

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 2024**

§ 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 2024 abschließend auf den Betrag von

5.570.110.150 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 2024 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 Blutzuckerteststreifen
Keine Insulintherapie	Keine Teststreifen, nur Urin- und Blutzuckerteststreifen gemäß Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie im Ausnahmefall*
Einfache Insulintherapie (1x tägliche Gabe, CT)	In der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; Ausnahme: maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Multiple Insulintherapie (MID)	In der Regel 400 Teststreifen pro Quartal; Ausnahme: maximal 600 Teststreifen pro Quartal
Patienten mit kontinuierlicher Glucosemessung (CGM)	Nach Bedarf 50 bis 200 Teststreifen pro Quartal

- 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 0,47 Euro (brutto) nicht überschreiten. Der durchschnittliche Preis je Teststreifen in Nordrhein soll 0,45 Euro (brutto nach GAmSi) 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 Standard- und Reservewirkstoffe an allen Wirkstoffen des Kataloges.	mindestens 95 %
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono), Pravastatin (mono), Atorvastatin (mono), Rosuvastatin (mono) gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr.	mindestens 90 %
Blutzuckerteststreifen (BZT) Durchschnittspreis pro Teststreifen gilt ab VO von 5.000 BZT pro Jahr	maximal 0,47 Euro*
Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): Anteil Preiswerter DOAK an allen DOAK	mindestens 90 %**
Anteil an Patienten, die mit Protonenpumpeninhibitoren behandelt werden, an allen Arzneimittelpatienten	maximal 19 %

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 2024 ausgesetzt

Chirurgen

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Heparine: Anteil Biosimilars	Quote in 2024 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 80 %
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Metformin gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr	Quote in 2024 ausgesetzt
Blutzuckerteststreifen (BZT) Durchschnittspreis pro Teststreifen gilt ab VO von 5.000 BZT pro Jahr	maximal 0,47 Euro*
Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): Anteil preiswerter DOAK an allen DOAK	mindestens 90 %**
zusätzlich für Nephrologen	
Erythropoietin, Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr	mindestens 82,5 %**
zusätzlich für Gastroenterologen	
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 %**
zusätzlich für Rheumatologen	
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 %**
zusätzlich 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 %**
Orale Antiandrogene Anteil generikafähige Wirkstoffe gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr	mindestens 60 %

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 50 % *

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 40 % *

* 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, Diroximelfumarat, Teriflunomid) Anteil Interferon-beta-1a, PEG-Interferon-beta 1a und Interferon-beta-1b gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr	höchstens 27,5 %

Orthopäden

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Mittel zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat/Risedronat (inkl. Kombinationen)	mindestens 59 %

Heparine: Anteil Biosimilars	Quote in 2024 ausgesetzt
Teriparatid: Anteil Biosimilars gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr	mindestens 62,5%*

*im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt

Urologen

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Mittel bei benigner Prostatahyperplasie Anteil Tamsulosin inkl. Kombinationen	mindestens 80 %
Leuprorelin: Anteil preiswerter Leuprorelinpräparate	mindestens 50 %*
Orale Antiandrogene Anteil generikafähige Wirkstoffe gilt ab VO von 1.825 DDD pro Jahr	mindestens 60 %

*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 Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung sollen die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln beachtet werden. Vertragsärzte sollten

- Arzneimittel vorrangig nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnen, oder
- preisgünstige Generika bevorzugen und
- aut idem zulassen, ausgenommen in medizinisch begründeten Sonderfällen (Unterstützung von Rabattverträgen).

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, 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 Protonenpumpen-inhibitoren 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

¹ 2022; KV Nordrhein: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte 51.076; GKV gesamt: DDD [PPI] je 1.000 GKV-Versicherte 47.352; Quelle GAmSI)

- 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)
- 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.
- 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 Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte in Nordrhein,
 - quartalsweisen Weiterleitung einer Auswertung der zusammengeführten Frühinformationsstrukturdaten bzw. arztindividuellen Arzneimittelrendmeldung 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) 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 01.01.2024 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2024. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2024 erfolgt.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König, M. san.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Stv. Vorsitzender des Vorstandes

Stephan Koberg
Stellvertretender Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Sandra Kelling
Leiterin Team Verträge Arznei- und Heilmittel

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Timo Mundt
Fachbereichsleiter

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW