

**Arzneimittelvereinbarung ab 01.01.2007**  
**(§ 84 Abs. 1 SGB V)**  
**im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**

zwischen

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Landesvertretung Bayern

dem BKK Landesverband Bayern

der Knappschaft - Verwaltungsstelle München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen

Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern

der Vereinigten IKK

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Landesvertretung Bayern

einerseits

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

andererseits

nachfolgend als Vertragspartner aufgeführt.

München, 28. Nov. 2006

### § 1 – AUSGABENVOLUMEN

- (1) Das Ausgabenvolumen nach § 84 Abs. 1 SGB V wird für das Jahr 2007 in Höhe von 3.186,98 Mio. EUR vereinbart.
- (2) Damit sind die Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Ziffer 1 bis 8 SGB V und die Regelungen nach Nr. 2 der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V für das Kalenderjahr 2007 vom 19.09.2006 berücksichtigt. Die Bewertungen zu den einzelnen Faktoren sind in Anlage 1 ausgewiesen.

### § 2 – RICHTGRÖSSEN

- (1) Die Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 6 SGB V werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

### § 3 – DURCHSCHNITTLICHE VERORDNUNGSKOSTEN NACH § 84 ABS. 7a SGB V

- (1) Die Bundesregelung nach § 84 Abs. 7a SGB V für das Kalenderjahr 2007 vom 19.09.2006 wird mit den regionalen Zielwerten nach Abs. 2 umgesetzt.
- (2) Als regionale Zielwerte für die Mindestquote des Verordnungsanteils (nach Anzahl DDD) der Leitsubstanz in den festgelegten Arzneimittelgruppen und für die Höchstwerte der durchschnittlichen Verordnungs-kosten der gesamten Arzneimittelgruppe (in Euro pro DDD) werden festgelegt:

Arzneimittelgruppe	Kosten pro DDD in Euro	Anteil Leitsubstanz nach DDD in %
Statine (Leitsubstanz Simvastatin)	0,278	79,1
Protonenpumpeninhibitoren (Leitsubstanz Omeprazol)	0,965	62,5
Selektive Betablocker (Leitsubstanz Bisoprolol)	0,372	39,0
Alpha-Blocker (Leitsubstanz Tamsulosin)	0,740	67,7
Selektive Serotonin - Rückaufnahme - Inhibitoren (Leitsubstanz Citalopram)	0,671	47,1
Bisphosphonate (Leitsubstanz Alendronsäure)	1,541	72,9
Triptane (Leitsubstanz Sumatriptan)	7,225	27,2

- (3) Die Einhaltung der regional festgelegten Zielwerte für die in Abs.2 genannten Arzneimittelgruppen je Vertragsarztpraxis stellt der Prüfungsausschuss nach § 106 Abs. 4 SGB V nach Ablauf eines Quartals auf der Grundlage der arztbezogenen Schnellinformationen nach § 84 Abs. 5 Satz 4 SGB V fest. Die

Rechtsfolgen ergeben sich aus § 84 Abs. 7a Satz 6 SGB V i.V.m. der Vereinbarung nach § 84 Abs. 7a SGB V vom 19.09.2006 (im folgenden „Bundesvereinbarung“).

- (4) Eine Unterschreitung im Sinne von § 84 Abs. 7a Satz 7 SGB V liegt vor, wenn die Kosten pro DDD in Euro nach Abs. 2 im Kalenderjahr kumulativ und gewichtet für alle in Abs. 2 genannten Arzneimittelgruppen unterschritten werden (Modellrechnung siehe Anlage 2).
- (5) Die evtl. Ausschüttung eines Bonus im Sinne von § 84 Abs. 7a Satz 7 SGB V ist in § 8 Abs. 1 geregelt.

§ 4 – GLOBALE VERSORGUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSZIELE NACH § 84 ABS. 1 SATZ 2 NR. 2 SGB V

(1) Die Vertragspartner vereinbaren globale Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2007 für die folgenden Arzneimittelgruppen bzw. Wirkstoffe:

- Anteil von AT1-Blockern an Medikamenten mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System auf DDD-Basis
- ACE-Hemmer
- Lamotrigin und Gabapentin
- TTS mit Fentanyl oder Buprenorphin
- Calciumantagonisten vom Dihydropyridin-Typ

(2) Als Zielwerte werden vereinbart:

Arzneimittelgruppe bzw. Wirkstoff	Kosten pro DDD in Euro	Anteil AT1-Blocker
Anteil von AT1-Blockern an Medikamenten mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System auf DDD-Basis		22,20 %
ACE-Hemmer	0,144	
Lamotrigin	3,874	
Gabapentin	3,080	
TTS mit Fentanyl oder Buprenorphin	6,10	
Calciumantagonisten vom Dihydropyridin-Typ	0,214	

- (3) Die Einhaltung der festgelegten Zielwerte für die bestimmten Arzneimittelgruppen bzw. Wirkstoffe stellen die Vertragspartner nach Vorliegen der erforderlichen Daten gemeinsam fest.
- (4) Eine Unterschreitung liegt vor, wenn die Kosten pro DDD in Euro bzw. der Anteil von AT1-Blockern an Medikamenten mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System auf DDD-Basis nach Abs. 2 kumulativ und gewichtet für alle in Abs. 2 genannten Arzneimittelgruppen bzw. Wirkstoffe unterschritten werden (Modellrechnung siehe Anlage 3).
- (5) Die evtl. Ausschüttung eines Bonus ist in § 8 Abs. 2 geregelt.

#### § 5 – INFORMATION

- (1) Die Vertragsärzte werden durch arztbezogene und allgemeine Informationen bei der Steuerung der Verordnungsweise unterstützt. Zu diesem Zweck erhalten die Vertragsärzte jedes Quartal arztbezogene Auswertungen über die verordneten Arzneimittel und Indikationsgruppen inkl. Kosten- und Verordnungsanteilen, Vergleichswerte zur Arztgruppe, Kosten- und Mengenschwerpunkte, sowie eine Richtgrößentrendmeldung.
- (2) Die KVB leitet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellten arztbezogenen Informationen zur Beobachtung der eigenen Verordnungstätigkeit im Rahmen der Umsetzung der Vereinbarung nach 84 Abs. 7a SGB V 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.

#### § 6 – PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG

- (1) Die KVB führt Pharmakotherapieberatungen durch, um die Vertragsärzte bei der Erreichung der vereinbarten Ziele nach § 3 und § 4 sowie bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen. Die entsprechende Auswahl der zu beratenden Praxen erfolgt durch die KVB. Die Beratungen können in Kleingruppen (bis fünf Praxen), einzeln oder fernmündlich durchgeführt werden. Es wird angestrebt, mindestens 3.000 Beratungen pro Kalenderjahr durchzuführen.
- (2) Grundsätzliche Inhalte und Schwerpunkte der Pharmakotherapieberatungen werden gemeinsam von den Vertragspartnern festgelegt. Praxen, 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 Expertentelefon.

## § 7 – 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 aus.

## § 8 – ERFOLGSRECHNUNG, BONUS

- (1) Die Krankenkassen entrichten einen gestaffelten Bonus nach § 3 Abs. 5
  - in Höhe von 30 % der Bruttoeinsparungen in Euro für eine Unterschreitung im Sinne von § 3 Abs. 4 bis zum Benchmark (= Wert der jeweils drittbesten Kassenärztlichen Vereinigung nach Anlage 3.1 der Bundesvereinbarung vom 19.09.2006) und
  - in Höhe von 50 % der Bruttoeinsparungen in Euro für eine Unterschreitung im Sinne von § 3 Abs. 4 unterhalb des Benchmark (= Wert der jeweils drittbesten Kassenärztlichen Vereinigung nach Anlage 3.1 der Bundesvereinbarung vom 19.09.2006)

bis zu einem Maximalbetrag in Höhe von 8 Mio. Euro pro Jahr.

Abweichend von Satz 1 ist ein Bonus nicht zu entrichten, wenn das Bruttoausgabenvolumen für die Arzneimittelgruppen nach § 3 dieser Vereinbarung im Jahr 2007 insgesamt gegenüber dem Vorjahrsvolumen 2006 um mehr als 5 % steigt. Unabhängig davon stellen die Vertragspartner gemeinsam die Ursachen für diese Steigerung fest, insbesondere eine evtl. Mengenausweitung; hierbei sind auch die nationalen Versorgungsleitlinien zu berücksichtigen.

- (2) Die Krankenkassen entrichten einen Bonus nach § 4 Abs. 5
  - in Höhe von 50 % der Bruttoeinsparungen in Euro für eine Unterschreitung im Sinne von § 4 Abs. 4

bis zu einem Maximalbetrag in Höhe von 4 Mio. Euro pro Jahr.

Abweichend von Satz 1 ist ein Bonus nicht zu entrichten, wenn der Wert der prozentualen Steigerung der Arzneimittelausgaben je Versicherten im Bereich der KV Bayern im Jahr 2007 gegenüber dem Jahr 2006 um mehr als 0,25 Prozentpunkte über dem entsprechenden Wert der Arzneimittelausgaben je Versicherten im Bereich der übrigen KVen (Bund ohne Bayern) liegt. Die Arzneimittelausgaben je Versicherten werden berechnet aus den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung der veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel (§ 84 Abs. 5 SGB V), und aus den Versichertenzahlen der an dieser Vereinbarung beteiligten Krankenkassen nach der amtlichen Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres.

- (3) Der Maximalbetrag der nach Abs. 1 und Abs. 2 zu zahlenden Boni beträgt insgesamt 11 Mio. Euro pro Jahr.

- (4) Die Vertragspartner führen in den Sitzungen nach § 7 Abs. 1 nach Vorliegen der notwendigen Daten die Erfolgsrechnungen nach Abs. 1 und 2 durch und stellen das Ergebnis fest.
- (5) Die Kassen leisten unabhängig von den Regelungen nach Abs. 1 bis Abs. 3 für die Umsetzung dieser Vereinbarung eine Pauschale an die KVB in Höhe von 250.000,- € zum 30.06. sowie weitere 250.000,- € zum 31.12. des laufenden Jahres. Die Aufteilung der Rechnung der KVB zum 30.06. erfolgt nach der amtlichen Statistik KM6, Stand 1. Juli des jeweiligen Vorjahres. Die Anteile für die Rechnung der KVB zum 31.12. ergeben sich aus der amtlichen Statistik KM6, Stand 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres. Die beteiligten Kassenverbände leisten den jeweils auf sie entfallenden Anteil der Zahlungen an die KVB.
- (6) Nach Rechnungsstellung durch die KVB erfolgt die Aufteilung der Bonuszahlungen nach Abs. 1 und Abs. 2 durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern auf die einzelnen Kassenarten entsprechend deren prozentualen Anteilen an den durch die bayerischen Vertragsärzte verursachten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel (§ 84 Abs. 5 SGB V) des jeweiligen Kalenderjahres. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern teilt der KVB das Ergebnis der Aufteilung auf die beteiligten Kassenverbände mit. Die beteiligten Kassenverbände leisten den jeweils auf sie entfallenden Anteil an den globalen Bonuszahlungen an die KVB.
- (7) Die von den Krankenkassen geleisteten Bonuszahlungen nach Abs. 1 und 2 werden von der KVB an die Vertragsärzte verteilt, die wirtschaftlich verordnen und deren Verordnungskosten die Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach § 3 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 2 insgesamt nicht überschreiten.

#### § 9 – ENTLASSMEDIKATION DER KRANKENHÄUSER

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die Anforderungen des § 115 c SGB V durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen und informieren sich gegenseitig über ihnen hierzu bekannt werdende Auffälligkeiten.

#### § 10 – EMPFEHLUNGSLISTE WIRTSCHAFTLICHE ARZNEIMITTEL

Die Vertragspartner streben an, bis spätestens 31.01.2007 den Inhalt und die Verwendung einer Empfehlungsliste für wirtschaftliche Arzneimittel abzustimmen.

#### § 11 – SALVATORISCHE KLAUSEL

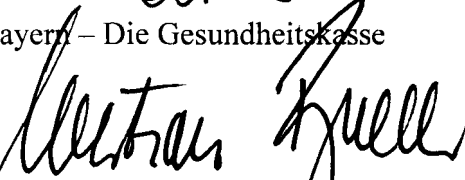
Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder nach Vertragsschluss unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

§ 12 – INKRAFTTRETEN, KÜNDIGUNG, BEKANNTGABE

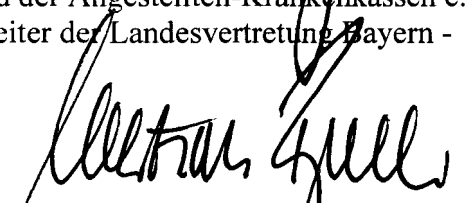
- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2007 in Kraft und endet am 31.12.2007, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (2) Die KVB hat diese Vereinbarung ihren Mitgliedern rechtzeitig bekannt zu geben.



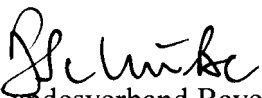
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse



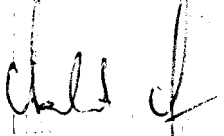
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.  
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -



AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -



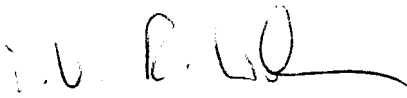
BKK Landesverband Bayern



Knappschaft – Verwaltungsstelle München



Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen  
Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern



Vereinigte IKK



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns