

zur Änderung des EBM vom 31.08.2011 wie folgt anzupassen.

Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Augenheilkunde ist um die Änderung der Bewertungen einzelner GOP anzupassen und wird, multipliziert mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals, dem in Schritt 2 Abs. 2x) gebildeten Kontingent zur Vergütung der GOP 06225 EBM zugeführt.

Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie für Phoniatrie und Pädaudiologie erhöht sich zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durch die ermittelten Anpassungsfaktoren für die neu in den EBM aufgenommenen Leistungen mit der Maßgabe, dass eine arztgruppenspezifische Anpassung ggf. auch für Folgezeiträume erfolgt, wenn die Abrechnungsergebnisse zeigen, dass die Leistungsentwicklung von den ermittelten Anpassungsfaktoren abweicht.

Im Zusammenhang mit den onkologischen Zusatzpauschalen im EBM erfolgt eine Aufwertung der Grundpauschalen des EBM und damit zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches eine Erhöhung des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals für die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und für Urologie.“

- Schritt 3 Abs. 2b) Satz 1 wird ergänzt um den Nebensatz „, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.“
- Schritt 3 Abs. 2b) letzter Unterabsatz erhält folgende neue Fassung:  
„Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Teilradiologie wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt.“

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um 10% abgesenkt, wobei das sich nach dieser Berechnungsweise zu Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 je Arztgruppe für die leistungsfallbezogenen QZV ergebende Differenzvolumen dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe zugeführt wird.“

- Schritt 4 Satz 4 wird ersatzlos gestrichen.

### Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirk-

samen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, den 11.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
gez. Dr. med. Peter Potthoff  
Vorsitzender des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
gez. Bernhard Brautmeier  
Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse  
gez. Wilfried Jacobs  
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST  
gez. Jörg Hoffmann  
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW  
gez. Heinz-Josef Voß  
Direktor

IKK classic  
gez. Andreas Woggon  
Landesbereichsleiter Vertragspolitik  
Nordrhein

Verband der Ersatzkassen e. V.  
gez. Andreas Hustadt  
Leiter der Landesvertretung NRW

Knappschaft  
gez. Dr. Georg Greve  
Erster Direktor

## Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

IKK classic  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen  
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster  
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-  
(LKK NRW)

der Knappschaft  
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen  
– BARMER GEK, Berlin  
– Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg  
– Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse), Hamburg  
– KKH – Allianz Ersatzkasse, Hannover

- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V  
 Verband der Ersatzkassen e. V., (vdek),  
 vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW

### über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2012

#### § 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 2012 abschließend auf den Betrag von

**EUR**  
**3.306.547.579,12**

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 2012 zu erreichen, verweisen die Vereinbarungspartner u. a. auf die Rahmenempfehlungen nach § 84 Abs.7 SGB V (Arzneimittel) des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2012 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 Generikaverordnungen am generikafähigen Markt für das Kalenderjahr 2012 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 (Fachruppenschlüssel)	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes, Brutto-Generikumsatz am generikafähigen Markt	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes, Verordnungen* Generika am generikafähigen Markt
Allgemeinmediziner	85,1%	90,3%
Anästhesisten	76,8%	82,3%
Augenärzte	80,4%	90,2%
Chirurgen	70,5%	90,6%
Gynäkologen	80,8%	86,5%
HNO-Ärzte	89,4%	91,5%
hausärztliche Internisten	85,1%	90,3%
Hautärzte	80,4%	80,4%
fachärztl. Internisten	65,0%	84,0%
Kinderärzte	82,7%	83,0%
Nervenärzte/Neurologen	73,1%	85,3%
Orthopäden	85,4%	90,6%
Psychotherapeuten/ Psychiater	71,0%	86,0%
Urologen	80,7%	88,1%

\* Packungen

Soweit sonstige Arztgruppen ihr Richtgrößenvolumen - auch unterjährig - überschreiten, werden mit den hiervon betroffenen Vertragsärzten individuelle, ggf. von den in § 4 Abs. 2 genannten Zielfeldern abweichende Zielwerte vereinbart.

### Me-too-Präparate

Einhaltung oder Unterschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Ordnungsanteils (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	4,5%
Augenärzte	1,5%
Gynäkologen	1,8%
HNO-Ärzte	4,0%
hausärztliche Internisten	4,5%
Hautärzte	1,8%
fachärztl. Internisten	4,5%
Kinderärzte	1,0%
Nervenärzte/Neurologen	9,0%
Urologen	2,0%

Soweit sonstige Arztgruppen ihr Richtgrößenvolumen - auch unterjährig - überschreiten, werden mit den hiervon betroffenen Vertragsärzten individuelle, ggf. von den in § 4 Abs. 2 genannten Zielfeldern abweichende Zielwerte vereinbart.

### Blutzuckerteststreifen/Blutzuckertestgeräte

Bei der Verordnung von Blutzuckerteststreifen/Blutzuckertestgeräten 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

wird auf die Empfehlungen der Vereinbarungspartner in Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung für das Kalenderjahr 2012 verwiesen.

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 27,19 EUR brutto nicht überschreiten. Dies gilt gleichermaßen für im Rahmen von Diabetikerschulungen kostenfrei an Versicherte abgegebene Blutzuckertestgeräte.

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:

a) Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten

Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono)	mindestens 82,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Glibenclamid/Glimepirid/Metformin	mindestens 86,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-System, Anteil Generika	mindestens 79,5%

b) Anästhesisten

Anästhesisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Opioide, Anteil Generika	mindestens 70,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 70,0%

c) Augenärzte

Augenärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Glaukomtherapeutika, Anteil Generika	mindestens 42,0%

### d) Chirurgen

Chirurgen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%
Opioide, Anteil Generika	mindestens 70,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 70,0%

### e) Fachärztliche Internisten

Fachärztliche Internisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono)	mindestens 75,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Glibenclamid/Glimepirid/Metformin	mindestens 80,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-System, Anteil Generika	mindestens 70,0%
nur für Nephrologen	
Erythropoietin, Anteil Biosimilars	mindestens 40,0%

### f) Gynäkologen

Gynäkologen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%

### g) HNO-Ärzte

HNO-Ärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%

### h) Kinderärzte

Kinderärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%

### i) Orthopäden

Orthopäden	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat (mono)	mindestens 58,0%
Opioide, Anteil Generika	mindestens 83,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 65%

### j) Urologen

Urologen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
alpha-Rezeptorenblocker, Anteil Tamsulosin	mindestens 80,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 90,0%
Urospasmolytika, Anteil Generika	mindestens 35,0%

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).

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 Ordnungsweise 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 Ordnungsweise, 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 Arzneimittelrendmeldung (GAmSi-Arzt) an die Vertragsärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise
- Quartalsweisen Weiterleitung einer zeitnahen arztindividuellen Auswertung der Quoten nach § 4 Abs. 2
- Weiterleitung der durch die gemeinsame Arbeitsgruppe (§ 3) vorgeschlagenen Maßnahmen und Informationen sowie der Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -testgeräten 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 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 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 eingehalten und die Ziele nach § 4 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 sämtliche, ihn betreffende DDD-Quotenziele erfüllt, so gilt er hinsichtlich seines Ordnungsverhaltens weder als auffällig, noch wird von einem normabweichenden Verhalten ausgegangen, sodass insofern eine Wirtschaftlichkeitsprüfung 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

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 e) in Verbindung mit § 16 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 2012 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2013 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 29.558.838,97 EURO berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2012 unter- oder überschritten, so wird die Höhe des Ausgabenvolumens 2012 für Arznei- und Verbandmittel um die Differenz aus dem o. g. Betrag und den tatsächlich ermittelten Ausgaben für Verordnungen nach § 116 b 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 01.01.2012 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2012. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2012 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 30.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Dr. med. Peter Potthoff  
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse  
Wilfried Jacobs  
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier  
Vorstand

BKK-Landesverband  
NORDWEST  
Jörg Hoffmann  
Vorsitzender des Vorstandes

IKK classic  
Andreas Woggon  
Landesbereichsleiter Vertragspolitik  
Nordrhein

Knappschaft Bochum  
Die Geschäftsführung  
Dr. Georg Greve  
Erster Direktor

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Nordrhein-Westfalen  
Heinz-Josef Voß  
Direktor

Verband der Ersatzkassen e.V.  
Andreas Hustadt  
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

## Vereinbarung

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK classic  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen  
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster  
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-  
(LKK NRW)

der Knappschaft  
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen