

Das Rezept zum Sparen



Auch im ersten Halbjahr 2002 hat die gesetzliche Krankenversicherung mehr Geld für Arzneimittel ausgegeben als nötig. Bei den Wirtschaftlichkeitsreserven gibt es aber beachtliche regionale Unterschiede, zum Beispiel zwischen Ost und West.

Michaela Brockscothen *beschreibt, wo der Sparhebel angesetzt werden kann.*

Die Arzneimittelkosten sind zu hoch: Eine Behauptung, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) beweisen kann. Mit der WIdO-Methode lassen sich die Sparpotenziale für jede Kassenärztliche Vereinigung auf berechnen. Dabei gehen die Wissenschaftler von gleichbleibender oder sogar besserer Versorgungsqualität aus.

Von den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfielen im ersten Halbjahr 2002 mehr als 17 Prozent auf Medikamente – deutlich mehr als im Vorjahr. Einsparreserven in diesem wichtigen Sektor sind darum ein Dauerbrenner in der Diskussion um die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Der Arzneiverordnungs-Report hat erstmals

1999 den wirtschaftlichen Schaden beziffert, den die so genannten Me-too-Wirkstoffe (Scheininnovationen, die auch als Analogpräparate bezeichnet werden) verursachen – seitdem ist die Debatte um Sparpotenziale lauter geworden. Pharmaindustrie und Ärzteschaft bemühen zwar gerne das Bild von den „ausgequetschten Zitronen“ und vom „modernen Märchen“, wenn es um die Wirtschaftlichkeitsreserven geht, doch die Fakten belegen eindeutig: Der Spielraum für Einsparungen ist unverändert auf einem sehr hohen Niveau. Daran haben auch die zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Zielvereinbarungen nichts ändern können. Als Ursache für diese Entwicklung wird vor allem die Verordnung teurer Analogpräparate gesehen. Außer-

dem könnten offensichtlich noch konsequenter teure Originalpräparate durch wirkungsgleiche preiswerte Generika ersetzt werden.



Weniger Packungen, höhere Preise: Analysen des WIdO haben bereits in der Vergangenheit gezeigt, dass die Kostenstruktur in den einzelnen Bundesländern sehr verschieden ist. Für einen ersten Vergleich der Regionen hinsichtlich ihrer

Wirtschaftlichkeit eignen sich die Bruttokosten je Versicherter und der Wert je Arzneimittelpackung. Der Bruttoumsatz pro Versicherter im ersten Halbjahr 2002 betrug im bundesweiten GKV-Durchschnitt 165,35 Euro. Er wurde in Hamburg um rund ein Fünftel überschritten, während in Nord-Württemberg um rund zwölf Prozent preisgünstiger verordnet wurde (siehe Abbildung „Die Stadtstaaten führen das Ausgabenfeld an“ auf dieser Seite). Falls die Ärzte im zweiten Halbjahr ähnlich verschreiben, ist für 2002 mit Arzneimittelkosten je Versicherter zwischen 290 Euro in Nord-Württemberg und 400 Euro in Hamburg zu rechnen.

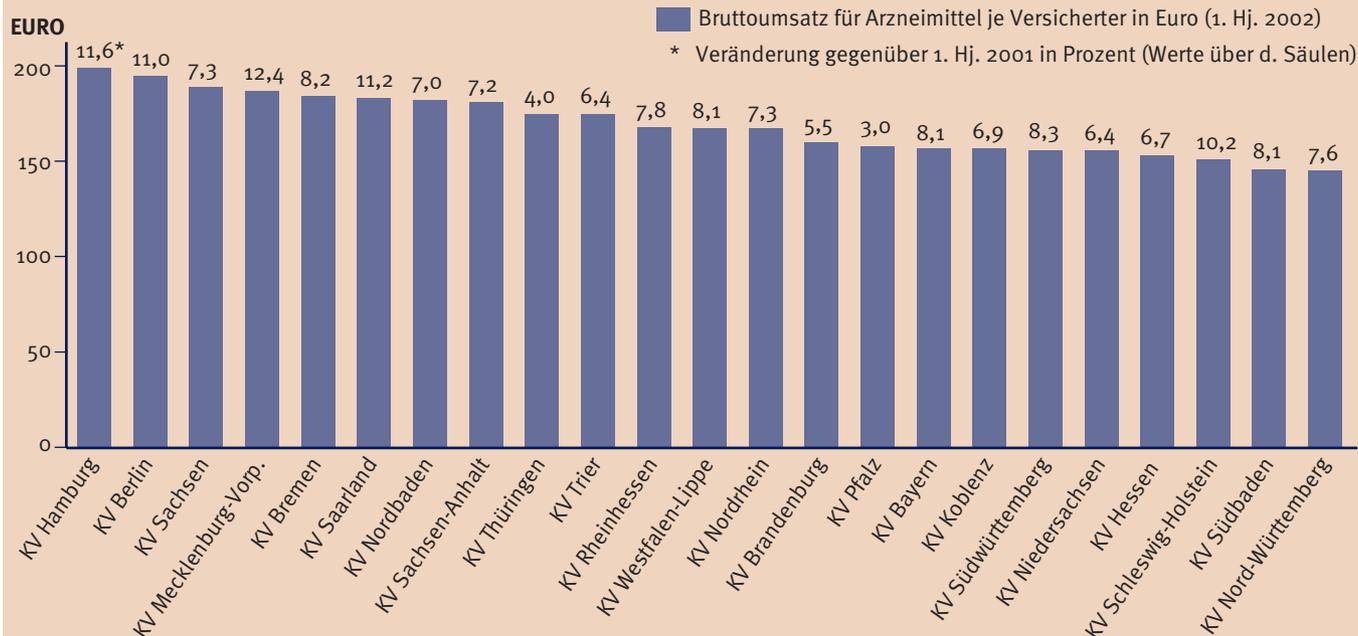
Dabei ist die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen zu Lasten der GKV rückläufig. Die Mehrausgaben lassen sich also auf höhere Kosten pro verordneter Packung zurückführen. Dieser Trend der letzten Jahre wird auch im aktuellen Arzneiverordnungs-Report 2002 in der Analyse der Komponenten der Umsatzentwicklung dokumentiert (siehe Beitrag „Ärzte verschreiben zu teuer“ auf Seite 20/21 in dieser G+G). Der Wert pro verordneter Arzneimittelpackung ist bundesweit gegenüber dem ersten Halbjahr 2001 um drei Prozent gestiegen. Auch dieser Wert fällt in den einzelnen Regionen

sehr unterschiedlich aus (siehe Abbildung „Mehr als zehn Euro Differenz beim Wert pro Verordnung“ auf Seite 36). Die größte Differenz von mehr als zehn Euro pro Verordnung liegt zwischen dem Saarland und Berlin: Während eine Arzneimittelpackung die GKV im Saarland durchschnittlich 24,82 Euro kostet, müssen die Kassen in der Bundeshauptstadt 35,10 Euro bezahlen – in Berlin wird damit rund 40 Prozent teurer verordnet. Auch die Ausgabenanstiege unterscheiden sich regional. Die höchsten Steigerungswerte im Vergleich zum ersten Halbjahr 2001 finden sich in Südwürttemberg (+ 4,6 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern (+ 4,5 Prozent), dicht gefolgt von Sachsen, Südbaden und Thüringen mit je + 4,3 Prozent.



Zu teure Generika gewählt: Eine wichtige Ursache für diese Entwicklung ist die Struktur der Generika-Verordnungen. In den neuen Bundesländern werden zwar häufig Zweitanbieterprodukte von ehemals patentgeschützten Wirkstoffen verschrieben – ihr Anteil liegt im Osten bei rund 80 Prozent –, doch werden dort nicht konsequent die besonders preisgünstigen Generika gewählt. Das Sparpotenzial der Generika wird also nicht in vollem Umfang genutzt. So wird beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern mit über 82 Prozent zwar der höchste Anteil der generischen Verordnungen am patentfreien Markt erreicht; dennoch muss dieses Bundesland mit 187,35 Euro die höchsten Arzneimittelkosten pro Versicherter verbuchen. Offensichtlich verschreiben die Ärzte dort bevorzugt die teureren unter den Generika: Der Wert je patentfreier Arzneimittelpackung liegt um rund fünf Prozent

DIE STADTSTAATEN FÜHREN DAS AUSGABENFELD AN



Hamburg und Berlin hatten im ersten Halbjahr 2002 die höchsten Ausgaben für Arzneimittel. Das heißt jedoch nicht, dass in diesen Stadtstaaten auch die größten Sparpotenziale bestehen müssen: In den Großstädten wirkt der so genannte Umlandeffekt (siehe Glossar). Die höhere Arztdichte, insbesondere an Spezialisten, zieht Patienten aus den umliegenden Gebieten an.

Quelle: WIdO

über dem Bundesdurchschnitt von 17,75 Euro. Zum Vergleich: Im Saarland konnten durch die konsequente Auswahl besonders preiswerter Arzneimittel generischer Herkunft die Kosten um mehr als zehn Prozent unter dem bundesweiten Durchschnittswert gehalten werden.

Insgesamt stieg der Anteil generischer Arzneimittelpackungen im Vergleich zum ersten Halbjahr 2001 je nach Region nur um 1,3 bis 3,4 Prozentpunkte. Sowohl der Anteil der Generika an allen Verordnungen als auch ihre wirtschaftliche Auswahl sind also noch deutlich verbesserungsfähig.



Nachahmer sahn ab: Einen anderen bedeutenden Grund für die steigenden Kosten stellt die Verordnung teurer Analogpräparate dar. Damit sind hier nur solche Wirkstoffe gemeint, die für die Patienten keine oder nur geringfügige Verbesserungen gegenüber bereits früher eingeführten innovativen Substanzen bringen. Wirkstoffe, die beispielsweise verbesserte Wirkprofile oder geringere Nebenwirkungen haben, werden bei der Berechnung des Sparpotenzials nicht einbezogen. Dennoch werden diese Me-too-Substanzen oft zu einem Preis angeboten, der deutlich über dem liegt, den die GKV für die ursprünglichen innovativen Substanzen ausgeben muss. Zwar haben die Hersteller den Verordnungsanteil der Analogpräparate im ersten Halbjahr 2002 nicht ausweiten können; ihr Anteil an den verordneten Packungen beträgt bundesweit nur 7,5 Prozent. Jedoch entfallen mehr als 19 Prozent des gesamten Fertigarzneimittel-Umsatzes auf die Nachahmerwirkstoffe – Tendenz steigend. Mit 74,18 Euro je Packung kosten sie zweieinhalb mal so viel wie die durchschnittliche Packung

im Gesamtmarkt (29,04 Euro). Sie sind demnach überproportional teuer und binden dadurch finanzielle Ressourcen des Gesundheitssystems.

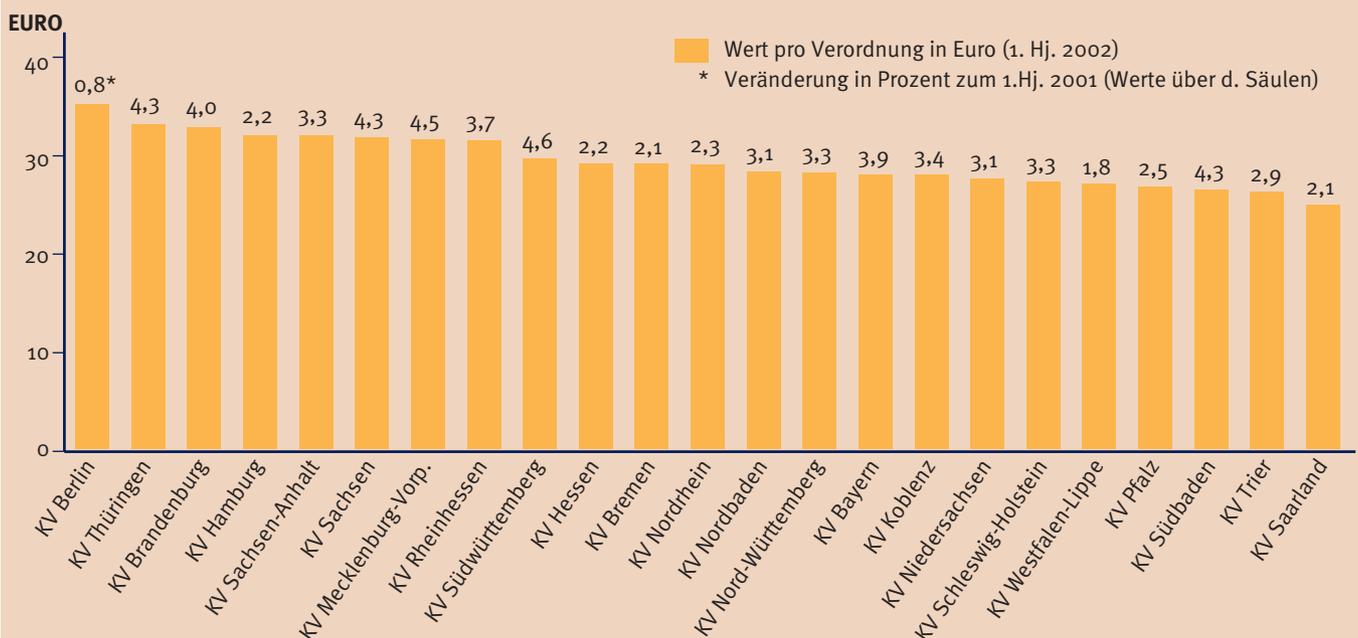
Die knappen Mittel im Gesundheitswesen werden also falsch verteilt: unter anderem die Folge einer ordnungspolitischen Fehlentscheidung aus dem Jahre 1995. Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer schaffte zum Jahresbeginn 1996 auf Betreiben der pharmazeutischen Industrie die Möglichkeit ab, die Hersteller von Me-too-Präparaten durch Festbeträge zu einer realistischen, marktkonformen Preisbildung zu motivieren. Auch die rot-grüne Koalition hat diese folgenschwere Entscheidung, die die Kassen schwer belastet, bisher nicht korrigiert.



Zielvereinbarungen wirken schlecht: Unter diesen Umständen können Krankenkassen und Ärzte nur unvollständig und in einem aufwändigen Prozess durch Zielvereinbarungen versuchen, die durch Analogpräparate verursachten Kosten einzudämmen, damit die frei werdenden Gelder sinnvollerem therapeutischen Verwendungen zugeführt werden können. Dies geschieht in den einzelnen Regionen offensichtlich mit wechselndem Erfolg. Liegt der Umsatzanteil der Analogpräparate in Bremen etwas über 17 Prozent, sind es in Brandenburg rund 22 Prozent. Generell zeigt sich im Osten eine auffällig stärkere Nutzung der Nachahmerpräparate als im Westen.

Die mittleren Kosten einer Me-too-Verordnung liegen im Saarland derzeit um fast zwölf Prozent unter dem Bundeswert (siehe Abbildung „In den Stadtstaaten werden die teuersten

MEHR ALS ZEHN EURO DIFFERENZ BEIM WERT PRO VERORDNUNG



In Berlin kostete eine verordnete Medikamentenpackung im ersten Halbjahr 2002 durchschnittlich 35,10 Euro und damit über zehn Euro mehr als im Saarland.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO)

Me-too-Präparate verschrieben“ auf Seite 37), während sie in Berlin einen Spitzenwert von 90,39 Euro erreichen (rund 22 Prozent über dem bundesweiten Durchschnittswert). Auch die anderen Stadtstaaten zeigen ein hohes Niveau. Der Ost-West-Unterschied der Kosten je Verordnung bleibt dagegen gering. Der Wert ist im ersten Halbjahr in allen Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich gestiegen, in einigen Regionen sogar um bis zu vier Prozent.

Die beobachteten Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen legen den Schluss nahe, dass die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise in den einzelnen Regionen verschieden stark ausgeprägt ist. Vermutlich unterscheiden sich die einzelnen Regionen zwar auch in der Morbidität der Bevölkerung, zum Beispiel wegen der Differenzen in der Altersstruktur. Doch dieser Effekt konnte bisher noch nicht hinreichend erforscht werden. Ein einfacher Zusammenhang zwischen Altersstruktur und Arzneimittelausgaben, wie er zuweilen angenommen wird, scheint aber nicht vorzuliegen. Außerdem weisen die Großstädte andere Versorgungsstrukturen auf. Sie leisten mit ihrer hohen Facharztdichte oft einen Beitrag zur Versorgung des Umlandes. Aus den oben beschriebenen Kennzahlen lassen sich daher nicht direkt Rückschlüsse auf Wirtschaftlichkeitsreserven in der Arzneimittelversorgung ziehen.

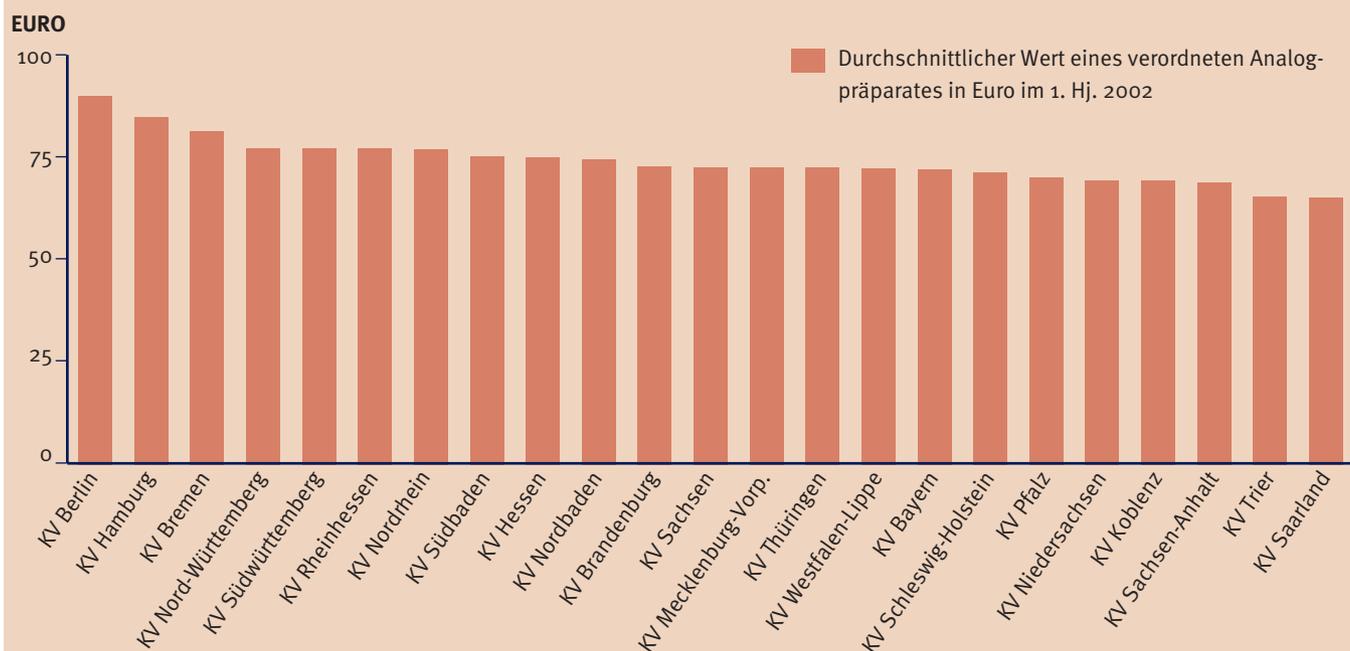


Bis zu 30 Prozent sparen: Das WiDO hat eine Methode entwickelt, mit der analysiert werden kann, wieviel sich im Bereich der Generika und Analogpräparate sparen lässt. Dieser Ansatz geht rein beobachtend vom Arzneimittelbedarf in den einzelnen Regionen aus. Zunächst wird das tatsächliche

Verschreibungsvolumen der einzelnen patentfreien Wirkstoffe als bedarfsgerecht angenommen. Davon ausgehend wird gefragt, wie der so ermittelte Bedarf kostengünstiger hätte gedeckt werden können: entweder durch einen Umstieg von teuren Originalpräparaten auf preiswerte Generika oder auch durch den Wechsel von eher teuren Generika-Herstellern zu günstigeren. Dabei werden stets nur vergleichbare Packungsgrößen und Darreichungsformen in die Berechnung einbezogen. Beispiel: Der Wirkstoff Omeprazol, mit dem gutartige Geschwüre des Magens und des Zwölffingerdarms behandelt werden, ist in der Wirkstärke 20 Milligramm als Tablette oder Kapsel in 23 verschiedenen N2-Packungen (mittlere Größe) auf dem Markt. In der teuersten Variante („Antra Mups“) kostet die Behandlung pro Tag 2,58 Euro, in der preisgünstigsten 1,42 Euro (Anbieter: 1A Pharma; Stand: erstes Halbjahr 2002). Wären die etwa 64 Tausend „Antra“-Verordnungen, die für rund 1,9 Millionen Behandlungstage ausgereicht haben, durch das wirkungsidentische 1A-Pharma-Präparat ersetzt worden, hätte diese Behandlung statt 4,8 Millionen Euro nur 2,7 Millionen Euro gekostet. Diese Berechnung kann ebenso für die anderen Wirkstärken und Packungsgrößen angewandt werden. Für den Wirkstoff Omeprazol ergibt sich damit in der Summe ein Sparpotenzial von 30 Prozent: Die gesetzliche Krankenversicherung hat 180 Millionen Euro ausgegeben, derselbe therapeutische Effekt wäre jedoch bereits mit 125 Millionen Euro zu erreichen gewesen.

Die ermittelten Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen in den einzelnen Regionen unabhängig von der jeweiligen Morbiditätsstruktur. Weder die Versorgungsstruktur der Groß-

IN DEN STADTSTAATEN WERDEN DIE TEUERSTEN ME-TOO-PRÄPARATE VERSCHRIEBEN



Mit Analogpräparaten (Scheininnovationen) verdient die Pharmaindustrie viel Geld – und den Kassen laufen die Arzneimittelausgaben aus dem Ruder. In Berlin, Hamburg und Bremen haben die Ärzte im 1. Halbjahr 2002 die teuersten Analogpräparate verschrieben. Quelle: WiDO

städte mit viel Hightech-Medizin noch das überdurchschnittliche Alter in einigen ländlichen Gebieten wirkt sich auf diese Sparpotenziale aus. Es findet also kein Vergleich zwischen „kranken“ und „gesunden“ Regionen statt.

Die aktuelle Analyse zeigt, dass die Einsparreserven im patentfreien Markt im ersten Halbjahr 2002 weiter auf einem hohen Niveau liegen. Bereits in diesen sechs Monaten hätten 911 Millionen Euro durch konsequente Nutzung von Generika gespart werden können. Dies macht bundesweit 8,3 Prozent der Ausgaben für Fertigarzneimittel aus. Zwischen den einzelnen Regionen bestehen spürbare Unterschiede: Bezogen auf den Fertigarzneimittelmarkt schwanken die noch verbleibenden Einsparreserven im Generikabereich zwischen 6,7 Prozent in Hamburg und 9,3 Prozent in der Pfalz.



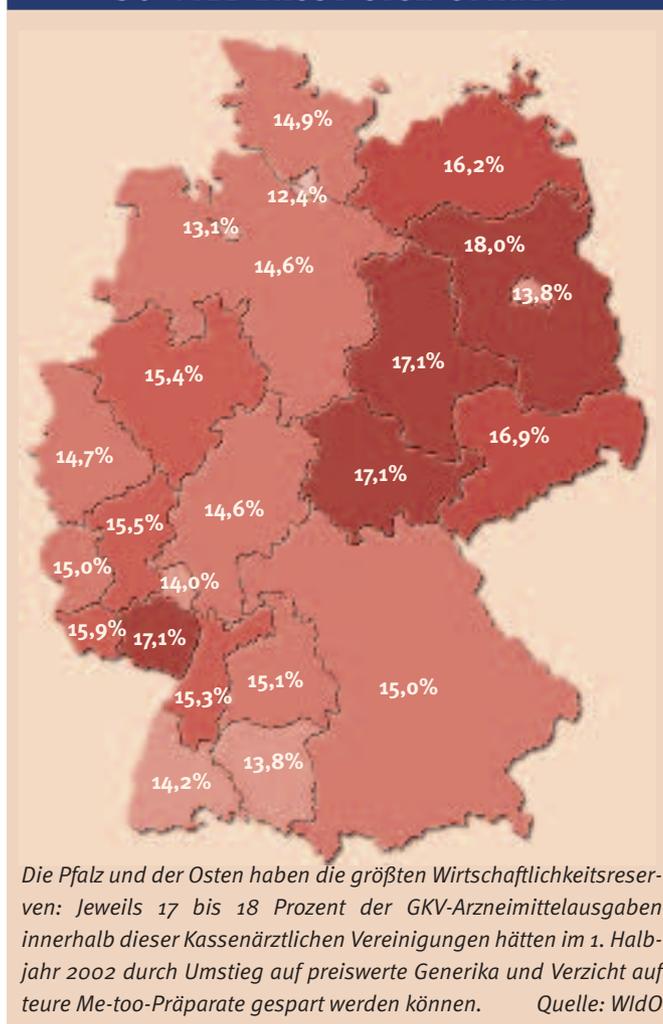
Analogpräparate unter der Lupe: Die gleiche Überlegung gilt für den Bereich der Analogpräparate. Hier kann man allerdings nicht schematisch davon ausgehen, dass alle Stoffe derselben Klasse stets problemlos austauschbar sind. Deswegen analysiert das Wissenschaftliche Institut der AOK nur einzelne, „handverlesene“ Stoffgruppen, für die Pharmakologen die Austauschbarkeit untersucht und ausdrücklich bestätigt haben (mehr dazu: Arzneiverordnungs-Report 2002).

Auch hierzu ein konkretes Beispiel: Zur Wirkstoffgruppe der Protonenpumpenhemmer (verringern die Magensäurebildung) gehören außer dem bereits erwähnten Omeprazol noch vier weitere Wirkstoffe, die klassische Me-too-Präparate ohne therapeutischen Mehrwert darstellen. Der Wirkstoff Pantoprazol, der noch unter Patentschutz steht, wird unter dem Handelsnamen „Pantozol“ in der Dosierung 40 Milligramm (entspricht der Wirkung von 20 Milligramm Omeprazol) als N2-Packung zu einem Preis von 2,49 Euro pro Behandlungstag angeboten. Diese Packung wurde im ersten Halbjahr 220.000 mal abgegeben. Für 6,6 Millionen Behandlungstage wurden 16,7 Millionen Euro bezahlt. Durch einen Umstieg auf das bereits oben genannte wirkungsgleiche 1A-Pharmapreparat hätten sich die Kosten auf 9,4 Millionen Euro reduzieren lassen. Entsprechend wird das Sparpotenzial für alle anderen angebotenen Protonenpumpenhemmer berechnet. Für diese vier Wirkstoffe wurden im ersten Halbjahr demnach 201 Millionen Euro aufgewendet, obwohl bei konsequentem Umstieg auf Omeprazol nur 101 Millionen Euro notwendig gewesen wären: 50 Prozent der Ausgaben hätten eingespart werden können.



Die Versorgungsqualität leidet nicht: Bei den Analogpräparaten beträgt das Einsparvolumen bundesweit knapp 970 Millionen Euro. Das entspricht fast neun Prozent der Fertigarznei-

SO VIEL LÄSST SICH SPAREN



mittelausgaben im ersten Halbjahr 2002. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen fallen hier stärker aus als im Generikabereich: Sie reichen von 6,7 Prozent in Hamburg bis zu 12,2 Prozent in Brandenburg. Hätten die Ärzte in Brandenburg also wenigstens in dem Maße wie ihre hamburgischen Kollegen auf die Verschreibung teurer Me-too-Präparate verzichtet, hätten sie in den ersten Monaten bereits 18 Millionen Euro einsparen können. Insgesamt fallen in den östlichen Bundesländern die Potenziale in diesem Bereich mit durchschnittlich etwas mehr als elf Prozent höher aus als im Westen (8,2 Prozent).

Für eine Gesamtbetrachtung darf man allerdings nicht die ausgewiesenen Potenziale für Generika und für Analogpräparate einfach addieren, da sich die Segmente teilweise überschneiden. Unter Berücksichtigung der Überschneidungen ergibt sich ein Gesamtvolumen von nahezu 1,7 Milliarden Euro, das im Laufe des ersten Halbjahres 2002 durch stringente Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes hätte eingespart werden können. Dies sind immerhin 15,2 Prozent der Fertigarzneimittelausgaben der GKV. Die Stadtstaaten haben – ungeachtet ihrer hohen Pro-Kopf-Ausgaben – die geringsten verbleibenden Reserven (zwischen 12,4 und 13,8 Prozent). Für die Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen

SERVICE

Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2002, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Schröder, H./Nink, Katrin: Stochern im Nebel, G+G 4/2002, S. 38-41

Bundesländern und in der Pfalz lassen sich die größten Spielräume für Einsparungen nachweisen: Hier bestehen Reserven in Höhe von 16,2 bis 18 Prozent der GKV-Arzneimittelausgaben (siehe Abbildung „So viel lässt sich sparen“ auf Seite 38). In diese Analysen sind weitere Wirtschaftlichkeitspotenziale im Bereich der Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit nicht eingeflossen. Sie würden das Sparpotenzial im ersten Halbjahr 2002 noch einmal vergrößern (siehe auch Beitrag „Ärzte verschreiben zu teuer“ in dieser G+G auf Seite 20/21).

Die hier ausgewiesenen Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von jährlich über 3,3 Milliarden Euro gehen in keinem Fall zu Lasten der Versorgungsqualität. Menge und Struktur der verschriebenen Arzneimittel werden durch die Analysen nicht in Frage gestellt (aber auch nicht abgesegnet). Das Ziel lautet: Mehr Wirtschaftlichkeit bei gleicher oder sogar höherer Versorgungsqualität für die Patienten. Der Vergleich der einzelnen Regionen zeigt, dass der rationale Umgang mit diesen Fragen in den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Dies liefert konkrete Hinweise darauf, in welchen Regionen Informations- und/oder Motivationsdefizite bestehen. Wer den Nachweis von Effizienzreserven in der Gesundheitsversorgung als „modernes Märchen“ abtut, hat den Realitätsschock vielleicht noch nicht verarbeitet. ♦

Michaela Brockscothen arbeitet im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im Forschungsbereich Arzneimittel-Produktentwicklung.

DIE ZAHLEN LIEFERT „GAMSI“

Die Arzneimittelausgaben kurzfristig bis in winzigste Details zu analysieren – das ist erst möglich, seit es „GAmSi“ gibt. Das GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystem ist eine vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) entwickelte Software, mit deren Hilfe die gesetzliche Krankenversicherung seit Mitte 2001 stets zeitnah über die Ausgaben für Medikamente informiert wird. Rund eine Milliarde Rezepte jährlich verarbeiten die „GAmSi“-Rechner beim WIdO in Bonn. Das neue System liefert sowohl für die Gesamtheit der mehr als 500 Krankenkassen auf die Region bezogene Daten als auch eine bundesweite Gesamtschau. Die Patienten- und Arztdaten werden ebenso wie die für den Wettbewerb bedeutsamen Kassenmerkmale anonymisiert. Aus dem Datenpool filtert die Software beispielsweise die verordneten Mengen und Umsätze für bestimmte Medikamente. Jede der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen erhält monatlich einen regionalen Bericht. Zugleich erstellt das WIdO eine bundesweit vergleichende Übersicht, die zentrale Kenngrößen zum aktuellen Marktgeschehen enthält.

Glossar

Analogpräparat: Eine Substanz mit bekanntem Wirkprinzip und ohne verbessertes Wirkprofil im Vergleich zu bereits auf dem Markt verfügbaren Präparaten. Analogpräparate – sie werden auch Me-too-Präparate genannt – sind somit nichts anderes als teure Scheininnovationen.

Bruttoumsatz: Arzneimittelumsatz zu Apothekenabgabepreisen, d.h. inklusive der Zuzahlung und des gesetzlichen Rabatts.

Festbeträge für Arzneimittel: Festbeträge sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Erstattungsobergrenzen für bestimmte Arzneimittel: Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selber tragen. Das Festbetragsystem ist mit dem Gesundheitsreform-Gesetz (GRG) eingeführt worden. Die Festbeträge sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten, Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sich an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten.

Generika: Zweitanbieterprodukte von ehemals patentgeschützten Wirkstoffen. Generika sind nach Art und Menge des Wirkstoffs identisch mit den Originalpräparaten. Sie kommen auf den Markt, wenn der Patentschutz für einen Wirkstoff ausgelaufen ist. Generika sind therapeutisch gleichwertig, in der Regel aber deutlich preisgünstiger als das jeweilige Originalprodukt.

Innovative Arzneimittel: Patentgeschützte Originalpräparate mit neuen Wirkstoffen, die einen therapeutischen Zusatznutzen gegenüber allen bereits vorhandenen Arzneimitteln bieten. Der therapeutische Zusatznutzen unterscheidet die innovativen Arzneimittel von den Analogpräparaten. Innovationen im Sinne des Sozialgesetzbuch V sind Arzneimittel mit neuartiger Wirkungsweise, einem neuartigen Wirkprinzip und/oder einer therapeutischen Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen.

Morbidität: Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum gemessen wird. Gesicherte Erkenntnisse über regionale Morbiditätsunterschiede liegen für Deutschland nicht vor.

Umlandversorgung: Versorgung von Versicherten in der Region einer Kassenärztlichen Vereinigung, die dort nicht ihren Wohnsitz haben.

Zielvereinbarungen: Im Januar 2002 sind die Budgets abgeschafft worden, die bis dahin die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel aller Vertragsärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung einer Obergrenze unterwarfen. Künftig treffen stattdessen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen qualitative und quantitative Zielvereinbarungen für die Versorgung der Versicherten mit Medikamenten und Heilmitteln. Auf Basis der Vereinbarungen wird das jährliche Ausgabenvolumen ausgehandelt. Die Ärzte müssen sich bei ihren Verordnungen nun an Richtgrößen orientieren, die speziell für einzelne Facharztgruppen festgelegt werden. Arzneimittelinformationen, Beratung und Datentransparenz sollen den Ärzten die Einhaltung der Richtwerte ermöglichen. Werden die Richtgrößen überschritten, entscheidet die Selbstverwaltung, wie das gehandelt wird.