



# Arzneimittelvereinbarung

nach § 84 Abs. I SGBV für den Bereich der KV Baden-Württemberg für das Jahr  
2013

**zwischen**

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart  
– im Folgenden KVBW genannt –

**und**

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,  
den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Techniker Krankenkasse
- KKH Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

dem BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,

der IKK classic, Dresden,

der Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart,

der Knappschaft, Regionaldirektion München,

-im Folgenden Verbände genannt -

## **I. Allgemeines**

I.1 Grundlagen für diese Vereinbarung sind die gesetzlichen Bestimmungen nach § 84 Abs. I SGB V sowie die Rahmenvereinbarung nach § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2013.

I.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 veranlassten Leistungen nach § 31 SGB V. Für das Jahr 2013 beträgt dieses Ausgabenvolumen

3.355.067.570 €.

## **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 Ordnungsweise unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinie (AMR) des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere

- durch die Auswahl preisgünstiger Generika und
- durch differenzierte Indikationsstellung für Analogpräparate.

4.2 Die Vertragspartner verständigen sich für die Erreichung von Wirtschaftlichkeitsreserven auf Zielvereinbarungen (siehe 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 Einhaltung der in der Anlage genannten Ziele wird im Rahmen der arzt- bzw. praxisindividuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneimittelverordnungsweise nach Richtgrößen gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für den bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten anzuerkennenden gerechtfertigten Mehrbedarf.

4.4 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.

4.5 Die KVBW informiert ihre Vertragsärzte über die Wirtschaftlichkeitsziele unter anderem auf der Basis der GAmSi-Arzt-Berichte der ITSG sowie der nach der Vereinbarung zwischen dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der KVBW erhobenen 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. Die Arbeitsgruppe ist paritätisch mit maximal fünf Vertretern der KVBW und fünf Vertretern der Verbände besetzt. Sie kann bei Bedarf weitere Sachverständige als Berater zuziehen und Unterarbeitsgruppen einrichten.

5.2 Die Arbeitsgruppe

- stellt das durch den MDK BW berechnete Ausgabenvolumen fest,
- stellt die Erreichung der vereinbarten Ziele fest,
- erarbeitet ein Analysekonzept unter anderem zur Einhaltung der vereinbarten Ziele,
- analysiert und bewertet die Ausgabenentwicklung und das Verordnungsgeschehen,
- interpretiert die durch die Analyse festgestellten Entwicklungen für vergangene und zukünftige Vereinbarungen,
- schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens und zur Erreichung der vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vor,
- empfiehlt den Vertragspartnern ggf. die Intensivierung von Prüfmaßnahmen nach Ziffer 6.5 dieser Vereinbarung zu veranlassen,
- erstellt für die Vertragsärzte der KVBW zielgerichtete Informationen, die Hinweise zur Verordnungsfähigkeit, zum therapeutischen Nutzen und aktuelle Preisvergleiche enthalten.

Die Hinweise und Maßnahmen der gemeinsamen Arbeitsgruppe sind von den Vertragsärzten zu beachten. Die Inhalte der Hinweise sind prüfrelevant.

Die Übertragung weitergehender Aufgaben auf die Arbeitsgruppe bleibt den Vertragspartnern vorbehalten.

5.3 Die Arbeitsgruppe nutzt insbesondere folgendes auf der Basis der Daten nach § 300 SGB V ermittelte Datenmaterial:

- die jeweils aktuellen GAmSi-Auswertungen,
- die jeweils aktuellen Auswertungen des MDK BW sowie
- die jeweils aktuellen Auswertungen der KVBW.

Darüber hinaus verständigen sich die Vertragspartner bei Bedarf auf weitere geeignete Steuerungsdaten.

5.4 Die Arbeitsgruppe tagt mindestens einmal pro Quartal.

5.5 Die Analyseergebnisse der Arbeitsgruppe werden im Sinne dieser Vereinbarung zu zielgerichteten Informationen und Maßnahmenvorschlägen für die Vertragspartner aufgearbeitet.

5.6 Die Ergebnisse der Sitzungen werden protokolliert und den Teilnehmern sowie den nicht teilnehmenden Vertragspartnern zur Verfügung gestellt. Von den Vertragspartnern umgesetzte Maßnahmen werden von der Arbeitsgruppe analysiert.

## **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. Dabei werden ggf. Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGBV 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**

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2013 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2013.

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, 18.12.2012

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

---

Dr. med. Norbert Metke  
Vorsitzender des Vorstandes

---

Dr. Christopher Hermann  
Vorsitzender des Vorstandes

Verband der Ersatzkassen e.V.

BKK Landesverband Baden-Württemberg

---

Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Baden-Württemberg

---

Konrad Ehing  
Vorsitzender des Vorstandes

IKK classic

LKK Baden-Württemberg

---

Siegbert Hermann

---

Reinhold Knittel  
Direktor

Knappschaft, Regionaldirektion München

---

Anton Hauptenthal  
Leiter der Regionaldirektion

## Anlage zur Arzneimittelvereinbarung 2013 vom 18.12.2012

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.

### I. Zielvereinbarungen – fachgruppenübergreifend

Datenbasis: Istwert KVBW I. HJ 2012

#### Leitsubstanzquotenregelungen

Wirkstoffgruppen	Leitsubstanz(en)	Istwert DDD-Anteil der Leitsubstanzen	Zielwert 2013 DDD-Anteil der Leitsubstanzen
1 Statine	Simvastatin, Pravastatin	91,80%	≥ 92,00%
Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pitavastatin, Pravastatin, Rosuvastatin, Simvastatin			
2 Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure, Risedronsäure	86,88%	≥ 82,00%
Alendronsäure, Etidronsäure, Ibandronsäure, Zoledronsäure, Risedronsäure, - (nur Zulassung Osteoporose)			
3 Antidepressiva	Citalopram Venlafaxin Mirtazapin	67,11%	≥ 67,00%
Agomelatin, Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Paroxetin, Sertralin, Tranylcypromin, Trazodon, Venlafaxin, Zimeldin			

#### Höchstquotenregelungen

Wirkstoffgruppen	Kenngröße	Istwert DDD-Anteil	Zielwert 2013 DDD-Anteil
4 Renin-Angiotensin-System (RAS) Monopräparate	Anteil Sartane und Aliskiren	21,91%	≤ 20,00%
Benazepril, Captopril, Cilazapril, Delapril, Enalapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Moexipril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Spirapril, Temocapril, Trandolapril, Zofenopril Aliskiren, Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Tasosartan, Telmisartan, Valsartan			

Wirkstoffgruppen	KenngroÙe	Istwert DDD-Anteil	Zielwert 2013 DDD-Anteil
5 Renin-Angiotensin-System (RAS) Kombinationen	Anteil Kombinationen aus: - Sartan/Diuretika - Sartan/Diu/Ca-Antagonisten - Sartan/Ca-Antagonisten - Aliskiren/Diu - Aliskiren/Sartan	43,70%	≤ 34,00%
Gleiche Wirkstoffe wie unter Monopräparate: Alle Kombinationen mit anderen Wirkstoffgruppen			
6 Ezetimib und Statine (inkl. Kombinationen)	Anteil ezetimibhaltiger Arzneimittel	6,17%	≤ 6,00%
Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pitavastatin, Pravastatin, Rosuvastatin, Simvastatin, Ezetimib (auch Kombinationen)			
7 Antidiabetika (exklusive Insulin)	Anteil der GLP-I-Analoga sowie DPP4 Hemmer	17,59%	≤ 17,60%
Acarbose, Exenatid, Glibenclamid, Gliclazid, Glimepirid, Gliquidon, Liraglutid, Metformin, Metformin-Kombinationen, Miglitol, Nateglinid, Repaglinid, Saxagliptin (inkl. Kombinationen), Sitagliptin (inkl. Kombinationen), Vildagliptin (inkl. Kombinationen)			

### Mindestquotenregelung

Wirkstoffgruppen	KenngroÙe	Istwert DDD-Anteil der KenngroÙe	Zielwert 2013 DDD-Anteil der KenngroÙe
8 Atypische Neuroleptika	Generika-Anteil	56,78%	≥ 57,00%
Amisulprid, Aripiprazol, Asenapin, Clozapin, Paliperidon, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Ziprasidon, Zotepin			
9 Transdermale Opioide	Anteil generischer Pflaster	78,34%	≥ 78,50%
BtM-pflichtige Opioide: Buprenorphin, Fentanyl			
10 Orale Opioide	Anteil von generischem, oralem Morphin	20,10%	≥ 25,00%
BtM-pflichtige Opioide: Buprenorphin, Fentanyl, Hydromorphon, Oxycodon (inkl. Kombinationen), Morphin, Pethidin, Tapentadol			

## 2. Zielvereinbarungen – prüfgruppenspezifisch

Datenbasis: Istwert KVBW I. Hj 2012

<b>Kardiologen – Prüfgruppen 1932/1952</b>			
<b>Wirkstoffgruppe</b>	<b>Kenngroße</b>	<b>Istwert DDD-Anteil der Kenngroße</b>	<b>Zielwert 2013 DDD-Anteil der Kenngroße</b>
11 Antiarrhythmika – Höchstquote	Anteil Dronedaron	26,65%	≤ 27,00%
Amiodaron, Dronedaron			

<b>Anästhesisten/Neurochirurgen – Prüfgruppen 0110/0123/0148/0150/0151/4110/4111/4150</b>			
<b>Wirkstoffgruppe</b>	<b>Kenngroße</b>	<b>Istwert DDD-Anteil der Kenngroße</b>	<b>Zielwert 2013 DDD-Anteil der Kenngroße</b>
12 Nicht-Steroidale-Anti- rheumatika – Höchstquote	Anteil Coxibe	30,48%	≤ 23,00%
Aceclofenac, Acemetacin, Alclofenac, Bumadizon, Celecoxib, Clofezon, Dexibuprofen, Dextetoprofen, Diclofenac, Etodolac, Etofenamat, Etoricoxib, Fenbufen, Fenoprofen, Flufenaminsäure, Flurbiprofen, Ibuprofen, Indometacin, Ketoprofen, Ketorolac, Lonazolac, Lornoxicam, Lumiracoxib, Mefenaminsäure, Meloxicam, Mofebutazon, Nabumeton, Naproxen, Oxaceprol, Oxaprozol, Oxyphenbutazon, Parecoxib, Phenylbutazon, Piroxicam, Pirprofen, Proglumetacin, Sulindac, Suprofen, Tenoxicam, Tiaprofensäure, Tolfenaminsäure, Tolmetin, Valdecoxib, Zomepirac			

<b>Neurologen/Nervenärzte/Psychiater – Prüfgruppen 3810/3814/3815/3816/3848/3850</b>			
<b>Wirkstoffgruppe</b>	<b>Kenngroße</b>	<b>Istwert DDD-Anteil der Kenngroße</b>	<b>Zielwert 2013 DDD-Anteil der Kenngroße</b>
13 Interferon beta – Leit- substanzquote	Anteil Interferon beta 1b	32,51%	≥ 37,00%
Interferon beta 1a, Interferon beta 1b			

<b>Urologen– Prüfgruppen 5610/5611/5650</b>			
<b>Wirkstoffgruppe</b>	<b>Kenngröße</b>	<b>Istwert DDD-Anteil der Kenngröße</b>	<b>Zielwert 2013 DDD-Anteil der Kenngröße</b>
14 Alphablocker – Leitsubstanzquote	Anteil Tamsulosin	83,22%	≥ 84,00%
Alfuzosin, Doxazosin, Silodosin, Tamsulosin, Terazosin			
15 LH-RH-Analoga bei Prostatakarzinom - Leitsubstanzquote	Leuprorelin	72,59%	≥ 74,00%
Buserelin, Goserelin, Leuprorelin, Triptorelin			
16 Urologische Spasmolytika – Leitsubstanzquote	Oxybutynin, Trospiumchlorid	39,18%	≥ 42,00%
Darifenacin, Fesoterodin, Flavoxat, Oxybutynin, Phenoxybenzamin, Propiverin, Solifenacin, Tolterodin, Trospiumchlorid, auch Kombinationen			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit.

Leitsubstanzen sind bevorzugt als Generika verordnen.

Die Verordnung von Wirkstoffen, die medizinisch und hinsichtlich ihrer Kosten den Leitsubstanzen entsprechen, wird bei der Beurteilung der Zielerreichung berücksichtigt. Die gemeinsame Arbeitsgruppe wird Marktveränderungen beobachten und entsprechende Umsetzungsempfehlungen geben. Berücksichtigungsfähig sind auch Auswirkungen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V. Änderungen der Empfehlungen nationaler Versorgungsleitlinien sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.

Bei der Bewertung der Zielerreichung der Ziff. 9 und 10 („Transdermale Opiode“ und „Orale Opiode“) werden die Verordnungen für Palliativpatienten sowie Patienten mit Tumorerkrankungen berücksichtigt.