

**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.¹

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
 - 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)
 - zum Ausschluss von Verordnungen nach Nr. 17.1 AMR
 - zu Einschränkungen von Verordnungen nach Nr. 17.2 AMR
 - zu Generika
 - zu Schrittinnovationen („Me-too-Präparate“ / Analogpräparate)
 - zu gemeinsam bewerteten Innovationen
 - zu den Rahmenbedingungen der Dauermedikation
 - zu kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen

¹ 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.

- 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.

Anlage 2: Beispiel einer Zielvereinbarung

Anlage 3: Beispiel eines Zieltableaus

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