

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

für das Jahr 2023

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse*,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
- der IKK classic*,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
(* handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
- dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord –
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
- 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 Niedersachsen,
Schillerstraße 32, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

PRÄAMBEL

Diese Vereinbarung umfasst für das jeweils folgende Kalenderjahr das Ausgabenvolumen der insgesamt von den Vertragsärzten der KVN veranlassten Arzneimittel. Gemeinsames Ziel der Vertragspartner dieser Vereinbarung ist es, auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und zugleich wirtschaftliche Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) orientiert. Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für Arzneimittel für das Jahr 2023. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung konkrete Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsziele sowie ein darauf ausgerichtetes Maßnahmenpaket für das Jahr 2023 fest. Das Ziel besteht darin, im Jahr 2023 durch gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Arzneimittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabenvolumen für das Jahr 2023

- (1) Basis für das Ausgabenvolumen 2023 sind die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V vom 29.09.2022.
- (2) KVN und die Verbände der Krankenkassen vereinbaren ein Ausgabenvolumen für die von den Vertragsärzten nach § 31 SGB V veranlassten Ausgaben für Arzneimittel.
- (3) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2023 beträgt

4.043.174.000,00 €

- (4) Aufgrund der durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 09. August 2019 erfolgten Änderung des § 47 Arzneimittelgesetz (AMG) hat sich der Versorgungsweg für ambulante Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen bei Hämophilie (§ 132i SGB V n.F.) mit Wirkung zum 01. September 2020 geändert. Die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung auf das Arzneimittelvolumen in Niedersachsen werden zwischen den Vertragspartnern bewertet und verhandelt.

§ 2

Ermittlung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2023

- (1) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens werden die nach § 84 Abs. 5 SGB V zu erfassenden Ausgaben herangezogen.
- (2) Die Verbände stellen sicher, dass Verordnungen von Einrichtungen nach den §§ 116b, 117, 118, 118a, 119, 119a, 119b, 119c, 132d und 132i SGB V nicht zur Ermittlung des Ausgabenvolumens angerechnet werden. Für das Jahr 2023 werden die arztbezogenen geprüften Arzneimitteljahresdaten aus GAmSi herangezogen. Sollten relevante Verordnungsvolumina dieser Einrichtungen aus der vertragsärztlichen Versorgung verlagert werden, so kann über eine Anpassung des Ausgabenvolumens verhandelt werden. Diese Verlagerung ist durch entsprechende Daten zu belegen.
- (3) Der GKV-Spitzenverband führt jährlich unter den Krankenkassen im Frühjahr eine Abfrage der Betriebsstättennummern (BSNR) zur Vorbereitung auf das GAmSi-Jahresverfahren für das vorhergehende Datenjahr durch. Die angefragten Angaben dienen der Abgrenzung und dem Ausschluss ambulanter Leistungsbereiche gemäß § 2 Abs. 2 dieser Vereinbarung bei der Ermittlung der Arzneimittelausgaben in den GAmSi-Berichtszweigen gemäß § 84 Abs. 5 SGB V. Zu diesem Zweck übermittelt die KVN den Verbänden der Krankenkassen die entsprechenden BSNR von Einrichtungen nach § 2 Abs. 2, soweit diese bekannt sind, bis zum 30.04.2024.
- (4) Soweit im Jahr 2023 in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V in bestandskräftig gewordenen Bescheiden und rechtskräftig gewordenen gerichtlichen Entscheidungen Regresse festgesetzt worden sind, sind diese bei der Ermittlung des Ausgabenvolumens 2023 mindernd zu berücksichtigen.

§ 3

Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

- (1) Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2023 vereinbaren die Vertragspartner für ärztliche Vergleichs-/Fachgruppen spezifische Wirtschaftlichkeitsziele für Arzneimittel gemäß Anlage 1. Die Darstellung der Wirtschaftlichkeitsziele und Hinweise zu den Wirtschaftlichkeitszielen in der Praxisverwaltungssoftware für Ärzte werden befürwortet.

- (2) Die Vertragspartner vereinbaren in § 5 Verordnungsgrundsätze, die den Vertragsärzten als Orientierung dienen und sie bei der wirtschaftlichen Verordnungsweise unterstützen.

§ 4

Zielvorgaben

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren arztindividuelle vergleichs- bzw. fachgruppenbezogene Wirtschaftlichkeitsziele mit dem Zweck, das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Ordnungsweise positiv zu beeinflussen. Dazu definieren die Vertragspartner für ärztliche Vergleichs-/Fachgruppen Arzneimittelgruppen von wirtschaftlichen Arzneimitteln im Sinne dieser Vereinbarung und geben Wirtschaftlichkeitsziele auf der Basis von definierten Tagesdosen (defined daily dose, DDD) vor. Diese Wirtschaftlichkeitsziele sollen die wesentlichen Anwendungsgebiete und die wesentlichen Ordnungskosten abdecken.
- (2) Je ärztlicher Vergleichs-/Fachgruppe werden für das Vertragsjahr zwei oder drei Wirtschaftlichkeitsziele als Quoten in Anlage 1 festgelegt. Für die in Anlage 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele je Fach-/Vergleichsgruppe wird eine bestimmte Gewichtung, zur Reduzierung des Überschreitungs Betrags (Betrag oberhalb der Interventionsgrenze gemäß Prüfvereinbarung) im Rahmen der Vorabprüfung zur Prüfung nach Durchschnittswerten für den Ordnungsbereich Arznei-, Verbandmittel einschl. Sprechstundenbedarf, anhand folgender gleichgewichteter Bewertungskriterien festgelegt:
- Anteil DDD der Arzneimittelgruppe/ATC-Code (Nenner in der Zielquote) am Gesamtordnungsvolumen der Fach-/Vergleichsgruppe
 - Anteil Bruttokosten der Arzneimittelgruppe/ATC-Code (Nenner in der Zielquote) am Gesamtordnungsvolumen der Fach-/Vergleichsgruppe
 - Anteil des Potentials je Zielquote am Gesamtpotential aller Ziele der Fach-/Vergleichsgruppe

Die sich daraus errechnete Summe der Mittelwerte je Wirtschaftlichkeitsziel wird auf 100 Prozentpunkte normiert.

Anlage 2 beschreibt die Wirtschaftlichkeitsziele und deren Messung.

- (3) Durch die Einhaltung eines Wirtschaftlichkeitsziels reduziert sich der Überschreitungs betrag (Betrag oberhalb der Interventionsgrenze gemäß Prüfvereinbarung) einer Vergleichs-/Fachgruppe einer Praxis prozentual entsprechend der für das eingehaltene

Wirtschaftlichkeitsziel definierten Gewichtung. Bei Einhaltung aller Wirtschaftlichkeitsziele, die für den Arzt bzw. die Ärzte einer Vergleichs-/Fachgruppe einer Praxis festgelegt sind, reduziert sich der Überschreibungsbetrag (Betrag oberhalb der Interventionsgrenze gemäß Prüfvereinbarung) um 100 Prozent. Bedient ein Arzt bzw. bedienen die Ärzte einer Vergleichs-/Fachgruppe einer Praxis ein Wirtschaftlichkeitsziel nicht, d. h. werden in einem Wirtschaftlichkeitsziel von einem Arzt bzw. den Ärzten einer Vergleichs-/Fachgruppe einer Praxis keine Verordnungen vorgenommen, so wird die Gewichtung der verbleibenden Wirtschaftlichkeitsziele entsprechend ihrem Verhältnis zueinander höher gesetzt, so dass die Gewichtung in der Summe 100 Prozent ergibt. Bedient ein Arzt bzw. bedienen die Ärzte einer Vergleichs-/Fachgruppe einer Praxis nur ein Wirtschaftlichkeitsziel, d. h. werden von einem Arzt bzw. den Ärzten einer Vergleich-/Fachgruppe einer Praxis nur Verordnungen in einem Wirtschaftlichkeitsziel getätigt, so wird dieses Wirtschaftlichkeitsziel mit 100 Prozent gewichtet.

- (4) In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) erfolgt die Feststellung, ob die Wirtschaftlichkeitsziele erfüllt sind, für jede Fach-/Vergleichsgruppe separat. Bei Erfüllung der Wirtschaftlichkeitsziele wird der Überschreibungsbetrag (Betrag oberhalb der Interventionsgrenze gemäß Prüfvereinbarung) der jeweiligen Fach-/Vergleichsgruppe entsprechend der Gewichtung des Wirtschaftlichkeitsziels reduziert.
- (5) Nebenbetriebsstätten werden in der Hauptbetriebsstätte zusammengefasst.

§ 5

Verordnungsgrundsätze

Um die Erreichung der Zielvorgaben nach § 4 sicherzustellen verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnungsweise:

- a) Die Verordnungsmengen sollten auf das Therapieziel abgestimmt sein. Nicht medikamentöse Alternativen sind zu prüfen.
- b) Arzneimittel sollen vorrangig unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet werden.
- c) Die Aut-idem Substitution sollte zugelassen werden (kein Aut-idem-Kreuz). Ausgenommen sind medizinisch begründete Einzelfälle.
- d) Generische Wirkstoffe in Verbindung mit Rabattverträgen stellen eine wirtschaftliche Form der Arzneimittelversorgung dar. Die Beachtung von Rabattverträgen ist einem Preisvergleich anhand der Verkaufspreise (Listenpreise) vorzuziehen.
- e) Für patentgeschützte, nicht generikafähige Arzneimittel (Originale) sollen vergleichbare, wirkstoffverwandte generische Alternativen mit Rabattvertrag geprüft und vorrangig verordnet werden.
- f) Arzneimittel, die laut dem KBV-Medikationskatalog in der jeweiligen aktuellen Fassung mit der Priorität 1 versehen sind, sollen als Standard verordnet werden. Arzneimittel, die laut dem KBV-Medikationskatalog mit der Priorität 2 versehen sind, sollen als Reserve verordnet werden. Verordnungen von Arzneimitteln, die laut dem KBV-Medikationskatalog mit der Priorität 3 versehen sind, sollen nachrangig verordnet werden.
- g) Für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologicals) sollen preisgünstige biosimilare Alternativen (Biosimilars) geprüft werden und sind möglichst vorrangig zu verordnen.
- h) Arzneimittel, für die ein Nutzenbewertungsverfahren nach § 35a SGB V durchgeführt wurde, sollten möglichst nur in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen verordnet werden.

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

- der medizinisch notwendige Gesamtquartalsbedarf an Blutzuckerteststreifen sollte in einer Verordnung erfolgen. Hinsichtlich des medizinisch notwendigen Quartalsbedarfs an Blutzuckerteststreifen verständigen sich die Vertragspartner auf folgenden Orientierungsrahmen zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen:

Diagnose/Therapie	Verordnungsempfehlung
Diabetes mellitus Typ 2	
Diät und Nicht-Insulin-Antidiabetika	Es besteht ein Verordnungs Ausschluss, ausgenommen in Ausnahmefällen bei instabiler Stoffwechsellage (z.B. bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko (grundsätzlich je Behandlungssituation 50 Teststreifen)).
Konventionelle Insulintherapie	In der Regel 100 Teststreifen pro Quartal maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Basalunterstützte orale Therapie	ca. 50-100 Teststreifen pro Quartal; einmal pro Woche Tagesprofil empfohlen
Intensivierte Insulintherapie	400-600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ 1	
Konventionelle Insulintherapie	100-200 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
Intensivierte Insulintherapie und Pumpentherapie	400-600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

- bei der Verordnung sind preisgünstige bzw. Blutzuckerteststreifen mit Rabattvertrag zu bevorzugen, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät.
- j) Analog-Präparate und kontrovers diskutierte Arzneimittel sollten möglichst nicht verordnet werden.
- k) Soweit medizinisch ausreichend, sollen OTC-Rezepte ausgestellt werden (grünes Rezept).
- l) Verordnungen für Patienten, die dauerhaft fünf oder mehr Wirkstoffe erhalten, sind kritisch zu überprüfen. Empfehlungen und Leitlinien von Fachgesellschaften wie die hausärztliche Leitlinie zur Polymedikation sind zu berücksichtigen.

- m) Durch die Arzneimittelrichtlinie von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel sind grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen.
- n) Zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit vier oder mehr Migränetagen im Monat sollen vorrangig die Wirkstoffe Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramaten, Amitriptylin, und zur Therapie der chronischen Migräne zugelassene Clostridium botulinum Toxin Typ A Arzneimittel eingesetzt werden. Die CGRP-Antikörper Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab sollen nur bei Patienten eingesetzt werden, die auf keine der zuvor genannten Therapien ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen. Der CGRP-Antikörper Erenumab kann bereits eingesetzt werden, wenn die Therapie mit mindestens einem der oben genannten vorrangig einzusetzenden Wirkstoffe erfolglos war oder dieser nicht vertragen wurde oder wenn keiner der genannten Wirkstoffe geeignet ist. Falls sich aus einem Beschluss des G-BA zur frühen Nutzenbewertung oder einer Praxisbesonderheit nach § 130b SGB V zu Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab oder Galcanezumab andere Empfehlungen bzw. Vorgaben bezüglich einer wirtschaftlichen Verordnung ergeben, so sollen diese entsprechend berücksichtigt werden. Nichtmedikamentöse Therapien wie z.B. Verhaltenstherapie und das Erlernen von Entspannungstechniken sind in das Behandlungskonzept mit einzubeziehen.
- o) Hyposensibilisierung (Spezifische Immuntherapie): bei Neueinstellungen sind grundsätzlich zugelassene Therapieallergene einzusetzen, sofern diese mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen.
- p) Pregabalin-haltige Arzneimittel sollten zurückhaltend und im Rahmen der Zulassung eingesetzt werden. Dies betrifft insbesondere die Einhaltung der in der Fachinformation angegebenen Tageshöchst-dosis sowie die Beachtung möglicher unerwünschter Wirkungen wie die Gefahr des Abhängigkeitspotentials. Die Verordnung von Alternativen sollte geprüft werden.
- q) Bei der Verordnung von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva (KHK) sollten die unterschiedlichen VTE-Risiken stets berücksichtigt und insbesondere KHK mit dem niedrigsten VTE-Risiko gewählt werden. Die individuellen Risikofaktoren der Patientin für Thromboembolien sollten bei der Auswahl einer geeigneten Kontrazeption mit einbezogen und regelmäßig überprüft werden. Das geringste Risiko für VTE haben KHK mit den Gestagenen Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat.

- r) Systemische Antibiotika, insbesondere Reserveantibiotika (z.B. Cephalosporine) sollten restriktiv und indikationsgerecht eingesetzt werden, um die Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen zu verringern. Darüber hinaus sollten Fluorchinolone, infolge eines ungünstigen Nebenwirkungsprofils (siehe Rote-Hand-Brief vom 08.04.2019), zurückhaltend verordnet werden.

§ 6

Information der Vertragsärzte

- (1) Die Vertragspartner streben an, zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Vermeidung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Vertragsärzte durch eine frühzeitige, umfassende und zielgerichtete Information und Beratung zu unterstützen.
- (2) Die KV Niedersachsen informiert die Vertragsärzte nach Ablauf eines jeden Verordnungsmonats auf Basis der Daten des ZI (§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V) über die in § 4 aufgeführten Wirtschaftlichkeitsziele der zu betrachtenden Wirkstoffgruppen und die jeweils erreichten Verordnungsanteile in Relation zu den Zielwerten.
- (3) Die KBV stellt ihren Medikationskatalog der KVN für die Nutzung im Rahmen dieser Vereinbarung zur Verfügung (Nutzungszweck). Das Urheberrecht an dem Medikationskatalog liegt bei der KBV. Änderungen oder Erweiterungen des Medikationskatalogs und der Datensätze können nur im Einvernehmen mit der KBV vorgenommen werden.
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich, den Medikationskatalog und die Datensätze nur im Rahmen dieser Vereinbarung einzusetzen, soweit nicht andere Nutzungen mit der KBV schriftlich vereinbart wurden. Die KVN schließt mit der KBV eine entsprechende Nutzungsvereinbarung. Bei Weitergabe des Medikationskatalogs durch die Vertragspartner im Rahmen von Unteraufträgen an Dritte (z. B. Aufträge an Dienstleister) sind Nutzungsvereinbarungen zu schließen, welche die Einhaltung der KBV Rechte sicherstellen.

§ 7

Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die Vertragspartner bilden zur Umsetzung der in Abs. 4 genannten Aufgaben die Arbeitsgruppe Arzneimittel.
- (2) Diese Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern der Verbände der Krankenkassen und Vertretern der KVN und tagt in nichtöffentlicher Sitzung.
- (3) Der Vorsitz der Arbeitsgruppe wechselt kalenderhalbjährlich zwischen KVN und einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen (beginnend mit einem Vertreter der Verbände). Die Einladung zur Sitzung und die Protokollführung erfolgt über den jeweiligen Vorsitzenden.
- (4) Die Arbeitsgruppe hat folgende Aufgaben:
 - regelmäßige Beobachtung der Ausgabenentwicklung für Arzneimittel und situationsbedingt Erarbeitung von Maßnahmen zur Einhaltung des für das Jahr 2023 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie zur Erreichung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele nach den Anlagen 1 und 2.
 - Erstellung und Aktualisierung von gemeinsamen Informationen und Arbeitshilfen für die Ärzte, insbesondere von
 - Informationen zur wirtschaftlichen Verordnung
 - Informationen über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel
 - Informationen zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen.
 - Beratung aktueller Fragestellungen mit grundsätzlicher Bedeutung für die wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.
 - Beratung und Vorbereitung einer Stellungnahme zu Einzelfragen auf Antrag eines Vertragspartners.
 - Qualitative Weiterentwicklung des Vertrags.
- (5) Die Kosten für die Entsendung der Teilnehmer an Sitzungen der Arbeitsgruppe trägt die jeweils entsendende Stelle.
- (6) Die Arbeitsgruppe soll grundsätzlich einmal im Monat tagen.

- (7) Wesentliche Veränderungen im Arzneimittelmarkt (auch Störungen der Lieferfähigkeit), die die Zielvorgaben betreffen, werden von der Arbeitsgruppe bewertet und ggf. berücksichtigt. Die gemeinsame Arbeitsgruppe gibt eine Empfehlung an die Vertragspartner zur Modifikation bzw. Ergänzung der Anlagen dieses Vertrags.
- (8) Eine Empfehlung nach Abs. 7 bedarf einer einstimmigen Entscheidung der Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Vertreter der Verbände und zwei Vertreter der KVN anwesend sind.
- (9) Eine Empfehlung nach Abs. 7, über die gem. Abs. 8 einstimmig entschieden wurde, wird zum Vertragsbestandteil, wenn kein Vertragspartner gegen diese innerhalb eines Monats gegenüber dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe schriftlich Einspruch erhebt. In dringenden Fällen kann die Frist auf Rat der Arbeitsgruppe auf nicht weniger als 14 Tage verkürzt werden.
- (10) Vertragsärzte und Prüfungsstelle sind über die Entscheidungen in geeigneter Weise zu informieren.

§ 8

Maßnahmen zur Zielerreichung

- (1) Die Vertragspartner stellen sicher, dass die von der Arbeitsgruppe nach § 6 erarbeiteten Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Kommunikation der Wirtschaftlichkeitsziele und Maßnahmen gegenüber den Vertragsärzten und die Information der Versicherten mittels geeigneter Informationsmedien über eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.
- (2) Für die Information der Vertragsärzte nach § 73 Abs. 8 SGB V stellen die Verbände der Krankenkassen zeitnah Daten und Informationen z.B. über fachgruppen- und vergleichsgruppen- sowie indikationsbezogene Therapiebewertungen zur Verfügung; dies insbesondere, soweit sie für die Umsetzung der Maßnahmen erforderlich sind.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen oder einzelne Krankenkassen können darüber hinaus gemeinsam mit der KVN ergänzende Maßnahmen zur Unterstützung der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens anbieten.

§ 9

Bewertung, Zielerreichungsanalyse

- (1) Die Durchführung der Berechnungen zur Bewertung der Zielerreichung obliegt gemäß § 2 Abs. 5 PrüfV der Prüfungsstelle. Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 SGB V und der Berechnungen zur Einhaltung der Wirtschaftlichkeitsziele gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 1 Abs. 3 und die Wirtschaftlichkeitsziele nach den §§ 1 - 2 (in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2) erreicht wurden. Gleichzeitig prüfen die Vertragspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnissen für die zukünftige Arzneimittelausgabensteuerung und Arzneimittelversorgung zu ziehen sind. Die Maßnahmen der Arbeitsgruppe nach § 6 und deren Ergebnisbewertung werden dabei einbezogen.
- (2) Die Bewertung und Zielerreichungsanalyse nach Absatz 1 sind binnen vier Monaten nach Zugang der Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 5 Sätze 1 bis 3 SGB V bei den Vertragspartnern gemeinsam vorzunehmen. Diese Frist kann von den Vertragspartnern im gegenseitigen Einvernehmen verlängert werden.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommt.

§ 11

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2023 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2023.

Hannover, den 07.12.2022

Kassenärztliche Vereinigung Nieder-
sachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersach-
sen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Kran-
kenkasse

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Niedersachsen