

IV. In **Anlage 2, Schritt 2**, Abs. 2f) erhält der erste Spiegelpunkt folgende Fassung:

„die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind zuzüglich der Vergütungsvolumina für die Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie“

In **Anlage 2, Schritt 2**, Abs. 2f) wird der dritte Spiegelpunkt ersatzlos gestrichen.

V. Die **Anlage 2, Schritt 6**, Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„1) Berechnung des RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen

Die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Fälle der angestellten Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugeordnet.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Gewichtungsfaktor multipliziert. Dieser Faktor errechnet sich im Wesentlichen aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem des Arztes dividiert durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem der jeweiligen Arztgruppe.“

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

der IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Hoher Heckenweg 76 - 80, 48147 Münster

der Knappschaft
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum

und
den Ersatzkassen

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

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 2015

§ 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 2015 abschließend auf den Betrag von

**EUR
3.839.130.000**

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 2015 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 2015 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 am Gesamtfertigarzneimittelmarkt für das Kalenderjahr 2015 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* generikafähiger Arzneimittel am Gesamtfertigarzneimittelmarkt
Allgemeinmediziner	90,5%
Anästhesisten	80,5%
Augenärzte	75,0%
Chirurgen	80,0%
Gynäkologen	82,0%
HNO-Ärzte	89,0%
Hausärztliche Internisten	90,5%
Hautärzte	73,5%
Fachärztliche Internisten	70,0%
Kinderärzte	84,0%
Nervenärzte/Neurologen	85,0%
Orthopäden	91,0%
Psychotherapeuten/ Psychiater	90,0%
Urologen	86,0%

* 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 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	3,0%
Augenärzte	1,0%

Amtliche Bekanntmachungen

Arztgruppe	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zurechnenden Vertragsarztes Bruttoumsatz Me-too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten am Gesamtmarkt
Gynäkologen	1,8%
HNO-Ärzte	2,0%
Hausärztliche Internisten	3,0%
Hautärzte	1,0%
Fachärztliche Internisten	3,0%
Kinderärzte	1,0%
Nervenärzte/Neurologen	6,0%
Urologen	1,5%

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 2015 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 27,07 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), Pravastatin (mono), Atorvastatin (mono)	mindestens 92,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Metformin	mindestens 49,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-System, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 94,0%
Blutzuckerteststreifen der Preisgruppe B, A2	mindestens 60,0% (Anzahl der Packungen)

b) Anästhesisten

Anästhesisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Opiode, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 85,0%
Btm-pflichtige Opiode, Anteil nicht transdermal applizierte Opiode	mindestens 75,0%

c) Augenärzte

Augenärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Glaukomtherapeutika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 68,0%

d) Chirurgen

Chirurgen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Opiode, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 94,0%
Btm-pflichtige Opiode, Anteil nicht transdermal applizierte Opiode	mindestens 75,0%

e) Fachärztliche Internisten

Fachärztliche Internisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono), Pravastatin (mono), Atorvastatin (mono)	mindestens 85,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Metformin	mindestens 45,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-System, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 94,0%
Blutzuckerteststreifen der Preisgruppe B, A2	mindestens 60,0% (Anzahl der Packungen)
nur für Nephrologen	
Erythropoietin, Anteil Biosimilars	mindestens 60,0%

f) Gynäkologen

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

g) HNO-Ärzte

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

h) Kinderärzte

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

i) Orthopäden

Orthopäden	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat/Risedronat (inkl. Kombinationen)	mindestens 75,0%
Opioide, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 94,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 70,0%

j) Urologen

Urologen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
alpha-Rezeptorenblocker, Anteil Tamsulosin	mindestens 80,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 95,0%
Urospasmolytika, Anteil generikafähiger Markt	mindestens 60,0%

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).

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.
- Prüfung des indikationsgerechten Einsatzes bzw. der Notwendigkeit der Verordnungen von Arzneimitteln bei Dauer- oder Krankenhausentlassmedikation insbesondere bei Protonenpumpen-Inhibitoren.
- Leitliniengerechter Einsatz der Arzneimittel zur Behandlung der Multiplen Sklerose¹ insbesondere der zuletzt eingeführten Wirkstoffe oder Wirkprinzipien (u.a. Alemtuzumab, Cannabisextrakt/Cannabidiol/Tetrahydrocannabinol, Dimethylfumarat, Fampridin, Natalizumab, Peg-Interferon-Beta oder Teriflunomid)².
- Die Vereinbarung eines Erstattungspreises nach § 130b SGB V ist kein hinreichendes Kriterium für eine wirtschaftliche Ordnungsweise.

- Vorrangige Berücksichtigung verfügbarer Biosimilars bei der Verordnung, sofern der Einsatz von Biologicals therapeutisch notwendig und angezeigt ist.
- Einsatz der neuen, oralen Antikoagulantien gemäß den Empfehlungen der AKdÄ.

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.

¹ Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.; Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose

² Aufzählung der Wirkstoffe in alphabetischer Reihenfolge

§ 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 (GAmSi) bzw. der arztindividuellen Arzneimittelrendmeldung

(GAmSi-Arzt) an die Vertragsärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise

- 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 § 115c 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 Verein-

barungspartner, 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, so dass 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
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 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 entgegenkommt.
- (2) Soweit durch gesetzgeberische Maßnahmen für das Kalenderjahr 2015 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2016 angemessen berücksichtigt.
- (3) Die Vereinbarungspartner stimmen weiterhin überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen nach § 116b SGB V pauschal mit einem Betrag in Höhe von 30.711.649,84 Euro berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2015 unter- oder überschritten, so wird die Höhe des Ausgabenvolumens 2015 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 01.01.2015 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2015. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2015 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, Dresden, den 30.11.2014

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur. Vorsitzender	AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse Günter Wältermann Vorsitzender des Vorstandes
--	---

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

BKK-Landesverband NORDWEST Ass. jur. Dietmar Kämper Geschäftsbereichsleiter	IKK classic Andreas Woggon Geschäftsbereichsleiter Vertragspartner Nordrhein
--	---

Knappschaft Bochum Bettina am Orde Geschäftsführerin	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
--	---

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW