

## **5. Nachtrag**

**zum**

### **Vertrag zu einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen - ARMIN)**

---

zwischen der

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

- im Folgenden „AOK PLUS“ genannt -

und der/dem

**Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

- im Folgenden „KVS“ genannt -

**Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

- im Folgenden „KVT“ genannt -

**Sächsischen Apothekerverband e. V.**

- im Folgenden „SAV“ genannt -

**Thüringer Apothekerverband e. V.**

- im Folgenden „ThAV“ genannt -

Die Vertragspartner sind sich über folgende Anpassungen des Modellvorhabens einig:

**1. § 12 Absatz 4 Satz 1 des Vertrages wird wie folgt neu gefasst:**

„Der Arzt verpflichtet sich zur Teilnahme an einer Informationsveranstaltung oder, sofern dies gemäß § 19 Absatz 3 angeboten wird, Online-Fortbildung zum Modellvorhaben gemäß § 19 Absatz 3.“

**2. § 17 Absatz 3 Satz 1 des Vertrages wird wie folgt neu gefasst:**

„Die Apotheke verpflichtet sich zur Teilnahme an einer Informationsveranstaltung oder, sofern dies gemäß § 20 Absatz 3 angeboten wird, Online-Fortbildung zum Modellvorhaben gemäß § 20 Absatz 3.“

**3. In § 19 Absatz 3 des Vertrages wird folgender Satz 2 angefügt:**

„Alternativ können von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Online-Fortbildungen zu den Inhalten des Modellvorhabens für Schulungszwecke angeboten werden.“

**4. In § 20 Absatz 3 des Vertrages wird folgender Satz 3 angefügt:**

„Alternativ können von den Apothekerverbänden bestimmte Online-Fortbildungen zu den Inhalten des Modellvorhabens für Schulungszwecke angeboten werden.“

**5. Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1a**

**5.1. In Anlage 1a, Abschnitt III wird der bisherige Punkt 1 um den folgenden Satz ergänzt:**

„Um die Aufgaben des Medikationsmanagements in Stufe 3 zu erfüllen, können alternative zertifizierte Anwendungen bzw. Schnittstellen zur Kommunikation mit dem Medikationsplanserver genutzt werden.“

**5.2. In Anlage 1a, Abschnitt III wird der bisherige Punkt 7 gestrichen:**

„Diese Regelung unterliegt einer Prüfung im Hinblick auf ihre Fortgeltung über den 30. Juni 2016 hinaus. Der Vertragsbeirat entscheidet spätestens bis zum 31. Mai 2016 über die Fortgeltung der Regelung. Ein diesbezüglicher Beschluss des Vertragsbeirates kann PVS-individuelle Entscheidungen beinhalten.“

**5.3. Die überarbeitete Anlage 1a ist als Anhang zu diesem 5. Nachtrag beigefügt. Hierzu stellen die Vertragspartner fest, dass die mit dem 4. Nachtrag verbundene Anlage 1a falsch ausgefertigt war.**

**6. Änderungen und Ergänzungen der Anlagen 4a und 4b:**

Die Vertragspartner kommen überein, dass die technischen Anlagen 4a und 4b zum Modellvertrag ohne Unterzeichnung durch die jeweils betroffenen Vertragspartner fortgeschrieben werden können, soweit zu den notwendigen Änderungen und Ergänzungen Einigkeit auf den Fachebenen hergestellt wurde. Es erfolgt eine Dokumentation auf Fachebene, die den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt wird.

Die aktualisierte Anlage 4a ist als Anhang diesem 5. Nachtrag beigefügt.

## **7. Änderungen und Ergänzungen der Anlagen 8a und 8b**

### **7.1. Zur besseren Lesbarkeit wurde im Abschnitt I.1 der Anlage 8a die Bezeichnung „KVT“ durch die Bezeichnung „KV Thüringen“ ersetzt.**

### **7.2. Anlage 8a Abschnitt I.2 wird wie folgt neu gefasst:**

„(a) Die Vertragspartner haben das Ziel, den teilnehmenden Arzt an den Einsparungen der von ihm für seine AOK PLUS-Versicherten verordneten Arzneimittel zu beteiligen und damit die Wirtschaftlichkeit des Vertrages zu fördern. Einsparungen können vor allem durch die bevorzugte Verordnung bzw. Umsteuerung auf Standard- oder Reservewirkstoffe erzielt werden. Innerhalb der Prioritäten werden diese befördert, in dem verstärkt die Abgabe rabattierter Arzneimittel ermöglicht wird. Es kann eine erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale erzielt werden.

(b) Als Basiszeitraum ab dem Jahr 2017 wird das jeweilige Vorjahresquartal festgelegt. Die AOK PLUS berechnet jeweils unmittelbar nach wesentlichen Änderungen des Medikationskataloges (Hinzutritt/Wegfall einer Indikation) für alle Vertragsärzte getrennt nach KV-Region die durchschnittlichen DDD-Kosten aller in diesem Zeitraum abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Nettos (also abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) für den Basiszeitraum. Von den Ärzten nicht beeinflusste DDD-Kostenänderungen sollen bei der Ermittlung der erzielten Einsparungen und Kostensteigerungen nach Möglichkeit unberücksichtigt bleiben. Es findet folgender Modus des 4. Nachtrages zum Modellvorhaben Anwendung:

Zur Berücksichtigung von Kostenänderungen im Sinne des Absatzes (b) Satz 3 wird für Verordnungen im Basiszeitraum der durchschnittliche Netto-Preis einer PZN durch die durchschnittlichen Nettokosten der entsprechenden PZN im Auswertungszeitraum (bei ARMIN-Ärzten) ersetzt. Die Preisersetzung wird nur für diejenigen PZN durchgeführt, die sowohl im Auswertungszeitraum (von ARMIN-Ärzten im Modellvorhaben) als auch im Basiszeitraum (im Vergleichskollektiv) verordnet wurden. Die AOK PLUS übermittelt der jeweiligen KV zum Nachweis für beide Zeiträume die Nettokosten und die Anzahl der Verordnungen aller verordneten (Medikationskatalog-relevanten) PZN. Die Geltendmachung weiterer nicht arztbedingter Einflussfaktoren auf DDD-Kosten (je PZN) bleibt hiervon prinzipiell unberührt. Die entsprechenden Berechnungen sind seitens der AOK PLUS gegenüber den KVen offenzulegen.

(c) Die AOK PLUS berechnet quartalsweise für alle teilnehmenden Vertragsärzte getrennt nach KV-Regionen die durchschnittlichen DDD-Kosten je Indikationsgebiet aller im zu überprüfenden Quartal abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Nettos (abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) und vergleicht die aktuellen durchschnittlichen DDD-Kosten mit den vergleichbaren (d. h. aus einem jeweils identischen Medikationskatalog berechneten) durchschnittlichen DDD-Kosten des Basiszeitraumes in den jeweiligen Indikationsgebieten. Sind die aktuellen durchschnittlichen DDD-Kosten geringer als im Basiszeitraum, wird durch Multiplikation der rechnerischen DDD-Kostendifferenz mit dem katalogbezogenen DDD-Volumen des zu überprüfenden Quartals die erzielte Einsparung des

jeweiligen Indikationsgebietes je nach KV-Region ermittelt. Die erzielte Gesamteinsparung je KV-Region ergibt sich aus der Summe aller Einsparbeträge je Indikationsgebiet. Es erfolgt hierbei eine Saldierung von positiven wie auch negativen Einsparbeträgen.

Die jeweiligen Indikationsgebiete sind in Anlage 10, Abschnitt I, Absatz (8) definiert. Die KVen und die AOK PLUS haben sich hierbei abgestimmt, die durchschnittlichen DDD-Kosten im Indikationsgebiet Stoffwechselstörungen nach Insulinen/Insulinanaloge, anderen Antidiabetika und Mitteln zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen im Auswertungs- und Vergleichszeitraum differenziert auszuweisen und zu vergleichen.

- (d) Die AOK PLUS zahlt 70 von Hundert der gemäß (c) je KV-Region ermittelten Einsparung an die zuständige KV abzüglich der unter (g) genannten abzusetzenden Beträge.

Für die Abrechnung des 1. und 2. Quartals im Jahr 2017 gilt das Folgende:

Der teilnehmende Arzt erhält mindestens jedoch 50 EUR als Fixbonus 1, wenn er im zu überprüfenden Quartal die in Anlage 10 für diesen Zeitraum bestimmte Zielquote 1 erreicht und mindestens 2.000 DDD verordnet hat. Der teilnehmende Arzt erhält mindestens jedoch weitere 200 EUR als Fixbonus 2, wenn er im zu überprüfenden Quartal die in Anlage 10 für diesen Zeitraum bestimmte Zielquote 2 erreicht und mindestens 2.000 DDD verordnet hat.

Für die Abrechnung des 3. und 4. Quartales im Jahr 2017 gilt, dass Ärzte zusätzlich zu den genannten Voraussetzungen unter Absatz (d) Satz 2 und 3 für den Fixbonus 1 und den Fixbonus 2 anspruchsberechtigt sind, sofern mindestens eine Wirkstoffverordnung nach Maßgabe der Anlage 9 im jeweiligen Quartal verordnet und eingelöst wurde.

Für die Abrechnung ab dem 1. Quartal 2018 gilt, dass Ärzte zusätzlich zu den genannten Voraussetzungen unter Absatz (d) Satz 2 und 3, für den Fixbonus 1 und den Fixbonus 2 anspruchsberechtigt sind, sofern mindestens 25 von Hundert Wirkstoffverordnungen an allen wirkstoffverordnungs-fähigen Arzneistoffen nach Maßgabe der Anlage 9 im jeweiligen Quartal verordnet und eingelöst wurden.

Die Abrechnung geschieht in der Regel spätestens am 20. des vierten auf das Ende des zu überprüfenden Quartals folgenden Monats als Gesamtsumme mit befreiender Wirkung an die zuständige KV, die die Verteilung auf die teilnehmenden Ärzte gemäß (e) vornimmt.

- (e) Die Verteilung erfolgt mittels einer teilnehmerbezogenen Vergütung als Arzneimittel-Leistungspauschale. Der Anteil des teilnehmenden Arztes richtet sich vornehmlich nach dessen prozentualen Anteil der als Standard oder als Reserve eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges und dessen katalogbezogenem Verordnungsvolumen (DDD) zu Lasten der AOK PLUS im jeweils zu überprüfenden Quartal. Dieser Anteil wird mit dem Betrag gemäß (d) Satz 1 (ohne Absetzungen) multipliziert und mit der nächsterreichbaren Honorarabrechnung ausgezahlt. Gelangen nur die Mindestbeträge nach (d) Satz 2 und 3 zur Verteilung, sind nur teilnehmende Vertragsärzte mit aktuell mindestens erreichter Zielquote einem aktuellen katalogbezogenen Verordnungsvolumen von mindestens 2.000 DDD und - ab

dem 3. Quartal 2017 - mit den entsprechenden Vorgaben zu verordneten und eingelösten Wirkstoffverordnungen anspruchsberechtigt.

- (f) Zur Ermittlung des individuellen prozentualen Anteils der als Standard oder als Reserve eingeordneten Wirkstoffe übermittelt die AOK PLUS in der Regel ebenfalls spätestens am 20. des vierten auf das Ende des zu überprüfenden Quartals folgenden Monats der zuständigen KV für ihre teilnehmenden Mitglieder die hierfür erforderlichen Angaben (arztbezogene Verordnungsmenge in DDD je Medikationskatalog-Kategorie und je ATC-Code). Detailliertere arztbezogene Verordnungsdaten (nur Datum, PZN und Faktor) werden seitens der AOK PLUS im gegenseitigen Einvernehmen zur Klärung bei relevanten Unstimmigkeiten auf Anfrage an die zuständige KV übermittelt. Abweichungen (je Medikationskatalog-Kategorie) von mehr als 10 % (relativ) gegenüber den von den KVen zur Plausibilisierung genutzten Daten gelten in jedem Fall als relevant im Sinne des vorigen Satzes.
- (g) Nimmt der Arzt zur selben Zeit an mehreren Verträgen der AOK PLUS teil, die eine Vergütung für strukturelle Änderungen des Ordnungsverhaltens für denselben Zeitraum vorsehen, gilt zur Vermeidung von mehrfacher Bonifizierung das Folgende:

Soweit der teilnehmende Arzt aus der Teilnahme an einem Selektivvertrag der AOK PLUS eine vergleichbare Vergütung von arzneimittelbezogenen Wirtschaftlichkeitspauschalen erhält, werden die dort erzielten Ansprüche mit dem Anspruch aus diesem Vertrag arztindividuell verrechnet, maximal jedoch in Höhe der vom Arzt nach diesem Vertrag erhaltenen Arzneimittel-Leistungspauschalen. Die AOK PLUS übermittelt der zuständigen KV leistungserbringerbezogen ausschließlich die abzusetzenden Beträge und den Zeitraum, auf den sich die abzusetzenden Beträge beziehen. Das Nähere regelt die Anlage 4a.

Andere (nicht vom Ordnungsverhalten abhängige) in Selektivverträgen gewährte Pauschalen sind darüber hinaus nur nach vertraglicher Vereinbarung arztindividuell zu verrechnen. Als vertraglich konsentiert arztindividuell in ARMIN zu verrechnende Pauschalen im oben genannten Sinne gelten:

#### A. im Bereich der KV Thüringen

1. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen (Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen) zwischen der AOK PLUS und dem Thüringer Hausärzteverband e. V. in Kooperation mit der KV Thüringen

Pauschalen für die Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung nach Anlage 10

- a) Erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale  
(zu 100 % verrechnungswirksam)

2. Vertrag zwischen der AOK PLUS und der KV Thüringen über die Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten (CARDIO PLUS) im Freistaat Thüringen

- a) Wirtschaftlichkeitspauschale Arzneimittel – Hausarzt (GOP 99302)  
(zu 100 % verrechnungswirksam)
- b) Wirtschaftlichkeitspauschale Arzneimittel – Facharzt (GOP 99307)  
(zu 100 % verrechnungswirksam)

B. Im Bereich der KV Sachsen sind die Abrechnungsbeträge der Pauschalen zur Wirtschaftlichkeit Arzneimittel des Vertrages CARDIO-Integral verrechnungswirksam.“

### **7.3. Anlage 8a Abschnitt I.3 Absatz (a) wird wie folgt neu gefasst:**

„(a) Als Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütung des Medikationsmanagements muss der teilnehmende Arzt an der für ihn nächsten, erreichbaren gemeinsamen Informationsveranstaltung der Vertragspartner mit am Modell teilnehmenden Apothekern zu den Inhalten und Prozessen des Modells teilgenommen haben oder ein Zertifikat über eine von den Vertragspartnern bestimmte abgelegte Online-Fortbildung nachweisen. In wie weit die Online-Fortbildung anstelle der Auftaktveranstaltung angeboten und anerkannt wird, liegt in der Entscheidung der jeweiligen KV.“

### **7.4. In den Anlagen 8a und 8b Abschnitt I.3 werden für das Jahr 2017 für die entsprechenden Vergütungsbeträge folgende Regelungen getroffen:**

Die Steigerung der Vergütung nach den Anlagen 8a und 8b, jeweils Abschnitt I.3 (Medikationsmanagement), erfolgt jährlich mit der Grundlohnveränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V. Diese beträgt für 2017 (nach Bekanntmachung des BMG vom 06.09.2016) 2,5 %.

Abweichend davon und im Kontext des Bundes-Medikationsplans gemäß § 31a SGB V werden die Vergütungen für die teilnehmenden Ärzte für das Jahr 2017 auf dem Niveau des Jahres 2016 beibehalten. Die Vergütungsbeträge für Apotheken ergeben sich nach Maßgabe der Grundlohnveränderungsrate.

### **Abschnitt I.3 Absatz (e) der Anlage 8a wird deshalb um den folgenden Satz 3 neu ergänzt:**

„Abweichend davon wird die Steigerung der Vergütung zum 1. Januar 2017 aufgrund der Einführung einer EBM-Vergütung für die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V (Bundesmedikationsplan) ausgesetzt.“

Für das Jahr 2017 gelten folgende Vergütungsbeträge:

<b>Leistung</b>	Vergütungsbeträge Arzt in EUR	Vergütungsbeträge Apotheke* in EUR*
Startintervention (Arzt/Apotheke)	97,30	99,70
Folgeintervention (Arzt/Apotheke)	21,60	22,10
Akutintervention nach wesentlicher Änderung der Medikation (Apotheke, zusätzlicher Betrag zur Folgeintervention)	---	22,10
Folgeintervention nach wesentlicher Änderung der Medikation (Arzt)	43,20	---
Übernahmebetreuung bei Apotheken-/Arztwechsel	43,20	44,30

\*bei Apotheken als Nettobetrag

**7.5. Die überarbeiteten Anlagen 8a und 8b sind als Anhang zu diesem 5. Nachtrag beigefügt.**

## **8. Anpassungen und Ergänzungen der Anlage 10**

### **8.1. Anlage 10 Abschnitt I Absatz 8 wird wie folgt neu gefasst:**

„Folgende Indikationen in definierten Indikationsgebieten sind (bzw. werden) vorbehaltlich abgestimmter Änderungen oder Ergänzungen Gegenstand des Medikationskataloges:

Indikationsgebiet Herz-Kreislauf-Erkrankung:

- Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz
- Vorhofflimmern

Indikationsgebiet Stoffwechselstörung:

- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus Typ 2

Indikationsgebiet Erkrankungen des Muskel-Skelett-System:

- Osteoporose

Indikationsgebiet neuropsychiatrische Störungen:

- Alzheimer-Demenz

- Depression (neuropsychiatrische Störungen)

Indikationsgebiet Antibiotikatherapie:

- der oberen Atemwege
- der unteren Atemwege
- der Harnwege

Indikationsgebiet Atemwegserkrankungen (ab 1. Januar 2017):

- Asthma
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)

## **8.2. Anlage 10 Abschnitt III wird wie folgt neu gefasst:**

- „(1) Es wird eine indikationsübergreifende gemeinsame Zielquote für den Verordnungsanteil „Standard“ und „Reserve“ für beide KV Bereiche festgelegt. Diese Zielquote ist als Mindestquote anzusehen und dient der Ermittlung des Vergütungsanspruches des teilnehmenden Arztes gemäß Anlage 8a.
- (2) Zudem vereinbaren die KVen und die AOK PLUS eine quartalsweise Überprüfung der Verordnungstätigkeit der Vertragsärzte im jeweiligen KV-Bereich im Hinblick auf den Verordnungsanteil der im Medikationskatalog als „Standard“ bzw. „Reserve“ klassifizierten Wirkstoffe durch Vergleich mit der Zielquote. Die KVen informieren die Ärzte regelmäßig in geeigneter Weise über den Grad ihrer individuellen Zielerreichung. Die Feststellung der Zielerreichung je Arzt erfolgt auf Basis der arztbezogenen Ergebnisse in Prozent mit einer Nachkommastelle (nach entsprechender kaufmännischer Rundung).
- (3) Ab dem Jahr 2017 werden die Zielquoten wie folgt ermittelt:
- a) Die AOK PLUS berechnet für alle sächsischen und thüringischen Vertragsärzte zusammen den prozentualen Anteil der als „Standard“ oder „Reserve“ eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges im Modellvorhaben auf der Basis des DDD-Verordnungsvolumens (in der Summe über alle im Medikationskatalog abgebildeten Indikationsbereiche).
  - b) Absatz a) gilt mit der Maßgabe, dass die Verordnungsdaten der letzten vier verfügbaren Quartale einbezogen werden. Berücksichtigt werden die Wirkstoffe und ihre Kategorisierung, wie sie im Medikationskatalog des Zeitraumes, für den die Zielquote gelten soll, festgelegt wurden.
  - c) Wirkstoffe mit indikationsbezogener unterschiedlicher Kategorisierung werden pauschal mit der jeweils besten Einstufung gewertet.
  - d) Ärzte, welche in den letzten vier verfügbaren Quartalen (Quartale, für die vollständige Arzneimittelabrechnungsdaten nach § 300 SGB V vorliegen) nicht mindestens 50 Verordnungen kategorisierter Wirkstoffe getätigt haben, werden in der Berechnung nicht berücksichtigt.



- e) Als Zielquote 1 wird der prozentuale Anteil der als „Standard“ oder „Reserve“ eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges in Höhe des 50. Perzentils (Median) festgelegt. Die Zielquote beträgt 83,3 %.
  - f) Als Zielquote 2 wird ausgehend vom höchsten prozentualen Anteil der als „Standard“ oder „Reserve“ eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges in Höhe des 25. Perzentils (1. Quartil) festgelegt. Die Zielquote beträgt 88,6 %.
  - g) Die neuen Zielquoten nach d) und e) werden den teilnehmenden Ärzten durch die zuständige KV bekanntgegeben.
- (4) Die Berechnungen nach Abschnitt III werden gegenüber den KVen auf Anforderung offengelegt.“

**8.3. Die überarbeitete Anlage 10 ist als Anhang zu diesem 5. Nachtrag beigefügt.**

## **9. Inkrafttreten**

Der 5. Nachtrag tritt rückwirkend zum 01.01.2017 in Kraft.

## **Anhänge**

**Anlage 1a: Praxisausstattung**

**Anlage 4a: Technische Anlage Ärzte**

**Anlage 8a: Abrechnung und Vergütung Ärzte**

**Anlage 8b: Abrechnung und Vergütung Apotheken**

**Anlage 10: Medikationskatalog**

in ihren geänderten Fassungen

Dresden, Weimar, Erfurt, Leipzig, den 11.09.2017

gez.  
AOK PLUS

gez.  
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez.  
Sächsischer Apothekerverband e. V.

gez.  
Thüringer Apothekerverband e. V.