

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG NACH § 84 ABS. 1 SGB V FÜR DEN BEREICH DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG FÜR DAS JAHR 2009

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart
(im folgenden KVBW genannt)**

sowie

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

dem BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,

der IKK Baden-Württemberg und Hessen, Ludwigsburg,

der LKK Baden-Württemberg, Stuttgart,

der Knappschaft, Verwaltungsstelle München

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Gmünder ErsatzKasse – GEK
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-
Landesvertretung Baden-Württemberg**

(im folgenden Verbände genannt)

wird folgende Arzneimittelvereinbarung 2009 getroffen:

1 Allgemeines

- 1.1** Grundlage für diese Vereinbarung sind die gesetzlichen Bestimmungen nach § 84 SGB V in Verbindung mit der jeweils gültigen Rahmenvereinbarung nach § 84 Abs. 7 Sätze 1 bis 3 SGB V.
- 1.2** Die KVBW und die Verbände verständigen sich auf messbare Wirtschaftlichkeitsziele und eine ergebnisorientierte, konstruktive Zusammenarbeit zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens. Das gemeinsame Ziel ist eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses orientiert. Es besteht Einvernehmen darüber, dass die unter Ziffer 4 dieser Vereinbarung vorrangig aufgeführten Wirtschaftlichkeitsziele nicht alle Wirtschaftlichkeitsreserven abbilden, insbesondere nicht die Einsparmöglichkeiten durch eine bedarfsorientierte Reduzierung der Verordnungsmenge und -vielfalt.

2 Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten der KVBW nach § 31 SGB V veranlassten Leistungen.
Für das Jahr 2009 beträgt dieses Ausgabenvolumen

3.113.100.000 EUR.

3 Versorgungsziele

- 3.1** Die Kostenentwicklung im Bereich teurer und/oder innovativer Therapien wird gezielt analysiert und bewertet. Die Arbeitsgruppe nach Ziffer 5 dieser Vereinbarung legt den Vertragspartnern eine Liste der hierfür selektierten Arzneimittel zur Abstimmung vor.
- 3.2** Versorgungsziel ist die Begrenzung des Verordnungs- und Umsatzanstiegs durch wirtschaftlichen und indikationsgerechten Arzneimitteleinsatz. Die Vertragspartner stellen hierzu Informationen nach § 73 Abs. 8 SGB V zur Verfügung.

4 Wirtschaftlichkeitsziele

4.1 Zur Einhaltung des nach Ziffer 2 vereinbarten Ausgabenvolumens verständigen sich die Vertragspartner auf die Umsetzung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, insbesondere

- durch die Auswahl preisgünstiger Generika,
- durch differenzierte Indikationsstellung für Analogpräparate und
- unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) des Gemeinsamen Bundesausschusses.

4.2 Die Vertragspartner verständigen sich für die Erreichung von Wirtschaftlichkeitsreserven auf Zielvereinbarungen (Anlage).

Diese Zielvereinbarungen gelten auch arztindividuell

- für die Bewertung von Praxisbesonderheiten durch die Prüfungseinrichtungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und
- für Prüfverfahren bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

Das Prüfverfahren zur arztindividuellen Einhaltung der Zielvereinbarungen wird in Anlage 3 zur Prüfvereinbarung nach § 106 Abs. 3 SGB V geregelt.

4.3 Die Vertragspartner stimmen überein, dass nach anerkanntem medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand Wirtschaftlichkeitspotenziale in den unter Ziffer 4.1 und 4.2. genannten Bereichen ohne therapierelevante Nachteile für die Patienten ausgeschöpft werden können. Die patientenindividuelle Therapiefreiheit der Vertragsärzte bleibt unberührt.

4.4 Die KVBW informiert ihre Vertragsärzte über die Wirtschaftlichkeitsziele unter anderem auf der Basis der GAmSi-Arzt-Berichte der ITSG sowie der in der „Vereinbarung über den Austausch von Verordnungsdaten zu Informations- und Beratungszwecken“ genannten Verordnungsdaten. Die Verbände unterrichten ihre Krankenkassen, die die Versicherten in geeigneter Weise (z.B. in der Mitgliederzeitschrift, sofern eine solche angeboten wird) zu informieren haben.

5 Gemeinsame Arbeitsgruppe

5.1 Die kontinuierliche Begleitung dieser Vereinbarung erfolgt durch die von den Vertragspartnern gebildete gemeinsame Arbeitsgruppe. Diese analysiert und bewertet die Ausgabenentwicklung und das Verordnungsgeschehen und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens und zur Erreichung der vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vor.

5.2 Mitglieder der paritätisch besetzten Arbeitsgruppe sind maximal fünf Vertreter der KVBW und fünf Vertreter der Verbände. Die Arbeitsgruppe kann bei Bedarf weitere Sachverständige als Berater zuziehen und Unterarbeitsgruppen einrichten.

5.3 Die Arbeitsgruppe tagt mindestens einmal pro Quartal.

- 5.4** Die Arbeitsgruppe nutzt insbesondere folgendes Datenmaterial
- die jeweils aktuellen GAmSi-Auswertungen und
 - die jeweils aktuellen Auswertungen des MDK Baden-Württemberg.
- Darüber hinaus verständigen sich die Vertragspartner bei Bedarf auf weitere geeignete Steuerungsdaten.
- 5.5** Die Arbeitsgruppe erstellt für die Vertragsärzte der KVBW zielgerichtete Informationen, die Hinweise zur Verordnungsfähigkeit, zum therapeutischen Nutzen und aktuelle Preisvergleiche enthalten. Die Hinweise der gemeinsamen Arbeitsgruppe sind von den Vertragsärzten zu beachten. Die Inhalte der Hinweise sind prüfrelevant.
- 5.6** Die Arbeitsgruppe empfiehlt den Vertragspartnern, ggf. die Intensivierung von Prüfmaßnahmen nach Ziffer 6.5 dieser Vereinbarung zu veranlassen.

6 Maßnahmen zur Zielerreichung

- 6.1** Die Bereiche mit den größten Einsparpotenzialen werden vorrangig bearbeitet.
- 6.2** Die KVBW informiert ihre Vertragsärzte unterjährig über die aktuelle Ausgabenentwicklung und gibt Empfehlungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise ab. Hierbei wird insbesondere über den Erreichungsgrad der in Ziffer 4.2 festgelegten Zielvereinbarungen informiert.
- 6.3** Die KVBW setzt die in der gemeinsamen Arbeitsgruppe nach Ziffer 5 dieser Vereinbarung beschlossenen Steuerungsmaßnahmen zeitnah und in geeigneter Form um (z.B. allgemeine Informationen, zielgruppenspezifische Beratungen, gezielte Beratungen einzelner Ärzte und Qualitätszirkel).
- 6.4** Die Verbände unterstützen ihre Mitgliedskassen in geeigneter Weise bei der Information ihrer Mitarbeiter und in der Kommunikation der Vereinbarungsinhalte (z. B. Rundschreiben, Veröffentlichungen, Informationen in Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen, gemeinsame Aushänge in Arztpraxen). Die Vertragspartner stimmen sich über die Grundzüge dieser Informationen ab.
- 6.5** Sobald konkrete Hinweise auf eine Ausgabenentwicklung vorliegen, die die Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens in Frage stellt, intensivieren die Vertragspartner die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

7 Ergebnismessung / Maßnahmen

- 7.1** Die Berechnung des tatsächlichen Ausgabenvolumens erfolgt durch die Verbände. Der Soll-/Ist-Vergleich erfolgt nach dem gleichen Berechnungsschema, nach dem das Ausgabenvolumen berechnet wurde.
- 7.2** Die Vertragspartner stellen gemeinsam fest, ob und in welcher Höhe eine Unter- oder Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens eingetreten ist und welche Ursachen - insbesondere im Hinblick auf die vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele - dafür maßgeblich sind.

7.3 Die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V werden berücksichtigt, soweit sie in dem für das Ausgabenvolumen vereinbarten Zeitraum zahlungswirksam geworden sind.

8. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vertragspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

9 Geltungsdauer

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2009 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2009.

Stuttgart, Kornwestheim, Ludwigsburg, München, 10.12.2008

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

BKK Landesverband
Baden-Württemberg

IKK Baden-Württemberg
und Hessen

LKK Baden-Württemberg

Knappschaft
Verwaltungsstelle München

Verband der Ersatzkassen e. V.(vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Anlage zur Arzneimittelvereinbarung 2009 vom 10.12.2008:

Für die in den folgenden Tabellen gelisteten Wirkstoffgruppen werden Leitsubstanzen bzw. Kenngrößen vereinbart. Das bei der Festlegung des Ausgabenvolumens in Ziffer 2 der Arzneimittelvereinbarung berücksichtigte Einsparziel wird durch Erhöhung des Verordnungsanteils der Leitsubstanz an der jeweiligen Wirkstoffgruppe bzw. durch Umsetzung der Zielvorgaben bei den Kenngrößen erreicht - bei gleichzeitig konsequenter Verordnung in Form preisgünstiger Generika. Die Nennung einer Leitsubstanz bedingt keinen Verordnungsausschluss anderer Wirkstoffe der Gruppe.

1. Zielvereinbarungen nach Rahmenvorgabe (§ 84 Abs. 7 SGB V)

Datenbasis GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi)

Wirkstoffgruppen	Leitsubstanzen	Basiswert DDD-Anteil der Leitsubstanzen an der Wirkstoffgruppe lt. Rahmenvorgabe 2009	Zielwert 2009 DDD-Anteil der Leitsubstanzen an der Wirkstoffgruppe lt. Rahmenvorgabe 2009
1. Statine	Simvastatin	85,2%	85,2%
2. Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	87,5%	87,5%
3. Alpha-Rezeptorblocker	Tamsulosin	80,3%	80,3%
4. Selektive Serotonin- Rückaufnahme-Inhibitoren	Citalopram,	48,4%	50,0%
5. Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure	72,2%	76,0%
6. Triptane	Sumatriptan	41,4%	50,0%
7. Protonenpumpenhemmer	Omeprazol	65,2%	69,0%
8. ACE-Hemmer	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	95,7%	95,7%
9. nicht-steroidale Antirheumatika	Diclofenac	52,0%	52,0%
10. orale Antidiabetika	Glibenclamid, Metformin	55,9%	58,0%
11. Schleifendiuretika	Furosemid	49,3%	53,0%
12. ACE-Hemmer in Kombination mit einem Diuretikum	Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit HCT	82,0%	82,0%
13. Calciumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	74,7%	74,7%
14. Nichtselektive Monoamin- Rückaufnahmehemmer	Amitryptilin	31,8%	32,0%

2. Regionale Zielvereinbarungen 2009 (§ 84 Abs. 1 SGB V)

Datenbasis MDK Baden-Württemberg

Wirkstoffgruppen	Kenngroße (DDD-Anteil)	Basiswert	Zielwert 2009
1. Sartane, Monopräparate	Sartane an > Sartane plus ACE-Hemmer <	19,2 %	19,2%
2. Kombinationen „Sartan / Diuretikum“	Sartan /Diuretikum an > Sartan /Diuretikum plus ACE-Hemmer / Diuretikum <	37,7%	30%
3. Ezetimib	Ezetimib an > Ezetimib plus Statine <	1,4%	0,7%
4. Ezetimib-Kombination	Ezetimib-Kombination an > Ezetimib-Kombination plus Statine <	3,6%	1,8%
5. SNRI	SNRI an > SNRI plus SSRI <	15%	15%
6. Atypische Neuroleptika	Generika-Anteil	28% (siehe Anmerkung)	35%
7. Protonenpumpenhemmer	Verordnungsmenge (DDD)	Reduktion der Verordnungsmenge um 20%	

Anmerkungen:

5. SNRI :

Zuordnung der Wirkstoffe zur Gruppe der SSRI bzw. SNRI nach Arzneiverordnungsreport 2008

6. Atypische Neuroleptika:

Datenbasis GAmSi Quartal 2/2008

Da mit BGH Urteil vom 17.12.2008 der Patentschutz für das Olanzapin-Originalprodukt rechtskräftig wiederhergestellt wurde und damit der Vertrieb generischer Olanzapin-Präparate eingestellt werden muss, wurden für die Bestimmung des Basiswertes alle Olanzapin-Verordnungen (Originalpräparate und Generika) als Originalpräparat-DDDs gewertet. Sollten in 2009 Olanzapin-Generika verfügbar sein, so sind Basiswert und Zielwert entsprechend anzupassen.

7. Protonenpumpenhemmer (PPI)

Für die **arztindividuelle** Umsetzung dieses Zieles bedeutet das, dass die Verordnung von Protonenpumpenhemmern nach folgenden Kriterien erfolgen muss:

- Einsatz und Therapiedauer nach strenger Indikationsstellung
- Nach Wegfall der Verschreibungspflicht für Omeprazol (voraussichtlich Mitte 2009) sind die Arzneimittel-Richtlinien Ziffer 16.10 zu beachten:
... *Der Vertragsarzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind.....*