

**Wirkstoffvereinbarung
nach § 106b Abs. 1 SGB V
i. d. F. des 1. Nachtrages**

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**

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

der **IKK classic,**

der **Knappschaft,**

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

nachstehend alle als Krankenkassen bezeichnet, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist.

Inhalt

I.	Präambel	4
II.	Grundsätze	4
	§ 1 - Anwendungsbereich	4
III.	Steuerung der Verordnungsweise.....	5
	§ 2 - Information der Vertragsärzte	5
	§ 3 - Ziele	5
	§ 4 - Wirkung bei Erreichung hamburgweiter Verordnungsziele	6
	§ 5 - Arztindividuelle Zielerreichungsfeststellung	8
	§ 6 - Information und Beratung der Vertragsärzte durch die KVH zur Erreichung der Verordnungsziele	9
IV.	Wirkstoffprüfung.....	10
	§ 7 - Allgemeines	10
	§ 8 - Vorbereitung der Prüfung	10
	§ 9 - Datenlieferung	11
	§ 10 - Durchführung	11
	§ 11 - Praxisbesonderheiten	12
	§ 12 - Unwirtschaftlicher Mehraufwand	12
V.	Übergangsvorschriften und Schlussbestimmungen.....	13
	§ 13 - Übergangsvorschriften	13
	§ 14 - Laufzeit und Kündigung	13
	§ 15 - Salvatorische Klausel	13
	Anlage 1 zur Wirkstoffvereinbarung	1
	Vergleichsgruppen	1
	Zuordnung der Ärzte zu den Vergleichsgruppen	1
	Anlage 2 zur Wirkstoffvereinbarung	1
	Ziele	1
	Generikaziele	2
	Generikaziele	3
	Generikaziele	4
	Leitsubstanzziele	5
	Mengenziel PPI ab 01.01.2018	6
	Anlage 3 zur Wirkstoffvereinbarung	1
	Listen I statistische Unterlagen	1
	1. Arzneimitteltrendmeldung (AMTM) gem. § 2 Abs. 2	1
	2. Datensatzbeschreibung für die Liste nach § 5 Abs. 7	4
	3. Datensatzbeschreibung für die Listen nach § 9 Abs. 3.....	5
	4. Liste gem. § 8 Abs. 1 für alle Vertragsärzte, für die Abschnitt IV anwendbar ist:.....	5

Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V

5. Listen gem. § 10 Abs. 3:.....	6
5a Arztübersicht:.....	6
5b Liste unwirtschaftlicher Mehraufwand nach § 10 Abs. 3.....	6
Anlage 4 zur Wirkstoffvereinbarung	1
Verteiler von Listen / statistischen Unterlagen	1
Anlage 5.....	1
Datensatzbeschreibung Prüfungsstelle nach § 8	1
Anlage 6 zur Wirkstoffvereinbarung	1
Datensatzbeschreibungen	1
Anlage 7 zur Wirkstoffvereinbarung	1
Besonderheiten bei der Zielberechnung, Zielfestlegung und bei der Zielerreichungskontrolle	1
1. ATC-Klassifikation und Definierte Tagesdosen (DDD).....	1
2. Steuerung der Wirtschaftlichkeit über Generika-Anteile:.....	1
3. Berücksichtigung von Vereinbarungen nach§ 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V.....	1
4. Berücksichtigung besonderer Sachverhalte	1
Anlage 8 zur Wirkstoffvereinbarung	1
Praxisbesonderheiten	1

I. Präambel

Den regionalen Vertragspartnern wurde durch das Versorgungsstruktur-Gesetz (VSG) für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen bei der Ausgestaltung der Prüfungen Freiheit bei der Festlegung der Strukturen eingeräumt. Zu beachten sind die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.

Zur Sicherung der wirtschaftlichen Ordnungsweise von Arzneimitteln, die ab dem 01.01.2017 durch Hamburger Vertragsärzte verordnet werden, schließen die Vertragspartner nachfolgende Vereinbarung. Ziel der Vereinbarung ist die Einhaltung der vertraglichen Ausgabenobergrenze unter Berücksichtigung der ärztlichen Therapiefreiheit. Deshalb liegt der Schwerpunkt dieser Vereinbarung bezogen auf die Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge im jeweiligen Anwendungsgebiet in der Steuerung und Beratung. Gleichwohl ist eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise bei Nichterreichen von in dieser Vereinbarung genannten Zielvereinbarungen § 106b Abs. 1 SGB V vorgesehen.

Die Vertragspartner streben an, diese Vereinbarung jährlich - bei Bedarf auch unterjährig - weiterzuentwickeln anhand von Erkenntnissen, die sie aus den Ausgaben- und Mengenentwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt vor allem in Hamburg gewinnen. Soweit bestimmte Arzneimittel, Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen einer Steuerung durch diese Vereinbarung zugänglich sind, sollen diese einbezogen werden, so dass für den überwiegenden Anteil an Verordnungskosten in Hamburg eine Beratung und Steuerung durch diese Vereinbarung ermöglicht wird.

II. Grundsätze

§ 1 - Anwendungsbereich

- 1) Diese Wirkstoffvereinbarung gilt für alle Hamburger Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Als Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen (Medizinische Versorgungszentren) sowie sämtliche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften aus diesen Gruppen (im folgenden Vertragsarzt genannt). Die Zuordnung der Vertragsärzte zu den Vergleichsgruppen erfolgt anhand der in Anlage 1 aufgeführten Zuordnungsvorgaben. Einbezogen werden alle Vertragsärzte, die einer der genannten Vergleichsgruppen angehören. 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 Leistungserbringer identischer Vergleichsgruppen aggregiert.
- 2) Die Vergleichsgruppen sind in Anlage 1 geregelt.
- 3) Diese Vereinbarung gilt nicht für die Verordnung von Sprechstundenbedarf.

III. Steuerung der Verordnungsweise

§ 2 - Information der Vertragsärzte

- (1) Die Vertragspartner streben an, durch eine frühzeitige, umfassende und zielgerichtete Information und Beratung den Vertragsärzten bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu helfen.
- (2) Die KVH informiert die Vertragsärzte gem. § 6 Abs. 1 nach Ablauf eines jeden Verordnungsquartals auf Basis der Frühinformationsdaten (§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) über die nach § 3 vereinbarten und in Anlage 2 aufgeführten Verordnungsziele und die jeweils erreichten Verordnungsanteile in Relation zu den Zielwerten. Die Information nach Satz 1 erfolgt nach dem Muster gemäß Anlage 3, das während der Laufzeit der Vereinbarung hinsichtlich des Layouts als auch der Inhalte einvernehmlich geändert werden kann. Die KVH stellt den Krankenkassenverbänden ihre Informationsschreiben zur Wirkstoffvereinbarung an die Vertragsärzte als Muster zur Verfügung.
- (3) Für den Fall, dass die Krankenkassen aufgrund ihrer eigenen Frühinformationsdaten Abweichungen zu den auf Basis der von der KVH verwendeten Frühinformationsdaten errechneten Ergebnissen feststellen, analysieren die Vertragspartner die Abweichungen und verständigen sich auf eine zeitnahe einvernehmliche Lösung für die Zukunft.

§ 3 - Ziele

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren Verordnungsziele mit dem Zweck, das Verordnungsverhalten der Vertragsärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise positiv zu beeinflussen.
- (2) Dazu bestimmen die Vertragspartner für Vergleichsgruppen von Vertragsärzten für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile auf DDD-Basis von im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen Arzneimitteln oder geeignete Größen für Wirkstoffmengen (Verordnungsziele). Die Verordnungsziele gliedern sich in Wirkstoffquotenziele (z. B. Generikaziele, Leitsubstanzziele), Wirkstoffmengenziel(e) sowie vergleichsgruppenübergreifende hamburgweite Verordnungsziele. Die Verordnungsziele decken versorgungsrelevante Anwendungsgebiete und deren Verordnungsanteile ab. Näheres zu Besonderheiten bei der Zielberechnung, der Zielfestlegung und bei der Zielerreichungskontrolle ist in Anlage 7 geregelt. Die Verordnungsziele können auch vergleichsgruppenübergreifend sein. Die Verordnungsziele je Vergleichsgruppe und die vergleichsgruppenübergreifenden, hamburgweiten Verordnungsziele sind in Anla-

ge 2 aufgeführt.

- (3) Die Ziele nach Anlage 2, Besonderheiten nach Anlage 7 und Praxisbesonderheiten nach Anlage 8 sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu überprüfen und ggfs. anzupassen. Die Vertragspartner legen fest, zu welchem Kalenderquartal die jeweilige Anpassung in Kraft tritt und geben sie vor Inkrafttreten bekannt. Solange die Vertragspartner keine neuen Ziele festlegen, gelten die bisher vereinbarten - ggf. nach Absatz 4 angepassten - Ziele fort.
- (4) Die Vertragspartner passen die festgelegten Ziele 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 hamburgweiter Verordnungsziele

- (1) Wird das hamburgweite Verordnungsziel gemäß Absatz 3 und 4 jahresbezogen¹ erreicht, entfällt für alle Vertragsärzte im betreffenden Verordnungsjahr eine Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV. Bei Nichterreichung des hamburgweiten Verordnungszieles gilt Satz 1 für jede Vergleichsgruppe, die ihr Vergleichsgruppenziel erreicht hat, entsprechend. Die Feststellung der Erreichung des Vergleichsgruppenzieles nach § 4 Abs. 1 Satz 2 obliegt der Gemeinsamen Prüfungsstelle. Sie erfolgt aus den Verordnungsdaten der jeweiligen Vergleichsgruppe in analoger Anwendung von Absatz 3 mit den Verordnungszielen dieser Vergleichsgruppe.
- (2) Die Erreichung des hamburgweiten Verordnungszieles gemäß Absatz 3 und der Vergleichsgruppenziele wird jahresbezogen auf Grundlage der Ergebnisse der vorangehenden vier Quartale durch die Gemeinsame Prüfungsstelle festgestellt. Als Basis dienen die Frühinformationsdaten der KVH (Datenbasis: § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dabei werden die Verordnungsdaten aller in den Anwendungsbereich dieser Vereinbarung einbezogenen Vertragsärzte und Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen betrachtet. § 2 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (3) Die Gemeinsame Prüfungsstelle saldiert zur Feststellung der Erreichung des hamburgweiten Verordnungszieles für den betrachteten Zeitraum nach Absatz 1 Satz 1 die wie folgt berechneten finanziellen Ergebnisse der einzelnen vergleichsgruppenübergreifenden hamburgweiten Verordnungsziele nach Anlage 2 für die vorangehenden vier Quartale in einem Kalenderjahr:
 - Zur Bewertung der Zielerreichung wird zunächst für jedes vergleichsgruppenübergreifende hamburgweite Verordnungsziel der quartalsbezogene Wirtschaftlichkeitsfaktor einer DDD ermittelt, indem die durchschnittlichen Bruttokosten ei-

¹ Die Formulierung „jahresbezogen“ wird in dieser Vereinbarung als „kalenderjahresbezogen“ verstanden, also vier Quartale eines Jahres wie 2017, 2018 etc..

ner im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDD von den durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDD des betreffenden Quartals in Abzug gebracht werden. Dabei bleiben Arzneimittel, die nur aufgrund eines Rabattvertrags als wirtschaftlich im Sinne dieser Vereinbarung gelten, für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors außer Betracht.

- Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt.
 - Für jedes in einem der vier betrachteten Quartale erreichte vergleichsgruppenübergreifende hamburgweite Ordnungsziel werden alle DDDs, die über der Zielerreichung liegen, positiv gerechnet und mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor des betreffenden Zieles für das Quartal multipliziert; dies ergibt das wirtschaftliche Ergebnis für das betreffende Ziel im jeweiligen Quartal.
 - Für jedes verfehlt vergleichsgruppenübergreifende hamburgweite Ordnungsziel werden alle DDDs, um die das Ziel verfehlt wurde, negativ gerechnet und mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor des betreffenden Ziels im jeweiligen Quartal multipliziert.
 - Die so ermittelten positiven und negativen Ergebnisse aller Ordnungsziele werden quartalsbezogen saldiert.
 - Das Ergebnis spiegelt die hamburgweite Erreichung bzw. die Nichterreichung aller Ordnungsziele für das betreffende Quartal wider.
 - Die Saldierung der Ergebnisse aller zu betrachtenden Quartale gibt die hamburgweite Zielerreichung im betreffenden Zeitraum (Kalenderjahr) wieder.
- (4) Darüber hinaus wird hamburgweit ein Mengenziel bezogen auf DDDs pro Fall (ambulant-kurativ) vereinbart. Nur wenn auch dieses Mengenziel hamburgweit erreicht wird, entfällt die Wirkstoffprüfung für alle Vertragsärzte im betreffenden Zeitraum. Über alle Vergleichsgruppen hinweg wird eine maximale Mengenausweitung in DDDs pro Fall bezogen auf DDDs, welche Zielen gemäß Anlage 2 zugeordnet sind, festgelegt. Die prozentuale Veränderung zum Vorjahr darf die prozentuale Veränderung nach § 87a Abs. 4 S. 1 Nr. 2 SGB V (diagnosebezogene Morbiditätsrate) nicht überschreiten. Durch die Gemeinsame Prüfungsstelle wird dabei quartalsweise die prozentuale Mengenausweitung gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal errechnet. Der Durchschnitt dieser Quartalsergebnisse stellt das Jahresergebnis dar. Für die Feststellung einer Mengenausweitung nach den Sätzen 1 und 2 durch die Gemeinsame Prüfungsstelle ermittelt die KVH quartalsweise die Fallzahlen für Fachärzte durch klassische Zählung (ambulant-kurativ) und stellt die Daten der Gemeinsamen Prüfungsstelle zur Verfügung. Für die Hausärzte zählt die KVH die Anzahl der ambulanten Fälle zuzüglich der Fälle von Versicherten, die an Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen². Die Daten werden an die Gemeinsame Prüfungsstelle übermittelt. Über die Einbeziehung der Versicherten, die an Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung oder anderen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Versorgungsformen teilnehmen, verständigen sich die Vertragspartner

² Sollte die KVH aufgrund der ihr vorliegenden Daten die Vermutung haben, dass die Fallzahlen aus hausarztzentrierten Versorgungsverträgen (HzV) nicht vollständig sind, sind die Kassen verpflichtet in einer gesonderten Datenlieferung spätestens sieben Monate nach Quartalsende, die Fallzahlen von an der HzV teilnehmenden Versicherten quartalsweise an die KVH zu melden.

vor Durchführung der ersten Berechnung.

- (5) Für die Vergleichsgruppen gilt Absatz 4 entsprechend. Die KVH übermittelt quartalsweise die Ergebnisse hamburgweit und für jede Vergleichsgruppe den Vertragspartnern zusammen mit der Datenlieferung nach § 5 Abs. 7.

§ 5 - Arztindividuelle Zielerreichungsfeststellung

- (1) Ein Verordnungsziel wird nur dann in die Zielerreichungsfeststellung der Gemeinsamen Prüfungsstelle einbezogen, wenn der Vertragsarzt im Betrachtungszeitraum die betreffenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Von einer relevanten Häufigkeit wird ausgegangen, wenn die in Anlage 2 ausgewiesenen DDD-Mengen erreicht werden.
- (2) Zur Feststellung der Zielerreichung wird von der Gemeinsamen Prüfungsstelle zunächst quartalsbezogen je Vertragsarzt und je Verordnungsziel ermittelt, wie viele im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftliche und unwirtschaftliche DDDs im Betrachtungszeitraum verordnet wurden. Die sich daraus ergebende Quote wird mit dem Zielwert verglichen. Ein Verordnungsziel wird dadurch erreicht, indem der Vertragsarzt den für seine Vergleichsgruppe vorgegebenen Zielwert je Wirkstoffgruppe erreicht bzw. überschreitet.
- (3) Hat ein Vertragsarzt mehrere Verordnungsziele, werden erreichte Ziele mit nicht erreichten Zielen auf in Euro gewichteter DDD-Basis verrechnet und ein quartalsbezogenes, vorläufiges Ergebnis gebildet. Dazu wird zunächst für jedes Verordnungsziel der für das jeweilige Quartal gültige Wirtschaftlichkeitsfaktor einer DDD ermittelt, indem die durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDD der Vergleichsgruppe von den durchschnittlichen Bruttokosten einer im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDD der Vergleichsgruppe in Abzug gebracht werden. Dabei bleiben Arzneimittel, die nur aufgrund eines Rabattvertrags als wirtschaftlich im Sinne dieser Vereinbarung gelten, für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors außer Betracht. Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors wird ein negatives Ergebnis durch den Wert „0“ ersetzt. Sollte bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors eine Differenzbildung wegen fehlender Werte der Vergleichsgruppen nicht möglich sein, wird der jeweilige Wert über alle Vergleichsgruppen (Hamburgwert) eingesetzt. Für jedes Verordnungsziel wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor des betreffenden Quartals multipliziert mit der quartalspezifischen Zielerreichungsquote (IST-Quote des Vertragsarztes geteilt durch die SOLL-Quote des Vertragsarztes) und der Anzahl der zum Verordnungsziel gehörenden Quartals-DDDs des Vertragsarztes. Die so ermittelten Werte je Verordnungsziel werden für alle vier Quartale des Zeitraumes (Jahr) saldiert und dann durch die Summe aus den Produkten der quartalspezifischen Wirtschaftlichkeitsfaktoren mit der jeweiligen Anzahl der zum Verordnungsziel gehörenden DDDs des Vertragsarztes der entsprechenden Quartale geteilt. Ist das Gesamtergebnis mit Bezug auf das in Frage stehende Jahr 1,0 oder größer, bedeutet dies, dass die Ziele insgesamt betrachtet erreicht wurden. Die Feststellungen hierzu trifft die Gemeinsame Prüfungsstelle.
- (4) Stellt die Gemeinsame Prüfungsstelle fest, dass der Vertragsarzt die Ziele insge-

samt betrachtet nicht erreicht hat und hat er sie jedoch im Vorjahr erreicht, wird er durch die KVH gem. § 6 Abs. 1 bis zum 30.06. hierüber informiert. Damit kann auch eine Information oder Beratung gem. § 6 Abs. 2 oder 3 verbunden sein. Abschnitt IV ist in diesem Fall nicht anwendbar. Gleiches gilt für erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach der Zulassung (Neuärzte).

- (5) Hat der Vertragsarzt die Ziele insgesamt betrachtet nicht erreicht und hat er sie auch im Vorjahr nicht erreicht, ist für ihn Abschnitt IV anwendbar, es sei denn, er hat eine Reduzierung der Differenz seines IST-Gesamtergebnisses zum SOLL-Gesamtergebnis um mindestens 15 % im Vergleich zum Vorjahr erreicht.
- (6) Abweichend von Absatz 5 wird Abschnitt IV nur dann angewendet, soweit nicht für dieses Verordnungsjahr für alle Vertragsärzte oder die entsprechende Vergleichsgruppe eine hamburgweite Zielerreichung festgestellt wurde.
- (7) Für die gemeinsame Fortentwicklung von Verordnungszielen stellt die KVH den Krankenkassenverbänden in Hamburg je Quartal eine anonymisierte Liste in elektronisch verarbeitbarer Form zur Verfügung, in der für alle Ärzte nach § 1 Abs. 1 deren Vergleichsgruppe, DDD-Mengen und DDD-Quoten in den Verordnungszielen vor der Saldierung nach Absatz 3 und das Gesamtergebnis nach Saldierung ausgewiesen sind. Kleine Vergleichsgruppen (unter 50) Ärzte werden dabei aus Datenschutzgründen zusammengefasst. Die Datenlieferung erfolgt entsprechend der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3 Nr. 2.

§ 6 - Information und Beratung der Vertragsärzte durch die KVH zur Erreichung der Verordnungsziele

- (1) Die KVH informiert die Vertragsärzte mittels einer arztindividuellen Verordnungsstatistik auf Basis der Frühinformationsdaten (§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) spätestens vier Monate nach Quartalsende (ab 01.01.2018: zwei Monate) über die quartalsbezogene Zielerreichung der vereinbarten Wirkstoffziele. Die Verordnungsstatistik enthält Aussagen über die vom Vertragsarzt erreichten DDD-Quoten im Vergleich zu seinen Zielwerten. Das Ergebnis der Berechnung nach § 5 Abs. 3 in Bezug auf das jeweilige Quartal ist Inhalt der Information gemäß Satz 1.
- (2) Die KVH kann die Vertragsärzte in geeigneter Form zusätzlich über Möglichkeiten, die zur Erreichung der Verordnungsziele führen, informieren und beraten. Gemeinsam mit den Krankenkassen wird ein Verfahren entwickelt, wie Ärzte identifiziert und beraten werden, die dauerhaft und/oder deutlich ihre individuellen Ziele verfehlen. Diese Beratung findet unabhängig von dem Ergebnis der Wirkstoffvereinbarung statt.
- (3) Die KVH bietet den Vertragsärzten eine qualifizierte Pharmakotherapie-Beratung an, mit dem Ziel, ihre Verordnungsziele zu erreichen.
 - a) Eine Beratung erfolgt hinsichtlich der Ergebnisse der quartalsbezogenen Zielerreichung insgesamt auf der Grundlage der Verordnungsstatistik. Diese Beratung kann arztindividuell persönlich, telefonisch und/oder schriftlich durchgeführt werden.

- b) Eine Beratung kann auch auf Anfrage des Vertragsarztes stattfinden.

IV. Wirkstoffprüfung

§ 7 - Allgemeines

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren die Durchführung einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise von Arzneimitteln nach Wirkstoffgruppen und Wirkstoffmengen (Wirkstoffprüfung) durch die Gemeinsame Prüfungsstelle.
- (2) In die Wirkstoffprüfung werden alle Vertragsärzte einbezogen, die einer der in Anlage 1 genannten Vergleichsgruppen angehören und für die nach § 5 Abs. 5 oder 6 der Abschnitt IV dieser Vereinbarung anwendbar ist.
- (3) Die Wirkstoffprüfung wird für die nach Anlage 2 vereinbarten Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen durchgeführt.
- (4) Die Wirkstoffprüfung wird jahresbezogen durchgeführt (vier Quartale in Folge saldiert gem. § 5 Abs. 3). Beginn des ersten Prüfungsjahres ist der 01.01.2018.
- (5) 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 die jeweilige Wirkstoffgruppe definierte Mindestmenge in DDD nach Anlage 2 im jeweiligen Ordnungsquartal verordnet hat.

§ 8 - Vorbereitung der Prüfung

- (1) Die Gemeinsame Prüfungsstelle nach § 106c SGB V prüft, ob die Voraussetzungen für das Entfallen der Wirkstoffprüfung für das betroffene Jahr tatsächlich vorliegen. Sie erhält zu diesem Zweck regelhaft zum 31.05. eines Jahres die Ergebnisse der Berechnungen nach §§ 4 und 5, die die KVH in Ihrem Auftrag durchgeführt hat. Die Datensatzbeschreibung und der Übermittlungsweg sind in Anlage 5 geregelt. Die Gemeinsame Prüfungsstelle kann somit die Berechnungen der KVH zur Zielerreichung (hamburgweit, vergleichsgruppenweit sowie arztvergleichsgruppenindividuell) prüfen. Sollten hierzu weitere Datenlieferungen erforderlich sein, so ist die Gemeinsame Prüfungsstelle berechtigt, diese bei der KVH (und den Krankenkassen) anzufordern. Dies gilt insbesondere auch für Prüfungen bzgl. der Zuordnung von Ärzten zu den Vergleichsgruppen nach Anlage 1.
- (2) Über die Vertragsärzte / Arztvergleichsgruppen in Honorareinheiten, für die Abschnitt

IV anwendbar ist, erstellt die Gemeinsame Prüfungsstelle innerhalb von sechs Monaten nach Ende des letzten Quartals eines Verordnungsjahres mit den geprüften und plausibilisierten Ergebnissen der nach § 5 durchgeführten Zielerreichungskontrollen eine Liste, unterteilt nach den in Anlage 1 genannten Vergleichsgruppen zum Zwecke der Datenanforderungen gem. § 298 SGB V.

- (3) Abschnitt IV gilt nicht für im KV-Bereich Hamburg erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfungszeiträumen ab dem Datum der erstmaligen Zulassung (darauffolgende acht Quartale) (Neuärzte).

§ 9 - Datenlieferung

- (1) Die Krankenkassen liefern bis neun Monate nach Ende des Prüfungszeitraums erforderliche Daten gemäß Anlage 6 unter Beachtung der §§ 106 Abs. 3, 106c, 296 Abs. 2 SGB V des Datenträgeraustauschvertrags und der Prüfungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung an die Gemeinsame Prüfungsstelle.
- (2) Hierbei haben die Krankenkassen sicherzustellen, dass Arzneimittel mit vertraglichen Rabatten nach § 130a Abs. 8 SGB V gekennzeichnet werden.
- (3) Verordnungen von Arzneimitteln, für die ein Vertragsarzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Krankenkasse übermittelt der Gemeinsamen Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.
- (4) Die KVH liefert 8 Monate nach Ende des Prüfzeitraums an die Gemeinsame Prüfungsstelle die Daten für die Zuordnung der PZNs zu den ATC-Codes und Versorgungszielen für das entsprechende Versorgungsquartal. Je PZN werden die Generikakennzeichen, DDDs und die Kennzeichnungen als Leitsubstanz ausgewiesen. Die Datenlieferung erfolgt nach der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3 Nr. 3 und berücksichtigt die Festlegungen nach Anlage 7. Zusätzlich liefert die KVH die Listen nach Anlage 7 Nr. 5.

§ 10 - Durchführung

- (1) Für Vertragsärzte, die auf der Liste nach § 8 Abs. 2 stehen, ermittelt die Gemeinsame Prüfungsstelle aus den Daten nach § 9 quartalsweise die zu betrachtenden Wirkstoffgruppen, die Mehraufwände sowie auf DDD-Basis die Versorgungsanteile nach Anlage 2.
- (2) Die Auffälligkeitsschwelle in jeder Wirkstoffgruppe ist ein Versorgungsanteil von im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDDs, welcher sich folgendermaßen errechnet: Für Zielwerte gemäß Anlage 2 in den Bereichen von 0,00 % bis 22,00 % und 68,01 % bis 100,00 % ist die Auffälligkeitsschwelle der Zielwert gemäß Anlage 2 minus 15 Prozentpunkte. Für Zielwerte gemäß Anlage 2 im dem Bereich von 22,01 % bis

68,00 % ist die Auffälligkeitsgrenze der quadrierte Zielwert gemäß Anlage 2 plus ein Zehntel des Zielwerts.

- (3) Die Gemeinsame Prüfungsstelle erstellt unter Berücksichtigung von Absatz 1 und 2 sowie von Anlage 6 und 8 eine Liste mit dem nach § 12 Abs. 1 und 2 errechneten und saldierten vorläufigen Gesamtergebnis je Vertragsarzt für das jeweilige Prüfungsjahr. Prüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 % der Ärzte einer Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Die Auswahl der zu prüfenden Vertragsärzte erfolgt anhand der relativ größten Zielverfehlung.

§ 11 - Praxisbesonderheiten

- (1) Praxisbesonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn bei der jeweiligen Wirkstoffgruppe eine Besonderheit der mit den Arzneimitteln aus dieser Wirkstoffgruppe behandelten Patienten bestanden hat, die eine Verfehlung der Auffälligkeitsgrenze in dieser Höhe mit verursacht hat.
- (2) Bei Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten ist deren Effekt auf die wirtschaftlichen Verordnungsanteile zu quantifizieren, die Verordnungsanteile entsprechend zu bereinigen, erneut auf Verfehlen der Auffälligkeitsgrenzen zu prüfen und ggf. der Mehraufwand gem. § 12 zu berechnen.

§ 12 - Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Für jede zu betrachtende Wirkstoffgruppe nach Anlage 2, bei der der Vertragsarzt bzw. die Vergleichsgruppe in der Honorareinheit die Auffälligkeitsgrenze in einem der betrachteten Quartale verfehlt hat, ermittelt die Gemeinsame Prüfungsstelle den dadurch verursachten unwirtschaftlichen Mehraufwand. Dieser berechnet sich wie folgt: Die quartalsbezogenen, durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDDs des Vertragsarztes abzüglich der durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDDs der Vergleichsgruppe werden multipliziert mit der Anzahl DDDs, um die der Vertragsarzt die Auffälligkeitsgrenze im betreffenden Quartal verfehlt hat. Ein negatives Ergebnis wird durch den Wert "0" ersetzt. Dabei bleiben Arzneimittel, die nur aufgrund eines Rabattvertrags als wirtschaftlich im Sinne dieser Vereinbarung gelten, für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors außer Betracht.
- (2) Unwirtschaftliche Mehraufwände nach Absatz 1 können durch die Übererfüllung von Zielen ausgeglichen werden. Dazu werden für diese Ziele quartalsbezogen positive Beträge errechnet, indem die durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung wirtschaftlichen DDDs des Arztes von den durchschnittlichen Bruttokosten pro DDD der im Sinne dieser Vereinbarung unwirtschaftlichen DDDs der Vergleichsgruppe im betrachteten Quartal abgezogen werden und mit der doppelten Anzahl DDDs, um die der Vertragsarzt das Ziel im betrachteten Quartal überschritten

hat, multipliziert werden. Ein negatives Ergebnis wird durch den Wert "0" ersetzt.

- (3) Die Gemeinsame Prüfungsstelle verrechnet die unwirtschaftlichen Mehraufwände des Vertragsarztes nach Absatz 1 und die positiven Beträge nach Absatz 2 für alle vier betrachteten Quartale des Prüfungszeitraumes und setzt die Differenz als vom Vertragsarzt zu zahlenden Erstattungsbetrag fest.
- (4) Erstattungsbeträge unter 100,00 Euro werden nicht eingetrieben.
- (5) Die Festsetzung eines Erstattungsbetrages darf erstmals durch die Gemeinsame Prüfungsstelle für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung durch die Gemeinsame Prüfungsstelle in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.

V. Übergangsvorschriften und Schlussbestimmungen

§ 13 - Übergangsvorschriften

- (1) Der Vertragsarzt erhält eine Information gem. § 2 Abs. 2 erstmals für das 1. Quartal 2017.
- (2) Das erste Anwendungsjahr (Quartale 1 bis 4/2017) für die Verordnungssteuerung dient dazu, die Vertragsärzte an die neue Systematik zu gewöhnen und umfassend zu Verhaltensänderungen zu informieren und zu beraten. Eine erste statistische Prüfung nach § 7 Abs. 4 kann daher erstmals für Verordnungen ab dem 01.01.2018 stattfinden.

§ 14 - Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft und gilt für Verordnungen von Arzneimitteln mit Ausstellungsdatum ab dem 01.01.2017. Sie kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden, erstmals jedoch zum 31.12.2018.
- (2) 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

Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V

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.

Hamburg, den _____

.....

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Hamburg, den _____

.....

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Hamburg, den _____

.....

BKK-Landesverband NORDWEST

zugleich für die SVLFG als LKK

Hamburg, den _____

.....

IKK classic

Hamburg, den _____

.....

Knappschaft, Regionaldirektion Nord, Hamburg

Hamburg, den _____

.....

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage 1 zur Wirkstoffvereinbarung

Vergleichsgruppen

Zuordnung der Ärzte zu den Vergleichsgruppen

(1) Abgrenzung der einzubeziehenden Grundgesamtheit / Ärzte

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden, ärztlichen³ Leistungserbringer mit den folgenden Ausnahmen:

- Die Mehrheit der Fachgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie (Humangenetik, Laboratoriumsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Strahlentherapie, Radiologie, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie / Infektiologie)
- (ausschließliche)Teilnahmeart (gemäß Anlage 25 Bundesarztregister Datensatzbeschreibung): 116b-Erlaubnis, ASV-Erlaubnis, Institutsermächtigung (inkl. Drogenambulanzen, Krankenhausnotfälle), Nicht-Hamburger Erlaubnis, Notdienstlerlaubnis.

(2) Ebene der Zuordnung

Jeder Arzt (Kopf) der Grundgesamtheit wird in jeder Honorareinheit (HE), in der er / sie tätig ist, eindeutig einer Vergleichsgruppe (VG) zugeordnet. Ärzte, die in mehreren Honorareinheiten parallel tätig sind, müssen in jeder dieser Honorareinheiten separat die Ziele einhalten.

(3) Logik der Zuordnung

Die Zuordnung des Arztes in der Honorareinheit zu den VG erfolgt anhand der am jeweiligen Erlaubnisfachgebiet ausgerichteten 8./9. Stelle der Lebenslangen Arztnummer (LE):

xxxxxxx01 = Hausarzt -> VG 819 „Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten“

xxxxxxx61 = Psychotherapeutisch tätiger Arzt -> VG 500 „Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind“

Sofern diese Vorgehensweise keine eindeutige bzw. ausreichend differenzierte Zuordnung zu einer VG ermöglicht, werden weitere Informationsquellen einbezogen. Dies gilt für die folgenden Fälle:

a) Erweiterte Zulassungen

Ist ein Leistungserbringer in einer Honorareinheit für mehrere Fachgebiete zugelassen, die in unterschiedliche VG münden, so erfolgt die Zuordnung anhand des Tätigkeitsschwerpunktes⁴ in den letztverfügbaren (bis zu) vier Abrechnungsquartalen. Für neue Ärzte wird eine einzelfallbasierte Zuordnung vorgenommen. Nach Ablauf von vier Abrechnungsquartalen erfolgt eine Einordnung nach dem genannten Mechanismus.

³ Dies schließt die Psychologischen Psychotherapeuten wie auch Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten aus.

⁴ Hierbei werden die abgerechneten Leistungen der arztgruppenspezifischen EBM-Kapitel aufsummiert und der jeweilige Anteil berechnet. Die Zuordnung erfolgt anschließend zu derjenigen VG, aus deren arztgruppenspezifischem EBM-Kapitel der Leistungserbringer die Mehrheit abgerechnet hat.

b) Diabetologische Schwerpunktpraxen

Die Einordnung in diese VG erfolgt anhand der leistungserbringer- und honorareinheitsbezogenen Genehmigungen.

c) Dialyseeinrichtungen

Die Einordnung in diese VG erfolgt anhand der leistungserbringer- und (betriebsstättenabhängigen) Genehmigungen.

d) Fachärztliche Internisten

Die Einordnung der fachärztlich tätigen Internisten ohne zugelassenen Schwerpunkt erfolgt anhand des Abrechnungsschwerpunktes⁵ in den letztverfügbaren (bis zu) vier Abrechnungsquartalen. Für neue Ärzte wird eine vorläufige Einordnung in die allgemeine, internistische Gruppe vorgenommen. Nach Ablauf von vier Abrechnungsquartalen wird nach dem genannten Mechanismus abschließend eingruppiert.

(4) Einzelfälle

Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, auf Antrag in eine abweichende VG eingruppiert zu werden. Dies setzt die Vorlage sachlicher Gründe voraus. Dazu gehören insbesondere: Fehler in der Zuordnung, Genehmigungen, Abrechnungsschwerpunkte.⁶

(5) Mindestgröße der Vergleichsgruppen

Grundsätzlich wird eine Vergleichsgruppe erst ab einer Besetzung mit mindestens 15 Ärzten als ausreichend groß für ein aussagekräftiges und stabiles Benchmarking betrachtet. Es erfolgt eine jährliche Überprüfung der Gruppenbesetzungen und ggf. eine entsprechende Anpassung der Vergleichsgruppen.

Zuordnung der Erlaubnisfachgebiete zu den VG

LANR (8 und 9)	VG (BAR)
04	Anästhesisten (010) 020 FA Anästhesiologie 022 FA Anästhesiologie und Intensivtherapie
05	Augenärzte (040) 030 FA Augenheilkunde
06 bis 09, 11, 13, 14	Chirurgen (070) 040 FA Chirurgie; obsolet 041 TG Kinderchirurgie; obsolet

⁵ Hierbei werden die abgerechneten Leistungen der arztgruppenspezifischen EBM-Kapitel aufsummiert und der jeweilige Anteil an allen internistischen, arztgruppenspezifischen Leistungen berechnet. Die Zuordnung erfolgt anschließend zu derjenigen VG, aus deren internistischem, arztgruppenspezifischem EBM-Kapitel der Leistungserbringer schwerpunktmäßig abgerechnet hat. Ist auf dieser Basis keine eindeutige Zuordnung möglich, so wird der LE der allgemeinen Internisten-Gruppe zugeordnet.

⁶ Die KV behält sich dabei vor, einen Arzt bei nicht ausreichender bzw. unsachgemäßer Begründung abweichend einzugruppierten, um dem Ziel der WSV zuwider laufende Auswirkungen zu vermeiden.

042 SP Unfallchirurgie; obsolet
 043 SP Gefäßchirurgie; obsolet
 044 TG Plastische Chirurgie; obsolet
 045 TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet
 046 SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet
 047 TG Herz- und Gefäßchirurgie, obsolet
 048 SP Viszeralchirurgie; obsolet
 304 FA Kinderchirurgie
 (313 FA Herzchirurgie⁷)
 322 FA Plastische Chirurgie
 510 FA Allgemeine Chirurgie; obsolet
 511 FA Gefäßchirurgie
 514 FA Viszeralchirurgie
 542 Plastische und Ästhetische Chirurgie
 544 FA Allgemein Chirurgie

15 bis 18	Frauenärzte (100)
	050 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe 516 SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin 515 SP Gynäkologische Onkologie 517 SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
19 bis 20	HNO-Ärzte (130)
	060 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 061 SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet 062 TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet 063 TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet 324 FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet 518 FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
21	Hautärzte (160)
	070 FA Haut- und Geschlechtskrankheiten
23, 32, 33, 29, 24, 25	FÄ. Internisten, die in 192 bis 199 nicht benannt sind, inkl. FÄ. Internisten m. SP Nephrologie, FÄ. Internisten m. SP Angiologie, FÄ Internisten m. SP Endokrinologie u. Diabetologie, Sonstige (191)
	080 FA Innere Medizin; obsolet (fachärztlich) 089 TG Infektios- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet 328 SP Geriatrie; obsolet 503 SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet 540 FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin 541 FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell 086 SP Nephrologie; obsolet 526 Innere Medizin und SP Nephrologie 545 TG Nephrologie; obsolet 326 SP Angiologie, obsolet 521 FA Innere Medizin und SP Angiologie 084 SP Endokrinologie; obsolet 088 TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet 522 FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie 543 SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet

⁷ Der Facharzt für Herzchirurgie ist grundsätzlich nicht zulassungsfähig, es existiert jedoch eine historisch bedingter Ausnahmefall.

28	FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192) 082 SP Kardiologie; obsolet 525 FA Innere Medizin und SP Kardiologie 529 TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet
30	FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194) 083 SP Pneumologie; obsolet 120 Lungenarzt; obsolet 504 TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet 527 FA Innere Medizin und SP Pneumologie
26	FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195) 081 SP Gastroenterologie; obsolet 125 FA Magenarzt; obsolet 523 FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie
27	FÄ. Internisten m. SP Hämatologie / Onkologie (196) 085 TG Hämatologie; obsolet 524 FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie 327 SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet
31	FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199) 087 SP Rheumatologie; obsolet 528 FA Innere Medizin und SP Rheumatologie
34 bis 46	Kinder- und Jugendärzte (230) 090 FA Kinderheilkunde; obsolet 091 SP Kinder-Kardiologie 092 TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet 093 SP Neonatologie 094 TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet 095 TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet 096 TG Kindernephrologie; neue Bundesländer, obsolet 097 TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet 098 TG Kinderrheumatologie; neue Bundesländer, obsolet 099 TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet 146 Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet 340 FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet 341 FA Kinder- und Jugendmedizin 342 Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet 343 FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet 344 FA Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet 505 SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet 530 SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie 531 SP Neuropädiatrie 536 SP Kinder-Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet 537 SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell 538 SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell 539 SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirgen (350) 130 FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

131 FA Kieferchirurgie; obsolet
 360 Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)

51, 53, 58	Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (381) 140 FA Nervenheilkunde; obsolet 145 FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet 149 FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet 142 FA Neurologie 146 Teilgebiet Kinderneuropsychiatrie 171 Teilgebiet Neuropathologie 192 Teilgebiet Neuroradiologie 197 Schwerpunkt Neuroradiologie 271 Neuropathologie 141 FA Psychiatrie; obsolet 147 FA Psychiatrie und Psychotherapie
47	Kinder- und Jugendpsychiater (389) 100 FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet 102 FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
52	Neurochirurgen (410) 150 FA Neurochirurgie
10, 12	Orthopäden (440) 160 FA Orthopädie; obsolet 161 SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet 512 FA Orthopädie und Unfallchirurgie
60, 61	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (500) 534 FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 144 Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung) 148 FA Psychotherapeutische Medizin 310 Psychotherapie
67	Urologen (560) 200 FA Urologie
57	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin (630) 309 FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet 330 FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
NEU	In Dialyse-Einrichtungen tätige Ärzte (760) <i>Genehmigung</i>
01 bis 03	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820) (819) 001 Praktischer Arzt; obsolet 010 FA Allgemeinmedizin 002 Arzt; obsolet 520 FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) 080 FA Innere Medizin; obsolet (hausärztlich)
NEU	In diabetologischen Schwerpunktpraxen tätige Ärzte (820) <i>Genehmigung</i>

Anlage 2 zur Wirkstoffvereinbarung

Ziele

Bei der Festlegung von Verordnungszielen, bei den Zielerreichungskontrollen nach §§ 4 und 5 sowie bei der Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV gelten als wirtschaftlich:

- bei Generikazielen die als Generika zugelassenen Arzneimittel bis zur Festbetragsgrenze
- bei Leitsubstanzzielen die Arzneimittel mit den als Leitsubstanzen genannten Wirkstoffen oder Handelsnamen
- Arzneimittel, bei denen die Abgabe eines Arzneimittels erfolgt ist, für das für die leistungspflichtige Krankenkasse am Tag der Abgabe ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 oder § 130c SGB V bestand, soweit nicht anders geregelt
- Bei Mengenzielen das Einhalten bzw. Unterschreiten einer vereinbarten, durchschnittlichen Menge je Verordnungsfall/Arzneimittelpatient (in DDD)

Generikaziele

Vergleichsgruppe	Analgetika (außer BTM- pflichtige Opiode)	Antibiotika zur systemischen Anwendung	Antidiabetika exklusive Insulin	Antiepileptika	Antimykotika zur systemi- schen Anwen- dung	Antiparkinson- mittel	Anti- phlogistika/ Antirheumati- ka	BTM-pflichtige Opiode	Cortico- steroide zur systemischen Anwendung
	(250 DDD*)	(100 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(100 DDD*)	(500 DDD*)	(250 DDD*)	(500 DDD*)	(400 DDD*)
Anästhesisten (010)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	90,1	82,2	94,3
Augenärzte (040)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Chirurgen (070)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	95,0
Frauenärzte (100)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
HNO-Ärzte (130)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Hautärzte (160)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
FÄ. Internisten, die in 192 bis 199 nicht benannt sind, inkl. FÄ. Internisten m. SP Nephrologie, FÄ. Internisten m. SP Angiologie, FÄ Internisten m. SP Endokrinologie u. Diabetologie, Sonstige (191)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	80,7
FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungen- ärzte (194)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	95,0
FÄ. Internisten m. SP Hämatologie / Onkologie (196)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Kinder- und Jugendärzte (230)	80,8	95,4	70,0	75,8	83,5	73,9	92,2	84,5	75,6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (381)	87,2	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Kinder- und Jugendpsychiater (389)	96,4	98,0	70,0	57,1	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Neurochirurgen (410)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	95,0
Orthopäden (440)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	95,0
Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (500)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Urologen (560)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin (630)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	90,0
In Dialyse-Einrichtungen tätige Ärzte (760)	96,4	98,0	53,6	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820) (819)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
In diabetologischen Schwerpunktpraxen tätige Ärzte (820)	96,4	98,0	50,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3
Hamburgweit** (alle VG)	96,4	98,0	70,0	89,0	98,0	73,9	92,2	84,5	94,3

* Mindestmenge in DDD, ab der das Ziel relevant wird (Paragraf 5 Abs. 1)

** Fachgruppenübergreifende hamburgweite Verordnungsziele nach Paragraf 4 Abs. 3

Generikaziele

Vergleichsgruppe	Endokrine Therapie	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	Kombi-gruppe kardio-vaskuläres System	Lipid-regulatoren	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen	Ophthal-mika	Psychoana-leptika ohne ADHS	Psycho-leptika	Renin-Angiotensin wirksame Präparate
	(500 DDD*)	(100 DDD*)	(1.000 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)
Anästhesisten (010)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Augenärzte (040)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	65,3	95,0	84,0	97,0
Chirurgen (070)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Frauenärzte (100)	98,1	91,4	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
HNO-Ärzte (130)	98,1	90,9	96,4	95,2	86,6	70,2	34,5	95,0	84,0	97,0
Hautärzte (160)	98,1	82,6	96,4	95,2	51,1	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
FÄ. Internisten, die in 192 bis 199 nicht benannt sind, inkl. FÄ. Internisten m. SP Nephrologie, FÄ. Internisten m. SP Angiologie, FÄ Internisten m. SP Endokrinologie u. Diabetologie, Sonstige (191)	98,1	90,9	96,4	93,3	66,9	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192)	98,1	90,9	94,5	85,4	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	95,0
FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	98,1	90,9	93,8	95,2	69,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
FÄ. Internisten m. SP Hämatologie / Onkologie (196)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	62,4	68,0	95,0	84,0	93,3
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	67,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Kinder- und Jugendärzte (230)	98,1	81,5	85,7	95,2	85,2	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (381)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Kinder- und Jugendpsychiater (389)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	92,4	77,4	97,0
Neurochirurgen (410)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Orthopäden (440)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	56,6	68,0	95,0	84,0	97,0
Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (500)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Urologen (560)	90,9	90,9	96,4	95,2	73,5	43,6	68,0	95,0	84,0	97,0
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin (630)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
In Dialyse-Einrichtungen tätige Ärzte (760)	98,1	90,9	96,4	88,9	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820) (819)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Diabetologen (820)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0
Hamburgweit** (alle VG)	98,1	90,9	96,4	95,2	73,5	70,2	68,0	95,0	84,0	97,0

* Mindestmenge in DDD, ab der das Ziel relevant wird (Paragraf 5 Abs. 11

** Fachgruppenübergreifende hamburgweite Verordnungsziele (Paragraf 4 Abs. 3)

Generikaziele

Vergleichsgruppe	Rhinologika mit Corticosteroiden	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	Thrombozyten- aggregationshem- mer	Urologika
	(250 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)	(500 DDD*)
Anästhesisten (010)	82,0	78,4	93,0	75,0
Augenärzte (040)	82,0	78,4	93,0	75,0
Chirurgen (070)	82,0	78,4	93,0	75,0
Frauenärzte (100)	82,0	73,4	93,0	40,2
HNO-Ärzte (130)	82,6	78,4	93,0	75,0
Hautärzte (160)	60,0	78,4	93,0	75,0
FÄ. Internisten, die in 192 bis 199 nicht benannt sind, inkl. FÄ. Internisten m. SP Nephrologie, FÄ. Internisten m. SP Angiologie, FÄ Internisten m. SP Endokrinologie u. Diabetologie, Sonstige (191)	82,0	78,4	93,0	75,0
FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192)	82,0	78,4	90,8	75,0
FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	65,6	78,4	93,0	75,0
FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	82,0	78,4	93,0	75,0
FÄ. Internisten m. SP Hämatologie / Onkologie (196)	82,0	78,4	93,0	75,0
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	82,0	78,4	93,0	75,0
Kinder- und Jugendärzte (230)	82,0	68,6	93,0	75,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	82,0	78,4	93,0	75,0
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (381)	82,0	78,4	93,0	75,0
Kinder- und Jugendpsychiater (389)	82,0	78,4	93,0	75,0
Neurochirurgen (410)	82,0	78,4	93,0	75,0
Orthopäden (440)	82,0	78,4	93,0	75,0
Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (500)	82,0	78,4	93,0	75,0
Urologen (560)	82,0	88,0	93,0	73,2
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin (630)	82,0	78,4	93,0	75,0
In Dialyse-Einrichtungen tätige Ärzte (760)	82,0	78,4	93,0	75,0
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820) (819)	82,0	78,4	93,0	75,0
In diabetologischen Schwerpunktpraxen tätige Ärzte (820)	82,0	78,4	93,0	75,0
Hamburgweit** (alle VG)	82,0	78,4	93,0	75,0

* Mindestmenge in DDD, ab der das Ziel relevant wird (Paragraf 5 Abs. 1)

** Fachgruppenübergreifende hamburgweite Verordnungsziele nach Paragraf 4 Abs. 3

Anlage 2

Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V vom 01.01.2017 i.d.F. des 1. Nachtrages (mit Wirkung zum 01.01.2018)

Leitsubstanzziele

Vergleichsgruppe	Mittel gegen ADHS (250 DDD*)	Andere Antianämika (EPOs) (500 DDD*)	Anti-koagulantien (500 DDD*)	NOAK (500 DDD*)	Gn-RH-Analoga (500 DDD)	Kolonie-stimulierende Faktoren (100 DDD)	MS-Therapeutika (500 DDD*)	TNF-Alpha-Blocker (500 DDD*)
Anästhesisten (010)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Augenärzte (040)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Chirurgen (070)	77,3	62,5		60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Frauenärzte (100)	77,3	62,5	35,2	60,0		74,2	74,0	19,6
HNO-Ärzte (130)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Hautärzte (160)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	
FÄ. Internisten, die in 192 bis 199 nicht benannt sind, inkl. FÄ. Internisten m. SP Nephrologie, FÄ. Internisten m. SP Angiologie, FÄ Internisten m. SP Endokrinologie u. Diabetologie, Sonstige (191)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192)	77,3	62,5	24,5	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
FÄ. Internisten m. SP Hämatologie / Onkologie (196)	77,3	84,2	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
FÄ Internisten m. SP Rheumatologie (199)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	15,0
Kinder- und Jugendärzte (230)	73,0	62,5	35,2	60,0		74,2	74,0	19,6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (381)	93,0	62,5	17,1	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Kinder- und Jugendpsychiater (389)	73,0	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Neurochirurgen (410)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Orthopäden (440)	77,3	62,5		60,0	50,6	74,2	74,0	15,0
Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (500)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Urologen (560)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin (630)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
In Dialyse-Einrichtungen tätige Ärzte (760)	77,3	58,4	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820) (819)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
In diabetologischen Schwerpunktpraxen tätige Ärzte (820)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6
Hamburgweit** (alle VG)	77,3	62,5	35,2	60,0	50,6	74,2	74,0	19,6

* Mindestmenge in DDD, ab der das Ziel relevant wird (Paragraf 5 Abs. 1)

** Fachgruppenübergreifende hamburgweite Verordnungsziele nach Paragraf 4 Abs. 3

Mengenziel PPI ab 01.01.2018

Vergleichsgruppe	Zielwert DDD pro Verordnungsfall
Anästhesisten	7,80
Augenärzte	
Chirurgen	6,00
Frauenärzte	
HNO Ärzte	1,40
Hautärzte	
FÄ. Internisten, die in 192 bis 199 nicht benannt sind, inkl. FÄ. Internisten m. SP Nephrologie, FÄ. Internisten m. SP Angiologie, FÄ Internisten m. SP Endokrinologie u. Diabetologie, Sonstige (191)	25,90
FÄ. Internisten m. SP Kardiologie (192)	8,60
FÄ. Internisten m. SP Pneumologie sowie Lungenärzte (194)	2,60
FÄ. Internisten m. SP Gastroenterologie (195)	35,20
FÄ. Internisten m. SP Hämatologie / Onkologie (196)	17,80
FÄ. Internisten m. SP Rheumatologie	12,10
Kinder- und Jugendärzte (230)	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (350)	
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (381)	1,00
Kinder- und Jugendpsychiater (389)	
Neurochirurgen (410)	5,90
Orthopäden (440)	4,70
Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (500)	1,60
Urologen (560)	
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin (630)	4,40
In Dialyse-Einrichtungen tätige Ärzte (760)	35,00
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820) (819)	25,80
In diabetologischen Schwerpunktpraxen tätige Ärzte (820)	6,20
Hamburgweit	18,20

Anlage 3 zur Wirkstoffvereinbarung

Listen I statistische Unterlagen

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

Listenmuster:

TRENDMELDUNG Q/20JJ

- Muster -

Honorareinheit 02 xxXXxxX
Vergleichsgruppe Fachärzte für xyz

Betriebsstätten:
 XXooXXooX

Adresszeile 1
 Adresszeile 2
 Adresszeile 3
 Adresszeile 4

Teilnehmer: (LANR) xxXXxxX


Wirtschaftlichkeitsziele nach der gültigen Wirkstoffvereinbarung 20JJ

Generika-Quoten und Leitsubstanzen steuern Ihre wirtschaftliche Verordnung.


Einleitungstext - Zeile 1
 Einleitungstext - Zeile 2
 Einleitungstext - Zeile 3

Grüne, gelbe und rote Punkte zeigen Ihnen Ihre Ergebnisse - anhand der Analyse Ihrer
 Verordnungsdaten können Sie Ihren individuellen Handlungsbedarf feststellen.


Ziele: %-Anteil von Generika am Gesamtmarkt

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Name der Gruppe	ATC-Codes	XX,xx	x.xxx	XX,xx	


Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können		DDD
Name Arzneimittel	Menge	
Es werden Daten für maximal fünf Arzneimittel aufgelistet.		


	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Name der Gruppe	ATC-Codes	XX,xx	x.xxxx	100,0	

- Muster -


	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe XYZ xyz (bei Bedarf nähere Bezeichnung der Gruppe oder Ausschlüsse)	ATC-Codes der Gruppe	9X,xx	x.xxx	99,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können	DDD
Name Arzneimittel und Menge - wenn Anteil Praxis < 100,0 %	

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	9X,xx	x.xxx	100,0	

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe ggf. mit Beschreibung	ATC-Code	5X,xx	x.xxx	4X,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können	DDD
Name Arzneimittel und Menge	
** - wenn Anteil Praxis < 100,0 % für maximal fünf Arzneimittel	

	Arzneimittelgruppe	ATC-Code	Zielwert %	DDD	Anteil Praxis %	Ergebnis
NR	Arzneimittelgruppe Anlage x der Wirkstoffvereinbarung	ATC-Code (außer ATC-Code)	7X,xx	x.xxx	8X,xx	

Ihre TOP Arzneimittel, die einer Zielerreichung entgegenstehen können	DDD
Name Arzneimittel und Menge ** s.o.	

Gesamtergebnis



Grüne, gelbe und rote Punkte zeigen Ihnen Ihre Ergebnisse!

Grün: Ziel erreicht



Innerhalb dieser Wirkstoffgruppe sollten Sie den indikationsgerechten Einsatz von Arzneimitteln beibehalten. Damit können Sie sich einen Ausgleich für verfehlt Ziele schaffen.

Gelb: 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.



Hierbei unterstützen wir Sie gerne durch unsere Pharmakotherapieberater.

Die in dieser Trendmeldung enthaltenen Daten dienen der Steuerung Ihrer Verordnungsweise. Sie sind Grundlage für die Zielerreichungsfeststellung nach §§ X bis X der Wirkstoffvereinbarung.

Werte zur Arzneimittelgruppe werden nur ausgewiesen, wenn eine Mindest-DDD-Menge erreicht wurde. (§X Abs. X Wirkstoffvereinbarung).

Bei Arzneimittelgruppen, für die kein Grad der Zielerreichung ausgewiesen ist, wurde die Mindest-DDD-Menge im Berichtsquartal nicht erreicht.

Weitere Informationen und eine Übersicht der Mindest-DDD-Mengen finden Sie unter www.kvhh.de in der Rubrik ... / ... / ...

Details zu den ATC-Codes erhalten Sie unter:
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/versionJJJJ/>



QR-Code auf Website der KVH mit Informationen zur Arzneisteuerung JJJJ

Informationen zu diesem Listmuster:

Die o.g. Erläuterungen sind jeweils auf der letzten Seite = Z der Trendmeldung zu finden.

Die Verordnungsstatistik enthält Informationen über die vom Vertragsarzt erreichten DDD-Quoten im Vergleich zu den Zielwerten, sofern die Mindest-DDD Menge eines Ziels gem. Anlage X der Wirkstoffvereinbarung erreicht wurde.

Dieses Listmuster nach kann von der KVH bei Bedarf redaktionell angepasst werden.

2. Datensatzbeschreibung für die Liste nach § 5 Abs. 7

%QUARTAL%_KASSENLISTE_DDD

In der Datei sind für jedes nach § 5 Abs. 1 relevante Ziel der Wirkstoffvereinbarung, Informationen über die verordneten DDD-Mengen sowie die entsprechenden DDD-Quoten für jede Honorareinheit innerhalb einer Vergleichsgruppe in anonymisierter Form enthalten. Honorareinheiten in Vergleichsgruppen mit weniger als 50 Ärzten werden dabei aus Datenschutzgründen zusammengefasst.

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel
1	QUARTAL	JJJJQ	20153
2	PRAXIS_ID	Anonymisierte Praxisnummer nach dem Zufallsprinzip - pro Jahr eine neue ID je Honorareinheit einer Vergleichsgruppe bzw. je zusammengefasster Vergleichsgruppe	4366749
3	VG_WSV	Vergleichsgruppe nach der WSV	819
4	ANZ_AERZTE	Anzahl der LANRs innerhalb einer Honorareinheit (bzw. innerhalb der Vergleichsgruppe bei zusammengefassten Honorareinheiten)	4
5	WSV_ZIEL	Ziel der Wirkstoffvereinbarung	15
6	DDD_ERWUENSCHT	Anzahl der erwünschten DDDs je WSV-Ziel (je Ziel gilt: DDD_gesamt ≥ DDD_mindest)	1.250
7	DDD_UNERWUENSCHT	Anzahl der unerwünschten DDDs je WSV-Ziel (je Ziel gilt: DDD_gesamt ≥ DDD_mindest)	2.530
8	DDD_QUOTE	Anteil DDD_erwünscht an DDD_gesamt je WSV-Ziel (je Ziel gilt: DDD_gesamt ≥ DDD_mindest; DDD-gewichteter Mittelwert der geltenden Ziele bei zusammengefassten Vergleichsgruppen)	33,00

%QUARTAL%_KASSENLISTE_WIRTSCHAFTLICHKEITSAKTOR

In der Datei sind die nach § 5 Abs. 3 ermittelten Wirtschaftlichkeitsfaktoren für jedes relevante Ziel der Wirkstoffvereinbarung für die Aggregationsebenen (i) Vergleichsgruppe und (ii) hamburgweit enthalten.

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel
1	QUARTAL	JJJJQ	20153
2	STUFE	Gibt die Aggregationsebene an. VG = Vergleichsgruppe HH = hamburgweit	VG
3	WSV_ZIEL	Ziel der Wirkstoffvereinbarung	15
4	VG_WSV	Vergleichsgruppe nach der WSV. Diese Spalte ist für die Aggregationsebene HH nicht gefüllt.	819
5	WIRTSCHAFTLICHKEITSAKTOR	Wirtschaftlichkeitsfaktor je Ziel für die entsprechende Vergleichsgruppe bzw. hamburgweit	21,368

%QUARTAL%_KASSENLISTE_SALDIERTES_QUARTALSERGEBNIS

In der Datei sind die nach § 5 Abs. 3 saldierten Quartalsergebnisse der Wirkstoffvereinbarung für die Aggregationsebenen (i) Honorareinheit in einer Vergleichsgruppe, (ii) Vergleichsgruppe und (iii) hamburgweit enthalten. Honorareinheiten in Vergleichsgruppen mit weniger als 50 Ärzten werden dabei aus Datenschutzgründen zusammengefasst.

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel
1	QUARTAL	JJJJQ	20153
2	PRAXIS_ID	Anonymisierte Praxisnummer nach dem Zufallsprinzip - pro Jahr eine neue ID je Honorareinheit bzw. je zusammengefasster Vergleichsgruppe. Diese Spalte wird nur für die Aggregationsebene VGHE benötigt.	436
3	STUFE	Gibt die Aggregationsebene an. VGHE = Honorareinheit in einer Vergleichsgruppe VG = Vergleichsgruppe HH = hamburgweit	VG
4	VG_WSV	Vergleichsgruppe nach der WSV	819
5	ANZ_AERZTE	Anzahl der LANRs innerhalb einer Honorareinheit (bzw. innerhalb der Vergleichsgruppe bei zusammengefassten Honorareinheiten)	4
6	ZIELERREICHUNG	Saldiertes Gesamtergebnis aller Ziele (bei zusammengefassten Vergleichsgruppen der ungewichtete Mittelwert der Einzelwerte)	97,58
7	ZIELERREICHUNG	Saldiertes Gesamtergebnis nach § 5 Abs. 3 der Abschnitt-IV-relevanten Ziele (bei zusammengefassten Vergleichsgruppen der ungewichtete Mittelwert der Einzelwerte)	93,63

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

Spalte	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel 1	Beispiel 2
1	PZN	Angabe der Pharmazentralnummer (8-stellig)	10133009	06687067
2	ATC	Angabe des dazugehörigen ATC Codes (7-stellig)	A10BX04	L04AB01
3	Ziel Nummer	Ziel Nummer (1-n)	3	30
4	GenerikaKz	Generika-Kennzeichen (0=patentgeschütztes Original, 1=patentfreies Original, 2=Generikum, 3=keine Generikasituation)	0	3
5	Leitsubstanz1	Angabe, ob es sich (im übergeordneten Ziel) um eine Leitsubstanz handelt (0=nein, 1=ja)	0	1
6	Leitsubstanz2	Angabe, ob es sich im untergeordneten Ziel um eine Leitsubstanz handelt (0=nein, 1=ja)	0	0
7	DDD	Angabe der verwendeten DDD je Packung in 1/1000 Einheiten	20000	28571
8	PB	Als Praxisbesonderheit nach Anlage 7 Nr. 3 zu behandeln (0=nein, 1=ja)	0	0

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

Spalte 1	JAHR
Spalte 2	BSNR (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3	NAME_VORNAME
Spalte 4	Vergleichsgruppe (VG)
Spalte 5	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)
Spalte 6	GESAMTZAHL DDD
Spalte 7	GESAMTZAHL DDD, die von Zielen betroffen sind
Spalte 8	ARZNEIKOSTEN (brutto)
Spalte 9	ARZNEIKOSTEN (brutto), die von Zielen betroffen sind
Spalte 10	GESAMTZAHL DER VERORDNUNGSZIELE (Mindest-DDD-Anzahl gemäß Anlage 2 erreicht)
Spalte 11	SALDIERTES VORLÄUFIGES GESAMTERGEBNIS GEM. § 5 ABS. 3
Spalte 12	SALDIERTES VORLÄUFIGES GESAMTERGEBNIS DES VORJAHRES GEM. § 5 ABS. 4

5. Listen gem. § 10 Abs. 3:

5a Arztübersicht:

Spalte 1	QUARTAL
Spalte 2	BSNR (wird bei Berufsausübungsgemeinschaften / Medizinischen Versorgungszentren pro Vergleichsgruppe ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3	NAME_VORNAME
Spalte 4	Vergleichsgruppe (VG)
Spalte 5	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)
Spalte 6	GESAMTZAHL DDD
Spalte 7	GESAMTZAHL DDD, die von Zielen betroffen sind
Spalte 8	ARZNEIKOSTEN (brutto)
Spalte 9	ARZNEIKOSTEN (brutto), die von Zielen betroffen sind
Spalte 10	GESAMTZAHL DER VERORDNUNGSZIELE (Mindest-DDD-Anzahl gemäß Anlage 2 erreicht)
Spalte 11	SALDIERTES VORLÄUFIGES GESAMTERGEBNIS GEM. § 10 Abs. 3 (vorläufiger rechnerischer Mehraufwand)

5b Liste unwirtschaftlicher Mehraufwand nach § 10 Abs. 3

Der Kopf der Liste enthält das Ordnungsquartal, Vergleichsgruppe (VG), die Betriebsstättennummer (BSNR), die lebenslange(n) Arztnummer(n) (LANR) in der BSNR sowie Name und Anschrift der Ärzte und der Honorareinheit und das PSt-Logo.

Summe der Mehraufwände (Gesamtergebnis nach Verrechnung der Spalten 12a und 12b)

Spalte 0:	Zielnummer
Spalte 1:	Zielname gemäß Anlage 2

	Ausgewiesen werden alle Ziele, bei denen der Vertragsarzt Verordnungen getätigt hat
Spalte 2:	Anzahl der verordneten DDDs des Vertragsarztes
Spalte 3:	Ziel (SOLL) Enthält den Zielwert in Prozent nach Anlage 2
Spalte 4:	Auffälligkeitsgrenze Zum Ziel gemäß Anlage 2 gehörende Auffälligkeitsgrenze gem. § 10 Abs. 2 in Prozent
Spalte 5:	IST Vom Vertragsarzt zu einem Ziel gemäß Anlage 2 erreichte IST-Quote in Prozent. Berechnet werden alle Ziele, bei denen der Vertragsarzt die DDD-Mindestmenge erreicht hat
Spalte 6:	Anzahl DDDs gem. § 12 Abs. 1 des Vertragsarztes Anzahl der DDDs, welche zum Erreichen der Auffälligkeitsgrenze fehlen
Spalte 7:	Anzahl DDDs gem. § 12 Abs. 2 des Vertragsarztes Anzahl der verordnete DDDs, die das Ziel überschreiten
Spalte 8/9:	Durchschnittliche Kosten pro DDD des Vertragsarztes
Spalte 8:	Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 1 des Vertragsarztes
Spalte 9:	Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 2 des Vertragsarztes
Spalte 10/11:	Durchschnittliche Kosten pro DDD der Vergleichsgruppe
Spalte 10:	Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 1 der Vergleichsgruppe
Spalte 11:	Durchschnittliche Kosten pro DDD gem. § 12 Abs. 2 der Vergleichsgruppe
Spalte 12a:	Mehraufwand Enthält den berechneten Mehraufwand gem. § 12 Abs. 1
Spalte 12b:	Positiver Betrag Enthält den (verdoppelten) positiven Betrag gem. § 12 Abs. 2

Errechneter unwirtschaftlicher Mehraufwand (Gesamtergebnis nach Verrechnung der Spalten 12a und 12b; 0,00 wenn negativ).

Die Liste wird nach folgendem Listmuster erstellt:

Liste unwirtschaftlicher Mehraufwand

Verordnungsquartal 20171
 BSNR 12345678
 Vergleichsgruppe 123
 LANR 98765080
 Name Dr. Vortester1 Tester1
 Anschrift Strasse1, 99999 Ort1

Ziel	Zielname	Anzahl DDD VA ¹	Ziel-Soll in %	AG ² in %	Ziel-Ist in %	Abstand DDD VA		Ø € je DDD VA		Ø € je DDD VG ⁵		Vorläuf. Ergebnis	
						zur AG ⁴ nur gefüllt wenn Sp5 < Sp4	zum Ziel ⁴ nur gefüllt wenn Sp5 > Sp3	unwirt. AM iSd. WSV ³	wirt. AM iSd. WSV ³	unwirt. AM iSd. WSV ³	wirt. AM iSd. WSV ³	rechn. MA in € ⁶ nur gefüllt wenn Sp5 < Sp4	pos. Betrag in € ^{4,7,9} nur gefüllt wenn Sp5 > Sp3
						6	7	8	9	10	11	12a	12b
01	Analgetika außer BTM-pflichtige Opiode (250 DDD*)	1234567,1	99,12	12,12	12,12	123456,1	123456,1	123,12	123,12	123,12	123,12	1234,12	1234,12
02	Antibiotika zur systemischen Anwendung (100 DDD*)	1234567,1	99,12	12,12	12,12	123456,1	123456,1	123,12	123,12	123,12	123,12	1234,12	1234,12
29	MS-Therapeutika (500 DDD*)	1234567,1	99,12	12,12	12,12	123456,1	123456,1	123,12	123,12	123,12	123,12	1234,12	1234,12
30	TNF-Alpha-Blocker (500 DDD*)	1234567,1	99,12	12,12	12,12	123456,1	123456,1	123,12	123,12	123,12	123,12	1234,12	1234,12

1) VA = Vertragsarzt

2) AG = Auffälligkeitsgrenze

3) Durchschnittl. Kosten je DDD des Vertragsarztes bzw. der Vergleichsgruppe der im Sinne der WSV wirtschaftlichen bzw. unwirtschaftlichen Arzneimittel

4) Spalte 6 und 7 bzw. Spalten 12a und 12b, bleiben leer, wenn Spalte 4 <= Spalte 5 <= Spalte 3

5) VG = Vergleichsgruppe gemäß Anlage 1 WSV

6) MA = Mehraufwand

7) Positiver Betrag gem. § 12 Abs. 2 WSV

8) Summe Spalte 12a minus Summe Spalte 12b. Positive Beträge entsprechen dem unwirtschaftlichen Mehraufwand.

9) Die Anzahl der DDDs aus Spalte 7 gehen doppelt in die Berechnung des positiven Betrags ein.

*) Relevante Häufigkeit in DDD im Quartal gem. § 5 Abs. 1 WSV

Errechneter MA⁸ 0,00 € wenn neg. Betrag	1234,45
--	---------

Anlage 4 zur Wirkstoffvereinbarung

Verteiler von Listen / statistischen Unterlagen

1) Der Vertragsarzt erhält durch die KVH in elektronischer Form und in Papier

a) die Arzneimittel-Trendmeldung (AMTM)

sowie durch die Prüfungsstelle zeitnah nach der Information des Vertragsarztes über ein bei ihm eingeleitetes Verfahren nach Abschnitt IV:

b) die arzt(-vergleichsgruppen-)individuelle Liste unwirtschaftlicher Mehraufwand gem. § 10 Abs.3

Anlage 5

Datensatzbeschreibung Prüfungsstelle nach § 8⁸

Datensatzbeschreibung zur Wirkstoffvereinbarung „Ergebnis Zielerreichungsüberprüfung“			
1. Hamburgweite Zielerreichung			
Nr.	Bezeichnung	Erläuterung / Format	Beispiel
1	Quartal	JJJJQ	20153
2	Ziel Name	Langtext des Ziels lt. WSV	Antiepileptika
3	DDDwirtschaftlich	Anzahl der erwünschten DDDs	1.250
4	DDDunwirtschaftlich	Anzahl der unerwünschten DDDs	2.530
5	Wirtschaftlichkeitsfaktor	durchschnittliche "Mehrkosten" einer schlechten DDD Hamburgweit	3,00 €
6-121	Werte aus Nr. 2-6 je Ziel		
122-125	Quartalsweise saldiertes Ergebnis für alle 4 Quartale	Saldiertes Gesamtergebnis	500
126	Saldiertes Ergebnis Jahr	Saldiertes Gesamtergebnis	1.000
2. Zielerreichung der Vergleichsgruppen			
Nr.	Bezeichnung	Erläuterung / Format	Beispiel
1	Quartal	JJJJQ	20153
2	Vergleichsgruppe	Vergleichsgruppe nach der WSV	819
3	Ziel Name	Langtext des Ziels lt. WSV	Antiepileptika
4	DDDwirtschaftlich	Anzahl der erwünschten DDDs	1.250
5	DDDunwirtschaftlich	Anzahl der unerwünschten DDDs	2.530
6	Wirtschaftlichkeitsfaktor	durchschnittliche "Mehrkosten" einer unwirtschaftlichen DDD	2,00 €

⁸ Eingeschlossen werden nur HE-LE bzw. HE-BS, die DDDs verordnet haben, die einer WG zugeordnet werden können. Dabei werden aus Transparenzgründen auch diejenigen eingeschlossen, die zwar derartige DDDs verordnet, aber die Mindestanzahl der zu verordnenden DDDs gem. Anlage 2 nicht erreicht haben. Eingeschlossen werden des Weiteren nur diejenigen HE-LE bzw. HE-BS, die einer VG zugeordnet wurden. Eingeschlossen werden nur DDDs, die WSV-relevant sind, d.h. die einer WG zuzuordnen sind. Dabei werden auch diejenigen DDDs mit aufgenommen, die unterhalb der Mindestmengen gem. Anlage 2 liegen.

		vergleichsgruppenweit	
7-122	Werte aus Nr. 5-10 je Ziel		
123-126	Quartalsweise saldiertes Ergebnis für alle 4 Quartale	Saldiertes Gesamtergebnis der Vergleichsgruppe	101
127	Saldiertes Ergebnis Jahr	Saldiertes Gesamtergebnis der Vergleichsgruppe	500
3. (Vergleichsgruppen-)Individuelle Zielerreichung Teil 1: Arzt-(Vergleichsgruppen-)ergebnisse			
Nr.	Bezeichnung	Erläuterung / Format	Beispiel
1	Quartal	JJJJQ	20153
2	HE	9-stellig	022345678
3	Anzahl LE	Anzahl der LANRs innerhalb einer Honorareinheit / Vergleichsgruppe	5
4	Vergleichsgruppe	Vergleichsgruppe nach der WSV	819
5	Ziel Name	Langtext des Ziels lt. WSV	Antiepileptika
6	DDDwirtschaftlich	Anzahl der erwünschten DDDs	1.250
7	DDDunwirtschaftlich	Anzahl der unerwünschten DDDs	2.530
8	Quote	Anteil DDDgut and DDDgesamt	33,00
9	Wirtschaftlichkeitsfaktor	durchschnittliche "Mehrkosten" einer unwirtschaftlichen DDD vergleichsgruppenweit	1,00 €
10-125	Werte aus Nr. 5-10 je Ziel		
126	Saldiertes Ergebnis Quartal	Saldiertes Gesamtergebnis der Vergleichsgruppe in der Honorareinheit	0,5
127	Saldiertes Ergebnis Jahr	Saldiertes Gesamtergebnis der Vergleichsgruppe in der Honorareinheit	1,0
4. (Vergleichsgruppen-)Individuelle Zielerreichung Teil 2: Arzt-Honorareinheitszuordnung			
Nr.	Bezeichnung	Erläuterung / Format	Beispiel
1	Quartal	JJJJQ	20153
2	HE	9-stellig	022345678
3	LE 1	9-stellig	973333222

4 ff (gemäß Anzahl der in der HE tätigen LE)	LE 2 (ff)	9-stellig	983313252
5. (Vergleichsgruppen-)Individuelle Zielerreichung Teil 3: Betriebsstätten-Honorareinheitszuordnung			
1	Quartal	JJJJQ	20153
2	HE	9-stellig	022345678
3	BSNR 1	9-stellig	023456456
4 ff (gemäß Anzahl der der BSNR zugeordneten BSNR)	BSNR 2 (ff)	9-stellig	026555678

Anlage 6 zur Wirkstoffvereinbarung

Datensatzbeschreibungen

Bei der Datenlieferung handelt es sich um einen Vollauszug, um auch die Referenzwerte wie insbesondere die Wirtschaftlichkeitsfaktoren bzw. die darauf beruhenden „Mehrkosten“ mit Vergleichsgruppenbezug berechnen zu können. Die Steuerung bedient sich der Frühinformationsdaten, die Prüfung muss aber anhand der geprüften Kassendaten stattfinden. Datensatzbeschreibung zur Wirkstoffprüfung nach Abschnitt IV:

WSV20151V2 - Datensatzbeschreibung für Wirkstoffprüfung zur Wirkstoffvereinbarung ab Q20151 . csv-Format					
Nr.	Bezeichnung	Erläuterung	Beispiel	Kann- / Muss-Feld	Bemerkung
1	Satzart	1 = Arzneykosten 11 = § 63 SGB V 12 = § 73 b SGB V 13 = § 73 c SGB V 14 = § 140 a SGB V 9 = Summensatz	1	M	Lieferverpflichtung besteht nur für Satzart 1 und 9 Lieferung in einer Datei
2	Quartal	JJJJQ numerisch	20151	M	
3	Abrechnungs-/ Hauptkassen-IK	9-stellig, nicht Regional-IK, Fusionen berücksichtigen numerisch	103371101	M	
4	LANR	9-stellige LANR numerisch	631234567	M	
5	BSNR	9-stellige BSNR oder NBSNR numerisch	637654321	M	
6	Status	1 = M 3 = F 5 = R 9 = SSB 0 = unbekannt (evtl. weitere)	1	K	wird nicht verarbeitet
7	PIC	optional, verbleibt im RZ der KK für etwaige Anforderungen von Images 18-stellig, numerisch	401735002820000000	K	
8	Zuzahlung	PIC-bezogen, Gesamtbrutto Rezept numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	
9	Gesamtbrutto	PIC-bezogen, Gesamtbrutto Rezept numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	K	
10	Ausstellungsdatum	JJJMMTT numerisch	20150204	M	
11	Versichertennummer ¹	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken, numerisch pseudonymisiert 50-stellig	123456789101	M	Muss-Feld nur falls keine eGK-Nummer vorhanden
12	eGK-Versichertennummer ¹	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken, alphanumerisch pseudonymisiert 50-stellig	A123456789	M	Vorrangig zu liefern
13	Alterskassenstammnummer	nur auf Anforderung Prüfungsstelle zu Prüfzwecken, numerisch x-stellig, 11-stellig Ziffern, führende Nullen möglich	12345678901	K	nur bei SVLFG
14	Geburtsdatum	JJJMMTT 00 = kein Wert vorhanden numerisch	19960204	M	
15	PZN-Schlüsselposition 1-9	8-stellig numerisch	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen Pos 1 bis 9 jeweils eigene Zeile	M	
16	Faktor der Position 1-9	6-stellig numerisch	Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten Pos 1 bis 9 jeweils eigene Zeile zur entsprechenden Position	M	
17	Brutto der Position 1-9	max. 15-stellig numerisch	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag Pos 1 bis 9 jeweils eigene Zeile zur entsprechenden Position	M	
18	Rabatt 1 gesetzlich 1-9	PZN-bezogen numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	
19	Rabatt 2 vertraglich 1-9	PZN-bezogen, Kassenspezifisch numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	nur Muss-Feld falls Nummer 20 nicht befüllt
20	Rabatt 3 pauschal 1-9	PZN-bezogen, Kassenspezifisch numerisch	Betrag in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen	M	nur Muss-Feld falls Nummer 19 nicht befüllt
21	Zusatz zu 17 und 18 1-9	PZN-bezogen 1 = Rabattvertrag 0 = kein Rabattvertrag	1	M	

SCHLEIFE

Summensatz		
Nr.	Bezeichnung	Beispiel
1	Satzart	9
2	Quartal	20151
	leer	leer
8	Gesamtsumme aller Zuzahlungen	2000000
9	Gesamtbrutto aus Rezept	1000000000
	leer	leer
17	Gesamtsumme aller Beträge Brutto (Pos 1-9)	1000000000
18	Gesamtsumme aller Rabatte 1	2000000
19	Gesamtsumme aller Rabatte 2	2000000
20	Gesamtsumme aller Rabatte 3	2000000
22	Gesamtsumme Zusätze	befüllt IT-Dienstleister PSt
	Grundsätzlich gilt:	<p>Die Felder sind durch ein Semikolon getrennt.</p> <p>Die Datensätze sind zeilenorientiert.</p> <p>Das Dateiformat ist *.CSV.</p> <p>Es werden nur abgerechnete Rezepte von Vertragsärzten berücksichtigt (GKV, nicht BVG, nicht Zahnärzte, nicht Hebammen).</p> <p>Nullverordnungen (Bruttobetrag < Zuzahlung; Bruttobetrag auf Rezept = 0,00 €) werden von den Krankenkassen mit Bruttobetrag generiert, Z.B. 2,53 €.</p> <p>Hilfsmittel und Impfstoffe werden von den Krankenkassen eliminiert.</p> <p>Die angegebenen Feldlängen sind Maximallängen.</p>
	Fußnoten:	<p>1) Pseudonymisierte Versichertennummern bzw. eGK-Nummern: Pseudonym ist mit Nullen auf 50 Stellen aufzufüllen (Nullen schließen sich dem Pseudonym an, KEINE führenden Nullen).</p>

Anlage 7 zur Wirkstoffvereinbarung

Besonderheiten bei der Zielberechnung, Zielfestlegung und bei der Zielerreichungskontrolle

1. ATC-Klassifikation und Definierte Tagesdosen (DDD)

Zur technischen Umsetzung dieser Vereinbarung wird 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. 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 erfolgt nach der Generikakennung des WidO. Wenn einzelne patentfreie Originale kostengünstiger als die jeweiligen Generika sind und preislich auf oder unter dem Festbetrag liegen, werden sie wie Generika behandelt. Die Zuordnung der Arzneimittel 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. Wenn einzelne patentfreie Originale kostengünstiger als die jeweiligen Generika sind und preislich auf oder unter dem Festbetrag liegen, werden sie wie Generika behandelt. Generika, deren Preis über dem Festbetrag liegt, werden wie Originale behandelt, außer es besteht ein Rabattvertrag.

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, bleiben unberücksichtigt.

Beispiele: Ticagrelor 90mg, Abirateron, Enzalutamid, Pirfenidon, Propranolol zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern

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 (ZV)
- einer Visusbeeinträchtigung aufgrund eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)

Die Arzneimittel Macugen®, Lucentis®, Eylea®, Illuvien®, Ozurdex®, , Jetrea® bleiben unberücksichtigt.

5. Die Vertragspartner führen eine gemeinsame PZN-bezogene Liste der nach den Nrn. 1 bis 4 vorgenommenen Anpassungen. Über Inhalt und Änderungen werden die Vertragsärzte regelmäßig informiert.

Anlage 8 zur Wirkstoffvereinbarung

Praxisbesonderheiten

Wirkstoffe, für die Vereinbarungen nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V als Praxisbesonderheit bestehen, bleiben unberücksichtigt.

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

Wird im Prüfungsverfahren geltend gemacht, dass die Entlassverordnungen nach § 39 SGB V mitursächlich für das Nichterreichen von vereinbarten Zielen ist, so muss dies von der Prüfungsstelle gesondert berücksichtigt werden, insbesondere eine angemessene Zeitspanne für die ggf. notwendige Umstellung auf wirtschaftlichere Arzneimittel eingeräumt werden, soweit dies nicht durch medizinische Gründe ausgeschlossen ist.

**1. Protokollnotiz
zur Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V
vom 24.11.2017**

Zu § 4 Abs. 4 Satz 4

vereinbaren die Parteien zur Regelung der Mengenausweitung **für 2018**:

Die prozentuale Veränderung zum Vorjahr 2017 darf den Wert von 1,5 % nicht überschreiten.

Die Parteien sind sich darüber einig, dass für 2018 die prozentuale Veränderung nach dem Wert der diagnosebezogenen Morbiditätsrate nach § 87a Abs. 4 SW. 1 Nr. 2 SGB V durch diese Regelung ersetzt wird.