

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

- BARMER
- Techniker Krankenkasse (TK)
- 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 2017

§ 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 2017 abschließend auf den Betrag von

Euro

3.913.875.740

festgelegt. Zusätzlich ist ein Sonderausgabenvolumen für Arzneimittel zur Behandlung der chronischen Hepatitis C in Höhe von 195.000.000 Euro für das Jahr 2017 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 2017 zu erreichen, verweisen die Vereinbarungspartner u. a. auf die Rahmenempfehlungen nach § 84 Abs.6 SGB V (Arzneimittel) des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung für das Jahr 2017 sowie auf die Marktübersicht „Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Arzneimittel zu Analogpräparaten“.

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

Generika

Erreichung oder Überschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Versorgungsanteils (Zielwert) der generikafähigen Verordnungen (Verordnungen für Generika und Arzneimittel ohne Patentschutz) am Gesamtfertigarzneimittelmarkt für das Kalenderjahr 2017 gemäß nachfolgender Tabelle. Gleichzeitig sollen nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt und dabei von Krankenkassen geschlossene Rabattverträge mit Generika-Anbietern berücksichtigt werden.

Arztgruppe	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes, Verordnungen* Generika und Arzneimittel ohne Patentschutz am Gesamtfertigarzneimittelmarkt
Allgemeinmediziner	91,0%
Anästhesisten	80,5%
Augenärzte	79,5%
Chirurgen	82,0%
Gynäkologen	82,0%
HNO-Ärzte	89,5%
hausärztliche Internisten	91,0%
Hautärzte	73,5%
Fachärztl. Internisten	72,0%
Kinderärzte	84,0%
Nervenärzte/Neurologen	85,0%
Orthopäden	91,0%
Psychotherapeuten/Psychiater	90,0%
Urologen	86,0%

* Packungen

Me-Too-Präparate

Einhaltung oder Unterschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Verordnungsanteils (Zielwert) des Bruttoumsatzes der Me-too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten, am Gesamtmarkt für das Kalenderjahr gemäß nachfolgender Tabelle:

Arztgruppe	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes Bruttoumsatz Me-Too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten am Gesamtmarkt
Allgemeinmediziner	1,8%
Augenärzte	0,5%
Gynäkologen	1,7%
HNO-Ärzte	1,0%
hausärztliche Internisten	1,8%
Hautärzte	0,5%
fachärztl. Internisten	2,5%
Kinderärzte	0,5%
Nervenärzte/Neurologen	2,0%
Urologen	1,0%

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

b) die Verordnung von Blutzuckertestgeräten, bei denen in der Folge die Ausgaben für 50 Blutzuckerteststreifen, soweit diese durch eine Apotheke abgegeben werden, den Betrag in Höhe von 27,07 EUR brutto nicht überschreiten. Dies gilt gleichermaßen für im Rahmen von Diabetikerschulungen kostenfrei an Versicherte abgegebene Blutzuckertestgeräte.

Die durchschnittlichen Preise je Teststreifen pro Praxis sollten 0,49 € (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 Wirkstoffgruppen¹:

Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
KBV Medikationskatalog: Anteil Standardwirkstoffe an allen Wirkstoffen des Kataloges. Der Anteil der nachrangig zu verordnenden Präparate sollte 8% nicht übersteigen	mindestens 73%
Blutzuckerteststreifen der Preisgruppe B, A2	mindestens 82,5% (Anzahl der Packungen)

Anästhesisten

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Opioide: Anteil generikafähiger Markt	mindestens 90,0%
Btm-pflichtige Opioide: Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 75,0%

¹ Der generikafähige Markt umfasst alle Verordnungen über Generika und Arzneimittel ohne Patentschutz.

Augenärzte

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Glaukomtherapeutika: Anteil generikafähiger Markt	mindestens 70,0%

Chirurgen

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika: Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Opioide: Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Btm-pflichtige Opioide: Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 75,0%
Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): Anteil Preiswerter DOAK an allen DOAK	mindestens 50%

Fachärztliche Internisten

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono), Pravastatin (mono), Atorvastatin (mono)	mindestens 86,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Metformin	mindestens 45,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-Sytem, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): Anteil Preiswerter DOAK an allen DOAK	mindestens 50%
Blutzuckerteststreifen der Preisgruppe B, A2 (Anzahl der Packungen)	mindestens 82,5%
nur für Nephrologen	
Erythropoietin, Anteil Biosimilars	mindestens 63,0%
nur für Gastroenterologen	
TNF-alpha-Inhibitoren Anteil Biosimilars	mindestens 23%
nur für Rheumatologen	
TNF-alpha-Inhibitoren Anteil Biosimilars	mindestens 15%

Gynäkologen

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%

Hautärzte/Dermatologen

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
TNF-alpha-Inhibitoren Anteil Biosimilars	mindestens 6%

HNO-Ärzte

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%

Kinderärzte

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Somatropin: Anteil Biosimilars	mindestens 20%

Neurologen/Nervenärzte

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
MS-Basistherapeutika (Interferon-beta-1a, PEG-Interferon-beta-1a, Interferon-beta-1b, Glatirameracetat) Anteil Interferon-beta-1a und PEG- Interferon-beta 1a	höchstens 42,5%

Orthopäden

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat/Risedronat (inkl. Kombinationen)	mindestens 82,0%
Opiode, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 94,0%
Btm-pflichtige Opiode, Anteil nicht transdermal applizierte Opiode	mindestens 70,0%

Urologen

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
alpha-Rezeptorenblocker, Anteil Tamsulosin	mindestens 82,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Leuprorelin: Anteil preiswerter Leuprorelinpräparate	mindestens 21%

Die Zuordnung zu den Fachgruppen erfolgt auf Grundlage der Fachgruppencodierungen in Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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, Antiasthmatica, Protonenpumpeninhibitoren sowie der Arzneimittel zur Therapie von HIV-Infektionen.
- 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.²
- Prüfung des indikationsgerechten Einsatzes bzw. der Notwendigkeit der Verordnungen von Arzneimitteln bei Dauer- oder Krankenhausentlassmedikation.
- Leitliniengerechter Einsatz der Arzneimittel zur Behandlung der Multiplen Sklerose³ insbesondere der zuletzt eingeführten Wirkstoffe oder Wirkprinzipien (u.a. Alemtuzumab, Cannabisextrakt/Cannabidiol/ Tetrahydrocannabinol, Dimethylfumarat, Fampridin, Natalizumab, PEG-Interferon-Beta oder Teriflunomid)⁴.
- Vorrangige Berücksichtigung verfügbarer, preisgünstiger Biosimilars bei der Verordnung, sofern der Einsatz von Biologicals therapeutisch notwendig und angezeigt ist.
- Einsatz der neuen, oralen Antikoagulantien gemäß den Empfehlungen der AKdÄ.
- 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).

² 2015; KV Nordrhein: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte 55.150; GKV gesamt: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte 51.252; Quelle GAmSI)

³ Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.; Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose

⁴ Aufzählung der Wirkstoffe in alphabetischer Reihenfolge

- 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.

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 § 115 c 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 Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte in Nordrhein
 - Quartalsweisen Weiterleitung einer Auswertung der zusammengeführten Frühinformationsstrukturdaten (GAmSi) bzw. der 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 § 115 c SGB V nicht nachkommen, soweit die KV Nordrhein hierüber Kenntnis erlangt.

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

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 sowohl die Generikaquote als auch die Me-too-Quote ein und werden von ihm auch alle weiteren, ihn betreffenden und vereinbarten Ziele (v.a. DDD-Quotenziele) erfüllt, 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. § 106 SGB V, insbesondere die Regelung in Absatz 2 S. 7, bleibt unberührt.
- (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
sechs Ziele	zwei Ziele
sieben 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 1 d) 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 entgegen kommt.
- (2) Soweit durch gesetzgeberische Maßnahmen für das Kalenderjahr 2017 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2017 angemessen berücksichtigt.
- (3) Die Vereinbarungspartner stimmen weiterhin überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen nach § 116 b SGB V pauschal mit einem

Betrag in Höhe von 30.711.649,84 EURO berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2017 unter- oder überschritten, so wird die Höhe des Ausgabenvolumens 2017 für Arznei- und Verbandmittel um die Differenz aus dem o. g. Betrag und den tatsächlich ermittelten Ausgaben für Verordnungen nach § 116b SGB V bereinigt. Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen weisen die Kosten nach Satz 1 gesondert aus.

§ 10 **Laufzeit, Anschlussvereinbarung**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2017. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2017 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

Ralf Heinser
Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Bettina am Orde
Geschäftsführerin

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW