

I.

Arznei-, Verband-, und Heilmittelvereinbarung

gemäß § 84 SGB V für das Jahr 2002

zwischen

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KV MV)

-einerseits-

und

AOK Mecklenburg-Vorpommern - Die Gesundheitskasse

(zugleich für die Bundesknappschaft)

BKK-Landesverband NORD

(zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, in Wahrnehmung der Aufgabe
des Landesverbandes für die landwirtschaftliche Krankenversicherung)

IKK-Landesverband Nord

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)/

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

Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

andererseits-

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist eine bedarfsgerechte und zugleich wirtschaftliche Arzneimittelversorgung, die sich an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Da zahlreiche Beteiligte Einfluss auf die Bedingungen nehmen, unter denen Ärzte und Krankenkassen ihre besondere Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung wahrnehmen und die verfügbaren Instrumente zunehmend juristisch in Frage gestellt werden, fordern die Partner dieser Vereinbarung die Politik mit allem Nachdruck auf, die rechtlichen Grundlagen für die gesetzlich geforderte Arbeit zu schützen und weiterzuentwickeln. Dies trifft insbesondere auch auf die Bezeichnung Me-Too-Präparate zu.

Die Partner dieser Vereinbarung setzen damit auch die Vorgaben des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes (ABAG) um.

I. Arznei- und Verbandmittel

§ 1

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

(1) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2002 wird auf den Betrag von

522.000.000 €

festgelegt.

(2) Wird eine Überschreitung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2002 festgestellt, so ist diese Überschreitung Gegenstand der Gesamtverträge. Die Vereinbarungspartner berücksichtigen dabei die Ursachen der Überschreitung, insbesondere ist dabei die Erfüllung der in § 2 dieser Vereinbarung genannten Ziele zu berücksichtigen. Eine Unterschreitung des Ausgabenvolumens kann Gegenstand der Gesamtverträge werden.

§ 2

Zielvereinbarung

(1) Mit den in Abs. 2 konkretisierten Wirtschaftlichkeitszielen soll eine deutliche Dämpfung des Ausgabenanstiegs bei Arznei- und Verbandmitteln im Jahr 2002 und darüber hinaus erreicht werden. Zielwert ist das vereinbarte Ausgabenvolumen 2002, welches eine Absenkung des Ausgabenvolumens 2001 um 17.024.343 € bedeutet.

(2) Folgende Ziele werden vereinbart:

Ziel 1: Generika

Sicherung des Verordnungsanteils der Zweitanmelder am generikafähigen Markt von 80,8 % (Durchschnitt Mecklenburg-Vorpommern) und Senkung der Durchschnittskosten je Generika-Verordnung von 18,05 € (35,31 DM) auf 17,33 € (33,89 DM (Bundesdurchschnitt)).

(Daten GAmSi Januar-Dezember 2001, Stand 14.05.2002, Tabellen 3 und 5)

Ziel 2: Me-Too

Senkung des Verordnungsanteils bei Me-Too-Arzneimitteln auf 7,0 % und Sicherung der Durchschnittskosten je Verordnung bei Me-Too-Arzneimitteln von 136,74 DM (Durchschnitt MV)

(Daten GAmSi Januar-Dezember 2001, Stand 14.05.2002, Tabellen 3 und 5)

Definition Me-Too

Me-too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen aber mit höheren Kosten sollen so weit wie möglich vermieden werden; stattdessen soll die Therapie bei entsprechender Indikation mit preisgünstigen anderen Präparaten derselben Wirkstoffklasse mit pharmakologisch gleichem Wirkmechanismus erfolgen.

Me-too-Präparate unterscheiden sich von Präparaten mit dem Referenzwirkstoff derselben Wirkstoffklasse oft nur durch geringfügige Veränderungen in der Molekularstruktur des Referenzwirkstoffes. Durch diese Veränderungen wird ein neuerlicher Patentschutz erreicht, der es dem Anbieter ermöglicht, einen höheren Marktpreis festzusetzen, ohne daß dem immer ein entsprechend deutlich höherer therapeutischer Nutzen gegenüber steht. Unter Berücksichtigung der Kosten-/Nutzenrelation soll auf die Verordnung von Me-too-Präparaten ohne relevanten therapeutischen Zusatznutzen gegenüber preiswerteren Präparaten derselben Wirkstoffklasse weitgehend verzichtet werden.

§ 3

Maßnahmen zur Zielerreichung

Zu den Maßnahmen zur Zielerreichung gehören insbesondere:

- Verpflichtung der KVMV, die Vertragsärzte über die vereinbarten Ziele und die Ist-Situation zu informieren. Sie unterstützt die Aktivitäten zur Erreichung von Einsparpotentialen, die in anderen Vereinbarungen von Dritten abgeschlossen sind; auf die Umsetzung der Ziele mit den größten Einsparpotenzialen ist hinzuwirken;
- Verpflichtung der Krankenkassen, Daten zur Frühinformation entsprechend der Bundesempfehlung bereitzustellen (die Datenlieferung nach § 84 SGB V bleibt unberührt) sowie ihre Versicherten in geeigneter Weise darüber zu informieren, dass sie Arzneimittel, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen können und die Vertragsärzte diese nicht verordnen dürfen, um damit zum wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln beizutragen;

- Verpflichtung der Vereinbarungspartner, den Vertragsärzten gezielte Informationen zu den einzelnen Zielfeldern zu geben. Hierzu gehören insbesondere gemeinsame Empfehlungen auf der Grundlage § 305 a SGB V sowie des § 73 Abs. 8 SGB V;
- Umstellung der Ordnungsweise grundsätzlich durch namentliche Verordnung bei festbetragsgeregelten Fertigarzneimitteln im unteren Preisdrittel der Spanne zwischen dem jeweils niedrigsten und höchsten Apothekenabgabepreis bis zum festgesetzten Festbetrag, oder bei Fertigarzneimitteln, für die kein Festbetrag festgesetzt ist, sofern mindestens 5 Fertigarzneimittel verfügbar sind, im unteren Preisdrittel der Spanne zwischen dem jeweils niedrigsten und höchsten Apothekenabgabepreis in Anlehnung an die Große Deutsche Spezialitäten -Taxe (Lauer-Taxe). Die sich hieraus ergebenden Ordnungsumstellungen sollen dem Vertragsarzt anhand von PLATO zur Anwendung empfohlen werden;
- gemeinsame Intensivierung der kollektiven und individuellen Beratung der Vertragsärzte, d.h. Förderung der Beratungsbemühungen der Krankenkassen (z.B. PharmPro), Beratungen durch MDK/KVMV, regionale Gruppenberatungen;
- sofern sich abzeichnet, dass die Ausgabenentwicklung eine Überschreitung des Ausgabenvolumens nach § 1 erwarten lässt, sind Sofortmaßnahmen einzuleiten. Über die Information und Beratung einzelner Vertragsärzte mit überdurchschnittlichen Ordnungsprofilen hinaus können Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Durchschnittswerten gemäß Art. 3 § 2 ABAG gestellt werden.

§ 4

Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Zur kontinuierlichen Begleitung der Arznei- und Verbandmittelvereinbarung bilden die Vereinbarungspartner eine paritätisch besetzte Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des Arznei- und Verbandmittelvolumens sowie der in § 2 genannten Ziele vor.
- (2) Für die gemeinsame Analyse wird der Arbeitsgruppe folgendes Datenmaterial zur Verfügung gestellt:
 - ABDA-Monatsdaten 6 Wochen nach Quartalsende (KVMV)
 - die jeweils aktuellen GAmSi-Auswertungen
 - Frühinformation 8 Wochen nach Quartalsende (Krankenkassen)

Die Vereinbarungspartner werden darüber hinaus verfügbare Analysen und Ordnungsprofile vorlegen.
- (3) Aus den Analyse-Ergebnissen erarbeitet die Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung der möglichen Maßnahmen nach § 4 konkrete Handlungsempfehlungen für die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern bzw. für bestimmte Arztgruppen.

- (4) Die Arbeitsgruppe tritt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal monatlich zusammen. Deren Empfehlungen werden durch die KV Mecklenburg-Vorpommern und die Krankenkassen umgehend an die Ärzte und Versicherten weitergeleitet (z. B. durch allgemeine oder zielgruppenspezifische Rundschreiben, Einzel- und Gruppenberatungen, gezielte Hinweise, ...). Die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes und die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V bleiben unberührt.

II. Heilmittel

§ 5

Ausgabenvolumen für Heilmittel

- (1) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2002 wird auf den Betrag von

44.962.992 €

festgelegt.

- (2) Wird eine Überschreitung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2002 festgestellt bewerten die Vereinbarungspartner auf der Grundlage gesicherter Daten, ob durch veranlasste Veränderungen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (ambulante orthopädische traumatologische Rehabilitation [AOTR]) und erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sowie aufgrund der Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien nach dem 01.01.2002 weitere Konsequenzen hinsichtlich des festgelegten Ausgabenvolumens zu ziehen sind. Die Daten werden von den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

III. Schlussbestimmungen

§ 6

Ergebnisfeststellung

- (1) Die Vereinbarungspartner stellen gemeinsam den Grad der Zielerreichung im Rahmen der Tätigkeit der gemeinsamen Arbeitsgruppe nach § 4 fest und führen eine verursacherbezogene Abweichungsanalyse durch.
- (2) Bei Zielüberschreitungen werden geeignete Sofortmaßnahmen abgestimmt.
- (3) Bei der Ermittlung der Einhaltung des Ausgabenvolumens sowie des damit im Zusammenhang stehenden Zielvereinbarungsvolumens sind die Ergebnisse der Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a SGB V zu berücksichtigen, die in dem für das Ausgabenvolumen geltenden Vereinbarungszeitraum zahlungswirksam geworden sind.

§ 7
In-Kraft-Treten

- (1) Diese Arznei- und Heilmittelvereinbarung gilt für den Zeitraum vom 1. Januar 2002 bis zum 31. Dezember 2002.
- (2) Die Vereinbarungspartner werden rechtzeitig vor Ablauf der Vereinbarung in die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten.

II.

Vereinbarung

I. über die Festsetzung von Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel
gem. § 84 Abs. 6 und 8 SGB V

und

II. die Prüfung der Ordnungsweise bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln gem.
§ 106 SGB V in Verbindung mit § 9 der Prüfvereinbarung vom 23.9.1993

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

einerseits

und

der AOK Mecklenburg-Vorpommern
zugleich für die Bundesknappschaft

dem Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. sowie dem Arbeiter-
Ersatzkassenverband e.V., Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

dem BKK-Landesverband NORD
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes für die Landwirtschaftliche
Krankenversicherung

dem IKK-Landesverband Nord

andererseits

§ 1 Geltungsbereich

Die Vertragspartner vereinbaren für die in Anlage 1 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen Richtgrößen für Arznei-, Verbandmittel sowie für die in Anlage 2 genannten Arztgruppen für Heilmittel auf der Basis der Rahmenvorgabe für Vereinbarungen von Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 8 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverbände.

§ 2 Bildung der Richtgrößen

- (1) Als Richtgrößen für das Jahr 2002 werden arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte unter Berücksichtigung der nach § 84 Abs. 1 SGB V getroffenen Arzneimittelvereinbarung gebildet.
- (2) Für die Bildung arztgruppenspezifischer Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf wird der Betrag von 522.000.000 € festgesetzt. Bei der Bildung von arztgruppenspezifischer Richtgrößen für Heilmittel wird der Betrag von 44.962.992 € festgelegt. Die Beträge bilden das Volumen, welches zu Bildung der Richtgrößen herangezogen wird. Der Betrag für Arznei- und Verbandmittel schließt demgemäß den Apothekenrabatt sowie die gesetzlichen Versicherungszahlungen nicht ein.
- (3) Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung von Richtgrößen werden die kurativ allgemeinen Behandlungsfälle von Vertragsärzten nach Formblatt 3, Abrechnungsposition A - 01 - 69 - 00, getrennt nach AKV/KVdR herangezogen.

§ 3

Ermittlung arztgruppenspezifischer Richtgrößen

- (1) Grundlage für die Ermittlung von Richtgrößen ist das sich aus § 2 Nr. 2 jeweils ergebende Ausgabenvolumen. Das Ausgabenvolumen ist nach den prozentualen Anteilen der auf Bundesebene festgelegten Arztgruppen aufzuteilen. Die Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenanteile durch die Zahl der Behandlungsfälle nach § 2 Nr. 3 der jeweiligen Arztgruppe.
- (2) Die für 2002 so ermittelten Richtgrößen sind in Anlage 3 für Arznei- und Verbandmittel einerseits und in Anlage 4 für Heilmittel andererseits zu dieser Vereinbarung festgelegt.

§ 4

Information zum Richtgrößenvolumen

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern informiert ihre Vertragsärzte über die für das Kalenderjahr vereinbarten Richtgrößen.
- (2) Zur Frühinformation der Vertragsärzte über die individuelle Einhaltung der Richtgrößenvolumen stellt die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern nach Ablauf eines Quartals arztbezogen die bis dahin erfassten Behandlungsfälle sowie die sich darauf ergebenden individuellen Richtgrößenvolumen den Ärzten zur Verfügung. Zugleich werden den Verbänden der Krankenkassen sowie den Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern die Daten zeitgleich übermittelt.

§ 5

Richtgrößenprüfung bei Überschreitung

- (1) Die KVMV ermittelt für jeden Vertragsarzt die Richtgrößensumme, getrennt nach Arznei-/Verbandmitteln und Heilmitteln, die das Produkt aus den einzelnen Richtgrößen für die Arztgruppe und den Fallzahlen des Arztes jahresbezogen darstellt. Die so ermittelten Richtgrößensummen werden mit den tatsächlichen Verordnungskosten des Arztes verglichen. Dabei sind jeweils die Nettowerte maßgeblich. Der Nettowert ergibt sich aus den Bruttoausgaben abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen sowie des Apothekenrabattes nach § 130 SGB V.
- (2) Ein Prüfverfahren wird von Amts wegen durchgeführt, wenn das (Netto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen) und die Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Netto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraumes um mehr als 25 % überschreitet.

- (3) Bis zu einer Überschreitung der Richtgrößensumme von 25 % findet keine Regressfestsetzung durch den Prüfungsausschuss statt.
- (4) Stellt der Prüfungsausschuss eine Unwirtschaftlichkeit in dem Bereich zwischen 15 % und 25 % fest, so bestimmt er, welche Beratungen und Kontrollmaßnahmen für die zwei darauffolgenden Kalenderjahre zu ergreifen sind.
- (5) Bei einer Überschreitung des Prüfungsvolumens um mehr als 25 v.H. hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss darüber hinaus den sich aus der Überschreitung des Prüfungsvolumens ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Der Mehraufwand ist gem. § 106 Abs. 5a SGB V als das Volumen definiert, das das Richtgrößenvolumen um mindestens 15 v.H. übersteigt (Prüfungsvolumen). Die nach § 84 Abs. 6 und Abs. 8 SGB V zur Bestimmung der Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden.
- (6) Bei Überschreitung des Ausgabenvolumens für Heilmittel für das Jahr 2002 bewerten die Vereinbarungspartner auf der Grundlage gesicherter Daten, ob durch veranlasste Veränderungen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (ambulante orthopädische traumatologische Rehabilitation [AOTR]) und erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sowie aufgrund der Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien ab dem 01.01.2002 weitere Konsequenzen hinsichtlich des festgelegten Ausgabenvolumens zu ziehen sind. Die Daten werden von den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

§ 6 Daten

- (1) Die KVMV stellt den Landesverbänden der Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:
 - Arztnummer
 - Arztgruppenspezifische Richtgrößen (getrennt nach Arznei-/ Verbandmitteln und Heilmitteln sowie AKV/KVdR)
 - Fallzahlen gem. § 21 BMV-Ä und § 25 EKV (getrennt nach AKV/KVdR) Formblatt 3, Abrechnungsposition A - 01 - 69 - 00
 - Richtgrößensumme nach § 3 Absatz 1 (getrennt nach Arznei-/ Verbandmitteln und Heilmitteln und AKV/KVdR)

- (2) Die Verbände der Krankenkassen stellen der KVMV die arztbezogenen Ausgaben (Netto/Brutto), getrennt nach Arznei-/Verbandmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf einerseits (getrennt nach AKV/KVdR) und Heilmitteln andererseits zur Verfügung. Dies erfolgt 8 Wochen nach Quartalsende für die Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf und 6 Monate nach Quartalsende für die Heilmittel. Die Krankenkassen stellen die richtige Zuordnung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sicher. Ausgaben, die nicht von Vertragsärzten veranlaßt wurden bzw. Ausgaben, die nicht zum Rahmen der Leistungspflicht der GKV gehören sowie Ausgaben für Impfstoffe zur Prävention zählen nicht zu den veranlaßten Ausgaben.
- (3) Die Vereinbarungspartner stellen gemeinsam unter Berücksichtigung der nach den Absätzen 1 und 2 gegenseitig übermittelten Daten die Abweichungen fest. Die Überschreitungen oberhalb der in § 3 Abs. 2 genannten Interventionsgrenzen werden dem Prüfungsausschuß unter Beifügung der in den Absätzen 1 und 2 benannten Daten übermittelt. Darüber hinaus werden die Images und im Streitfall die diesen zugeordneten Verordnungsblätter dem Prüfungsausschuß zur Verfügung gestellt.
- (4) Im Übrigen wird auf die gesondert für Heilmittel in § 6 der Arznei- und Heilmittelvereinbarung getroffene Regelung verwiesen.

§ 5

Laufzeit der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Wirkung ab 01.01.2002 in Kraft. Sie endet mit Ablauf des 31.12.2002, ohne daß es einer Kündigung bedarf. Die Anhänge 1 bis 4 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (2) Soweit nach gemeinsamer Feststellung der Vertragspartner durch die Verlagerung stationärer Leistungen in die ambulante vertragsärztliche Versorgung zusätzliche Kosten im Arznei-, Verband- und Heilmittelbereich entstehen, werden die Vertragspartner Verhandlungen mit dem Ziel der Anpassung der Richtgrößen aufnehmen; dies gilt insbesondere auch für die gemeinsame Feststellung von Ausgabenverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich im Rahmen von Strukturverträgen oder Modellvorhaben.

Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern
– Der Vorsitzende: Prof. Dr. Wasem –

Greifswald/Troisdorf, den 20. Juli 2002

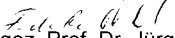
Korrektur einer offensichtlichen Unrichtigkeit im Schiedsspruch und Protokoll der Sitzung des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in M-V in der Sache Krankenkassen in M-V ./. Kassenärztliche Vereinigung M-V zur Festsetzung des Inhaltes der Arznei-, Verband- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2002 sowie Richtgrößenvereinbarung 2002

Sehr geehrte Damen und Herren,

im o.g. Schiedsspruch und Protokoll ist eine offensichtliche Unrichtigkeit, die ich zu verantworten habe. Diese ist zu korrigieren.

Über § 5 Abs. 5 der Richtgrößenvereinbarung in der ausgefertigten und den Beteiligten zugestellten Fassung des Schiedsspruches ist nicht abgestimmt worden. Dieser Absatz ist daher nicht Gegenstand der Richtgrößenvereinbarung. An § 5 Abs. 4 der Richtgrößenvereinbarung schließt daher unmittelbar § 5 Abs. 6 an.

Mit freundlichen Grüßen


gez. Prof. Dr. Jürgen Wasem