

## Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag

Durch die Änderungsvereinbarung vom 26.09.2012 zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V nach dem Schiedsspruch vom 03.02.2012 wurde die Erstellung des Anhang 3 zur Anlage 3 – Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag – einer Arbeitsgruppe der AOK Hessen und dem Hausärzteverband Hessen übertragen. Es wird nun folgende Fassung vereinbart:

1. Die Vertragsparteien stützen die Verordnungsempfehlungen nach diesem Anhang auf aktuelle medizinische Erkenntnisse bezüglich einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie. In die Empfehlungen sind Erkenntnisse eines Gremiums aus Apothekern der AOK Hessen sowie Vertretern des Hausärzteverbandes Hessen auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren eingeflossen.
2. Die Verordnungsempfehlungen werden regelmäßig durch die Arbeitsgruppe von AOK Hessen und Hausärzteverband Hessen fortgeschrieben und den aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst. Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung wird die rationale Pharmakotherapie durch Qualitätszirkel unterstützt und fortentwickelt. Die in den Qualitätszirkeln gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen werden bei der Weiterentwicklung der Anlage Rationale Pharmakotherapie berücksichtigt.<sup>1</sup>
- 3.1 Die Kriterien, nach denen der Pharmakotherapie-Zuschlag ausgezahlt wird, können von den Vertragspartnern des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Die Anpassungen gelten immer ab dem nächsten vollständigen Quartal nach deren Beschluss. Falls keine Anpassung erfolgt, gelten die bisherigen Kriterien fort.
- 3.2 Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen im Zeitpunkt der Verordnung. 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, um dem Arzt bei einem wirtschaftlich Verordnungsverhalten zu unterstützen.
4. Die nach Ziffer 2 und 3 jeweils entwickelten Änderungen der Arzneimittelempfehlungen und der Regelungen zum Pharmakotherapie-Zuschlag gelten auf der Grundlage entsprechender Beschlüsse, die mittels von der AOK Hessen und dem Hausärzteverband Hessen jeweils unterschriebene Protokolle dokumentiert sind und bedürfen keiner weiteren Umsetzung in Vertragsform. Der Inhalt der Änderungen wird den teilnehmenden Hausärzten vom Hausärzteverband Hessen umgehend mitgeteilt.
5. Die ärztliche Therapiefreiheit und Verantwortung für die Verordnung wird durch diese Vereinbarung nicht eingeschränkt.

<sup>1</sup> Die Zusammensetzung der Qualitätszirkel ist unter den Vertragsparteien noch abzustimmen.

6. In der Vertragssoftware nach Anlage 1 gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

**Grün** hinterlegt sind:

- a. Patentfreie Arzneimittel, für die die AOK Hessen vorwiegend im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach §130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat. (= Rabatt-Grün)
- b. berechnete Arzneimittel. Diese entsprechen den drei preisgünstigsten patentfreien Arzneimitteln am Markt aus der Gruppe der vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen, sofern die AOK Hessen keine Rabattverträge für diesen Wirkstoff abgeschlossen hat. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

**Blau** hinterlegt sind:

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

**Orange** hinterlegt sind:

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

**Rot** hinterlegt sind:

Vorwiegend Me-too-Arzneimittel, die durch von der Software vorgeschlagene wirtschaftliche Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden können.

**Nicht farblich** hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem HAUSARZT 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 6,00 € wird aufgeteilt in

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

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 der 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:

	<b>Quartal 2/13</b>	<b>Quartal 4/13</b>	<b>ab Quartal 2/14</b>
Rot	<= 5%	<= 4%	<= 3%
Rabatt-Grün	>=80%	>= 85%	>= 90%
Blau	>= 50%	>= 60%	>= 70%