

**Bundesempfehlung der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
und der Spitzenverbände der  
Krankenkassen zur Steuerung der  
Arznei- und Verbandmittelversorgung  
im Jahre 2001**

Stand: 13. Juni 2001

**Bundesempfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
und der Spitzenverbände der Krankenkassen  
zur Steuerung der Arznei- und Verbandmittelversorgung  
im Jahre 2001**

**Präambel**

Die Ausgaben für Arzneimittel sind in der gesetzlichen Krankenversicherung im Frühjahr 2001 nach den vorläufigen amtlichen Rechnungsergebnissen bundesweit um 9,7 % (West 9,2 %, Ost 11,8 %) angestiegen (KV 45 für I. Quartal 2001). Unabhängig davon, ob die Zuwächse im Einzelnen begründbar erscheinen, treffen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachstehende Bundesempfehlung zur Steuerung der Arznei- und Verbandmittelversorgung im Jahre 2001. Die Empfehlungspartner setzen sich dafür ein, mit der Umsetzung der hier vereinbarten Maßnahmen auf der Ebene der Vertragspartner auf Landesebene eine deutliche Dämpfung des Ausgabenanstiegs zu erreichen.

**I. Stärkung der Selbstverwaltung**

Im Mittelpunkt steht eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Arznei- und Verbandmittelversorgung der GKV, die sich an medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Zahlreiche Beteiligte nehmen Einfluss auf die Bedingungen, unter denen Ärzte und Krankenkassen ihre besondere Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung wahrnehmen. Die verfügbaren Instrumente werden jedoch auf juristischem Wege zunehmend in Frage gestellt, ohne dass der Gesetzgeber darauf bisher angemessen reagiert hätte. Deshalb fordern die Empfehlungspartner die Politik mit allem Nachdruck auf, die rechtlichen Grundlagen für die gesetzlich geforderte Arbeit zu schützen und weiterzuentwickeln.

Hierzu gehören

1. den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Bundesausschuss) aktiv zu legitimieren im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien den Leistungsanspruch der Versicherten abschließend zu konkretisieren;
2. dem Bundesausschuss eine gesicherte rechtliche Grundlage für die Weiterentwicklung von Festbeträgen zu geben;
3. die Stärkung der Informations- und Empfehlungsrechte der Selbstverwaltung, um die Handlungsfähigkeit zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativen Versorgung herzustellen.

Darüber hinaus erwarten die Empfehlungspartner

4. den zügigen Abschluss der Erstellung der Positivliste nach § 33 a SGB V und die Einleitung der erforderlichen Anhörung;
5. rechtliche Rahmenbedingungen zur Verbesserung des Arzneimittelverkehrs;
6. die konkrete politische Initiative zur Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel.

Unabhängig von den im Folgenden empfohlenen Maßnahmen vertreten die Empfehlungspartner unterschiedliche Auffassungen in der Grundsatzfrage zur Ausgabensteuerung durch Budgetierung.

## **II. Gemeinsame Grundlagen für Zielvereinbarungen**

Die Empfehlungspartner verständigen sich auf nachfolgende Maßnahmen, die darauf angelegt sind, noch im Jahr 2001 durch gemeinsames zielgerichtetes Handeln auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung einzuwirken.

1. Errichtung eines gemeinsamen Daten-, Informations- und Beratungsmanagements von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur rationalen Arzneimitteltherapie unter der Maßgabe „Beratung vor Regress“.
2. Gemeinsame Bewertung der Arzneimittelversorgung anhand valider Datengrundlagen und Entwicklung strukturierter Zielvereinbarungen für die Weiterentwicklung der Versorgung, welche sowohl Rationalisierungsmöglichkeiten aufgreifen als auch wissenschaftlich anerkannte Behandlungsstrategien berücksichtigen.

## **III. Daten-, Informations- und Beratungsmanagement**

Die den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Arzneimitteldaten werden bisher bereits für die Zwecke der nachgehenden Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeführt. Ergänzend kommt ab dem 4. Quartal 2001 ein bundesweiter Informationsverbund der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Frühinformation hinzu, mit dem regionale Versorgungsberichte zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen wird empfohlen, Arbeitsgruppen - auch gemeinsam - mit der Bewertung regionaler quantitativ und qualitativ strukturierter Daten zu beauftragen, um eine abgestimmte Information zu gewährleisten.

#### IV. Zielvereinbarungskonzept

1. Die vergleichende Analyse von Arzneimitteldaten im Bereich der verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, dass die Verordnungsstrukturen regional erheblich voneinander abweichen. Die Empfehlungspartner sprechen sich daher dafür aus, das Verordnungsgeschehen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung strukturiert zu bewerten und die ursächlichen Faktoren für unterschiedliches Verordnungsverhalten zu analysieren. Auf dieser Grundlage entwickeln sie in gemeinsamer Verantwortung für die Steuerung einer wirtschaftlichen und qualitativen Arzneimittelversorgung ein Zielvereinbarungskonzept, das messbare Ziele, ein Frühinformationssystem mit zeitnahen Daten sowie konkrete Maßnahmen zur Gewährleistung der Zielerreichung umfasst.
  
2. Mit einer an Zielen orientierten Steuerung der Arzneimittelversorgung sollen die Vertragspartner auf der Landesebene die Versorgung der Versicherten bedarfsgerecht und wirtschaftlich gestalten und die Ausgaben in vertretbaren Grenzen halten. Dazu sind entsprechende Kennzahlen notwendig, die den Grad der Zielerreichung widerspiegeln können und zugleich Grundlage für die Weiterentwicklung von Zielvereinbarungen sein können.
  
3. Folgende Abgrenzungen werden berücksichtigt:
  - (1) **Zielebene:** KV-Ebene, kassenartenübergreifend
  
  - (2) **Zeitbezug:** 2. Halbjahr 2001
  
  - (3) **Kennzahlen:** Verordnungsanteile und Durchschnittskosten
  
  - (4) **Zielfelder:**
    - Wirtschaftlichkeitsziele
    - Versorgungsziele

**(5) Wirtschaftlichkeitsziele**

Ziel 1: Anteile der Zweitanmelder am generikafähigen Markt

Ziel 2: Anteile der Me-too-Präparate

Ziel 3: Anteile der kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen

Ziel 4: Anteile der reimportierten Arzneimittel am reimportfähigen Markt

**(6) Versorgungsziele**

Ziel 5: Anteile der Spezialpräparate unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarfes

Ziel 6: Anteile an Innovationen – soweit gemeinsam bewertet

**(7) Ausgestaltung der Zielvereinbarung:**

a) Für jede KV werden die genannten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vereinbart.

b) Die Empfehlungspartner gehen davon aus, dass auf der jeweiligen KV-Ebene die Ziele mit dem größten Einsparpotential vorrangig angegangen werden.

c) Die Festlegungen der Zielwerte orientieren sich an der Verordnungsstruktur des Bundesdurchschnitts und erfolgen nach folgender Regel:

Zielwert ist der Ist-Wert der Kassenärztlichen Vereinigung plus/minus XX Prozentpunkte in Richtung des anzustrebenden Ergebnisses.

**(8) Kennzahlen**

Quelle: vorliegende Auswertungen des GKV-Arzneimittelindex

Ergänzend: GKV-Arzneimittel-Schnellinformationen jeweils 8 Wochen nach Quartalsende

4. Grundlage der unter 3. festgelegten Abgrenzungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen für das 2. Halbjahr 2001 die Jahresauswertung des GKV-Arzneimittelindex 2000 (siehe Anlage 4). Die auf Landesebene vereinbarten Zielwerte sind der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen von den regionalen Zielvereinbarungspartnern zu melden.<sup>1</sup>

**V. Maßnahmen zur Zielerreichung**

Zu den Maßnahmen zur Zielerreichung gehören:

1. Die allgemeine Information aller Vertragsärzte im jeweiligen KV-Bereich über die vereinbarten Ziele, die Ist-Situation sowie gezielte Informationen der KV zu den Zielfeldern, die die KV unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation vorrangig zu erreichen sucht. Hierzu gehören insbesondere gemeinsame Empfehlungen auf der Grundlage von § 305 a SGB V
  - a. zum Ausschluss von Arzneimitteln zur Anwendung bei Bagatell-erkrankungen von der vertragsärztlichen Versorgung nach § 34 Abs. 1 SGB V bzw. nach Nr. 16.1 der Arzneimittel-Richtlinien (AMR)
  - b. zum Ausschluss von Verordnungen nach Nr. 17.1 AMR
  - c. zu Einschränkungen von Verordnungen nach Nr. 17.2 AMR
  - d. zu Generika
  - e. zu Schrittinnovationen („Me-too-Präparate“ / Analogpräparate)
  - f. zu gemeinsam bewerteten Innovationen
  - g. zu den Rahmenbedingungen der Dauermedikation

---

<sup>1</sup> Sollte bei der Zielkontrolle mit Hilfe der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation festgestellt werden, dass die zur Zielfestlegung genutzten Daten des GKV-Arzneimittelindex für einzelne KVen unzureichend sind, ist eine Anpassung der Zielvorgaben vorzunehmen.

- h. zu kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen
  - i. zur Entlassungsmedikation nach stationärer Behandlung.
  
- 2. Die Verpflichtung der Krankenkassen, Daten zur Frühinformation zeitnah bereit zu stellen sowie ihre Versicherten in geeigneter Weise zum wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln zu informieren.
  
- 3. Das Angebot zur Pharmako-Therapieberatung durch Krankenkassen und KVen – ggf. gemeinsam – nach Maßgabe regionaler Vereinbarungen.
  
- 4. Die spezielle Information einzelner Vertragsärzte, ggf. auch kassen- oder kassenartenbezogen, die arztindividuell von den angestrebten Zielwerten besonders negativ abweichen. Hierzu sind die zur Zeit verfügbaren Informationen der Krankenkassen zu nutzen.
  
- 5. Die Einsetzung gemeinsamer Arbeitsgruppen von KV und Krankenkassen-Verbänden, die die Entwicklung der Arzneimittelversorgung analysiert und begleitet sowie die Maßnahmen festlegt.

## **VI. Feststellung der Zielerreichung**

- 1. Die Zielerreichungsanalyse erfolgt auf KV-Ebene zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam.
  
- 2. Das Ergebnis der Zielerreichungsanalyse kann zu einer Zielanpassung und/oder zur Veränderung der vereinbarten Maßnahmen führen.



## Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen

Anlage 1: Konzept einer Zielvereinbarung

Anlage 2: Beispiel einer Zielvereinbarung

Anlage 3: Beispiel eines Zieltableaus

Anlage 4: Ausgangswerte der Verordnungsanteile der Kassenärztlichen Vereinigungen für das 2. Halbjahr 2001

## Konzept einer Zielvereinbarung

### I. Der Rahmen einer Zielvereinbarung

Die Zielvereinbarung besteht zunächst aus einem **Deckblatt** mit folgenden Elementen:

- Zielvereinbarungspartner
- Zeitraum
- Region
- Zielvereinbarungstitel
- Unterschriftenleiste Zielvereinbarungspartner

### II. Die Inhalte einer Zielvereinbarung

Die Zielvereinbarung kann durch folgende Inhalte konkretisiert werden:

■	„Ziel“	erläutert in wenigen Sätzen eher grundsätzlich <b>Was</b> erreicht werden soll
■	„Begründung des Handlungsbedarfs“	erläutert knapp die Notwendigkeit des Ziels und beantwortet das <b>Warum</b>
■	„Messgrößen“	beschreiben das erwartete <b>Ergebnis</b> der Zielumsetzung in der Regel mit <b>Kennzahlen</b>
■	„Zeitraum“	legt die <b>Zeitspanne</b> fest, in der das Ziel erreicht sein soll (z. B. Quartal)
■	„Meilenstein“	legt die Zeitpunkte fest, an denen <b>Zwischenergebnisse</b> überprüft werden
■	„Handlungsansätze, Strategien, Vorgehensweisen“	erläutert, auch detailliert, das <b>Wie!</b> der Zielumsetzung
■	„Ressourcen“	beschreibt die personell und/oder finanziell <b>notwendigen Ressourcen</b> zur Zielumsetzung
■	„Berichtswesen“	beschreibt, mit welchen <b>Unterlagen</b> wann Zwischenstände der Zielerreichung <b>kennzahlenmäßig</b> erhoben werden
■	„Priorität“	legt terminliche <b>Prioritäten</b> einzelner Maßnahmen fest
■	„Zielvernetzung“	beschreibt die <b>Auswirkungen</b> der Zielumsetzung auf andere <b>Zielfelder</b>
■	„Begleitende Maßnahmen“	erläutert ggf. <b>zusätzliche</b> , notwendige Aktionen für die Zielumsetzung

# Zielvereinbarung

## zur Steuerung der Arzneimittelversorgung im 2. Halbjahr 2001

im Bereich der KV .....

zwischen den

- Landesverbänden der Krankenkassen .....
- Verbände der Ersatzkassen .....

einerseits

und der

- Kassenärztlichen Vereinigung .....

andererseits

Ort, den

.....  
(Landesverbände der  
Krankenkassen)

.....  
(Verbände der Ersatzkassen)

.....  
(Kassenärztliche Vereinigung)

<b>Zielvereinbarung</b>	
<b>Steuerung der Arzneimittelversorgung im 2. Halbjahr 2001</b>	
<b>Zeitraum:</b> <b>Zielvereinbarungspartner:</b>	2. Halbjahr 2001 Kassenärztliche Vereinigung Landesverbände der Krankenkassen Verbände der Ersatzkassen
<b>Ziel</b>	<b>Veränderung der Verordnungsanteile und Durchschnittskosten für folgende Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele:</b>
	<b>Ziel 1:</b> Anteile der Zweitanmelder am generikafähigen Markt
	<b>Ziel 2:</b> Anteile der nicht generikafähigen Me-too-Präparate
	<b>Ziel 3:</b> Anteile der kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen
	<b>Ziel 4:</b> Anteile der reimportierten Arzneimittel am reimportfähigen Markt
	<b>Ziel 5:</b> Anteile der Spezialpräparate
	<b>Ziel 6:</b> Anteile an Innovationen (soweit gemeinsam bewertet)
<b>Begründung des Handlungsbedarfes</b>	Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben ist dynamisch und hat verschiedene Ursachen. Wirtschaftlichkeit und zweckmäßige Versorgung soll erreicht werden durch Maßnahmen, die im Verantwortungs- und Einflussbereich der Zielvereinbarungspartner liegen und darauf ausgerichtet sind, stufenweise eine Veränderung dort zu erreichen, wo Defizite vermutet werden. Hierzu sollen zunächst Maßnahmen zur Beeinflussung der Verordnungsstruktur dienen.
<b>Messgrößen</b>	Anteile der Verordnungen bzw. Durchschnittskosten
<b>Zeitraum</b>	Die Zielerreichung wird anhand der vereinbarten Kennzahlen am Ende des 2. Halbjahres 2001 festgestellt.
<b>Handlungsansätze, Strategien, Vorgehensweise</b>	Maßnahmen gemäß des Zielvereinbarungskonzeptes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. allgemeine Informationen aller Vertragsärzte</li> <li>2. spezielle Informationen einzelner Vertragsärzte</li> <li>3. zeitnahe Bereitstellung von Steuerungsdaten</li> <li>4. gemeinsames Angebot von Pharmakotherapieberatungen durch Krankenkassen und KVen</li> <li>5. Einsetzung gemeinsamer Arbeitsgruppen</li> </ol>

**Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen**

---

<b>Zielvernetzung</b>	Wirtschaftlichkeitsziele und Versorgungsziele können in Konkurrenz miteinander stehen. Auch deshalb vereinbaren die Zielvereinbarungspartner, vorrangig die Ziele anzugehen, die insgesamt den höchsten Zielerreichungsgrad bieten.
<b>Ressourcen</b>	Die Ziele sind nur mit Hilfe organisatorischer und personeller Unterstützung durch beide Zielvereinbarungspartner erreichbar.
<b>Frühinformation</b>	Bereitstellung der Zielkennzahlen durch die Spitzenverbände / Landesverbände der Krankenkassen. Erstellung eines Erfolgsberichts durch die gemeinsame Arbeitsgruppe auf Landesebene spätestens 9 Wochen nach Jahresende 2001. Bereitstellung des Erfolgsberichts an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

## Zielvereinbarungen KV

### a) Wirtschaftlichkeitsziele:

	Ist-Wert 2. Halbjahr 2000	Ziel-Wert 2. Halbjahr 2001	Bundesdurchschnitt 2. Halbjahr 2000
<b>Ziel 1:</b> Anteile von Generika am generikafähigen Markt			
<b>Ziel 2:</b> Anteile von Me-too-Präparaten			
<b>Ziel 3:</b> Anteile der kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen			
<b>Ziel 4:</b> Anteile der reimportierten Arzneimittel			

### b) Versorgungsziele:

	Ist-Wert 2. Halbjahr 2000	Ziel-Wert 2. Halbjahr 2001	Bundesdurchschnitt 2. Halbjahr 2000
<b>Ziel 5:</b> Anteile von Spezialpräparaten			
<b>Ziel 6:</b> Anteile von Innovationen (soweit von den Bundesempfehlungspartnern gemeinsam bewertet)			

Ausgangswerte der Verordnungsanteile im 2. Halbjahr 2000 *)												
Kassenärztliche Vereinigungen	Ziel 1 Generika		Ziel 2 Me-too- Arzneimittel		Ziel 3 Kontroverse Arzneimittel		Ziel 4 Reimportierte Arzneimittel		Ziel 5 Spezial- präparate		Ziel 6 Innovative Arzneimittel	
	Anteil	Index	Anteil	Index	Anteil	Index	Anteil	Index	Anteil	Index	Anteil	Index
Bayern	69,4	95,3	6,1	96,8	22,4	117,3	4,6	42,6	1,1	84,6		
Berlin	75,8	104,1	6,6	104,8	18,3	95,8	12,8	118,5	1,8	138,5		
Brandenburg	80,6	110,7	8,4	133,3	14,8	77,5	12,0	111,1	1,2	92,3		
Bremen	73,5	101,0	5,8	92,1	19,3	101,0	12,5	115,7	1,6	123,1		
Hamburg	68,0	93,4	5,4	85,7	16,4	85,9	15,7	145,4	1,9	146,2		
Hessen	73,4	100,8	5,9	93,7	16,5	86,4	12,5	115,7	1,4	107,7		
Koblenz	74,8	102,7	5,9	93,7	17,2	90,1	5,3	49,1	1,2	92,3		
Mecklenburg-Vorpommern	80,7	110,9	8,0	127,0	16,1	84,3	8,0	74,1	1,2	92,3		
Niedersachsen	72,4	99,5	6,0	95,2	17,9	93,7	14,2	131,5	1,3	100,0		
Nordbaden	68,3	93,8	5,5	87,3	22,8	119,4	3,2	29,6	1,3	100,0		
Nordrhein	71,6	98,4	5,7	90,5	19,5	102,1	18,0	166,7	1,4	107,7		
Nord-Württemberg	68,7	94,4	6,1	96,8	17,8	93,2	4,9	45,4	1,2	92,3		
Pfalz	72,0	98,9	6,3	100,0	18,9	99,0	5,2	48,1	1,0	76,9		
Rheinhausen	74,2	101,9	6,6	104,8	16,2	84,8	9,8	90,7	2,2	169,2		
Saarland	74,0	101,6	5,7	90,5	21,1	110,5	10,6	98,1	1,2	92,3		
Sachsen	79,3	108,9	7,6	120,6	18,2	95,3	7,2	66,7	1,2	92,3		
Sachsen-Anhalt	78,9	108,4	7,8	123,8	15,0	78,5	14,1	130,6	1,6	123,1		
Schleswig-Holstein	70,1	96,3	6,3	100,0	18,7	97,9	13,6	125,9	1,4	107,7		
Südbaden	71,8	98,6	5,2	82,5	21,4	112,0	5,6	51,9	1,2	92,3		
Südwestfalen	70,4	96,7	5,9	93,7	16,3	85,3	3,1	28,7	1,6	123,1		
Thüringen	78,7	108,1	7,9	125,4	15,0	78,5	9,2	85,2	1,3	100,0		
Trier	69,5	95,5	6,4	101,6	18,3	95,8	5,9	54,6	0,9	69,2		
Westfalen-Lippe	71,5	98,2	6,2	98,4	21,0	109,9	15,2	140,7	1,1	84,6		
Gesamtes Bundesgebiet	72,8	100,0	6,3	100,0	19,1	100,0	10,8	100,0	1,3	100,0		

\*) Tabelle enthält noch Daten des 3. Quartals 2000, wird ersetzt durch Daten des 2. Halbjahres 2000

**Ergänzende Erklärung  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur  
„Arzneimittelsteuerungsempfehlung 2001“  
zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und  
den Spitzenverbänden der Krankenkassen**

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortet die im Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets (ABAG) enthaltenen Instrumentarien zur Steuerung der Arznei- und Heilmittelversorgung. Sie hält es für erforderlich, bereits im Jahre 2001 Vorbereitungen zu treffen, die eine zeitnahe und effektive Anwendung dieser Instrumente gewährleistet.
2. Der Gesetzentwurf (ABAG) sieht den Abschluss von Arzneimittelvereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Diese sollen nicht nur Zielvereinbarungen enthalten, sondern auch das jeweilige Ausgabenvolumen für die wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung festlegen.
3. Darüber hinaus soll mit der Ablösung der Budgets die Richtgrößenprüfung durch die Einführung morbiditätsorientierter Richtgrößen, die Altersstruktur und Krankheitsarten berücksichtigen, weiterentwickelt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist bestrebt – möglichst in enger Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen –, frühzeitig die Instrumente für eine intelligente Steuerung der Arzneimittelversorgung weiter zu entwickeln. Hierzu gehören:
  - a) Die Erarbeitung eines morbiditätsorientierten Richtgrößenkonzeptes auf der Grundlage und unter Weiterentwicklung der bestehenden gemeinsamen Bundesempfehlung zur Vereinbarung von Richtgrößen sowie eines effizienten Prüfkonzeptes, das Prüfbürokratie vermeidet und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Verordnung sichert;
  - b) die Festlegung von Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel für die Berechnung von Richtgrößen und als prospektiver Maßstab für den Versorgungsbedarf der Patienten in einem KV-Bereich.
4. Erarbeitung eines morbiditätsbezogenen Richtgrößenkonzeptes

Die bisher zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden vereinbarten Arznei- und Heilmittelrichtgrößen beziehen sich auf durchschnittliche Verordnungswerte einer Fachgruppe ohne Berücksichtigung der Morbidität des vom einzelnen Arzt versorgten Patientengutes. Die Möglichkeit der Einbeziehung von Praxisbesonderheiten trägt dem nur bedingt Rechnung, da hier nur einzelne schwerwiegende Erkrankungen und deren Behandlung abgesichert werden können, nicht aber die intensivierete Regelversorgung chronischer Krankheiten. Es wird daher empfohlen, ein Anwendungskonzept qualitativ strukturierter Richtgrößen zu entwick-



keln und ein Prüfkonzept, das strukturierte Zielvereinbarungen mit berücksichtigt. Dabei können beim einzelnen Arzt die vom KV-Durchschnitt abweichenden prozentualen Anteile der Verordnung von Generika, Me too-Präparaten und sogenannten kontrovers diskutierten Arzneimitteln als Rationalisierungsreserven den Praxisbesonderheiten und innovativen Behandlungsstrategien gegenübergestellt werden.

## 5. Festlegung von Ausgabenvolumina

Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel als prospektiver Maßstab für den Versorgungsbedarf ließen sich zunächst aus der Höhe der entsprechenden Budgetwerte ableiten und wären auf der Grundlage der Veränderung der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten, den Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel, den Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen, den bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen sowie der Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten weiterzuentwickeln. Hierin wären auch die Gesamtausgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung für die Arznei- und Verbandmittel einerseits und Heilmittel andererseits nach erfolgter Richtgrößenprüfung zu berücksichtigen.

Da die unterschiedliche Konzentration der ambulanten Behandlung von schweren Krankheiten und die Verordnung von Spezialpräparaten in den KV-Bereichen bei den bisherigen Budgetberechnungen weder nach der bis zum Jahre 1995 praktizierten „Fallzahlmethode“ berücksichtigt, noch bei der Methode der arztbezogenen Erfassung seither gemessen worden sind, ist es erforderlich, die auf diese Arzneimittel entfallenen Ausgaben entsprechend dem besonderen Versorgungsbedarf bei der Bestimmung der Ausgabenvolumina zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden sollen die den Bundesdurchschnitt übersteigenden Spezialpräparate-Umsätze je Versicherten in gemeinsam bewerteten Indikationsgebieten. Dazu sollten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen kurzfristig entsprechende Grundlagen schaffen, damit geeignete Korrekturfaktoren regional ermittelt und vereinbart werden können.

Darüber hinaus hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Überprüfung der Arznei-, Verband- und Heilmittelausgaben, insbesondere in den Überschreitungsregionen, für erforderlich. Die gesetzlichen Ausgabenbudgets waren durch die Verdoppelung der Ausgaben des 2. Quartals 1992 zustande gekommen und haben weder die seither vollzogene Angleichung der Versorgung im Bundesgebiet berücksichtigt, noch die regional unterschiedlich wirksamen Erklärungsfaktoren für das unterschiedliche Ausgabenniveau und die unterschiedliche Ausgabenentwicklung berücksichtigt.