

Wirkstoffvereinbarung

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

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Handelskrankenkasse (hkk)

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

Diese Vereinbarung löst die Richtgrößenprüfung für Arznei- und Verbandmittel ab. Zur Sicherung der wirtschaftlichen Ordnungsweise durch bayerische Vertragsärzte schließen die Vertragspartner nachfolgende Vereinbarung. Der Schwerpunkt dieser Vereinbarung liegt bezogen auf die Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge im jeweiligen Anwendungsgebiet in der Steuerung. Gleichwohl ist eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise gemäß § 106 Abs. 3b SGB V vorzusehen.

II. Grundsätze

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Diese Wirkstoffvereinbarung gilt für alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, 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 Anlage 1 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 Leistungserbringer identischer Vergleichsgruppen aggregiert.
- (2) Die Vergleichsgruppen sind in Anlage 1 geregelt. Sie ersetzen die Prüfgruppen aus Anlage 3 der Prüfungsvereinbarung.
- (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 Erstattungsbeträge 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 in § 3 aufgeführten Ziele der zu betrachtenden Wirkstoffgruppen und die jeweils erreichten Verordnungsanteile in Relation zu den Zielwerten (vgl. Anlage 3). Zusätzlich stellt die KVB den Krankenkassenverbänden ihre Informationsschreiben 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 Ordnungsverhalten der Vertragsärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise positiv zu beeinflussen.
- (2) Dazu bestimmen die Vertragspartner für Vergleichsgruppen von Vertragsärzten für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile auf DDD-Basis von im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen Arzneimitteln sowie Wirkstoffmengen (Verordnungsziele). Die Verordnungsziele gliedern sich in Wirkstoffquotenziele, Wirkstoffmengenziel(e) sowie fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziele. Die Verordnungsziele decken die wesentlichen Anwendungsgebiete und die wesentlichen Verordnungsstellen ab. Näheres zu vergleichsgruppenspezifischen Besonderheiten bei der Zielfestlegung und bei der Zielerreichungskontrolle im Rahmen der Steuerung ist in Anlage 7 geregelt. Die Verordnungsziele können auch vergleichsgruppenübergreifend sein. Die Verordnungsziele je Vergleichsgruppe und die fachgruppenübergreifenden bayernweiten Verordnungsziele sind in Anlage 2 aufgeführt.
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich, spätestens bis 30.11. eines Jahres Ziele und Praxisbesonderheiten jeweils für den Zeitraum des folgenden Kalenderjahres festzulegen. Solange die Vertragspartner keine neuen Ziele festlegen, gelten die bisher vereinbarten - ggf. nach Abs. 4 angepassten - Ziele fort.
- (4) Die Vertragspartner passen die festgelegten Ziele 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 innerhalb eines Zeitraumes (Kalenderjahr) nach Abs. 3 und auch rückwirkend erfolgen. Eine Rückwirkung darf für den Vertragsarzt nicht zu einer Verböserung führen.

§ 4 Wirkung bei Erreichung globaler bayernweiter Verordnungsziele

- (1) Wird das globale bayernweite Verordnungsziel gem. Abs. 3 erreicht, entfällt für alle Vertragsärzte im betreffenden Verordnungsquartal eine Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV. Bei Nichterreichung des globalen bayernweiten Verordnungszieles gilt Satz 1 für jede Vergleichsgruppe, die ihr globales Vergleichsgruppenziel erreicht hat, entsprechend. Die Feststellung der Erreichung des globalen Vergleichsgruppenzieles nach Satz 2 erfolgt aus den Verordnungsdaten der jeweiligen Vergleichsgruppe in analoger Anwendung von Abschnitt 3 mit den Verordnungszielen dieser Vergleichsgruppe.
- (2) Die Erreichung des globalen bayernweiten Verordnungszieles gem. Abs. 3 und 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 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen betrachtet. § 2 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (3) Zur Feststellung der Erreichung des globalen bayernweiten Verordnungszieles nach Abs. 1 Satz 1 werden die finanziellen Ergebnisse der einzelnen fachgruppenübergreifenden bayernweiten Verordnungsziele nach Anlage 2 saldiert. Zur Bewertung der Zielerreichung wird zunächst für jedes fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziel der Wirtschaftlichkeitsfaktor einer DDD ermittelt, indem die durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDD von den durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDD in Abzug gebracht werden. Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt. Für jedes erreichte fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziel werden alle DDDs, die über der Zielerreichung liegen, positiv gerechnet und mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor des betreffenden Zieles multipliziert; dies ergibt das wirtschaftliche Ergebnis für das betreffende Ziel. Für jedes verfehlte fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziel werden alle DDDs, um die das Ziel verfehlt wurde, negativ gerechnet und mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor des betreffenden Ziels multipliziert. Die so ermittelten positiven und negativen Ergebnisse aller Verordnungsziele werden saldiert. Das Ergebnis spiegelt die bayernweite Erreichung bzw. die Nichterreichung aller Verordnungsziele wider.
- (4) Darüber hinaus wird je Vergleichsgruppe als Mengenziel je Quartal eine maximale Mengenausweitung in DDDs pro Fall (ambulant kurativ) bezogen auf DDDs, welche Zielen gem. Anlage 2 zugeordnet sind, von 5 % zum Vorjahresquartal vereinbart. Bei Überschreitung dieses Mengenziels findet Abs. 1 Satz 2 für die entsprechende Vergleichsgruppe keine Anwendung, es sei denn, das globale Verordnungsziel nach Abs. 1 Satz 1 wurde erreicht und über alle Vergleichsgruppen hinweg wurde eine maximale Mengen-

ausweitung in DDDs pro Fall bezogen auf DDDs, welche Zielen gem. Anlage 2 zugeordnet sind, von 5 % zum Vorjahresquartal nicht überschritten.

§ 5 Arztindividuelle Zielerreichungsfeststellung

- (1) Ein Verordnungsziel wird nur dann in die Zielerreichungsfeststellung einbezogen, wenn der Vertragsarzt im Betrachtungszeitraum die betreffenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Von einer relevanten Häufigkeit wird ausgegangen, wenn die in Anlage 2 ausgewiesenen DDD-Mengen erreicht werden.
- (2) Zur Feststellung der Zielerreichung wird zunächst je Vertragsarzt und je Verordnungsziel ermittelt, wie viele im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftliche und unwirtschaftliche DDDs im Betrachtungszeitraum verordnet wurden. Die sich daraus ergebende Quote wird mit dem Zielwert verglichen. Ein Verordnungsziel wird dadurch erreicht, indem der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vorgegebenen Zielwert je Wirkstoffgruppe erreicht bzw. überschreitet.
- (3) Hat ein Vertragsarzt mehrere Verordnungsziele, werden erreichte Ziele mit nicht erreichten Zielen auf in EURO gewichteter DDD-Basis verrechnet und ein Gesamtergebnis gebildet. Dazu wird zunächst für jedes Verordnungsziel der Wirtschaftlichkeitsfaktor einer DDD ermittelt, indem die durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDD der Vergleichsgruppe von den durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDD der Vergleichsgruppe in Abzug gebracht werden. Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt. Für jedes Verordnungsziel wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert mit der Zielerreichungsquote (IST-Quote des Vertragsarztes geteilt durch die SOLL-Quote des Vertragsarztes) und der Anzahl der zum Verordnungsziel gehörenden DDDs des Vertragsarztes. Die so ermittelten Werte je Verordnungsziel werden saldiert und durch die Summe aus den Produkten der Wirtschaftlichkeitsfaktoren mit der jeweiligen Anzahl der zum Verordnungsziel gehörenden DDDs des Vertragsarztes geteilt. Ist das Gesamtergebnis 1,0 oder größer, bedeutet dies, dass die Ziele insgesamt betrachtet erreicht wurden.
- (4) 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 erstmalige Zielverfehlung durch Vertragsärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuärzte).
- (5) 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 IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis um mindestens 15 Prozent im Vergleich zum Vorquartal erreicht.

- (6) Abweichend von Abs. 5 wird Abschnitt IV nur dann angewendet, soweit nicht für dieses Verordnungsquartal für alle Vertragsärzte oder die entsprechende Vergleichsgruppe eine globale bayernweite Zielerreichung festgestellt wurde.
- (7) 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, DDD-Mengen und DDD-Quoten in den Verordnungszielen vor der Saldierung nach Abs. 3 und das Gesamtergebnis nach Saldierung ausgewiesen sind. Die KVB ist bereit, Listen auch in anderer Form, ggf. in Klartext zu übermitteln, soweit die Zulässigkeit durch den Landesbeauftragten für Datenschutz bestätigt wird.

§ 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 DDD-Quoten im Vergleich zu seinen Zielwerten. Das Ergebnis der Berechnung nach § 5 Abs. 3 ist Inhalt der Information gem. 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 eine qualifizierte Pharmakotherapie-Beratung an, mit dem Ziel, ihre Verordnungsziele zu erreichen.
- a) 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.
 - b) Eine Beratung kann auch auf Anfrage des Vertragsarztes stattfinden.
 - c) Die Beratungen werden von den Beratern der KVB den Ärzten 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 und Wirkstoffmengen (Wirkstoffprüfung).
- (2) In die Wirkstoffprüfung werden alle Vertragsärzte einbezogen, die einer der in Anlage 1 genannten Vergleichsgruppen angehören und für die nach § 5 Abs. 5 oder 6 der Abschnitt IV dieser Vereinbarung anwendbar ist.
- (3) Die Wirkstoffprüfung wird für die nach Anlage 2 vereinbarten Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen durchgeführt.
- (4) Die Wirkstoffprüfung wird je Verordnungsquartal durchgeführt.
- (5) 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 die jeweilige Wirkstoffgruppe 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 12 Wochen nach Ende des Verordnungsquartals mit den Ergebnissen der nach § 5 durchgeführten Zielerreichungskontrollen eine Liste, unterteilt nach den in Anlage 1 genannten Vergleichsgruppen,
- (2) ¹Die Liste der Vertragsärzte nach Abs. 1 wird von der KVB den übrigen Vertragspartnern sowie der Prüfungsstelle Ärzte Bayern (PSt) zum Zwecke der Datenanforderungen gem. § 298 SGB V bei den Vertragspartnern durch die PSt und zum Zwecke der Erstellung der Abstimmungslisten elektronisch zur Verfügung gestellt. ²Die Liste ist nach Durchführung des zugehörigen Abstimmungstermins zu löschen.

§ 9 Datenlieferung

- (1) Die Krankenkassen und die KVB liefern bis 9 Monate nach Ende des Prüfzeitraums erforderliche Daten gem. Anlage 6 unter Beachtung der §§ 106, 296 SGB V und der Prüfungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung an die PSt. Dabei handelt es sich nicht um eine Ausschlussfrist.
- (2) Hierbei haben die Krankenkassen sicherzustellen, dass Arzneimittel mit vertraglichen Rabatten nach § 130a Abs. 8 SGB V gekennzeichnet werden.

§ 10 Durchführung

- (1) Für Vertragsärzte, die auf der Liste nach § 8 Abs. 1 stehen, ermittelt die PSt aus den Daten nach § 9 die zu betrachtenden Wirkstoffgruppen sowie auf DDD-Basis die Verordnungsanteile nach Anlage 2.
- (2) Die Auffälligkeitsgrenze in jeder Wirkstoffgruppe ist ein Verordnungsanteil von im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDDs, welcher sich folgendermaßen errechnet: Für Zielwerte gem. Anlage 2 in den Bereichen von 0 % bis 22 % und 68,01 % bis 100 % ist die Auffälligkeitsgrenze der Zielwert gem. Anlage 2 minus 15 Prozentpunkte. Für Zielwerte gem. Anlage 2 im dem Bereich von 22,01 % bis 68 % ist die Auffälligkeitsgrenze der quadrierte Zielwert gem. Anlage 2 plus ein Zehntel des Zielwerts.
- (3) Die PSt erstellt unter Berücksichtigung von Abs. 1 und 2 sowie von Anlage 8 eine Abstimmungsliste mit dem nach § 12 Abs. 1 und 2 errechneten und saldierten vorläufigen Gesamtergebnis je Vertragsarzt.
- (4) Die Vertragspartner führen ein Abstimmungsgespräch, in dem geklärt wird, bei welchen Vertragsärzten der Prüfungsstelle empfohlen wird eine Prüfung einzuleiten. Die Abstimmung erfolgt in der Besetzung mit je vier stimmberechtigten Vertretern der Krankenkassen/Landesverbände der Krankenkassen und der KVB. Das Protokoll führt die PSt. Die Vertragspartner können Fachexperten hinzuziehen. Die Kosten trägt der hinzuziehende Vertragspartner selbst.

§ 11 Praxisbesonderheiten

- (1) Praxisbesonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn bei der jeweiligen Wirkstoffgruppe eine Besonderheit der mit den Arzneimitteln aus dieser Wirkstoffgruppe behandelten Patienten bestanden hat, die eine Verfehlung der Auffälligkeitsgrenze in dieser Höhe mit verursacht hat.
- (2) Bei Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten ist deren Effekt auf die wirtschaftlichen Verordnungsanteile zu quantifizieren, die Verordnungsanteile entsprechend zu bereinigen, erneut auf Verfehlen der Auffälligkeitsgrenzen zu prüfen und ggf. der Mehraufwand gem. § 12 zu berechnen.

§ 12 Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Für jede zu betrachtende Wirkstoffgruppe nach Anlage 2, bei der der Vertragsarzt die Auffälligkeitsgrenze verfehlt hat, ermittelt die PSt den dadurch verursachten unwirtschaftlichen Mehraufwand. Dieser berechnet sich wie folgt: Die durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDDs des Vertragsarztes abzüglich der durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDDs der Vergleichsgruppe werden multipliziert mit der

Anzahl DDDs, um die der Vertragsarzt die Auffälligkeitsgrenze verfehlt hat. Ein negatives Ergebnis wird durch den Wert „0“ ersetzt.

- (2) Unwirtschaftliche Mehraufwände nach Abs. 1 können durch die Übererfüllung von Zielen ausgeglichen werden. Dazu werden für diese Ziele positive Beträge errechnet, indem die durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDDs des Arztes von den durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDDs der Vergleichsgruppe abgezogen werden und mit der doppelten Anzahl DDDs, um die der Arzt das Ziel überschritten hat multipliziert werden. Ein negatives Ergebnis wird durch den Wert „0“ ersetzt.
- (3) Die Prüfungsstelle verrechnet die unwirtschaftlichen Mehraufwände des Vertragsarztes nach Absatz 1 und die positiven Beträge nach Absatz 2 und setzt die Differenz als Erstattungsbetrag fest.
- (4) Erstattungsbeträge unter 100 Euro werden nicht vollzogen.

V. Übergangsvorschriften und Schlussbestimmungen

§ 13 Übergangsvorschriften

- (1) Der Vertragsarzt erhält eine Information gem. § 2 Abs. 2 erstmals für das Quartal 3/2014.
- (2) § 5 Abs. 5 wird erstmalig für das Quartal 3/2015 im Vergleich zum Quartal 3/2014 angewendet.
- (3) Abweichend von § 5 Abs. 5 gilt für die erstmalige Anwendung gem. Abs. 2, dass der Vertragsarzt eine 30-prozentige Reduzierung der Differenz seines IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis von Quartal 3/2014 zu Quartal 3/2015 erreichen muss.
- (4) Abweichend von § 3 Abs. 3 und 4 werden die Verordnungsziele erstmals für den Zeitraum bis 31.12.2015 festgelegt.
- (5) Für die Verordnungsquartale bis 2/2015 wird auch bei Nichterreichung der Verordnungsziele nach § 4 keine arztindividuelle Wirkstoffprüfung durchgeführt.
- (6) Die Zuordnung der Vertragsärzte zu den Vergleichsgruppen gemäß § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung erfolgt für die Zeit vom 1.12.2014 bis 31.12.2015 nach dem Arztregister der KVB.

§ 14 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.12.2014 in Kraft und gilt, ohne dass es einer Kündigung bedarf, bis zum 30.06.2017. Danach sind für die Verordnungsweise von Arzneimitteln diejenigen Prüfarten und Prüfmethoden anzuwenden, wie sie in der bis zum 31.12.2014 fortgeltenden Prüfungsvereinbarung (PV) vorgesehen sind oder sofern eine neue PV geschlossen wurde nach der jeweils dann gültigen Prüfungsvereinbarung. Für das Quartal 4/2014 findet keine Ersatzrichtgrößenprüfung statt.
- (2) Die Anlagen zu dieser Vereinbarung können, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf, von den Vertragspartnern einvernehmlich schriftlich angepasst werden.
- (3) Die Vertragspartner können bis spätestens 31.03.2017 die Fortgeltung dieser Vereinbarung über den 30.06.2017 hinaus gemeinsam und einheitlich vereinbaren.

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

München, den 31.10.2014

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

Anlage 1 zur Wirkstoffvereinbarung

Vergleichsgruppen

Zur Steuerung der Verordnungsweise (Abschnitt III) und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit (Abschnitt IV) werden folgende Vergleichsgruppen (VG) gebildet:

LANR	VG	Gebietsbezeichnung:
(Stelle 8 und 9)		
04	010	Anästhesisten
05	040	Augenärzte
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19 bis 20	130	HNO-Ärzte
21	160	Hautärzte
23, 32, 33	191	Fachärztliche Internisten, die in 192 bis 199 nicht genannt sind
28	192	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
29	193	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
30	194	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie sowie Lungenärzte
26	195	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
27	196	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
24	197	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
25	198	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
31	199	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
50	350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
51	381	Nervenärzte
53	386	Neurologen
58	387	Psychiater
47	389	Kinder- und Jugendpsychiater
52	410	Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden
60, 61	500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
67	560	Urologen
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
NEU	760*	Dialyse-Einrichtungen
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820)
NEU	820**	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten, die die Genehmigung als besonders qualifizierter Diabetologe besitzen.

* VG 760 wird für die Übergangszeit bis 31.12.2015 anhand des Rechtsgrundes 09 auf der Basis der beteiligten LANRs „Ermächtigung Status Dialyse“ gebildet und dem KfH zugeordnet

** VG 820 wird für die Übergangszeit bis 31.12.2015 anhand der Genehmigung „Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt“ gebildet

Anlage 2 zur Wirkstoffvereinbarung

Ziele

Bei der Festlegung von Verordnungszielen, bei den Zielerreichungskontrollen nach §§ 4 und 5 sowie bei der Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV gelten als wirtschaftlich:

- bei Generikazielen die als Generika zugelassenen Arzneimittel
- bei Leitsubstanzzielen die Arzneimittel mit den als Leitsubstanzen genannten Wirkstoffen
- Arzneimittel, bei denen die Abgabe eines Arzneimittels erfolgt ist, für das für die leistungspflichtige Krankenkasse am Tag der Abgabe ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V bestand.

Generikaziele

	Analgetika (außer BTM- pflichtige Opiode) (250 DDD*)	Antibiotika zur systemischen Anwendung (100 DDD*)	Antidiabetika exklusive Insuline (500 DDD*)	Antiepileptika (500 DDD*)	Antimykotika zur systemischen Anwendung (100 DDD*)	Antimykotika zur topischen Anwendung (500 DDD*)	Antiparkinson- mittel (500 DDD*)	Antiphlogistika/ Antirheumatika (250 DDD*)
	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %
Anästhesisten (010)	86,59	97,52	73,44	44,45	98,28	29,74	69,78	59,67
Augenärzte (040)	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Chirurgen (070)	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Frauenärzte (100)	91,49	95,98	73,44	70,05	98,28		69,78	94,51
HNO-Ärzte (130)	93,73	98,92	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	92,87
Hautärzte (180)	91,49	99,38	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	98,07
FA, Internisten, Sonstige (191)	91,49	97,52	68,19	58,97	98,28	29,74	69,78	88,17
FA, Internisten m. SP Kardiologie (192)	89,99	97,52	65,15	70,05	98,28	29,74	69,78	88,83
FA, Internisten m. SP Nephrologie (193)	92,74	93,88	60,17	70,05	98,28	29,74	69,78	88,94
FA, Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	91,49	88,78	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
FA, Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	84,39	97,52	64,58	70,05	98,28	29,74	69,78	89,26
FA, Internisten m.SP Hämatologie/Onkologie (196)	92,86	94,29	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	82,80
FA, Internisten m. SP Angiologie (197)	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
FA Internisten m.SP Endokrinologie u. Diabetologie (198)	91,49	97,52	59,83	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
FA Internisten m. SP Rheumatologie (199)	88,20	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	92,65
Kinder- und Jugendärzte (230)	82,67	98,54	73,44	83,59	98,28	77,52	69,78	99,76
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Nervenärzte (381)	80,86	97,52	73,44	77,69	98,28	29,74	68,23	94,27
Neurologen (386)	73,51	97,52	73,44	78,80	98,28	29,74	66,10	90,77
Psychiater (387)	91,49	97,52	73,44	71,89	98,28	29,74	68,57	90,77
Kinder und Jugendpsychiater (389)	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Neurochirurgen (410)	90,10	97,52	73,44	43,14	98,28	29,74	69,78	86,24
Orthopäden (440)	88,43	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Ärzte, ausschl. psychotherapeutisch tätig (500)	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Urologen (560)	94,38	94,04	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	95,26
Ärzte Phys. Med. u. Rehamed. (630)	87,29	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
Dialyse-Einrichtungen (760)	95,72	91,50	61,99	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77
FA für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten (819)	92,24	97,62	75,03	66,81	98,14	24,09	73,08	90,40
FA für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten mit diabetol. Schwerpkt. (820)	92,24	97,62	63,65	57,89	98,14	24,09	73,08	90,40
alle FGR Gesamt**	91,49	97,52	73,44	70,05	98,28	29,74	69,78	90,77

* Relative Häufigkeit in DDD (Paragraf 5 Absatz 1)

** Fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziele nach Paragraf 4 Absatz 3

Generikaziele

	BTM-pflichtige Opiode (500 DDD*)	Corticosteroide zur systemischen Anwendung (400 DDD*)	Endokrine Therapie (500 DDD*)	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung (500 DDD*)	Kombigruppe kardiovas- kuläres System (1.000 DDD*)	Lipidregulatoren (500 DDD*)	Mittel bei obstruktiven Atemwegser- krankungen (500 DDD*)	Mittel zur Behandlung von Knochen- erkrankungen (500 DDD*)
	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %
Anästhesisten (010)	73,49	92,85	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Augenärzte (040)	78,92	89,45	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Chirurgen (070)	78,92	94,16	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	60,36
Frauenärzte (100)	78,92	95,65	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	59,21
HNO-Ärzte (130)	78,92	91,06	95,28	75,52	94,94	95,36	75,06	72,26
Hautärzte (160)	78,92	87,67	95,28	53,57	94,94	95,36	51,49	72,26
FÄ Internisten, Sonstige (191)	71,39	92,85	87,76	75,52	93,66	92,92	54,01	58,27
FÄ Internisten m. SP Kardiologie (192)	78,92	92,85	95,28	75,52	88,86	90,38	50,08	72,26
FÄ Internisten m. SP Nephrologie (193)	78,92	92,85	95,28	75,52	96,51	91,16	44,85	72,26
FÄ Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	78,92	91,76	95,28	75,52	87,42	92,89	58,78	72,26
FÄ Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	74,44	94,76	86,15	75,52	90,46	92,00	57,61	70,63
FÄ Internisten m.SP Hämatologie/Onkologie (196)	83,70	98,17	87,66	75,52	94,94	91,79	57,61	75,62
FÄ Internisten m. SP Angiologie (197)	78,92	92,85	95,28	75,52	94,94	90,64	57,61	72,26
FÄ Internisten m.SP Endokrinologie u. Diabetologie (198)	78,92	86,29	95,28	75,52	94,94	90,48	57,61	72,26
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	78,92	94,69	95,28	75,52	94,94	95,36	69,39	58,96
Kinder- und Jugendärzte (230)	78,92	73,43	95,28	71,82	94,94	95,36	85,15	72,26
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	78,92	92,85	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Nervenärzte (381)	77,32	73,00	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Neurologen (396)	69,21	78,80	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Psychiater (387)	78,92	92,85	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Kinder und Jugendpsychiater (389)	78,92	92,85	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Neurochirurgen (410)	77,52	90,79	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Orthopäden (440)	72,01	97,02	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	58,72
Ärzte, ausschl. psychotherapeutisch tätig (500)	78,92	92,85	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26
Urologen (560)	78,92	98,24	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	38,31
Ärzte Phys. Med. u. Rehamed. (630)	70,65	95,78	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	52,39
Dialyse-Einrichtungen (780)	78,92	92,85	95,28	75,52	97,30	91,08	42,73	72,26
FÄ für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten (819)	79,58	93,56	96,84	73,80	95,03	95,57	56,02	79,08
FÄ für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten mit diabetol. Schwerpkt. (820)	79,58	93,56	96,84	73,80	95,03	95,57	56,02	79,08
alle FGR Gesamt **	78,92	92,85	95,28	75,52	94,94	95,36	57,61	72,26

* Mindestmenge in DDD, ab der das Ziel relevant wird (Paragraf 5 Absatz 1)

** Fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziele (Paragraf 4 Absatz 3)

Generikaziele

	Ophthalmika (500 DDD*)	Psycho- analeptika (500 DDD*)	Psycholeptika (500 DDD*)	Renin- Angiotensin wirksame Präparate (500 DDD*)	Rhinologika mit Corticosteroiden (250 DDD*)	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (500 DDD*)	Thrombozyten- aggregations- hemmer (500 DDD*)	Urologika (500 DDD*)
	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %
Anästhesisten (010)	59,20	88,51	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Augenärzte (040)	56,14	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Chirurgen (070)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	74,88	84,88
Frauenärzte (100)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	55,99
HNO-Ärzte (130)	45,68	92,96	81,24	92,21	48,44	74,63	89,46	84,88
Hautärzte (180)	59,20	92,96	81,24	92,21	23,87	90,45	89,46	84,88
FÄ, Internisten, Sonstige (191)	61,19	92,96	84,83	92,21	43,01	74,63	88,06	88,11
FÄ, Internisten m. SP Kardiologie (192)	59,20	92,96	81,24	87,80	43,01	74,63	82,16	84,88
FÄ, Internisten m. SP Nephrologie (193)	59,20	94,04	85,36	89,94	43,01	74,63	94,42	84,88
FÄ, Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	59,20	92,96	81,24	90,49	32,47	74,63	89,46	84,88
FÄ, Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	59,20	92,96	81,24	89,61	43,01	74,63	87,14	84,88
FÄ, Internisten m.SP Hämatologie/Onkologie (196)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
FÄ, Internisten m. SP Angiologie (197)	59,20	92,96	81,24	90,54	43,01	74,63	77,55	84,88
FÄ Internisten m.SP Endokrinologie u. Diabetologie (198)	59,20	92,96	81,24	87,37	43,01	91,69	89,46	84,88
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	59,20	91,70	81,24	93,84	43,01	74,63	89,46	84,88
Kinder- und Jugendärzte (230)	78,92	82,10		92,21	28,78	60,71	89,46	84,88
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Nervenärzte (381)	59,20	92,96	78,82	92,21	43,01	74,63	74,58	84,88
Neurologen (386)	59,20	90,85	80,17	92,21	43,01	74,63	70,71	84,88
Psychiater (387)	59,20	91,03	80,07	90,85	43,01	74,63	89,46	84,88
Kinder und Jugendpsychiater (389)	59,20	80,82	72,31	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Neurochirurgen (410)	59,20	92,96	84,23	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Orthopäden (440)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Ärzte, ausschl. psychotherapeutisch tätig (500)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Urologen (560)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	84,40	89,46	81,97
Ärzte Phys. Med. u. RehaMed. (630)	59,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88
Dialyse-Einrichtungen (760)	59,20	95,05	85,55	92,21	43,01	74,63	96,63	84,88
FÄ für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten (819)	63,18	94,61	83,16	92,34	39,63	70,40	89,70	87,24
FÄ für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten mit diabetol. Schwerpkt. (820)	63,18	94,61	83,16	92,34	39,63	70,40	89,70	87,24
alle FGR Gesamt **	58,20	92,96	81,24	92,21	43,01	74,63	89,46	84,88

* Relative Häufigkeit in DDD (Paragraf 5 Absatz 1)

** Fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziele nach Paragraf 4 Absatz 3

Leitsubstanzziele

	Andere Antianämika (EPOs) (500 DDD*)	Anti-koagulantien (500 DDD*)	Gn-RH-Analoga (500 DDD*)	Koloniestimulierende Faktoren (100 DDD*)	MS-Therapeutika (500 DDD*)	TNF-Alpha-Blocker (500 DDD*)
	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %	Zielwert in %
Anästhesisten (010)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Augenärzte (040)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Chirurgen (070)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Frauenärzte (100)	54,97	72,91	24,26	27,28	60,79	46,39
HNO-Ärzte (130)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Hautärzte (160)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ. Internisten. Sonstige (191)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192)	54,97	50,14	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ. Internisten m. SP Nephrologie (193)	56,01	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	66,79
FÄ. Internisten m.SP Hämatologie/Onkologie (196)	56,01	72,91	24,26	27,28	60,79	46,39
FÄ. Internisten m. SP Angiologie (197)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ Internisten m.SP Endokrinologie u. Diabetologie (198)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	38,14
Kinder- und Jugendärzte (230)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Nervenärzte (381)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,56	46,39
Neurologen (386)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,56	46,39
Psychiater (387)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Kinder und Jugendpsychiater (389)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Neurochirurgen (410)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Orthopäden (440)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Ärzte, ausschl. psychotherapeutisch tätig (500)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Urologen (560)	54,97	72,91	24,80	27,55	60,79	46,39
Ärzte Phys. Med. u. Rehamed. (630)	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
Dialyse-Einrichtungen (760)	56,01	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39
FÄ für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten (819)	36,87	74,03	24,26	27,55	64,20	38,23
FA für Allgemeinmed., Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, hausärztl. Internisten mit diabetol. Schwerpkt. (820)	36,87	74,03	24,26	27,55	64,20	38,23
alle FGR Gesamt **	54,97	72,91	24,26	27,55	60,79	46,39

* Relative Häufigkeit in DDD (Paragraf 5 Absatz 1)

** Fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziele nach Paragraf 4 Absatz 3

Anlage 3 zur Wirkstoffvereinbarung

Listen / statistische Unterlagen

Arzneikostentrendmeldung (AKTM) gem. § 2 Abs. 2

Listmuster:

TRENDMELDUNG 3/2014



Wirtschaftlichkeitsziele nach der gültigen Wirkstoffvereinbarung 2014/2015

Generika-Quoten und Leitsubstanzen sollen künftig die wirtschaftliche Verordnung steuern.

1234567

Vergleichsgruppe

Mit Abschluss der Wirkstoffvereinbarung gilt es, ab Dezember 2014 für folgende Wirkstoffziele den Mindestanteil an Generika bzw. einen bestimmten Anteil an Leitsubstanzen auf Basis der Defined Daily Dose (DDD) zu erreichen. Rabattvertragspräparate gelten dabei als kostengünstig.

Grüne, gelbe und rote Punkte zeigen Ihnen Ihre Ergebnisse - anhand der Analyse Ihrer Verordnungsdaten können Sie Ihren individuellen Handlungsbedarf feststellen.

Ziele: %-Anteil von Generika am Gesamtmarkt						
	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
1	Analgetika (außer BTM-Rezept-pflichtige Opiode)	N02 (außer N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB02, N02AB03, N02AE01, N02AX06)				
2	Antibiotika zur systemischen Anwendung	J01				
3	Antidiabetika exkl. Insulin	A10B				
4	Antiepileptika	N03				
5	Antimykotika zur systemischen Anwendung	D01B, J02A				
6	Antimykotika zur topischen Anwendung	D01A				
7	Antiparkinsonmittel	N04				
8	Antiphlogistika und Antirheumatika	M01				
9	BTM-Rezept-pflichtige Opiode	N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB02, N02AB03, N02AE01, N02AX06				
10	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	H02				
11	Endokrine Therapie	L02 (außer L02AE)				
12	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	G03A				
13	Kombigruppe kardiovaskuläres System (Beta-Blocker, Ca-Antagonisten, Diuretika, etc.)	C01, C02, C03, C07, C08				

Erläuterung siehe Seite 4

1234567 123

Stand: 14.01.2015

Ziele: %-Anteil von Generika am Gesamtmarkt

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
14	Lipidregulatoren	C10				
15	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	R03				
16	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen	M05				
17	Ophthalmika	S01				
18	Psychoanaleptika	N06				
19	Psycholeptika	N05				
20	Renin-Angiotensin wirksame Präparate	C09				
21	Rhinologika mit Corticosteroiden	R01AD				
22	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalystems	G03 (außer G03A)				
23	Thrombozytenaggregationshemmer	B01AC				
24	Urologika	G04C, G04BD, G04BX18				

Leitsubstanzziele:

Ziel: %-Anteil kostengünstige EPOs an Gesamtindikationsgruppe

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
25	Andere Antianämika (EPOs) B03XA	Abseamed®, Binocrit®, Biopoin®, Epoetin alfa Hexal®, Eporatio®, Retacrit®, Silapo®				

Ziel: %-Anteil Phenprocoumon und Warfarin an Gesamtindikationsgruppe

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
26	Antikoagulantien B01AA03, B01AA04, B01AE07, B01AF01, B01AF02	Phenprocoumon, Warfarin				

Ziel: %-Anteil kostengünstige Präparate an Gesamtindikationsgruppe

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
27	GN-RH-Analoga L02AE	Leupro Sandoz®, Leuprone Hexal®				
28	Koloniestimulierende Faktoren L03AA	Biograstim®, Filgrastim Hexal®, Grastofil®, Lonquex®, Nivestim®, Ratiograstim®, Tevagrastim®, Zarzio®				

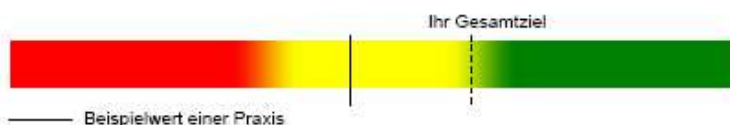
Ziel: %-Anteil Betainterferon-1b, Teriflunomid und Glatirameracetat an Gesamtindikationsgruppe

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
29	MS-Therapeutika L03AX13, L03AB07, L03AB09, L03AB13, L04AA23, L04AA27, L04AA31, L01XC04, N07XX09	Glatirameracetat, Interferon beta-1b, Teriflunomid				

Ziel: %-Anteil Infliximab, Golimumab, Certolizumab an Gesamt TNF-alpha-Blocker

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
30	TNF-alpha-Blocker L04AB	Certolizumab pegol, Golimumab, Infliximab				

Gesamtergebnis



Grüne, gelbe und rote Punkte zeigen Ihnen Ihre Ergebnisse!

Grün: Ziel erreicht



Innerhalb dieser Wirkstoffgruppe sollten Sie den indikationsgerechten Einsatz von Arzneimitteln beibehalten. Damit können Sie sich einen Ausgleich für verfehlt 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.



Hierbei unterstützen wir Sie gerne durch unsere Pharmakotherapieberater.

Die in dieser Trendmeldung enthaltenen Daten dienen der Steuerung Ihrer Verordnungsweise. Sie sind Grundlage für die Zielerreichungsfeststellung nach §§ 3 bis 6 der Wirkstoffvereinbarung.

Werte zur Arzneimittelgruppe werden nur ausgewiesen, wenn eine Mindest-DDD-Menge erreicht wurde. (§5 Abs. 1 Wirkstoffvereinbarung).

Bei Arzneimittelgruppen, für die kein Grad der Zielerreichung ausgewiesen ist, wurde die Mindest-DDD-Menge im Berichtsquartal nicht erreicht.

Weitere Informationen und eine Übersicht der Mindest-DDD-Mengen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Verordnungen / Arzneimittel / Wirkstoffziele



Listen gem. § 8 Abs. 1, § 10 Abs. 1 und Abs. 3 für alle Vertragsärzte, für die Abschnitt IV anwendbar ist:

Spalte 1	QUARTAL
Spalte 2	BSNR (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3	NAME_VORNAME
Spalte 4	Vergleichsgruppe (VG)
Spalte 5	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)
Spalte 6	GESAMTZAHL DDD
Spalte 7	GESAMTZAHL DDD, die von Zielen betroffen sind
Spalte 8	ARZNEIKOSTEN (brutto)
Spalte 9	ARZNEIKOSTEN (brutto), die von Zielen betroffen sind
Spalte 10	GESAMTZAHL DER VERORDNUNGSZIELE (Mindest-DDD-Anzahl gem Anlage 2 erreicht)
Spalte 11	SALDIERTES VORLÄUFIGES GESAMTERGEBNIS GEM: § 10 Abs. 3

Liste gem. § 12

Der Kopf der Liste enthält das Ordnungsquartal, Vergleichsgruppe (VG), die Betriebsstättennummer (BSNR), die lebenslange(n) Arztnummer(n) (LANR) in der BSNR sowie Name und Anschrift der Ärzte und der Praxis und das PSt-Logo.

Anzahl der im Quartal verordneten DDDs, Summe der Mehraufwände (Gesamtergebnis nach Verrechnung der Spalten 12a und 12b)

Spalte 1:	Zielname gem. Anlage 2 Ausgewiesen werden alle Ziele, bei denen der Vertragsarzt Verordnungen getätigt hat
Spalte 2:	Anzahl der verordneten DDDs des Vertragsarztes
Spalte 3:	Ziel (SOLL) Enthält den Zielwert in Prozent nach Anlage 2
Spalte 4:	Auffälligkeitsgrenze Zum Ziel gem. Anlage 2 gehörende Auffälligkeitsgrenze gem. § 10 Abs. 2 in Prozent
Spalte 5: IST	Vom Vertragsarzt zu einem Ziel gem. Anlage 2 erreichte IST-Quote in Prozent. Berechnet werden alle Ziele, bei denen der Vertragsarzt die DDD-Mindestmenge erreicht hat
Spalte 6:	Anzahl DDDs gem. § 12 Abs. 1 des Vertragsarztes Anzahl der DDDs, welche zum Erreichen der Auffälligkeitsgrenze fehlen
Spalte 7:	Anzahl DDDs gem. § 12 Abs. 2 des Vertragsarztes Anzahl der verordnete DDDs, die das Ziel überschreiten
Spalte 8/9:	Durchschnittliche Kosten pro DDD des Vertragsarztes

- Spalte 8: Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 1 des Vertragsarztes
Spalte 9: Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 2 des Vertragsarztes
Spalte 10/11: Durchschnittliche Kosten pro DDD der Vergleichsgruppe
Spalte 10: Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 1 der Vergleichsgruppe
Spalte 11: Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 2 der Vergleichsgruppe
Spalte 12a: Mehraufwand
Enthält den berechneten Mehraufwand gem. § 12 Abs. 1
Spalte 12b: Positiven Betrag
Enthält den positiven Betrag gem. § 12 Abs. 2

Anlage 4 zur Wirkstoffvereinbarung

Verteiler von Listen / statistischen Unterlagen

1) Zur Vorbereitung von Verfahren nach Abschnitt IV werden

- a) die Abstimmungsliste gem. § 10 Abs. 3
- b) die Liste zur Ermittlung des unwirtschaftlichen Mehraufwands gem. § 12
- c) die Arzneimittelliste GKV (PZN-Liste gem. Prüfungsvereinbarung)
- d) die Arzneimittelgruppenliste GKV (ATC-Liste gem. Prüfungsvereinbarung)

sowie nach Abschluss des Abstimmungsgesprächs

- e) der erweiterte Einzelleistungsnachweis (ABB060)

durch die Prüfungsstelle in einheitlicher Form auf EDV-Datenträger (z.B. CD-ROM oder DVD) folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

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

2) Der Vertragsarzt erhält in elektronischer Form

- a) die Arzneikosten-Trendmeldung (AK-TM)

sowie zeitnah nach der Information des Vertragsarztes über ein bei ihm eingeleitetes Verfahren nach Abschnitt IV:

- b) die Liste gem. § 12
- c) die Arzneimittelliste GKV (PZN-Liste gem. Prüfungsvereinbarung)
- d) die Arzneimittelgruppenliste GKV (ATC-Liste gem. Prüfungsvereinbarung)

Anlage 5

derzeit unbesetzt

Anlage 6 zur Wirkstoffvereinbarung

Datensatzbeschreibungen

Datensatzbeschreibung zur Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV:

Datensatzbeschreibung für Wirkstoffprüfung zur Wirkstoffvereinbarung Anlage 6			
*.csv - Format			
Nr.	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel
1	Satzart	1 = Arzneikosten 11 = § 63 SGB V 12 = § 73 b SGB V 13 = § 73 c SGB V 14 = § 140 a SGB V 9 = Summensatz	1
2	Quartal	JJJJQ	20083
3	Abrechnungs/Hauptkassen IK	9-stellig, nicht Regional IK, Fusionen berücksichtigen	103371101
4	LANR	9-stellige LANR	631234567
5	BSNR	9-stellige BSNR oder NBSNR	637654321
6	Status	1=M, 3=F, 5=R, 9=SSB (evtl. weitere)	1
7	PIC	optional, verbleibt im RZ der KK für etwaige Anforderungen von Images	
8	Zuzahlung	PIC-bezogen, Gesamtzuzahlung Rezept	Zuzahlung - Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
9	Gesamtbrutto	PIC-bezogen, Gesamtbrutto Rezept	
10	Ausstellungsdatum	JJJJMMTT	20081015
11	Versichertennummer	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken 12-stellig	123456789012
12	eGK-Versichertennummer	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken 10-stellig, bzw. verschlüsselt 11-stellig	A123456789
13	Alterskassenstamnummer	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken 11-stellig, Ziffern, führende Null möglich	12345678901
14	Geburtsdatum	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken, 8 stellig	JJJJMMTT
15	PZN-Schlüsselposition 1-9	8-stellig	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen Pos 1 bis 9 jeweils eigene Zeile
16	Faktor der Position 1-9	6-stellig	Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten Pos 1 bis 9 jeweils eigene Zeile zur entspr.Position
17	Brutto der Position 1-9	max. 15-stellig	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag Pos 1 bis 9 jeweils eigene Zeile zur entspr. Position
18	Rabatt 1, gesetzlich 1-9	PZN-bezogen	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
19	Rabatt 2, vertraglich 1-9	PZN-bezogen, Kassenspezifisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
20	Rabatt 3, pauschal 1-9	PZN-bezogen, Kassenspezifisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
21	Zusatz zu 17 und 18 1-9	PZN-bezogen 1=Rabattvertrag 0= kein Rabattvertrag	PZN-bezogen 1=Rabattvertrag 0= kein Rabattvertrag

wird nicht verarbeitet

S
C
H
L
E
I
F
E

Der Summensatz soll der letzte Satz der Datenlieferung sein und folgende Felder beinhalten:

Nr.	Inhalt	Beispiel
1	Satzart = 9	9
2	Quartal = JJJQ	20083
3 bis 7	leer	leer
8	Gesamtsumme aller Zuzahlungen	2000000
9	Gesamtbrutto aus Rezeptkopf	
10 bis 16		
17	Gesamtsumme alle Beträge - Brutto (der Position 1-9)	1000000
18	Gesamtsumme alle Rabatte 1	100000000
19	Gesamtsumme alle Rabatte 2	100000000
20	Gesamtsumme alle Rabatte 3	100000000
21	Gesamtsumme Zusätze	befüllt IT der KVB

Grundsätzlich gilt: Die Felder sind durch ein Semikolon getrennt.

Die Datensätze sind zeilenorientiert.
Das Dateiformat ist *.CSV.

- Es werden nur abgerechnete
Rezepte von Vertragsärzten
berücksichtigt (GKV, nicht BVG nicht
Zahnärzte, nicht Hebammen.)
- Nullverordnungen (Bruttobetrag
kleiner Zuzahlung, Bruttobetrag auf
Rezept = 0€) werden von KK mit
Bruttobetrag generiert, z.B. 2,53€.
- Anlage 2 (falls vereinbart) wird von
KK nicht eliminiert.
- Hilfsmittel und Impfstoffe werden
eliminiert.
- Die angegebenen Feldlängen sind
Maximallängen. Das Dateiformat
muss *.CSV sein!

Zeile 13: evtl. sonstige Versichertennummer von Kassen vergeben

Anlage 7 zur Wirkstoffvereinbarung

Besonderheiten bei der Zielberechnung, Zielfestlegung und bei der Zielerreichungskontrolle

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. 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. Die Vertragspartner führen eine gemeinsame PZN-bezogene Liste der vorgenommenen Anpassungen.

Beispiel: Bisphosphonate in onkologischen Indikationen.

2. Steuerung der Wirtschaftlichkeit über Generika-Anteile:

Die Zuordnung der Arzneimittel erfolgt nach der Generikakennung des WidO. Wenn einzelne patentfreie Originale kostengünstiger als die jeweiligen Generika sind und preislich auf oder unter dem Festbetrag liegen, werden sie wie Generika behandelt. Die Vertragspartner führen eine gemeinsame PZN-bezogene Liste der vorgenommenen Anpassungen.

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, bleiben unberücksichtigt.

Beispiele: Ticagrelor, Abirateron, Enzalutamid, Pirfenidon

4. Berücksichtigung besonderer Sachverhalte

Besondere Sachverhalte können von den Vertragspartnern einvernehmlich bei der Zielfestlegung, der Zielberechnung und der Zielerreichungskontrolle berücksichtigt werden. Die Vertragspartner führen eine gemeinsame PZN-bezogene Liste der vorgenommenen Anpassungen.

Beispiele: a) 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)

Dies betrifft die Arzneimittel Macugen®, Lucentis®, Eylea®, Illuvien®, Ozurdex®, Illuvien®, Jetrea®

b) Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors

Sollte bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors nach §5 Absatz 3 eine Differenzbildung wegen fehlender Werte der Vergleichsgruppen nicht möglich sein, wird für die Berechnung nach §5 Abs. 3 Satz 2 hierfür der jeweilige Bayernwert eingesetzt.

Anlage 8 zur Wirkstoffvereinbarung

Praxisbesonderheiten

Wirkstoffe, für die Vereinbarungen nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V als Praxisbesonderheit bestehen, bleiben unberücksichtigt.

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 Praxis eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit sein, wenn sie für die Zielverfehlung ursächlich ist.