

Wirkstoffvereinbarung vom 01.01.2020

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

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

Die Vertragspartner schließen auf der Rechtsgrundlage des § 106b SGB V und zur Umsetzung der jeweils geltenden Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V nachfolgende Vereinbarung.

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 Abs. 2 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 Vertragsärzte identischer Vergleichsgruppen aggregiert. Bei Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Medizinischen Versorgungszentren werden die Verordnungswerte der fach- bzw. bereichsgleichen Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Vergleichsgruppe zusammengefasst.
- (2) Die Vergleichsgruppen im Sinne dieser Vereinbarung entsprechen den Prüfgruppen, die in Anlage 2 Abschnitt 2b der Prüfungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung (nachfolgend PV genannt) geregelt sind. Inhaltlich unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht. Die unterschiedliche Namensgebung ist alleine durch die thematische Zuordnung zur Steuerung (Vergleichsgruppen) und zur Prüfung (Prüfgruppen) bedingt.
- (3) Diese Vereinbarung gilt nicht für die Verordnung von Sprechstundenbedarf, sofern die Vertragspartner nichts anderes vereinbaren.

III. Steuerung der Ordnungsweise

§ 2 Information der Vertragsärzte

- (1) Die Vertragspartner streben an, durch eine frühzeitige, umfassende und zielgerichtete Information und Beratung den Vertragsärzten zu einer Veränderung ihres Ordnungsverhaltens zu verhelfen, um Nachforderungsbeträge wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise zu vermeiden.
- (2) Die KVB informiert die Vertragsärzte gem. § 6 Abs. 1 nach Ablauf eines jeden Ordnungsquartals auf Basis der Frühinformationsdaten (§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) über die nach § 3 vereinbarten und in Anlage 2 aufgeführten Ordnungsziele und die jeweils erreichten Istwerte in Relation zu den Zielwerten. Die Zuordnung der Ordnungen zum jeweiligen Ordnungsquartal erfolgt im Rahmen des Abschnittes III dieser Vereinbarung nach dem Abrechnungsmonat und im Rahmen des Abschnittes IV dieser Vereinbarung nach dem Ordnungsmonat. 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 Ordnungsquartal 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 Ordnungsziele mit dem Zweck, das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Ordnungsweise positiv zu beeinflussen.
- (2) Dazu bestimmen die Vertragspartner für Vergleichsgruppen von Vertragsärzten Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen, nachfolgend Wirkstoffgruppen genannt, sowie geeignete Messgrößen für die Wirtschaftlichkeit der Auswahl der Arzneimittel innerhalb von Wirkstoffgruppen oder geeignete Messgrößen für die Wirtschaftlichkeit der verordneten Mengen innerhalb von Wirkstoffgruppen (Ordnungsziele). Die Ordnungsziele gliedern sich insbesondere in Generikaziele, Leitsubstanzziele und Mengenziele.

Die Ordnungsziele sind in Anlage 2 geregelt. Besonderheiten bei der Bestimmung von Wirkstoffgruppen, Messgrößen, Wirtschaftlichkeitsfaktoren und bei der Zielerreichungskontrolle sind in Anlage 7 geregelt.

- (3) Die Ordnungsziele nach Anlage 2, die Besonderheiten nach Anlage 7 und die Praxisbesonderheiten nach Anlage 8 sind von den Vertragspartnern mindestens jährlich zu

überprüfen und ggfs. anzupassen. Die Vertragspartner legen fest, ab welchem Verordnungsquartal die jeweilige Anpassung in Kraft tritt. Solange die Vertragspartner keine neuen Ziele festlegen, gelten die bisher vereinbarten – ggf. nach Abs. 4 angepassten – Ziele fort.

- (4) Die Vertragspartner passen die Ordnungsziele 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 Vergleichsgruppenziele

- (1) Wird von einer Vergleichsgruppe das globale Vergleichsgruppenziel gem. Abs. 3 erreicht, entfällt für alle Vertragsärzte dieser Vergleichsgruppe, die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 9 nicht erfüllen, im betreffenden Ordnungsquartal eine Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV.
- (2) Die Erreichung der globalen Vergleichsgruppenziele wird quartalsweise auf Basis der Frühinformationsdaten der KVB (Datenbasis: § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) festgestellt. Dabei werden die Ordnungsdaten aller in den Anwendungsbereich dieser Vereinbarung einbezogenen Vertragsärzte und Ordnungsziele betrachtet. § 2 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (3) Das globale Vergleichsgruppenziel einer Vergleichsgruppe gilt als erreicht, wenn das entsprechend § 5 Abs. 3 bis 6 ermittelte Gesamtergebnis für die von den Vertragsärzten der Vergleichsgruppe in den jeweils geltenden Ordnungszielen insgesamt verordneten Arzneimittel einen Wert über 1 ergibt und gleichzeitig von der Vergleichsgruppe das globale Mengenziel nach Abs. 4 eingehalten wurde. Für die Berücksichtigung von Mengenzielen beim Gesamtergebnis nach Satz 1 gilt als Zahl der Ordnungsfälle der Vergleichsgruppe die Summe der nach § 5 Abs. 4 Satz 4 ermittelten Anzahlen von Ordnungsfällen der einzelnen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe.
- (4) Als globales Mengenziel einer Vergleichsgruppe gilt eine Ausweitung der Gesamtmenge der von den Vertragsärzten der Vergleichsgruppe in den Ordnungszielen verordneten Arzneimittel in DDDs je Ordnungsfall von maximal 5 % zum Vorjahresquartal. In den Vergleich gehen nur die Ordnungsmengen der Wirkstoffgruppen (ATC-Codes nach Anlage 2 dieser Vereinbarung) ein, die in beiden Ordnungsquartalen von dieser Wirkstoffvereinbarung umfasst waren. Mengenänderungen, die aus zwischenzeitlichen Änderungen der von den Ordnungszielen umfassten Wirkstoffgruppen resultieren, können von den Vertragspartnern im Einvernehmen rechnerisch berücksichtigt werden. Als Zahl der Ordnungsfälle der Vergleichsgruppe gilt die Summe der nach § 5 Abs. 4 Satz 4 für das jeweilige Ordnungsquartal ermittelten Anzahlen von Ordnungsfällen der einzelnen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe.

- (5) Die Feststellung, ob in einem Quartal die globalen Vergleichsgruppenziele nach Abs. 3 einschließlich der globalen Mengenziele der Vergleichsgruppen nach Abs. 4 erreicht wurden, erfolgt nach den Bestimmungen dieses Absatzes.

Die KVB ermittelt für jedes Verordnungsquartal aus den Verordnungsdaten nach Abs. 2 die nachfolgend genannten Werte und liefert sie innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Verordnungsquartals an die Krankenkassen:

- Je Vergleichsgruppe, Verordnungsziel und Kategorie nach Anlage 2, für die vom Verordnungsziel umfassten Arzneimittel:
Anzahl der DDDs, Summe der Bruttokosten.

- Je Vergleichsgruppe – für das betreffende Verordnungsquartal und das jeweilige Vorjahresquartal –, für die von der Wirkstoffvereinbarung insgesamt umfassten Arzneimittel:
Zahl der Verordnungsfälle nach Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 Satz 3 (Summe der Anzahlen von Verordnungsfällen der einzelnen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe).

Nach Vorliegen der vorgenannten Daten stellen die Vertragspartner gemeinsam fest, ob die in Satz 1 genannten Ziele erreicht wurden. Sie beauftragen einen der Vertragspartner, die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V über die gemeinsam getroffenen Feststellungen zu informieren.

§ 5 Arztindividuelle Zielerreichungsfeststellung

- (1) Nach Abschluss jedes Verordnungsquartals wird für alle Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung arztindividuell festgestellt, ob die einbezogenen Verordnungsziele erreicht wurden.
- (2) Ein Verordnungsziel wird nur dann in die Zielerreichungsfeststellung einbezogen, wenn der Vertragsarzt im Verordnungsquartal die betreffenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Eine relevante Häufigkeit liegt dann vor, wenn mindestens die in Anlage 2 ausgewiesenen DDD-Mengen verordnet wurden.
- (3) Zur Feststellung der Zielerreichung werden zunächst die für jede Kategorie (z.B. rabattierte Generika) vereinbarten Punkte je verordneter DDD des Verordnungsziels aufsummiert. Die Punktesumme wird durch die Anzahl der verordneten DDDs des Verordnungsziels dividiert. Das Ergebnis wird in Prozent des rechnerischen Höchstwertes von 1,50 Punkten pro DDD ausgewiesen.

Der sich daraus ergebende Istwert wird mit dem Zielwert verglichen. Ein Verordnungsziel wird dadurch erreicht, dass der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vereinbarten Zielwert des Verordnungsziels erreicht bzw. überschreitet.

Beispiel Generikaziel mit Zielwert 74,00 %:

1.000 DDDs rabattierte Generika: 1.000 x 1,50 Punkte = 1.500 Punkte
+ 200 DDDs nicht rabattierte Generika: 200 x 1,00 Punkte = 200 Punkte
+ 300 DDDs rabattierte Originale: 300 x 0,50 Punkte = 150 Punkte
+ 100 DDDs nicht rabattierte Originale: 100 x 0,00 Punkte = 0 Punkte

Istwert: 1.850 Punkte ÷ 1.600 DDDs ÷ 1,50 Punkte/DDD = 77,08 %

Ergebnis: Der Zielwert von 74,00 % wurde um 3,08 Prozentpunkte überschritten, das Ziel damit erreicht.

- (4) Zur Feststellung der Zielerreichung bei Mengenzielen wird abweichend von Absatz 3 der Istwert des Vertragsarztes für die verordneten DDDs pro Verordnungsfall nach Satz 4 ermittelt. Der sich daraus ergebende Istwert wird mit dem Zielwert verglichen. Ein Mengenziel wird dadurch erreicht, dass der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vorgegebenen Zielwert der Wirkstoffgruppe erreicht oder unterschreitet.

Verordnungsfälle des Vertragsarztes sind alle Patienten, denen der Vertragsarzt im Verordnungsquartal mindestens ein von der Wirkstoffvereinbarung umfasstes Arzneimittel verordnet hat; deren Anzahl wird aus den betreffenden Verordnungsdaten des Vertragsarztes als Anzahl der datentechnisch unterscheidbaren Personen ermittelt.

Beispiel Mengenziel mit Zielwert 19,00 DDDs/VO-Fall:

10.000 DDDs bei 700 VO-Fällen

Istwert = 10.000 DDDs ÷ 700 VO-Fälle = 14,29 DDDs/VO-Fall

Ergebnis: Der Zielwert von 19,00 DDDs/VO-Fall wurde um 4,71 DDDs/VO-Fall unterschritten, das Ziel damit erreicht.

- (5) Für jeden Vertragsarzt wird ein Gesamtergebnis für die Zielerreichung aus allen einbezogenen Verordnungszielen nach folgender Formel unter Berücksichtigung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktoren gebildet:

$$\frac{\left[WF_1 \times \frac{Istwert_1}{Zielwert_1} \times DDD_1\right] + \left[WF_2 \times \frac{Istwert_2}{Zielwert_2} \times DDD_2\right] + (\dots) + \left[WF_n \times \frac{Istwert_n}{Zielwert_n} \times DDD_n\right]}{\left[WF_1 \times DDD_1\right] + \left[WF_2 \times DDD_2\right] + (\dots) + \left[WF_n \times DDD_n\right]}$$

wobei:

Istwert_k: nach § 5 Abs. 3 ermittelter Istwert im Verordnungsziel k

Zielwert_k: vereinbarter Zielwert des Verordnungsziels k

WF_k: vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor des Verordnungsziels k

DDD_k: verordnete Menge an DDDs im Verordnungsziel k

1, (...), n: alle einbezogenen Verordnungsziele von Nr. 1 bis Nr. n

Ist das Gesamtergebnis 1,0 oder größer, bedeutet dies, dass die Ziele insgesamt betrachtet erreicht wurden.

- (6) Für Mengenziele werden in der Formel für die Berechnung des Gesamtergebnisses nach Abs. 5 die das Mengenziel betreffenden Terme in Zähler und Nenner wie folgt ersetzt:

Zähler: Der Term " $[WF_k \times (Istwert_k \div Zielwert_k) \times DDD_k]$ "
wird für Mengenziele in der Formel nach Abs. 5 ersetzt durch den Term
" $[WF_k \times (2 - (Istwert_k \div Zielwert_k)) \times Zielwert_k \times VO-Fälle]$ ".

Nenner: Der Term " $[WF_k \times DDD_k]$ "
wird für Mengenziele in der Formel nach Abs. 5 ersetzt durch den Term
" $[WF_k \times Zielwert_k \times VO-Fälle]$ ".

wobei:

Istwert_k: DDDs im Ordnungsziel k pro Ordnungsfall des Vertragsarztes

VO-Fälle Zahl der Ordnungsfälle des Vertragsarztes nach Abs. 4 Satz 4

Zielwert_k: vereinbarter Zielwert des Ordnungsziels k

WF_k: vereinbarter Wirtschaftlichkeitsfaktor des Ordnungsziels k

- (7) 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 Zielverfehlung durch Vertragsärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuärzte). Eine Vertragsarztpraxis gilt nicht als Neuarzt, wenn nach dem Vorjahresquartal nur weitere Vertragsärzte hinzukommen oder sich nur die Zusammensetzung der Vertragsarztpraxis ändert.
- (8) 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 jeweiligen IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis von 1,0 um mindestens 15 Prozent im Vergleich zum Vorquartal erreicht.
- (9) Nur wenn für die entsprechende Vergleichsgruppe eine Erreichung des globalen Vergleichsgruppenziels nach § 4 Abs. 3 festgestellt wurde, ist für den Vertragsarzt Abschnitt IV anzuwenden, der
- die Ziele insgesamt betrachtet um mehr als 0,15 in zwei aufeinander folgenden Quartalen unterschritten hat und
 - eine Reduzierung seiner Zielunterschreitung um weniger als 3 % der Differenz seines jeweiligen IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis von 1,0 im Vergleich zum Vorquartal erreicht hat und
 - bereits einmal entsprechend § 6 Abs. 3 dieser Vereinbarung beraten wurde bzw. eine Beratung abgelehnt hat. Satz 1 gilt nicht für Vertragsärzte gem. § 5 Abs. 7 Satz 4.
- (10) Beim Vergleich der Zielerreichung eines Quartals mit dem Vorquartal ist für jedes Quartal das Gesamtergebnis nach Abs. 5 der im jeweiligen Quartal geltenden Ziele zugrunde zu legen, auch wenn nach Art, Höhe oder Anzahl unterschiedliche Ziele gegolten haben.

- (11) Für die gemeinsame Fortentwicklung von Verordnungszielen stellt die KVB den Krankenkassenverbänden in Bayern je Quartal eine anonymisierte Liste in elektronischer Form zur Verfügung, in der für alle Vertragsärzte deren Vergleichsgruppe, Verordnungsfälle, DDD-Mengen und DDD-Quoten in den Verordnungszielen nach den vereinbarten Kategorien und das Gesamtergebnis nach Abs. 5 und 6 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.
- (12) Die Berechnungen sind mit allen technisch verfügbaren Nachkommastellen durchzuführen und erst im letzten Schritt kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden. Die Vergleiche nach Abs. 7, 8 und 10 werden mit auf zwei Nachkommastellen gerundeten Gesamtergebnissen durchgeführt.

§ 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 Istwerte im Vergleich zu seinen Zielwerten. Die nach § 5 Abs. 3 und 4 für alle vereinbarten Ziele berechneten Istwerte sind Inhalt der Information nach Satz 1.
- (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 zeitnah eine qualifizierte Pharmakotherapieberatung an, mit dem Ziel, ihre Verordnungsziele zu erreichen. Dies gilt insbesondere für die von § 5 Abs. 9 betroffenen Vertragsärzte. Wenn diese die Pharmakotherapieberatung ablehnen oder nicht innerhalb von 3 Monaten nach Erhalt des Angebots wahrnehmen, gelten sie als beraten. Die Beratung, Ablehnung oder Nichtwahrnehmung ist zu dokumentieren.
- (4) 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; das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Eine Beratung kann auch auf Anfrage des Vertragsarztes stattfinden.

Die Beratungen werden von den Beratern der KVB den Vertragsärzten 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 (Wirkstoffprüfung). Für das Verfahren der Wirkstoffprüfung gilt die Prüfungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung (PV), soweit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Wirkstoffprüfung wird von der Prüfungsstelle nach § 3 Abs. 1 PV (PSt) durchgeführt.
- (2) In die Wirkstoffprüfung werden alle Vertragsärzte einbezogen, die einer der Vergleichsgruppen nach § 1 Abs. 2 angehören und für die nach § 5 Abs. 7 bis 9 der Abschnitt IV dieser Vereinbarung anwendbar ist.
- (3) Die Wirkstoffprüfung wird für die Wirkstoffgruppen der nach Anlage 2 vereinbarten Verordnungsziele durchgeführt.
- (4) Die Wirkstoffprüfung wird je Verordnungsquartal durchgeführt.
- (5) Die Wirkstoffprüfung wird anhand der nach § 9 von den Krankenkassen und der KVB gelieferten Daten durchgeführt.
- (6) 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 das jeweilige Verordnungsziel 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 vier Wochen nach der Information nach § 4 Abs. 5 an die PSt über die gemeinsam getroffenen Feststellungen mit den Ergebnissen der nach §§ 4 und 5 durchgeführten Zielerreichungsfeststellungen eine Liste von Vertragsärzten nach Anlage 3 Nr. 4a. Für die Ergebnisse der nach § 5 Abs. 9 durchgeführten Zielerreichungskontrolle wird eine Liste von Vertragsärzten nach Anlage 3 Nr. 4b erstellt.
- (2) Die Listen der Vertragsärzte nach Abs. 1 werden von der KVB der PSt zum Zwecke der Datenanforderungen nach § 296 Abs. 2 SGB V bei den Vertragspartnern durch die PSt und zum Zwecke der Erstellung der Sondierungslisten elektronisch zur Verfügung gestellt. Die PSt stellt unverzüglich nach den Lieferungen nach Satz 1 den übrigen Ver-

tragspartnern ohne KVB die Listen der Vertragsärzte nach Abs. 1 elektronisch zur Verfügung. Die Listen sind nach Durchführung des zugehörigen Sondierungstermins zu löschen.

§ 9 Datenlieferung

- (1) Die Krankenkassen liefern bis 9 Monate nach Ende des Prüfzeitraums die Daten über verordnete Arzneimittel nach der jeweils geltenden Datensatzbeschreibung unter Beachtung der §§ 106, 296 SGB V und der PV an die PSt.
- (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 Verordnungszielen für das entsprechende Verordnungsquartal. Zu den PZNs werden zusätzlich die Generikakennzeichen, DDDs, und die Kennzeichnung als Leitsubstanz ausgewiesen. Die Datenlieferung erfolgt nach der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3 Nr. 3 und berücksichtigt die Festlegungen nach Anlage 7.

§ 10 Durchführung

- (1) Für Vertragsärzte, die auf einer der Listen nach § 8 Abs. 1 stehen, ermittelt die PSt aus den Daten nach § 9 für die zu betrachtenden Wirkstoffgruppen die entsprechend § 5 Abs. 3 ermittelten Istwerte und bei Wirkstoffgruppen mit Mengenzielen die entsprechend § 5 Abs. 4 ermittelten Istwerte.
- (2) Die Auffälligkeitsgrenze in jeder Wirkstoffgruppe ist ein Grenzwert für den Istwert, der sich folgendermaßen errechnet: Für Zielwerte nach Anlage 2 in den Bereichen von 0 % bis einschließlich 22 % und größer als 68 % bis 100 % ist die Auffälligkeitsgrenze der Zielwert nach Anlage 2 minus 15 Prozentpunkte. Für Zielwerte nach Anlage 2 in dem Bereich größer als 22 % bis einschließlich 68 % ist die Auffälligkeitsgrenze der quadrierte Zielwert nach Anlage 2 plus ein Zehntel des Zielwerts.

Beispiele:

Zielwert 18,00%: Auffälligkeitsgrenze = $(18,00 - 15)\% = 3,00\%$

Zielwert 53,00%: Auffälligkeitsgrenze = $(0,5300 \times 0,5300) + (0,5300 \div 10) = 33,39\%$

Zielwert 85,00%: Auffälligkeitsgrenze = $(85,00 - 15)\% = 70,00\%$

- (3) Für das Mengenziel PPI nach Anlage 2 der Wirkstoffvereinbarung errechnet sich die Auffälligkeitsgrenze abweichend von Abs. 2 wie folgt: Zielwert der Vergleichsgruppe in DDD pro Verordnungsfall plus 10 DDD pro Verordnungsfall. § 5 Abs.4 Satz 4 gilt entsprechend.

- (4) Die PSt erstellt unter Berücksichtigung von Abs. 1 bis 3 sowie der Anlagen 2, 7 und 8 Listen nach Anlage 3 Nr. 5a und Nr. 5b mit den nach § 12 Abs. 1 bis 5 errechneten vorläufigen Einzel- und Gesamtergebnissen je Vertragsarzt.
- (5) Die Vertragspartner führen ein Sondierungsgespräch nach § 6 Abs. 2 und 4 PV, in dem geklärt wird, bei welchen Vertragsärzten der PSt empfohlen wird eine Prüfung einzuleiten. Das Protokoll führt die PSt.
- (6) Die Berechnungen sind mit allen technisch verfügbaren Nachkommastellen durchzuführen und erst im letzten Schritt kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden. Nach Satz 1 zu runden sind die Istwerte nach Abs. 1 und die Auffälligkeitsgrenzen nach Absätzen 2 und 3. In die Berechnungen nach § 12 und die Listen nach Abs. 4 gehen nach Satz 1 gerundete Werte ein.

§ 11 Praxisbesonderheiten und Liefersituationen

- (1) Praxisbesonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn bei der jeweiligen Wirkstoffgruppe eine Besonderheit der mit den Arzneimitteln aus dieser Wirkstoffgruppe behandelten Patienten oder relevante Lieferengpässe bestanden haben, die eine Verfehlung der Auffälligkeitsgrenze in dieser Höhe mit verursacht haben. Die PSt kann in diesen Fällen die betreffende Wirkstoffgruppe für den Vertragsarzt und das Ordnungsquartal aus der Betrachtung nehmen oder rechnerisch adäquat berücksichtigen.

§ 12 Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Für jede zu betrachtende Wirkstoffgruppe, bei der der Vertragsarzt mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 die Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 2 verfehlt hat, ermittelt die PSt den dadurch verursachten unwirtschaftlichen Mehraufwand in Euro. Dieser berechnet sich aus dem vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert mit der Differenz aus Auffälligkeitsgrenze und Istwert, und multipliziert mit der Anzahl der vom Vertragsarzt in der betreffenden Wirkstoffgruppe verordneten DDDs.

Beispiel Wirkstoffgruppe mit Leitsubstanzziel mit Zielwert 72,00%:

Vereinbarer Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,11

Verordnete Menge des Vertragsarztes in DDD: 3.000

Istwert des Vertragsarztes: 52,00%

Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 2: 72,00% - 15% = 57,00%

Mehraufwand in Euro: $0,11 \times (57,00\% - 52,00\%) \times 3.000 = + 16,50$ Euro

- (2) Für jede zu betrachtende Wirkstoffgruppe mit Mengenziel, bei der der Vertragsarzt mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 die Auffälligkeitsgrenze verfehlt hat, ermittelt die PSt den dadurch verursachten unwirtschaftlichen Mehraufwand in Euro. Dieser berechnet sich abweichend von Abs. 1 aus dem vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktor multipliziert mit der Differenz aus Istwert und Auffälligkeitsgrenze, und multipliziert mit der Anzahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes. § 5 Abs. 4 Satz 4 gilt entsprechend.

Beispiel Wirkstoffgruppe mit Mengenziel mit Zielwert 12,00 DDD/VO-Fall:

Vereinbarer Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,05

Verordnete Menge des Vertragsarztes in DDD: 24.000

Anzahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes: 800

Istwert des Vertragsarztes: 30,00 DDD/VO-Fall

Auffälligkeitssgrenze nach § 10 Abs. 3: 12,00 + 10 DDD/VO-Fall = 22,00 DDD/VO-Fall

Mehraufwand in Euro: $0,05 \times (30,00 \text{ DDD/VO-Fall} - 22,00 \text{ DDD/VO-Fall}) \times 800$
= + 320,00 Euro

- (3) Unwirtschaftliche Mehraufwände nach Abs. 1 oder 2 können durch die Übererfüllung von Zielen ausgeglichen werden. Dazu wird bei Wirkstoffgruppen, bei denen der Vertragsarzt mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 den jeweiligen Zielwert überschritten oder mit dem Istwert nach § 10 Abs. 1 den jeweiligen Zielwert unterschritten hat, ein Ausgleichsbetrag ermittelt. Der Ausgleichsbetrag wird entsprechend Abs. 1 Satz 2 ermittelt, wobei der Wert der Auffälligkeitssgrenze durch den Zielwert ersetzt wird.

Beispiel Wirkstoffgruppe mit Leitsubstanzziel mit Zielwert 72,00%:

Vereinbarer Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,11

Verordnete Menge des Vertragsarztes: 3.000 DDDs

Istwert des Vertragsarztes: 92,00%

Ausgleichsbetrag: $0,11 \times (72,00\% - 92,00\%) \times 3.000 \text{ DDDs} = - 66,00 \text{ Euro}$

- (4) Bei Mengenzielen wird der Ausgleichsbetrag nach Abs. 3 abweichend von Abs. 3 Satz 3 entsprechend Abs. 2 Sätze 2 und 3 ermittelt, wobei der Wert der Auffälligkeitssgrenze durch den Zielwert ersetzt wird.

Beispiel Mengenziel mit Zielwert 12,00 DDD/VO-Fall:

Vereinbarer Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2: 0,05

Verordnete Menge des Vertragsarztes in DDD: 6.400

Anzahl der Verordnungsfälle des Vertragsarztes: 800

Istwert des Vertragsarztes: 8,00 DDD/VO-Fall

Ausgleichsbetrag: $0,05 \times (8,00 \text{ DDD/VO-Fall} - 12,00 \text{ DDD/VO-Fall}) \times 800 \text{ VO-Fälle} =$
– 160,00 Euro

- (5) Die PSt verrechnet für die betrachteten Wirkstoffgruppen die unwirtschaftlichen Mehraufwände und die Ausgleichsbeträge des Vertragsarztes nach den Absätzen 1 bis 4 und setzt das Ergebnis als Nachforderungsbetrag i.S.d. PV fest.
- (6) Nachforderungsbeträge unter 100 Euro werden nicht vollzogen.

V. Übergangsvorschriften und Schlussbestimmungen

§ 13 Übergangsvorschriften

- (1) Die KVB ist berechtigt, bereits vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung über deren Inhalte zu informieren und insbesondere zur Information der Vertragsärzte Berechnungsergebnisse mitzuteilen, welche Istwerte oder Gesamtergebnisse sich aus den Verordnungsdaten früherer Zeiträume ergeben hätten.
- (2) Als Vorjahresquartal nach § 4 Abs. 4 oder § 5 Abs. 7 wird das entsprechende Quartal des Vorjahres herangezogen, auch wenn in diesem Quartal diese Vereinbarung noch nicht in Kraft war. § 4 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.
- (3) Die Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV dieser Vereinbarung wird erstmalig für das Verordnungsquartal 3/2020 durchgeführt.

§ 14 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2020 in Kraft und gilt ab dem 1. Quartal 2020. Für Verordnungsquartale bis einschließlich 4. Quartal 2019 wird die Wirkstoffvereinbarung auch nach dem 01.01.2020 in der bisher geltenden Fassung durchgeführt.
- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2020, gekündigt werden und gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.
- (3) 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 nahekommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

München, den 21.01.2020

<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

nicht besetzt

Anlage 2 zur Wirkstoffvereinbarung

Verordnungsziele, Wirkstoffgruppen, Zielwerte, Messgrößen, Wirtschaftlichkeitsfaktoren

Verordnungsziele:

Die Definition der Verordnungsziele mit den jeweils umfassten Wirkstoffgruppen und der Art der Verordnungsziele, ggf. den Leitsubstanzen, sowie den DDD-Mengen nach § 5 Abs. 2, ergibt sich aus folgender Tabelle:

Ziel-Nr.	Name des Verordnungsziels	ATC-Codes der umfassten Wirkstoffgruppen	DDD-Menge nach § 5 Abs. 2	Art des Verordnungsziels	Leitsubstanz(en)
1.1	Triptane	N02CC*	100	Generikaziel	
02	Antibiotika	J01*	100	Generikaziel	
03	Orale Antidiabetika	A10B*, ohne A10BK03	500	Generikaziel	
04	Antiepileptika	N03*	500	Generikaziel	
07	Antiparkinsonmittel	N04*	500	Generikaziel	
08	Antiphlogistika	M01*	250	Generikaziel	
09	BtM-pflichtige Opioide	N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB02, N02AB03, N02AB07, N02AC03, N02AC06, N02AE01, N02AX06	250	Generikaziel	
10	Systemische Corticoide	H02*, ohne H02AA02	400	Leitsubstanzziel	Prednisolon (H02AB06), Dexamethason (H02AB02)
12	Kontrazeptiva	G03A*, G02BB01	500	Generikaziel	
13	Kombigruppe kardiovaskuläre Erkrankungen	C02*, C03*, C07*, C08*, ohne (C02KX*, C07AA05)	1000	Generikaziel	
14	Lipidsenker	C10*, ohne (C10AX13, C10AX14)	500	Generikaziel	
15	Asthma, COPD	R03*	500	Generikaziel	
16	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen	M05*, ohne M05BX05	500	Generikaziel	
17	Ophthalmika	S01*, ohne (Lucentis®, Macugen®, Ozurdex®, Eylea®, Iluvien®, Jetrea®, Raxone®, Oxervate®)	500	Generikaziel	
18.1	Psychoanaleptika (ohne ADHS, ohne Antidementiva)	N06*, ohne (N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21, N06D*)	500	Generikaziel	
18.2	ADHS-Therapeutika	N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21	250	Leitsubstanzziel	Methylphenidat (N06BA04)
18.3	Antidementiva	N06D*	250	Generikaziel	
19	Psycholeptika	N05*, ohne (N05CH03)	500	Generikaziel	
20	Mittel mit Wirkung auf das RAS-System RAS-Hemmer	C09*, ohne C09DX04	500	Generikaziel	
22	Sexualhormone	G03*, ohne (G03A*, G03XB01)	500	Generikaziel	

Ziel-Nr.	Name des Verordnungsziels	ATC-Codes der umfassten Wirkstoffgruppen	DDD-Menge nach § 5 Abs. 2	Art des Verordnungsziels	Leitsubstanz(en)
23	Thrombozytenaggregationshemmer	B01AC*, B01AF01 2,5mg (Rivaroxaban), ohne (B01AC06, B01AC11, B01AC21, B01AC24 90mg)	500	Generikaziel	
24.1	Mittel zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie	G04C*, G04BE08 5mg	500	Leitsubstanzziel	Tamsulosin (G04CA02), Alfuzosin (G04CA01)
24.2	Urologische Spasmolytika	G04BD*, G04BX15, G04BX18	500	Leitsubstanzziel	Trospium (G04BD09), Solifenacin (G04BD08), Tolterodin (G04BD07), Darifenacin (G04BD10), Desfesoterodin (G04BD13)
25	Andere Antianämika (EPOs)	B03XA*	500	Leitsubstanzziel	Abseamed®, Binocrit®, Biopoin®, Eporatin alfa Hexal®, Eporatio®, Retacrit®, Silapo®
26.1	Antikoagulantien	B01AA03, B01AA04, B01AE07, B01AF01 ohne 2,5mg, B01AF02, B01AF03	500	Leitsubstanzziel	Phenprocoumon (B01AA03), Warfarin (B01AA04)
26.2	NOAKs	B01AE07, B01AF01 ohne 2,5mg, B01AF02, B01AF03	500	Leitsubstanzziel	Apixaban (B01AF02), Edoxaban (B01AF03)
27	GnRH-Analoga	L02AE*	500	Leitsubstanzziel	Leupro Sandoz®, Leuprolin-ratiopharm®, Leuprone Hexal®
28	Koloniestimulierende Faktoren	L03AA*	100	Leitsubstanzziel	Accofil Accord®, Biogristim®, Filgrastim Hexal®, Grastofil®, Nivestim®, Pelgraz®, Pelmeg®, Ratiogristim®, Tevagrastim®, Zarzio®, Ziextenzo®
29	MS-Therapeutika	L03AB07, L03AB08, L03AB13, L03AX13, L04AA23, L04AA27, L04AA31, L04AA34, L04AA36, L04AA40, L04AX07	500	Leitsubstanzziel	Glatirameracetat (L03AX13), Dimethylfumarat (L04AX07), Interferon beta 1b (L03AB08), Teriflunomid (L04AA31)

Ziel-Nr.	Name des Verordnungsziels	ATC-Codes der umfassten Wirkstoffgruppen	DDD-Menge nach § 5 Abs. 2	Art des Verordnungsziels	Leitsubstanz(en)
30	TNF-alpha-Blocker	L04AB*	250; Kinder-ärzte: 100	Leitsubstanzziel	Benepali®, Erelzi®, Flixabi®, Inflectra®, Remsima®, Zessly®, Amgevita®, Hulio®, Hyrimoz®, Idacio® und Imraldi®
31	Protonenpumpenblocker	A02BC*	500	Mengenziel	
32	Tyrosinkinaseinhibitoren	L01XE01, L01XE06, L01XE08, L01XE14	250	Generikaziel	
33	HIV-Therapeutika	J05AE*, J05AF*, J05AG*, J05AR*, J05AX07, J05AX08, J05AX09, J05AX12, V03AX03	250	Generikaziel	
34	PAH-Therapeutika	C02KX*, B01AC11, B01AC21	250	Generikaziel	
35	Biosimilarfähige MAK in der Onkologie	L01XC*	100	Leitsubstanzziel	Rixathon®, Truxima® (L01XC02) Ontruzant®, Kanjinti®, Herzuma®, Ogivri®, Trazimera®(L01XC03)
36	Somatropine	H01AC01	100	Leitsubstanzziel	Omnitrope®

* Platzhalter für alle Wirkstoffe, die diesem ATC Code zugeordnet sind

Kategorien:

Innerhalb der Verordnungsziele werden die verordneten Arzneimittel bei Generikazielen nach den Kategorien Originale, Altoriginale und Generika, jeweils mit/ohne vertragliche Rabattierung nach § 130a Abs. 8 SGB V, sowie bei Leitsubstanzzielen nach den Kategorien Nicht-Leitsubstanzen, generische Nicht-Leitsubstanzen und Leitsubstanzen, jeweils mit/ohne vertragliche Rabattierung nach § 130a Abs. 8 SGB V, unterschieden.

Messgrößen:

Für die Ermittlung der Istwerte nach §§ 5, 10 und 12 sind abhängig von der Art des Verordnungsziels und der Kategorie der verordneten Arzneimittel folgende Messgrößen zugrunde zu legen:

Messgrößen für Generikaziele:

Punkte			
	Original	Altoriginal	Generikum
nicht rabattiert	0,00	0,50	1,00
rabattiert	0,50	1,50	1,50

Messgrößen für Leitsubstanzziele:

Punkte			
	Nicht-LS	generische Nicht-LS	Leitsub- stanz
nicht rabattiert	0,00	0,50	1,00
rabattiert	1,00*	1,00	1,50

**im Ziel 26.1 werden rabattierte Nicht-Leitsubstanzen wie nicht rabattierte Nicht-Leitsubstanzen behandelt*

Messgrößen für Mengenziele:

Für Mengenziele werden die Istwerte für die Menge der verordneten Arzneimittel in DDD pro Verordnungsfall ermittelt. Die Anzahl der Verordnungsfälle je Vertragsarzt wird nach § 5 Abs. 4 Satz 4 ermittelt.

Zielwerte und Wirtschaftlichkeitsfaktoren:

Für die Feststellung der Zielerreichung nach §§ 4 und 5 und die Wirkstoffprüfung nach §§ 10 und 12 gelten die nachfolgend gelisteten Zielwerte und Wirtschaftlichkeitsfaktoren:

Generikaziele	1.1 Triptane	02 Antibiotika	03 Orale Anti- diabetika*	04 Antiepileptika	07 Antiparkin- sonmittel
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,330	0,012	0,002	0,016	0,160
Anästhesisten	92,6%	92,4%	60,7%	97,1%	80,8%
Augenärzte	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Chirurgen	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Frauenärzte	92,6%	91,5%	60,7%	84,0%	80,8%
HNO-Ärzte	92,6%	95,2%	60,7%	84,0%	80,8%
Hautärzte	92,6%	86,8%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztliche Internisten ohne SP	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Gastro	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Kinder- und Jugendärzte	92,6%	83,5%	60,7%	65,0%	80,8%
MKG-Chirurgen	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	90,7%	92,4%	60,7%	79,8%	79,1%
Kinder- und Jugendpsychiater	92,6%	92,4%	60,7%	68,0%	80,8%
Neurochirurgen	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Orthopäden	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Psychotherap. tätige Ärzte	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Urologen	92,6%	84,6%	60,7%	84,0%	80,8%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	92,6%	92,4%	60,7%	84,0%	80,8%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	93,1%	93,6%	60,7%	87,2%	82,9%

Generikaziele	08 Antiphlogis- tika	09 BtM-pflich- tige Opiode	12 Kontra- zeptiva	13 Kombigruppe kardiovask. Erkrank.	14 Lipidsenker
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,011	0,280	0,008	0,002	0,010
Anästhesisten	95,3%	81,2%	91,9%	96,6%	96,9%
Augenärzte	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Chirurgen	96,9%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Frauenärzte	95,3%	86,1%	92,0%	96,6%	96,9%
HNO-Ärzte	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Hautärzte	88,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
fachärztliche Internisten ohne SP	95,3%	86,1%	91,9%	95,9%	96,4%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	95,3%	86,1%	91,9%	95,5%	94,6%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	95,3%	86,1%	91,9%	92,8%	96,9%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
fachärztl. Internisten SP Gastro	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	95,3%	89,5%	91,9%	96,6%	96,9%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	89,2%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Kinder- und Jugendärzte	97,1%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
MKG-Chirurgen	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	95,3%	82,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Kinder- und Jugendpsychiater	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Neurochirurgen	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Orthopäden	96,2%	84,6%	91,9%	96,6%	96,9%
Psychotherap. tätige Ärzte	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Urologen	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	95,3%	86,1%	91,9%	96,6%	96,9%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	95,4%	86,4%	91,4%	96,8%	96,9%

Generikaziele	15 Mittel z.B.v. obstrukt. Atemwegse.	16 Mittel z.B.v. Knochen- erkrank.	17 Ophthalmika	18.1 Psycho- analeptika	18.3 Antidemem- tiva
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,016	0,038	0,011	0,012	0,018
Anästhesisten	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Augenärzte	72,6%	78,4%	72,4%	96,4%	98,3%
Chirurgen	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Frauenärzte	72,6%	64,9%	73,5%	96,4%	98,3%
HNO-Ärzte	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Hautärzte	45,3%	78,4%	66,3%	96,4%	98,3%
fachärztliche Internisten ohne SP	72,6%	59,1%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	68,4%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Gastro	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	72,6%	72,7%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	72,6%	57,1%	73,5%	96,4%	98,3%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	72,6%	53,0%	73,5%	96,4%	98,3%
Kinder- und Jugendärzte	90,2%	78,4%	85,2%	96,4%	98,3%
MKG-Chirurgen	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	72,6%	78,4%	73,5%	96,0%	98,2%
Kinder- und Jugendpsychiater	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Neurochirurgen	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Orthopäden	72,6%	64,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Psychotherap. tätige Ärzte	72,6%	78,4%	73,5%	96,4%	98,3%
Urologen	72,6%	48,0%	73,5%	96,4%	98,3%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	72,6%	60,9%	73,5%	96,4%	98,3%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	72,9%	88,3%	76,1%	96,8%	98,5%

Generikaziele	19 Psycho- leptika	20 Mittel m.W. a.d. RAS- System	22 Sexual- hormone	23 Thrombozy- tenaggrega- tionshemmer	32 Tyrosin- kinase- inhibitoren
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,085	0,006	0,004	0,011	4,200
Anästhesisten	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Augenärzte	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Chirurgen	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Frauenärzte	85,3%	95,1%	75,6%	94,7%	-
HNO-Ärzte	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Hautärzte	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
fachärztliche Internisten ohne SP	85,3%	94,8%	75,4%	94,7%	-
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	85,3%	93,9%	75,4%	92,8%	-
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	85,3%	95,1%	75,4%	95,0%	-
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
fachärztl. Internisten SP Gastro	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	47,9%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	85,3%	95,1%	67,0%	94,7%	-
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Kinder- und Jugendärzte	85,3%	95,1%	87,0%	94,7%	-
MKG-Chirurgen	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	84,5%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Kinder- und Jugendpsychiater	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Neurochirurgen	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Orthopäden	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Psychotherap. tätige Ärzte	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Urologen	85,3%	95,1%	80,1%	94,7%	-
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	85,3%	95,1%	75,4%	94,7%	-
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	86,3%	95,1%	71,9%	94,8%	-

Generikaziele	33 HIV-Thera- peutika	34 PAH-Thera- peutika
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,410	1,400
Anästhesisten	42,4%	70,1%
Augenärzte	42,4%	70,1%
Chirurgen	42,4%	70,1%
Frauenärzte	42,2%	70,1%
HNO-Ärzte	42,2%	70,1%
Hautärzte	42,2%	70,1%
fachärztliche Internisten ohne SP	49,9%	71,8%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	42,4%	63,0%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	42,4%	87,7%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	42,4%	54,0%
fachärztl. Internisten SP Gastro	89,2%	70,1%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	57,6%	70,1%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	42,4%	70,1%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	24,9%	70,1%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	42,4%	93,2%
Kinder- und Jugendärzte	42,4%	79,4%
MKG-Chirurgen	42,2%	70,1%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	42,4%	70,1%
Kinder- und Jugendpsychiater	42,2%	70,1%
Neurochirurgen	42,2%	70,1%
Orthopäden	42,2%	70,1%
Psychotherap. tätige Ärzte	42,2%	70,1%
Urologen	42,4%	70,1%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	42,2%	70,1%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	37,0%	81,7%

Leitsubstanzziele	10 Systemische Corticoide	18.2 ADHS- Therapeutika	24.1 Mittel z.B.d. benignen Prostatahyp.	24.2 Urologische Spasmolytika	25 Andere Anti- anämika (EPOs)
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,032	0,043	0,022	0,021	0,041
Anästhesisten	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Augenärzte	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Chirurgen	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Frauenärzte	92,2%	69,1%	90,6%	70,1%	55,3%
HNO-Ärzte	91,7%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Hautärzte	87,3%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztliche Internisten ohne SP	93,5%	69,1%	90,6%	74,1%	54,7%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	93,7%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	95,8%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztl. Internisten SP Gastro	96,0%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	93,9%	69,1%	90,6%	74,1%	63,9%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	37,9%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	93,5%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Kinder- und Jugendärzte	74,4%	70,4%	90,6%	74,1%	55,3%
MKG-Chirurgen	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	81,7%	70,4%	90,6%	74,1%	55,3%
Kinder- und Jugendpsychiater	92,2%	67,8%	90,6%	74,1%	55,3%
Neurochirurgen	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Orthopäden	96,7%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Psychotherap. tätige Ärzte	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Urologen	92,2%	69,1%	86,8%	70,7%	55,3%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	92,2%	69,1%	90,6%	74,1%	55,3%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	92,4%	70,1%	92,9%	76,9%	38,0%

Leitsubstanzziele	26.1 Antikoagu- lantien	26.2 NOAKs	27 GnRH- Analoge	28 Koloniestim. Faktoren	29 MS-Thera- peutika
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,110	0,071	0,087	7,900	0,870
Anästhesisten	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Augenärzte	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Chirurgen	-	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Frauenärzte	27,6%	65,5%	-	82,0%	60,8%
HNO-Ärzte	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Hautärzte	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztliche Internisten ohne SP	25,6%	64,0%	59,8%	81,0%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	17,9%	67,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Gastro	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	27,6%	65,5%	56,4%	82,8%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	-	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Kinder- und Jugendärzte	27,6%	65,5%	-	82,5%	60,8%
MKG-Chirurgen	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,6%
Kinder- und Jugendpsychiater	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Neurochirurgen	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Orthopäden	-	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Psychotherap. tätige Ärzte	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Urologen	27,6%	65,5%	60,1%	81,4%	60,8%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	27,6%	65,5%	59,8%	82,5%	60,8%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	28,1%	65,6%	57,9%	80,5%	66,9%

Leitsubstanzziele	30 TNF-alpha-Blocker	35 Biosim.fähige MAK in der Onkologie	36 Somatropine
Wirtschaftlichkeitsfaktor	1,300**	1,300	2,800
Anästhesisten	84,7%	79,0%	44,7%
Augenärzte	84,7%	79,0%	44,7%
Chirurgen	84,7%	79,0%	44,7%
Frauenärzte	84,7%	68,2%	44,7%
HNO-Ärzte	84,7%	79,0%	44,7%
Hautärzte	83,1%	79,0%	44,7%
fachärztliche Internisten ohne SP	87,5%	78,3%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	84,7%	79,0%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	84,7%	79,0%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	84,7%	79,0%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Gastro	90,1%	79,0%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	92,8%	81,1%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Angiologie	84,7%	79,0%	44,7%
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	84,7%	79,0%	39,6%
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	80,5%	87,0%	44,7%
Kinder- und Jugendärzte	70,2%	79,0%	46,7%
MKG-Chirurgen	84,7%	79,0%	44,7%
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	84,7%	79,0%	44,7%
Kinder- und Jugendpsychiater	84,7%	79,0%	44,7%
Neurochirurgen	84,7%	79,0%	44,7%
Orthopäden	84,6%	79,0%	44,7%
Psychotherap. tätige Ärzte	84,7%	79,0%	44,7%
Urologen	84,7%	79,0%	44,7%
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	84,7%	79,0%	44,7%
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	81,5%	77,2%	40,3%

Mengenziel	31 Protonen- pumpen- inhibitoren
Wirtschaftlichkeitsfaktor	0,006
Anästhesisten	6,99
Augenärzte	0,37
Chirurgen	7,05
Frauenärzte	2,37
HNO-Ärzte	5,08
Hautärzte	5,27
fachärztliche Internisten ohne SP	27,60
fachärztl. Internisten SP Kardiologie	8,31
fachärztl. Internisten SP Nephrologie	29,20
fachärztl. Internisten SP Pneumologie	2,41
fachärztl. Internisten SP Gastro	50,30
fachärztl. Internisten SP Hämatologie	20,40
fachärztl. Internisten SP Angiologie	7,91
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	10,50
fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	6,56
Kinder- und Jugendärzte	1,29
MKG-Chirurgen	-
Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	1,29
Kinder- und Jugendpsychiater	-
Neurochirurgen	11,40
Orthopäden	3,98
Psychotherap. tätige Ärzte	-
Urologen	0,95
FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	9,29
Fachärzte für Allgemein- medizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten	24,40

- * Für Vertragsärzte mit der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gilt für das Verordnungsziel 03 Orale Antidiabetika ein abweichender Zielwert von 51,6 %. Dieser Zielwert gilt auch für weitere Vertragsärzte derselben Vergleichsgruppe innerhalb dieser Vertragsarztpraxis.

- ** Wirtschaftlichkeitsfaktor bei Verordnungsziel 30 abweichend
 - für Hautärzte 3,900
 - für Gastroenterologen 0,760
 - für Kinderärzte 3,000.

Anlage 3 zur Wirkstoffvereinbarung

Listen / statistische Unterlagen

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

Listmuster:

Seite 1

TRENDMELDUNG 1/2020



Betriebsstätte
Vergleichsgruppe: Fachärzte für Allgemeinmedizin,
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und
hausärztliche Internisten

Nebenbetriebsstätten: -

Teilnehmer: (LANR)

Dr.med.

Wirtschaftlichkeitsziele nach der aktuellen Wirkstoffvereinbarung

Generika-Quoten, Leitsubstanzen und ein Mengenziel steuern Ihre wirtschaftliche Verordnung

Mit der Wirkstoffvereinbarung gilt es, für Sie bei folgenden Wirkstoffzielen den Mindestanteil an Generika bzw. einen bestimmten Anteil an Leitsubstanzen auf Basis der Defined Daily Dose (DDD) zu erreichen. Rabattvertragspräparate gelten dabei als besonders wirtschaftlich. Ausführliche Informationen zu den Wirkstoffzielen und die vertraglichen Regelungen finden Sie unter <https://www.kvb.de/verordnungen/arzneimittel/wirkstoffvereinbarung/>

Generikaziele:

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR x	Gruppe	ATC-Code	xx	xx	xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen	DDD	Ihre TOP Arzneimittel, die nur teilweise zur Zielerreichung beitragen	DDD
AM 1	xx	AM 1	xx
AM 2	xx	AM 2	xx
AM 3	xx	AM 3	xx
AM 4	xx	AM 4	xx
AM 5	xx	AM 5	xx

Erläuterung siehe letzte Seite

Stand: 21.01.2020

Listmuster:

Seite 2 bis X nach Bedarf

Wirtschaftlichkeitsziele - Seite 2 ff
 Analyse der Verordnungsdaten Quartal 1/2020



Leitsubstanzziele:

	Arzneimittelgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR x	Gruppe	Leitsubstanz	xx	xx	xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen	DDD	Ihre TOP Arzneimittel, die nur teilweise zur Zielerreichung beitragen	DDD
AM 1	xx	AM 1	xx
AM 2	xx	AM 2	xx
AM 3	xx	AM 3	xx
AM 4	xx	AM 4	xx
AM 5	xx	AM 5	xx

Mengenziel:

Ziel: DDD je Verordnungsfall senken						
	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert	DDD	DDD je Verordnungsfall Praxis	Ergebnis
NR x	Gruppe	ATC-Code	xx	xx	xx	

Listmuster:

letzte Seite (Z)

Wirtschaftlichkeitsziele - Seite x (letzte Seite)
Analyse der Verordnungsdaten Quartal 12020



Gesamtergebnis



Entwicklung Gesamtergebnis

4/2018	1/2019	2/2019	3/2019	4/2019
x%	x%	x%	x%	x%

Die in dieser Trendmeldung enthaltenen Daten dienen der Steuerung Ihrer Verordnungswelke. Sie sind Grundlage für die Zielerreichungsfeststellung nach §§ 3 bis 8 der Wirkstoffvereinbarung. Es wird ein saldiertes Gesamtergebnis für die Zielerreichung aus allen einbezogenen Verordnungszielen unter Berücksichtigung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsfaktoren gebildet. Sofern der kumulierte Wert unter 100 % liegt, besteht für Sie Handlungsbedarf, um der wiederholten Zielverfehlung entgegenzuwirken.

Grüne, gelbe und rote Punkte zeigen Ihnen Ihre Einzelergebnisse je Wirkstoffziel.

Werte zur Arzneimittelgruppe werden nur ausgewiesen, wenn eine Mindest-DDD-Menge erreicht wurde (§ 5 Abs. 2 Wirkstoffvereinbarung). Weitere Informationen und eine Übersicht der Mindest-DDD-Mengen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Verordnungen / Arzneimittel / Wirkstoffziele

- Ziel erreicht:** Innerhalb dieser Wirkstoffgruppe sollten Sie den indikationsgerechten Einsatz von Arzneimitteln beibehalten. Damit können Sie sich einen Ausgleich für verfehlte Ziele schaffen.
- Grün:** 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. Gerne unterstützen Sie unsere Pharmakotherapieberater. www.kvb.de/Beratung

Erläuterungen:

DDD = daily defined dose, entspricht den fidiven durchschnittlichen Tagesdosen
Nicht zu verwechseln mit der Anzahl der ausgestellten Verordnungen.
Diese können auf Anfrage - im Rahmen eines Beratungsgesprächs - ermittelt werden.

ATC-Code = Einteilung von Arzneimitteln nach anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationsmerkmalen
siehe: <https://www.dmd.de/dynamic/de/arzneimittel/atc-klassifikation/>

TOP-Arzneimittel = Auflistung nach DDD-Mengen der Arzneimittel, die einer 100%igen Zielerreichung innerhalb des Ziels entgegenstehen.



QR-Code zur Webseite der KVB mit Informationen zu den Wirkstoffzielen

Stand: 21.01.2020

2. Datensatzbeschreibung für die Liste nach § 5 Abs. 11

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJQ	20201	
2	Praxis_ID	Anonymisierte Arztnummer nach dem Zufallsprinzip - jedes Quartal eine andere Nummer je Praxis	436	
3	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
4	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabeteschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
5	KZ_EinVA	Kennzeichen Ein Vertragsarzt J = Datensatz betrifft einen Vertragsarzt/eine Gruppe von zusammengefassten LANRs innerhalb einer Hauptbetriebsstätte N = Datensatz betrifft zusammengefügte Gruppe aus Vertragsärzten von mehreren Hauptbetriebsstätten	J	
6	Anz_Aerzte	Wenn Kz_EinVA = J Anzahl der zu einem Vertragsarzt zusammengefassten LANRs innerhalb einer Hauptbetriebsstätte Wenn Kz_EinVA = N Anzahl der LANRs bei zusammengeführten Gruppen innerhalb der Vergleichsgruppe	4	
7	VO_Faelle	Wenn KZ_EinVA = J Verordnungsfälle des Vertragsarztes nach § 5 Abs. 4 Satz 4 Wenn Kz_EinVA = N Summe der nach § 5 Abs. 4 Satz 4 ermittelten Anzahlen der in der Gruppe enthaltenen Vertragsärzte	1.035	
8	Ziel_Nr	Nummer des Verordnungszieles	261	
9	Zielart	Art des Verordnungsziels G = Generikaziel L = Leitsubstanzziel M = Mengenziel	G	
10	DDD_1	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Originale nicht rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Nicht-Leitsubstanz nicht rabattiert" (bei L)	2.530	ggf. 0

11	DDD_2	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Originale rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Nicht-Leitsubstanzen rabattiert" (bei L)	4.380	ggf. 0
12	DDD_3	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Altoriginale nicht rabattiert" (bei G oder M) bzw. "gener. Nicht-Leitsubstanzen nicht rabattiert" (bei L)	3.300	ggf. 0
13	DDD_4	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Altoriginale rabattiert" (bei G oder M) bzw. "generische Nicht-Leitsubstanzen rabattiert" (bei L)	0	ggf. 0
14	DDD_5	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Generika nicht rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Leitsubstanzen nicht rabattiert" (bei L)	10.535	ggf. 0
15	DDD_6	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels mit Kategorie "Generika rabattiert" (bei G oder M) bzw. "Leitsubstanzen rabattiert" (bei L)	32.128	ggf. 0
16	DDD_Gesamt	Anzahl der DDDs des Verordnungsziels gesamt	52.873	ggf. 0
17	KZ_DDD_Haeuf	Kennzeichen DDD_Gesamt > relevante Häufigkeit nach § 5 Abs. 2: J = ja, N = nein	J	
18	Zielwert	Zielwert des Verordnungsziels nach Anlage 2	0,7400	
19	Ist	Istwert nach § 5 Abs. 3 bei Zielart G oder L, Istwert nach § 5 Abs. 4 bei Zielart M; 0,0000 wenn KZ_EinVA = N	0,7365	vier Nachkommastellen
20	Ges_Erg	Gesamtergebnis nach § 5 Abs. 5; Wenn KZ_EinVA = N ungewichteter Mittelwert der Einzelwerte	0,9860	vier Nachkommastellen
21	WF	Wirtschaftlichkeitsfaktor für das Verordnungsziel nach Anlage 2	0,05	

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

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJQ	20201	
2	PZN	Angabe der Pharmazentralnummer (8-stellig)	10133009	
3	ATC	Angabe des dazugehörigen ATC Codes (7-stellig)	A10BX04	
4	Ziel_Nr_1	Nummer erstes Verordnungsziel (wenn von der WSV umfasst, sonst leer)	261	ggf. leer
5	Ziel_Nr_2	Nummer zweites Verordnungsziel (wenn PZN in zwei Zielen enthalten ist, sonst leer)	262	ggf. leer
6	KZ_Leitsubstanz_1	Kennzeichen Leitsubstanz erstes Ziel (0 = nein, 1 = ja)	0	ggf. leer
7	KZ_Leitsubstanz_2	Kennzeichen Leitsubstanz zweites Ziel (0 = nein, 1 = ja)	1	ggf. leer
8	KZ_Generikum	Kennzeichen Generikum/Altoriginal/Original 0 = Original 1 = Altoriginal 2 = Generikum 3 = Sonstige (nicht von der WSV umfasst)	0	
9	DDD	Angabe der verwendeten DDD je Packung in 1/1000 Einheiten	200000	

4. Listen gem. § 8 Abs. 1 für die Vertragsärzte, für die Abschnitt IV anwendbar ist:

Der Kopf der Listen enthält jeweils die Angabe, ob es sich um eine Liste nach § 8 Abs. 1 Satz 1 oder nach § 8 Abs. 1 Satz 2 handelt.

4.a Liste gem. § 8 Abs. 1 Satz 1

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJQ	20201	
2	HBSNR	Haupt-Betriebsstellennummer (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)	748100100	
3	Name	Name, Vorname des Vertragsarztes		
4	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
5	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabeteschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
6	LANR	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)	748100100	

4.b. Liste gem. § 8 Abs. 1 Satz 2

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJQ	20201	
2	HBSNR	Haupt-Betriebsstellennummer (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)	748100100	
3	Name	Name, Vorname des Vertragsarztes		
4	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
5	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabeteschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
6	LANR	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)	748100100	

5. Listen für die Sondierung nach § 10 Abs. 4:

5.a Übersicht der einbezogenen Vertragsärzte (Sondierungsliste):

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Quartal	Jahr und Quartal im Format JJJQ	20201	
2	HBSNR	Haupt-Betriebsstellennummer (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)	748100100	
3	Name	Name, Vorname des Vertragsarztes		
4	VG	Vergleichsgruppe nach § 1 Abs. 2	819	
5	KZ_Diabetes	Kennzeichen Diabeteschwerpunktpraxis: J = ja, N = nein	N	
6	LANR	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung der Spalten 6 bis 11 bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)	748100100	
7	DDD_ges	Gesamtmenge der vom Vertragsarzt verordneten DDD (auch nicht von der WSV umfasst) in 1/1 Einheiten	98.765	ganzzahlig gerundet
8	DDD_Ziele	Gesamtmenge der vom Vertragsarzt verordneten DDD, die von der WSV umfasst sind, in 1/1 Einheiten	54.321	ganzzahlig gerundet
9	AK_ges	Arzneikosten (brutto) der vom Vertragsarzt insgesamt verordneten Arzneimittel	87.654,32	
10	AK_Ziele	Arzneikosten (brutto) der vom Vertragsarzt verordneten Arzneimittel, die von der WSV umfasst sind	65.432,10	
11	Ziele	Zahl der Verordnungsziele, bei denen die DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 vom Vertragsarzt erreicht wurde	5	
12	NBetrag	Nachforderungsbetrag nach § 12 Abs. 5 in Euro, vorläufig, auch wenn Betrag < 100,00	112,56	

5.b Arztbezogene Darstellung der Ergebnisse je Verordnungsziel und der unwirtschaftlichen Mehraufwände und Ausgleichsbeträge nach § 12 Abs. 1 bis 5

Die Liste wird für jeden Vertragsarzt nach § 1 Abs. 1 erstellt, für den Abschnitt IV anwendbar ist. Der Kopf der Liste enthält das Verordnungsquartal, die Vergleichsgruppe (VG), die Betriebsstättennummer (BSNR), die lebenslange(n) Arztnummer(n) (LANR) in der BSNR sowie Name und Anschrift der Vertragsärzte und der Vertragsarztpraxis und das PSt-Logo. Ausgewiesen werden alle Verordnungsziele, bei denen die Daten nach § 9 Abs. 1 Verordnungen des Vertragsarztes ausweisen. Die PSt verständigt sich mit den Vertragspartnern über das Zielformat der Liste und erforderliche Anpassungen. Die Liste soll Erläuterungen für die verwendeten Abkürzungen enthalten.

Die Liste besteht je Vertragsarzt aus drei Abschnitten, die jeweils mindestens folgende Angaben enthalten:

1. Je auszuweisendem Generika- und Leitsubstanzziel:

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Ziel	Nummer des Verordnungsziels	261	
2	Name	Name des Verordnungsziels, ggf. gekürzt	Antikoagul.	
3	Art	Art des Verordnungsziels (nach Anlage 2): G = Generikaziel L = Leitsubstanzziel	L	
3	DDD_1	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Originale nicht rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz nicht rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
4	DDD_2	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Originale rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
5	DDD_3	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Altoriginale nicht rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz gener. nicht rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
6	DDD_4	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Altoriginale rabattiert (bei Art = G) bzw. - Nicht-Leitsubstanz gener. rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
7	DDD_5	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Generika nicht rabattiert (bei Art = G) bzw. - Leitsubstanz nicht rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet

8	DDD_6	Verordnete Menge in DDD der Kategorie - Generika rabattiert (bei Art = G) bzw. - Leitsubstanz rabattiert (bei Art = L)	99.999	ganzzahlig gerundet
9	AK_Ziele	Arzneikosten (brutto) der verordneten Arzneimittel, die von der WSV umfasst sind	150.000	ganzzahlig gerundet
10	Istwert	Istwert entspr. § 5 Abs. 3 in Prozent; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	54.321	2 Nachkom- mastellen
11	Zielwert	Zielwert des Verordnungsziels nach Anlage 2 in Prozent	0,9500	2 Nachkom- mastellen
9	AGr	Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 2 in Prozent	0,8000	2 Nachkom- mastellen
10	MA/AB	Mehraufwand bzw. Ausgleichsbetrag nach § 12 Abs. 1 bis 4 in Euro; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	321,09	positiver/ negativer Betrag in Euro

2. Je auszuweisendem Mengenziel:

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Ziel	Nummer des Verordnungsziels	31	
2	Name	Name des Verordnungsziels, ggf. gekürzt	PPI	
3	Art	Art des Verordnungsziels (nach Anlage 2): M = Mengenziel	M	
3	DDD	Verordnete Menge in DDD	99.999	ganzzahlig gerundet
4	VO-Fälle	Verordnungsfälle des Vertragsarztes nach § 5 Abs. 4 Satz 4	999	ganzzahlig
5	Istwert	Istwert entspr. § 5 Abs. 4 in Prozent; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	100,10	2 Nachkom- mastellen
6	Zielwert	Zielwert des Verordnungsziels nach Anlage 2 in Prozent	12,00	2 Nachkom- mastellen

7	AGr	Auffälligkeitsgrenze nach § 10 Abs. 3 in Prozent	22,00	2 Nachkom- mastellen
8	MA/AB	Mehraufwand bzw. Ausgleichsbetrag nach § 12 Abs. 1 bis 4; nur ausgewiesen, wenn DDD-Menge nach § 5 Abs. 2 mindestens erreicht wurde	321,09	positiver/ negativer Betrag in Euro

3. Verrechnung der Mehraufwände und Ausgleichsbeträge (je Vertragsarzt):

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Bemerkung
1	Nachforderungsbe- trag (vorläufig)	Summe der positiven und negativen Beträge in den Spalten MA/AB der vorangehenden Abschnitte; ausgewiesen auch wenn kleiner als 100 Euro	150,00	Betrag in Euro

Anlage 4 zur Wirkstoffvereinbarung

Verteiler von Listen / statistischen Unterlagen

1) Zur Vorbereitung von Verfahren nach Abschnitt IV werden abweichend von Anlage 10 PV

- a) die Listen gem. § 10 Abs. 4 (Arztübersicht und Arztbezogene unwirtschaftliche Mehraufwände und Ausgleichsbeträge nach § 12 Abs. 1 bis 5),
- b) die PZN-Statistik nach Anlage 12 PV,

sowie nach Abschluss des Abstimmungsgesprächs

- c) der erweiterte Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060) nach Anlage 11 PV

durch die Prüfungsstelle in einheitlicher Form im Wege elektronischer Datenübertragung folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

- der KVB
- den für den Vertragsarztsitz zuständigen Dienstleistungszentren der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der IKK classic
- der SVLFG als LKK
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München –
- der federführenden Ersatzkasse.

2) Der Vertragsarzt erhält im Wege elektronischer Datenübertragung zeitnah nach der Information über ein bei ihm eingeleitetes Verfahren nach Abschnitt IV:

- a) die Liste "Arztbezogene unwirtschaftliche Mehraufwände und Ausgleichsbeträge nach § 12 Abs. 1 bis 5" nach § 10 Abs. 4
- b) den erweiterten Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060) nach Anlage 11 PV.

Anlage 5 zur Wirkstoffvereinbarung

nicht besetzt

Anlage 6 zur Wirkstoffvereinbarung

nicht besetzt

Anlage 7 zur Wirkstoffvereinbarung

Besonderheiten bei der Bestimmung von Wirkstoffgruppen, Messgrößen und Verordnungszielen

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. Für jedes Verordnungsquartal wird der vom WIdO monatlich fortgeschriebene Datenstand der entsprechenden Monate 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 zu den Kategorien nach Anlage 2 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.

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, sind ab dem Quartal der Bekanntgabe nicht von der Wirkstoffvereinbarung erfasst.

Beispiele: Ticagrelor 90 mg, Cenegermine, Empagliflozin, Idebnon, Pirfenidon, Propranolol, zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern, Sacubitril/Valsartan.

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)

Derzeit sind die Arzneimittel Macugen®, Lucentis®, Eylea®, Iluvien®, Ozurdex® und Jetrea® nicht von der Wirkstoffvereinbarung erfasst.

Hinweis: Den Vertragspartnern ist bewusst, dass während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Abgaberegeln der Apotheken, Patentabläufe, hinzukommende oder wegfallende Rabattverträge und sonstige Marktgegebenheiten unvorhersehbar dazu führen können, dass für einzelne Vertragsärzte Vor- und/oder Nachteile bei der Zielerreichung entstehen.

5. Liste der vorgenommenen Anpassungen

Die KVB liefert den Krankenkassen eine PZN-bezogene Liste der nach den Ziffern 1. bis 4. vorgenommenen Anpassungen. Die Krankenkassen überprüfen diese Liste und informieren alle Vertragspartner kurzfristig über etwaigen Korrekturbedarf.

Anlage 8 zur Wirkstoffvereinbarung

Praxisbesonderheiten

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 Vertragsarztpraxis eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit sein, wenn sie für die Zielverfehlung ursächlich ist.