

**Wirkstoffvereinbarung vom 31.10.2014
in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes
vom 02./03.11.2016 zur Prüfungsvereinbarung gemäß § 106
Abs. 1 Satz 2 und § 106b Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie des
1. Nachtrags vom 14.11.2016 mit Wirkung zum 01.12.2016**

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 GEK

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

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. 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 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 nach § 3 vereinbarten und in Anlage 2 aufgeführten Verordnungsziele und die jeweils erreichten Verordnungsanteile in Relation zu den Zielwerten. 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 für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile auf DDD-Basis von im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen Arzneimitteln oder geeignete Messgrößen für die Wirkstoffmengen (Verordnungsziele). Die Verordnungsziele gliedern sich in Wirkstoffquotenziele (z.B. Generikaziele, Leitsubstanzziele), Wirkstoffmengenziel(e) sowie fachgruppenübergreifende bayernweite Verordnungsziele. Die Verordnungsziele decken die wesentlichen Anwendungsgebiete und die wesentlichen Verordnungskosten ab. Näheres zu Besonderheiten bei der Zielberechnung, der Zielfestlegung und bei der Zielerreichungskontrolle ist in Anlage 7 geregelt. Die Verordnungsziele können auch vergleichsgruppenübergreifend sein. Die Verordnungsziele je Vergleichsgruppe und die vergleichsgruppenübergreifenden bayernweiten Verordnungsziele sind in Anlage 2 aufgeführt.
- (3) Die Ziele nach Anlage 2, Besonderheiten nach Anlage 7 und Praxisbesonderheiten nach Anlage 8 sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu überprüfen und ggfs. anzupassen. Die Vertragspartner legen fest, zu welchem Kalenderquartal die jeweilige

Anpassung in Kraft tritt und geben sie vor Inkrafttreten bekannt. 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 auch unterjährig 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 vergleichsgruppenübergreifenden bayernweiten Verordnungsziele nach Anlage 2 saldiert. Zur Bewertung der Zielerreichung wird zunächst für jedes vergleichsgruppenübergreifende 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. Dabei bleiben Arzneimittel, die nur aufgrund eines Rabattvertrags als wirtschaftlich im Sinne dieser Vereinbarung gelten, für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors außer Betracht. Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt. Für jedes erreichte vergleichsgruppenübergreifende 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 vergleichsgruppenübergreifende 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 Ordnungsziele werden saldiert. Das Ergebnis spiegelt die bayernweite Erreichung bzw. die Nichterreichung aller Ordnungsziele 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 Ordnungsziel nach Abs. 1 Satz 1 wurde erreicht und über alle Vergleichsgruppen hinweg wurde eine maximale Mengenausweitung 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 Ordnungsziel 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 Ordnungsziel 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 Ordnungsziel wird dadurch erreicht, indem der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vorgegebenen Zielwert je Wirkstoffgruppe erreicht bzw. überschreitet.
- (3) Hat ein Vertragsarzt mehrere Ordnungsziele, werden erreichte Ziele mit nicht erreichten Zielen auf in EURO gewichteter DDD-Basis verrechnet und ein Gesamtergebnis gebildet. Dazu wird zunächst für jedes Ordnungsziel 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. Dabei bleiben Arzneimittel, die nur aufgrund eines Rabattvertrags als wirtschaftlich im Sinne dieser Vereinbarung gelten, für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors außer Betracht. Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt. Sollte bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors eine Differenzbildung wegen fehlender Werte der Vergleichsgruppen nicht möglich sein, wird der jeweilige Wert über alle Vergleichsgruppen (Bayernwert) eingesetzt. Für jedes Ordnungsziel wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert mit der Zielerreichungsquote (IST-Quote des Vertragsarztes geteilt durch die SOLL-Quote des Vertragsarztes) und der Anzahl der zum Ordnungsziel gehörenden DDDs des Vertragsarztes. Die so ermittelten Werte je Ordnungsziel werden saldiert und durch die Summe aus den Produkten der Wirtschaftlichkeitsfaktoren mit der jeweiligen Anzahl der zum Ordnungsziel gehörenden DDDs des Vertragsarztes geteilt. Ist das Gesamtergebnis 1,0 oder größer, bedeutet dies, dass die Ziele insgesamt betrachtet erreicht wurden.

- (3a) Bei Mengenzielen gilt abweichend von Abs. 3 Satz 2 als Wirtschaftlichkeitsfaktor der für das jeweilige Mengenziel vereinbarte Wert (PPI Ziel: 0,18 Euro). In den Dividenden der Saldierung nach Absatz 3 Satz 6 geht bei Mengenzielen abweichend von Abs. 3 Satz 5 das Ergebnis der Multiplikation der Zielerreichungsquote nach Satz 4 mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor und dem Soll-Wert des Mengenziels in DDD je Verordnungsfall und der Anzahl der Verordnungsfälle des Arztes additiv ein. In den Divisor der Saldierung nach Abs. 3 Satz 6 geht bei Mengenzielen das Ergebnis der Multiplikation des Wirtschaftlichkeitsfaktors mit dem Soll-Wert des Mengenziels in DDD je Verordnungsfall und der Anzahl der Verordnungsfälle des Arztes additiv ein. Die Zielerreichungsquote eines Mengenziels wird ermittelt durch Subtraktion des Quotienten aus dem Ist-Wert des Arztes in DDD je Verordnungsfall und dem für ihn geltenden Soll-Wert in DDD je Verordnungsfall vom Wert 2,00. Bei der Berechnung der Zielerreichungsquote eines Mengenziels wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt.
- (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 Ordnungsquartals 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 Ordnungsquartal für alle Vertragsärzte oder die entsprechende Vergleichsgruppe eine globale bayernweite Zielerreichung festgestellt wurde.
- (7) Für die gemeinsame Fortentwicklung von Ordnungszielen 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 Ordnungszielen vor der Saldierung nach Abs. 3 und das Gesamtergebnis nach Saldierung 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.

§ 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 für alle vereinbarten Ziele ist Inhalt der Information gem. Satz 1. Wenn erforderlich, ist zusätzlich nur für diejenigen Ziele das Ergebnis der Berechnung nach § 5 Abs. 3 auszuweisen, die für die Anwendung des Abschnitts IV relevant sind.
- (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 nach Anlage 3 Nr. 4..
- (2) Die Liste der Vertragsärzte nach Abs. 1 wird von der KVB der Prüfungsstelle Ärzte Bayern (PSt) zum Zwecke der Datenanforderungen gem. § 296 Abs. 2 SGB V bei den Vertragspartnern durch die PSt und zum Zwecke der Erstellung der Abstimmungslisten elektronisch zur Verfügung gestellt. Die PSt stellt unverzüglich nach der Lieferung gem. Satz 1 den übrigen Vertragspartnern ohne KVB die Liste der Vertragsärzte nach Abs. 1 elektronisch zur Verfügung. Die Liste ist nach Durchführung des zugehörigen Abstimmungstermins zu löschen.

§ 9 Datenlieferung

- (1) Die Krankenkassen 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.
- (3) Die KVB liefert 8 Monate nach Ende des Verordnungsquartals an die PSt die Daten für die Zuordnung der PZNs zu den ATC-Codes und Verordnungszielen für das entsprechende Verordnungsquartal. Je PZN werden die Generikakennzeichen, DDDs, und die Kennzeichnungen als Leitsubstanz ausgewiesen. Die Datenlieferung erfolgt nach der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3 Nr. 3 und berücksichtigt die Festlegungen nach Anlage 7. Zusätzlich liefert die KVB die Liste nach Anlage 7 Ziffer 5.

§ 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 Listen nach Anlage 3 Nr. 5a und Nr. 5b 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 Brut-

tokosten 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. Dabei bleiben Arzneimittel, die nur aufgrund eines Rabattvertrags als wirtschaftlich im Sinne dieser Vereinbarung gelten, für die Berechnung der Bruttokostendifferenz nach Satz 3 außer Betracht. Ein negatives Ergebnis wird durch den Wert „0“ ersetzt. Sollte die Berechnung der Bruttokostendifferenz wegen fehlender Werte der Vergleichsgruppen nicht möglich sein, wird der jeweilige Wert über alle Vergleichsgruppen (Bayernwert) eingesetzt.

- (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 Nichterreicherung 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 30.09.2016 nach dem Arztregister der KVB.
- (7) Die Information nach § 2 Abs. 2 wird ab dem 4. Quartal 2016 auf Basis der Ziele nach Anlage 2 des 1. Nachtrags der Wirkstoffvereinbarung erstellt.
- (8) Für das 1. Quartal 2017 wird § 5 Abs. 5 so umgesetzt, dass als Vorquartal das gesamte 4. Quartal 2016 mit den im 1. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung vereinbarten Zielen gilt.
- (9) Für das 4. Quartal 2016 findet Abschnitt IV dieser Vereinbarung keine Anwendung. Für das 1. Quartal 2017 fließen die Ziele 26.1 Antikoagulantien, 26.2 NOAKs, 29 MS-Therapeutika und 30 TNF-Alpha-Blocker nicht in die Zielerreichungsberechnungen nach § 4 und § 5 ein, soweit diese für Abschnitt IV dieser Vereinbarung relevant sind.

§ 14 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.12.2014 in Kraft. Sie kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2017, gekündigt werden und gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) 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 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
51/53/58	381/386/387	Nervenärzte/Neurologen/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
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

Für die Ärzte, die die Genehmigung als besonders qualifizierter Diabetologe besitzen, wird für das Ziel Antidiabetika ein gesonderter Zielwert vereinbart.

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, soweit nicht in Anlage 7 etwas anderes geregelt ist:

- bei Generikazielen die als Generika zugelassenen Arzneimittel bis zur Festbetragsgrenze
- bei Leitsubstanzzielen die Arzneimittel mit den als Leitsubstanzen genannten Wirkstoffen oder Handelsnamen,
- 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 oder § 130 c SGB V bestand, soweit nicht anders geregelt,
- bei Mengenzielen das Einhalten bzw. Unterschreiten einer vereinbarten, durchschnittlichen Menge je Verordnungsfall (in DDD).

Zielwerttabelle:



Zielwerttabelle ab
01.12.2016.pdf

Für die Definition der Zielinhalte führen die Vertragspartner eine aktuelle Liste (Zieldefinitionsliste) nach folgendem Muster:



Zieldefinitionsliste.p
df

Anlage 3 zur Wirkstoffvereinbarung

Listen / statistische Unterlagen

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

Listmuster:

Seite 1

TRENDMELDUNG Q/20JJ



Betriebsstätte 71xxXXxxX
 Vergleichsgruppe Fachärzte für xyz

Nebenbetriebsstätten:
 XXooXXGooX

Adresszeile 1
 Adresszeile 2
 Adresszeile 3
 Adresszeile 4

Teilnehmer: (LANR) xxXXxxX

Wirtschaftlichkeitsziele nach der gültigen Wirkstoffvereinbarung 20JJ

Generika-Quoten und Leitsubstanzen steuern Ihre wirtschaftliche Verordnung.

Einleitungstext - Zeile 1
 Einleitungstext - Zeile 2
 Einleitungstext - Zeile 3

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
NR	Name der Gruppe	ATC-Codes	XX,xx	x.xxx	XX,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können		DDD
Name Arzneimittel		Menge
Es werden Daten für maximal fünf Arzneimittel aufgelistet.		

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Name der Gruppe	ATC-Codes	XX,xx	x.xxxx	100,0	

Listmuster:

Seite 2 bis X nach Bedarf

Wirtschaftlichkeitsziele - Seite 2
Analyse der Verordnungsdaten Quartal Q/20JJ
HBSNR



	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe XYZ xyz (bei Bedarf nähere Bezeichnung der Gruppe oder Ausschlüsse)	ATC-Codes der Gruppe	9X,xx	x.xxx	99,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können	DDD
Name Arzneimittel und Menge - wenn Anteil Praxis < 100,0 %	

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	9X,xx	x.xxx	100,0	

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe ggf. mit Beschreibung	ATC-Code	5X,xx	x.xxx	4X,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können	DDD
Name Arzneimittel und Menge	
** - wenn Anteil Praxis < 100,0 % für maximal fünf Arzneimittel	

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe Anlage x der Wirkstoffvereinbarung	ATC-Code (außer ATC-Code)	7X,xx	x.xxx	8X,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können	DDD
Name Arzneimittel und Menge ** s. o.	

Erläuterung siehe Seite Z
HBSNR- VG-ID

Stand: TT.MM.JJJJ

Listmuster:

letzte Seite (Z)

Wirtschaftlichkeitsziele - Seite Z
Analyse der Verordnungsdaten Quartal Q/JJJJ
HBSNR



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 §§ X bis X der Wirkstoffvereinbarung.

Werte zur Arzneimittelgruppe werden nur ausgewiesen, wenn eine Mindest-DDD-Menge erreicht wurde.

(§X Abs. X 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 / Wirkstoffvereinbarung

Details zu den ATC-Codes erhalten Sie unter:

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/versionJJJJ/>



QR-Code auf Website der KVB mit Informationen zur Arzneisteuerung JJJJ

Informationen zu diesem Listmuster:

Die o.g. Erläuterungen sind jeweils auf der letzten Seite = Z der Trendmeldung zu finden.

Die Verordnungsstatistik enthält Informationen über die vom Vertragsarzt erreichten DDD-Quoten im Vergleich zu den Zielwerten, sofern die Mindest-DDD Menge eines Ziels gem. Anlage X der Wirkstoffvereinbarung erreicht wurde.

Dieses Listmuster nach kann von der KVB bei Bedarf redaktionell angepasst werden.

2. Datensatzbeschreibung für die Liste nach § 5 Abs. 7

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel
1	Quartal	JJJQ	20153
2	Praxis_ID	Anonymisierte Arztnummer nach dem Zufallsprinzip - jedes Quartal eine andere Nummer je Praxis	436
3	AFG_WSV	Arztfachgruppe nach der WSV	819
4	Anz_Aerzte	Anzahl der LANRs innerhalb einer Hauptbetriebsstätte / Arztfachgruppe (bzw. innerhalb der Arztfachgruppe bei kleinen zusammengeführten Gruppen)	4
5	DDD_erwuensch_1	Anzahl der erwünschten DDDs (auch wenn DDDgesamt < Mindest DDD)	1.250
6	DDD_unerwuensch_1	Anzahl der unerwünschten DDDs (auch wenn DDDgesamt < Mindest DDD)	2.530
7	DDD_Quote_1	Anteil DDD_erwuensch an DDD_gesamt (gewichteter Mittelwert der geltenden Ziele bei zusammengefassten Arztfachgruppen) (nur Ziele DDD_gesamt > MindestDDD)	33,00
8	WF_1	Wirtschaftlichkeitsfaktor für das betreffende Ziel und die betreffende Vergleichsgruppe	0,987
9-132	Werte aus Nr. 5-8 je Ziel	Jeweils unter Angabe der Ziel Nr. (_2; _3;)	
133	Saldo_Erg_alle	Saldiertes Gesamtergebnis der Praxis nach § 5 Abs. 3 aller Ziele (bei zusammengefassten Vergleichsgruppen der ungewichtete Mittelwert der Einzelwerte)	100,87
134	Saldo_Erg_rele	Saldiertes Gesamtergebnis der Praxis nach § 5 Abs. 3 der Abschnitt-IV-relevanten Ziele (bei zusammengefassten Vergleichsgruppen der ungewichtete Mittelwert der Einzelwerte)	105,12

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

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel 1	Beispiel 2
1	PZN	Angabe der Pharmazentralnummer (8-stellig)	10133009	06687067
2	ATC	Angabe des dazugehörigen ATC Codes (7-stellig)	A10BX04	L04AB01
3	Ziel Nummer 1	Ziel Nummer (1-n) übergeordnetes Ziel	261	3

4	Ziel Nummer 2	Ziel Nummer untergeordnetes Ziel	262	
5	GenerikaKz	Generikum (0=nein; 1=ja)	0	3
6	Leitsubstanz1	Angabe, ob es sich (im übergeordneten Ziel) um eine Leitsubstanz handelt (0=nein, 1=ja)	0	1
7	Leitsubstanz2	Angabe, ob es sich im untergeordneten Ziel um eine Leitsubstanz handelt (0=nein, 1=ja)	0	0
8	DDD	Angabe der verwendeten DDD je Packung in 1/1000 Einheiten	20000	28571

4. Liste gem. § 8 Abs. 1 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. § 5 ABS. 3
Spalte 12	SALDIERTES VORLÄUFIGES GESAMTERGEBNIS DES VORQUARTALS GEM. § 5 ABS. 3

5. Listen gem. § 10 Abs. 3:

5.a Arztübersicht:

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 (vorläufiger rechnerischer Mehraufwand)

5.b Liste unwirtschaftlicher Mehraufwand nach § 10 Abs. 3

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.

Summe der Mehraufwände (Gesamtergebnis nach Verrechnung der Spalten 12a und 12b)

Spalte 0:	Zielnummer
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:	Positiver Betrag Enthält den (verdoppelten) positiven Betrag gem. § 12 Abs. 2

Errechneter unwirtschaftlicher Mehraufwand (Gesamtergebnis nach Verrechnung der Spalten 12a und 12b; 0,00 wenn negativ).

Anlage 4 zur Wirkstoffvereinbarung

Verteiler von Listen / statistischen Unterlagen

1) Zur Vorbereitung von Verfahren nach Abschnitt IV werden

a) die Listen gem. § 10 Abs. 3

sowie nach Abschluss des Abstimmungsgesprächs

b) der erweiterte Einzelfallnachweis (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 und in Papierform

a) die Arzneimittelrendmeldung (AMTM)

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

b) die Liste unwirtschaftlicher Mehraufwand nach § 10 Abs. 3

c) den erweiterten Einzelfallnachweis (ABB060)

Anlage 5

derzeit unbesetzt

Anlage 6 zur Wirkstoffvereinbarung

Datensatzbeschreibungen

Datensatzbeschreibung zur Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV:

Nr.	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Kann/ Muss- Feld	Bemerkung
1	Satzart	1= Arzneikosten 11= §63 SGB V 12= §73b SGB V 13= §73c SGB V 14= §140a SGB V 9= Summensatz	1	M	Lieferverpflichtung besteht nur für Satzart 1 und 9 Lieferung einer Datei
2	Quartal	JJJJQ numerisch	20151	M	
3	Abrechnungs-/ Hauptkassen-IK	9-stellig, nicht Regional-IK, Fusionen berücksichtigen numerisch	103371101	M	
4	LANR	9-stellige LANR numerisch	631234567	M	
5	BSNR	9-stellige BSNR oder NBSNR numerisch	637654321	M	
6	Status	1=M 3=F 5=R 9=SSB 0=unbekannt (evtl. weitere)	1	K	wird nicht verarbeitet
7	PIC	Optional, verbleibt im RZ der KK für etwaige Anforderun- gen von Images 18-stellig, numerisch	40173500282000000	K	
8	Zuzahlung	PIC-bezogen, Gesamtbrutto Rezept numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine füh- renden Nullen	M	
9	Gesamtbrutto	PIC-bezogen, Gesamtbrutto Rezept numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine füh- renden Nullen	K	
10	Ausstellungsdatum	JJJJMMTT numerisch	20150104	M	
11	Versichertennum- mer1)	nur auf Anforderung Prü- fungsstelle zu Prüfzwecken, numerisch pseudonymisiert 50-stellig	123456789101	M	Muss-Feld nur falls keine eGK-Nummer vorhanden
12	eGK-Versi- chertennummer1)	nur auf Anforderung Prü- fungsstelle zu Prüfzwecken, alphanumerisch pseudony- misiert 50-stellig	A123456789	M	Vorrangig zu liefern
13	Alterskassenstamm- nummer	nur auf Anforderung Prü- fungsstelle zu Prüfzwecken, numerisch x-stellig, 11-stellig Ziffern, führende Nullen möglich	12345678901	K	Nur bei SVLFG
14	Geburtsdatum	JJJJMMTT 00=kein Wert vorhanden numerisch	19960204	M	

15	PZN-Schlüsselposition 1-9	8-stellig numerisch	Quellenhinweis: EFP-Segment. Kennzeichen Pos. 1 bis 9 jeweils eigene Zeile	M	
16	Faktor der Position 1-9	6-stellig numerisch	Quellenhinweis: EFP-Segment. Anzahl Einheiten Pos. 1 bis 9 jeweils eigene Zeile zur entsprechenden Position	M	
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 entsprechenden Position	M	
18	Rabatt 1 gesetzlich 1-9	PZN-bezogen numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	
19	Rabatt 2 vertraglich 1-9	PZN-bezogen Kassenspezifisch numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	Nur Muss-Feld, falls Nummer 20 nicht befüllt
20	Rabatt 3 pauschal 1-9	PZN-bezogen Kassenspezifisch numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	Nur Muss-Feld, falls Nummer 19 nicht befüllt
21	Zusatz zu 17 und 18 1-9	PZN-bezogen 1= Rabattvertrag 0= kein Rabattvertrag	1	M	

Summensatz:

Nr.	Bezeichnung	Beispiel
1	Satzart	9
2	Quartal	20151
	leer	leer
8	Gesamtsumme aller Zuzahlungen	2000000
9	Gesamtbrutto aus Rezept	1000000000
	leer	leer
17	Gesamtsumme aller Beträge Brutto Pos. 1-9	1000000000
18	Gesamtsumme aller Rabatte 1	2000000
19	Gesamtsumme aller Rabatte 2	2000000
20	Gesamtsumme aller Rabatte 3	2000000
22	Gesamtsumme Zusätze	Befüllt IT-Dienstleister PST
	<p>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 (Bruttoobertrag < Zuzahlung; Bruttobetrag auf Rezept = 00,0 €) werden von den Krankenkassen mit Bruttobetrag generiert, z.B. 2,53 € Hilfsmittel und Impfstoffe werden von den Krankenkassen eliminiert. Verordnungen, für die § 106 Abs. 2 Satz 8 SGB V gilt, werden von den Krankenkassen eliminiert Die angegebenen Feldlängen sind Maximallängen.</p>	
	<p>Fußnoten: 1) Pseudonymisierte Versichertennummern bzw. eGK-Nummern: Pseudonym ist mit Nullen auf 50 Stellen aufzufüllen (Nullen schließen sich dem Pseudonym an, keine führenden Nullen)</p>	

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.

Beispiel: Bisphosphonate in onkologischen Indikationen.

2. Steuerung der Wirtschaftlichkeit über Generika-Anteile:

Die Zuordnung der Arzneimittel 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. Wenn einzelne patentfreie Originale kostengünstiger als die jeweiligen Generika sind und preislich auf oder unter dem Festbetrag liegen, werden sie wie Generika behandelt. Generika, deren Preis über dem Festbetrag liegt, werden wie Originale behandelt, außer es besteht ein Rabattvertrag.

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 90 mg, Abirateron, Enzalutamid, Pirfenidon, Propranolol zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern

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)

Die Arzneimittel Macugen®, Lucentis®, Eylea®, Iluvien®, Ozurdex®, Jetrea® bleiben unberücksichtigt.

5. Die Vertragspartner führen eine gemeinsame PZN-bezogene Liste der nach Ziffern 1. bis 4. vorgenommenen Anpassungen.

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.