

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

der **IKK classic,**

der **Knappschaft** und

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

- Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER GEK
 - DAK - Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verband-
mitteln gemäß § 84 Abs. 1 SGB V folgende

Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2016

geschlossen

§ 1 Ausgabenvolumen 2016

Das Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel wird gemäß § 84 Absatz 1 SGB V unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2016 auf

Faktoren Arzneimittel	Berechnung
Ausgabenvolumen Arzneimittel 2014	843.724.351 €
Sonderausgabenvolumen Hep C	33.600.000 €
Ausgabenvolumen Arzneimittel 2015	832.755.934 €
Sonderausgabenvolumen Hep C	88.800.000 €
Anpassungsfaktoren 2016 1) Vorgaben Bundesebene: +3,7 % 2) Regionalfaktoren Hamburg Zahl und Altersstruktur: + 1,2 % 3) Berücksichtigung Rabatte aus Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V: -2 %	+ 2,9 %
Ausgabenvolumen Arzneimittel 2016	856.905.856 €
Sonderausgabenvolumen Hep C	88.800.000

856.905.856 €

festgelegt. Eine Reduzierung des Netto-Ausgabenvolumens durch Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V wurde berücksichtigt. Das Sonderausgabenvolumen für Hepatitis C Versorgung wird vorläufig auf 88.800.000 € festgelegt.

§ 2 Maßnahmen zur Zielerreichung

Die Vertragspartner verpflichten sich, geeignete Maßnahmen durchzuführen, um das vereinbarten Ausgabenvolumen einzuhalten. Dazu gehören insbesondere folgende allgemeine Aktivitäten:

(1) Die Krankenkassen / -verbände verpflichten sich zur:

- Unterrichtung der Versicherten über den Abschluss dieser Vereinbarung und Ergreifung von Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz der in dieser Vereinbarung formulierten Versorgungsziele,
- Unterstützung des Arztes im Einzelfall bei Umstellung auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise durch Information und Beratung der Versicherten. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewirkt werden, dass über die Inhalte dieser Vereinbarung informierte Mitarbeiter der einzelnen Krankenkassen geschlossen mit den Vertragsärzten gegenüber den Versicherten auftreten,
- Hinwirken auf die Einhaltung des § 115c SGB V (Wirkstoffangabe bei Entlassungsverordnungen) durch die Krankenhäuser. Dies ist ggf. im Rahmen der Vertragsgestaltungen mit den Krankenhäusern und / oder aufgrund von Hinweisen der KVH im Einzelfall durch geeignete Intervention sicherzustellen.

(2) Die KVH verpflichtet sich zur:

- Unterrichtung der Ärzte über den Abschluss und die Bedeutung dieser Vereinbarung sowie die Notwendigkeit der Veränderung des Ordnungsverhaltens der Ärzte in Hamburg,
- quartalsweisen Auswertung der Arzneiverordnungsdaten der Vertrauensstelle des ZI und Weiterleitung dieser Auswertung an die Vertragsärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise sowie insbesondere der
- quartalsweisen Information der Ärzte über den Grad / aktuellen Stand der individuellen Zielerreichung der getroffenen Zielvereinbarungen,
- gezielten Information an Ärzte über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel und zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen durch nicht medikamentöse Maßnahmen oder andere Arzneimittel,
- Durchführung von Pharmakotherapieberatungen,
- Information der Verbände der Krankenkassen über Krankenhäuser, die ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 115c SGB V nicht nachkommen, soweit die KVH hierüber Kenntnis erlangt.

(3) Die Krankenkassen / -verbände und die KVH verpflichten sich gemeinschaftlich zur / zum:

- Förderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Durchführung einer gemeinsamen Datenbewertung mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitspotentiale festzustellen und Maßnahmen zu deren Realisierung zu empfehlen; hierzu gehört insbesondere die

- regelmäßige Zusammenkunft der Arbeitsgemeinschaft Arzneimittel und Heilmittel der Vertragspartner zum Monitoring, Controlling sowie zur Erarbeitung von Vorschlägen zu ggf. notwendigen Weiterentwicklungen der getroffenen Zielvereinbarungen sowie Erarbeitung weiterer Zielvereinbarungen auch unterjährig. Näheres kann in einer Geschäftsordnung geregelt werden.

§ 3 Sofortmaßnahmen

Stellen die Vertragspartner auf Grund der arztbezogenen Frühinformationsstrukturdaten und/oder der Arzneiverordnungsdaten der Vertrauensstelle des ZI in Relation zu den quartalsweise gewichteten Frühinformationsstrukturdaten bzw. Arzneiverordnungsdaten der Vertrauensstelle des ZI des Vorjahres gemeinsam fest, dass das Ausgabenvolumen nach § 1 Abs. 1 voraussichtlich um mehr als 1 % überschritten wird, werden die Ärzte von der KVH im Rahmen der Frühinformation für die ersten beiden Quartale des Verordnungsjahres unverzüglich darüber informiert und aufgefordert, ihr Verordnungsverhalten eingehend zu überprüfen. Darüber hinaus werden ausgewählte Ärzte zusätzlich über ihr individuelles Verordnungsverhalten informiert. Die hierfür infrage kommenden Ärzte werden innerhalb von 4 Wochen gemeinsam von den Vertragspartnern ausgewählt.

Einzelheiten des Berechnungsweges nach Satz 1 werden von der Arbeitsgruppe nach § 2 Abs. 3 festgelegt.

§ 4 Zielvereinbarungen

Die Arzneimittelversorgung soll entsprechend dem in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß §§ 2, 12 und 70 SGB V sowie den dieses Gebot konkretisierenden Arzneimittelrichtlinien erfolgen.

Als Maßnahmen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 84 Abs. 2 Nr. 8 SGB V sowie als derzeit am besten geeignete Methoden, den unter § 84 Abs. 7a SGB V angestrebten Regelungszweck zu erreichen, werden auf Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V die in **Anlage 1** genannten Zielvereinbarungen getroffen. Hierdurch sollen die Vertragsärzte angeleitet werden, durch Verlagerung der Verordnungen hin zur Leitsubstanz und zu preisgünstigen Arzneimitteln sowie zu wirtschaftlichen Versorgungsalternativen noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Allgemeine Ziele der Vertragspartner sind:

(1) Generika

Ziel:

Erhöhung des Verordnungsanteils der Generika am Gesamtmarkt (**74,7 %, Stand: 2. Quartal 2015**). Gleichzeitig sollen nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt werden.

(2) Me-Too-Präparate

Ziel:

Absenkung des Anteils der Me-Too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen aber mit höheren Kosten am Gesamtmarkt (**8,4 %, Stand: 2. Quartal 2015; Anteil Me-Too am Bruttoumsatz**); stattdessen soll die Therapie bei entsprechender Indikation mit preisgünstigen möglichst generisch verfügbaren Präparaten und vergleichbarer Wirkung erfolgen.

Maßnahmen zu (1) und (2):

Ihre individuellen Verordnungsanteile in den Bereichen Generika und Me-Too erfahren die Ärzte über die quartalsweise Information, die aus den Arzneiverordnungsdaten der Vertrauensstelle des ZI gewonnen wird. Die Vereinbarungspartner wirken darauf hin, dass mögliche Fehlkennzeichnungen von Präparaten dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WidO) zwecks Korrektur in der Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex zur Kenntnis gebracht werden. In diesem Kontext soll auch eine eindeutige Zuordnung der Präparate zu den einzelnen Kennzeichnungen (Ausschluss von Mehrfachzuordnungen) bewirkt werden.

§ 5 Anpassung der Ziele und Maßnahmen

Die Vertragspartner können durch einvernehmliche Absprache jederzeit die Ziele und Maßnahmen an die individuelle Entwicklung, gewonnene Erfahrungen und Erkenntnisse anpassen. Vorschläge hierzu sollen insbesondere von der nach § 2 Abs. 3 einzurichtenden Arbeitsgemeinschaft ausgearbeitet und den Vertragspartnern vorgelegt werden. Vereinbarte Anpassungen sind unverzüglich zu veröffentlichen.

§ 6 Anpassungsklausel

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass die Ausgabenvolumina nachträglich angepasst werden können zum Beispiel in Bezug auf

- Verordnungsanteile für Polikliniken, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren ggf. unter wertender Betrachtung,

- Veränderungen der brutto-netto Quote (insbesondere Zuzahlungen der Versicherten, Rabatte nach §§ 130, 130a SGB V etc.),
- Auswirkungen gesetzlicher Änderungen,
- Kosten für Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln im Rahmen von Verträgen nach §§ 13 II, 53 IV, 73b, 73c, 116 b, 140a ff. SGB V. Diese Kosten werden im Zuge der Bewertung nach § 7 berücksichtigt.

Diese Faktoren werden spätestens im Rahmen der Bewertung der tatsächlichen Ausgaben nach § 84 Abs. 3 SGB V berücksichtigt.

§ 7 Bewertung, Zielerreichungsanalyse

- (1) Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung gemäß § 84 Abs. 3 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen eingehalten und die Ziele nach den Zielvereinbarungen erreicht wurden. Bei der Feststellung der Zielerreichung werden von den Vertragsärzten nicht beeinflussbare Faktoren, wie zum Beispiel Preisentwicklung, berücksichtigt. Ebenso prüfen die Partner dieser Vereinbarung, welche Konsequenzen aus der im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnis für die künftige Arzneimittelausgabensteuerung und die Arzneimittelversorgung zu ziehen sind.
- (2) Die Bewertung und Zielerreichungsanalyse nach Absatz 1 sind binnen 4 Monaten nach Zugang der Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V gemeinsam vorzunehmen. Diese Frist kann von den Vertragspartnern im Einvernehmen verlängert werden.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

IKK classic

Knappschaft - Regionaldirektion Nord, Hamburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage 1 zur Arzneimittelvereinbarung 2016

1. **Verordnungsanteile für Leitsubstanzen:** Die in den folgenden Arzneimittelgruppen festgelegten Verordnungsanteile sind definiert als prozentualer Anteil der verordneten DDD der jeweils genannten Leitsubstanz bzw. Leitsubstanzen.

HMG-CoA-Reduktasehemmer (Simvastatin und Pravastatin)	77,1%
Selektive Betablocker (Bisoprolol und Metoprolol)	89,5%
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BHP (Tamsulosin)	86,0%
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (Citalopram und Sertralin)	70,0%
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteopo- rose (Alendronsäure und Risedronsäure)	82,2%
ACE Hemmer, Sartane und Aliskiren (Enalapril, Lisinopril, Ramipril)	73,0%
ACE Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombi- nation mit Diuretika bzw. Calciumantagonisten (Enalapril, Lisinopril und Ramipril jeweils mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin)	45,0%
Schleifendiuretika (Furosemid und Torasemid)	99,0%
Calciumantagonisten (Amlodipin, Nitrendipin)	85,3%
Nichtselektive Monoamin- Rückaufnahmehemmer (Amitriptylin und Doxepin)	52,0%

2. Maximalquoten für bestimmte Arzneimittelgruppen: Die in den nachfolgenden Arzneimittelgruppen festgelegten Verordnungsanteile sind definiert als maximaler prozentualer Anteil der verordneten DDD des jeweils genannten Wirkstoffs bzw. Wirkstoffgruppe

HMG-CoA-Reduktasehemmer und Ezetimib - haltige Arzneimittel (zetimibhaltige Arzneimittel einschließl. Kombinationen)	maximal 4,5%
Antidiabetika exklusive Insuline (GLP-1-Analoga)	maximal 2,5%
Opioide (orale und transdermale Darreichungs- formen) (transdermale Darreichungsformen)	maximal 34,5%

3. Minimalquoten für bestimmte Arzneimittelgruppen Die in den nachfolgenden Arzneimittelgruppen festgelegten Verordnungsanteile sind definiert als mindester prozentualer Anteil der verordneten DDD des jeweils genannten Wirkstoffs bzw. Wirkstoffgruppe

Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe („biosimilare“ Erythropoetine)	mindestens 58,2%
Opioide (generikafähige, BTM-pflichtige, orale Darrei- chungsformen)	mindestens 79,4%
Infliximab (biosimilares Infliximab)	Mindestens 7%