit Bekemv®, Epysqli®) oder andere alternative preisgünstige Wirkstoffe in Betracht ziehen
- Biologika in der Indikation Asthma nur bei schwerem nicht kontrollierbarem Asthma in Stufe 5 einsetzen.

Ferner ist darauf hinzuwirken, dass von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden.

- (4) Die Vertragspartner tragen durch die Maßnahmen nach §§ 3 bis 5 dazu bei, die festgelegten Ziele zu erreichen.

§ 3 – INFORMATION

- (1) Die Vertragsärzte werden durch arztbezogene und allgemeine Informationen (z.B. über neu verfügbare Generika und Biosimilars) bei der Steuerung der Verordnungsweise unterstützt. Zu diesem Zweck erhalten die Vertragsärzte, soweit die Apothekenrechenzentren ihren Datenlieferungspflichten rechtzeitig nachkommen, von der KVB arztbezogene Auswertungen über die verordneten Arzneimittel und Indikationsgruppen.
- (2) Die KVB leitet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Rahmen der Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V vom 22. Sept. 2025 zur Verfügung gestellten arztbezogenen Informationen zur Beobachtung der eigenen Verordnungstätigkeit, soweit im Rahmen dieser Vereinbarung relevant, an die Vertragsärzte weiter.
- (3) Die Vertragsärzte erhalten außerdem in Abstimmung mit den Vertragspartnern gemeinsam allgemeine oder fachgruppenspezifische Verordnungshinweise und -empfehlungen in Form von Mailings oder Intra-/Extranet-Informationen.

§ 4 – PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG

- (1) Die KVB führt auf Basis der jeweils aktuellsten vorhandenen Daten der Apothekenrechenzentren Pharmakotherapieberatungen durch, um die Vertragsärzte bei der Erreichung der vereinbarten Ziele nach § 2 sowie bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen. Die Beratungen können in Kleingruppen (bis fünf Praxen), einzeln oder fernmündlich durchgeführt werden. Es wird angestrebt, allen Beratungswünschen und Beratungsnotwendigkeiten zu entsprechen. § 305a SGB V bleibt unberührt.
- (2) Grundsätzliche Inhalte und Schwerpunkte der Pharmakotherapieberatungen werden gemeinsam von den Vertragspartnern in den Sitzungen nach § 5 festgelegt. Vertragsärzte, die sich freiwillig zur Pharmakotherapieberatung melden, werden ebenfalls beraten.
- (3) Die KVB unterhält zur laufenden Unterstützung der Vertragsärzte in Fragen der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln ein Servicetelefon.

§ 5 – GEMEINSAME STEUERUNG; CONTROLLING

- (1) Die Vertragspartner besprechen sich zur laufenden Steuerung und Analyse der Umsetzung dieser Vereinbarung in der Regel einmal monatlich in einer gemeinsamen Sitzung.
- (2) Die Vertragspartner tauschen in den Sitzungen nach Abs. 1 laufend die wesentlichen Informationen über die Umsetzung dieser Vereinbarung sowie der Wirkstoffvereinbarung aus.

§ 6 – KOSTENPAUSCHALE

Die beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen leisten für die Umsetzung dieser Vereinbarung eine Pauschale an die KVB in Höhe von 300.000,- € zum 30.06. sowie weitere 300.000,- € zum 31.12. des laufenden Jahres. Die beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen leisten den jeweils auf sie entfallenden Anteil der Zahlungen an die KVB. Die Aufteilung der Zwischenrechnung der KVB zum 30.06. erfolgt nach der amtlichen Statistik KM6 (Versicherte), Stand 1. Juli des Vorjahres. Die Anteile für die Rechnung der KVB zum 31.12. ergeben sich aus der amtlichen Statistik KM6 (Versicherte), Stand 1. Juli des Jahres 2026. Bei der Aufteilung der Jahresabschlussrechnung zum 31.12. ist der Jahresbetrag (600.000,- €) heranzuziehen und von den sich ergebenden Beträgen sind die Beträge der Zwischenrechnung in Abzug zu bringen.

§ 7 – ENTLASSMEDIKATION DER KRANKENHÄUSER

Die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen sollen darauf hin wirken, dass die Anforderungen des § 115c SGB V durch geeignete Maßnahmen (z.B. schriftliche Informationen) sichergestellt werden. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über ihnen hierzu bekannt werdende Auffälligkeiten.

Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln sind im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 4 Abs. 3 Satz 3 des Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele gemäß dieser Vereinbarung (§ 84 SGB V) zu beachten.

§ 8 – 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 nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

§ 9 – INKRAFTTRETEN und LAUFZEIT

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2026 in Kraft und endet am 31.12.2026, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2026 nach § 84 Abs. 1 SGB V
im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Anlage 1 zur Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2026 im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Ausgabenvolumen 2026 für die vertragsärztliche Arzneimittelversorgung und Berücksichtigung der Rahmenvorgabe nach §
84 Abs. 6 SGB V vom 22. Sept. 2025

Vereinbartes Ausgabenvolumen für 2025 (ohne Bereinigung) in Mio. Euro:	7.418,491
Retrospektives Ausgabenvolumen für 2025 (ohne Bereinigung) in Mio. Euro:	7.333,963*
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten:	+0,80%
2. Preisentwicklung + vertragl. Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V *:	+0,50%
3. Gesetzliche Leistungspflicht:	0,00%
4. Richtlinien Bundesausschuss:	0,10%
5. Einsatz innovativer Arzneimittel:	+3,90%
6. Zielvereinbarungen, indikationsbezogen:	-0,50%
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen:	+0,20%
8. Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen:	-0,50%
Summe der Anpassungsfaktoren (in Prozent):	+4,50%
Summe der Anpassungsfaktoren (in Mio. Euro):	330,03
Ausgabenvolumen 2026 (ohne Bereinigung) in Mio. Euro:	7.663,991

*: Der Anpassungsfaktor nach Ziffer 2 enthält vertragliche Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V in Höhe von 0 %. Dieser Wert wird retrospektiv für das Jahr 2025 angepasst.