

**Arzneimittelvereinbarung  
nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2019  
für Westfalen-Lippe**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe  
(KVWL)**

**und**

**der AOK NORDWEST  
(AOK NW)  
- handelnd als Landesverband -**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST  
(BKK LV NW)**

**der IKK classic  
(IKK)  
- handelnd als Landesverband -**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau  
- handelnd als Landesverband -  
(SVLFG)**

**der KNAPPSCHAFT  
(Kn)**

**sowie**

**den Ersatzkassen**

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

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**

**- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -**

## Präambel

Die Vertragspartner schließen auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2019 für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V diese Arzneimittelvereinbarung.

### § 1

#### Gegenstand, Zielsetzung

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 31 SGB V veranlassten Leistungen sowie Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für die Arzneimittelversorgung (Anlage) der Versicherten. Ferner vereinbaren sie auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung) sowie Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres.
- (2) Ziel dieser Vereinbarung ist es, eine qualitätsorientierte Arzneimittelversorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zu sichern. Dazu dient auch die Vereinbarung von Wirtschaftlichkeitszielen nach § 3.

### § 2

#### Ausgabenvolumen 2019

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren unter Berücksichtigung der angepassten Änderungsfaktoren der Rahmenvorgaben vom 01.10.2018 ein Ausgabenvolumen in Höhe von **3.586.836.300 (gerundet)** EUR 2019.
- (2) Die mit dieser Vereinbarung getroffenen Bewertungen beruhen auf den zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Rahmendaten für die Arzneimittelversorgung auf Basis der GAmSI-Daten. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die sich aus den Verhandlungen für die Rahmenvorgaben 2019 ergebenden Abweichungen von den für das Jahr 2018 zugrunde gelegten Annahmen bei der Anschlussvereinbarung zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt auch, falls das Arzneimittelvolumen belastende Regelungen/Vereinbarungen in Westfalen-Lippe zu anderen Entwicklungen führen als im Bundesgebiet.

#### Protokollnotiz

...

### § 3 Wirtschaftlichkeitsziele

- (1) Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2019 sollen die Vertragsärzte im Sinne der Zielsetzung nach § 1 Abs. 2 grundsätzlich
- Arzneimittel vorrangig nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnen,
  - aut idem zulassen, ausgenommen in medizinisch begründeten Sonderfällen (Unterstützung von Rabattverträgen),
  - preisgünstige Generika bevorzugen,
  - vorrangige Verordnungen von preisgünstigen Biosimilars,
  - von der Verordnung von Analog-Präparaten und kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen weitestgehend absehen,
  - zur Realisierung wirkstoffgruppenbezogener Wirtschaftlichkeitsziele nach der Anlage beitragen, z.B. durch die Verordnung von Leitsubstanzen,
  - jeweils nur die Menge verordnen, die im Einzelfall zur Erreichung der Therapieziele notwendig ist,
  - inadäquate Arzneimittelverordnungen vermeiden (z.B. Polypharmazie),
  - Ergebnisse der früheren Nutzenbewertung beachten und
  - OTC-Verordnungen (grünes Rezept) ausstellen, soweit medizinisch ausreichend (vgl. Arzneimittel-Richtlinien).

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

...

- (2) Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2019 fachgruppenspezifische Zielwerte unter Berücksichtigung eines grünen, gelben und roten Bereichs.

Ist ein Vertragsarzt nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten nach § 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.16 auffällig, erübrigt sich in aller Regel eine Richtgrößenprüfung, wenn der Vertragsarzt in den für seine Fachgruppe in Anlage 2 definierten Zielen, in welchen er in relevanter Häufigkeit verordnet hat, mindestens die notwendige Anzahl an Zielen gemäß der unten aufgeführten Tabelle erreicht. Ein Ziel ist erreicht, wenn der individuelle Verordnungsanteil außerhalb des roten Bereichs liegt.

Anzahl Ziele <sup>1</sup>	notwendige Anzahl der zu erreichenden Ziele die eine Prüflastung bewirkt
1	1
2	2
3	2
4	3
5	4
6	4
7	5
8	5
9	6

Die Zielwertbereiche sind folgendermaßen definiert:

1. „grüner Bereich“: Der in Anlage 1 aufgeführte Zielwert wird mindestens erreicht.
2. „roter Bereich“: Der mediane Verordnungsanteil derjenigen Vertragsärzte, die den Zielwert nicht mindestens erreicht haben, wird nicht erreicht.
3. „gelber Bereich“: Alle übrigen Vertragsärzte, deren Verordnungsanteil weder im grünen, noch im roten Bereich liegen. Der „gelbe Bereich“ soll den Vertragsarzt bereits dazu veranlassen, sein Verordnungsverhalten zu reflektieren.

...

---

<sup>1</sup> Ziele in denen der Vertragsarzt in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Von einer relevanten Häufigkeit wird ausgegangen, wenn die in Anlage 2 ausgewiesene Anzahl an Arzneimittelpatienten (AMP) behandelt wird.

- (3) Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2019 zur Erprobung erstmalig bei der Festlegung der Quotenerreichung die Anrechnung von Arzneimitteln mit einem gültigen Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V für 2 Zielfelder.

Werden Arzneimittel eingesetzt, die zu den Leitsubstanzen/Empfehlungen der Anlage 1 dieser Vereinbarung gehören und für die zum jeweiligen Verordnungszeitpunkt ein gültiger Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V besteht, wird bei der Festlegung der Quotenerreichung auf jede zu wertende DDD entsprechend der wirtschaftlichen Einordnung der Rabattverträge durch die jeweilige Krankenkasse ein DDD-Aufschlag von x zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Dabei sind nur die DDD zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

Je 1 DDD wird somit mit 1, x DDD in den betreffenden Zielen gewertet.

Werden Arzneimittel eingesetzt, die nicht zu den Leitsubstanzen/Empfehlungen der Anlage 1 dieser Vereinbarung gehören und für die zum jeweiligen Verordnungszeitpunkt ein gültiger Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V besteht, wird bei der Festlegung der Quotenerreichung auf jede zu wertende DDD entsprechend der wirtschaftlichen Einordnung der Rabattverträge durch die jeweilige Krankenkasse ein DDD-Abschlag von x % zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Je 1 DDD wird somit mit  $1 - 0, x$  DDD in den betreffenden Zielen zu Gunsten des Leistungserbringers gewertet. Dabei sind nur die DDD zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

Der nicht zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigte Anteil von x % wird weiterhin zu Ungunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Je 1 DDD wird somit mit  $0, x$  zu Ungunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Dabei sind nur die DDD zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

Für das Jahr 2019 vereinbaren die Vertragspartner folgende Regelung für die Berücksichtigung der Rabattverträge nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V bei der Ermittlung der Zielerreichung nach §3 Ziffer 2 dieser Arzneimittelvereinbarung für die Ziele: „Direkte orale Antikoagulantien (DOAK)“ und „Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga“.

Für die Berücksichtigung der Rabattverträge beim Ziel 3 (DOAK) gilt:

Werden Arzneimittel eingesetzt, die zu den Leitsubstanzen/Empfehlungen der Anlage 1 dieser Vereinbarung gehören und für die zum jeweiligen Verordnungszeitpunkt ein gültiger Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V besteht, wird bei der Festlegung der Quotenerreichung auf jede zu wertende DDD entsprechend der wirtschaftlichen Einordnung der Rabattverträge durch die jeweilige Krankenkasse ein DDD-Aufschlag von 25% zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Dabei sind nur die DDD zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

Je 1 DDD wird somit mit 1,25 DDD in den betreffenden Zielen gewertet.

...

Werden Arzneimittel eingesetzt, die nicht zu den Leitsubstanzen/Empfehlungen der Anlage 1 dieser Vereinbarung gehören und für die zum jeweiligen Verordnungszeitpunkt ein gültiger Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V besteht, wird bei der Festlegung der Quotenerreichung auf jede zu wertende DDD entsprechend der wirtschaftlichen Einordnung der Rabattverträge durch die jeweilige Krankenkasse ein DDD-Abschlag von 10% zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Je 1 DDD wird somit mit 0,9 DDD in den betreffenden Zielen zu Gunsten des Leistungserbringers gewertet. Dabei sind nur die DDD zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

Der nicht zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigte Anteil von 10% wird weiterhin zu Ungunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Je 1 DDD wird somit mit 0,1 zu Ungunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Dabei sind nur die DDD zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

#### Für die Berücksichtigung der Rabattverträge beim Ziel 6 (Gonadotropin-Releasing-Hormon Analoga) gilt:

Werden Arzneimittel eingesetzt, die zu den Leitsubstanzen/Empfehlungen der Anlage 1 dieser Vereinbarung gehören und für die zum jeweiligen Verordnungszeitpunkt ein gültiger Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V besteht, wird bei der Festlegung der Quotenerreichung auf die Kosten jeder zu wertenden Packung entsprechend der wirtschaftlichen Einordnung der Rabattverträge durch die jeweilige Krankenkasse ein Aufschlag von 25% zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Dabei sind nur die Kosten der Packungen zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht. Für jede Packung werden somit die Kosten mit dem Faktor 1,25 gewertet.

Werden Arzneimittel eingesetzt, die nicht zu den Leitsubstanzen/Empfehlungen der Anlage 1 dieser Vereinbarung gehören und für die zum jeweiligen Verordnungszeitpunkt ein gültiger Rabattvertrag nach §§ 130a Abs. 8 bzw. 130c SGB V besteht, wird bei der Festlegung der Quotenerreichung auf die Kosten jeder zu wertenden Packung entsprechend der wirtschaftlichen Einordnung der Rabattverträge durch die jeweilige Krankenkasse ein Abschlag von 60% zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Je 1 PZN werden die Kosten somit mit einem Faktor von 0,4 in den betreffenden Zielen zu Gunsten des Leistungserbringers gewertet. Dabei sind nur die Packungen zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

Der nicht zu Gunsten des Leistungserbringers berücksichtigte Anteil von 60% wird weiterhin zu Ungunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Je 1 PZN werden die Kosten somit mit 0,6 zu Ungunsten des Leistungserbringers berücksichtigt. Dabei sind nur die Packungen zu werten, für die tatsächlich ein gültiger Rabattvertrag besteht.

...

## § 4 Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Zur Analyse und strukturierten Bewertung von Arzneimitteldaten und zur Unterstützung der Vertragsärzte bei der Umsetzung dieser Vereinbarung einschließlich der Ziele nach § 1 Abs. 2 bilden die Vertragspartner eine gemeinsame, paritätisch besetzte Arbeitsgruppe. Ein von den Verbänden der Krankenkassen benannter Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe und ein von der KVWL benannter Vertreter nehmen an den Sitzungen der Arbeitsgruppe beratend teil. Die Vertragspartner können die Arbeitsgruppe gemeinsam um Beantwortung gezielter Fragestellungen bitten.
- (2) Für die gemeinsame Analyse wird der Arbeitsgruppe insbesondere folgendes Datenmaterial zur Verfügung gestellt:
  - ABDA-Monatsdaten,
  - die jeweils aktuellen GAmSI-Auswertungen,
  - GKV-Arzneimittelindex,
  - Auswertungen auf Basis des pharmPRO®-Datenpools.

Die Vertragspartner werden darüber hinaus verfügbare Analysen und Verordnungsprofile vorlegen.

- (3) Aus den Analyse-Ergebnissen erarbeitet die Arbeitsgruppe Maßnahmen zur Zielerreichung nach § 5 für die Ärzteschaft in Westfalen-Lippe bzw. für bestimmte Arztgruppen zu Wirkstoffgruppen, Krankheitsbildern bzw. Indikationsbereichen, Praxis-schwerpunkten und dgl. Sie soll auch vergleichende Übersichten über preisgünstige verordnungsfähige Arzneimittel, einschließlich der jeweiligen Preise sowie von Hinweisen zu Indikation und therapeutischem Nutzen entwickeln und aktualisieren, sofern nicht bereits von der Bundesebene erarbeitet. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu berücksichtigen. Es sollen auch einzelnen Ärzten individuelle Handlungsempfehlungen aufgrund einer Analyse ihrer Verordnungsstruktur gegeben werden. Solche Empfehlungen sind insbesondere dann abzugeben, wenn die Informationen nach Satz 1 bis 3 bei betroffenen Ärzten trotz vorhandener Potenziale nicht zu Einsparungen geführt haben. Der einzelne Arzt soll verbrauchs- und indikationsgerechte Mengen verordnen.
- (4) Die Arbeitsgruppe tritt in der Regel monatlich einmal zusammen. Die Maßnahmen und Empfehlungen der Arbeitsgruppe werden nach § 5 Abs. 4 umgesetzt, sofern ihnen innerhalb einer Frist von 10 Tagen nicht widersprochen wird. Eine Rückmeldung über etwaige Einwände oder Ablehnungen hat unverzüglich an die Arbeitsgruppe zu erfolgen.

...

## § 5 Maßnahmen zur Zielerreichung

- (1) Zur Unterstützung der Zielerreichung sind vielfältige Maßnahmen durchzuführen. Dazu gehören u. a. die Information und Beratung einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten und gezielte Hinweise. Die Vertragspartner sollen sich auf ergänzende Schwerpunktmaßnahmen, z. B. im Bereich der Blutzucker-Teststreifen und des Sprechstundenbedarfs, verständigen.
- (2) Als Informationen - auch in elektronischer Form - kommen u. a. folgende in Betracht:
  - allgemeine Informationen für eine rationale Pharmakotherapie in wesentlichen Indikationsbereichen unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin,
  - arztbezogene Informationen und Empfehlungen, insbesondere zu den für 2019 vereinbarten wirkstoffgruppenbezogenen Wirtschaftlichkeitszielen nach § 3 mittels zertifizierter Software nach § 73 Abs. 9 SGB V,
  - gezielte Hinweise zur Indikation und zu therapeutischem Nutzen sowie Preisvergleiche für ausgewählte, umsatzrelevante Arzneimittel (§§ 73 Abs. 8, 305 a SGB V).
- (3) Als Instrumente der Beratung kommen insbesondere folgende in Betracht:
  - Beratung von Gruppen von Vertragsärzten, ggf. einer Fachgruppe oder einer Region,
  - Beratung von Qualitätszirkeln,
  - Intensivierung der gemeinsamen arztindividuellen Beratung durch die Vertragspartner auf der Basis pharmPRO, gegebenenfalls mit ergänzenden zusätzlichen Auswertungen.

Nach Abstimmung mit der KVWL können sich die von den Verbänden der Krankenkassen benannten Apotheker bzw. Pharmakoberater an den Beratungen von Gruppen und Qualitätszirkeln beteiligen.
- (4) Die Vertragspartner setzen die zur Zielerreichung erforderlichen Maßnahmen beschleunigt um. Die KVWL stellt insbesondere sicher, dass die Vertragsärzte noch in 2018 über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert sowie die in der Arbeitsgruppe nach § 4 abgestimmten Informationen zur Ordnungsweise an die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe in geeigneter Weise (z. B. zielgruppenspezifische Rundschreiben, Unterrichtung von Qualitätszirkeln, schriftliche Einzel- und Gruppenberatung, gezielte Hinweise) zeitnah weitergegeben werden. Auf die Erreichung der Ziele mit den größten Einsparpotenzialen ist vorrangig hinzuwirken. Die Vertragspartner informieren die Ärzte gemeinsam auf der Grundlage des § 73 Abs. 8 SGB V über die in den Arzneimittelgruppen nach der Anlage angebotenen verordnungsfähigen Arzneimittel einschließlich ihrer Kosten. Die Information soll bei wesentlichen Änderungen aktualisiert werden. Die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes und die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106,106b SGB V bleiben unberührt. Eine Verordnung notwendiger, wirtschaftlicher Arzneimittel, für die die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse besteht, auf Privatrezept ist unzulässig.

...

- (5) Sofern Vertragsärzte arztbezogene Informationen und Empfehlungen nach Absatz 2 aus dem laufenden Jahr oder aus Vorjahren nachhaltig nicht beachten und ihre Verordnungsweise nicht optimieren, können sie von der Gemeinsamen Arbeitsgruppe nach § 4 gezielt darauf hingewiesen und beraten werden.
- (6) Die Verbände der Krankenkassen werden ihre Mitarbeiter und die Versicherten in geeigneter Weise (z. B. Mitgliederzeitschriften, Veröffentlichungen, gemeinsame schriftliche Informationen für Arztpraxen) über die Vereinbarungsinhalte sowie einen wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln informieren und beraten. Die Vertragspartner stimmen sich über die Grundzüge dieser Informationen ab. Die Verbände der Krankenkassen werden darüber hinaus veranlassen, dass die Krankenkassen die Versicherten entsprechend informieren. Die Verbände der Krankenkassen informieren die KVWL umfassend über die getroffenen Maßnahmen.
- (7) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, Maßnahmen zu fördern, die den Vertragsarzt hinsichtlich der Erreichung der Ziele der Arzneimittelvereinbarung und der Vermeidung nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterstützen. Hierzu werden die Vertragspartner kurzfristig die technischen und rechtlichen Möglichkeiten prüfen und inhaltliche Festlegungen abstimmen. Hierzu zählt beispielsweise die datentechnische Unterstützung der Praxissoftware. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass der Erfolg eines solchen Wegs zur Förderung einer rationalen Verordnungsweise bei Wahrung der individuellen Therapiefreiheit des Arztes ein von allen Beteiligten getragenes einvernehmliches Handeln voraussetzt.

## **§ 6 Ergebnismessung**

- (1) Wesentliche vorläufige Ergebnisse zur Anlage dieser Vereinbarung werden von der KVWL – sofern die Datenlage dies erlaubt – monatlich aufbereitet und den Vertragsärzten zur Verfügung gestellt.
- (2) Die Bewertung der Erreichung der jeweiligen wirkstoffgruppenbezogenen Wirtschaftlichkeitsziele nach der Anlage ist einvernehmlich bis zum 30.11.2019 vorzunehmen. Dabei sind exogene Einflüsse zu berücksichtigen. Abweichungen zu den einzelnen Zielen lösen für das Jahr 2019 keine Ausgleichszahlungen aus.
- (3) Die Vertragspartner stellen nach Ablauf des Vereinbarungszeitraumes gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 2 eingehalten wurde. Stellen sie eine Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 2 fest, sind die Ursachen nach § 84 Abs. 3 S. 2 SGB V zu ermitteln. Dabei ist die tatsächliche Entwicklung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V , insbesondere auf den Faktor Preisentwicklung (vgl. Ziffer 2 der Anlage 2 der Rahmenvorgabe für 2019 vom 01.10.2018) anhand valider Abrechnungsdaten der Apothekenrechenzentren sowie der GAmSi-Daten zu berücksichtigen und gemeinsam zu klären, in welchem Umfang die Überschreitung von der KVWL nicht zu vertreten ist. Die auf diese Weise um exogene Einflüsse bereinigte Überschreitung wird dokumentiert und nach Absatz 4 ausgeglichen.

### **Protokollnotiz**

...

- (4) Im Falle eines Überschreitungsbetrages nach Absatz 3 werden die Krankenkassen unabhängig von der Erreichung der wirkstoffgruppenbezogenen Wirtschaftlichkeitsziele - entsprechend ihrer Belastung unter Berücksichtigung der nachfolgenden Grundsätze bis zu einer Höhe von 15,5 Mio. EUR entlastet. Soweit der Arzneimittelverbrauch je 1.000 Versicherte auf der Basis der DDD-Werte (GAmSi) in Westfalen-Lippe um mindestens 1,5 v. H. unter dem bundesdurchschnittlichen Wert (GKV-West) liegt, entfällt die Rückzahlung nach Satz 1. Im Verordnungszeitraum 2019 vereinbarte rechtskräftige Regresse sind nachträglich zugunsten der KVWL vom Überschreitungsbeitrag nach Satz 1 abzusetzen. Sofern die Summe aus den Zahlbeträgen nach Absatz 3 größer als 15,5 Mio. EUR ist, wird der Differenzbetrag dem Ausgleich nach Satz 1 zugerechnet.

## **§ 7**

### **Laufzeit, Anschlussvereinbarung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2019 in Kraft; sie gilt bis zum 31.12.2019.
- (2) Die Vertragspartner werden spätestens Mitte Oktober 2019 in die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten.

Bochum, Dortmund, Essen, Münster, Düsseldorf, Dresden, den 03.12.2018

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen Lippe

AOK NORDWEST

.....  
Dr. Dryden  
Vorstandsmitglied

.....  
Ackermann  
Vorstandsvorsitzender

BKK-Landesverband  
NORDWEST

.....  
Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

IKK classic

.....  
Averbeck  
Leiter Landesvertragspolitik Westfa-  
len-Lippe

Sozialversicherung für Landwirt-  
schaft, Forsten und Gartenbau

.....  
Krenz

KNAPPSCHAFT

.....  
am Orde  
Geschäftsführerin

Verband der Ersatzkassen e. V.  
(vdek)

.....  
Ruiss  
Der Leiter der  
vdek-Landesvertretung NRW

### **Protokollnotiz § 2 Abs. (1):**

Gemäß § 1 Satz 2 der Vereinbarung nach § 106b Abs. 3 Satz 3 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 6 SGB V über fallbezogene, arztgruppenspezifische Richtgrößen für Arzneimittel 2019 gilt Folgendes:

In Anlehnung an die Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 01.10.2018 werden die nach dem 01.01.2014 zur Hepatitis C Behandlung neu zugelassenen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Declatasvir und weiteren Wirkstoffen sowie die Arzneimittelkosten im Zusammenhang mit der intravitrealen Medikamenteneingabe mit z.B. Lucentis, Eylea, Macugen und Ozurdex nicht in die Richtgrößenberechnung einfließen.

### **Protokollnotiz zu § 6 Abs. (3):**

Im Rahmen der Ergebnismessung werden gegenüber der KVWL ausschließlich Steigerungsvolumina von zugelassenen Vertragsärzten berücksichtigt.

### **Protokollnotiz zur Ergebnismessung 2017:**

Nach Auswertung der Verordnungsergebnisse und der Zielerreichung für das Jahr 2017 stellen die Vertragspartner gemeinsam fest, dass für dieses Jahr gegenseitige Zahlungsansprüche nicht bestehen.

## Anlage 1 zur Arzneimittelvereinbarung 2019

### Wirtschaftlichkeitsziel nach §3

Zielvereinbarung 2019			
Wirkstoffklassen - Liste A (quantitative Ziele)			
	Wirkstoffgruppen	Leitsubstanz/Empfehlung	VO-Anteil %
1	Statine und ezetimibhaltige Arzneimittel	Nicht generikafähige Originalpräparate inklusive Kombinationen (z.B. Atozet®, Tioblis®) als Mittel der Reserve	< 1%
2	ACE-Hemmer und Sartane inkl. Kombinationen ausgenommen Valsartan/Sacubitril	Hochpreisige Kombinationen mit Calciumantagonisten (Kosten je DDD > 0,90€) als Mittel der Reserve	< 1%
3	Direkte orale Antikoagulantien (DOAK)	Preisgünstige DOAK wie z.B. Apixaban, Edoxaban*	> 87%
4	BtM-rezeptpflichtige Analgetika**	Nicht generische Oxycodon/Naloxon-Kombinationen (z.B. Targin®) und Tapentadol (z.B. Palexia®) als Mittel der Reserve.	< 4,5%
5	Bisphosphonate und Denosumab inkl. Kombinationen (Osteoporose)	Alendronsäure/ Risedronsäure (generisch) inkl. Kombinationen	> 67% > 90% (zugel. Allgemeinmediziner)
6	Gonadotropin-Releasing-Hormon Analoga	Preisgünstige Leuprorelinpräparate von Generikaherstellern*	> 43% (Kostenanteil)
7	Therapie der MS mit Interferonen, Glatiramer, Teriflunomid, Dimethylfumarat	Interferon-Beta 1a (auch pegyliert) als Mittel der Reserve	< 20%
8	Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol in der Glaukomtherapie	Generikafähige Prostaglandin-Analoga inkl. Kombinationen mit Timolol	> 83%
9	Erythropoetine	EPO-Biosimilars gemäß Definition der Bundesrahmenvorgabe	> 75%
10	Blutzuckerteststreifen	Preisgünstige Teststreifen; Durchschnittspreis max. <b>0,47€ pro Teststreifen</b> ; möglichst Quartalsbedarf auf einem Rezept verordnen	
11	Kurzwirksame Insulin-Analoga	Vorrangiger Einsatz von biosimilar verfügbaren kurzwirksamen Insulinen (z.B. Insulin lispro) insbesondere bei Neueinstellungen	> 55%
12	Insulin glargin	Insulin glargin-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 25%
13	Insulin lispro	Insulin lispro-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 10%
14	Adalimumab	Adalimumab-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 50%
15	Etanercept	Etanercept-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 90%
16	Infliximab	Infliximab-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 90%
17	Follitropin-alfa	Follitropin-alfa-Biosimilars	> 40%
18	Somatropin	Somatropin-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 40%
19	Pegfilgrastim	Pegfilgrastim-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 30%
20	Filgrastim	Filgrastim-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 85%
21	Rituximab in Rezepturen	Rituximab-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 85%
22	Trastuzumab in Rezepturen	Trastuzumab-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 75%

\* Berücksichtigung kassenindividueller Rabattverträge gem. § 3 (3) AMV

\*\* einschließlich Kombinationen von Oxycodon/ Naloxon und Tapentadol ausgenommen Levomethadon sowie alle Ampullen

Zielvereinbarung 2019  
Wirkstoffklassen - Liste B (qualitative Ziele)

23	Medikamente im Alter	Absenkung des Anteils älterer Patienten, die dauerhaft mindestens 6 Wirkstoffe und davon mindestens 1 inadäquates Arzneimittel (z.B. Priscus) erhalten.	
24	Antibiotika/ Fluorchinolone	Absenkung der Verordnungsmenge (DDD) je 1000 Versicherte unter anderem zur MRSA-Vorbeugung: - zurückhaltende Verordnung von Antibiotika - Reduzierung der Reserveantibiotika (z.B. Gyrasehemmer)	
25	Biosimilars (auch in Rezepturen)	Vorrangige Verordnung von preisgünstigen Biosimilars (z.B. Somatropin, EPO, Filgrastim, Pegfilgrastim, TNF-alpha-Inhibitoren, Rituximab, Bevacizumab, Trastuzumab)	
26	Aut-idem-Austausch grundsätzlich zulassen	Aut-idem Ausschluss nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen	
27	Wirkstoffe, die die frühe Nutzenbewertung durchlaufen haben	Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung beachten	
28	Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	PPI nur indikationsgerecht und gemäß AM-RL einsetzen. Absenkung der DDD je Versicherter auf das Niveau der GKV West.	
29	Hormonelle Kontrazeptiva	Vorrangige Verordnung von risikoärmeren Kontrazeptiva	
30	Verbandmittel	Die Preisinformation zu Verbandmitteln beachten	
31	Antidiabetika außer Insulin	Evidenzbasierter Einsatz generisch verfügbarer Wirkstoffe und Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung beachten	
32	Orale Antikoagulantien (OAK)	Gut auf Vitamin-K-Antagonisten (VKA) eingestellte und einstellbare Patienten vorrangig mit VKA wie z.B. Phenprocoumon behandeln	
33	Hyposensibilisierung	KVWL InVo Hyposensibilisierung insbesondere bei Neueinstellungen beachten	

Anlage 2 zur Arzneimittelvereinbarung 2019  
Prüfentlastende Zuordnungen

Prüfentlastende Zuordnungen	Leitsubstanzquoten											Biosimilarquoten										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Berechnungsgrundlage	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	Kosten	DDD	DDD	DDD	Kosten je DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD
Fachgruppen	>20 AMP*	>100 AMP*	> 10 AMP*	>10 AMP*	> 5 AMP*	> 10 AMP*	> 5 AMP*	> 10 AMP*	> 10 AMP*	> 10 AMP*	> 100 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*	> 5 AMP*
zugel. Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, haus. Internisten	x	x	x	x	x					x	x	x	x									
zugel./erm. Anästhesisten				x																		
zugel./erm. Anästhesisten mit Schmerztherapie				x																		
zugel. Augenärzte											x											
zugel. Frauenärzte																	x					
zugel. Gastroenterologen														x	x							
zugel. Hautärzte														x	x							
zugel. Kardiologen	x	x	x																			
zugel./erm. Kinder- und Jugendärzte										x		x	x				x					
zugel. Nephrologen		x							x	x	x	x	x									
zugel. Nervenärzte, FA für Neurologie u. Psychiatrie								x														
zugel. Neurochirurgen				x																		
zugel. Neurologen								x														
zugel./erm. Onkologen																		x	x	x	x	
zugel. Orthopäden				x	x																	
zugel. Reha-Ärzte				x	x																	
zugel. Rheumatologen														x	x	x						
zugel. übrige fachärztliche Internisten	x	x	x	x						x	x	x	x									
zugel. Urologen						x																

\* Bei der Betrachtung der individuellen Zielerreichung werden nur die Zielvereinbarungen berücksichtigt, in denen der Vertragsarzt im Betrachtungszeitraum die betreffenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Von einer relevanten Häufigkeit wird ausgegangen, wenn die ausgewiesene Anzahl Arzneimittelpatienten (AMP) behandelt wird.