

**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 Krank-

heiten. Es wird daher empfohlen, ein Anwendungskonzept qualitativ strukturierter Richtgrößen zu entwickeln 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.