

**Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V
für das Jahr 2002
für die Inhalte der Arzneimittel-Vereinbarungen
nach § 84 Abs. 1 SGB V**

31. Januar 2002

Vereinbarung zwischen der

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen

IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel

die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg

die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

**Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V
für das Jahr 2002
für die Inhalte der Arzneimittel-Vereinbarungen
nach § 84 Abs. 1 SGB V**

Vorbemerkungen

- (1) Gemäß § 84 Abs. 7 i.d.F. des Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I 2001, S. 3773 ff.) vereinbarten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittel-Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V.
- (2) Für die erstmalige Vereinbarung von Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittel-Vereinbarungen enthält Art. 3 § 1 Abs. 1 ABAG eine Übergangsregelung. Die Übergangsregelung sieht vor, dass die Vertragspartner auf Landesebene das Ausgabenvolumen für die Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2002 auf der Grundlage der für das Jahr 2001 geltenden Budgetvereinbarung auf die Versorgungsbedingungen in der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Anpassungsmaßstäben des § 84 Abs. 2 SGB V auszurichten haben. Die Rahmenvorgaben haben zu diesen Ausgabenvolumina Vorgaben zu enthalten. Für die Festlegung der Rahmenvorgaben für die Ausgabenvolumina 2002 haben sich die Vereinbarungspartner von folgenden Erwägungen leiten lassen:

Angesichts unterschiedlicher Vertragsentwicklungen zu § 84 SGB V (a.F.) auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Jahren 1999 bis 2001 sind nach übereinstimmender Bewertung der Vereinbarungspartner die regionalen Versorgungsbedingungen in den arztbezogen erfassten Ausgaben für

das Jahr 2000 berücksichtigt. Sie halten es daher für vertretbar, dieses Ausgabenniveau als Ausgangsbasis für die Ermittlung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2002 zugrunde zu legen. Auf diese Ausgangsbasis sind die Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

- (3) Die nachstehenden Rahmenvorgaben betreffen die Festlegung von Vorgaben für
1. Ausgabenvolumina 2002 für die insgesamt von den Vertragsärzten verordneten Arzneimittel [§ 1],
 2. Vorgaben für Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen (Zielvereinbarungen) [§ 2],
 3. Vorgaben für Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung der vereinbarten Ausgabenvolumina, welche ein unterjähriges „Controlling“ ermöglichen sollen [§ 3].
- (4) Die Vereinbarungspartner nehmen Bezug auf die gemeinsame Bundesempfehlung für das Jahr 2001 (Bundesempfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Steuerung der Arznei- und Verbandmittelversorgung im Jahre 2001 vom 13.06.2001). Sie sehen darin für die Zielvereinbarungen eine maßgebliche Grundstruktur. Auch für die Bewertung der Verordnungsweise enthält die Bundesempfehlung Vorgaben.
- (5) Die vergleichende Analyse der Arzneimittelverordnungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt Unterschiede in den Verordnungsstrukturen, die nicht allein auf regionale Versorgungsbedingungen zurückzuführen sind. Mit den Rahmenvorgaben sollen Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden.

- (6) Dem Auftrag nach § 84 Abs. 7 SGB V zur Bestimmung von Vorgaben für Richtgrößen-Vereinbarungen und -empfehlungen (vgl. § 84 Abs. 7 Sätze 4 ff. SGB V) sowie zur Vereinbarung von Rahmenvorgaben für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8 SGB V [Informations- und Hinweispflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Krankenkassen und ihrer Verbände] (vgl. § 84 Abs. 7 Satz 1 SGB V) entsprechen die Vereinbarungspartner in jeweils gesonderten Vereinbarungen und Beschlüssen.

Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittel-Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V

§ 1

Ausgabenvolumina für das Jahr 2002

- (1) Die Ausgabenvolumina werden für jede Kassenärztliche Vereinigung entsprechend dem nachfolgenden Berechnungsmodus festgelegt:
1. Berechnungsgrundlage sind die arztbezogen erfassten Ausgaben 2000, je KV-Bereich.
 2. Die sich daraus ergebenden Summen werden für das Jahr 2001 und für das Jahr 2002 als Ausgangsbasis für die Berechnung der Ausgabenvolumina wie folgt angepasst:
 - Steigerungsfaktor für das Jahr 2001 ist 2,5 Prozent
 - Steigerungsfaktor für das Jahr 2002 ist 2,0 Prozent

Die Berechnungsgrundlagen im einzelnen ergeben sich aus der *Anlage 1*.

Der mit 4,5 Prozent ermittelte Anpassungsfaktor wird für alle Kassenärztlichen Vereinigungen einheitlich festgelegt.

3. Die sich aus der Berechnungsweise nach Nr. 2 ergebenden Ausgabenvolumina je Kassenärztlicher Vereinigung sind in *Anlage 2* festgelegt.
 4. Soweit die regionalen Vertragspartner für das Jahr 2001 ein Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget nach § 84 Abs. 1 SGB V in der seinerzeit geltenden Fassung vereinbart und angewendet haben, dessen Ausgabenanteil für Arznei- und Verbandmittel das für diese Kassenärztliche Vereinigung nach Nrn. 1 bis 3 ermittelte Ausgabenvolumen 2002 übertrifft, wird der Arzneimittel-Vereinbarung für 2002 das für das Jahr 2001 geltende anteilige Arzneimittelbudget zugrunde gelegt¹. Dies gilt auch für ein durch Schiedsspruch rückwirkend festgelegtes Budget für das Jahr 2001.
- (2) Die Vertragspartner auf Landesebene dürfen einvernehmlich eine von Abs. 1 Nr. 2 abweichende niedrigere Steigerungsrate auf der Grundlage des Ausgabenniveaus des Jahres 2000 vereinbaren. Kommt eine einvernehmliche Vereinbarung nicht zustande, gilt die hier festgelegte Rahmenvorgabe.

§ 2

Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für das Jahr 2002

- (1) Für Struktur und Inhalte der Vereinbarung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen im Rahmen von Zielvereinbarungen empfehlen die Partner der Vereinbarung dieser Rahmenvorgaben die Anwendung der Abschnitte IV (Zielvereinbarungskonzept) und V (Maßnahmen zur Zielerreichung) der Bundesempfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Steuerung der Arznei- und Verbandmittelversorgung im Jahre 2001 (Stand: 13.06.2001) [Auszug: s. *Anlage 3*]. Modifikationen zur Schwerpunktbildung bei der Zielerreichung nach regionalen Verhältnissen sind zugelassen. Ungeachtet des Gestaltungsspielraums ist verbindliche Vorgabe, dass Gemeinsame Arbeitsgruppen von Kassenärztlichen Verei-

¹ Grundlage ist der Vertragsstand zum 20.12.2001

nigungen und Verbänden der Krankenkassen eingesetzt werden, die die Entwicklung der Arzneimittelversorgung analysieren und begleiten sowie Maßnahmen vorschlagen.

- (2) Auf der Grundlage der in § 1 beschriebenen Ausgabenvolumina für das Jahr 2002 vereinbaren die Vertragspartner auf Länderebene darüber hinaus quantifizierte Ziele (Zielvereinbarungsvolumina). Die Zielvereinbarungsvolumina auf dieser Grundlage sind für das Jahr 2002 in Anlage 4 festgelegt.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren in einem gesonderten Datenlieferungsvertrag die arztbezogene monatliche Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen ab dem 1. Januar 2003².
- (4) Die Vereinbarungspartner vereinbaren, dass bei Ermittlung der Einhaltung des Ausgabenvolumens sowie des damit im Zusammenhang stehenden Zielvereinbarungsvolumens die Ergebnisse der Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 5 a SGB V zu berücksichtigen sind, die in dem für das Ausgabenvolumen geltenden Vereinbarungszeitraum zahlungswirksam geworden sind.

§ 3

Vorgaben für Kriterien für Sofortmaßnahmen

- (1) Da nach Feststellung der Vereinbarungspartner dieser Rahmenvorgaben die Ausgabenentwicklung des Jahres 2001 die festgelegten Ausgabenvolumina 2002 in jeder Kassenärztlichen Vereinigung vermutlich überschreiten wird, sollen die Sofortmaßnahmen in den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Verabschiedung dieser Rahmenvorgaben sofort eingeleitet werden.
- (2) Die Vereinbarungspartner dieser Rahmenvorgaben halten es für unerlässlich, auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung eine gemeinsame ständige Ar-

² Beginn der Datenlieferung: 9 Monate nach Vertragsabschluss

beitsgruppe zur Beobachtung der regionalen Ausgabenentwicklung, zur Bewertung der Ordnungsstrukturen und zur Veranlassung von Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens einzurichten. Für die Bewertung stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen monatlich regionale Standardberichte auf der Basis der Arzneimittel-Schnellinformationen bereit (GAmSi). Darüber hinaus können auch andere Frühinformationen herangezogen werden.

- (3) Die Vereinbarungspartner dieser Rahmenvorgaben erwarten, dass die Arzneimittelausgaben allein durch die gesetzlich festgelegten Festbeträge (FAVO) und den angehobenen Apothekenrabatt nach § 130 SGB V (AABG) unmittelbar um 2,2 Prozent entlastet werden. Sobald konkrete Informationen über eine hiervon abweichende Ausgabenentwicklung vorliegen, wird den regionalen Vertragspartnern dringend empfohlen, über die Information und Beratung einzelner Vertragsärzte mit überdurchschnittlichem Verordnungsprofil hinaus Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Sofortmaßnahmen einzuleiten. Nach Artikel 3 § 2 ABAG sind bis zum 31. Dezember 2003 neben Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Richtgrößen auch Prüfungen nach Durchschnittswerten zulässig. Falls bereits in den ersten Monaten des Jahres 2002 erhebliche Fehlentwicklungen eintreten, sollten notwendige Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch auf vorangegangene Zeiträume erstreckt werden.

Verbindlichkeit und Inkrafttreten

§ 4

- (1) Die Rahmenvorgaben sind für die Vertragspartner auf Landesebene verbindlich, soweit nicht regionale Besonderheiten eine Abweichung rechtfertigen oder soweit nicht die Rahmenvorgaben selbst den Vertragspartnern auf Landesebene eine Abänderung gestatten.
- (2) Die Rahmenvorgaben treten mit sofortiger Wirkung in Kraft und sind für das Jahr 2002 verbindlich.

Anlagen:

- Anlage 1: Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Ausgabenvolumens 2002
- Anlage 2: Ausgabenvolumina für Arzneimittel 2002 nach KVen
- Anlage 3: Bundesempfehlung vom 13.06.2002, Teil IV. und V.
- Anlage 4: Zielvereinbarungsvolumina für Arzneimittel 2002 nach KVen

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R.

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R.

IKK-Bundesverband, K.d.ö.R.

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R.

die See-Krankenkasse, K.d.ö.R.

die Bundesknappschaft, K.d.ö.R.

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Ausgabenvolumens 2002

Anpassungsfaktoren für das Jahr 2001

• Zahl und Alter der Versicherten	+ 0,1 %
• Preisentwicklung (GKV-Arzneimittelindex)	+ 0,5 %
• Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht	+ 0,0 %
• Wirtschaftlicher Einsatz innovativer Arzneimittel	+ 1,9 %
	<u>+ 2,5 %</u>

Anpassungsfaktoren für das Jahr 2002

• Zahl und Alter der Versicherten	- 0,1 %
• Preisentwicklung (GKV-Arzneimittelindex)	+ 1,0 %
Festbetragsanpassungsverordnung	- 1,3 %
Apothekenrabatt	- 0,9 %
(Annahme, AABG tritt rückwirkend zum 1.2.2002 in Kraft)	
• Gesetzliche Leistungspflicht	+ 0,0 %
• Richtlinien Bundesausschuss	+ 0,0 %
• Einsatz innovativer Arzneimittel	+ 3,0 %
• Zielvereinbarung, indikationsbezogen	+ 0,0 %
• Verlagerungseffekte ambulant / stationär	+ 0,3 %
	<u>+ 2,0 %</u>

+ 2,5 % + 2,0 % =	+ 4,5 %
--------------------------	----------------

Nicht berücksichtigte Anpassungsfaktoren 2002

• Anpassung Festbeträge ACE-Hemmer	- 0,2 %
• Negativliste	- 0,3 %
(Laufzeit ab April 2002, Substitutionseffekte sind zu beachten)	
• Richtlinien Bundesausschuss	
(auf sechs Monate geschätztes Einsparpotenzial Me-too-Präparate)	- 0,7 %
• Aut-idem (kalkulierte Laufzeit von sechs Monaten)	- 0,5 %
	<u>- 1,7 %</u>

Arzneimittelausgabenvolumina 2002 nach KVen					
Kassenärztliche Vereinigung	Ausgaben 2000 in DM	Steigerungsbetrag (4,5%) in DM	Arzneimittel- ausgabenvolumen in DM	Arzneimittel- ausgabenvolumen in €	
Bayerns	4 843 150 644	217 941 779	5 061 092 423	2 587 695 466	
Berlin	1 716 236 183	77 230 628	1 793 466 811	916 985 020	
Brandenburg*			1 241 000 000	634 513 225	
Bremen	330 523 441	14 873 555	345 396 996	176 598 680	
Hamburg	864 687 792	38 910 951	903 598 743	462 002 701	
Hessen	2 460 105 783	110 704 760	2 570 810 543	1 314 434 559	
Koblenz	630 408 986	28 368 404	658 777 391	336 827 531	
Mecklenburg-Vorpommern	952 339 641	42 855 284	995 194 924	508 835 085	
Niedersachsen	3 317 976 139	149 308 926	3 467 285 066	1 772 794 704	
Nordbaden	1 224 411 859	55 098 534	1 279 510 392	654 203 276	
Nordrhein	4 365 149 955	196 431 748	4 561 581 703	2 332 299 690	
Nord-Württemberg	1 433 095 251	64 489 286	1 497 584 537	765 702 815	
Pfalz*			642 693 435	328 603 935	
Rheinessen	254 606 247	11 457 281	266 063 528	136 036 122	
Saarland	518 300 919	23 323 541	541 624 461	276 928 189	
Sachsen	2 285 523 817	102 848 572	2 388 372 389	1 221 155 412	
Sachsen-Anhalt	1 380 151 344	62 106 810	1 442 258 154	737 414 885	
Schleswig-Holstein	1 149 708 782	51 736 895	1 201 445 677	614 289 421	
Südbaden*			809 801 227	414 044 793	
Südwürttemberg	689 446 199	31 025 079	720 471 278	368 371 115	
Thüringen	1 278 258 639	57 521 639	1 335 780 278	682 973 611	
Trier	224 565 272	10 105 437	234 670 709	119 985 228	
Westfalen-Lippe	3 844 819 384	173 016 872	4 017 836 256	2 054 287 058	
Gesamtes Bundesgebiet			37 976 316 922	19 416 982 520	

* siehe § 1 Nr. 4

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:** 2002*
 - (3) **Kennzahlen:** Verordnungsanteile und Durchschnittskosten
 - (4) **Zielfelder:**
 - Wirtschaftlichkeitsziele
 - Versorgungsziele

* Hinsichtlich des Zeitbezugs angepasst an das Jahr 2002.

(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 Jahr 2002 die Jahresauswertung des GKV-Arzneimittelindex 2001 bzw. die Jahresauswertung der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAMSi). 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 § 73 Abs. 8 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

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.

* Hinsichtlich des Zeitbezugs angepasst an das Jahr 2002.

Rahmenvorgaben zu Arzneimittelvereinbarungen

- zu Schrittinnovationen („Me-too-Präparate“ / Analogpräparate)
 - zu gemeinsam bewerteten Innovationen
 - zu den Rahmenbedingungen der Dauermedikation
 - zu kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen
 - 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 artindividuell 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.

Zielvereinbarungsvolumen für Arzneimittel 2002 nach KVen					
Kassenärztliche Vereinigung	Arzneimittel- ausgaben- volumen 2002 in DM	Voraussichtliche Ausgaben 2001* in DM	Zielvereinbarungsvolumen		
			in DM	in Prozent	in €
Bayerns	5 061 092 423	5 293 563 654	232 471 231	4,39	118 860 653
Berlin	1 793 466 811	1 843 237 660	49 770 849	2,70	25 447 431
Brandenburg**	1 241 000 000	1 314 233 484	73 233 484	5,57	37 443 686
Bremen	345 396 996	357 956 887	12 559 891	3,51	6 421 770
Hamburg	903 598 743	907 057 494	3 458 751	0,38	1 768 431
Hessen	2 570 810 543	2 711 036 573	140 226 030	5,17	71 696 430
Koblenz	658 777 391	696 601 930	37 824 539	5,43	19 339 380
Mecklenburg-Vorpommern	995 194 924	1 054 239 982	59 045 058	5,60	30 189 259
Niedersachsen	3 467 285 066	3 679 635 538	212 350 473	5,77	108 573 073
Nordbaden	1 279 510 392	1 344 404 221	64 893 829	4,83	33 179 688
Nordrhein	4 561 581 703	4 692 536 201	130 954 499	2,79	66 955 972
Nord-Württemberg	1 497 584 537	1 589 302 633	91 718 096	5,77	46 894 718
Pfalz**	642 693 435	674 315 332	31 621 897	4,69	16 168 019
Rheinhessen	266 063 528	272 937 897	6 874 369	2,52	3 514 809
Saarland	541 624 461	572 722 516	31 098 055	5,43	15 900 183
Sachsen	2 388 372 389	2 555 215 628	166 843 239	6,53	85 305 593
Sachsen-Anhalt	1 442 258 154	1 554 050 413	111 792 259	7,19	57 158 474
Schleswig-Holstein	1 201 445 677	1 227 888 979	26 443 302	2,15	13 520 246
Südbaden**	809 801 227	832 104 814	22 303 587	2,68	11 403 643
Südwestfalen**	720 471 278	770 111 404	49 640 126	6,45	25 380 594
Thüringen	1 335 780 278	1 408 641 020	72 860 742	5,17	37 253 106
Trier	234 670 709	253 309 626	18 638 918	7,36	9 529 927
Westfalen-Lippe	4 017 836 256	4 206 232 406	188 396 150	4,48	96 325 422
Gesamtes Bundesgebiet	37 976 316 922	39 811 336 293	1 835 019 372	4,61	938 230 507

* Berechnet auf der Grundlage der ABDA-Schnellinformationen

** zum Ausgabenvolumen 2002 siehe § 1 Nr. 4

**Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V
für das Jahr 2002
für Richtgrößenvereinbarungen
nach § 84 Abs. 6 Satz 1 SGB V (Arzneimittel)**

31. Januar 2002

Vereinbarung zwischen der

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen

IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel

die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg

die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

**Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V
für das Jahr 2002
für Richtgrößenvereinbarungen
nach § 84 Abs. 6 Satz 1 SGB V (Arzneimittel)**

Vorbemerkungen

- (1) Gemäß § 84 Abs. 7 i.d.F. des Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I 2001, S. 3773 ff.) vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich für die Vereinbarung von Richtgrößen durch die Vertragspartner auf der Landesebene die verbindliche Vorgabe der Gliederung von Arztgruppen und das Nähere zum Fallbezug für die Bildung und Anwendung von Richtgrößen ab dem Jahr 2002 sowie eine Empfehlung zur altersgemäßen Gliederung der Patientengruppen.
- (2) Die Vereinbarungspartner nehmen Bezug auf die gemeinsame Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 21.02.2000 in der Fassung vom 30.09.2001. Sie sehen darin für die Bildung von Richtgrößen eine maßgebliche Grundstruktur.

Rahmenvorgaben für Vereinbarungen von Richtgrößen nach § 84 Abs. 6

§ 1

Festlegung von Gliederungskriterien

- (1) Für die bundeseinheitliche Anwendung von Gliederungskriterien ist die einheitliche Definition und die entsprechende Datenlogistik erforderlich. Die Vereinbarungspartner weisen darauf hin, dass die festgelegten Gliederungskriterien den Gestaltungsrahmen für die Richtgrößenvereinbarung nach § 84 Abs. 6 SGB V beschreiben. Abweichungen hiervon sind für das Jahr 2002 und 2003 zulässig¹. Die Vereinbarungspartner weisen darauf hin, dass Abweichungen hierzu datenlogistisch von der Bundesebene nicht unterstützt werden können.
- (2) Die Vereinbarungspartner legen für die Gliederung der Arztgruppen die in der Anlage 1 beschriebenen Arztgruppen fest.
- (3) Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung von Richtgrößen werden kurativ-allgemeine Behandlungsfälle von Vertragsärzten nach Formblatt 3, Abrechnungsposition A-01-69-00, getrennt nach den Versichertengruppen: Mitglieder, Familienangehörige und Rentner herangezogen.

§ 2

Weitere Rahmenvorgaben für das Jahr 2002

- (1) Die Vereinbarungspartner beabsichtigen, die Richtgrößenempfehlung vom 21.02.2000 in der Fassung vom 30.09.2001 auf der Grundlage der aktuellen Rechtslage weiter zu entwickeln.

- (2) Die Vereinbarungspartner legen für die Gliederung der Altersgruppen die in Anlage 2 beschriebene Gliederung fest. Sie streben an, noch im Jahre 2002 die organisatorischen und datenlogistischen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Verordnungsdaten und Fallzahlen entsprechend geliefert werden können. Abweichungen hiervon sind zulässig, bis Satz 2 erfüllt ist. Die Vereinbarungspartner weisen darauf hin, dass Abweichungen hierzu datenlogistisch von der Bundesebene nicht unterstützt werden können.

Anlagen:

Anlage 1:

Anlage 2:

¹ Die Vereinbarungspartner erklären ihre Absicht in einem schrittweisen Verfahren auf die Konvergenz der regionalen Vertragsstrukturen hinzuwirken.

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R.

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R.

IKK-Bundesverband, K.d.ö.R.

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R.

die See-Krankenkasse, K.d.ö.R.

die Bundesknappschaft, K.d.ö.R.

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Arztgruppen¹ für Richtgrößen

	Gebiet / Schwerpunkt	Nummer der Arztgruppe
1.	Allgemeinmedizin und Praktischer Arzt	80 – 99
2.	Anästhesiologie	01 – 03
3.	Augenheilkunde	04 – 06
4.	Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Thorax-, Unfall- Visceral- und Herz-Chirurgie	07 – 09
5.	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)	10 – 12
6.	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	13 – 15
7.	Haut- und Geschlechtskrankheiten	16 – 18
8.	Innere Medizin einschließlich Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie	19 – 22
9.	Kinderheilkunde	23 – 25
10.	Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	35 – 37
11.	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38 – 40
12.	Orthopädie einschließlich orthopädischer Rheumatologie	44 – 46
13.	Urologie	56 - 58

¹ Die siebenstellige Arztnummer enthält ein Regionalkennzeichen (1. und 2. Stelle) sowie eine Kennzeichnung der Gebiete und Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung Ärzte (3. und 4. Stelle). Die Stellen 5 bis 7 dienen der persönlichen Identifizierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung.

Weitere Untergliederungen sind nur möglich, wenn die Arztnummer in der 3. und 4. Stelle entsprechend eindeutig differenziert ist.

Gliederung nach Altersgruppen

- I. 0 – 15 Jahre
- II. 16 – 49 Jahre
- III. 50 – 64 Jahre
- IV. > 65 Jahre