

VEREINBARUNG

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der KNAPPSCHAFT

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

**über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für
das Kalenderjahr 2022**

§ 1 Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert.

§ 2 Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V wird das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2022 abschließend auf den Betrag von

4.991.240.000 Euro

festgelegt.

§ 3 Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Vereinbarung obliegt der von den Vertragspartnern gebildeten und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 1 sowie zur Erreichung der nach § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vor.
- (2) Zu den nach Absatz 1 genannten Maßnahmen zählen insbesondere die Information der Vertragsärzte über den Ausschöpfungsgrad des nach § 2 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie die Information der Vertragsärzte über den Zielerreichungsgrad bzw. die Zielabweichung entsprechend der in § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele.

§ 4 Zielvereinbarung

- (1) Um eine nach gemeinsamer Beurteilung qualifizierte und wirtschaftliche Arznei- und Verbandmittelversorgung im Kalenderjahr 2022 zu erreichen, verweisen die Vereinbarungspartner u. a. auf die Rahmenempfehlungen nach § 84 Abs. 6 SGB V (Arzneimittel) des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr.

- (2) Die Vereinbarungspartner legen die nachfolgenden arztbezogenen individuellen Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele fest:

Blutzuckerteststreifen/ Blutzuckermessgeräte

Bei der Verordnung von Blutzuckerteststreifen/Blutzuckermessgeräten erwarten die Vereinbarungspartner im Hinblick auf die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entsprechend § 12 SGB V

a) die einmalige Verordnung des medizinisch notwendigen Gesamtquartalsbedarfs an Blutzuckerteststreifen (Ausnahme: medizinische Gründe). Hinsichtlich des medizinisch notwendigen Quartalsbedarfs an Blutzuckerteststreifen verständigen sich die Vereinbarungspartner auf folgenden Orientierungsrahmen zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen:

| Diagnose/Therapie | Verordnungsfähigkeit von |
|---|---|
| Diabetes mellitus Typ-2 | |
| Nicht insulinpflichtige Diabetiker | Urin- und Blutzuckerteststreifen gemäß Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie |
| Insulin | Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal |
| Diabetes mellitus Typ-1 | |
| Generell | 400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal |
| ICT- und Pumpentherapie (Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2) | |
| Generell | 600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal |
| Blutzuckermessung mithilfe eines kontinuierlichem Blutzucker Monitoring Geräts (CGM) | 200 Blutzuckerteststreifen pro Quartal zur Kalibrierung der Messeinheit |

b) die Verordnung von Blutzuckertestgeräten, bei denen in der Folge die durchschnittlichen Ausgaben für 50 Blutzuckerteststreifen, soweit diese durch eine Apotheke abgegeben werden, den Betrag in Höhe von 27,07 Euro brutto nicht überschreiten. Dies gilt gleichermaßen für im Rahmen von Diabetikerschulungen kostenfrei an Versicherte abgegebenen Blutzuckertestgeräte. Die durchschnittlichen Preise je Teststreifen pro Praxis sollen 0,485 Euro (brutto) nicht überschreiten.

Andere Versorgungsmodelle, mit denen wirtschaftliche Preise für Blutzuckerteststreifen unterhalb des vorgenannten Preises realisiert werden, sind durch diese Regelung nicht ausgeschlossen.

DDD-Quotenziele

Erreichung oder Überschreitung einer Mindestquote auf Basis der definierten Tagesdosen (DDD) in den nachfolgend genannten Facharztgruppen für die angeführten Wirkstoffgruppen:

Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|--|----------------------|
| KBV Medikationskatalog: Anteil Standardwirkstoffe an allen Wirkstoffen des Kataloges. | mindestens 68% |
| KBV Medikationskatalog: Anteil nachrangig zu verordnende Wirkstoffe an allen Wirkstoffen des Kataloges. | maximal 9% |
| Blutzuckerteststreifen (BZT) Durchschnittspreis pro Teststreifen gilt ab VO von 5.000 BZT pro Quartal (quartalsdurchschnittliche. Verordnungsmenge) | maximal 0,485 Euro* |
| Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): Anteil Preiswerter DOAK an allen DOAK | mindestens 70%** |
| Anteil an Patienten, die mit Protonenpumpeninhibitoren behandelt werden, an allen Arzneimittelpatienten | maximal 22% |

VO = Verordnungen

* im Prüfungsfall werden bei der Ermittlung des durchschnittlichen Abrechnungspreises für Blutzuckerteststreifen erhaltene Rabatte berücksichtigt

** im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

Augenärzte

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|--|--------------------------|
| Glaukomtherapeutika: Anteil generikafähiger Markt | Quote in 2022 ausgesetzt |

Chirurgen

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|---------------------------------|--------------------------|
| Heparine: Anteil Biosimilars | Quote in 2022 ausgesetzt |

Fachärztliche Internisten

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|--|--------------------------|
| Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono), Pravastatin (mono), Atorvastatin (mono), Rosuvastatin (mono) gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | mindestens 82,5% |
| Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Metformin gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | Quote in 2022 ausgesetzt |
| Blutzuckerteststreifen (BZT) Durchschnittspreis pro Teststreifen gilt ab VO von 5.000 BZT pro Jahr | maximal 0,485 Euro* |
| Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): Anteil preiswerter DOAK an allen DOAK | mindestens 70%** |
| nur für Nephrologen | |
| Erythropoietin, Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | mindestens 85%** |
| nur für Gastroenterologen | |
| TNF-alpha-Inhibitoren Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr Bei der Verordnung von neuen, selektiven Immunsuppressiva sind biosimilarefähige TNFalpha-Inhibitoren aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen.*** | mindestens 82,5%** |
| nur für Rheumatologen | |
| TNF-alpha-Inhibitoren Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr Bei der Verordnung von neuen, selektiven Immunsuppressiva sind biosimilarefähige TNFalpha-Inhibitoren aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen.*** | mindestens 82,5%** |
| nur für Onkologen | |
| Koloniestimulierende Faktoren Anteil Filgrastim-Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | mindestens 80%** |
| Rituximab, Trastuzumab, Bevacizumab Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | mindestens 90%** |

VO = Verordnungen

*im Prüfungsfall werden bei der Ermittlung des durchschnittlichen Abrechnungspreises für Blutzuckerteststreifen erhaltene Rabatte berücksichtigt

**im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

***Den „neuen, selektiven Immunsuppressiva“ werden folgende Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe zugeordnet: TNF-alpha-Inhibitoren, JAK-Inhibitoren, IL-Antagonisten, Abatacept (Rheumatologie), Apremilast (Rheumato- und Dermatologie), Ozanimod (Gastroenterol.), Rituximab (Rheumatologie) und Vedolizumab (Gastroenterologie). Darüber hinaus werden alle weiteren, patentgeschützte Wirkstoffe hier eingruppiert, für die Zulassungen für die Indikation Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Juvenile idiopathische Arthritis, Axiale Spondyloarthritis, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn oder Plaque-Psoriasis vorliegen.

Gynäkologen

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|--|--------------------|
| Follitropin Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | mindestens 32,5% * |

VO = Verordnungen

* im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

Hautärzte/Dermatologen

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|--|--------------------|
| TNF-alpha-Inhibitoren Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr Bei der Verordnung von neuen, selektiven Immunsuppressiva sind biosimilarfähige TNFalpha-Inhibitoren aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen.*** | mindestens 82,5% * |

VO = Verordnungen

* im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

***Den „neuen, selektiven Immunsuppressiva“ werden folgende Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe zugeordnet: TNF-alpha-Inhibitoren, JAK-Inhibitoren, IL-Antagonisten, Abatacept (Rheumatologie), Apremilast (Rheumato- und Dermatologie), Ozanimod (Gastroenterol.), Rituximab (Rheumatologie) und Vedolizumab (Gastroenterologie). Darüber hinaus werden alle weiteren, patentgeschützte Wirkstoffe hier eingruppiert, für die Zulassungen für die Indikation Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Juvenile idiopathische Arthritis, Axiale Spondyloarthritis, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn oder Plaque-Psoriasis vorliegen.

Kinderärzte

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|---|------------------|
| Somatropin: Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr | mindestens 30% * |

* im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

Neurologen/Nervenärzte

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|---|---------------|
| MS-Wirksamkeitskategorie 1 (Interferon-beta-1a, PEG-Interferon-beta-1a, Interferon-beta-1b, Glatirameracetat, Dimethylfumarat, Teriflunomid) Anteil Interferon-beta-1a und PEG- Interferon-beta 1a | höchstens 20% |

Orthopäden

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|---|--------------------------|
| Mittel zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat/Risedronat (inkl. Kombinationen) | mindestens 59% |
| Heparine: Anteil Biosimilars | Quote in 2022 ausgesetzt |

Urologen

| Arzneistoffgruppe | DDD-Zielquote |
|--|-----------------|
| Mittel bei benigner Prostatahyperplasie Anteil Tamsulosin inkl. Kombinationen | mindestens 79% |
| Leuprorelin: Anteil preiswerter Leuprorelinpräparate | mindestens 53%* |

*im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

Die Zuordnung zu den Fachgruppen erfolgt auf Grundlage der Fachgruppencodierungen in Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern, zweiteiliger Arztgruppenschlüssel (Ziffern 8-9 der LANR).

Qualitative Ziele

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen, zweckmäßigen und angemessenen Arzneimittelversorgung vereinbaren die Vertragspartner weitere qualitative Ziele:

- Abbau von Fehl-, Über- und Unterversorgung insbesondere im Bereich der systemisch anzuwendenden Antibiotika/Reserveantibiotika, Antiasthmatika, Protonenpumpeninhibitoren, der Arzneimittel zur Therapie von HIV-Infektionen, Migränetherapeutika sowie Verbandmittel zur modernen Wundversorgung.
- Reduktion des Verordnungsvolumens von Protonenpumpeninhibitoren je GKV-Versicherten; die jährlichen Verordnungen von Protonenpumpeninhibitoren für GKV-Versicherte (Kennwert: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte) im Bereich der KV Nordrhein sollen mindestens auf das Niveau des GKV-Bundesdurchschnitts gesenkt werden.¹
- Prüfung des indikationsgerechten Einsatzes bzw. der Notwendigkeit der Verordnungen von Arzneimitteln bei Dauer- oder Krankenhausentlass-medikation.
- Leitliniengerechter Einsatz der Arzneimittel zur Behandlung der Multiplen Sklerose² insbesondere der zuletzt eingeführten Wirkstoffe oder Wirkprinzipien.
- Vorrangige Berücksichtigung verfügbarer, preisgünstiger Biosimilars bei der Verordnung, sofern der Einsatz von Biologicals therapeutisch notwendig und angezeigt ist.
- Einsatz der direkten/neuen, oralen Antikoagulantien gemäß den Empfehlungen der AKdÄ.
- Einsatz von Mitteln zur Hyposensibilisierung: Regelmäßiger Einsatz von zugelassenen Therapieallergenen bei Neueinstellungen unter Berücksichtigung des Anwendungsgebietes, sofern zugelassene Therapieallergene mit gleichem (subcutan bzw. sublingual) Applikationsweg zur Verfügung stehen
- Verordnung von in ihrer Verordnung fachärztlich vorbehaltenen Arzneimitteln nur im Ausnahmefall durch Ärzte anderer Fachrichtungen (soweit eine Versorgung der Patienten im Einzelfall nicht anders sicherzustellen ist)

¹ 2020; KV Nordrhein: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte 50.747; GKV gesamt: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte 48.507; Quelle GAmSI)

² Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.; S2k-Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose

- Beachtung der Ergebnisse der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V bei der Verordnung und Therapieentscheidung; die Verordnung eines Arzneimittels, welches ein Verfahren zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen hat, kann insbesondere vor der Festlegung eines Erstattungsbetrages nach § 130b SGB V als unwirtschaftlich gelten. Die Vertragspartner werden regelmäßig über die Ergebnisse der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V und die wirtschaftliche Verordnungsweise neuer Arzneimittel informieren. Die KV Nordrhein wird eine Aufstellung der aktuellen Ergebnisse der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V auf der Homepage der KV Nordrhein einstellen.
- Eine Vereinbarung eines Erstattungspreises nach § 130b SGB V oder die Geltung als Praxisbesonderheit ist kein hinreichendes Kriterium für eine wirtschaftliche Verordnungsweise.
- Vorrangige Verordnung von Cannabis/Cannabinoiden als Fertigarzneimittel oder standardisierter Zubereitung / bitte Genehmigungsverfahren beachten
- Information der Vertragsärzte über Verbandmittel und Preise mit dem Ziel, der Steigerung der Ausgaben für Verbandmittel, insbesondere der modernen Wundversorgung entgegen zu wirken.

Die Vereinbarungspartner stimmen überein, dass insbesondere im Bereich der individuell anerkannten Praxisbesonderheiten die vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele von großer Bedeutung sind und insofern im Rahmen der Prüfungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise Berücksichtigung finden.

§ 5

Maßnahmen zur Zielerreichung

- (1) Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen verpflichten sich
- zur Unterrichtung der Versicherten über den Abschluss dieser Vereinbarung und Ergreifung von Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz der in dieser Vereinbarung formulierten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele,
 - zur Unterstützung des Arztes, im Einzelfall bei Umstellung auf eine wirtschaftlichere Verordnungsweise, durch Information und Beratung der Versicherten. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewirkt werden, dass über die Inhalte dieser Vereinbarung informierte Mitarbeiter der einzelnen Krankenkassen geschlossen mit den Vertragsärzten gegenüber den Versicherten auftreten,
 - auf die Einhaltung des § 115c SGB V (Wirkstoffangabe bei Entlassungsverordnungen) durch die Krankenhäuser hinzuwirken. Dies ist ggf. im Rahmen der Vertragsgestaltungen mit den Krankenhäusern und/oder aufgrund von Hinweisen der KV Nordrhein im Einzelfall durch geeignete Intervention sicherzustellen,
 - zur Erstellung einer Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -testgeräten.

- (2) Die KV Nordrhein verpflichtet sich zur
- Unterrichtung der Vertragsärzte über den Abschluss und die Bedeutung dieser Vereinbarung sowie die Notwendigkeit der Veränderung des Verordnungsverhaltens der Vertragsärzte in Nordrhein,
 - quartalsweisen Weiterleitung einer Auswertung der zusammengeführten Frühinformationsstrukturdaten (GAmSi) bzw. arztindividuellen Arzneimittel-trendmeldung (GAmSi-Arzt) an die Vertragsärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise,
 - quartalsweisen Weiterleitung einer zeitnahen arztindividuellen Auswertung der Quoten nach § 4 Abs. 2 dieser Vereinbarung,
 - Weiterleitung der durch die gemeinsame Arbeitsgruppe (§ 3) vorgeschlagenen Maßnahmen und Informationen sowie der Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -messgeräten an die Vertragsärzte,
 - gezielten Information an Vertragsärzte über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel und zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen durch nicht medikamentöse Maßnahmen oder andere Arzneimittel,
 - Information der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen bzw. der Ersatzkassen über Krankenhäuser, die ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 115c SGB V nicht nachkommen, soweit die KV Nordrhein hierüber Kenntnis erlangt.
- (3) Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen beauftragen die „Zentrale Stelle Pharmakotherapie“ mit der Arzneimittelberatung der nordrheinischen Vertragsärzte insbesondere in Bezug auf
- den Umgang mit neu eingeführten Arzneimitteln und Spezialpräparaten hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und strenger Indikationsstellung – auch unter Einbeziehung externen Sachverständigen,
 - wirkstoffbezogene Verordnungsmengen bei Standardtherapien sowie Qualitätsindikatoren in der Therapie (z. B. Anteil suchtfördernder Arzneimittel, Anteil nicht geeigneter Arzneimittel für ältere Menschen),
 - den wirtschaftlichen und indikationsgerechten Umgang mit den in § 4 Abs. 2 dieser Vereinbarung genannten Arzneimitteln bzw. Wirkstoffgruppen.
- (4) Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass Vertragsärzte, die die genannten Aufgreifkriterien für eine Pharmakotherapieberatung erfüllen, ein verpflichtendes Beratungsgespräch erhalten. Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Verbände und die Ersatzkassen stellen einen gemeinsamen Prüfantrag, sofern erkennbar ist, dass die festgelegten Beratungsziele nicht erreicht werden. Dies gilt auch für Vertragsärzte, die ein Beratungsgespräch verweigern.

§ 6

Bewertung, Zielerreichungsanalyse

Die Vereinbarungspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 2 dieser Vereinbarung eingehalten und die Ziele nach § 4 dieser Vereinbarung erreicht wurden. Gleichzeitig prüfen die Vereinbarungspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnissen für die künftige Arzneimittelausgabensteuerung und Arzneimittelversorgung zu ziehen sind.

§ 7

Folgen der Einhaltung aller Zielwerte

- (1) Hält ein Vertragsarzt alle ihn betreffenden und vereinbarten Ziele (v.a. DDD-Quotenziele) ein, so gilt er hinsichtlich seines Ordnungsverhaltens weder als auffällig, noch wird von einem normabweichenden Verhalten ausgegangen, so dass insofern eine Auffälligkeitsprüfung grundsätzlich nicht mehr durchgeführt wird.
- (2) Ausnahmsweise wird eine Prüfung dann durchgeführt, wenn begründete Zweifel bestehen, dass durch die Einhaltung der Zielwerte die Wirtschaftlichkeit als belegt angesehen werden kann.

§ 8

Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Zielwerte

Hält ein Vertragsarzt die nachfolgend in der Übersicht angeführte Anzahl der für seine Fachgruppe vereinbarten Ziele nicht ein, so erhält dieser spätestens acht Wochen nach Ende des Quartals, in dem er seine Zielwerte verfehlt hat, ein Angebot zur Teilnahme an einer Pharmakotherapieberatung. Dabei ist dem Vertragsarzt Gelegenheit zu geben, die Gründe der Nichtzielerreichung zu erläutern.

| Zahl der insgesamt für die Fachgruppe vereinbarten Ziele | Mindestzahl der nicht erreichten Ziele für Angebot Pharmakotherapieberatung |
|---|--|
| ein Ziel | ein Ziel |
| zwei Ziele | ein Ziel |
| drei Ziele | ein Ziel |
| vier Ziele | ein Ziel |
| fünf Ziele | zwei Ziele |

Nimmt ein Vertragsarzt das Angebot zur Pharmakotherapieberatung nicht wahr oder ist nach Ablauf eines weiteren Quartals eine Zielerreichung nicht feststellbar, so stellen die Partner dieser Vereinbarung einen gemeinsamen Prüfantrag gemäß § 11 Absatz 1d) in Verbindung mit § 15 der Prüfvereinbarung.

§ 9

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vereinbarungspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegenkommt.
- (2) Soweit durch gesetzgeberische Maßnahmen für das Kalenderjahr 2022 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2023 angemessen berücksichtigt.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen, die den besonderen Versorgungsformen zugeordnet werden, in dem Ausgabenvolumen nach § 2 dieser Vereinbarung enthalten sind. Die Vertragspartner verpflichten sich, die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel aus Verordnungen von Einrichtungen, die besonderen Versorgungsformen zugeordnet werden können, in Summe zu ermitteln.

§ 10

Laufzeit, Anschlussvereinbarung

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2022. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2022 erfolgt.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

Stephan Koberg
Stellvertretender Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Andreas Woggon
Leiter Landesvertragspolitik Nord-West

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dr. Simone Kunz
Abteilungsleiterin

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW