

2. Nachtrag zum Vertrag

über die

hausärztliche Versorgung nach § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V

„AOK – Hausarztvertrag“

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Georg – Voigt – Str. 15
60325 Frankfurt am Main
neu:
Europaallee 90
60486 Frankfurt am Main
(nachfolgend KV Hessen genannt)

und der

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Straße 2
61352 Bad Homburg
(nachfolgend AOK Hessen genannt)

Die Anlage 4 des Vertrages vom 01.07.2016 wird mit Wirkung zum 01.01.2017 wie folgt geändert:

Dem **Anhang 1** der Anlage 4 wird in **Abs. 2** die Nr. c) angefügt:

c) *Definierte Wirkstoffe für das Jahr 2017 sind:*



- i. *Filgrastim*
- ii. *Erythropoetin (EPO)*
- iii. *Infliximab*
- iv. *Somatropin*

Anlagen:

Anlage 4: Arzneimittelvereinbarung

Bad Homburg,

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

22.05.2017  

Datum, Unterschrift, Stempel

Frankfurt am Main,

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

16.10.17  

Datum, Unterschrift, Stempel

Anlage 4 Arzneimittelvereinbarung (Stand 01.01.2017)

Ergebnisorientierte Vergütung – Pay for performance (P4P) – Leistungsbereich Arzneimittel

§ 1 Ziel des P4P

Über das P4P „Arzneimittel“ soll eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln aller AOK-Versicherten, die bei am Vertrag teilnehmenden Ärzten in Behandlung sind, sichergestellt werden. Dazu werden Ziele definiert, die dem teilnehmenden Arzt bei der Arzneimittelauswahl sowohl eine medizinisch-fachliche als auch wirtschaftliche Orientierung geben sollen.

§ 2 Zielwert und Kenngrößen

- (1) Das Ziel im P4P „Arzneimittel“ gilt als erreicht, sofern sich die Arzneimittelausgaben eines Vertragsjahres für Versicherte der AOK Hessen, die bei teilnehmenden Ärzten in Behandlung sind, mehr als 1,0 Prozentpunkte (Zielwert) günstiger entwickeln, als der Durchschnitt der Versicherten der GKV Gesamt (Nettoa Ausgaben¹ nach KJ 1- Statistik, Kontenklassen 430, 435 und 436). Verglichen werden die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben je 1.000 Versicherte der Versicherten der AOK Hessen teilnehmender Ärzte aus den Verordnungen des Arztes gegenüber dem gleichen Durchschnittswert aller GKV-Versicherten in Deutschland. Näheres regelt Anhang 1 zu dieser Anlage mit detaillierter Berechnungssystematik.
- (2) Die Ermittlung der Zielerreichung erfolgt für ein Kalenderjahr².
- (3) Bei Erreichung des Zielwertes erfolgt die Berechnung der Einsparung wie folgt: Differenz aus den tatsächlichen Arzneimittelausgaben aller Versicherten der AOK Hessen, die im Berechnungszeitraum bei einem am Vertrag teilnehmenden Arzt in Behandlung waren, mit den von diesem Arzt ausgestellten Arzneimittelverordnungen, zu den Arzneimittelausgaben, die sie verursacht hätten, wenn die Entwicklung nur entsprechend des Zielwertes gewesen wäre. Näheres regelt Anhang 1 zu dieser Anlage mit detaillierter Berechnungssystematik.
- (4) Die Einsparung wird hälftig zwischen der KV Hessen und der AOK Hessen aufgeteilt.
- (5) Die Vergütung des Erfolgs aus dem Anteil der KV Hessen nach Absatz 4 an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte erfolgt durch die KV Hessen arztindividuell nach Maßgabe des § 4 dieser Anlage.
- (6) Darüber hinaus wird für die Verordnung von Biosimilars durch teilnehmende Ärzte eine feste Vergütung im Staffelmodell vereinbart. Die Vergütung ist dabei abhängig von den erreichten Steigerungen gegenüber dem errechneten Zielwert. Zielwert ist der im Ausgangszeitraum erreichte Verordnungsanteil für Biosimilars bei der AOK Hessen bzw. bei der AOK – Bund (der jeweils höhere Wert wird herangezogen). Die Erfolgsbeteiligung ist in § 4 Absatz 2 geregelt.

§ 3 Maßnahmen zur Erreichung des Zielwertes

Zur Erreichung des Zielwertes werden die teilnehmenden Ärzte grundsätzlich folgende Maßnahmen bei der Verordnung von Arzneimitteln beachten. Die KV Hessen wird durch regelmäßige In-

¹ Ausgabenbasis: Apothekenverkaufspreis abzüglich der gesetzlichen Rabatte nach §§ 130 und 130a Abs. 1, 1a, 3a, 3b SGB V und der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 61 SGB V

² Hiervon abweichend erfolgt die Ermittlung der Zielerreichung im ersten Vertragsjahr für den Zeitraum ab Inkrafttreten des Vertrages bis zum Jahresende 2016.

formationen, gemäß § 73 Absatz 8 SGB V auch in Kooperation mit der AOK Hessen, auf die im Folgenden aufgeführten sowie gegebenenfalls weiteren, sich während der Vertragslaufzeit ergebende Arzneimittelhandlungsfelder, hinweisen:

- a) Aufklärung der Versicherten über die wirtschaftliche Nutzung von Arzneimitteln, insbesondere der rabattierten Arzneimittel
- b) Wirtschaftlicher Einsatz neuerer Arzneimittel mit Zulassung nach dem 1.1.2011 unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V
- c) Für den Fall von stundenbedarfspezifischen Rabattverträgen: vorrangige Berücksichtigung der rabattierten Produkte
- d) Verstärkte Berücksichtigung wirtschaftlicher Packungsgrößen
- e) Wirtschaftliche Ordnungsweise bei Verbandmitteln
- f) Berücksichtigung von vereinbarten Leitsubstanzen sowie der Mindest- und Höchstquoten gemäß der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung
- g) Optimierte Umsetzung der Regelungen der Arzneimittelvereinbarung in den Zielfeldern, in denen die Zielwerte bislang noch nicht erreicht werden konnten
- h) Minimierung von MeToo-Verordnungen/Analogpräparaten
- i) Beachtung einer angemessenen Gesamtverordnungsmenge an Blutzuckerteststreifen zur Selbstmessung in Abhängigkeit von dem Behandlungsschema des Diabetes mellitus-Patienten
- j) Zulässigkeit von aut-idem Verordnungen nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen
- k) Umstellung auf generische bzw. rabattierte Alternativen bei Übernahme von Facharztverordnungen und Verordnungsvorgaben nach Krankenhausentlassung, soweit möglich
- l) Indikations- und leitliniengerechter Einsatz von Protonenpumpenhemmern
- m) Leitliniengerechte Behandlung der Osteoporose mit Beachtung der Verordnungsdauer der Bisphosphonate
- n) Bei der Behandlung mit Antidementiva Überprüfung des Therapieerfolges entsprechend der ArzneimittelRL in Abhängigkeit des eingesetzten Arzneimittels nach 12 bzw. 24 Wochen. Die Therapiekontrolle ist zu dokumentieren.
- o) Überwachung der Mengen/Reichweite der verordneten Arzneimittel
- p) Indikations- und leitliniengerechter Einsatz von Antiinfektiva, vor allem von Antibiotika
- q) Indikations- und leitliniengerechter Einsatz der Arzneimittel zur Behandlung des Asthma bronchiale und der COPD
- r) Beachtung der Verordnungsvorgaben bei Spezialtherapeutika (Vorschrift zur Verordnung durch Fachärzte) bzw. Beachtung der Verordnung teurer Spezialtherapeutika durch Fachärzte oder Fachzentren (z.B. HCV) und ggf. in der Therapie erfahrene Ärzte im Rahmen bestehender Selektivverträge

§ 4 Vergütung

- (1) Die Vergütung des P4P „Arzneimittel“ erfolgt je am Vertrag teilnehmenden Arzt für jeden am Vertrag teilnehmenden Versicherten der AOK Hessen bei diesem Arzt als Zuschlag zu den übrigen Vergütungspauschalen.

Stand 01.01.2017

- a) Die Ausschüttung des hälftigen Anteils gemäß § 2 Absatz 4 an die teilnehmenden Ärzte erfolgt durch die KV Hessen.
 - b) Der auf den einzelnen teilnehmenden Arzt entfallende Vergütungsanteil des Ausschüttungsbetrages gemäß § 2 richtet sich nach der Anzahl der teilnehmenden Versicherten des teilnehmenden Arztes.
 - c) Ärzte, die nicht mehr an diesem Vertrag teilnehmen, werden anteilig entsprechend ihrer zeitlichen Teilnahme an diesem Vertrag berücksichtigt, sofern sie in dem Kalenderjahr mindestens 6 Monate an diesem Vertrag teilgenommen haben. Sofern ein teilnehmender Arzt wegen Entzugs der Zulassung oder Beendigung der HzV-Teilnahme aufgrund von Vertragsverletzungen von der weiteren Vertragsteilnahme ausgeschlossen wurde, besteht im Jahr des Ausscheidens kein Anspruch auf eine Vergütung gemäß § 2 Abs. 2.
 - d) Neu am Vertrag teilnehmende Ärzte werden anteilig entsprechend ihrer zeitlichen Teilnahme an diesem Vertrag berücksichtigt, wenn sie in dem Kalenderjahr mindestens ein Quartal an diesem Vertrag teilgenommen haben. Sofern die Vergütung gemäß den Anhängen mehr als ein Quartal abbildet, werden diese Ärzte entsprechend ihrer zeitlichen Teilnahme an diesem Vertrag berücksichtigt.
- (2) Für das Erreichen bestimmter Biosimilar-Marktanteile auf DDD-Basis für die von den Vertragspartnern gemäß Abs. 2 Anhang 1 bestimmten Wirkstoffe werden nachstehende Vergütungen an die KV Hessen gezahlt. Die Vergütung erfolgt je Betriebsstätte mit mindestens 20 am Vertrag teilnehmenden Versicherten nach folgender Staffelung:

	Staffel 1	Staffel 2	Staffel 3
Marktanteil Biosimilar-fertigarzneimittel / Biosimilar-fähiger Markt	≥ Zielwert	≥ Zielwert * 1,1	≥ Zielwert * 1,2 oder 80%
Vergütung je Betriebsstätte mit mind. 20 teilnehmenden Versicherten	200 Euro *)	400 Euro *)	600 Euro *)

*) jeweils dividiert durch die Anzahl der von den Vertragspartnern gemäß Anhang 1 bestimmten Wirkstoffe mit Zielwerten

Der Marktanteil wird zum Ende eines jeden Vertragsjahres (Stichtag 31.12.) ermittelt. Darüber hinaus gelten für die Biosimilar-Vergütung die Regelungen aus § 4 Absatz (1) c) und d).

- (3) Die AOK Hessen ermittelt für jedes Vertragsjahr den Zielerreichungsgrad nach § 2 Abs. 1 sowie § 4 Abs. 2 dieser Anlage auf Basis der Daten nach § 300 SGB V (Apothekenabrechnungsdaten). Die AOK Hessen stellt sicher, dass die Ermittlung des Zielerreichungsgrades für alle Vertragspartner transparent ist. Die Systematik der Zielwertberechnung und Erfolgsmessung bzgl. der Biosimilars wird durch die als Anhang 2 beigefügte Präsentation verdeutlicht.
- (4) Die AOK Hessen hat die Möglichkeit der nachträglichen Korrektur der Abrechnung, wenn die Plausibilitätsprüfung oder sonstige Tatbestände dies erforderlich machen. Dabei gelten die gesamtvertraglichen Regelungen und die Regelungen nach § 106a SGB V. Die Einzelheiten werden zwischen der KV Hessen und der AOK Hessen abgestimmt.

§ 5 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Diese Anlage tritt nebst Anhängen zum Vertragsbeginn des Hauptvertrages in Kraft und hat eine Laufzeit entsprechend § 15 Abs. 1 des Hauptvertrages.
- (2) Die Anlage kann von der AOK Hessen mit einer Frist von einem Quartal zum Jahresende gekündigt werden, erstmalig zum 31.12.2017.

Anhang 1 zu Anlage 4**(1) Modell Berechnungsschema zu § 2 Abs. 1**

Nr.	Beschreibung		Wert
1.	Betrachtete Versicherte: a) Versicherte, die im Jahr des Bewertungszeitraums mind. eine Arzneimittelverordnung bei einem an der HzV teilnehmenden Arzt ausgelöst haben b) Versicherte, die im Jahr des Bewertungszeitraums und im vorangegangenen Jahr jeweils mind. 350 Tage bei der AOK Hessen versichert waren. Voraussetzungen „a“ und „b“ müssen erfüllt sein.		
2.	Feststellung der Arzneimittelausgaben der Versicherten auf Grund von Verordnungen teilnehmender HzV-Praxen nach Pkt. 1. – im Jahr vor dem Bewertungszeitraum		
3.	Feststellung der Arzneimittelausgaben der Versicherten auf Grund von Verordnungen teilnehmender HzV-Praxen nach Pkt. 1. – im Jahr des Bewertungszeitraums		
4.	Ermittlung der „Ausgaben je 1.000 Versicherte HzV“ im Jahr vor dem Bewertungszeitraum (= „Pkt. 2“ : „Pkt. 1“ x 1.000)		
5.	Ermittlung der „Ausgaben je 1.000 Versicherte HzV“ im Jahr des Bewertungszeitraums (= „Pkt. 3“ : „Pkt. 1“ x 1.000)		
6.	Ermittlung der „Ausgabenentwicklung HzV“ (= „Pkt. 5“ : „Pkt. 4“ - 1)		
7.	GKV-Versicherte im Jahr vor dem Bewertungszeitraums		
8.	GKV-Versicherte im Jahr des Bewertungszeitraums		
9.	GKV-Arzneimittelausgaben im Jahr vor dem Bewertungszeitraum		
10.	GKV-Arzneimittelausgaben im Jahr des Bewertungszeitraums		
11.	Ermittlung der „Ausgaben je 1.000 Versicherte GKV“ im Jahr vor dem Bewertungszeitraum (= „Pkt. 9“ : „Pkt. 7“ x 1.000)		
12.	Ermittlung der Ausgaben je 1.000 Versicherte GKV im Jahr des Bewertungszeitraums (= „Pkt. 10“ : „Pkt. 8“ x 1.000)		
13.	Ermittlung der „GKV-Arzneimittelkostenentwicklung“ (= „Pkt. 12“ : „Pkt. 11“ - 1)		
14.	Zielwert („Pkt. 13“ Abz. 1,0 Prozentpunkten)		
15.	HzV-Arzneimittelausgaben Zielwert je 1.000 Versicherte (= „Pkt. 4“ x (1 + „Pkt. 14“))		
16.	Einsparung je 1.000 Versicherte (= „Pkt. 15“ – „Pkt. 5“); im Falle eines negativen Einsparungsbetrages wird hier von einer Einsparung von 0€ ausgegangen		
17.	Einsparung Gesamt (= „Pkt. 16“ : 1.000 x Versicherte nach „Pkt. 1“)		
18.	Anteil der Vertragsgemeinschaft (= „Pkt. 17“ : 2)		
19.	Bereits gezahlte Vorabvergütung (Biosimilareinsparung)		
20.	Restvergütung (= „Pkt. 18“ – „Pkt. 19“); im Falle eines negativen Einsparungsbetrages wird hier von einer Restzahlung von 0 € ausgegangen. Eine bereits gezahlte Vorabvergütung auf Grund der Biosimilareinsparung wird nicht zurückgefordert.		

(2) Biosimilar: definierte Wirkstoffe gemäß § 4 Abs. 2

- a) Die definierten Wirkstoffe werden für jedes Jahr in gemeinsamer Abstimmung der Vertragspartner festgelegt.
- b) Definierte Wirkstoffe für das Jahr 2016 sind:
 - i. Filgrastim
 - ii. Erythropoetin (EPO)
 - iii. Infliximab
 - iv. Somatropin
- c) Definierte Wirkstoffe für das Jahr 2017 sind:
 - i. Filgrastim
 - ii. Erythropoetin (EPO)
 - iii. Infliximab
 - iv. Somatropin