



WINEG

WISSENSCHAFTLICHES
INSTITUT DER TK
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

Daily Defined Doses – das Maß aller Dinge (?)

Dr. Eva Susanne Dietrich,

WINEG (Wissenschaftliches Institut der Techniker
Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im
Gesundheitswesen)

Medica Media 14. November 2007, Düsseldorf



WINEG

WISSENSCHAFTLICHES
INSTITUT DER TK
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

- **Definition und Ziel**
- **Nutzen**
- **Probleme und Grenzen der Anwendung**
- **Alternative Ansätze**
- **Was ist zu tun?**

- **Definition und Ziel**
- Nutzen
- Probleme und Grenzen der Anwendung
- Alternative Ansätze
- Was ist zu tun?

Definition nach WHO/WIDO

The **DDD*** ist the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics
Methology 2007

Die **DDD*** ist die angenommene tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

WidO 2007

Wesensgehalt der DDD

„Abstrakte Größe für die
Mengenberechnung zur
Vergleichbarkeit der
Medikamentenanwendung zwischen
Gruppen auf der Basis internationaler
Absprachen“
(Dauben / DIMDI 3.6.2005)

„Bei der DDD handelt es sich um eine
Mengeneinheit, die in
epidemiologischen Studien den
Verbrauch von Arzneimitteln auch über
längere Zeiträume standardisiert
erfassen soll.“
(Arzneimittel-Atlas 2007, S. 287)

DDD gibt nicht
notwendigerweise die
empfohlene oder tatsächlich
verordnete Tagesdosis eines
Arzneimittel wieder, sondern
ist eine „Technische Maß- und
Vergleichseinheit“
(AVR 2006 S. 983)

„The classification of a substance in the
ATC/DDD system is not a recommendation
for use, nor does it apply any judgements
about efficacy or relative efficacy of drugs
and groups of drugs.“
„rough estimate of consumption and not an
exact picture of actual use [...] fixed unit of
measurement independent of price and
formulation“ (WHO 2007)

Wie werden DDD generiert?

- Grundlage: ATC-Klassifikation

Beispiel für die Ebenen der ATC-Klassifikation				
	Ebene	Bezeichnung	Code	Bedeutung des Codes
Therapeut. Wirkstoff- gruppe { Wirkstoff	1.	Anatomische Hauptgruppe	A	Alimentares System und Stoffwechsel
	2.	Therapeutische Untergruppe	A10	Antidiabetika
	3.	Pharmakologische Untergruppe	A10A	Insuline und Analoga
	4.	Chemische Untergruppe	A10AB	Insuline und Analoga, schnell wirkend
	5.	Chemische Substanz	A10AB01	Insulin (human)

- Festlegung DDD (angenommene Tagesdosis)
- Bekanntgabe der gültigen DDD und erfolgter Änderungen durch das WHOCC
- Anpassung an die deutschen Besonderheiten durch den GKV-Arzneimittelindex im WIdO
- Amtlichmachung der deutschen ATC-Klassifikation durch das DIMDI im Auftrag des BMG

Festlegung der Tagesdosis – vom ATC-Code zur DDD

Regeln für die Ermittlung von DDDs

Monopräparate

- mittlere Erhaltungsdosis in der ATC-Hauptindikation bzw. gemittelt über alle zugelassenen Indikationsgebiete
- bezieht sich i.d.R. auf das mittlere Körpergewicht eines Erwachsenen von 70kg
- Eine DDD pro Darreichungsform innerhalb eines ATC-Codes
- I.d.R. therapeutische Dosis
- Orientierung an dem vom Hersteller angegebenen Inhalt (Stärke)

Einheit: g, mg, ...

Kombinationspräparate

- Festlegung einer festen Tagesdosis, unabhängig von der Anzahl der enthaltenen Wirkstoffe
- Teilweise Verwendung „fixer Dosen“

Einheit: DE (Dosiseinheit)

Wege zur Ermittlung einer DDD durch das WIdO

1 Bestehende DDD-Empfehlungen der WHO

2 Dosierungsinformationen aus Fachliteratur u. wissenschaftl. Studien

3 Berechnung der Ø-Dosierungsempfehlung der Hersteller

4 Individuelle Hersteller-Empfehlung

Beispiel: Amtliche ATC-Klassifikation mit DDD-Angaben

ATCCODE	BEDEUTUNG	DDD-Info
A	ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL	
A01	STOMATOLOGIKA	
A02	MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN	
A02B	MITTEL BEI PEPTISCHEM ULKUS UND GASTROESOPHAGEALER REFLUXKRANKHEIT	
A02BC	Protonenpumpenhemmer	
A02BC01	Omeprazol	20 mg O,P
A02BC02	Pantoprazol	40 mg O,P; 20 mg O,P
A02BC03	Lansoprazol	30 mg O; 15 mg O
A02BC04	Rabeprazol	20 mg O; 10 mg O,P
A02BC05	Esomeprazol	30 mg O,P; 20 mg O,P

Darreichungsformen, hier: oral, parenteral

Internationale Angaben der WHO

Kursiv: Anpassungen an deutsche Gegebenheiten

Zwischenfazit: DDD's sind fast immer Kompromisse und theoretische Konstrukte

- ... sie entsprechen nur selten den tatsächlich verordneten Dosierungen:

Soweit sie auf Herstellerinformationen beruhen, stellen sie häufig einen Mittelwert von zwei oder mehreren häufig verwendeten zulassungsrelevanten Dosierungsempfehlungen der Hersteller dar.

- ... sie spiegeln häufig in erster Linie den aktuellen Stand der Wissenschaft wider:

Soweit sie auf der Auswertung wissenschaftlicher Studien beruhen, geben sie nicht notwendigerweise die Empfehlung des Herstellers wider.

Ziele der DDD-Systematik

Hauptziele laut WHO ¹⁾:

- Darstellung von Arzneimittelverbrauchs-Statistiken
- Erreichen einer verbesserten Arzneimittelanwendung

➔ Verbesserung der **Versorgungsqualität** mit Arzneimitteln

Ziele laut DIMDI ³⁾

- DDDs sollen helfen, die Menge verbrauchter Arzneimittel auf Dosisgaben umzurechnen
- Hilfe zur statistischen Auswertung von Verordnungs- und Anwendungsdaten
- Darstellung des deutschen Arzneimittelmarktes
- Unterstützung der Arzneimittelsicherheit

„Die Verwendung des ATC/DDD-Systems für andere Zwecke kann [...] unter Umständen unangemessen sein“ ²⁾

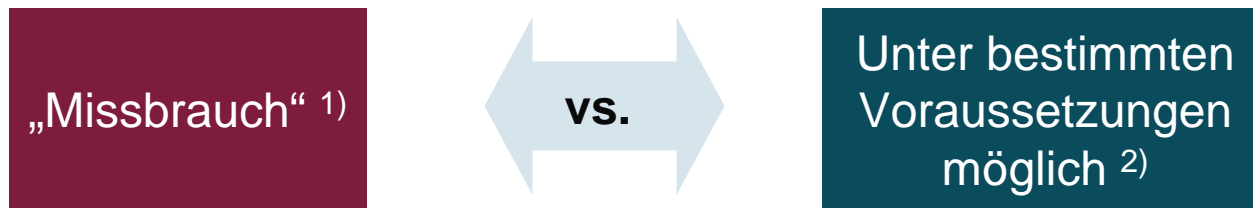
(1) Hauptziel laut WHO 2007

(2) Fricke et al. 2007

(3) Dauben HP / DIMDI, Technologien für den Arzneimittelbereich: ATC/DDD 3.6.2005

Kostenvergleiche als Ziel der DDD-Systematik?

- Preis- und Kostenvergleiche sind eindeutig **nicht** explizites Ziel von DDDs
- Wechselnder Aussagen der WHO zu Preisvergleichen und Ausgabenanalysen:



(1) WHO zitiert in: Laukant A, Stellungnahme 26.7.2001, S. 5

(2) WHOCC 1991 zitiert in: Fricke et al. 2007, S. 53

- Definition und Ziel
- **Nutzen**
- Probleme und Grenzen der Anwendung
- Alternative Ansätze
- Was ist zu tun?

Eignung der DDD's für statistische und vergleichende Zwecke

Statistische Vergleiche

„Die Verwendung des ATC/DDD-Systems erlaubt eine Standardisierung der Arzneimittelgruppierung und bietet eine stabile Metrik, um den Arzneimittelverbrauch verschiedener Länder, Regionen und anderer Schauplätze des Gesundheitswesens miteinander zu vergleichen und Entwicklungen im Medikamentengebrauch über die Zeit und in unterschiedlichen Zusammenhängen zu untersuchen.“

WidO/ Fricke et al. 2007

Auswertungen

„Richtig angewendet ist das ATC [DDD] System eine wesentliche Hilfe bei der pharmakoepidemiologischen Beurteilung. In diesem Sinne hilft es auch bei der Beurteilung von Arzneimittelwirkungen.“

Dauben / DIMDI 2005

Arzneimittelverbrauch: Praktische Anwendung DDDs

Darstellungsform	Bevorzugtes Anwendungsgebiet
DDD _s / 1000 Einwohner	Regelfall
DDD _s / 100 Belegungstage	Klinischer Bereich
DDD _s / Einwohner / Jahr	Bei kurzzeitig eingesetzten Medikamenten

Nutzen der DDD-Methodik: Beispiele

- Erstellung von Arzneimittelverbrauchsstatistiken
 - z.B. *GKV-Arzneimittelindex, GamSi-Schnellinformationsdienst*
- Durchführung nationaler und internationaler Vergleiche
- Ableitung und Evaluation von Trends im Arzneimittelgebrauch hinsichtlich
 - Indikations-/ geschlechts-/ altersspezifische Verordnung von Arzneimitteln
 - Arzneimittelsicherheit und Nebenwirkungen
 - Über-, Unter- und Fehlversorgung

Bsp.: Quartalsauswertungen des GKV-Arzneimittelindex, Standardberichte der GKV-Schnellinformation (GamSi)
- Ermittlung von „Doppel-“ oder „Pseudo-Doppel-Medikation“

DDDs eignen sich für die Durchführung von Benchmarks

Studie: Veränderung des Verbrauchs von Arzneimitteln für die Indikationen peptischer Ulkus und gastroösophageale Refluxkrankheit bei Einführung OTC-Status			
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung OTC-Status für Ranitidin und Famotidin 1996 ▪ Betrachtete Gruppe und Zeitraum: Finnland 1990-2003 ▪ Betrachtung Arzneimittelverbrauch von H2-Rezeptor-Antagonisten, Antizida, Sucralfat, PPI 		
Ergebnisse	Entwicklung der DDD/1000 Einw./Tag (1990-2003)		
		1990	2003
	Alle definierten Medikamente (Selbstmedikation und VO)	12,8	29,6
	PPI	0,3 (2,3%)	22,21 (75%)
	H2-Rez.-Antagonisten	1996 zunächst Zunahme, danach Abnahme (bei steigendem Anteil OTC-Präparate)	
Fazit	DDD ermöglichen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergleich des Arzneimittelverbrauchsentwicklung für zwei Indikationen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe ▪ Beobachtung Verbrauchsverhalten (Verordnung vs. Selbstmedikation) bei Veränderung der Verordnungsregelungen (hier: OTC) 		

Nutzen von DDD zur Ermittlung von Unterversorgung

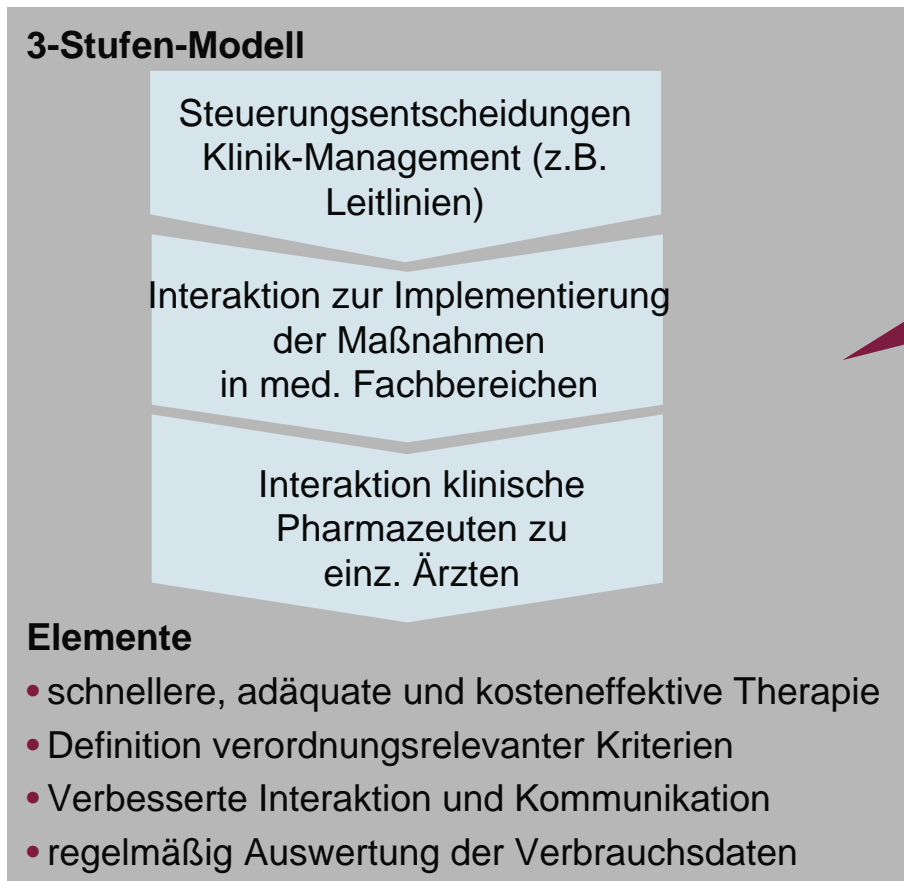
Studie: Schmerzpatienten in niederländischen Altenheimen und ihre Versorgungssituation mit Analgetika			
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung von Häufigkeit, Verlauf und Versorgungssituation bei Schmerzen bei 350 Bewohnern in 14 niederländischen Altenheimen* ▪ Eines der Messinstrumente für Schmerz: Verordnung von Analgetika ▪ PDD/DDD-Quote als Maßstab für adäquate Dosierung: Quote von <1 als Indikator für Unterdosierung 		
Ergebnisse	Unterversorgung mit Analgetika		Übersversorgung
	Opiode	Paracetamol	NSAID
	69,2% aller Verordnungen: PDD/DDD-Quote < 2/3	30,8%: PDD/DDD-Quote < 2/3	84%: PDD/DDD-Quote >1
Fazit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterdosierung bei Opioiden und Paracetamol trotz einer insgesamt hohen Verschreibungsquote von Analgetika (64,5% aller Schmerzpatienten) erklärt den hohen Anteil Patienten, die weiterhin über Schmerzen klagten ▪ DDD ermöglichen in Verbindung mit den tatsächlich verordneten Dosen (PDD) Aussagen über Unter- bzw. Übersversorgung bei der Dosierung von Arzneimitteln. 		

Smalbrugge M et al. BMC Geriatrics 2007, 7:3

* Auswertung von Daten aus dem Zeitraum November 1999 bis Mai 2001

Eignung von DDDs für die Implementation und Bewertung von Arzneimittelsteuerungsmaßnahmen

3-Stufen-Feedback-Interventionsmodell zur Steuerung des Verordnungsverhaltens bei Antibiotika im Krankenhaus



**DDD als
Maßeinheit für die
Entwicklung des
Antibiotika-
Verbrauchs**



Ergebnisse (Auswahl)	Entwicklung DDDs 6/2001-12/2004
Abnahme i.v. Antibiotika gesamt	- 6.473
Abnahme i.v. Chinolone	- 1.598 (41,7%)
Zunahme oraler Antibiotika	+ 12.494 (23,7%)

Nutzen DDD für die Planung von Arzneimittelbudgets

- Festlegung von Arzneimittelbudgets auf der Grundlage ausgewerteter DDDs und der Kosten pro DDD
 - Differenzierung der Auswertung und Budgetplanung nach
 - Alter
 - Grad der Mortalität
 - Art der Arztpraxis (Fundholder, Non-Fundholder, PCPIs)
- ➔ Anhand der Arzneimittelbudgets auf DDD-Basis können indikationsspezifische Verordnungsweisen nachvollzogen werden (hier: NHS in Großbritannien)

Bedingte Eignung der DDD als Grundlage für Kosten- und Wirtschaftlichkeitsvergleiche

- „Arzneimittelverbrauchsdaten [...] sind notwendig für die politische Entscheidungsfindung in Bezug auf Arzneimittelversorgung, Preispolitik, Kosten und Verbrauch. Die ATC-und-DDD-Methodik kann bei der Evaluierung von Kostentrends hilfreich sein, sollte aber mit Vorsicht angewandt werden.“
 - Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, DDDs innerhalb therapeutischer Gruppen auch für Fragen des Preisvergleichs und der Ausgabenentwicklung einzusetzen.
 - *Voraussetzung: Nachgewiesene therapeutische Äquivalenz innerhalb der Wirkstoffgruppe (WHOCC 1991)*
- BMG: „Die Preiswürdigkeit der Arzneimittel in bestimmten Gruppen kann bestimmt werden mit Hilfe sog. Durchschnittskosten pro definierter Dosiereinheit auf Basis definierter Tagesdosen (DDD). Die definierten Tagesdosen sind durch eine amtliche Klassifikation vorgegeben, an deren Vorbereitung auch Vertreter pharmazeutischer Unternehmen beteiligt sind.“

WIdO / Fricke et al. 2007

BMG PM 28.4.2006

DDD als Instrument für Kostenvergleiche

- Mithilfe der Kosten je DDD können z.B. die Kosten von zwei Darreichungsformen desselben Arzneimittels verglichen werden
- Voraussetzung für die Berechnung:
 - Es ist eine Gruppe vergleichbarer gut wirksamer Arzneimittel vorhanden
 - keine Anwendung bei Arzneimitteln ohne therapeutische Alternative
- Berechnung Tagestherapiekosten pro Arzneimittel:

Packungspreis / Anzahl
x Tagesdosierung (DDD)



WINEG

WISSENSCHAFTLICHES
INSTITUT DER TK
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

- Definition und Ziel
- Nutzen
- **Probleme und Grenzen der Anwendung**
- Alternative Ansätze
- Was ist zu tun?

Schwierigkeiten bei DDDs

- Häufig keine Abbildung der tatsächlichen Dosierungsempfehlung
- Entsprechen i.d.R. nicht der tatsächlich verschriebenen Tagesdosis (PDD*)
- Hauptindikationen der DDDs sind variabel
- Ein Medikament für verschiedene Indikationen
- DDD's innerhalb einer Wirkstoffgruppe nicht immer therapeutisch äquivalent
- Mangelhafte Verweise auf ATC/DDD-Version in Arzneimittelverbrauchsstudien erschweren Vergleich des Arzneimittelverbrauchs und Festlegung von DDDs ²⁾

Inwieweit Eignung der DDDs als Grundlage für die Ableitung von Verordnungsverhalten bzw. die Beurteilung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise?

WiDO/ Fricke et al. 2007

(2) Ronning et al. Eur J Clin Pharmacol (2000) 56: 723-727

*prescribed daily dosis

DDD-Angaben für den Arzneimittelverbrauch kurzzeitig eingesetzter Arzneimittel problematisch

- Beispiel **Antibiotika im ambulanten Bereich**: DDDs stellen bei kurzzeitig eingesetzten Arzneimitteln keinen geeigneten Maßstab für den Arzneimittelverbrauch dar
 - Insbesondere gibt das Maß „DDD / 1000 Einwohner / Tag“ keine Aussage zum tatsächlichen Arzneimittelkonsum eines Patienten innerhalb eines bestimmten Zeitraums ¹⁾
- Für den **Antibiotikaverbrauch im klinischen Bereich** werden die Maßeinheiten DDD/100 Krankenhaustage oder DDD pro abgeschlossene Krankenhausbehandlung empfohlen. ²⁾

(1) Resi D et al. Eur J Clin Pharmacol 2001; 177:180

(2) Curtis et al. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2004; 529:533

Grenzen der DDD: Kostenvergleiche

- Eignet sich nur als Maßstab für chronische Indikationen
- Hochdosierte Arzneimittel sind vergleichsweise preisgünstig – Anreize zur unwirtschaftlichen Verordnungsweise
- große Packungen sind vermeintlich günstiger als (eventuell bedarfsgerechtere) kleinere
- Tagesdosis für Kombinationspräparate unterscheidet nicht zwischen Schweregrad der therapeutischen Situation
- Nicht realitätsgetreue Festlegung der Äquivalenzdosen innerhalb einer Wirkstoffgruppe führt zu Preisverzerrungen
- Herstellerangaben nur bedingt geeignet als Grundlage für Äquivalenzdosen
- Mangelnde Qualität klinischer Studien zur Definition von Äquivalenzdosen

Problematik der DDDs bei Preisvergleichen im Rahmen von Zielvereinbarungen

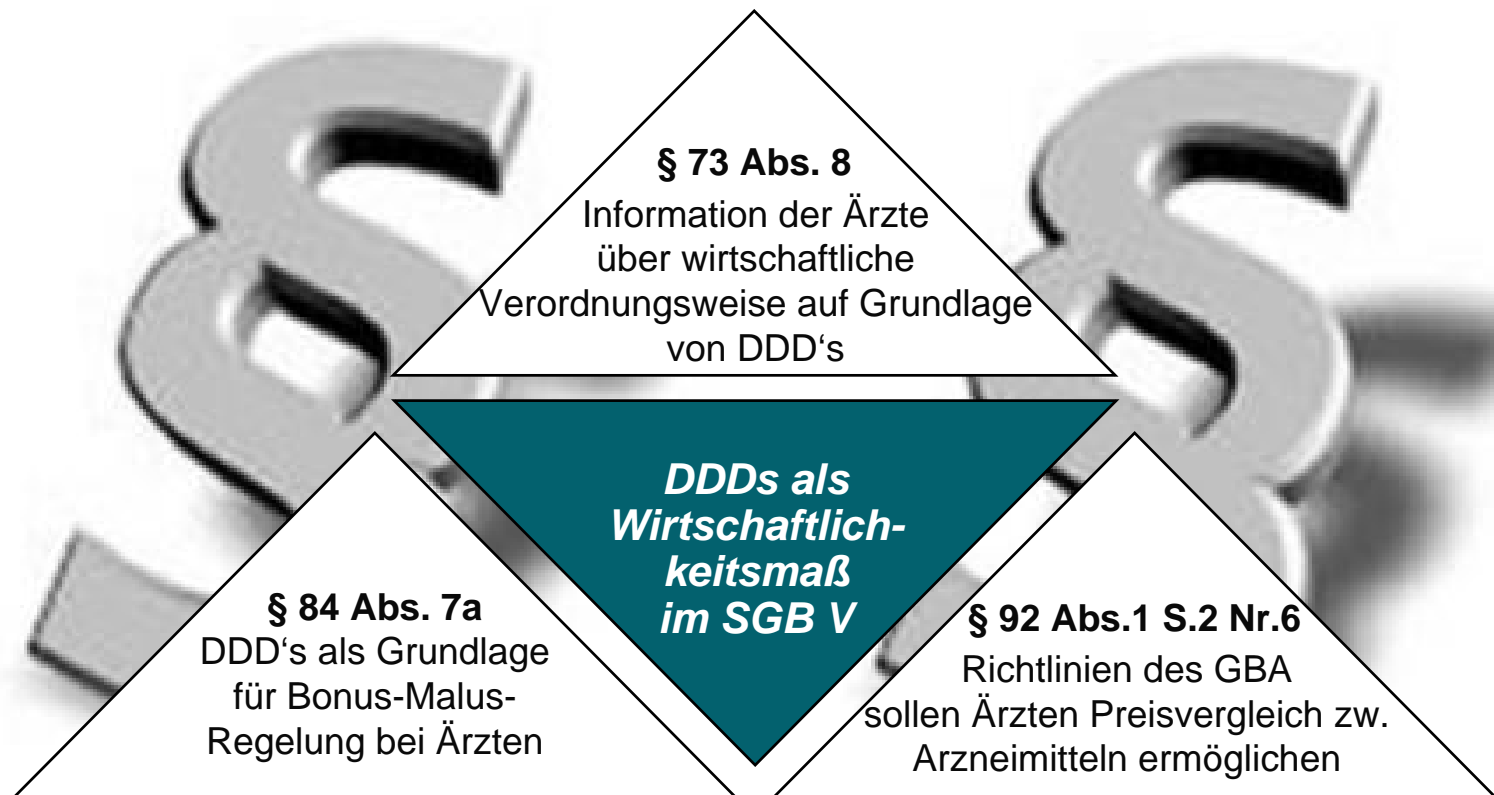
- DDDs sind als **Grundlage für Zielvereinbarungen¹⁾ bei Antihypertonika nicht geeignet**, da...
 - ▶ ...die Vergleichspräparate (Angiotensin-II-Antagonisten und ACE-Hemmer) nicht der gleichen therapeutischen Gruppe angehören
 - ▶ ...die Äquivalenz der Wirkstärke zwischen den Präparaten nicht gegeben ist
 - ▶ ...die DDDs der bei Begleiterkrankung (Nephropatie) erforderlichen Medikamente (Irbesartan/ Losartan) zur Unterdosierung und daher Unterversorgung und langfristig Mehrkosten führen.

Die Anwendung der DDD-Systematik wird den Anforderungen des AVR für Preisvergleiche nicht gerecht!

*„Die DDD für Arzneimittel aus der gleichen therapeutischen Gruppe sollen entsprechend den Grundregeln für die Festlegung von DDD-Werten in ähnlicher Weise ermittelt werden, um eine gute Vergleichbarkeit zwischen den Dosierungen zu erhalten. Innerhalb der therapeutischen Gruppe soll nach Möglichkeit eine **Äquivalenz der Wirkstärke** angestrebt werden.“ (AVR 2006)*

Grenzen der DDD: Wirtschaftlichkeit

„Preis und Leistung müssen bei der Verordnung von Arzneimitteln in einem angemessenen Verhältnis stehen.“ (BMG, PM 28.4.2006)



DDD's bilden in Deutschland die Grundlage für die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der ärztlichen Verordnungspraxis.

Falsche Anreize durch Bonus-Malus-Regelung auf Grundlage von DDDs

Beispiele: *Statine – Leitsubstanz: Simvastatin¹⁾*
 topische Antimykotika²⁾
 Isotretinoin²⁾

Verordnungssituation	Erwartete Effekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kaum ein Präparat in der DDD-Dosierung erhältlich ▪ Einhaltung der DDD-Kosten über Großpackungen und hohe Dosierungen am leichtesten zu erreichen ▪ Einhaltung Dosierung häufig nicht praktikabel (Tablettenteilung bzw. sparsame Anwendung von Externa) ▪ Richtgrößenprüfung (Mengenkomponente) entfällt bei Arzneimittelgruppen mit DDD-Festlegung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verstärkte Verordnung teurer Großpackungen ▪ Überdosierung ▪ Erhebliche Abweichungen DDD und PDD, die bei steigender Wirkstoffstärke noch zunehmen



Kostensteigerung durch Mengenausweitung

(1) www.gesundheitswirtschaft.info 11.3.2007 (IMS)
 (2) Bratzke B 2006, BVDD (Bundesverband Deutscher Dermatologen) Landesverband Berlin

Bonus-Malus-Regelung weicht Rabattverträgen

- Bonus-Malus-Regelung entfällt ab 2008 – keine individuellen Regresse für Ärzte
 - Aufgrund der Zunahme der Rabattverträge fallen immer weniger Arzneimittel unter die Durchschnittskostenregelung des Bonus-Malus-Systems
 - Weiterhin Vereinbarung der Bundesvertragspartner zu durchschnittlichen Verordnungskosten nach § 84 Abs. 7a SGB V

Welche Rolle spielen DDDs weiterhin als Maß für eine wirtschaftliche Verordnungsweise in Deutschland?



WINEG

WISSENSCHAFTLICHES
INSTITUT DER TK
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

- Definition und Ziel
- Nutzen
- Probleme und Grenzen der Anwendung
- **Alternative Ansätze**
- Was ist zu tun?

Alternative Maßeinheiten für den Arzneimittelverbrauch

- Angabe des Verbrauchs für Arzneimittel, für die noch keine DDD definiert wurde: ¹⁾
 - Gramm pro aktive Komponente
 - Pro Darreichungsgabe (UD = UnitDose: Tablette, Zäpfchen, Ampulle etc.)

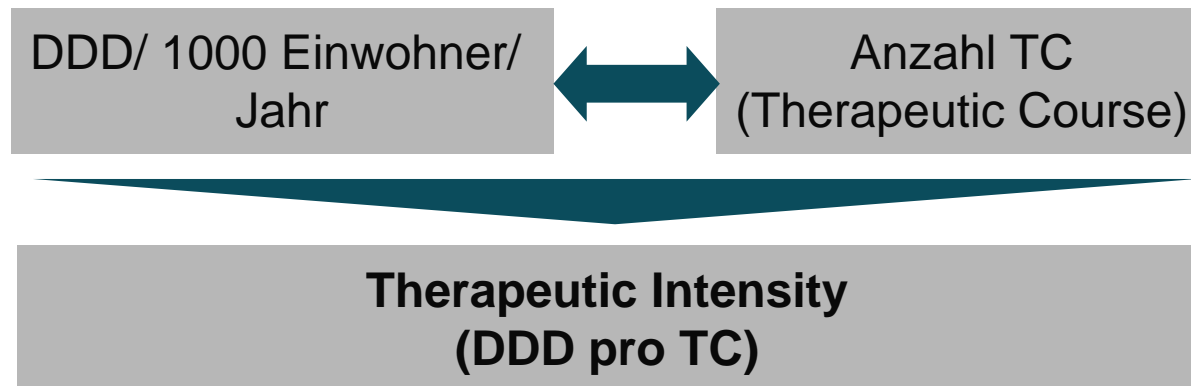
- Weitere ²⁾
 - Kosten
 - Menge
 - PDD

(1) Dauben / Dimdi 2005

(2) Fricke U et al. / WidO 2007

Ergänzung der DDD-Methode durch Vergleichsdaten bei kurzzeitig eingesetzten Arzneimitteln

- Ergänzende Daten für die Messung des Arzneimittelverbrauchs bei kurzzeitig eingesetzten Arzneimitteln:
 - „therapeutic course“ (TC) im ambulanten Bereich ¹⁾



- „finished consultant episode“ (FCE) für den Einsatz von Antibiotika im klinischen Bereich ²⁾

(1) Resi D et al. Eur J Clin Pharmacol 2001; 177:180

(2) Curtis et al. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2004; 529:533

Ergänzung der DDD-Methode durch Vergleichsdaten für den Arzneimittelverbrauch allgemein

- Ergänzende Daten für die Annäherung an den tatsächlichen Arzneimittelverbrauch
 - Vergleich der DDD-Daten mit PDD und / oder Anzahl der Tage der Therapie ¹⁾²⁾
 - Vergleich DDD mit Anzahl der Anwender (ADU / number of apparent drug users) ²⁾

(1) z.B. Wessling et al. Eur J Clin Pharmacol 1990; 39:207

(2) Cosentino et al. Eur J Clin Pharmacol 2000; 56: 531

Zielvereinbarungen

- Länderspezifische Ablösevereinbarung zur Festlegung anderer geeigneter Tages- oder Einzeldosen bzw. anderer Vergleichsgrößen
 - *„Durch die Möglichkeit, das DDD-Konzept der Bundesebene durch eigene Zielvereinbarungen auf regionaler Ebene abzulösen, fördern wir außerdem den regionalen Wettbewerb um die besten Konzepte.“*
(Ulrich Dietz, BMG, April 2006)



‚quantitative‘ Vereinbarungen



‚qualitative‘ Vereinbarungen,

z.B. KV Nordrhein

Zielpreisvereinbarung KV Rheinland

- Vereinbarung von Zielpreisen für 6 Wirkstoffgruppen = Preis, bei dem die günstigsten Präparate einen kumulativen Marktanteil von 25% abdecken
- Apotheker verpflichten sich zur Abgabe der Präparate zu vereinbarten Zielpreisen
- Kein Preisvergleich durch Ärzte, sondern lediglich Verschreibung des Wirkstoffes, der Wirkstoffmenge und der Packungsgrößen

Zielpreisvereinbarungen und Zielquoten als effiziente Instrumente der Verordnungssteuerung?

- Forderung ABDA: **Zielpreisvereinbarungen** als Alternative zu Rabattverträgen für 6 Leitsubstanzen
 - Mindesteinsparpotenzial für GKV: 83,1 Mio. €/ Jahr (bei einem Jahresumsatz von 777,6 Mio. € in 2006)
 - Bsp. Zielpreisvereinbarung Rheinland-Pfalz: Wenn ein Rabattarzneimittel nicht verfügbar ist, kann Apotheker bei entsprechenden Leitsubstanzen ein Arzneimittel bis zur Höhe des vorher festgelegten Zielpreises auswählen

„Zielpreisvereinbarungen sind laut Gesetz auf Länderebene möglich, wären patientenfreundlich und könnten Krankenkassen finanziell entlasten“

Hermann S. Keller, DAV-Vorsitzender, in: Pharm. Zeit. 23.8.2007

- Festlegung von **Zielquoten** für zwölf verordnungsstarke Arzneimittelgruppen durch die Bundesvertragspartner anstelle von Bonus-Malus

- Definition und Ziel
- Nutzen
- Probleme und Grenzen der Anwendung
- Alternative Ansätze
- **Was ist zu tun?**

Forderungen

- Darstellung des Verbrauchs bei kurzzeitig eingesetzten Medikamenten in DDDs/Einwohner/Jahr
- Berücksichtigung von Unterschieden zwischen DDD und PDD (prescribed daily dose) bei der Interpretation des Arzneimittelverbrauchs
- Angabe der ATC-/DDD-Version in Arzneimittelverbrauchsstudien
- Keine Nutzung von DDDs für wirkstoffübergreifende Preisvergleiche / Durchschnittskosten, wenn Nachweis für die Äquivalenz der Wirkstärke fehlt
- Betrachtung Gesamtherapiekosten statt Tagestherapiekosten

Entwicklung von Rahmenbedingungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise



www.wineg.de

