

**Änderungsvereinbarung vom 06.03.2013 zum  
Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie,  
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-  
Württemberg gemäß § 73 c SGB V vom 10.10.2011**

Die Vertragspartner vereinbaren die Anpassung der indikationsbezogenen Zielgrößen ab dem 1. April 2013 gemäß 2.2 Anhang 3 zu Anlage 12 in der der Anlage beigefügten Fassung.

Stuttgart, den 06.03.2013

---

**AOK Baden-Württemberg**  
Dr. Christopher Hermann

---

**Bosch BKK**  
Bernhard Mohr

---

**MEDI Baden-Württemberg e.V.**  
Dr. med. Werner Baumgärtner

---

**MEDIVERBUND AG**  
Werner Conrad

---

**Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden-Württemberg  
der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie e.V.**  
Birgit Imdahl

---

**Freie Liste der Psychotherapeuten**

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf

---

**DPtV e.V.**

Dr. Alessandro Cavicchioli

### Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der FACHARZT sowohl in den Qualitätszirkeln gem. Anlage 2 als auch in der Vertragssoftware.

#### 1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen neurologischen, psychiatrischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern und Ärzten der AOK und BKK sowie Vertretern von BVDN und MEDIVERBUND auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Pauschalen NP1, NP1H, PYP1 und PYP1H ausgezahlt wird, können von der AOK, der BKK und vom MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Falls ein FACHARZT in einem Quartal Arzneimittel außerhalb der Vertragssoftware verordnet und die Ermittlung einer oder mehrerer seiner Quoten dadurch verfälscht wird, kann der Zuschlag Rationale Pharmakotherapie für diesen FACHARZT für dieses Quartal auch im Nachhinein gestrichen und verrechnet werden.

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

**Grün** hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

**Blau** hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

**Orange** hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (Blau hinterlegt).

**Rot** hinterlegt sind:

Me-too-Arzneimittel, die durch die von der Vertragssoftware vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden können.

**Nicht farblich** hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem FACHARZT wird empfohlen im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

### **Ermittlung des Zuschlages**

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (0,50€),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (2,50€) und
3. einen Zuschlag Blau (1,00€).

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

<b>Indikator</b>	<b>Zähler</b>	<b>Nenner</b>
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

Rot	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 70\%$

## 2. Indikationsbezogene Zielgrößen

### 2.1 Grundsätze

- Die Ermittlung der indikationsbezogenen Zielgrößen erfolgt quartalsweise.
- Bei der Ermittlung der indikationsbezogenen Zielgrößen werden immer alle in das AOK-HausarztProgramm eingeschriebenen Versicherten berücksichtigt. Dabei ist das HzV-Teilnehmerverzeichnis des Quartals maßgeblich, für welches die Auswertung erfolgt.
- Bei der Ermittlung der indikationsbezogenen Zielgrößen werden immer alle Verordnungen aller Ärzte für diese HzV-Versicherten (unabhängig von deren Arztnummer, Arztgruppe oder Vertragsteilnahme) und alle ambulanten Diagnosen aus dem AOK-HausarztProgramm, dem AOK-FacharztProgramm und aus der Regelversorgung berücksichtigt.
- Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Verordnungen zum Quartal ist das Verordnungsdatum. Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Diagnosen zum Quartal ist das Behandlungsdatum.
- Die Ermittlung der Verordnungen erfolgt anhand der Apothekenabrechnungsdaten (§ 300 SGB V) der AOK Baden-Württemberg.
- Reimporte werden bei der Ermittlung der Quoten mit berücksichtigt.
- Die indikationsbezogenen Zielgrößen werden für alle FACHÄRZTE gemeinsam und nicht arztindividuell ermittelt. Bei Erreichen der Zielwerte erhalten alle FACHÄRZTE einen Zuschlag auf die betreffenden Vergütungspositionen gem. Anlage 12.
- Die generischen Verordnungen werden über den GKV-Status „Generika“ ermittelt.
- Die Ermittlung der Zielgrößen kann aufgrund verzögerter Diagnoselieferungen in der Regelversorgung erst mit ca. 9-monatigem Versatz erfolgen.
- Die Ermittlung der Zielgrößen erfolgt unverzüglich durch die AOK und wird den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften transparent gemacht.
- Als „Versicherte mit Neuerkrankung“ (vgl. Zielgröße NQ12, NQ13) gelten Versicherte, bei denen vor Dokumentation einer ambulanten Diagnose mindestens 2 Quartale keine ambulante Diagnose der entsprechenden Krankheitsgruppe dokumentiert wurde.
- Bei Erreichen der indikationsbezogenen Zielgrößen verfährt die BKK analog zur AOK.

### 2.2 Anpassung

Die indikationsbezogenen Zielgrößen und die Zielwerte können vom Beirat insbesondere bei wichtigen Änderungen im Arzneimittelmarkt, wie

- Patentabläufen
- Neueinführungen
- neueren pharmakologischen Bewertungen
- veränderter Morbidität

einvernehmlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die FACHÄRZTE stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

### 2.3 Die einzelnen Indikationsbezogenen Zielgrößen

Zielgröße	Kürzel	Zuschlag auf	Zähler	Nenner	Zielwert
<b>Multiple Sklerose: Interferon-beta 1b in der Basistherapie</b>	NQ8	NP2b1	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Multiple Sklerose</i> “ und Verordnung von Interferon-beta 1b	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Multiple Sklerose</i> “ und Verordnung von Interferon-beta 1a und/oder Interferon-beta 1b und/oder Glatirameracetat.	>= 35% bis 31.12.2013 >= 40% bis 30.06.2014  Neue Betrachtung nach Zulassung „oral einzunehmender AM“ als Basistherapie (Fumarsäure)
<b>Schlaganfall: Clopidogrel/ Kombination ASS/Dipyridamol</b>	NQ9	NP2a1	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Zerebrovaskuläre Krankheiten</i> “ und Verordnung von Kombination ASS/Dipyridamol gemäß ATC/PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Zerebrovaskuläre Krankheiten</i> “ und Verordnung von Kombination ASS/Dipyridamol oder Clopidogrel gemäß ATC/PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	<=10% bis 30.09.2013
<b>Parkinson 1: Dopaminagonisten</b>	NQ10	NP2d1	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Parkinson und Extrapyramidale Syndrome</i> “ und Verordnung von Originalpräparaten retardierter bzw. langwirksamen Dopaminagonisten (Rotigotin Pflaster, Sifrol, Requip) gemäß ATC/PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Parkinson und Extrapyramidale Syndrome</i> “ und Verordnung von Dopaminagonisten (generisch retardiert, generisch langwirksam und andere) gemäß ATC/PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	<= 25%

Zielgröße	Kürzel	Zuschlag auf	Zähler	Nenner	Zielwert
<b>Parkinson: Kombination Levodopa/Carbidopa/ Entacapon</b>	NQ11	NP2d1	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Parkinson und Extrapyramidale Syndrome</i> “ und Verordnung von Kombination Levodopa/Carbidopa/Entacapon	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Parkinson und Extrapyramidale Syndrome</i> “ und Verordnung von Kombination Levodopa/Carbidopa/Entacapon <b>oder Entacapon und generischem Levodopa</b>	<= 63%, nach 1,5-Jahren <=60%
<b>Epilepsie</b>	NQ12	NP2c1	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Epilepsie</i> “ als Neuerkrankung und Verordnung eines generischen Antiepileptikums (ATC-Gruppe N03) gemäß ATC/PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Epilepsie</i> “ als Neuerkrankung und Verordnung eines Antiepileptikums (ATC-Gruppe N03) gemäß ATC/PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	Bis 31.12.2013 >=80%
<b>Polyneuropathie</b>	NQ13	NP2f1	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Polyneuropathie</i> “ als Neuerkrankung und Verordnung von Gabapentin aber ohne Verordnung von Pregabalin	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „ <i>Polyneuropathie</i> “ als Neuerkrankung und Verordnung von Gabapentin oder Pregabalin <b>Anmerkung: Versicherte mit Verordnung von Pregabalin und Gabapentin werden weder im Zähler noch im Nenner berücksichtigt.</b>	Bis 31.12.2013 >=70%, bis 30.06.2014 >=80%



Zielgröße	Kürzel	Zuschlag auf	Zähler	Nenner	Zielwert
Schizophrenie 1: Amisulprid/ Risperidon	PYQ3	PYP2a	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „Schizophrenie“ und Verordnung von Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol, Ziprasidon und/oder Asenapin	Versicherte mit gesicherter Diagnose Schizophrenie (gem. Anhang 2 zu Anlage 12) und Verordnung von Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol, Ziprasidon, Asenapin, Amisulprid und/oder Risperidon	Reduzierung um mindestens 50% bezogen auf den Ausgangswert. Der Ausgangswert ist der Wert dieser Zielgröße im Quartal 3/2011 und voraussichtlich Ende des 2. Quartals 2012 auswertbar.
Schizophrenie 2: Risperidon als Suspension mit verzögerter Wirkstofffreisetzung zur intramuskulären Injektion / alle Risperidon enthaltende Darreichungsformen	PYQ4	PYP2a	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „Schizophrenie“ und Verordnung von Risperidon als Suspension mit verzögerter Wirkstofffreisetzung zur intramuskulären Injektion, gemäß PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	Versicherte mit einer gesicherten Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 „Schizophrenie“ und allen Verordnungen von Risperidon (alle Darreichungsformen) sowie Paliperidon (Xeplion) gemäß PZN-Liste Stand Ende des auszuwertenden Quartals	Reduzierung um mindestens 30% bezogen auf den Ausgangswert. Der Ausgangswert ist der Wert dieser Zielgröße im Quartal 3/2012 und voraussichtlich Ende des 2. Quartals 2013 auswertbar.