

Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2017

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
(nachstehend als „KVB“ bezeichnet)

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
- handelnd als Landesverband -,

dem BKK Landesverband Bayern,

der IKK classic

- handelnd als Landesverband -,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

der Knappschaft

- Regionaldirektion München -,

den Ersatzkassen

BARMER

Techniker Krankenkasse (TK)

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

§ 1 – AUSGABENVOLUMEN

Für das Jahr 2017 wird als Ausgabenvolumen nach § 84 Abs. 1 S. 1 SGB V der kollektivvertragliche Anteil an dem nach Anlage 1 berechneten Betrag von 4.967,234 Mio. € vereinbart. Die Vertragspartner sehen damit die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V vom 30. Sept. 2016 als erfüllt an. Die Feststellung des kollektivvertraglichen Anteils nach Satz 1 erfolgt nachträglich anhand der mittleren Einschreibequoten in Vollversorgungsverträge im Jahre 2017.

§ 2 – VERSORGUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITZIELE NACH § 84 ABS. 1 SATZ 2 NR. 2 SGB V

- (1) Die Umsetzung der Verpflichtungen der Vertragspartner aus § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V erfolgt hauptsächlich durch die Wirkstoffvereinbarung vom 31.10.2014 in der jeweils geltenden Fassung. Hierin werden sowohl fachgruppenspezifische, arztbezogene Wirkstoffziele (Anlage 2 der Wirkstoffvereinbarung) festgelegt als auch auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen wie zum Beispiel Information und Beratung der Ärzte hierzu geregelt.
- (2) Über die Regelung in Absatz 1 hinaus vereinbaren die Vertragspartner weitere Ziele nach Absatz 3, zu denen die KVB die Vertragsärzte ebenfalls informiert und berät und die auch in die Wirkstoffvereinbarung übernommen werden können.
- (3) Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2017 sollen die Vertragsärzte grundsätzlich
 - vorrangig Rabattarzneimittel oder Arzneimittel unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnen und dadurch die Umsetzungsquote von vertraglich rabattierten Arzneimitteln (§ 130a Abs. 8 und 8a SGB V) erhöhen,
 - bei namentlichen Verordnungen - auch von Rabattarzneimitteln - auf idem zulassen,
 - soweit keine Rabattverträge bestehen, preisgünstige Generika bevorzugen,
 - im patentgeschützten Markt bevorzugt Leitsubstanzen im Sinne der Wirkstoffvereinbarung verordnen
 - aktuelle Patentabläufe insbesondere im Hochpreissegment beachten und vorzugsweise Generika verordnen, z.B.:
 - **ATC Code AL01XE 01: Imatinib (Generika zu Glivec® - Ausnahme: GIST)**
 - **ATC Code AJ05AR: Antivirale Mittel zu Behandlung von HIV Infektionen, Kombinationen:**
 - **Abacavir/Lamivudin (Generika zu Kivexa®)**
 - **Tenofovir-haltige Arzneimittel (u.a. Truvada®, Descovy®),**

- **ATC Code AC02KX06: Sildenafil (Generika zu Revatio®)**

- vorrangig Biosimilars zu:

- **Follitropin (derzeit Bemfola®, Ovaleap®)**
- **Rituximab (derzeit Truxima®, Rixathon®)**

verordnen und dabei Biosimilars mit Rabattvertrag bevorzugen,

- bei Arzneimitteln, die die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen haben und bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss einen Zusatznutzen festgestellt hat, diese nur in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen verordnen,
- die Verordnung von Arzneimitteln mit Angabe der Menge in Normpackungsgrößen (N1/N2/N3) vornehmen.
- jeweils nur die Menge verordnen, die im Einzelfall zur Erreichung der Therapieziele notwendig ist (kleine Packungsgrößen bei Einstellung und Großpackungen bei Dauertherapie beachten),
- die Verordnungen insbesondere für ältere Patienten kritisch überprüfen, die dauerhaft sechs oder mehr Wirkstoffe erhalten (z.B. PRISCUS- oder FORTA-Liste),
- preisgünstige Blutzuckerteststreifen zu bevorzugen, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät,
- bei nicht valvulärem Vorhofflimmern Phenprocoumon als Mittel der Wahl zu verordnen und neue orale Antikoagulantien wie zur Zeit Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban oder Edoxaban **nur nach kritischer Abwägung gemäß AkdÄ - Empfehlung** einsetzen.
- Protonenpumpenhemmer nur indikationsgerecht einsetzen; diesbezügliche Krankenhausentlassmedikationen und Dauermedikationen sind kritisch zu überprüfen
- bei Arzneimitteln der Substitutionsausschlussliste bevorzugt Rabattarzneimittel zu verordnen, weil kein Austausch in der Apotheke erfolgen darf.

Ferner ist darauf hinzuwirken, dass von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden.

- (4) Die Vertragspartner tragen durch die Maßnahmen nach §§ 3 bis 5 dazu bei, die festgelegten Ziele zu erreichen.

§ 3 – INFORMATION

- (1) Die Vertragsärzte werden durch arztbezogene und allgemeine Informationen bei der Steuerung der Ordnungsweise unterstützt. Zu diesem Zweck erhalten die Vertragsärzte - soweit die Apothekenrechenzentren ihren Datenlieferungspflichten rechtzeitig nachkommen - von der KVB arztbezogene Auswertungen über die verordneten Arzneimittel und Indikationsgruppen.

- (2) Die KVB leitet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Rahmen der Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V vom 30. Sept. 2016 SGB V zur Verfügung gestellten arztbezogenen Informationen zur Beobachtung der eigenen Verordnungstätigkeit, soweit im Rahmen dieser Vereinbarung relevant, an die Vertragsärzte weiter.
- (3) Die Vertragsärzte erhalten außerdem in Abstimmung mit den Vertragspartnern gemeinsam allgemeine oder fachgruppenspezifische Verordnungshinweise und -empfehlungen in Form von Mailings oder Intra-/Extranet-Informationen.

§ 4 – PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG

- (1) Die KVB führt auf Basis der jeweils aktuellsten vorhandenen Daten der Apothekenrechenzentren Pharmakotherapieberatungen durch, um die Vertragsärzte bei der Erreichung der vereinbarten Ziele nach § 2 sowie bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen. Die Beratungen können in Kleingruppen (bis fünf Praxen), einzeln oder fernmündlich durchgeführt werden. Es wird angestrebt, allen Beratungswünschen und Beratungsnotwendigkeiten zu entsprechen. § 305 a SGB V bleibt unberührt.
- (2) Grundsätzliche Inhalte und Schwerpunkte der Pharmakotherapieberatungen werden gemeinsam von den Vertragspartnern in den Sitzungen nach § 5 festgelegt. Vertragsärzte, die sich freiwillig zur Pharmakotherapieberatung melden, werden ebenfalls beraten.
- (3) Die KVB unterhält zur laufenden Unterstützung der Vertragsärzte in Fragen der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln ein Servicetelefon.

§ 5 – GEMEINSAME STEUERUNG; CONTROLLING

- (1) Die Vertragspartner besprechen sich zur laufenden Steuerung und Analyse der Umsetzung dieser Vereinbarung in der Regel einmal monatlich in einer gemeinsamen Sitzung.
- (2) Die Vertragspartner tauschen in den Sitzungen nach Abs. 1 laufend die wesentlichen Informationen über die Umsetzung dieser Vereinbarung sowie der Wirkstoffvereinbarung aus.

§ 6 – KOSTENPAUSCHALE

Die beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen leisten für die Umsetzung dieser Vereinbarung eine Pauschale an die KVB in Höhe von 300.000,- € zum 30.06. sowie weitere 300.000,- € zum 31.12. des laufenden Jahres. Die beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen leisten den jeweils auf sie entfallenden Anteil der Zahlungen an die KVB. Die Aufteilung der Zwischenrechnung der KVB zum 30.06. erfolgt nach der amtlichen Statistik KM6 (Versicherte), Stand 1. Juli des Vorjahres. Die Anteile für die Rechnung der KVB zum 31.12. ergeben sich aus der amtlichen Statistik KM6 (Versicherte), Stand 1. Juli des Jahres 2017. Bei der Aufteilung der Jahresabschlussrechnung zum 31.12. ist der Jahresbetrag (600.000,- €) heranzuziehen und von den sich ergebenden Beträgen sind die Beträge der Zwischenrechnung in Abzug zu bringen.

§ 7 – ENTLASSMEDIKATION DER KRANKENHÄUSER

Die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen sollen darauf hinwirken, dass die Anforderungen des § 115c SGB V durch geeignete Maßnahmen (z.B. schriftliche Informationen) sichergestellt werden. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über ihnen hierzu bekannt werdende Auffälligkeiten.

§ 8 – 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.

§ 9 – INKRAFTTRETEN und LAUFZEIT

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft und endet am 31.12.2017, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

München, den 23.05.2017

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

Anlage 1 zur Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2017 im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Ausgabenvolumen 2017 für die vertragsärztliche Arzneimittelversorgung und Berücksichtigung der Rahmenvorgabe nach § 84 Abs. 7 SGB V vom 30. Sept. 2016

Retrospektives Ausgabenvolumen für 2015 (ohne Bereinigung) in Mio. Euro:	4.462,828
Retrospektives Ausgabenvolumen 2016 (ohne Bereinigung) in Mio. Euro:	4.712,746
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten:	1,20%
2. Preisentwicklung + vertragl. Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V *:	-0,40%
3. Gesetzliche Leistungspflicht:	0,00%
4. Richtlinien Bundesausschuss:	0,00%
5. Einsatz innovativer Arzneimittel:	3,20%
5a. Sonderausgabenvolumen für die Mehrkosten der Hepatitis-C-Behandlung:	1,90%
6. Zielvereinbarungen, indikationsbezogen:	-0,50%
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen:	0,50%
8. Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen:	-0,50%
Summe der Anpassungsfaktoren (in Prozent):	5,40%
Summe der Anpassungsfaktoren (in Mio. Euro):	254,488
Ausgabenvolumen 2017 (ohne Bereinigung) in Mio. Euro:	4.967,234

*: Der Anpassungsfaktor nach Ziffer 2 enthält vertragliche Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V in Höhe von 0 %. Dieser Wert wird retrospektiv für das Jahr 2017 angepasst.