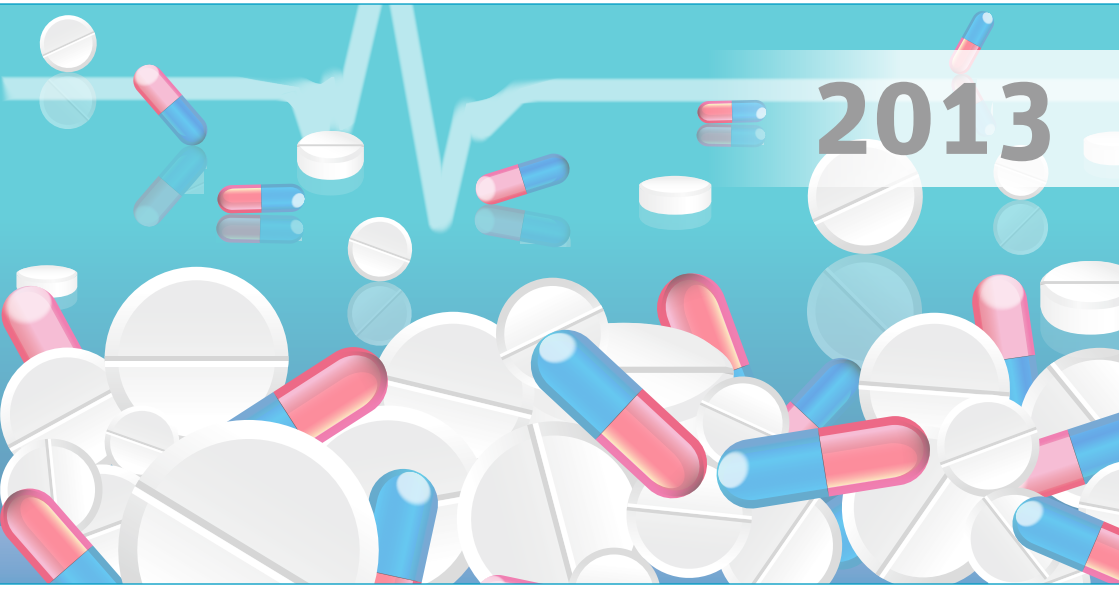


Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013

Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Dr. Frank Wild

WIP
Wissenschaftliches Institut der PKV

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013
Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich

Autor:
Dr. Frank Wild

Februar 2015

Herausgeber:
Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Tel.: +49 (221) 99 87 - 1652
www.wip-pkv.de

ISBN 978-3-9813569-8-4

Inhalt

1. Einleitung 5

2. Daten und Methodik 6
2.1 Datenmaterial 6
2.2 Methodik 8

3. Die Steuerung der Arzneimittelversorgung in PKV und GKV 10
3.1 Wirkungen auf den Preis und die pharmazeutischen Unternehmen 11
3.2 Wirkungen auf das Abgabeverhalten der Apotheken 14
3.3 Wirkungen auf das Verordnungsverhalten der Ärzte 14
3.4 Wirkungen auf den Patienten 15
3.5 Fazit 16

4. Entwicklung der Arzneimittelausgaben 18

5. Arzneimittelgruppen 21
5.1 Anatomische Hauptgruppen 21
5.2 Therapeutische Untergruppen 22

6. Umsatzstärkste Medikamente 24
6.1 Umsatzstärkste Medikamente in der PKV 24
6.2 Umsatzstärkste Medikamente in der GKV 30

7. Umsatzstärkste Medikamente nach Altersgruppe der Versicherten 33
7.1. Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen 33
7.2. Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen 36
7.3 Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen 38
7.4. Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen 41
7.5. Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen 43
7.6. Altersgruppe der 75- bis 89-Jährigen 45

8. Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente 47
8.1. Bedeutung in der PKV 47
8.2. Die wichtigsten nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente in der PKV 49

9. Generikafähige Wirkstoffe 51
9.1 Umsatzstärkste generikafähige Wirkstoffe in der PKV 52
9.2 Generikaquote für die 100 umsatzstärksten Wirkstoffe 53
9.3 Wichtige Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2013 54
9.4 Wichtige Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2012 57
9.5 Wichtige Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2011 59
9.6. Umstellung/Neueinstellung auf Generika im ersten Jahr 61

10. Neue Medikamente ... 62
10.1 Neue Medikamente des Jahrgangs 2013 ... 62
10.2 Neue Medikamente des Jahrgangs 2012 ... 66
10.3 Neue Medikamente des Jahrgangs 2011 ... 68
10.4 Innovationen in der PKV unter Berücksichtigung der frühen Nutzenbewertung ... 70

11. Parallel- und Reimporte ... 77

12. Pharmaunternehmen ... 82

13. Sonderkennzeichen ... 84

14. TNF-alpha-Inhibitoren ... 88
14.1 Einführung ... 88
14.2 Ausgaben und Kosten ... 89
14.3 Verordnungen ... 92

15. Impfstoffe ... 94
15.1 Einführung ... 94
15.2 Verordnungen ... 95
15.3 Ausgaben ... 99
15.4 Eine Analyse der Impfprävalenz ... 101
15.5 Influenza-Impfung ... 102
15.6 Encephalitis-Impfung ... 103
15.7 Pneumokokken-Impfung ... 104
15.8 Hepatitis-Impfung ... 106
15.9 HPV-Impfung ... 107

16. Durchschnittlicher Verordnungspreis und Mehrumsatz der PKV ... 109
16.1 Verordnungspreis aller Fertigarzneimittel bei PKV und GKV ... 109
16.2 Mehrumsatz der PKV ... 112

17. Fazit ... 113

18. Anhang ... 114
Die 300 umsatzstärksten Medikamente in der PKV ... 114

Literaturhinweise ... 122

WIP-Veröffentlichungen seit 2010 ... 125

1. Einleitung

Die Arzneimittelversorgung der Versicherten der Privaten Krankenversicherung (PKV) wird durch das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) seit 2008 jährlich einer systematischen Analyse unterzogen. Diese Reihe wird mit der vorliegenden Studie fortgesetzt. Es gilt zu berücksichtigen, dass einschlägige Veröffentlichungen zum Arzneimittelmarkt in Deutschland typischerweise die Versorgung der PKV-Versicherten mangels entsprechender Daten ausklammern. Dabei ist gerade ein Vergleich zwischen der auf privatrechtlicher Vereinbarung beruhenden PKV und der auf Sozialrecht basierenden Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowohl aus dem Blickwinkel der Versorgungsforschung, aber auch aus gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Sicht von besonderem Interesse. Dieses gründet sich vor allem darauf, dass die Arzneimittelversorgung in der GKV von einer Vielzahl gesetzlicher Regelungen beeinflusst wird, die für Privatversicherte nicht gelten. Bestimmte Ansätze und Wirkungsmechanismen der Rationierung in der GKV werden erst dann offensichtlich, wenn die Versorgung von Privatversicherten gegenübergestellt wird.

Die vorliegende Studie enthält neben der jährlich vorgenommenen Standardauswertung (umsatzstärkste Medikamente, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, Parallel- und Reimporte, Generika, neue Medikamente) in diesem Jahr erstmals eine Betrachtung der Ausgaben für Sonderkennzeichen.[1] Hierunter fallen vor allem Zytostatika-Zubereitungen und individuell hergestellte parenterale Infusionslösungen. Neu ist zudem eine Auswertung der umsatzstärksten Medikamente in einzelnen Altersgruppen. Schließlich kann der PKV-GKV-Unterschied in der Arzneimittelversorgung an den Kennzahlen „durchschnittlicher Verordnungspreis“ und „PKV-Mehrumsatz“ verdeutlicht werden.

Einer speziellen Untersuchung werden in diesem Jahr die TNF-alpha-Inhibitoren und die Impfstoffe unterzogen. Die TNF-alpha-Inhibitoren zählen zu den Biopharmazeutika und stellen drei der fünf umsatzstärksten Medikamente weltweit dar. Im Mittelpunkt der Untersuchung zu den Impfstoffen stehen die Entwicklung der Impfzahlen seit 2007 und die Impfprävalenz nach Alter und Geschlecht in der PKV.

1 Arzneimittel ohne spezifische Pharmazentralnummer (PZN) werden von den Apotheken mit festgelegten Sonderkennzeichen (Sonder-PZN) versehen..

2. Daten und Methodik

2.1 Datenmaterial

Der Datensatz für die PKV-Analyse basiert auf den von Privatversicherten zur Erstattung bei ihren PKV-Unternehmen eingereichten und dort elektronisch erfassten Arzneimittelrechnungen aus dem ambulanten Sektor. Dabei liegen für die Auswertung Daten zu Fertigarzneimitteln (einschließlich Impfstoffen) sowie zu Verbandstoffen, Krankenpflegeartikeln und In-vitro-Diagnostika (vor allem Blutzuckermessgeräte einschließlich Zubehör), soweit sie von den PKV-Unternehmen als Arzneimittel erfasst werden bzw. eine PZN besitzen, vor. In den Daten enthalten sind auch die Abrechnungen über Sonder-PZN. Dies bildet u.a. die Grundlage für eine Analyse des Versorgungsgeschehens bei Zytostatika-Zubereitungen, Rezepturen und parenteralen Lösungen. Es fehlen allerdings Angaben zu den hinter Zubereitungen und Rezepturen stehenden Substanzen (Einzel-PZN).

Der vorliegende Datensatz enthält neben der PZN und der zugehörigen Verordnungsmenge auch Angaben zum Versicherten (Alter, Geschlecht, anonymisierte Versichertennummer), der diese Arzneimittelrechnung einreichte.

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Arzneimitteldaten von 17 PKV-Unternehmen aus dem Jahr 2013 ausgewertet. Bei den PKV-Unternehmen, die ihre Daten für die Analyse bereitstellten, sind 7,407 Mio. Personen und damit 83 % aller Personen, die eine Private Krankheitsvollversicherung abgeschlossen haben, versichert. Der Männeranteil im vorliegenden Datensatz beträgt 59,3 % (alle PKV-Unternehmen: 60,3 %), der Anteil der Versicherten in einem Beihilfetarif 50,1 % (PKV: 47,9 %). Das Durchschnittsalter der PKV-Versicherten im Datensatz der Studie entspricht dem Durchschnittsalter aller PKV-Versicherten (43,4 Jahre).

Tabelle 1:
Datengrundlage der Auswertung

	PKV-Studiendatensatz	PKV[2]
PKV-Unternehmen	17	43
Versichertenzahl	7.407.000	8.890.100
davon Männer	4.392.000 [59,3 %]	5.359.000 [60,3 %]
davon Beihilfeversicherte	3.714.000 [50,1 %]	4.255.600 [47,9 %]
Durchschnittsalter	43,4 Jahre	43,4 Jahre

Die ausgewerteten Daten zur Arzneimittelversorgung in der PKV werden mit Daten der GKV verglichen. Die Arzneiverordnungsdaten der GKV (Umsatz- und Verordnungszahlen) wurden dem Arzneiverordnungs-Report (AVR) 2014 entnommen.[3] Der AVR 2014 dokumentiert die Ergebnisse einer Vollerhebung der Arzneimittelverordnungen in der GKV im Jahr 2013. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Fertigarzneimittel. Rezepturen, Verbandsstoffe und Krankenpflegeartikel sind nicht erfasst. Detaillierte Daten (Nettokosten, Verordnungen, Tagesdosen (DDD)) zu den einzelnen Arzneimitteln liegen für die 3.000 verordnungshäufigsten Medikamente vor. Hiermit werden 97,00 % aller Verordnungen und 90,34 % aller Nettokosten[4] in der GKV im Arzneimittelbereich abgedeckt. Keine detaillierten Angaben sind dementsprechend vor allem für Medikamente mit niedrigen Verordnungszahlen, für Präparate zur Behandlung seltener Erkrankungen („orphan drugs“), für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (da diese nur in Ausnahmefällen in der GKV erstattungsfähig sind) und für neue Medikamente bei unterjähriger Zulassung im Beobachtungsjahr verfügbar.

Die Versichertenstruktur der GKV unterscheidet sich etwas von der der PKV. Der Männeranteil in der GKV (47,2 %) ist niedriger als in der PKV (60,3 % [PKV-Gesamt] bzw. 59,3 % [PKV-Studiendatensatz]) und die GKV-Versicherten sind im Durchschnitt 0,4 Jahre älter.

2 Vgl. PKV-Verband (2014).

3 Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

4 Mit „Nettokosten“ werden im AVR die Kosten exklusive der gesetzlichen Abschläge (gesetzlicher Herstellerabschlag, Apothekenrabatt, Großhandelsabschlag) bezeichnet. Die kassenindividuellen Rabatte sind dem AVR auf der Ebene der einzelnen Arzneimittel nicht bekannt und deshalb nicht enthalten. Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

Tabelle 2:
Versichertenstruktur in der GKV im Jahr 2013

	GKV
Krankenkassen	132
Versichertenzahl	69.854.900
davon Männer	33.001.300 [47,2 %]
Durchschnittsalter	43,8 Jahre

Quelle: GKV-Spitzenverband (2014), Bundesversicherungsamt (2014).

Gemessen an der gesamten Versichertenzahl der PKV und der GKV beträgt der Marktanteil der PKV 11,3 %. Dieser Wert wird im späteren Teil der Analyse als Richtwert für die Bedeutung einzelner Medikamente bei der PKV herangezogen.

2.2 Methodik

Die vorliegenden Arzneimittelrechnungsdaten werden mit Hilfe von PC-Programmen zur statistischen Datenanalyse mit der PZN-Datenbank der ABDATA verknüpft. Bei der ABDATA handelt es sich um den Pharma-Daten-Service der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH. Damit können die Informationen aus den Arzneimittelrechnungen (PZN, Verordnungsmenge) mit den Informationen zu den Arzneimitteln, wie die Klassifizierung nach ATC-Code, Name, Wirkstoffmenge, Darreichungsform und Apothekenverkaufspreis, verbunden werden.

Die Ausgaben der PKV-Versicherenfür die einzelnen Medikamente werden durch eine Verknüpfung mit der PZN-Datenbank und den darin enthaltenen Arzneimittelpreisen (Apothekenverkaufspreis) berechnet. Bei nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die im Gegensatz zu den verschreibungspflichtigen keiner Preisbindung unterworfen sind, wird die unverbindliche Preisempfehlung angesetzt. In welchem Umfang das PKV-Unternehmen eine Erstattung der eingereichten Arzneimittelrechnung vornahm, ist aus den vorliegenden Daten nicht zu entnehmen.

Die absoluten Verordnungs- und Umsatzzahlen der PKV wurden ermittelt, indem die Werte des PKV-Studiendatensatzes auf die gesamte PKV hochgerechnet wurden. Die Grundgesamtheit für die Hochrech-

nung bilden die PKV-Ausgaben für Arzneimittel aus dem Zahlenbericht der PKV. Die angegebenen PKV-Ausgaben sind als Ausgaben zu Lasten der PKV-Unternehmen zu verstehen. Bei beihilfeberechtigen PKV-Versicherten können darüber hinaus Ausgaben für die Beihilfeträger entstehen. Die ermittelte Zahl der Verordnungen umfasst alle zur Erstattung eingereichten Verordnungen von Privatversicherten, unabhängig davon, welcher Teil des Rechnungsbetrages durch die PKV-Unternehmen oder eventuell von einer Beihilfestelle zu leisten ist.

Mit Hilfe der Daten in der ABDATA-Datenbank wird auch der gesetzliche Herstellerabschlag, den die PKV-Unternehmen seit dem 1. Januar 2011 bei den pharmazeutischen Unternehmen einfordern können, berücksichtigt. Der gesetzliche Herstellerabschlag wird damit rein rechnerisch angesetzt; mangels entsprechender Daten erfolgte kein Abgleich mit dem Herstellerabschlag, der tatsächlich vom PKV-Unternehmen eingefordert wurde. Unberücksichtigt bleiben zudem die Rabatte, die vertraglich zwischen den PKV-Unternehmen und den Pharmaherstellern vereinbart wurden. Aufgrund der fehlenden Steuerungsmöglichkeiten bzw. der andersartigen Vertragsbeziehungen der PKV im Gegensatz zur GKV, spielen diese Rabatte jedoch bislang nur eine marginale Rolle.

Die Studie folgt in der Gliederung der Arzneimittel der Systematik des ATC-Codes. Die erste Ebene ist danach die anatomische Hauptgruppe (z. B. Kardiovaskuläres System), die zweite Ebene die therapeutische Untergruppe (z. B. Lipid senkende Mittel), die dritte Ebene die pharmakologische Untergruppe (z. B. Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel), die vierte Ebene die chemische Untergruppe (z. B. HMG-CoA-Reduktasehemmer) und die fünfte Ebene ist schließlich die chemische Substanz (z. B. Simvastatin). Bei der Benennung eines Arzneimittels ist vielmals neben dem Namen des Präparats in Klammern die Wirkstoffbezeichnung aufgeführt. Die Umsatz- und Verordnungszahlen eines Medikamentes beinhalten alle Darreichungsformen und Packungsgrößen. Bei In-Vitro-Diagnostika werden auch die Umsätze und Verordnungen der Zubehörteile unter dem Produktnamen subsummiert.

3. Die Steuerung der Arzneimittelversorgung in PKV und GKV

Die GKV und die PKV gehen unterschiedliche Wege in der Kostenübernahme von Arzneimitteln. In der GKV erfolgt die Abrechnung der Arzneimittel nach dem Sachleistungsprinzip. Danach erhalten GKV-Versicherte in der Apotheke das verordnete Medikament ohne selbst in Vorleistung getreten zu sein. Eventuell ist eine Zuzahlung zu entrichten. Die Apotheken reichen die Rezepte von GKV-Versicherten über die Abrechnungsstellen bei den jeweils zuständigen Krankenkassen ein. In der GKV wurde von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie vom Gesetzgeber im Laufe der Jahre ein umfangreiches Regelwerk zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen eingeführt. Es ist einem ständigem Wandel unterworfen.[5]

In der PKV gilt das Kostenerstattungsprinzip. Der PKV-Versicherte zahlt das Medikament zunächst selbst. Er kann anschließend die Arzneimittelrechnung der Apotheke bei seinem PKV-Unternehmen einreichen, um eine Kostenerstattung zu erhalten. Der Versicherungsvertrag mit der PKV ist ein privatrechtlicher Vertrag, der nicht einseitig von einem Vertragspartner geändert werden kann. Die PKV-Unternehmen sind an die beim Abschluss des Versicherungsvertrages gemachten Leistungszusagen gebunden. Eine nachträgliche Ausgliederung bestimmter Arzneimittel, wie beispielsweise in der GKV im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2003 mit den nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten, ist in der PKV nicht möglich. Laut den Musterbedingungen der PKV, die als Grundlage für alle Tarife gelten, erstattet das PKV-Unternehmen seinen Versicherten bei medizinischer Notwendigkeit grundsätzlich die Kosten aller Medikamente, sofern es sich um von der Schulmedizin anerkannte Mittel bzw. um Mittel der „Alternativmedizin“ handelt, die sich in der Realität bewährt haben. Um die Kosten des Arzneimittels erstattet zu bekommen, muss eine ärztliche Verordnung vorliegen. Die Erstattungsfähigkeit ist nicht von der Verschreibungspflicht abhängig. Den PKV-Unternehmen steht es frei, für bestimmte Tarife Einschränkungen bezüglich des Erstattungsumfanges zu bestimmen.

5 Auf eine chronologische Darstellung der gesetzgeberischen Maßnahmen in den letzten Jahren wird an dieser Stelle verzichtet. Hierzu sei auf den AVR verwiesen. Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

Diese Einschränkungen müssen aber mit Vertragsabschluss vereinbart werden.

Die folgende kurze Erläuterung und anschließende Gegenüberstellung der Steuerungsinstrumente beider Kostenträgersysteme soll vor allem die notwendigen Hintergrundinformationen für das unterschiedliche Versorgungsgeschehen liefern. Wie sich im weiteren Teil der Studie zeigen lässt, führen die deutlichen Unterschiede in der Einflussnahme auch zu einer abweichenden Verordnungspraxis.

Die verschiedenen Steuerungsinstrumente können danach unterschieden werden, bei welchen Akteuren im Gesundheitswesen (Pharmaunternehmen, Apotheken, niedergelassene Ärzte, Patienten) eingegriffen wird. Zur Anwendung kommen sowohl Instrumente die einen Preis- bzw. Kosteneffekt verursachen, als auch Instrumente die einen direkten Struktur- und Mengeneffekt auslösen.

3.1 Wirkungen auf den Preis und die pharmazeutischen Unternehmen

Die Preisbildung von Arzneimitteln, insbesondere von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, ist in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelt. Hier sind vor allem die Preisspanne im Großhandel sowie die Apothekenzuschläge gesetzlich vorgegeben. Aus der AmPreisV folgt ein Apothekenverkaufspreis, der als Listenpreis bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bei allen Apotheken gleich ist. Für die Abrechnung mit den Kostenträgern müssen noch Rabatte berücksichtigt werden. Hier sind Unterschiede zwischen PKV und GKV zu beachten, die dazu führen, dass ein Medikament zu Lasten der GKV einen niedrigeren Preis aufweist als zu Lasten der PKV. Wie sieht dies im Einzelnen aus?

Die pharmazeutischen Hersteller sind verpflichtet, sowohl den gesetzlichen Krankenkassen als auch den PKV-Unternehmen einen gesetzlichen Herstellerrabatt zu gewähren.[6] Die Höhe des Rabattes ist in § 130a SGB V geregelt und unterscheidet sich beispielsweise zwischen Medikamenten, die nicht in einer Festbetragsgruppe eingegliedert wurden, und Generika. Eine Sonderregelung existiert für Impfstoffe. In Verbindung mit diesem Herstellerrabatt ist derzeit zudem ein Preismoratorium in Kraft, das eine Preiserhöhung – zum Beispiel

6 In der GKV gilt der gesetzliche Herstellerrabatt seit 2003. Er wurde mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) eingeführt.

zur Umgehung der Rabattregelung – untersagt. Der gesetzliche Herstellerrabatt wird bei einem Privatversicherten dann berücksichtigt, wenn er die Arzneimittelrechnung zur Erstattung bei seinem PKV-Unternehmen oder dem Beilhilfeträger (bei Beihilfeberechtigten) einreicht. Übernimmt er die Kosten selbst, zum Beispiel motiviert durch eine erwartete Beitragsrückerstattung, kommt der Herstellerrabatt nicht zum Tragen. Während in der GKV die Verrechnung des Herstellerrabattes über die Apotheken erfolgt, muss der Herstellerrabatt von den PKV-Unternehmen nachträglich eingefordert werden. Zum Einzug der Arzneimittelrabatte bei den pharmazeutischen Unternehmen wurde die „Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH (ZESAR)“ gegründet.[7]

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten darüber hinaus einen Apothekenrabatt nach § 130 SGB V. Die PKV-Versicherten haben darauf keinen Anspruch. Im Jahr 2013 betrug das GKV-Einsparvolumen durch den Apothekenrabatt 1,086 Mrd. €.[8]

Ein zentrales und wesentliches Preisinstrument in der GKV sind die Festbeträge. Festbeträge werden nach § 35 SGB V und den Richtlinien des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gebildet und stellen Erstattungshöchstpreise dar. In Festbetragsgruppen sind typischerweise generikafähige Wirkstoffe und patentgeschützte Medikamente, die als Analogpräparate gesehen werden, eingegliedert. Im Jahr 2013 entfielen in der GKV 78 % aller Verordnungen und 41 % des Umsatzes auf Festbetragsmedikamente.[9] Übersteigt der Preis einer Arznei den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Liegt der Preis eines Medikamentes bei weniger als 30 % des Festbetrages, muss der Versicherte in der GKV keine Zuzahlung leisten. Die Festbetragsregeln beeinflussen insofern massiv die Preispolitik des Pharmamarktes. Eine Überschreitung des Festbetrags zieht regelmäßig einen Markteinbruch bei dem jeweiligen Medikament nach sich. Denn GKV-Versicherte beziehen typischerweise nur in geringem Umfang Arzneien mit einem Preis oberhalb des Festbetrages, um die damit verbundenen Aufzahlungen zu vermeiden. Ob für ein Medikament eine Zuzahlung geleistet werden muss, ist ebenfalls für viele GKV-Versicherte von großer Bedeutung und beeinflusst damit die Verordnungszahlen. Seit der Einführung der Festbeträge im Jahr

7 Gesellschafter sind der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bund und die Länder Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

8 Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

9 Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

1989 ist das durchschnittliche Preisniveau im Festbetragsmarkt sukzessive gesunken.[10]

Die PKV profitiert indirekt von der Festbetragsregel, da geringere Apothekenverkaufspreise aufgrund der Preispolitik der Pharmaunternehmen auch für Privatversicherte gelten. Als Erstattungshöchstgrenze gilt der Festbetrag allerdings nicht. Die PKV-Unternehmen erstatten die Kosten des Arzneimittels unabhängig von der Höhe des Festbetrages in der GKV.

Eine neue Form der Preisregulierung wurde 2011 mit Inkrafttreten des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) bei neu zugelassenen Medikamenten eingeführt. Diese müssen eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchlaufen auf deren Basis ein Erstattungspreis zwischen GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Hersteller verhandelt wird. Wird kein Zusatznutzen vom G-BA attestiert, darf der Erstattungspreis nicht oberhalb des Preises der Vergleichstherapie liegen. Sofern eine Festbetragsgruppe besteht erfolgt eine Eingliederung in diese Gruppe. Die vereinbarten Erstattungsbeträge gelten auch für die PKV. Die PKV besitzt aber keinen direkten Einfluss auf das Verhandlungsergebnis. Nach § 130b SGB V erfolgt die Vereinbarung nur „im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung“.

Schließlich können die Kostenträger auch über Rabattverträge mit Pharmaunternehmen auf den Preis eines Medikamentes einwirken. Die GKV konnte im Jahr 2013 damit ein Einsparvolumen von 2,9 Mrd. € (9,3 % der Arzneimittelausgaben) erzielen.[11]

Die Gesetzeslage erlaubt es seit 2007 auch den PKV-Unternehmen (oder auch dem PKV-Verband) Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen abzuschließen. Da jedoch weder individuelle Verträge mit den Ärzten noch eine Substitution durch den Apotheker möglich sind (s.u.), und in das Verordnungsverhalten auch nicht eingegriffen werden soll, besteht für pharmazeutische Hersteller nur ein geringer Anreiz für merkliche Rabattzugeständnisse. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang Rabattverträge zwischen PKV-Unternehmen und pharmazeutischen Herstellern existieren. Aufgrund der Rahmenbe-

10 Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

11 Rabattverträge können andere Steuerungsinstrumente konterkarieren. Beispiele hierfür sind Rabattverträge für patentgeschützte Medikamente kurz vor Patentablauf oder Rabattverträge, bei denen das rabattierte (und damit von der Apotheke abzugebende Medikament) nicht das preisgünstigste am Markt ist.

dingungen ist aber davon auszugehen, dass das hierdurch erzielte Einsparvolumen sehr gering ist.

3.2 Wirkungen auf das Abgabeverhalten der Apotheken

Die Apotheken sind im GKV-System ein wichtiger Akteur bei der Umsetzung von Steuerungsinstrumenten. Die Apotheken sind nach § 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V dazu verpflichtet, bei der Abgabe eines Medikamentes an einen GKV-Versicherten, die kassenspezifischen Rabattverträge zu berücksichtigen. Das heißt, sie müssen dem GKV-Versicherten das Medikament aushändigen, zu dem die Krankenkasse des Versicherten einen entsprechenden Rabattvertrag geschlossen hat. Halten sich die Apotheken nicht an den Rabattvertrag, kann die gesetzliche Krankenkasse den Rezeptwert zurückfordern (Null-Retaxation). Für Apotheken besteht ein Haftungsrisiko. Eine Ausnahme darf nur dann gemacht werden, wenn der Apotheker pharmakologische Bedenken dokumentiert oder der Arzt explizit eine Substitution in der Apotheke ausgeschlossen hat (Setzen eines „Autidem“-Kreuzes auf dem Rezept). Der Arzt muss hierbei aber wiederum die für ihn geltenden Regelungen zur wirtschaftlichen Verordnung beachten.

Für die PKV gelten diese Regelungen nicht. Der Privatversicherte erhält das Medikament, das der Arzt ihm verordnet. Eine nachträgliche Substitution durch den Apotheker ist in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt erlaubt.

3.3 Wirkungen auf das Verordnungsverhalten der Ärzte

In der GKV hat das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V für das Verordnungsverhalten der Ärzte eine zentrale Bedeutung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bildet die Grundlage für die Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 SGB V. Hierin wird ein maximales Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel festgelegt, das in Form von Richtgrößen auf den einzelnen Vertragsarzt heruntergebrochen wird. Abweichungen im Verordnungsverhalten können Wirtschaftlichkeitsprüfungen beim Arzt auslösen. Richtgrößenprüfungen sind nach § 106 SGB V vorgesehen. Dies kann zu einer Änderung des Verordnungsverhaltens des Arztes führen, indem zum Beispiel eine teure Medikation eher zurückhaltend verordnet bzw. eine preisgüns-

tigere Alternative bevorzugt wird. Kassenspezifisch können zudem Selektivverträge und Zielquoten zum Beispiel mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart sein (§ 73 a, b, c SGB V).

Die ärztliche Verordnung wird des Weiteren davon beeinflusst, dass eine Reihe von Medikamenten in der GKV im Grundsatz nicht erstattet wird. Seit 1983 sind Arzneimittel für geringfügige Gesundheitsstörungen per Gesetz aus dem Leistungskatalog der GKV verbannt. Arzneimittel, die als unwirtschaftlich oder unwirksam angesehen werden, sind ebenfalls aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen. Der Ausschluss über die so genannte Negativliste geschieht durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente gehören seit 2004 im Grundsatz nicht mehr zum GKV-Leistungskatalog. Die entsprechende Regelung in § 34 Abs. 1 SGB V sieht insbesondere Ausnahmen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr vor, sofern diese Entwicklungsstörungen aufweisen.

Die PKV nimmt auf das ärztliche Verordnungsverhalten keinen direkten Einfluss und steht auch in keiner direkten Rechtsbeziehung zum Arzt. Der Arzt kann dem Privatversicherten im Rahmen seiner ärztlichen Therapiefreiheit jedes zugelassene Medikament zur Behandlung der diagnostizierten Erkrankung verordnen.

3.4 Wirkungen auf den Patienten

Auf der Ebene der Patienten wirkt in der GKV das Steuerungsinstrument der Zuzahlungen. Bei chronischer Krankheit bzw. in Abhängigkeit des Einkommens wird die Höhe der maximalen Zuzahlung im Jahr begrenzt. Medikamente, die in einer Festbetragsgruppe eingeordnet sind und deren Apothekenverkaufspreis 30 % unter dem Festbetrag liegen, sind zuzahlungsfrei. Damit sollen auf Patientenebene Anreize gesetzt werden, den Arzt bzw. Apotheker auf besonders preisgünstige Medikamente bei der Verordnung eines Wirkstoffes anzusprechen. Die Zuzahlungen der Patienten in der GKV lagen im Jahr 2013 in der Summe bei 2,142 Mrd. €.[12]

In der PKV kann die Arzneimittelnachfrage und die Einreichung von Arzneimittelrechnungen zur Erstattung durch Selbstbeteiligungen beeinflusst werden. Selbstbeteiligungen sind tarifabhängig und bei

12 Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

Vertragsabschluss zu vereinbaren. Ein wichtiges Element ist hierbei die Beitragsrückerstattung für schadensfreie Versicherungsjahre. Solange die erwartete Beitragsrückerstattung höher ist als die dem Versicherten vorliegenden Arzt- und Arzneimittelrechnungen, besteht für ihn ein Anreiz, diese Rechnungen selbst zu bezahlen.

Einige PKV-Unternehmen bieten auch Tarife an, bei denen bei generikafähigen Wirkstoffen unterschiedliche Selbstbeteiligung in Abhängigkeit davon, ob es sich um das Generikum oder um das Originalpräparat handelt, zu tragen sind.

3.5 Fazit

Der Steuerung der Arzneimittelversorgung in der PKV liegt im Vergleich zur GKV ein deutlich abweichendes Verständnis zugrunde. Die folgende Tabelle stellt die verschiedenen Steuerungselemente und ihre Anwendung bei PKV und GKV zusammenfassend gegenüber:

Tabelle 3:
Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung bei PKV und GKV

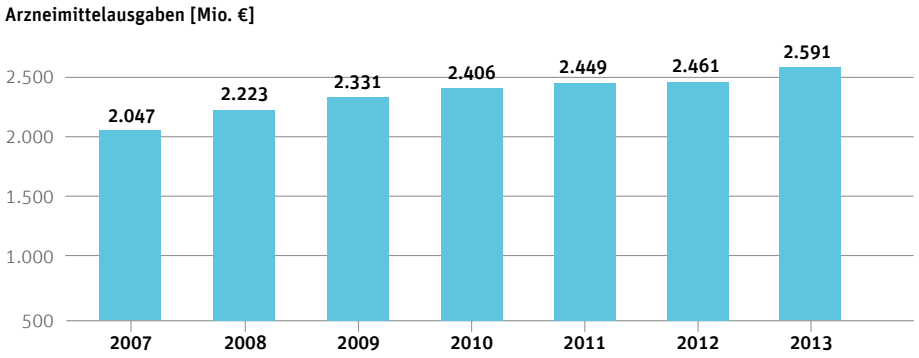
	PKV	GKV
Wirkung auf den Preis und die pharmazeutischen Unternehmen		
Apothekenrabatt (§ 130 SGB V)	nein	ja
Gesetzlicher Herstellerrabatt (§ 130a SGB V)	ja	ja
Preismoratorium (§ 130 a SGB V)	ja	ja
Festbetrag (§ 35 SGB V)	nein	ja
Erstattungsbeträge für neue Wirkstoffe (§ 130b SGB V)	ja	ja
Kassenindividuelle Rabattverträge (§ 130c SGB V)	marginal	ja
Wirkung auf das Abgabeverhalten der Apotheken		
Quote von preisgünstigen Importarzneimitteln (§ 129 SGB V)	nein	ja
Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels (§ 129 SGB V)	nein	ja
Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen (§ 129 SGB V)	nein	ja
Wirkung auf das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte		
Richtgrößenprüfung (§ 106 SGB V)	nein	ja
Arzneimittelvereinbarungen, Wirtschaftlichkeitsziele (§ 84 SGB V)	nein	ja
Selektivverträge, kassenspezifische Zielquoten (§§ 73a, 73b, 73c SGB V)	nein	ja
Verordnungsausschlüsse und -einschränkungen (§ 34 SGB V)	nein	Ja
Arzneimittelrichtlinien (§ 92 SGB V)	nein	ja
Nutzenbewertung als Maßgabe für Wirtschaftlichkeitsprüfung	nein	Ja
Wirkung auf die Patienten		
Zuzahlungen (§§ 61,62 SGB V), Selbstbeteiligungen	tarifabh.	ja
Beitragsrückerstattung	ja	marginal*

* in einigen Wahltarifen

4. Entwicklung der Arzneimittelausgaben

Die PKV verzeichnet im Jahr 2013 Arzneimittelausgaben in Höhe von 2,59 Mrd. €.[13] Damit sind die Ausgaben um 130 Mio. € (5,3 %) gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Ohne den gesetzlichen Herstellerabschlag lägen die Arzneimittelausgaben bei 2,80 Mrd. €. Durch den gesetzlichen Herstellerabschlag konnte die PKV ihre Arzneimittelausgaben um 204 Mio. € (Vorjahr: 192 Mio. €) verringern.[14] Die Höhe des gesetzlichen Herstellerrabatts, der über ZESAR für Privatversicherte eingezogen wird, ist noch höher, da auch der Rabatt, den die Beihilfestellen erhalten, noch hinzugerechnet werden muss. Dazu liegen keine Daten vor.

Abbildung 1:
Ausgaben der PKV



Quelle: PKV-Verband (verschiedene Jahrgänge).

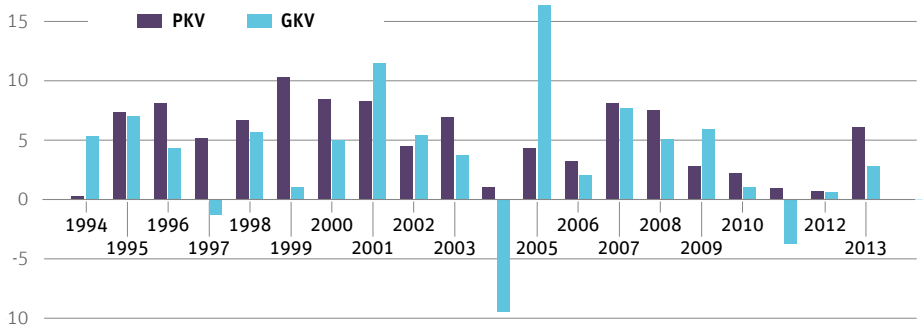
13 Vgl. PKV-Verband (2014).

14 Der gesetzliche Herstellerrabatt für Privatversicherte wird von der Zentralen Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten (ZESAR) bei den Pharmaunternehmen eingefordert. Je nach Tarif (Normaltarif oder Beihilfetarif) wird dieser Rabatt dann von ZESAR an das jeweilige PKV-Unternehmen bzw. die Beihilfestelle ausgezahlt. Für Arzneimittelrechnungen, die der Privatversicherte nicht zur Kostenerstattung einreicht, wird kein Herstellerrabatt fällig. Bei der Berechnung der Höhe des gesetzlichen Herstellerrabattes wurde unterstellt, dass alle Pharmaunternehmen ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber der zentralen Einzugsstelle der PKV ZESAR auch nachkommen.

Die Arzneimittelausgaben je Versicherten nahmen in der PKV im Jahr 2013 um 6,1 % und in der GKV um 2,8 % zu. Dies sind die höchsten Zuwächse seit 2008 (PKV) bzw. 2009 (GKV). Der hohe Anstieg ist vor allem vor dem Hintergrund zu sehen, dass keine gesetzgeberischen Maßnahmen als Ursache in Frage kommen. Im Jahr 2013 galt, wie bereits in den beiden Jahren vorher, der erhöhte gesetzliche Herstellerrabatt nach § 130a SGB V in Höhe von 16 % für verschreibungspflichtige Medikamente, die nicht in einer Festbetragsgruppe eingeordnet sind, sowie das Preismoratorium. Erst für das Jahr 2014 wurde der erhöhte gesetzliche Herstellerrabatt auf 7 % festgesetzt.

Abbildung 2:
Änderung der Arzneimittelausgaben je Versicherten

Änderung der Arzneimittelausgaben je Versicherten [%]



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2014b), PKV-Verband (verschiedene Jahrgänge)

Im Beobachtungszeitraum (1994 bis 2013) stiegen die Arzneimittelausgaben je Versicherte in der PKV um 170,3 % und in der GKV um 95,5 %. In fünf Kalenderjahren lag der ermittelte Anstieg in der PKV niedriger als in der GKV. Die deutlichen Ausgabenrückgänge in der GKV in einzelnen Jahren können bedeutenden Gesetzgebungsmaßnahmen zugeordnet werden. Im Jahr 1997 sanken die Ausgaben in der GKV als Ergebnis des im Jahr zuvor verabschiedeten Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG). Dieses Gesetz sah u.a. die Erhöhung der Zuzahlungen auf Arzneimittel vor. Im Jahr 2004 wurde in Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) u.a. ein Großteil der nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente sowie Lifestyle-Präpa-

rate aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Zudem wurden die Zuzahlungen erhöht. Im Jahr 2011 ist der Ausgabenrückgang maßgeblich eine Folge des erhöhten Herstellerabschlags und des damit verbundenen Preismoratoriums. Der hohe Anstieg der Arzneimittelausgaben in der GKV im Jahr 2005 um 16,4 % hat mehrere Ursachen. Bedeutend sind hierbei aber vor allem der Wegfall eines nur im Jahr 2004 geltenden 10 % Sonderrabatts auf Medikamente ohne Festbetrag und eine Verschiebung des Verschreibungsverhaltens von nicht mehr erstattungsfähigen nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten zu teureren verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.[15]

Im Rahmen der folgenden Arbeit wird detailliert den Ursachen für den Ausgabenanstieg in der PKV im Jahr 2013 nachgegangen. Es wird deutlich, dass viele Faktoren hierbei eine Rolle spielen und keine monokausale Erklärung herangezogen werden kann.

15 Vgl. Schwabe, Paffrath (2006).

5. Arzneimittelgruppen

5.1 Anatomische Hauptgruppen

Die Rangliste der umsatzstärksten Medikamente in der PKV zeigt die absoluten Ausgaben für das jeweilige Medikament, hochgerechnet auf die gesamte PKV, sowie die Änderung dieser Ausgaben gegenüber dem Vorjahr. Der angegebene Betrag berücksichtigt den gesetzlichen Herstellerabschlag. Insgesamt entfallen 16,3 % der Arzneimittelausgaben der PKV auf die zwanzig umsatzstärksten Arzneimittel.

Tabelle 4:
Arzneimittelausgaben der wichtigsten anatomischen Hauptgruppen in der PKV

Anatomische Hauptgruppe	Mio. €	Veränderung			
		2012-2013		2007-2013	
		relativ	Mio. €	relativ	Mio. €
Antineoplast., immunmodul.	378,9	8,1 %	28,5	70,9 %	157,2
Kardiovaskuläres System	354,6	-2,8 %	-10,2	8,1 %	26,5
Nervensystem	280,3	-0,5 %	-1,4	16,8 %	40,4
Alimentäres System	251,4	3,3 %	7,9	42,0 %	74,4
Antiinfektiva	198,6	-0,4 %	-0,8	32,7 %	48,9
Blut und blutbildende Organe	143,9	23,9 %	27,7	79,2 %	63,6
Respirationstrakt	130,4	4,4 %	5,4	21,0 %	22,6
Muskel- und Skelettsystem	93,2	2,5 %	2,3	20,6 %	15,9
Sinnesorgane	84,5	16,8 %	12,2	71,5 %	35,2
Urogenitalsystem	83,6	-2,1 %	-1,8	-9,6 %	-8,9
Varia	81,5	6,5 %	5,0	151,7 %	49,1
Dermatika	61,7	2,8 %	1,7	10,9 %	6,1
Systemische Hormonpräparate	61,3	3,6 %	2,1	35,7 %	16,1
Homöopathie/Anthroposophie	33,1	-8,2 %	-3,0	7,7 %	2,4
Apothekenübliche Nahrungsmittel	32,6	6,3 %	1,9	199,1 %	21,7

Hohe Ausgabenzuwächse im Vergleich zu 2012 verzeichnen die anatomische Hauptgruppe „Blut und blutbildende Organe“ (+23,9 %) sowie die Gruppe „Sinnesorgane“ (+16,8 %). Während die Steigerung in der erstgenannten Hauptgruppe vor allem den höheren Aus-

gaben für die neuen oralen Antikoagulanzien geschuldet ist, wird die zweitgenannte Gruppe maßgeblich von den Umsatzsteigerungen der VEGF-Inhibitoren Lucentis (Ranibizumab) und Eylea (Aflibercept) geprägt.

Bei Betrachtung des Zeitraums 2007 bis 2013 fallen die Medikamente für das alimentäre System mit einem hohen Ausgabenwachstum (+74,4 Mio. €) auf. Der überwiegende Teil der Umsätze entfällt hier auf Antidiabetika und auf Protonenpumpenhemmer, wie Pantoprazol und Esomeprazol. Die höchsten prozentualen Zuwächse verzeichnen – auf allerdings niedrigerem Ausgabenniveau – die apothekenüblichen Nahrungsmittel und die Varia. Die Ausgabensteigerungen bei den apothekenüblichen Nahrungsmitteln beruhen vor allem auf Mehrausgaben für Trinknahrung bzw. Sondernahrung für ältere Patienten und Krebspatienten. In die Gruppe der Varia ist die In-Vitro-Diagnostik eingeordnet, die hier – vor allem im Bereich der Blutzuckermessung – für das Ausgabenwachstum verantwortlich ist.

5.2 Therapeutische Untergruppen

Die Ebene „therapeutische Untergruppe“ ist die zweite Gliederungsebene der Arzneimittel nach ATC-Klassifikation. Insgesamt sieht die Klassifikation 148 therapeutische Untergruppen vor.

Die meisten Ausgaben in der PKV entfallen hier – wie bereits im Vorjahr – auf die Medikamente mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (160,2 Mio. €). Gegenüber dem Vorjahr sind die Ausgaben dieser Medikamentengruppe aber um 2,2 Mio. € gesunken. Mittlerweile sind die wichtigsten Substanzen dieser Gruppe (z. B. die Wirkstoffe Candesartan, Valsartan) generisch verfügbar. Deutliche Ausgabenanstiege verzeichnen die antithrombotischen Medikamente (+21,1 Mio. €) und die Ophthalmika (+12,0 Mio. €).

In Beobachtungszeitraum von 2007 bis 2013 weisen die Immunsuppressiva (+83,0 Mio. €) und die Antidiabetika (+52,4 Mio. €) sowohl absolut als auch prozentual die höchsten Mehrausgaben auf.

Tabelle 5:
Arzneimittelausgaben der zwanzig wichtigsten therapeutischen Untergruppen in der PKV

Therapeutische Untergruppe	Mio.	Veränderung			
		2012-2013		2007-2013	
		relativ	Mio.	relativ	Mio.
Renin-Angiotensin-System	160,2	-1,4 %	-2,2	30,1 %	37,1
Immunsuppressiva	150,3	8,4 %	11,7	123,3 %	83,0
Antithrombotische Mittel	102,7	25,9 %	21,1	77,7 %	44,9
Antineoplastische Mittel	96,1	9,9 %	8,7	44,1 %	29,4
Antidiabetika	87,7	11,0 %	8,7	148,4 %	52,4
Psychoanaleptika	87,2	-4,5 %	-4,2	-3,2 %	-2,9
Ophthalmika	82,5	17,1 %	12,0	75,4 %	35,5
Lipidsenker	77,5	-13,3 %	-11,9	-22,0 %	-21,9
COPD, Asthma bronchiale	77,1	5,0 %	3,6	33,2 %	19,2
Immunstimulanzien	76,0	-2,2 %	-1,7	69,2 %	31,1
Antivirale Mittel	71,5	-0,1 %	-0,1	73,2 %	30,2
Säurehemmer	64,8	-3,8 %	-2,5	43,8 %	19,7
Analgetika	60,1	2,6 %	1,5	12,2 %	6,5
Endokrine Therapie	56,5	21,1 %	9,8	32,1 %	13,7
Antibiotika	48,9	0,1 %	0,1	-2,9 %	-1,5
Antiparkinsonmittel	44,7	4,8 %	2,0	60,8 %	16,9
Impfstoffe	44,4	-2,8 %	-1,3	11,6 %	4,6
Psycholeptika	42,9	-3,9 %	-1,7	10,6 %	4,1
Urologika	42,1	2,7 %	1,1	-2,6 %	-1,1
Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	41,3	2,0 %	0,8	3,4 %	1,4

6. Umsatzstärkste Medikamente

6.1 Umsatzstärkste Medikamente in der PKV

Die Rangliste der umsatzstärksten Medikamente in der PKV zeigt die absoluten Ausgaben für das jeweilige Medikament (unter Berücksichtigung des gesetzlichen Herstellerrabatts) hochgerechnet auf die gesamte PKV sowie die Änderung dieser Ausgaben gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 6:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Mio. €	rel. Δ	MA PKV
1 (2)	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	32,6	6,7 %	10,2%
2 (24)	XARELTO (Rivaroxaban)	Schlaganfall-Prophylaxe	27,2	172,2 %	16,4%
3 (3)	LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	23,7	5,2 %	33,9%
4 (12)	ZYTIGA (Abirateron)	Prostatakarzinom	23,2	59,4 %	17,0%
5 (1)	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	21,7	-39,7 %	94,0%
6 (5)	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	20,4	3,5 %	12,2%
7 (4)	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie (CML)	19,7	-0,1 %	15,0%
8 (9)	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	17,3	6,0 %	18,4%
9 (8)	INEGY (Simvastat., Ezetimib)	Hypercholesterinämie	17,2	2,2 %	21,4%
10 (11)	TRUVADA (Tenofovir-Komb.)	HIV-Infektion	15,1	1,8 %	17,9%
11 (14)	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neurop. Schm.	15,1	9,8 %	9,0%
12 (7)	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	14,2	-18,2 %	78,2%
13 (6)	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	13,6	-22,6 %	83,1%
14 (15)	REBIF (Interferon-β-1a)	Multiple Sklerose	13,1	0,8 %	8,4%
15 (10)	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	12,9	-18,6 %	48,2%
16 (13)	COPAXONE (Glatiram.)	Multiple Sklerose	12,8	-9,1 %	8,0%
17 (16)	AVONEX (Interferon-β-1a)	Multiple Sklerose	12,4	-2,2 %	10,3%
18 (17)	SYMBICORT (Formoterol)	Asthma bronch., COPD	12,1	-1,5 %	8,3%
19 (19)	BELOC (Metoprolol)	Angina pectoris	11,1	-4,2 %	58,9%
20 (25)	VIANI (Salmeterol. Flutic.)	Asthma bronch., COPD	10,4	4,6 %	10,6%

Umsatzstärkstes Medikament in der PKV ist erstmals der TNF-alpha-Inhibitor Humira (Wirkstoff: Adalimumab). Die PKV-Ausgaben für dieses Medikament, das vor allem in der Rheumatherapie eingesetzt wird, lagen im Jahr 2013 bei 32,6 Mio. €. Dies entspricht einem Anstieg von 6,7 % gegenüber 2012. Beim Cholesterinsenker Sortis (Atorvastatin), der in den letzten Jahren auf Platz eins zu finden war, sanken in Folge des abgelaufenen Patentschutzes die PKV-Ausgaben um 39,7 %. Damit rangiert Sortis (Atorvastatin) nur noch auf Platz fünf. Der Umsatzrückgang bei Sortis (Atorvastatin) ist die Folge niedrigerer Verordnungszahlen (Mengeneffekt); der Apothekenverkaufspreis blieb unverändert. Den niedrigen Verordnungszahlen für das Altoriginal Sortis stehen steigende Verordnungszahlen für Atorvastatin-Generika gegenüber.

Bemerkenswert ist die hohe Zuwachsrate bei Xarelto (Rivaroxaban). Dieses neue orale Antikoagulanzium (NOAK) hat die Arzneimittelversorgung mit Blutgerinnungshemmern in der Schlaganfall-Prophylaxe massiv verändert und verteuert. Die Medikamentenkosten sind 17mal höher als in der bisherigen Standardtherapie mit den Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon (Marcumar, Generika) oder Warfarin. Von 2012 zu 2013 nahmen die PKV-Ausgaben für Xarelto (Rivaroxaban) um 172,2 % auf 27,2 Mio. € zu. Damit rangiert dieses Präparat auf Platz zwei in der Umsatzrangliste. Insgesamt stiegen die Arzneimittelausgaben der NOAKs Xarelto (Rivaroxaban), Pradaxa (Dabigatran) und Eliquis (Apixaban) im Vergleich zu 2012 um 21,7 Mio. €. Damit entstehen der PKV rechnerische Mehrkosten gegenüber einer Versorgung mit Vitamin-K-Antagonisten von mehr als 20 Mio. €. Die Diskussion um den Einsatz dieser neuen Medikamente ist noch nicht abgeschlossen und spaltet sogar die Ärzteschaft. Während die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) eher keinen Vorteil sieht und nur dann eine Verordnung empfiehlt, wenn die Vitamin-K-Antagonisten keine Therapieoption sind, sprechen sich die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und die Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) für die NOAKs aus.[16]

Zytiga (Abirateron) wurde im Jahr 2011 zur Behandlung des metastierenden Prostatakarzinoms zugelassen und konnte sich bereits im Vorjahr unter den TOP-20 platzieren (Platz 12). Von 2012 zu 2013 nahmen die Ausgaben für Zytiga (Abirateron) um weitere 59,4 % auf 23,2 Mio. € zu. Damit rangiert es nunmehr bereits auf Platz vier. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) attestierte Zytiga (Abira-

16 Vgl. AkdÄ (2013).

teron) 2012 im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach AMNOG einen beträchtlichen Zusatznutzen.[17] Die Jahrestherapiekosten betragen 57.806 €. Die Gesamtüberlebenszeit steigt bei den Patienten laut Studienlage bei bestimmten Teilpopulationen um 4,6 Monate; die Zeit bis zur Schmerzprogression wird um 2,7 Monate verlängert.[18]

Zwischen Xarelto (Rivaroxaban) und Zytiga (Abirateron) platziert sich auf Rang drei Lucentis (Ranibizumab). Nach hohen Zuwachsraten in den letzten beiden Jahren (2011: 42,4 %, 2012: 27,5 %) erhöhten sich die Ausgaben im Jahr 2013 hier „nur" um 5,2 %. Der geringere Anstieg ist vor allem dem Konkurrenzpräparat Eylea (Aflibercept) geschuldet, das im Jahr 2012 ebenfalls zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration zu einem leicht geringeren Apothekenverkaufspreis auf dem deutschen Markt zugelassen wurde. Eylea (Aflibercept) rangiert mit PKV-Ausgaben von 7,7 Mio. € auf Platz 38. Die Mehrausgaben der PKV gegenüber 2012 für die beiden genannten Ophthalmika betrugen 8,8 Mio. €.

Neben Xarelto (Rivaroxaban) ist noch Viani (Salmeterol, Fluticason) zur Behandlung von obstruktiven Lungenerkrankungen neu in den TOP-20 zu finden. Viani ist bereits seit 1999 zugelassen. Die Ausgaben für Viani (Salmeterol, Fluticason) nahmen im Jahr 2013 um 4,6 % zu, wodurch Platz 20 erreicht wurde.

Nicht mehr unter den TOP-20 befinden sich Plavix (Clopidogrel) und Atacand Plus (Candesartan, HCT). Bei beiden Präparaten führt die Generikakonkurrenz zu Ausgabenrückgängen. Plavix (Clopidogrel) rangiert nach Platz 20 im Vorjahr nach einem Umsatzrückgang von 24,2 % auf Platz 34. Bei Atacand Plus (Candesartan, HCT) sanken die PKV-Ausgaben um 26,4 %. Nach Rang 18 (2012) bedeutet dies jetzt Platz 29.

Dargestellt ist in der Tabelle 6 auch der Marktanteil der Privatversicherten am Gesamtmarkt der Verordnungen des jeweiligen Präparates. Zum Vergleich: Der Anteil der Privatversicherten an der Gesamt-

17 In der vorliegenden Studie wird bei der Benennung des Zusatznutzens immer die höchste Bewertungsstufe, die ein Medikament in einer Teilpopulation durch den G-BA zugesprochen bekam, genannt. Für andere Teilpopulationen können niedrigere Bewertungsstufen vorliegen.

18 Vgl. G-BA (2012). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Abirateron vom März 2012.

bevölkerung beträgt 11,3 %.[19] Auf das umsatzstärkste Medikament in der PKV Humira (Adalimumab) entfallen auch in der GKV die meisten Ausgaben aller Arzneimittel. Der Marktanteil der Privatversicherten an allen Verordnungen liegt hier bei 10,2 % und damit etwas unter dem Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung.

Bei einer Reihe anderer Medikamente ist der PKV-Ausgabenanteil allerdings deutlich größer als der Bevölkerungsanteil. Dies gilt erstens für Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz, bei denen GKV-Versicherte vielfach das Generikum und in deutlich geringerem Umfang das Originalpräparat erhalten: Sortis (Atorvastatin) (94,0 % PKV-Anteil), Nexium (Esomeprazol) (83,1 %), Pantozol (Pantoprazol) (78,2 %), Beloc (Metoprolol) (58,9 %), Atacand (Candesartan) (48,2 %).

Zweitens finden wir auch bei neueren Medikamenten höhere Umsatzanteile in der PKV: Zytiga (Abirateron) (17,0 %), Xarelto (Rivaroxaban) (16,4 %). Dies verweist darauf, dass Privatversicherte etwas eher auf neue Medikamente eingestellt/umgestellt werden als gesetzlich Versicherte.

Drittens wird der PKV-Anteil auch von den etwas unterschiedlichen Prävalenzen bestimmter Krankheiten beeinflusst. Der höhere Anteil von HIV-Infizierte in der PKV[20] spiegelt sich im höheren Umsatzanteil von Truvada (Tenofovir-Kombination) (17,4 %) wieder.

Bei Lucentis (Ranibizumab) scheinen GKV-Patienten bei der Indikation „feuchte Makuladegeneration“ nach wie vor in merklichem Umfang das 20mal preisgünstigere Avastin (Bevacizumab) zu erhalten, welches jedoch für diese Indikation nicht zugelassen ist („off-label-use“).[21]

Bemerkenswert sind darüber hinaus die hohen Verordnungsanteile der PKV bei den beiden Krebsmedikamenten Glivec (Imatinib) (15,0 %) und Revlimid (Lenalidomid) (18,4 %).

Die folgende Tabelle zeigt auf, bei welchen Medikamenten in der PKV die größten Umsatzsteigerungen (in absoluten Zahlen) gegenüber dem Vorjahr zu beobachten sind:

---

19 Im Rahmen dieser Analyse wird unterstellt, dass als Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen nur die PKV (einschließlich der Beihilfe) und die GKV existieren.

20 Vgl. Finkenstädt, Wild (2013).

21 Die „Avastin-Lucentis-Diskussion“ ist bislang weder bezüglich der medizinisch-pharmakologischen Wirksamkeit noch hinsichtlich der medizinisch-ethischen sowie der juristischen Lage abschließend geklärt. Vgl. Jansen (2013).

Tabelle 7:
Umsatzstarke Medikamente in der PKV mit größten Umsatzsteigerungen von 2012 zu 2013

Präparat	Wirkstoff	Änderung Umsätze	
		Mio. €	Relativ
XARELTO (Rivaroxoban)	Schlaganfall-Prophyl.	17,2	172,2 %
ZYTIGA (Abirateron)	Prostatakarzinom	8,6	59,4 %
EYLEA (Aflibercept)	Makuladegeneration	7,6	7.050,8 %
PRADAXA (Dabigatran)	Schlaganfall-Prophyl.	3,1	46,8 %
HUMIRA (Adalimumab)	rheumatoide Arthritis	2,0	6,7 %
NEULASTA (Pegfilgrastim)	Neutropenie	2,0	37,3 %
AFINITOR (Everolimus)	Krebserkrankungen	1,8	53,1 %
XGEVA (Denosumab)	Knochenmetastasen	1,7	59,6 %
PANTOPRAZOL 1A (Pantozol)	Refluxösophagitis	1,6	42,7 %
LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neurop. Schm.	1,3	9,8 %
ACCU CHEK (Teststreifen)	Diabetes mellitus	1,3	20,2 %
GILENYA (Fingolimod)	Multiple Sklerose	1,3	23,6 %
LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	1,2	5,2 %
ROACTEMRA (Tocilizumab)	rheumatoide Arthritis	1,1	31,2 %
TASIGNA (Nilotinib)	Leukämie	1,1	26,7 %
LANTUS (Insulin glargin)	Diabetes mellitus	1,0	14,3 %
REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	1,0	6,0 %
PROLIA (Denosumab)	Osteoporose	1,0	41,5 %
PREZISTA (Darunavir-Kom)	HIV-Infektion	0,9	24,0 %
INSPRA (Eplerenon)	Herzinfarkt, Herzinsuff.	0,9	16,7 %

Die größten Umsatzsteigerungen sind bei Xarelto (Rivaroxaban), Zytiga (Abirateron) und Eylea (Aflibercept) auszumachen. Xarelto (Rivaroxaban) wies bereits im Jahr 2011 (mit einem Plus von 10,4 Mio. €) die höchste Umsatzsteigerung auf.

Mit Pantoprazol 1A Pharma befindet sich in der obigen Rangliste ein Generikapräparat; hier stiegen die Ausgaben um 1,6 Mio. € bzw. um 42,7 %. Diesem Anstieg stehen Minderausgaben für das Original Pantozol (siehe Tabelle 8) gegenüber.

Der monoklonale Antikörper Denosumab erzielte unter dem Handelsnamen Xgeva, bei skelettbezogenen Komplikationen in Folge von Knochenmetastasen, eine Umsatzsteigerung um 1,7 Mio. €

(+59,6 %) und unter dem Namen Prolia, zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen, ein Ausgabenwachstum von 1,0 Mio. € (+41,5 %). Diskutiert wird der Einsatz von Denosumab in der Therapie der rheumatoiden Arthritis, für das der Wirkstoff derzeit aber nicht zugelassen ist.[22]

Die Medikamente mit den größten Umsatzrückgängen in der PKV sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tabelle 8:
Umsatzstarke Medikamente in der PKV mit größtem Umsatzrückgang von 2012 zu 2013

Präparat	Wirkstoff	Änderung Umsätze	
		Mio. €	Relativ
SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	-14,3	-39,7
NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	-4,0	-22,6
SEROQUEL (Quetiapin)	Depression	-3,3	-35,2
PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	-3,2	-18,1
ATACAND PLUS (Candes. HCT)	Hypertonie, Herzinsuff.	-3,1	-26,4
ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuffizienz	-2,9	-18,6
PLAVIX (Clopidogrel)	Thrombose, Angina-pect.	-2,6	-24,2
ZOMETA (Zoledronat)	Osteoporose	-1,9	-22,9
SUTENT (Sunitinib)	Stromatumor, Nierenzellka	-1,5	-24,8
COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	-1,3	-9,1
CODIOVAN (Valsartan, HCT)	Hypertonie, Herzinsuff.	-1,2	-15,5
DIOVAN (Valsartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	-1,1	-16,4
NORVASC (Amlodipin)	Hypertonie, Herzinsuff.	-1,0	-20,0
GENOTROPIN (Somatropin)	Wachstumshormonmangel	-1,0	-18,1
TEBONIN (Ginkgo biloba)	Demenz	-0,9	-8,8
KEPPRA (Levetiracetam)	Epilepsie	-0,8	-12,1
INFANRIX (Mehrfach-Impf.)	Dipht.-, Pertu.-, Tetanus-Pr.	-0,7	-11,0
CRESTOR (Rosuvastatin)	Hypercholesterinämie	-0,7	-11,9
AXURA (Memantin)	Morbus Alzheimer	-0,7	-14,1
BETAFERON (Interferon-β-1b)	Multiple Sklerose	-0,7	-8,0

22 Vgl. Hein (2012).

Die wichtigste Ursache für sinkende Ausgaben ist im abgelaufenen Patentschutz und der damit aufkommenden Generikakonkurrenz zu sehen. Mit Minderausgaben von 14,3 Mio. € gegenüber 2012 verzeichnet Sortis (Atorvastatin) den größten Rückgang. Bereits im letzten Jahr waren die Ausgaben von Sortis (Atorvastatin) um 10,6 Mio. € gesunken. Ausgabenrückgänge verzeichnen auch zwei Multiple Sklerose Medikamente, und zwar Copaxone (Glatirameracetat) und Betaferon (Interferon-beta-1b). Dies ist möglicherweise eine Folge der Zulassung von neuen MS-Medikamenten, wie Gilenya (Fingolimod) und Aubagio (Teriflunomid). Bemerkenswert ist auch der Rückgang des Cholesterinsenkers Crestor (Rosuvastatin), der erst im Jahr 2009 zugelassen wurde. Ursache für die rückläufigen Verordnungszahlen sind vermutlich die zu einem niedrigeren Preis verfügbaren generischen Alternativpräparate (z. B. Simvastatin- oder Atorvastatin-Generika).[23] Ein genereller Rückgang der Verordnung von Cholesterinsenkern ist hierzulande nicht zu erkennen. Im Gegenteil: Insgesamt nahmen die Verordnungszahlen für Cholesterinsenker gegenüber dem Jahr 2012 um 16,7 % zu; im Vergleich zu 2007 ist ein Anstieg um 42,7 % festzustellen.

6.2 Umsatzstärkste Medikamente in der GKV

Humira (Adalimumab) rangiert ebenso wie in der PKV und unverändert zum Vorjahr auf Platz eins der umsatzstärksten Medikamente in der GKV. Gegenüber 2012 nahm der Umsatz dieses Präparats um weitere 15,3 % zu. Mit Enbrel (Etanercept) auf Rang zwei und Remicade (Infliximab) auf Platz 14 befinden sich zwei weitere TNF-alpha-Inhibitoren in den TOP-20 der GKV.

Die höchsten Mehrausgaben im Vergleich zu 2012 weisen Xarelto (Rivaroxaban) und Zytiga (Abirateron) auf. Hier nahmen die Ausgaben auch in höherem Maße zu als bei der PKV. Beide wiesen allerdings 2012 in der GKV ein niedrigeres Ausgangsniveau als in der PKV auf und erreichen deshalb in der PKV hohe Marktanteile von 16,4 % bzw. 17,0 %.

Mit Pantoprazol-Actavis (Pantoprazol) und Ibufalm (Ibuprofen) befinden sich in der GKV zwei Generika unter den umsatzstärksten Präparaten. Die PKV-Marktanteile liegen hier nur bei 1,5 % bzw. 2,4 %.

23 International stellt sich die Entwicklung zum Beispiel in der Schweiz anders dar. Hier war Crestor (Rosuvastatin) das siebenumsatzstärkste Medikament (mit weiteren Zuwächsen) im Jahr 2013. Vgl. info santésuisse (2014).

Die folgende Tabelle zeigt die TOP-20 der GKV mit den Veränderungen zum Vorjahr und ihrem Marktanteil in der PKV:

Tabelle 9:
Umsatzstärkste Medikamente in der GKV

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Mio. €	rel. Δ	MA PKV
1 (1)	Humira (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	669,5	15,3 %	10,2 %
2 (2)	Enbrel (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	419,9	4,9 %	12,2 %
3 (4)	Lyrica (Pregabalin)	Epilepsie, neurop. Schm.	309,6	10,0 %	9,0 %
4 (41)	Xarelto (Rivaroxaban)	Schlaganfall-Prophylaxe	279,3	226,2 %	16,4 %
5 (5)	Symbicort (Formoterol)	Asthma bronch., COPD	275,9	-0,5 %	8,3 %
6 (3)	Spiriva (Tiotropium)	Asthma bronch., COPD	274,8	-3,1 %	6,2 %
7 (7)	Avonex (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	271,6	3,6 %	10,3 %
8 (8)	Copaxone (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	267,9	3,5 %	8,0 %
9 (9)	Rebif (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	267,0	6,7 %	8,4 %
10 (6)	Clexane (Enoxaparin-Natrium)	Thrombose	255,1	-6,6 %	7,2 %
11 (10)	Glivec (Imatinib)	Leukämie (CML)	243,0	-2,6 %	15,0 %
12 (27)	Zytiga (Abirateron)	Prostatakarzinom	220,7	88,5 %	17,0 %
13 (24)	Pantoprazol-Actavis (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	217,9	70,0 %	1,5 %
14 (12)	Remicade (Infliximab)	Rheumatoide Arthritis	201,8	8,9 %	7,4 %
15 (13)	Lantus (Insulin glargin)	Diabetes mellitus	200,1	13,3 %	7,0 %
16 (14)	Viani (Salmeterol, Fluticason)	Asthma bronch., COPD	180,6	5,9 %	10,6 %
17 (18)	Ibuflam/-Lysin (Ibuprofen)	Schmerzen	176,2	21,0 %	2,4 %
18 (15)	Truvada (Tenofovir-Komb.)	HIV-Infektion	171,5	2,3 %	17,9 %
19 (19)	Cymbalta (Duloxetin)	Depression	162,5	14,8 %	5,6 %
20 (17)	Novorapid (Insulin aspart)	Diabetes mellitus	152,7	7,0 %	1,7 %

Von den zwanzig umsatzstärksten Medikamenten der PKV fehlen Lucentis (Ranibizumab) (GKV-Platz 43), Sortis (Atorvastatin) (GKV-Platz 1264), Revlimid (Lenalidomid) (Platz 23), Inegy (Simvastatin, Ezetimib) (Platz 31), Pantozol (Pantoprazol) (Platz 1399), Nexium (Esomeprazol) (Platz 974), Atacand (Candesartan) (Platz 216) und Beloc (Metoprolol) (Platz 369).

Dafür befinden sich bei der GKV neben den bereits erwähnten zwei Generika unter den TOP-20: Spiriva (PKV-Platz 21), Remicade (In-

fliximab) (Platz 28), Lantus (Insulin glargin) (Platz 32), Cymbalta (Duloxetin) (Platz 69) und Novorapid (Insulin aspart) (Platz 52).

7. Umsatzstärkste Medikamente nach Altersgruppe der Versicherten

Die Bedeutung der einzelnen Medikamente ist in hohem Maße vom Alter der Versicherten abhängig. Dies folgt aus der abweichenden Prävalenz und Inzidenz von Krankheit je nach Alter bzw. der generell steigenden Morbidität mit zunehmendem Lebensalter. Darüber hinaus ist bei vielen Arzneimitteln auch eine unterschiedliche Relevanz je nach Geschlecht feststellbar. Hierbei spielen neben biologischen und genetischen Gründen auch unterschiedliche Verhaltensweisen und Lebensstile sowie psychosoziale Faktoren, wie Bildung (inkl. Gesundheitskompetenz), Erziehung und berufliche Belastungen, eine Rolle.

Im Folgenden werden für sechs Altersgruppen und jeweils für beide Geschlechter die zwanzig umsatzstärksten Medikamente in der PKV dargestellt. Der genannte Umsatzanteil ist als der Umsatzanteil innerhalb der Altersgruppe zu verstehen.

7.1. Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen

In der jüngsten Altersgruppe befinden sich unter den zwanzig umsatzstärksten Medikamenten in der PKV vor allem Impfstoffe, Wachstumshormone und Allergene zur Hyposensibilisierung. Das umsatzstärkste Medikament ist sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen der Mehrfachimpfstoff Infanrix. 5,06 % (Jungen) bzw. 6,09 % (Mädchen) der Arzneimittelausgaben der 0- bis 14-Jährigen entfallen auf diesen Impfstoff. Infanrix ist in verschiedenen Impfstoffkombinationen erhältlich. Die Mehrheit der Impfungen (78 %) entfallen auf das Präparat Infanrix hexa, einem 5-fach Impfstoff zur Grundimmunisierung und Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Poliomyelitis und Erkrankung durch Haemophilus influenzae Typ b. Weitere umsatzstarke Impfungen sind die Pneumokokken-Impfung mit dem Präparat Prevenar sowie die Masern/Mumps/Röteln/(Varizellen)-Impfung mit Priorix. Priorix wird laut den vorliegenden Daten in 53 % aller Impfungen in der 4fach-Kombination (also einschließlich einer Impfung gegen Varizellen) mit dem Präparat Priorix Tetra durchgeführt.

Bemerkenswert ist die hohe Bedeutung von Somatropin-Präparaten, die bei vermindertem Wachstum und zum Muskelaufbau verordnet

werden. Bei beiden Geschlechtern befinden sich vier Somatropin-Medikamente (Genotropin, Norditropin, Saizen und Nutropinaq (Jungen) bzw. Humatrope (Mädchen)) unter den TOP-20 dieser Altersklasse.

Tabelle 10:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 0- bis 14-Jährigen (männlich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	INFANRIX (Mehrfach-Impfung)	Grundimmunisierung	5,06
2	PREVENAR (Polysacc.-Anitgen)	Pneumokokken-Impfung	4,75
3	GENOTROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	2,75
4	NORDITROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	2,42
5	PRIORIX (Impfstoff)	Masern/Mumps/Röteln/V.	2,37
6	SYNAGIS (Palivizumab)	RSV-Infektion	2,05
7	ADVATE (Blutgerinnungsfaktor)	Hämophilie A	1,94
8	KOGENATE (Blutgerinnungsfak.)	Hämophilie A	1,21
9	ALLERGOVIT (Pollen, Blüten)	Allergie	1,16
10	MEDIKINET (Methylphenidat)	ADHS	1,11
11	POLLINEX (Pollen, Blüten)	Allergie	1,06
12	SINGULAIR (Montelukast)	Asthma	0,99
13	PARI (Inhalator)	Atemwegserkrankungen	0,96
14	DEPIGOID (Pollen, Blüt., Milben)	Allergie	0,94
15	ROTARIX (Impfstoff)	Rotavirus-Impfung	0,89
16	SAIZEN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	0,80
17	FSME-IMMUN (Impfstoff)	FSME-Impfung	0,76
18	PURETHAL (Pollen, Blüt., Milben)	Allergie	0,75
19	ALKDEPOT (Pollen, Milben)	Allergie	0,75
20	NUTROPINAQ (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	0,75

Zwischen den Geschlechtern lassen sich in dieser Altersgruppe einige wenige Unterschiede erkennen. In der TOP-20 Rangliste der umsatzstärksten Medikamente bei den 0- bis 14-jährigen Mädchen fallen abweichend zur Jungen-Rangliste vor allem der HPV-Impfstoff Gardasil, das Bronchitis-Medikament Capval (Noscapin), der Varicel-ler Zoster-Impfstoff Varilrix und Floxal (Ofloxacin), das zur Behandlung von Harnwegs- und Blaseninfektionen verordnet wird, auf. Bei

den Jungen sei vor allem auf das ADHS-Medikament Medikinet (Methylphenidat) verwiesen, das bei den Mädchen keine größere Rolle spielt. Die Prävalenz von ADHS ist bei Jungen etwa 4,3mal so hoch wie bei Mädchen.[24]

Tabelle 11:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 0- bis 14-Jährigen (weiblich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	INFANRIX (6fach-Impfung)	Grundimmunisierung	6,09
2	PREVENAR (Polysacc.-Antigen)	Pneumokokken-Impfung	5,73
3	PRIORIX (Impfstoff)	Masern/Mumps/Röteln/V.	2,87
4	NORDITROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	2,37
5	GENOTROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	2,09
6	GARDASIL (Impfstoff)	HPV-Impfung	1,97
7	SYNAGIS (Palivizumab)	RSV-Infektion	1,96
8	HUMATROPE (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	1,20
9	ROTARIX (Impfstoff)	Rotavirus-Impfung	1,08
10	PARI (Inhalator)	Atemwegsinfektion	0,97
11	FSME-IMMUN	FSME-Impfung	0,91
12	NUROFEN (Ibuprofen)	Fieber, Schmerzen	0,83
13	CAPVAL (Noscapin)	Bronchitis, Reizhusten	0,77
14	ALLERGOVIT (Pollen, Blüten)	Allergie	0,76
15	SINGULAIR (Montelukast)	Asthma	0,74
16	ROTATEQ (Impstoff)	Rotavirus-Impfung	0,66
17	POLLINEX (Pollen, Blüten)	Allergie	0,64
18	SAIZEN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	0,64
19	VARILRIX (Impfstoff)	Variceller Zoster Impf.	0,64
20	FLOXAL (Ofloxacin)	Harnwegs-, Blaseninfekt.	0,63

24 Vgl. Schlack, Hölling, Kurth, Huss (2007); Wild (2011).

7.2. Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen

Der TNF-alpha-Inhibitor Humira (Adalimumab) ist das umsatzstärkste Präparat dieser Altersgruppe (bei männlichen Versicherten: Platz 1, bei weiblichen Versicherten: Platz 2). Humira (Adalimumab) wird bei einer Reihe von chronischen Entzündungen (Rheuma, Psoriasis, Psoriasis Arthritis etc.) verordnet. Bei Jugendlichen (bis 17 Jahren) ist es zur Behandlung der juvenilen idiopathischen Arthritis und beim schweren aktiven Morbus Crohn zugelassen. Mit Remicade (Infliximab) und Enbrel (Etanercept) befinden sich zwei weitere TNF-Inhibitoren unter den TOP-20 dieser Altersgruppe.

Vor allem bei den männlichen Versicherten verursachen auch die beiden Somatropin-Präparate Norditropin und Genotropin in dieser Altersgruppe weiterhin höhere Arzneimittelausgaben. Eine erhebliche Rolle spielen zudem Allergene. Sechs derartige Präparate bei den jungen Männern und vier bei den jungen Frauen sind in der Rangliste zu finden.

Tabelle 12:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 15- bis 29-Jährigen (männlich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	3,34
2	REMICADE (Infliximab)	Entzündliche Darmerkr.	2,24
3	NORDITROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	2,05
4	GENOTROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	1,55
5	FABRAZYME (Agalsidase beta)	Morbus Fabry	1,53
6	ALLERGOVIT (Pollen, Blüten)	Allergie	1,51
7	POLLINEX (Pollen, Blüten)	Allergie	1,43
8	REPLAGAL (Agalsidase alfa)	Morbus Fabry	1,24
9	ALKDEPOT (Pollen, Milben)	Allergie	1,19
10	REBIF (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	1,06
11	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	0,97
12	DEPIGOID (Pollen, Blüt., Milben)	Allergie	0,96
13	DUAC (Clindamycin)	Akne	0,93
14	PURETHAL (Pollen, Blüt., Milben)	Allergie	0,87
15	AVANZ (Pollen, Blüt., Milben)	Allergie	0,83
16	MEDIKINET (Methylphenidat)	ADHS	0,75
17	AVONEX (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	0,75
18	CONCERTA (Methylphenidat)	ADHS	0,71
19	NOVORAPID (Insulin aspart)	Diabetes mellitus	0,70
20	AKNENORMIN (Isotretinoin)	Akne	0,69

Bei den weiblichen Versicherten ist der HPV-Impfstoff Gardasil das mit Abstand umsatzstärkste Präparat der betrachteten Altersklasse.

Tabelle 13:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 15- bis 29-Jährigen (weiblich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	GARDASIL (Impfstoff)	HPV-Impfung	4,24
2	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	2,54
3	REBIF (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	1,49
4	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	1,37
5	AVONEX (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	1,22
6	KALYDECO (Ivacaftor)	Mukoviszidose	1,15
7	POLLINEX (Pollen, Blüten)	Allergie	1,09
8	GENOTROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	1,05
9	COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	0,99
10	MAXIM (Gestagen)	Kontrazeptivum	0,99
11	ALLERGOVIT (Pollen, Blüten)	Allergie	0,96
12	TYSABRI (Natalizumab)	Multiple Sklerose	0,95
13	ALKDEPOT (Pollen, Milben)	Allergie	0,83
14	REMICADE (Infliximab)	Entzündliche Darmerkr.	0,83
15	GILENYA (Fingolimod)	Multiple Sklerose	0,78
16	DUAC (Clindamycin)	Akne	0,66
17	NORDITROPIN (Somatropin)	Vermindertes Wachstum	0,63
18	SINUPRET (Enzian/Holunder etc.)	Sinusitis	0,62
19	PURETHAL (Pollen, Blüt., Milben)	Allergie	0,61
20	HIZENTRA (Immunglobulin)	Immundefizienz	0,61

7.3 Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen

In der hier betrachteten Altersgruppe sind infolge abweichender Krankheitsprävalenzen deutliche Geschlechterunterschiede erkennbar. Bei den Männern befinden sich fünf antiretrovirale Medikamente zur Behandlung der HIV-Infektion unter den TOP-20, darunter auf den Plätzen eins und drei Truvada (Tenofovir-Kombination) sowie Atripla (Efavirenz-Kombination). Bei den Frauen ist dagegen kein einzi-

ges HIV-Medikament in der Rangliste zu finden.[25] Bei den weiblichen Versicherten werden die TOP-20 von den Multiple Sklerose Medikamenten dominiert, die bei den Frauen sechs der umsatzstärksten sieben Präparate stellen. Bei den Männern sind diese sechs Präparate ebenfalls in der Rangliste zu finden, allerdings mit niedrigeren Umsatzanteilen.[26]

Tabelle 14:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 30- bis 44-Jährigen (männlich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	TRUVADA (Tenofovir-Komb.)	HIV, AIDS	3,76
2	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	3,44
3	ATRIPLA (Efavirenz-Komb.)	HIV, AIDS	2,48
4	REBIF (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	1,82
5	AVONEX (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	1,51
6	COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	1,51
7	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	1,41
8	ISENTRESS (Raltegravir)	HIV, AIDS	1,07
9	PREZISTA (Darunavir)	HIV, AIDS	1,07
10	POLLINEX (Pollen, Blüten)	Allergie	1,04
11	TYSABRI (Natalizumab)	Multiple Sklerose	1,02
12	REMICADE (Infliximab)	Entzündliche Darmerkr.	1,00
13	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie	0,99
14	EVIPLERA (Rilpivirin)	HIV, AIDS	0,91
15	ALLERGOVIT (Pollen, Blüten)	Allergie	0,90
16	BETAFERON (Interferon-beta-1b)	Multiple Sklerose	0,85
17	GILENYA (Fingolimod)	Multiple Sklerose	0,74
18	ALKDEPOT (Pollen, Milben)	Allergie	0,72
19	STELARA (Ustekinumab)	Psoriasis	0,67
20	REPLAGAL (Agalsidase alfa)	Morbus Fabry	0,67

25 Das Männer-Frauen-Verhältnis bei HIV-Patienten beträgt in der PKV 4,5:1. In den Altersklassen der 31- bis 40-Jährigen und bei den 41- bis 50-Jährigen liegt das Verhältnis sogar bei 7,9:1 bzw. 10,3:1. Vgl. Finkenstädt, Wild (2013).

26 Die Behandlungsprävalenz bei MS-Medikamenten liegt bei den privatversicherten Frauen etwa 2,4mal höher als bei den Männern. Vgl. Wild (2014).

Höhere Umsatzanteile zeigen sich bei den weiblichen Versicherten der betrachteten Altersgruppe zudem bei L-Thyroxin, das bei Schilddrüsenunterfunktion verordnet wird[27] sowie bei einigen Präparaten, die im Zusammenhang mit der Geburt und der Schwangerschaft (Femibion, Gonal, Medela, Puregon) stehen.

Tabelle 15:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 30- bis 44-Jährigen (weiblich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	REBIF (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	2,90
2	COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	2,89
3	AVONEX (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	2,64
4	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	2,60
5	TYSABRI (Natalizumab)	Multiple Sklerose	1,64
6	GILENYA (Fingolimod)	Multiple Sklerose	1,34
7	BETAFERON (Interferon-beta-1b)	Multiple Sklerose	1,20
8	FEMIBION (Folsäure)	Schwangerschaft	1,17
9	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	1,10
10	L-THYROXIN (Levothyroxin-Na)	Schilddrüsenunterfunkt.	0,97
11	GONAL (Follitropin alfa)	Künstliche Befruchtung	0,84
12	CLEXANE (Enoxaparin)	Höheres Thromboserisiko	0,78
13	REMICADE (Infliximab)	Entzündl. Darmerkrank.	0,77
14	MEDELA (Milchpumpe)	Stillen	0,74
15	POLLINEX (Pollen, Blüten)	Allergie	0,72
16	NEULASTA (Pegfilgrastim)	Neutropenie	0,70
17	ALLERGOVIT (Pollen, Blüten)	Allergie	0,65
18	PUREGON (Follitropin beta)	Künstliche Befruchtung	0,55
19	ALKDEPOT (Pollen, Milben)	Allergie	0,55
20	SINUPRET (Enzian, Holunder etc.)	Sinusitis	0,55

27 Die Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) tritt bei Frauen 5- bis 8mal häufiger auf als bei Männern. Vgl. Zulewski H. (2011).

7.4. Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen

Bei den Männern befinden sich in dieser Altersgruppe mit Truvada (Tenofovir-Kombination), Humira (Adalimumab) und Atripla (Efavirenz-Kombination) auf den ersten drei Plätzen die gleichen Medikamente wie bei den 30- bis 44-Jährigen. Im Gegensatz zur dieser jüngeren Altersgruppe sind nunmehr allerdings einige kardiovaskuläre Medikamente, wie Atacand (Candesartan), Sortis (Atorvastatin) und Inegy (Ezetimib, Simvastatin) in der Rangliste zu finden.

Tabelle 16:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 45- bis 59-Jährigen (männlich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	TRUVADA (Tenofovir-Komb.)	HIV, AIDS	2,68
2	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	2,30
3	ATRIPLA (Efavirenz-Komb.)	HIV, AIDS	1,74
4	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie	1,22
5	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	1,18
6	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	0,96
7	ISENTRESS (Raltegravir)	HIV, AIDS	0,95
8	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	0,95
9	INEGY (Ezetimib, Simvastatin)	Hypercholesterinämie	0,93
10	PREZISTA (Darunavir)	HIV, AIDS	0,81
11	REBIF (Interferon beta-1a)	Multiple Sklerose	0,75
12	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	0,75
13	COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	0,71
14	REMICADE (Infliximab)	Enzündl. Darmerkrank.	0,70
15	XARELTO (Rivaroxoban)	Schlaganfall-Prophylaxe	0,70
16	AVONEX (Interferon beta-1a)	Multiple Sklerose	0,67
17	SYMBICORT (Formoterol)	Asthma, COPD	0,57
18	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	0,57
19	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	0,56
20	EXFORGE (Valsartan, Amlodipin)	Hypertonie, Angina pec.	0,54

Bei den weiblichen Versicherten dieser Altersklasse spielen wie in der etwas jüngeren Altersgruppe MS-Medikamente eine wesentliche Rolle. Auf Platz eins befindet sich allerdings nunmehr mit etwas Abstand Humira (Adalimumab).

Tabelle 17:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 45- bis 59-Jährigen (weiblich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	2,51
2	AVONEX (Interferon beta-1a)	Multiple Sklerose	1,80
3	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	1,72
4	REBIF (Interferon beta-1a)	Multiple Sklerose	1,70
5	COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	1,67
6	BETAFERON (Interferon-beta-1b)	Multiple Sklerose	1,05
7	GILENYA (Fingolimod)	Multiple Sklerose	0,95
8	NEULASTA (Pegfilgrastim)	Neutropenie	0,91
9	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie	0,80
10	L-THYROXIN (Levothyroxin-Na)	Schilddrüsenunterfunkt.	0,79
11	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neuropath. S.	0,68
12	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	0,67
13	CIPRALEX (Escitalopram)	Depression	0,62
14	SYMBICORT (Formoterol)	Asthma, COPD	0,56
15	TYSABRI (Natalizumab)	Multiple Sklerose	0,56
16	AFINITOR (Everolimus)	Brustkrebs	0,55
17	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	0,53
18	ARCOXIA (Etoricoxib)	Arthrose	0,49
19	ROACTEMRA (Tocilizumab)	Rheumatoide Arthritis	0,49
20	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	0,49

7.5. Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen

In der hier betrachteten Altersgruppe liegen die Schwerpunkte der medikamentösen Behandlung bei Herz- und Kreislauferkrankungen sowie in der Onkologie und damit bei Indikationen, deren Inzidenz im höheren Alter deutlich zunimmt. Die Rangliste der umsatzstärksten Medikamente unterscheidet sich dann auch in erheblichem Maße von den eben betrachteten Listen bei jüngeren Altersgruppen. Bei den 60- bis 74-jährigen Männern entfallen die meisten Ausgaben auf das Prostatakrebsmedikament Zytiga (Abirateron). Dahinter folgen Sortis (Atorvastatin) und Xarelto (Rivaroxaban).

Tabelle 18:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 60- bis 74-Jährigen (männlich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	ZYTIGA (Abirateron)	Prostatakarzinom	2,28
2	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	1,68
3	XARELTO (Rivaroxoban)	Schlaganfall-Prophylaxe	1,55
4	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	1,48
5	INEGY (Ezetimib, Simvastatin)	Hypercholesterinämie	1,28
6	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	1,24
7	GLIVEC (Imatinib)	Glivec	1,10
8	LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	0,95
9	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	0,76
10	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	0,72
11	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	0,72
12	BELOC ZOC (Metoprolol)	Angina pectoris, Hypert.	0,67
13	SPIRIVA (Tiotropiumbromid)	Asthma, COPD	0,67
14	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neuropath. S.	0,66
15	BLOPRESS (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	0,64
16	SIFROL (Pramipexol)	Morbus Parkinson	0,63
17	LANTUS (Insulin glargin)	Diabetes mellitus	0,59
18	EXFORGE (Valsartan, Amlodipin)	Hypertonie, Angina pec.	0,59
19	PRADAXA (Dabigatran)	Schlaganfall-Prophylaxe	0,59
20	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	0,56

Bei den Frauen werden die TOP-20 in dieser Altersgruppe von Humira (Adalimumab), Enbrel (Etanercept) und Atacand (Candesartan) angeführt. Im Vergleich zu den Männern befinden sich u.a. L-Thyroxin (Levothyroxin-Natrium), das Brustkrebsmedikament Afinitor (Everolimus) sowie als einziges OTC-Präparat Tebonin (Ginkgo biloba) in der Rangliste.

Tabelle 19:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 60- bis 74-Jährigen (weiblich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	1,39
2	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	1,23
3	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	1,21
4	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	1,05
5	XARELTO (Rivaroxoban)	Schlaganfall-Prophylaxe	1,01
6	LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	0,94
7	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie	0,85
8	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neuropath. S.	0,79
9	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	0,78
10	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	0,78
11	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	0,74
12	INEGY (Ezetimib, Simvastatin)	Hypercholesterinämie	0,72
13	L-THYROXIN (Levothyroxin-Na)	Schilddrüsenunterfunkt.	0,64
14	BLOPRESS (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	0,64
15	BELOC ZOC (Metoprolol)	Angina pectoris, Hypert.	0,64
16	AFINITOR (Everolimus)	Brustkrebs	0,64
17	SYMBICORT (Formterol)	Asthma. COPD	0,57
18	SPIRIVA (Tiotropiumbromid)	Asthma, COPD	0,56
19	NEULASTA (Pegfilgrastim)	Neutropenie	0,56
20	TEBONIN (Ginkgo biloba)	Demenz	0,52

7.6. Altersgruppe der 75- bis 89-Jährigen

In der ältesten hier betrachteten Altersgruppe befinden sich bei den Männern auf den ersten drei Plätzen mit Zytiga (Abirateron), Xarelto (Rivaroxoban) und Lucentis (Ranibizumab) drei Medikamente, die unter den vier umsatzstärksten in der PKV über alle Altersgruppen zu finden sind. Dies verdeutlicht die hohen Arzneimittelausgaben im Alter.

Tabelle 20:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 75- bis 89-Jährigen (männlich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	ZYTIGA (Abirateron)	Prostatakarzinom	3,39
2	XARELTO (Rivaroxoban)	Schlaganfall-Prophylaxe	2,39
3	LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	1,87
4	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	1,57
5	TRENANTONE (Leuprorelinacetat)	Prostata-, Mammakarz.	1,12
6	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	1,07
7	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	1,06
8	PRADAXA (Dabigatran)	Schlaganfall-Prophylaxa	0,96
9	PLAVIX (Clopidogrel)	Höheres Thromboserisiko	0,86
10	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	0,85
11	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie	0,82
12	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neuropath. S.	0,78
13	INEGY (Ezetimib, Simvastatin)	Hypercholesterinämie	0,77
14	SPIRIVA (Tiotropiumbromid)	Asthma, COPD	0,74
15	BELOC ZOC (Metoprolol)	Angina pectoris, Hypert.	0,74
16	TEBONIN (Ginkgo biloba)	Demenz	0,73
17	EYLEA (Aflibercept)	Makuladegeneration	0,70
18	SIFROL (Pramipexol)	Morbus Parkinson	0,65
19	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	0,61
20	INSPRA (Eplerenon)	Herzinsuffizienz	0,55

Bei den hochbetagten Frauen entfallen die meisten Ausgaben auf Lucentis (Ranibizumab). Mit Eylea (Aflibercept) befindet sich auf Rang vier der zweite VEGF-Inhibitor zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration. Mit dem Ginkgopräparat Tebonin und dem Nahrungsergänzungsmittel Fresubin sind zwei OTC-Präparate unter den TOP-20 bei den Frauen zu finden.

Tabelle 21:
Umsatzstärkste Medikamente in der PKV bei den 75- bis 89-Jährigen (weiblich)

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	PKV [%]
1	LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	3,01
2	XARELTO (Rivaroxoban)	Schlaganfall-Prophylaxe	2,22
3	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	1,39
4	EYLEA (Aflibercept)	Makuladegeneration	1,21
5	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	1,19
6	TEBONIN (Ginkgo biloba)	Demenz	1,08
7	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	1,07
8	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neuropath. S.	1,03
9	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	0,85
10	BELOC ZOC (Metoprolol)	Angina pect., Hypertonie	0,84
11	PRADAXA (Dabigatran)	Schlaganfall-Prophylaxe	0,83
12	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	0,81
13	AXURA (Memantin)	Alzheimer	0,64
14	BLOPRESS (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuff.	0,64
15	PROLIA (Denosumab)	Osteoporose	0,63
16	TARGIN (Oxycodon)	Schmerzen	0,60
17	PLAVIX (Clopidogrel)	Höheres Thromboserisiko	0,57
18	INEGY (Ezetimib, Simvastatin)	Hypercholesterinämie	0,56
19	SPIRIVA (Tiotropiumbromid)	Asthma, COPD	0,54
20	FRESUBIN (Nährstoffe)	Mangelernährung	0,54

8. Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente

Gemäß § 48 Arzneimittelgesetz können bestimmte Arzneimittel auch ohne ärztliches Rezept von Patienten erworben werden. Diese Präparate, die als nicht-verschreibungspflichtig bzw. OTC-Präparat („Over the Counter“) bezeichnet werden, sollen den Patienten in die Lage versetzen, Mittel zur Selbstmedikation zu erwerben, um geringfügige Gesundheitsstörungen und Missbefindlichkeiten zu kurieren. Einige Präparate dürfen nur in Apotheken als apothekenpflichtige rezeptfreie Medikamente verkauft werden, andere können auch von Drogerien als frei verkäufliche Produkte angeboten werden.

Bei PKV-Versicherten ist die Kostenerstattung eines Medikamentes nicht von der Verschreibungspflicht abhängig. Eine Erstattung erfolgt generell bei ärztlicher Verordnung, wobei die Einzelheiten im jeweiligen privatrechtlich vereinbarten Versicherungsvertrag geregelt sind.

In der GKV werden OTC-Präparate nach § 34 Absatz 1 SGB V seit 2004 im Grundsatz nicht mehr erstattet. Ausnahmen gelten zum einen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern diese Kinder Entwicklungsstörungen aufweisen, zum anderen für OTC-Präparate, die bei schwerwiegenden Erkrankungen als Therapiestandard gelten und deshalb ausnahmsweise auf Kosten der GKV verordnet werden können. Eine entsprechende Ausnahmeliste wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt. [28]

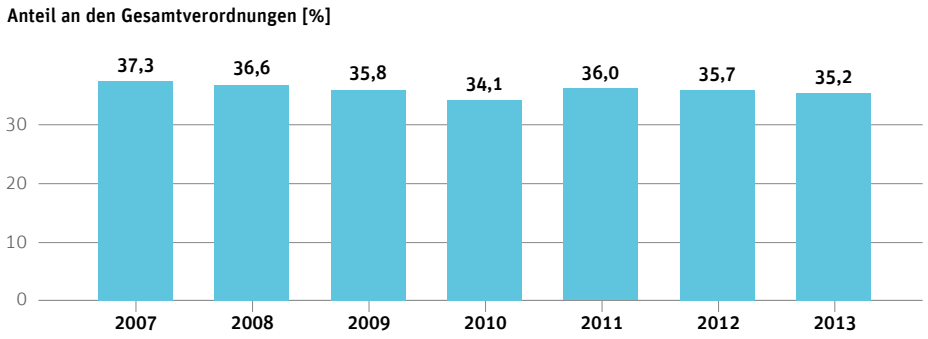
8.1. Bedeutung in der PKV

Der Anteil der Verordnungen von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten an allen Verordnungen in der PKV sank gegenüber 2012 um 0,7 Prozentpunkte und liegt nunmehr bei 35,2 %. Bereits von 2011 zu 2012 war die OTC-Präparatquote gesunken. Im Beobachtungszeitraum von 2007 bis 2013 ist aber kein einheitlicher Trend erkennbar. Der Anteil der OTC-Präparate ist auch von saiso-

28 Die Ausnahmeliste umfasst derzeit 46 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen und die entsprechende Indikation als maßgebende Kriterien für die Erstattungsfähigkeit in der GKV. Die aktuelle Ausnahmeliste des G-BA ist zu finden unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-323/AM-RL-I-OTC-2013-06-05.pdf (29.01.2015).

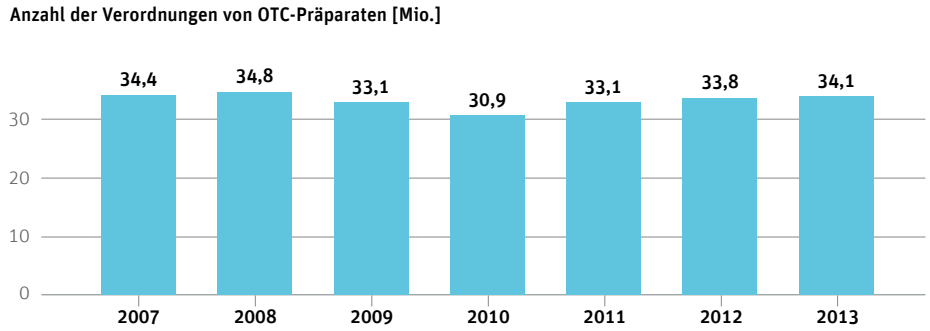
nalen Faktoren (wie dem Ausmaß und Zeitpunkt von Erkältungswellen) und von der Entwicklung der Verordnungszahlen von verschreibungspflichtigen Medikamenten abhängig. Der sinkende Anteil an nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten von 2012 zu 2013 hat seine Ursache vor allem darin, dass die Anzahl der verordneten verschreibungspflichtigen Medikamente deutlich stärker zugenommen hat (+3,5 %) als die der nicht-verschreibungspflichtigen (0,9 %).

Abbildung 3:
Verordnungsanteil von OTC-Präparaten an allen Verordnungen in der PKV



Insgesamt wurden im Jahr 2013 34,1 Mio. Verordnungen von OTC-Präparaten zur Erstattung bei den PKV-Unternehmen eingereicht. Dies sind 0,3 Mio. mehr als im Jahr 2012. Seit 2010 ist eine Zunahme der Verordnungszahlen von OTC-Präparaten in der PKV festzustellen (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4:
Anzahl von Verordnungen von OTC-Präparaten in der PKV



8.2. Die wichtigsten nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente in der PKV

Das umsatzstärkste nicht-verschreibungspflichtige OTC-Präparat ist im Jahr 2013 ebenso wie im Vorjahr Tebonin (Ginkgo biloba). Die Ausgaben für Tebonin (Ginkgo biloba) sanken gegenüber 2012 um 0,9 Mio. € (-8,8 %). Damit ist Tebonin eines der Medikamente in der PKV mit dem größten absoluten Ausgabenrückgang gegenüber 2012 (siehe Kapitel 6.1.).

Die ersten vier Plätze der OTC-Rangliste blieben unverändert gegenüber 2012. Die größten prozentualen Zunahmen verzeichnen das Eisenmangel-Präparat Ferro (+8,7 %) und die Trinknahrung Fortimel (+3,5 %). Die Ergänzungs- und Aufbaunahrung Fresubin, die in den letzten Jahren höhere zweistellige Zuwachsraten verzeichnete, erreichte 2013 nur einen Anstieg um 0,2 %. Die größten Rückgänge innerhalb der TOP-20 sind beim Arthrosemittel Dona (D-Glucosamin hemisulfat) (-17,9 %) und beim Diarrhömittel Perenterol (Saccharomyces boulardii) (-10,8 %) feststellbar.

Neu in den TOP-20 sind das erwähnte Ferro, das Magen-Darm-Medikament Symbioflor (Escherichia coli, inaktiviert) sowie das Wadenkrampfpräparat Limptar (Chinin). Nicht mehr vertreten sind Umckaloabo (Pelargonium sidoides), Loceryl (Amorolfin) und Phlogenzym

(Bromelain), deren PKV-Umsätze um 15,9 % (Umckaloabo), 25,7 % (Loceryl) und 67,8 % (Phlogenzym) zurückgingen.

Tabelle 22:
Umsatzstärkste nicht-verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel in der PKV

Platz (Vorjahr)	Präparat	Hauptindikation	Umsatz	Änderung	
			Mio. €	relativ	Mio. €
1 (1)	TEBONIN	Demenz	9,2	-8,8 %	-0,9
2 (2)	FRESUBIN	Mangelernährung	6,3	0,2 %	0,0
3 (3)	SINUPRET	Sinusitis	4,5	7,7 %	0,4
4 (4)	KREON	Pankreasstörungen	3,7	4,3 %	0,2
5 (8)	FORTIMEL	Trinknahrung	2,6	3,5 %	0,1
6 (6)	MUTAFLOR	Durchfall, Magen-Darm-Infekt	2,5	-6,8 %	-0,2
7 (5)	ASPIRIN	Schmerzen, Herzinfarkt, Thro.	2,5	-8,5 %	-0,3
8 (7)	ISCADOR	Misteltherapie bei Karzinomen	2,3	-7,6 %	-0,2
9 (9)	GELOMYRTOL	Sinusitis	2,2	-5,4 %	-0,1
10 (10)	IBEROGAST	Magen-Darm-Infekt	2,2	-3,0 %	-0,1
11 (12)	WOBENZYM	Enzymtherapie	2,0	1,0 %	0,0
12 (13)	ORTHOMOL	Mangel an Nährstoffen	1,9	-5,2 %	-0,1
13 (15)	GINGIUM	Demenz	1,7	-5,0 %	-0,1
14 (11)	DONA	Arthrose	1,5	-17,9 %	-0,4
15 (19)	PROSTAGUTT	Harndrang	1,4	-8,0 %	-0,1
16 (18)	CRATAEGUTT	Herzschwäche	1,4	-10,4 %	-0,2
17 (17)	PERENTEROL	Diarrhö, Akne	1,4	-10,8 %	-0,2
18 (28)	FERRO	Mangel an Eisen	1,4	8,7 %	0,1
19 (21)	LIMPTAR	Wadenkrampf	1,4	-8,9 %	-0,2
20 (22)	SYMBIOFLOR	Magen-Darm-Infekt	1,4	-8,1 %	-0,1

9. Generikafähige Wirkstoffe

Nach Ablauf des Patentschutzes eines Wirkstoffes können in Konkurrenz zum Originalpräparat Nachahmerpräparate, so genannte Generika, auf den Markt gebracht werden. Sie sind typischerweise preisgünstiger als die Altoriginale.

In der GKV wurde eine Reihe von Regelungen installiert, die eine Verordnung von Generika fördern. Als wichtigstes Element ist hierbei die in § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V festgelegte „Aut-idem"-Regel zu nennen. Diese verpflichtet die Apotheken dazu, das preisgünstigste Medikament abzugeben, sofern der Arzt dies nicht explizit ausgeschlossen hat. Bei diesem Preisvergleich hat die Apotheke auch zu prüfen, inwieweit Rabattverträge zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und der Krankenkasse des Versicherten existieren. Der Arzt wiederum hat bei der Verordnung von Arzneimitteln die Arzneimittelvereinbarungen und die Richtgrößen nach § 84 SGB V zu beachten. Diese können zum Beispiel Zielquoten zur Verordnung von Generika vorsehen. Auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V muss vom Arzt berücksichtigt werden.

Die PKV-Unternehmen verfügen dagegen wegen nicht vorhandener Vertragsbeziehungen zu den Ärzten über keine Möglichkeit, auf das Verschreibungsverhalten direkt einzuwirken. Eine Steuerung ist allein über den Versicherten, nicht aber über Arzt oder die Apotheke möglich. Einige Unternehmen bieten ihren Versicherten Tarife an, die bei patentfreien Wirkstoffen eine eingeschränkte Erstattung bei Originalpräparaten vorsehen. Zudem könnten die traditionellen Steuerungsinstrumente der PKV (Selbstbeteiligungen, Beitragsrückerstattung) Versicherte veranlassen, bei der ärztlichen Verordnung nach preisgünstigen Alternativen zu fragen.

In früheren Analysen konnte gezeigt werden, dass die unterschiedlichen Rahmenbedingungen bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten zu deutlich weniger Umstellungen vom Altoriginal zu einem Generikum führen. Bei der erstmaligen Einstellung auf einen Wirkstoff erhält ein Privatpatient häufiger ein Generikum, allerdings immer noch seltener als ein GKV-Patient.[29]

29 Vgl. Wild (2012).

9.1 Umsatzstärkste generikafähige Wirkstoffe in der PKV

Der umsatzstärkste generikafähige Wirkstoff in der PKV ist erstmals Pantoprazol. Auf die Pantoprazol-Generika und dem Originalpräparat Pantozol entfielen im Jahr 2013 Ausgaben in Höhe von 36,5 Mio. €. Die Umsätze für Atorvastatin, dem umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoff des Vorjahres, sanken in Folge der gestiegenen Generikaquote auf 30,3 Mio. €.

Von den Wirkstoffen, deren Patentschutz im Jahr 2013 ablief, befindet sich nur die Zoledronsäure unter den TOP-20 der umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffen.

Tabelle 23:
Umsatzstärkste generikafähige Wirkstoffe in der PKV

Platz	Wirkstoff	Original	Mio. €	Einsparung [Mio. €]	Generikaquote	
					2013	2012
1	Pantoprazol	Pantozol	36,5	4,9	72,3 %	62,5 %
2	Atorvastatin	Sortis	30,3	16,9	56,0 %	22,9 %
3	Candesartan	Atacand	25,4	6,1	35,7 %	8,3 %
4	Clopidogrel	Plavix, Iscover	23,1	1,5	46,3 %	39,8 %
5	Esomeprazol	Nexium	19,2	1,7	40,9 %	32,8 %
6	Candesartan, HCT	Atacand Plus	17,5	2,9	29,1 %	6,3 %
7	Metoprolol	Beloc Zok	16,5	0,4	38,4 %	34,2 %
8	Diclofenac	Voltaren	15,7	0,0	21,2 %	21,7 %
9	Pramipexol	Sifrol	13,0	0,6	25,0 %	20,3 %
10	Ibuprofen	Dolmorin, u.a.	12,8	0,0	73,0 %	73,1 %
11	Valsartan, HCT	CoDiovan	11,6	1,3	34,7 %	17,6 %
12	Simvastatin	Zocor	11,3	0,0	92,6 %	92,7 %
13	Valsartan	Diovan	11,2	1,5	46,0 %	25,5 %
14	Levetiracetam	Keppra	11,0	1,2	30,1 %	17,6 %
15	Bisoprolol	Concor	10,6	0,3	59,7 %	54,4 %
16	Quetiapin	Seroquel	10,1	2,2	35,1 %	11,2 %
17	Zoledronsäure	Zometa	9,5	0,1	1,6 %	Patent
18	Tacrolimus	Prograf, Advagraf	9,4	0,0	1,3 %	1,0 %
19	Amlodipin	Norvasc	9,2	0,4	74,7 %	72,1 %
20	Tamsulosin	Alna, Omnic	8,9	0,6	78,6 %	74,2 %
TOP 20 Generika			**313,0**	**43,5**	**54,9 %**	**47,6 %**

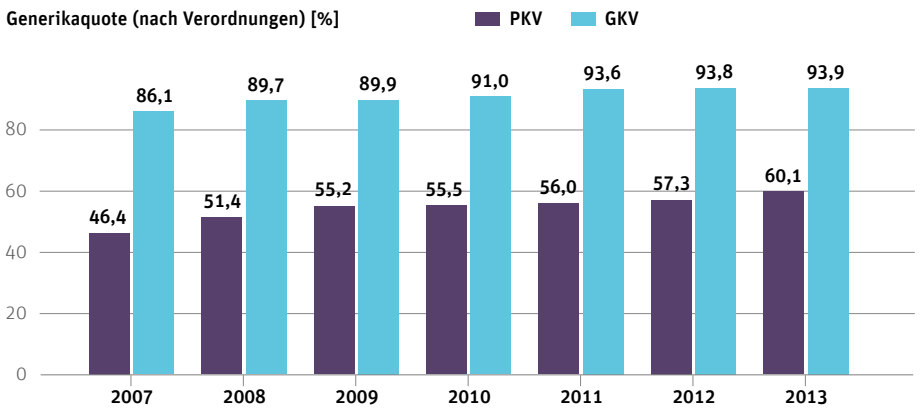
Die höchste Generikaquote unter den umsatzstärksten generisch verfügbaren Wirkstoffen weist mit 92,6 % Simvastatin auf. Gegenüber dem letzten Jahr ist hier die Generikaquote allerdings praktisch identisch geblieben, so dass keine weitere Einsparung gegenüber 2012 möglich war. Hohe Zunahmen der Generikaquoten können neben Atorvastatin vor allem bei den Sartanen (sowohl bei den Mono- als auch den Kombinationspräparaten) als auch bei Levetiracetam und Quetiapin festgestellt werden.

Den niedrigsten Wert weist mit einer Generikaquote von 1,3 % Tacrolimus auf. Tacrolimus ist auf der seit Dezember 2013 rechtsgültigen Liste des G-BA enthalten, für die bei bestimmten Darreichungsformen die Apotheke in der GKV keinen Austausch vornehmen darf.

9.2 Generikaquote für die 100 umsatzstärksten Wirkstoffe

Grundlage für die Bildung einer durchschnittlichen Generikaquote für PKV und GKV sind die 100 umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe des jeweiligen Untersuchungsjahrs in der PKV. Die folgende Abbildung verdeutlicht die auf diese Weise ermittelte Generikaquote auf dem generikafähigen Markt in den Jahren 2007 bis 2013:

Abbildung 5:
Generikaquote (nach Verordnungen) in der PKV und in der GKV



Die Generikaquote in der PKV lag im Jahr 2013 bei 60,1 %. Sie ist damit 2,8 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Dies ist die größte Zunahme der Generikaquote seit 2009. Im Jahr 2012 war die Generikaquote um 1,3 Prozentpunkte gestiegen. Als Folge der höheren Generikaquote im Vergleich zum Vorjahr konnte die PKV ihre Arzneimittelausgaben um zusätzliche 52,9 Mio. € verringern. 83 % des Einsparvolumens wurde bei den Wirkstoffen mit Patentablauf in den letzten drei Jahren (2011 bis 2013) erreicht.

Für die GKV konnte eine Generikaquote von 93,9 % berechnet werden. Dieser Wert liegt 0,1 Prozentpunkt über dem GKV-Vorjahreswert.

Die deutlich höhere Generikaquote in der GKV ist Ausdruck der unterschiedlichen Steuerungsmöglichkeiten der beiden Kostenträger (siehe Kapitel 3). Die Zunahme der Generikaquote in der PKV verdeutlicht aber auch, dass bei Privatversicherten eine zunehmend kostenbewusste Arzneimittelversorgung zu beobachten ist. Der Anstieg ist umso bemerkenswerter, wenn bedacht wird, dass die PKV-Unternehmen – im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen – nicht in die Abgabe von Arzneimitteln eingreifen können.

9.3 Wichtige Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2013

Im Jahr 2013 endete für sieben Wirkstoffe der Patentschutz.[30] Seitdem sind zu den entsprechenden Originalpräparaten Generika verfügbar. Diese sieben Wirkstoffe waren im Jahr 2013 für Arzneimittelausgaben in Höhe von 32,2 Mio. € verantwortlich. Dies ist ein vergleichsweise niedriger Betrag. Zum Vergleich: Den Wirkstoffen mit Patentablauf im Jahr 2012 sind 139,5 Mio. € zuzurechnen; den Wirkstoffen mit Patentablauf im Jahr 2011 72,2 Mio. €.

Der umsatzstärkste neu patentfrei gewordene Wirkstoff ist das Bisphosphonat Zoledronsäure. Es wird unter Handelsname Zometa in der Therapie der tumorinduzierten Hyperkalzämie und zur Prävention skelettbezogener Tumorerkrankungen eingesetzt. Unter dem Handelsnamen Aclasta ist die Zoledronsäure zur Behandlung der Osteoporose sowie bei Morbus Paget zugelassen. Zometa rangierte im Jahr 2012 in der Umsatzrangliste der PKV auf Platz 35; Aclasta auf Platz

30 Betrachtet werden Wirkstoffe mit PKV-Ausgaben von mehr als 0,5 Mio. €.

479.[31] Eine Umstellung (oder Neueinstellung) auf Generika wurde bei der Zoledronsäure im Jahr 2013 nur in sehr geringem Maße vorgenommen. Die Generikaquote lag im Jahr 2013 in der PKV nur bei 1,6 %; die realisierte Einsparung betrug nur 0,1 Mio. €.[32]

Weitere wichtige Präparate mit abgelaufenem Patentschutz im Jahr 2013 sind CoAprovel (Irbesartan, HCT), Axura (Memantin), Singulair (Montelukast) und Viagra (Sildenafil). Das letztgenannte Präparat zur Behandlung bei erektiler Dysfunktion erreicht mit 59,7 % die höchste Generikaquote der neu patentfrei gewordenen Wirkstoffe. Die hohe Generikaquote von Viagra (Sildenafil) ergibt sich vor allem aus einem deutlichen Anstieg der Verordnungszahlen von 12.500 auf 22.300 in Folge des abgelaufenen Patentschutzes. Die hohe Generikaquote ist damit weniger das Ergebnis von Umstellungen (von Original zu Generika), sondern mehr das Ergebnis von Neueinstellungen auf das Generikum. Während bei unveränderter Verordnungszahl die PKV ein rechnerisches Einsparvolumen von 0,4 Mio. € hätte erzielen können, reduziert sich das Einsparvolumen unter Berücksichtigung der höheren Verordnungszahlen auf weniger als 0,1 Mio. €. Bei den neueingestellten Patienten handelt es sich dabei zum kleineren Teil um Patienten, die vorher ein anderes (noch weiterhin patentgeschütztes) Originalpräpart (Cialis, Levitra) bei erektiler Dysfunktion erhalten hatten. Dies zeigt sich daran, dass die Verordnungszahlen von Cialis (Tadalafil) und Levitra (Vardenafil) von 2012 zu 2013 ebenfalls zunahmen (+7,7 %). Der Patentablauf von Sildenafil hat damit zu einem Wachstum des Marktes für Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion geführt.

Der abgelaufene Patentschutz von Sildenafil bezieht sich im Übrigen nur auf die Indikation „erektile Dysfunktion“ und das Präparat Viagra. Das wirkstoffgleiche Präparat Revatio, das zur Behandlung der pulmonalen Hypertonie eingesetzt wird, ist weiterhin patentgeschützt. Mit dem Patentablauf von Revatio ist voraussichtlich im Jahr 2015 zu rechnen.[33]

---

31 Die PKV-Ausgaben für Aclasta sanken von 2010 bis 2012 um etwa zwei Drittel. Ursache hierfür sind vermutlich die neuen Optionen in der Osteoporose-Therapie, die sich aus der Zulassung von Denosumab im Jahr 2010 ergeben haben.

32 Als Einsparung ist in diesem Kapitel jeweils die Einsparung aufgrund der veränderten Generikaquote gegenüber dem Vorjahr zu verstehen. Ein möglicher Anstieg der Verordnungszahlen in Folge des verringerten Preises eines Wirkstoffes bleibt außen vor.

33 Vgl. Meldung von Apotheke ad hoc vom 07.02.2013.

In der GKV erreichten Memantin und Montelukast bereits eine Generikaquote von mehr als 50 %. Sildenafil gilt für die Indikation „erektile Dysfunktion“ als Lifestyle-Präparat und ist nach § 34 SGB V in der GKV von der Versorgung ausgeschlossen.

Insgesamt erreicht die PKV bei den Wirkstoffen mit Patentablauf im Jahr 2013 eine durchschnittliche Generikaquote von 15,1 %. Für die GKV konnte bei allen Wirkstoffen eine höhere Generikaquote als in der PKV festgestellt werden. Der Durchschnittswert liegt hier bei 53,2 %.

Tabelle 24:
Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2013

Wirkstoff	Original	PKV-Ausgaben [Mio. €]	Einsparung PKV [Mio. €]	Generikaquote		Beispiel AVP (Stand: 11.07.2014)		
				PKV	GKV	Darreichungsform	Original	Generikum
Zoledronsäure	Zometa, Aclasta	9,5	1,6	1,6 %	12,7 %	4mg/4 St	1.402,89 €	572,83 €
Irbesartan, HCT	CoAprovel	7,3	0,8	0,1 %	1,6 %	150mg/98 St	84,55 €	30,02 €
Memantin	Axura	6,7	1,1	11,8 %	51,9 %	10mg/98 St	184,32 €	58,39 €
Montelukast	Singulair	6,1	<0,1	15,0 %	57,8 %	10mg/100 St	185,68 €	48,93 €
Zidovudin, Lamivudin	Combivir	1,3	0,2	5,0 %	.	60 St	668,15 €	479,78 €
Ziprasidon	Zeldox	0,7	0,7	7,5 %	36,2 %	20mg/100 St	418,77 €	177,45 €
Sildenafil	Viagra	0,7	<0,1	59,7 %	.	100mg/12 St	169,98 €	23,90 €
Insgesamt		**32,2**	**1,4**	**15,1 %**	**53,2 %**			

9.4 Wichtige Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2012

Im Jahr 2012 lief der Patentschutz einer Reihe von umsatzstarken Medikamenten ab, u.a. von Sortis (Atorvastatin), Atacand (Candesartan) und Atacand Plus (Candesartan, HCT). Im Durchschnitt liegt die Generikaquote aller Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2012 in der PKV im Untersuchungsjahr 2013 bei 31,8 %. Damit konnte die Generikaquote hier gegenüber 2012 (9,8 %) um 22,0 Prozentpunkte erhöht werden, woraus ein zusätzliches Einsparvolumen von 31,0 Mio. € resultiert. In der GKV liegt die durchschnittliche Generikaquote der hier betrachteten Wirkstoffe bereits bei 77,8 %. Gegenüber 2012 nahm sie um 12,9 Prozentpunkte zu.

Die Generikaquote von Sortis (Atorvastatin) stieg in der PKV von 22,9 % (2012) auf 56,0 % (2013). Allein dies bedeutet eine Einsparung von 16,9 Mio. €. Von den seit 2012 generisch verfügbaren Präparaten ist Sortis (Atorvastatin) in der PKV auch das mit der höchsten Generikaquote. In der GKV liegt die Generikaquote von Atorvastatin bei 98,8 %.

In der PKV nahm bei allen hier betrachteten Wirkstoffen die Generikaquote gegenüber 2012 zu. In der GKV gibt es eine Ausnahme: Bei Latanoprost sank die Generikaquote um 8,4 Prozentpunkte auf 33,8 %. Eine Ursache hierfür sind Rabattverträge von gesetzlichen Krankenkassen mit Pfizer Pharma zum Originalpräparat Xalatan.[34]

Bei allen Wirkstoffen mit Patentablauf im Jahr 2012 liegt die Generikaquote in der PKV niedriger als in der GKV. In der GKV liegt die Generikaquote bei vier Wirkstoffen bei über 80 % und bei sieben Wirkstoffen bei über 60 %. In der PKV erreicht nur Atorvastatin eine Generikaquote von mehr als 50 %.

34 Vgl. ProGenerika (2012).

Tabelle 25:
Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2012

Wirkstoff	Original	PKV-Aus-gaben [Mio.€] 2013	Einspa-rung PKV [Mio.€] 2013	Generikaquote [%]				Beispiel AVP (Stand: 11.07.2014)		
				PKV		GKV		Darreichungs-form	Origi-nal [€]	Generi-kum [€]
				2013	2012	2013	2012			
Atorvastatin	Sortis	30,3	16,9	56,0	22,9	98,8	92,2	10 mg/100 St	108,68	13,76
Candesartan	Atacand	25,4	6,1	35,7	8,3	86,1	49,2	16 mg/98 St	93,83	21,57
Candesartan, HCT	Atacand Plus	17,5	2,9	29,1	14,9	65,8	45,7	12 mg/98 St	86,76	24,93
Quetiapin	Seroquel	10,1	2,2	35,1	12,7	50,8	44,4	100 mg/100 St	189,53	27,13
Latanoprost	Xalatan	6,4	0,4	13,6	6,6	33,8	42,2	6 x 2,5	124,40	67,88
Irbesartan	Aprovel	5,9	0,5	13,6	6,8	62,0	11,0	150 mg/98 St	86,95	27,92
Desloratadin	Aerius	4,7	0,1	5,5	4,4	48,8	36,8	5 mg/100 St	74,85	36,27
Rivastigmin	Exelon	4,2	0,3	9,9	3,9	44,0	15,0	9,5 mg/84 St	322,16	194,98
Donepezil	Aricept	3,8	1,4	35,9	4,9	95,1	70,1	10 mg/98 St	402,49	37,52
Galantamin	Reminyl	2,2	0,2	30,2	15,2	89,5	72,8	24 mg/28 St	143,76	61,63
Zolmitriptan	Ascotop, Zomig	2,2	0,1	8,8	2,5	53,5	32,1	5 mg/6 St	55,10	20,03
Tolterodin	Detrusitol	1,4	<0,1	5,3	1,6	32,7	6,0	2 mg/100 St	84,42	47,68
Riluzol	Rilutek	1,0	<0,1	19,1	1,3	48,8	7,9	50 mg/46 St	480,65	124,95
Rabeprazol	Pariet	0,8	<0,1	7,5	1,0	.	.	20 mg/98 St	76,34	27,77
Modafinil	Vigil	0,7	<0,1	9,2	0,8	.	.	100 mg/100 St	276,50	244,89
Raloxifen	Evista, Optruma	0,5	<0,1	2,5	0,7	16,4	9,5	60 mg/84 St	142,79	100,14
Lamivudin	Zeffix, Epivir	0,5	<0,1	3,5	0,6	.	.	10 mg/84 St	347,94	263,70
Desogestrel	Cerazette	0,4	<0,1	16,4	0,4	45,4	12,9	6x28 St	62,86	27,39
Ketorolac	Acular	0,4	<0,1	16,2	0,4	50,4	39,6	5 ml	25,59	18,43
Naratriptan	Naramig	0,3	<0,1	10,0	0,3	69,9	43,8	4 St	21,53	6,87
Insgesamt		**126,0**	**31,8 %**	**9,8**	**31,0**	**77,8**	**64,9**			

9.5 Wichtige Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2011

Schließlich sollen an dieser Stelle auch die Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2011 näher betrachtet werden. Für diese Wirkstoffe kann die Entwicklung der Generikaquote in der PKV über drei Jahre (2011 bis 2013) verfolgt werden.

Der umsatzstärkste Wirkstoff dieser Gruppe ist in der PKV Pramipexol (Original: Sifrol). Bei Pramipexol erreichte die Generikaquote im Jahr 2013 einen Wert von 25,0 %, nachdem sie in den Jahren zuvor noch bei 20,3 % bzw. 9,2 % lag. In der GKV liegt die Generikaquote hier im Jahr 2013 bei 79,4 %; im Jahr des Patentablaufs lag die Generikaquote von Pramipexol bereits bei 60,7 %.

Bis auf Buprenorphin[35] liegt die Generikaquote in der GKV bei allen Wirkstoffen mit Patentablauf im Jahr 2011 bei mehr als 79 %. In der PKV erreicht Olanzapin mit einer Generikaquote von 52,2 % den höchsten Wert.

Im Durchschnitt wurde bei den Wirkstoffen mit Patentablauf im Jahr 2011 in der PKV eine Generikaquote von 40,2 % erreicht. Dies ist eine Steigerung gegenüber 2012 (26,6 %) bzw. 2011 (1,9 %). Gegenüber 2012 liegt die erzielte Einsparung bei den hier betrachteten Wirkstoffen durch den Anstieg der Generikaquote von 2012 zu 2013 bei 12,0 Mio. €. In der GKV liegt die durchschnittliche Generikaquote dieser Wirkstoffe bei 84,1 %.

Die Preisunterschiede zwischen Original und Generika sind auch mehr als zwei Jahre nach Ablauf des Patentschutzes unverändert hoch.

35 Bei Buprenorphin handelt es sich um ein Opiat, das sowohl als Sublingualtablette als auch in einer transdermalen Applikationsform verfügbar ist. Eine Substitution auf ein Generikum ist bei Opiaten und hierbei vor allem bei transdermaler Applikationsformen oft aufgrund pharmazeutischer Bedenken abzulehnen.

Tabelle 26:
Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2011

Wirkstoff	Original	PKV-Ausgaben [Mio.€] 2013	Einsparung PKV [Mio.€] 2013	Generikaquote [%]						Beispiel AVP (Stand: 11.07.2014)		
				PKV			GKV			PKV	Original [€]	Generikum [€]
				2013	2012	2011	2013	2012	2011			
Pramipexol	Sifrol	13,0	3,7	25,0	20,3	9,2	79,4	74,2	60,7	0,7 mg/100 St	498,07	61,53
Valsartan, HCT	CoDiovan	11,6	<0,1	34,7	17,6	0,5	89,1	80,4	8,1	160 mg/98 St	96,84	25,64
Valsartan	Diovan	11,2	<0,1	46,0	25,5	1,0	92,4	84,8	9,6	320 mg/98 St	120,99	31,30
Levetiracetam	Keppra	11,0	<0,1	30,1	17,6	3,4	83,1	66,7	28,0	100 mg/100 St	375,86	69,29
Letrozol	Femara	4,4	0,5	45,8	31,2	3,8	90,8	83,9	26,1	2,5 mg/100 St	589,32	71,41
Olanzapin	Zyprexa	3,4	<0,1	52,2	38,9	2,4	89,0	75,2	11,5	20 mg/35 St	496,40	55,05
Anastrozol	Arimidex	3,3	<0,1	46,9	37,0	14,2	93,2	90,0	32,4	100 St	592,05	60,92
Buprenorphin	Subutex, Transtec	2,4	<0,1	3,5	3,2	1,6	20,3	20,5	16,8	2 mg/28 St	40,26	32,52
Exemestan	Aromasin	2,3	<0,1	45,6	31,8	3,8	90,8	83,3	25,7	100 St	615,16	103,16
Levofloxacin	Tavanic	1,8	<0,1	50,7	34,6	4,7	91,2	81,8	34,0	500 mg/10 St	25,73	15,01
Insgesamt		**126,0**	**31,8 %**	**9,8**	**31,0**	**31,0**	**77,8**	**64,9**	**64,9**			

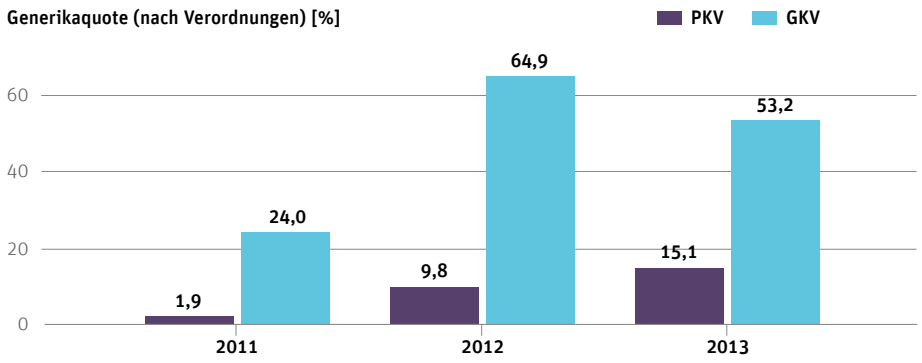
9.6. Umstellung/Neueinstellung auf Generika im ersten Jahr

Im Durchschnitt konnte die PKV bei allen Wirkstoffen, bei denen im Jahr 2013 der Patentschutz ablief, eine Generikaquote von 15,1 % erreichen. In den beiden Jahren zuvor war die Generikaquote bei den neu patentfrei gewordenen Wirkstoffen im Durchschnitt niedriger. Im Jahr 2012 lag die Generikaquote für die erstmals generisch verfügbaren Wirkstoffe bei durchschnittlich 9,8 %, im Jahr 2011 betrug die Generikaquote bei den 2011 patentfrei gewordenen Präparaten 1,9 %. Aus diesen Zahlen kann ein Trend zu einer schnelleren Umstellung bzw. Neueinstellung von Privatversicherten auf Generika abgelesen werden.

Im Vergleich zur GKV wird aber deutlich, dass diese Entwicklung auf einem niedrigen Niveau zu beobachten ist. Nach wie vor werden GKV-Versicherte nach Ablauf des Patentschutzes in deutlich größerem Maße auf Generika umgestellt. Die Generikaquote der im Jahr 2013 patentfrei gewordenen Wirkstoffe lag in der GKV im Jahr des Patentablaufes bereits bei durchschnittlich 53,2 % und damit 38,1 Prozentpunkte höher als in der PKV.

Dies verdeutlicht die folgende Abbildung:

Abbildung 6:
Generikaquote bei den im jeweiligen Beobachtungsjahr patentfrei gewordenen Wirkstoffen



10. Neue Medikamente

10.1 Neue Medikamente des Jahrgangs 2013

Von 14 Arzneimitteln, die im Jahr 2013 zugelassen wurden, liegen PKV-Verordnungsdaten vor. Insgesamt gab die PKV für die neuen Wirkstoffe des 2013er Jahrgangs 5,0 Mio. € aus. Ohne gesetzlichen Herstellerrabatt lägen die Ausgaben 0,4 Mio. € höher. Der durchschnittliche Verordnungspreis liegt bei 1.654 € und damit deutlich höher als bei den Wirkstoffen des 2012er (573 €) und des 2011er Jahrgangs (907 €).[36] Alle verschreibungspflichtigen Medikamente kosten im Durchschnitt sogar nur 61 €. Dies verdeutlicht, inwieweit die neuen Präparate zu einer Verteuerung der Versorgung führen.

Bei der Interpretation der Umsatz- und Verordnungszahlen in der folgenden Tabelle gilt es zu beachten, dass die verschiedenen Medikamente nur bedingt vergleichbar sind, da der Zeitpunkt des Marktzugangs im Jahr 2013 variiert. Der angegebene Preis ist als der durchschnittliche Preis einer Verordnung zu verstehen. Um die Bedeutung des entsprechenden Medikamentes in der PKV im Vergleich zur GKV darzustellen, wird in der folgenden Tabelle auch der PKV-Marktanteil (nach Umsatz) angegeben.[37] Der aufgeführte Zusatznutzen entspricht der höchsten G-BA-Bewertung im Rahmen des AMNOG-Prozesses bei einer Teilindikation/Patientengruppe zum Stand Dezember 2013. Ein Wirkstoff kann zum Beispiel bei Zulassungserweiterung oder neuer Studienlage einer erneuten Nutzenbewertung unterzogen werden.

36 Für die Berechnung des durchschnittlichen Preises je Verordnung werden die einzelnen Präparate nach ihrer Verordnungszahl gewichtet.

37 Die für die Berechnung des Marktanteils notwendigen GKV-Daten sind dem AVR 2014, Kapitel 3, entnommen. Vgl. Schwabe, Paffrath (2014).

Tabelle 27:
Neue Medikamente des Jahrgangs 2013

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Mio. €	Ø Preis je Vero. [€]	Monat der Zulassung	Zusatznutzen	MA PKV [%]
1	XTANDI (Enzalutamid)	Prostatakarzinom	1,6	4.020	Sep	beträchtlich	21,0
2	STRIBILD (Elvitegravir-Komb)	HIV-Infektion	1,2	2.183	Juni	kein	17,1
3	STIVARGA (Regorafenib)	Kolorektales Karzinom	0,5	5.303	Okt	gering	12,1
4	AUBAGIO (Teriflunomid)	Multiple Sklerose	0,4	2.015	Okt	kein	7,9
5	JETREA (Ocriplasmin)	Vitreomakuläre Traktion	0,3	3.338	Mai	beträchtlich	55,5
6	TAFINLAR (Dabrafenib)	Melanom	0,3	7.243	Okt	kein	18,8
7	LYXUMIA (Lixisenatid)	Diabetes mellitus	0,2	148	Mär	kein	9,2
8	ICLUSIG (Ponatinib)	Leukämie	0,1	6.398	Aug	nicht quant	14,3
9	ERIVEDGE (Vismodegib)	Basalzellkarzinom	0,1	7.944	Aug	gering	9,4
10	BOSULIF (Bosutinib)	Leukämie	0,1	3.138	Mai	nicht quant	12,7
11	PERJETA (Pertuzumab)	Mammakarzinom	0,1	3.372	Apr	beträchtlich	20,1
12	LONQUEX (Lipefilgrastim)	Neutropenie	<0,1	1.445	Sep	Ohne Bew.	k. A.
13	GIOTRIF (Afatinib)	Lungenkarzinom	<0,1	2.817	Nov	beträchtlich	k. A.
14	BEXSERO (Mening-Impf.)	Meningokokken-Impfst.	<0,1	86	Nov	Ohne Bew.	k. A.
Alle Medikamente Jahrgang 2013			**5,0**	**1654**			**15,7**

Das umsatzstärkste neue Medikament des 2013er Jahrgangs ist Xtandi (Enzalutamid). Es wird zur Behandlung des metastierenden kastrationsresistenten Prostatakarzinoms verordnet und ist deshalb als Konkurrenzprodukt zu Zytiga (Abirateron) zu sehen. Beiden Präparaten wurde vom G-BA für bestimmte Patientengruppen ein beträchtlicher Zusatznutzen bescheinigt; auch die Jahrestherapiekosten sind mit etwas über 57.000 € fast identisch.[38] Im Zeitraum von September 2013 bis Dezember 2013 lagen die PKV-Ausgaben für Xtandi (Enzalutamid) bei 1,6 Mio. €. Der PKV-Marktanteil beträgt 21,0 %. Er liegt damit deutlich über dem PKV-Versichertenanteil (11,3 %).

Auf Rang zwei ist mit Stribild (Elvitegravir-Kombination) ein neues HIV-Medikament platziert. Es handelt sich hierbei um eine Fixkom-

38 Vgl. G-BA (2014a).

bination aus vier Wirkstoffen, den beiden bekannten Revertase-Inhibitoren Emtricitabin und Tenofovir sowie den neuen Wirkstoffen Cobicistat und Elvitegravir. Elvitegravir ist wie das bereits in Isentress verfügbare Raltegravir ein HIV-Integraseinhibitor. Cobicistat wirkt als Booster für Elvitegravir, besitzt selbst aber keine antivirale Wirkung. Stribild ermöglicht erstmals eine Integraseinhibitor-basierte Behandlung mit nur einer Tablette am Tag. Im zweiten Halbjahr des Jahres 2013 verursachte Stribild PKV-Ausgaben in Höhe von 1,2 Mio. €. Auch hier erhalten Privatversicherte dieses Medikament anteilig etwas häufiger als GKV-Versicherte; der PKV-Marktanteil liegt bei 17,1 %.

Auf Platz drei befindet sich Stivarga (Regorafenib), das zur Behandlung des metastierenden Kolorektalkarzinoms verordnet wird. Der G-BA attestiert Stivarga (Regorafenib) im Vergleich zu „Best supportive Care“ einen geringen Zusatznutzen. Die Gesamtüberlebenszeit kann durch Stivarga (Regorafenib) um etwa 45 Tage verlängert werden. Die Jahrestherapiekosten liegen bei knapp 69.000 €.[39] Die PKV-Ausgaben für dieses Präparat von Oktober 2013 bis Dezember 2013 lagen bei 0,5 Mio. € und der PKV-Marktanteil bei 12,1 %.

Von besonderem Interesse ist auch das neue Multiple Sklerose Medikament Aubagio (Teriflunomid). Es ist das erste oral verfügbare MS-Medikament, das in der Basistherapie bei schubförmig-remittierenden Verlauf verordnet werden kann.[40] Die Therapiekosten liegen etwa ein Drittel höher als bei den etablierten zu injizierenden Interferonpräparaten.[41]

Vergleichsweise geringe PKV-Ausgaben verursachte bislang das neue Brustkrebsmedikament Perjeta (Pertuzumab). Perjeta (Pertuzumab) wurde vom G-BA ein beträchtlicher Zusatznutzen bescheinigt. Es kann bei bestimmten Formen des metastierenden Brustkrebses die Überlebenszeit im Vergleich zur Behandlung mit Herceptin (Trastuzumab) um ein halbes Jahr verlängern.[42] Etwa ein Fünftel des Umsatzes von Perjeta (Pertuzumab) in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland entfällt auf Privatversicherte.

39 Vgl. G-BA (2014b).

40 Im Jahr 2014 wurde mit Tecfidera (Dimethylfumarat) ein weiteres oral verfügbares Präparat in der MS-Basistherapie zugelassen.

41 Vgl. Wild (2014).

42 Vgl. G-BA (2013a).

Den höchsten Marktanteil bei Privatversicherten mit 55,5 % verzeichnet das Augenmedikament Jetrea (Ocriplasmin). Es wird zur Behandlung der altersbedingten fortschreitenden vitreomakulären Traktion verordnet. Hierbei handelt es sich um eine unvollständige partielle hintere Glaskörperabhebung, die zu einem Loch in der Netzhaut (Makulaloch) und damit zu einer Netzhautablösung mit deutlicher Visusminderung führen kann. Um die Krankheit zu diagnostizieren und den Verlauf zu beobachten, steht seit einigen Jahren die hochauflösende optische Kohärenz-Tomographie (HD-OHC) zur Verfügung. Die Untersuchung mit der HD-OHC gehört in der GKV aber nicht zum Leistungskatalog, sondern wird als individuelle Gesundheitsleistung (IGEL-Leistung) angeboten. Privatversicherte erhalten die Kosten einer entsprechenden Diagnostik dagegen bei entsprechender Indikation im Rahmen ihres Versicherungstarifes erstattet. Aus diesem unterschiedlichen Zugang erwächst der deutlich höhere Marktanteil von Jetrea (Ocriplasmin) bei Privatversicherten. Der G-BA bescheinigte diesem Medikament bei Patienten mit leichter Symptomatik einen beträchtlichen Zusatznutzen im Verhältnis zur Vergleichstherapie (beobachtendes Abwarten). Bei schwerer Symptomatik und einem progredienten Verlauf konnte kein Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie (Operation am Glaskörper [Parsplana-Vitrektomie]) festgestellt werden.[43]

Im Durchschnitt über alle neuen Medikamente des 2013er Jahrgangs liegt der PKV-Marktanteil (nach Umsatz) bei 15,7 %. Da dieser Wert über dem PKV-Versichertenanteil (11,3 %) liegt, kann dies als eine deutliches Indiz für einen schnelleren Zugang zu neuen Medikamenten bei PKV-Versicherten gewertet werden.

43 Vgl. G-BA (2013b).

10.2 Neue Medikamente des Jahrgangs 2012

Das umsatzstärkste Medikament des 2012er Jahrgangs ist Eylea (Aflibercept). Eylea ist zur Behandlung der altersbedingten feuchten Makuladegeneration (AMD) zugelassen und als Konkurrenzprodukt zu Lucentis (Ranibizumab) zu sehen. Beide Präparate sind zum gleichen Apothekenverkaufspreis auf dem Markt. Die PKV-Ausgaben für Eylea (Aflibercept) lagen im Jahr 2013 bei 7,7 Mio. €. Dies bedeutet Platz 38 in der Umsatzrangliste über alle Medikamente. Mehr als ein Drittel der Arzneimittelausgaben in Deutschland (36,4 %) für Eyela (Aflibercept) entfällt auf Privatversicherte.

Auf Platz zwei mit Ausgaben in Höhe von 4,1 Mio. € (PKV-Marktanteil: 13,9 %) befindet sich das Medikament Jakavi (Ruxolitinib), das zur Behandlung der seltenen Leukämie-Form Myelofibrose verordnet wird. Platz drei wird von Eviplera, einem Dreifachkombinationspräparat der Wirkstoffe Rilpivirin, Emtricitabin und Tenofovir zur Behandlung von HIV belegt (PKV-Marktanteil: 15,2 %).

Zu erwähnen sind des Weiteren das Hautkrebsmedikament Zelboraf (Vemurafenib), das bei metastierendem Melanom die Gesamtüberlebenszeit signifikant um 1,5 Monate erhöht und dem der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen attestierte sowie das Präparat Kalydeco (Ivacaftor), das erstmals eine ursächliche Therapieoption bei Mukoviszidose-Patienten eines speziellen Genotyps bietet. Die PKV-Ausgaben für Zelboraf (Vemurafenib) lagen im Jahr 2012 bei 1,6 Mio. € und bei Kalydeco (Ivacaftor) bei 1,1 Mio. €. Das Vergleichsmedikament zu Zelboraf (Vemurafenib) Dacarbazin kostet nur 5 % des Preises von Zelboraf. Beide Medikamente spielen anteilig in der PKV eine etwas geringere Rolle als in der GKV (Marktanteile: 8,8 % bzw. 7,9 %).

Für Diskussionen in den Medien sorgte das Diabetes mellitus Präparat Forxiga (Dapagliflozin). Der G-BA hatte diesem Medikament keinen Zusatznutzen attestiert, im Rahmen der Erstattungspreisverhandlungen stellte der Hersteller AstraZeneca den Vertrieb des Produktes ein. Es wurden nur noch die bereits im Handel befindlichen Präparate abverkauft. Nach einer Einigung mit dem GKV-Spitzenverband wurde der Vertrieb Ende Februar 2014 nach etwas mehr als zwei Monaten wieder aufgenommen. Die PKV-Ausgaben für Forxiga lagen im Jahr 2013 bei 1,2 Mio. € (Marktanteil: 13,3 %).

Insgesamt lagen die PKV-Ausgaben für die neuen Medikamente des Jahrgangs 2012 bei 22,2 Mio. €. Der durchschnittliche PKV-Marktanteil beträgt 15,4 % und liegt damit über dem Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung (11,3 %).

Tabelle 28:
Neue Medikamente des Jahrgangs 2012 im Jahr 2013

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Mio. €	Ø Preis je Vero. [€]	Zusatz-nutzen	MA PKV [%]
1	EYLEA (Aflibercept)	Makuladegeneration	7,7	1.068	gering	36,4
2	JAKAVI (Ruxolitinib)	Leukämie	4,1	3.230	gering	13,9
3	EVIPLERA (Tenofovir-Komb.)	HIV	3,0	2.046	gering	15,2
4	ZELBORAF (Vemurafenib)	Melanom	1,6	1.713	beträchtlich	8,8
5	FORXIGA (Dapagliflozin)	Diabetes mellitus	1,2	138	kein	13,3
6	INLYTA (Axitinib)	Nierenzellkarzinom	1,1	3.668	gering	11,6
7	KALYDECO (Ivacaftor)	Mukoviszidose	1,1	21.127	beträchtlich	7,9
8	XALKORI (Crizotinib)	Lungenkarzinom	0,6	6.334	beträchtlich	12,6
9	EDARBI (Azilsartan)	Hypertonie	0,5	86	kein	19,4
10	BRETARIS (Aclidinium)	COPD	0,4	80	kein	6,2
11	FYCOMPA (Perampanel)	Epilepsie	0,3	295	kein	5,2
12	CAPRELSA (Vandetanib)	Schilddrüsenkarzinom	0,3	4.685	Gering	12,9
13	ZOELY (Nomegestrol, Estradiol)	Kontrazeptivum	0,1	31	ohne Bew.	15,2
14	TIANEURAX (Tianeptin)	Depression	0,1	47	ohne Bew.	8,7
15	SIGNIFOR (Pasireotid)	Morbus Cushing	0,1	2.025	gering	7,5
16	EDURANT (Rilpivirin)	HIV	0,1	397	gering	15,7
17	DACOGEN (Decitabin)	Leukämie	<0,1	1.503	gering	15,6
18	ADCETRIS (Brentuximab)	Hodgkin-Lymphom	<0,1	4.103	Nicht quant	18,2
Alle			**22,2**	**573**		**15,4**

10.3 Neue Medikamente des Jahrgangs 2011

Im Jahr 2013 lagen die PKV-Ausgaben der Medikamente des 2011er Jahrgangs bei 43,3 Mio. €. Gegenüber 2012 nahmen die Ausgaben dieser neuen Präparate damit um 26,2 % zu. Der PKV-Marktanteil liegt bei diesen Medikamenten im Durchschnitt bei 13,4 %.

Das umsatzstärkste Medikament des 2011er Jahrgangs ist Zytiga (Abirateron), das mittlerweile mit Ausgaben in Höhe von 23,2 Mio. € bereits auf Rang vier der umsatzstärksten Medikamente in der PKV zu finden ist. Dahinter folgen Gilenya (Fingolimod) und Brilique (Ticagrelor).

Die größte prozentuale Zunahme der PKV-Ausgaben gegenüber 2012 verzeichnet das neue orale Antikoagulanzium Eliquis (Apixaban). Mit Ausgaben in Höhe von 1,5 Mio. € liegt es aber nach Umsätzen weiter deutlich hinter den vergleichbaren Präparaten Xarelto (Rivaroxaban) (27,2 Mio. €) und Pradaxa (Dabigatran) (9,7 Mio. €). Die hohe Zuwachsrate von 2012 zu 2013 bei Eliquis (Apixaban) ist der Tatsache geschuldet, dass auch dieses Präparat – wie auch die beiden anderen neuen oralen Antikoagulanzien – zunächst nur zur Prophylaxe venöser Thromboembolien nach geplanten Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen zugelassen war und erst im November 2012 eine Indikationserweiterung auf die Schlaganfallprophylaxe erfuhr. Für 2014 sind weitere hohe Umsatzsteigerungen von Eliquis (Apixaban) zu erwarten. Der G-BA attestierte diesem Präparat einen geringen Zusatznutzen gegenüber Vitamin-K-Antagonisten für alle Patienten in der Schlaganfallprophylaxe mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern.[44] Der PKV-Marktanteil von Eliquis (Apixaban) liegt bei 15,5 %.

Bemerkenswert in der folgenden Tabelle sind darüber hinaus die hohen rückläufigen Umsätze der beiden Hepatitis C-Medikamente Incivo (Telaprevir) (-63,8 %) und Victrelis (Boceprevir) (-49,4 %). Hintergrund hierfür ist vermutlich ein Zurückhalten einer entsprechenden Therapie, da mit Sovaldi (Sofosbuvir) im Jahr 2014 die Markteinführung eines wirksameren Medikamentes erwartet wurde. Die PKV-Marktanteile liegen bei diesen beiden Präparaten auf vergleichsweise niedrigen Werten (4,5 % bzw. 4,3 %).

44 Vgl. G-BA (2013c).

Tabelle 29:
Neue Medikamente des Jahrgangs 2011 im Jahr 2013

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Mio. €	rel. Δ	Zusatz-nutzen	MA PKV [%]
1	ZYTIGA (Abirateron)	Prostatakrebs	23,2	59,4 %	beträchtlich	18,3
2	GILENYA (Fingolimod)	Multiple Sklerose	6,6	23,6 %	gering	8,8
3	BRILIQUE (Ticagrelor)	Thrombose	2,4	79,3 %	beträchtlich	11,0
4	ESBRIET (Pirfenidon)	Lungenfibrose	2,3	55,0 %	nicht quan	17,0
5	FAMPYRA (Fampridin)	Multiple Sklerose	1,9	-37,1 %	kein	9,4
6	ELIQUIS (Apixaban)	Thrombose	1,5	1.550,3 %	gering	15,5
7	INCIVO (Telaprevir)	Hepatitis C	1,2	-63,8 %	nicht quant	4,5
8	VYNDAQEL (Tafamidis)	TTR-FAP	1,0	21,3 %	gering	24,1
9	YERVOY (Ipilimumab)	Melanom	0,8	21,0 %	beträchtlich	29,3
10	VICTRELIS (Boceprevir)	Hepatitis C	0,4	-49,4 %	nicht quant	4,3
11	SATIVEX (Nabiximols)	Multiple Sklerose	0,3	-34,6 %	gering	7,9
12	JEVTANA (Cabazitaxel)	Prostatakrebs	0,2	63,0 %	gering	39,5
13	HALAVEN (Eribulin)	Brustkrebs	0,1	76,3 %	gering	57,0
14	BENLYSTA (Belimumab)	Lupus Erythem.	0,1	129,3 %	beträchtlich	4,8
15	YELLOX (Bromfenac)	Postop. Augenentzünd.	0,1	-49,8 %	kein	38,3
16	ATTENTIN (Dexamfetamin)	ADHS	0,1	98,8 %	ohne Bew.	k. A.
17	NULOJIX (Belatacept)	Nierentransplantation	<0,1	60,5 %	gering	3,4
18	LIVAZO (Pitavastatin)	Hypercholesterinämie	<0,1	-33,3 %	kein	96,6
19	RAPISCAN (Regadenoson)	Diagnostikum	<0,1	425,4 %	kein	6,9
Alle			**43,3**	**26,2 %**		**13,4**

10.4 Innovationen in der PKV unter Berücksichtigung der frühen Nutzenbewertung

Seit dem Inkrafttreten des „Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes“ (AMNOG) zum 1. Januar 2011 bis zum Ende des Jahres 2013 wurden insgesamt 75 neue Wirkstoffe einer Nutzenbewertung unterzogen. Für die bewerteten Wirkstoffe wurden entweder Erstattungsbeiträge festgesetzt oder es erfolgte eine Eingruppierung in eine Festbetragsgruppe. Bei elf der in diesem Zeitraum neu eingeführten Medikamente reagierten die jeweiligen pharmazeutischen Hersteller nach der Nutzenbewertung mit einem Vertriebsstopp.

Die im Rahmen von AMNOG vereinbarten Erstattungsbeträge gelten für PKV und GKV gleichermaßen. In der Verordnungspraxis können die neuen Medikamente eine unterschiedliche Bedeutung bei den beiden Kostenträgern aufweisen. Die vielfältigen Steuerungsinstrumente in der GKV (siehe Kapitel 3) kommen auch bei den neuen Medikamenten zur Anwendung.[45] Vor allem bei teureren Medikamenten ist damit zu rechnen, dass der Arzt abwartend verordnet, da er erst nach Abschluss des AMNOG-Verfahrens beurteilen kann, welchen finanziellen Auswirkungen die Einstellung oder Umstellung eines Patienten mit sich bringt. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass die Umsätze von neuen Medikamenten in der GKV anfangs langsamer zunehmen als in der PKV.

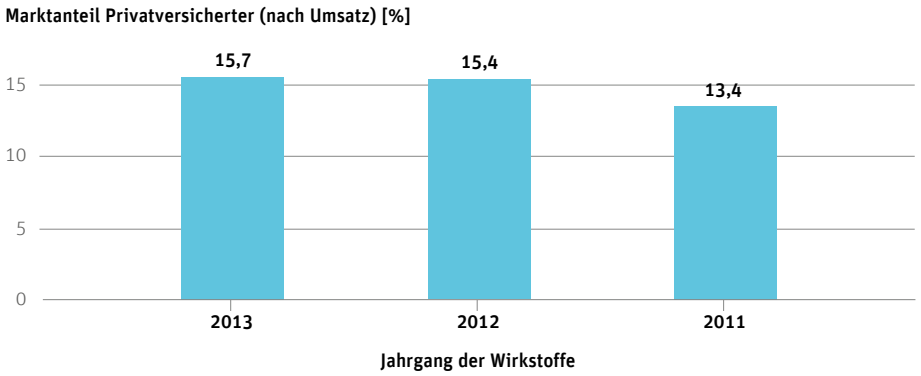
Den verschiedenen Thesen zur unterschiedlichen Verordnungspraxis in GKV und PKV bei den neuen Medikamenten wird im Folgenden empirisch nachgegangen. Grundlage der Analyse sind jeweils die Marktanteile (nach Umsatz) der Privatversicherten am Gesamtmarkt PKV und GKV. Es gilt zu beachten, dass die PKV-GKV-Unterschiede nicht ausschließlich den unterschiedlichen Steuerungsinstrumenten zuzurechnen sind. PKV und GKV unterscheiden sich auch in der sozioökonomischen Struktur ihrer Versicherten. Darüber hinaus und teilweise im Zusammenhang mit der sozioökonomischen Struktur kann sich die Prävalenz einzelner Krankheiten zwischen den beiden Versichertengruppen unterscheiden.

In einer ersten Analyse wird der Marktanteil (nach Umsatz) der Privatversicherten nach dem Jahrgang der Wirkstoffe betrachtet. Von den gesamten Ausgaben im Gesamtmarkt PKV und GKV für Medi-

45 Eine Ausnahme kann sich dann ergeben, wenn ein Medikament als Praxisbesonderheit anerkannt wurde. Bislang betrifft dies aber nur vier Medikamente (siehe Kapitel 3).

kamente, die im Jahr 2013 auf dem deutschen Markt zugelassen wurden, entfallen 15,7 % auf Privatversicherte. Damit liegt der PKV-Marktanteil höher als der Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung (11,3 %). Auch bei den Arzneimitteln des Jahrgangs 2012 (PKV-Marktanteil 15,4 %) und beim 2011er Jahrgang (13,4 %) erhalten Privatversicherte anteilig häufiger das entsprechende Präparat (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7:
Marktanteil (nach Umsatz) von Privatversicherten nach Jahrgang der Wirkstoffe



Die Analyse ist ein Indiz dafür, dass Privatversicherte anteilig etwas häufiger neue Medikamente erhalten. Dass der PKV-Marktanteil mit zunehmenden Alter der Medikamente leicht zurückgeht, kann ebenfalls als Indiz dafür gesehen werden, dass GKV-Versicherte mit zeitlichem Rückstand auf neue Präparate umgestellt/eingestellt werden.[46]

Die Nutzenbewertung im Rahmen des AMNOG erbrachte zwischen den Wirkstoffen Unterschiede im Ausmaß des Zusatznutzens. In Abhängigkeit von der Teilindikation bzw. Patientengruppe kann sich der zugesprochene Zusatznutzen auch innerhalb eines Wirkstoffes unterscheiden.

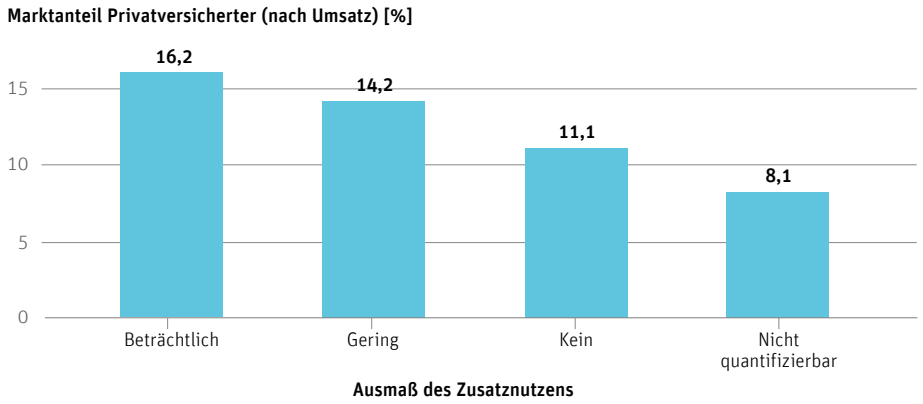
46 Leider liegen zu den meisten neuen Präparaten der Jahrgänge 2012 und 2011 keine GKV-Daten aus den Vorjahren (2012 bzw. 2011) vor, so dass eine Zeitreihenanalyse zur Marktdurchdringung nicht möglich. Viele neuen Präparate zählen nicht zu den 3000 verordnungshäufigsten Medikamenten, zu denen der AVR Umsatz und Verordnungszahlen veröffentlichte. Für das Berichtsjahr 2013 nahm der AVR eine Sonderauswertung für alle AMNOG-Medikamente vor.

Zum Ende des Jahres 2013 wurde 13 Wirkstoffen in mindestens einer Teilindikation/Patientengruppe ein beträchtlicher, 22 Wirkstoffen ein geringer und 6 Wirkstoffen ein nicht zu quantifizierender Zusatznutzen zugesprochen. Bei 26 Wirkstoffen konnte der pharmazeutische Hersteller den Zusatznutzen nicht belegen.[47] Die höchste Bewertungskategorie („erheblicher Zusatznutzen") ist bislang noch nicht vergeben worden.

In der folgenden Analyse erfolgt eine Stratifizierung der nach dem AMNOG bewerteten Wirkstoffe nach Ausmaß des zugesprochenen Zusatznutzens. Bei abweichender Bewertung nach Teilindikation oder Patientengruppe wurde für jeden Wirkstoff jeweils die höchste Bewertungsstufe herangezogen.

Bei den Medikamenten mit beträchtlichem Zusatznutzen kann ein PKV-Marktanteil (nach Umsatz) in Höhe von 16,2 % und bei denen mit geringem Zusatznutzen von 14,2 % berechnet werden. Bei den Wirkstoffen ohne belegten Zusatznutzen und bei denen mit nicht quantifizierbaren Zusatznutzen ist dagegen mit 11,1 % bzw. 8,1 % ein deutlich niedrigerer Umsatzanteil festzustellen.

Abbildung 8:
Marktanteil (nach Umsatz) von Privatversicherten nach Ausmaß des Zusatznutzens



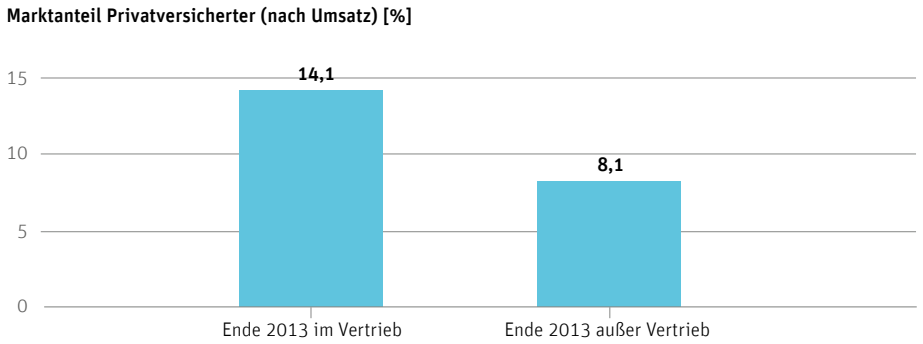
47 Vgl. Schwabe, Paffrath (2014), S. 162-163. Eine Übersicht und genaue Darstellung ist den amtlichen Publikationen des G-BA, die auch auf deren Internetseite veröffentlicht werden, zu entnehmen.

Der höhere Marktanteil der Privatversicherten bei neueren Medikamenten zeigt sich damit in besonders hohem Maße bei den Wirkstoffen, bei denen ein höherer Innovationsgrad belegt ist. Bei Medikamenten, deren Nutzenvorteil nicht nachgewiesen werden konnte, und die deshalb – wenn möglich – in eine Festbetragsgruppe eingeordnet werden, entspricht die Verordnungspraxis im Durchschnitt der in der GKV. Der niedrige PKV-Marktanteil bei nicht quantifizierbaren Wirkstoffen ist vor allem eine Folge niedrigen PKV-Ausgaben für die beiden Hepatitis C-Medikamente Incivo (Telaprevir) und Victrelis (Boceprevir).

Von den neuen Medikamenten, die die Nutzenbewertung nach AMNOG durchlaufen haben, wurde bei elf Wirkstoffen nach der Veröffentlichung des G-BA Beschlusses vom pharmazeutischen Hersteller der Vertrieb in Deutschland eingestellt. Bei zehn der elf Wirkstoffe (Ausnahme: Bosutinib) hatte der G-BA keinen Beleg für einen Zusatznutzen gefunden. Infolge dieser Bewertung drohte eine Eingruppierung in eine Festbetragsgruppe bzw. ein niedriger Erstattungspreis.

Da diese Medikamente bis zum Vertriebsstopp im Markt erhältlich waren und auch verordnet wurden, liegen für das Jahr 2013 auch Umsatzzahlen vor. Danach beträgt der PKV-Marktanteil für die Medikamente am gesamten Arzneimittelmarkt PKV-GKV für diese Präparate nur 8,1 %. Privatversicherte haben diese – später vom Markt zurückgezogenen Präparate – anteilig weniger erhalten als GKV-Versicherte. Zum Vergleich: Bei den Medikamenten, deren Vertrieb nicht eingestellt wurde, liegt der PKV-Marktanteil bei 14,1 %. Dies unterstreicht das bereits in Abbildung 8 gesehene Bild, dass Medikamente ohne Zusatznutzen in der PKV nur eine durchschnittliche bis unterdurchschnittliche Rolle spielen.

Abbildung 9:
Marktanteil (nach Umsatz) bei Privatversicherten nach Vertriebsstatus in Deutschland

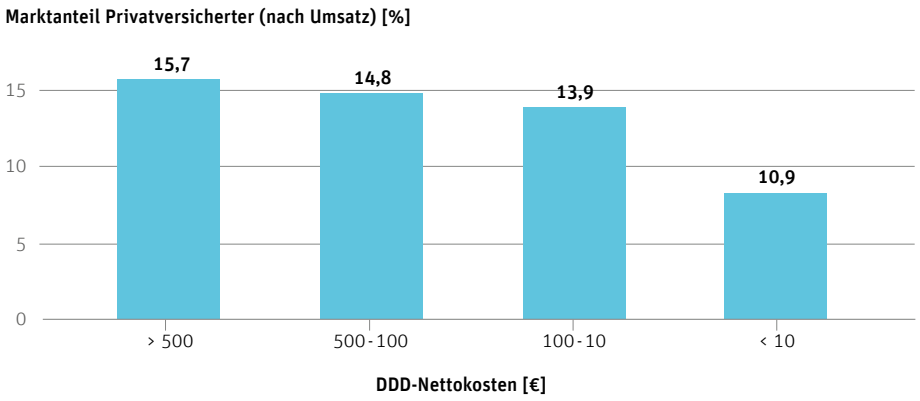


Eine Erklärung für den höheren Marktanteil der PKV bei neuen Medikamenten ist der höhere Preis der meisten Präparate im Vergleich zu den Behandlungsalternativen bzw. der bisherigen Arzneitherapie. Die vielfältigen Steuerungsinstrumente in der GKV setzen dem Arzt einen engen Rahmen, so dass bei der Therapieentscheidung auch Wirtschaftlichkeitsaspekte eine wesentliche Rolle spielen.

Dass bei neuen Medikamenten ein Zusammenhang zwischen dem Preis eines Medikamentes und dem PKV-Marktanteil besteht, belegt die folgende Abbildung. Es erfolgte hierzu eine Stratifizierung der neuen Wirkstoffe nach den DDD-Nettokosten [€].[48]

48 Die DDD-Nettokosten [€] je Wirkstoff wurden aus dem AVR 2014 entnommen. Vgl. Schwabe, Paffrath (2014), S. 174-177.

Abbildung 10:
Marktanteil (nach Umsatz) von Privatversicherten nach DDD-Kosten



Die Medikamente mit den höchsten DDD-Nettokosten erreichen den höchsten PKV-Marktanteil von 15,7 %. Mit sinkenden DDD-Nettokosten der neuen Wirkstoffe nimmt der PKV-Marktanteil ab. Bei den Wirkstoffen mit DDD-Nettokosten von unter 10 € liegt der PKV-Marktanteil bei 10,9 % und damit unter dem Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung (11,3 %).

Aus der Analyse wird deutlich, dass auch bei den AMNOG-Medikamenten aus dem gleichen Erstattungspreis für PKV und GKV keineswegs die gleiche Verordnungspraxis resultiert. Dies ergibt sich allein daraus, da auch für diese Medikamente, selbst wenn sie als innovativ, d.h. mit Zusatznutzen, bewertet wurden, andere GKV-Steuerungsinstrumente weiter wirken können.

Wenn die neuen Medikamente im Rahmen der Erstattungspreisverhandlungen nicht als Praxisbesonderheit anerkannt werden (was bislang nur viermal geschah[49]) sind sie für den Arzt hinsichtlich der zu erreichenden Wirtschaftlichkeitsziele genauso zu beachten, wie ältere Medikamente. Zudem ist zu erwarten, dass der Arzt bei GKV-Versicherten bei neuen Medikamenten abwartend verordnet, so lan-

49 Vgl. GKV-Spitzenverband (2014). Stand: 02.12.2014. Praxisbesonderheiten wurden bislang vereinbart für Zytiga (Abirateron), Xtandi (Enzalutamid), Esbriet (Pirfenidon) und Brilique (Ticagrelor).

ge die Nutzenbewertung nicht abgeschlossen ist und er noch nicht beurteilen kann, welche finanziellen Auswirkungen die Einstellung oder Umstellung eines Patienten mit sich bringt. Darüber hinaus können die gesetzlichen Krankenkassen auch bei neuen Medikamenten Selektivverträge und Zielquoten vereinbaren und damit steuernd eingreifen und einen weiteren Rabatt noch auf dem Erstattungspreis verhandeln.

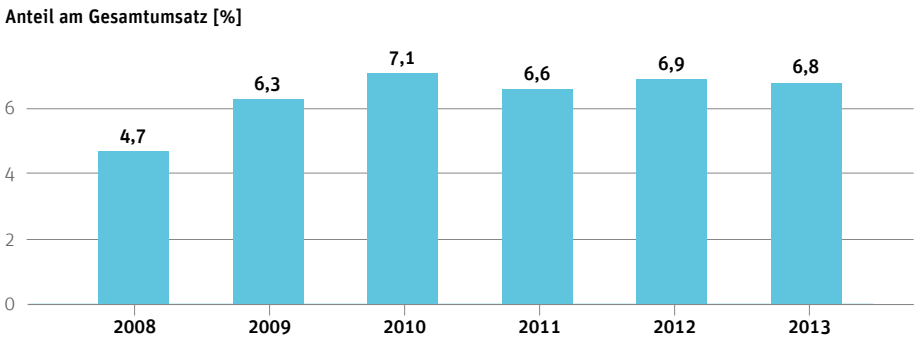
11. Parallel- und Reimporte

Parallel- und Reimporte sind das Geschäftsfeld von Arzneimittelimporteuren. Sie erwerben Arzneimittel in anderen EU-Ländern, kennzeichnen und verpacken sie entsprechend der deutschen Gesetzgebung und bieten sie über deutsche Großhändler bzw. Apotheken auf dem deutschen Markt an. Parallel- und Reimporte sind inhaltlich identisch mit den Präparaten, die direkt vom ursprünglichen Hersteller in Deutschland vertrieben werden. Arzneimittelimporteure bieten typischerweise Präparate an, die in anderen EU-Ländern aufgrund anderer Preisbildungssysteme preisgünstiger angeboten werden. Parallel- und Reimporte sind damit als Korrektiv zu sehen. Sie können vor allem bei patentgeschützten Medikamenten, die nicht in einer Festbetragsgruppe eingeordnet sind, eine wichtige Preisdämpfungsfunktion ausüben.

Von Parallelimporten wird dann gesprochen, wenn die entsprechenden Medikamente generell im Ausland hergestellt werden und vom Arzneimittelimporteur parallel zu den Importen des eigentlichen Herstellers eingeführt werden. Reimportierte Medikamente werden dagegen in Deutschland hergestellt, danach exportiert und über Importeure wieder eingeführt.

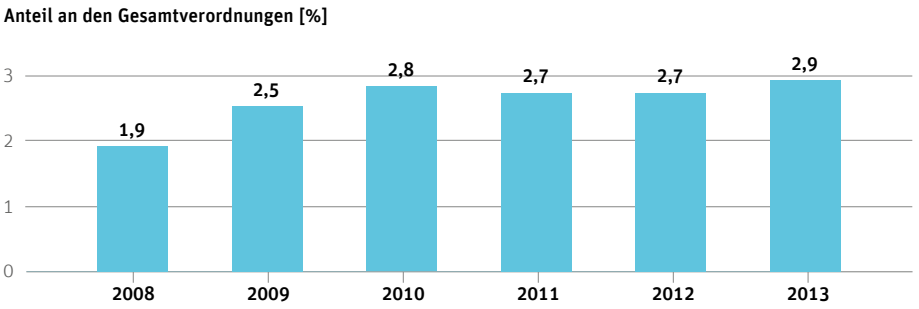
Parallel- und Reimporte nehmen derzeit in der PKV einen Umsatzanteil von 6,9 % ein. Nachdem die Parallel- und Reimportquote für die PKV im Jahr 2011 erstmals seit dem Jahr 2008 sank, kann damit für 2012 wieder eine Zunahme festgestellt werden. Der aktuelle Wert liegt 0,3 Prozentpunkte höher als 2011, aber noch 0,2 Prozentpunkte niedriger als 2009. Dies verdeutlicht die nächste Abbildung:

Abbildung 11:
Parallel- und Reimportquote (nach Umsatz) in der PKV



Die nächste Abbildung verdeutlicht die Entwicklung der Verordnungsanteile von Parallel- und Importarzneimitteln:

Abbildung 12:
Parallel- und Reimportquote (nach Verordnungen) in der PKV



Der Verordnungsanteil von Parallel- und Reimporten lag im Jahr 2013 bei 2,9 % und damit 0,2 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Über alle verschreibungspflichtigen Medikamente wird ein Parallel- und Reimportanteil von 4,0 % erreicht. Werden nur die Wirkstoffe betrachtet, die seit 1996 zugelassen wurden, liegt die entsprechende Quote bei 11,2 %.

Im Folgenden werden die Parallel- und Reimportquoten der Jahre 2013 und 2012 bei den zwanzig umsatzstärksten Medikamenten in der PKV aufgezeigt:

Tabelle 30:
Umsatzstärkste Medikamente der PKV mit Parallel- und Reimportquote [in % der Gesamtverordnungen des Präparates]

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Quote 2013	Quote 2012
1	HUMIRA (Adalimumab)	Rheumatoide Arthritis	13,5%	15,1%
2	XARELTO (Rivaroxaban)	Schlaganfall-Prophylaxe	1,1%	0,5%
3	LUCENTIS (Ranibizumab)	Makuladegeneration	1,1%	0,7%
4	ZYTIGA (Abirateron)	Prostatakarzinom	6,1%	1,7%
5	SORTIS (Atorvastatin)	Hypercholesterinämie	0,6%	0,1%
6	ENBREL (Etanercept)	Rheumatoide Arthritis	19,4%	21,4%
7	GLIVEC (Imatinib)	Leukämie	1,8%	4,0%
8	REVLIMID (Lenalidomid)	Multiples Myelom	0,0%	0,0%
9	INEGY (Simvastatin, Ezetimib)	Hypercholesterinämie	1,7%	1,3%
10	TRUVADA (Tenofovir, Emtri.)	HIV-Infektion	0,9%	1,9%
11	LYRICA (Pregabalin)	Epilepsie, neuropath. Schm.	5,0%	5,5%
12	PANTOZOL (Pantoprazol)	Refluxösophagitis	0,0%	0,0%
13	NEXIUM (Esomeprazol)	Refluxösophagitis	5,3%	2,9%
14	REBIF (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	10,0%	8,4%
15	ATACAND (Candesartan)	Hypertonie, Herzinsuffizienz	7,6%	6,5%
16	COPAXONE (Glatirameracetat)	Multiple Sklerose	18,0%	17,3%
17	AVONEX (Interferon-beta-1a)	Multiple Sklerose	17,2%	16,4%
18	SYMBICORT (Formoterol)	Asthma bronchiale, COPD	19,8%	17,5%
19	BELOC (Metoprolol)	Angina pectoris, Herzinsuff.	0,8%	0,7%
20	VIANI (Salmeterol, Fluticason)	Asthma bronchiale, COPD	0,0%	0,0%

Von den zwanzig umsatzstärksten Medikamenten in der PKV weist Symbicort (Formoterol, Budesonid) mit 19,8 % die größte Reimportquote auf. Weitere hohe Quoten werden bei den beiden Rheumamedikamenten Enbrel (Etanercept) (19,4 %) und Humira (Adalimumab) (13,5 %) sowie bei den MS-Medikamenten Copaxone (Glatirameracetat) (18,0 %), Avonex (Interferon-beta-1a) (17,2 %) und Rebif (Interferon-beta-1a) (10,0 %) erreicht. Für eine Reihe von umsatzstar-

ken Arzneimitteln, wie zum Beispiel Xarelto (Rivaroxaban) (1,1 %), Lucentis (Ranibizumab) (1,1 %) oder Sortis (Atorvastatin) (0,6 %), spielen Parallel- und Reimporte keine Rolle.

Die nächste Tabelle zeigt von den 100 umsatzstärksten Medikamenten in der PKV die 20 Medikamente mit dem höchsten Verordnungsanteil an Parallel- und Reimporten:

Tabelle 31:
Medikamente mit höchstem Verordnungsanteil an Parallel- und Reimporten in der PKV [in % der Gesamtverordnungen des Präparates]

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Hauptindikation	Quote 2013	Quote 2012
1	CYMBALTA (Duloxetin)	Depression	38,2%	34,7%
2	STALEVO (Levodopa Komb.)	Morbus Parkinson	35,4%	33,5%
3	CIPRALEX (Escitalopram)	Depression	34,7%	32,3%
4	SANDOSTATIN (Octreotid)	Karzinoid, Akromegalie	33,3%	29,8%
5	PROGRAF (Tacrolimus)	Dermatitis	33,1%	31,2%
6	NEULASTA (Pegfilgrastim)	Neutropenie	32,3%	43,3%
7	CLEXANE (Enoxaparin-Na)	Thromb, Angina pectoris	28,0%	30,9%
8	SINGULAIR (Montelukast)	Asthma bronchiale	27,5%	27,4%
9	PLAVIX (Clopidogrel)	Thrombose	26,8%	24,0%
10	KEPPRA (Levetiracetam)	Epilepsie	25,2%	23,0%
11	PREZISTA (Darunavir)	HIV-Infektion	25,0%	30,3%
12	TYSABRI (Natalizumab)	Multiple Sklerose	24,0%	16,9%
13	REMICADE (Infliximab)	Psoriasis vulgaris	24,0%	25,1%
14	MICARDIS (Telmisartan)	Hypertonie	22,0%	22,7%
15	ISCOVER (Clopidogrel)	Thrombose	22,0%	20,5%
16	ARANESP (Darbepoetin alfa)	Anämie	21,7%	28,3%
17	SEROQUEL (Quetiapin)	Depression	20,9%	11,9%
18	AZILECT (Rasagilin)	Morbus Parkinson	20,8%	12,9%
19	INSPRA (Eplerenon)	Herzinfarkt, Herzinsuff.	20,5%	18,0%
20	SYMBICORT (Formoterol, Budes.)	Asthma bronchiale, COPD	19,8%	17,5%

Die höchste Reimportquote weist in der PKV das Antidepressivum Cymbalta (Duloxetin) auf. Bei diesem Präparat handelt es sich bei 38,2 % aller zu Lasten der PKV abgegebenen Packungen um Parallel- und Reimporte. Bei sechs Medikamenten liegt die Reimportquote bei über 30 %, bei 19 Medikamenten über 20 %. Von den TOP-20 der umsatzstärksten Medikamente der PKV ist nur Symbicort (Formoterol, Budesonid) in der Liste zu finden.

12. Pharmaunternehmen

Für die folgende Tabelle wurden die Medikamentenumsätze der wichtigsten Pharmaunternehmen zu Lasten der PKV ermittelt. Dargestellt sind zudem die Änderungsraten gegenüber dem Vorjahr und der PKV-Marktanteil nach Verordnungen am Gesamtmarkt PKV und GKV.

Tabelle 32:
Wichtigste Pharmaunternehmen mit PKV-Umsatz und PKV-Marktanteil

Platz	Firma	Wichtigste Medikamente	Mio. €	rel. Δ	MA PKV
1 (1)	Novartis Pharma	Lucentis, Glivec, Exforge	147,3	4,2 %	17,4 %
2 (2)	Pfizer Pharma	Sortis, Enbrel, Lyrica	127,0	-9,6 %	21,8 %
3 (3)	MSD	Inegy, Remicade, Arcoxia	108,9	-0,5 %	25,1 %
4 (5)	Sanofi-Aventis	Clexane, Plavix, Lantus	93,8	-4,2 %	17,4 %
5 (4)	AstraZeneca	Nexium, Atacand, Symbicort	89,1	-12,2 %	34,4 %
6 (10)	Bayer Vital	Xarelto, Betaferon, Eylea	71,8	52,1 %	35,0 %
7 (7)	HEXAL	Valsartan Hexal, Simvahexal, ACC Hexal	61,5	14,0 %	10,6 %
8 (6)	GlaxoSmithKline	Viani, Infanrix, Votrient	58,5	3,5 %	21,5 %
9 (12)	1 A Pharma	Pantoprazol 1A, Ibu 1A, Ramipril 1A	52,0	32,1 %	8,6 %
10 (9)	Boehringer Ing.	Spiriva, Pradaxa, Micardis	49,9	4,4 %	12,8 %
11 (8)	Takeda	Pantozol, Blopress, Trenantone	47,2	-8,6 %	k.A.
12 (11)	Ratiopharm	Amoxicillin Ratio, Candesartan, Ratio Pantop	46,3	3,5 %	11,2 %
13 (16)	Janssen-Cilag	Zytiga, Prezista, Stelara	45,8	23,6 %	15,0 %
14 (15)	AbbVie	Humira, Kaletra, Synagis	41,3	9,0 %	11,8 %
15 (13)	Kohlpharma	Reimporte: Plavix, Symbicort, Cipralex	38,7	-0,3 %	13,4 %
16 (18)	Berlin-Chemie	Votum, Velmetia, Vocado	38,5	9,1 %	16,3 %
17 (14)	Roche	Accu Chek, RoActemra, Tarceva	37,3	-3,8 %	21,3 %
18 (17)	Merck Serono	Rebif, Concor, Euthyrox	36,3	1,2 %	21,3 %
19 (20)	Gilead	Truvada, Atripla, Eviplera	32,7	19,1 %	17,5 %
20 (23)	Teva	Copaxone, Azilect, Katadolon	28,8	15,5 %	4,6 %

Das relevanteste Pharmaunternehmen für die PKV hinsichtlich der Medikamentenumsätze bleibt Novartis Pharma. Auf der Basis der Präparate Lucentis (Ranibizumab) und Glivec (Imatinib) und unterstützt durch neuere Präparate wie Tasigna (Nilotinib) und Jakavi (Ruxolitinib) konnte Novartis die Umsätze zu Lasten der PKV um 4,2 % erhöhen. Die Umsätze mit Privatversicherten erreichen bei Novartis einen Marktanteil von 17,4 %.

Die Ausgaben der Nummer zwei Pfizer sanken vor allem aufgrund der niedrigeren Verordnungszahlen für Sortis (Atorvastatin) um 9,6 %. Hier entfallen sogar 21,8 % aller Verordnungen auf PKV-Versicherte.

Die höchste Zunahme verzeichnet Bayer Vital. Mit Xarelto (Rivaroxaban) und Eylea (Aflibercept) verfügt Bayer derzeit über zwei Präparate, die für außergewöhnlich hohe Zuwachsraten verantwortlich sind. Die Umsatzsteigerung mit Arzneimittelverkäufen an PKV-Versicherte hat Bayer Vital fast ausschließlich diesen beiden Präparaten zu verdanken.

Deutliche Umsatzsteigerungen verzeichnen darüber hinaus u.a. auch die beiden Generikahersteller Hexal (+14,0 %) und 1A Pharma (+32,1 %). Der Pharmahersteller Gilead, der im Jahr 2014 mit seinem neuen Hepatitis C Medikament Sovaldi (Sofosbuvir) im Blickpunkt stand, wies bereits im Jahr 2013 vor allem durch die HIV-Medikamente Truvada, Atripla und Eviplera eine hohe Umsatzsteigerung von 19,1 % auf.

Vor allem die forschenden Pharmaunternehmen profitieren von der PKV. Eine beträchtliche Bedeutung haben Privatversicherte vor allem für Bayer Vital (Marktanteil: 35,0 %), AstraZeneca (34,4 %) und MSD (25,1 %). Bei Generikaunternehmen ergibt sich ein heterogenes Bild. Bei den drei aufgeführten Generikaunternehmen liegen die Marktanteile niedriger. Ratiopharm weist mit 11,2 % hier den höchsten PKV-Marktanteil auf vor Hexal (10,6 %) und 1A Pharma (8,6 %). Dass die Marktanteile bei diesen Unternehmen aufgrund der deutlich geringeren Generikaquote in der PKV nicht noch niedriger ausfallen, liegt u.a. auch an den nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten, die ebenfalls einen größeren Teil der Produktpalette dieser Hersteller ausmachen. Die Kosten von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten werden von der GKV im Gegensatz zur PKV nur bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr bzw. wenn sie explizit vom G-BA benannt wurden, erstattet.

13. Sonderkennzeichen

Für eine Reihe von Abrechnungen in der Apotheke sind keine spezifischen Pharmazentralnummern vorhanden. Nach Anlage 1 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V sind die Apotheken bei entsprechenden Abgaben an GKV-Versicherte verpflichtet, ein bundeseinheitliches Kennzeichen zu übertragen. Dieses Sonderkennzeichen (oder kurz Sonder-PZN) wird auch bei der Abrechnung mit Privatversicherten verwendet und findet sich deshalb auch in den Arzneimittelverordnungsdaten wieder.

Die folgende Tabelle zeigt die PKV-Ausgaben für die wichtigsten Sonder-PZN im Jahr 2013:

Tabelle 33:
PKV-Ausgaben der wichtigsten Sonder-PZN

Platz	Beschreibung der Sonder-PZN	Mio. €
1	Zytostatika-Zubereitungen	108,7
2	Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit monoklonalen Antikörpern	83,6
3	Rezepturen - auch Rezeptursubstanzen ungeschmischt	19,4
4	Sonstige individuell hergestellte parenterale Lösungen, soweit nicht mit den Sonderkennzeichen 9999092, 9999100, 9999123, 9999169, 9999146 erfasst	5,6
5	Individuell hergestellte parenterale Ernährungslösungen	5,2
6	Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit Folinaten	4,7
7	Einzeln importierte verschreibungspflichtige Arzneimittel	4,4
8	Auseinzeln	3,0
9	BTM-Gebühr	1,6
10	Verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne PZN	1,3
11	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne PZN	0,9
12	Individuell hergestellte parenterale antibiotikahaltige Infusionslösungen	0,7
13	Nicht verschreibungspflichtige Homöopathika ohne PZN	0,6
14	Hilfsmittel ohne PZN und ohne Hilfsmittelnummer	0,6
15	Individuell hergestellte parenterale Schmerzlösungen	0,5
16	Noctu-Gebühr	0,4
17	Einzeln importierte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	0,3
18	Abrechnungsfähige Beschaffungskosten	0,3
19	Bei Stückelung verschreibungspflichtiger Arzneimittel, wenn mit verschieden großen Packungen gestückelt werden darf und soweit nicht genügend Felder zum Auftrag der einzelnen PZN vorhanden sind.	0,3
20	Erythrozytenkonzentrate ohne Pharmazentralnummer	0,2
Alle Sonder-PZN		**243,0**

Insgesamt lagen die PKV-Ausgaben für die Abrechnungen, die über eine Sonder-PZN durchgeführt wurden, bei 243,0 Mio. €. Dies entspricht 9,5 % der Arzneimittelausgaben. Die höchsten Ausgaben sind den Zytostatika-Zubereitungen und den individuell hergestellten parenteralen Lösungen mit monoklonalen Antikörpern zuzurechnen. Hierauf entfielen Ausgaben in Höhe von 108,7 Mio. €

bzw. 83,6 Mio. €. Weitere hohe Ausgaben verursachten Rezepturen (19,4 Mio. €). Zur Würdigung dieser hohen Ausgaben sei darauf verwiesen, dass die PKV-Ausgaben für das umsatzstärkste Fertigarzneimittel Humira (Adalimumab) bei 32,6 Mio. € liegen. Die gesamten PKV-Ausgaben für die Abrechnung über die Sonder-PZN entsprechen den Ausgaben der zehn umsatzstärksten Präparate.

Für den PKV-GKV-Vergleich wird im Folgenden ergänzend auf Daten aus dem AVR zurückgegriffen, der zu einigen wichtigen Sonder-PZN Umsatzzahlen veröffentlicht. In der folgenden Tabelle werden die Umsatzanteile der aufgeführten Sonder-PZN am Arzneimittelumsatz bei PKV und GKV gegenüber gestellt.[50]

Tabelle 34:
Umsatzanteil an den gesamten Arzneimittelausgaben der wichtigsten Sonder-PZN bei PKV und GKV

Platz	Beschreibung der Sonder-PZN	PKV [%]	GKV [%]
1	Zytostatika-Zubereitungen	4,19	3,30
2	Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit monoklonalen Antikörpern	3,23	4,07
3	Rezepturen - auch Rezeptursubstanzen ungeschmischt	0,75	0,47
4	Sonstige individuell hergestellte parenterale Lösungen, soweit nicht mit den Sonderkennzeichen 9999092, 9999100, 9999123, 9999169, 9999146 erfasst	0,22	0,21
5	Individuell hergestellte parenterale Ernährungslösungen	0,20	0,22
6	Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit Folinaten	0,18	0,10
7	Einzeln importierte verschreibungspflichtige Arzneimittel	0,17	0,04
8	Auseinzeln	0,12	0,45

Quelle: GKV-Daten aus Schwabe, Paffrath (2014).

Für Zytostatika-Zubereitungen gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2013 1,20 Mrd. € aus. Dies entspricht 3,30 % der Ausgaben für alle GKV-Rezepte. Damit ist der Anteil der Zytostatika-Zubereitungen in der PKV mit 4,19 % größer als in der GKV. Bei der PKV weisen zudem die Rezepturen, die individuell hergestellten parenteralen Lösungen mit Folinaten sowie die einzeln importierten

50 Der Umsatzanteil für die GKV wurden aus dem Umsätzen für die Sonder-PZN im Verhältnis zum Gesamtmarkt GKV-Rezepte berechnet. Vgl. Schwabe, Paffrath (2014), S. 1104-1105.

verschreibungspflichtigen Arzneimittel einen größeren Umsatzanteil als die GKV auf. Besonders bei letztgenannten ist der Unterschied erheblich. Eine deutlich geringere Bedeutung hat dagegen in der PKV das Auseinzeln. Die Abgabe von Teilmengen dient in der GKV der Kostenersparnis. Gegenstand mehrerer Gerichtsprozesse ist derzeit die Rechtmäßigkeit der Auseinzelung des Inhalts von Durchstechflaschen bei den Präparaten Lucentis (Ranibizumab) und Avastin (Bevacizumab).[51] Auch bei individuell hergestellten parenteralen Lösungen mit monoklonalen Antikörpern ist der Umsatzanteil in der GKV höher.

51 Vgl. Laschet (2013), Ärzte-Zeitung (2014).

14. TNF-alpha-Inhibitoren

14.1 Einführung

Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitoren (kurz auch TNF-Blocker oder auch TNF-Hemmer) gehören zu den biopharmazeutischen Arzneimitteln, also zu den gentechnisch hergestellten Medikamenten. Die TNF-Blocker stellen dabei nach Umsatz die größte Gruppe der Biologika dar. Biologika gelten aufgrund der hohen Kosten als eine der teuersten Medikamentengruppen. Auch die TNF-Blocker haben nach ihrer Einführung gegen Ende der 1990er Jahre die Arzneimittelversorgung in den entsprechenden Indikationsbereichen erheblich verteuert. Im Jahr 2013 gehörten zu den fünf umsatzstärksten Medikamenten der Welt drei TNF-Inhibitoren.

Die TNF-Inhibitoren hemmen den Tumornekrosefaktor, der als Signalstoff bei Entzündungsprozessen eine entscheidende Rolle spielt. Die TNF-Blocker wirken immunsuppressiv und werden vor allem bei Autoimmunkrankheiten eingesetzt. Eine Verordnung erfolgt bei rheumatoider Arthritis und als Mittel der letzten Reserve bei Plaque-Psoriasis, Psoriasis-Arthritis und Morbus Crohn sowie bei juveniler idiopathischer Polyarthritis. Die größte Bedeutung in der Verordnungspraxis besitzt die Therapie der rheumatoiden Arthritis. Die Anzahl der Patienten mit dieser Krankheit in Deutschland liegt bei 440.000.[52]

In der Rheumatherapie werden die TNF-Blocker laut den entsprechenden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie dann eingesetzt, wenn die Basistherapie mit einem krankheitsmodifizierenden Antirheumatikum wie Methotrexat (oft in Kombination mit Prednisolon) nicht ausreichend anspricht. Bei weiterhin hoher Krankheitsaktivität soll der Arzt laut den Leitlinien spätestens nach sechs Monaten die Therapie mit TNF-Inhibitoren beginnen. Wenn auch dieses Medikament keine ausreichende Wirkung zeigt, wird ein Wechsel zu einem anderen TNF-Blocker empfohlen. Da die verschiedenen TNF-alpha-Inhibitoren als gleich wirksam gelten, spricht die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie keine Empfehlung für ein bestimmtes Präparat aus.[53] Ohne Therapie führt die rheumatoide

52 An entzündlichen rheumatischen Erkrankungen sind insgesamt sogar 1,5 Mio. Personen in Deutschland erkrankt. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2008).

53 Vgl. S1-Leitline der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Stand 2012.

Arthritis zu einem sich zunehmend verschlechternden Krankheitsbild mit fortschreitender Invalidisierung und zunehmenden Krankenhausaufenthalten. Die Wirksamkeit der TNF-Inhibitoren ist nachgewiesen; sie sind aus der Therapie nicht mehr wegzudenken.

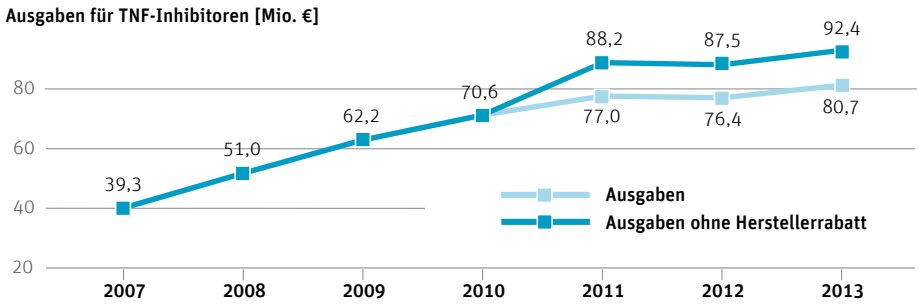
Die Nebenwirkungen der TNF-Inhibitoren können jedoch erheblich sein; auch Todesfälle sind beschrieben. Da die TNF-Inhibitoren auch die Abwehr von Infektionen hemmen, besteht auch ein Risiko von schweren Infektionen. Der Körper bildet zudem Antikörper gegen den Wirkstoff, wodurch die Wirkdauer limitiert ist und nach sechs bis zwölf Monaten erheblich abnehmen kann. Die Arzneimittelapplikation erfolgt subkutan.

In der EU sind derzeit fünf TNF-alpha-Inhibitoren zugelassen: Remicade (Infliximab), Humira (Adalimumab), Enbrel (Etanercept), Simponi (Golimumab) und Cimzia (Certolizumab pegol).

14.2 Ausgaben und Kosten

Die Ausgaben der PKV für TNF-alpha-Inhibitoren lagen im Jahr 2013 bei 80,7 Mio. €. Damit haben sich die Ausgaben seit 2007 mehr als verdoppelt (+41,4 Mio. €). Ohne den gesetzlichen Herstellerabschlag lägen die Ausgaben im Jahr 2013 noch 11,7 Mio. € höher.

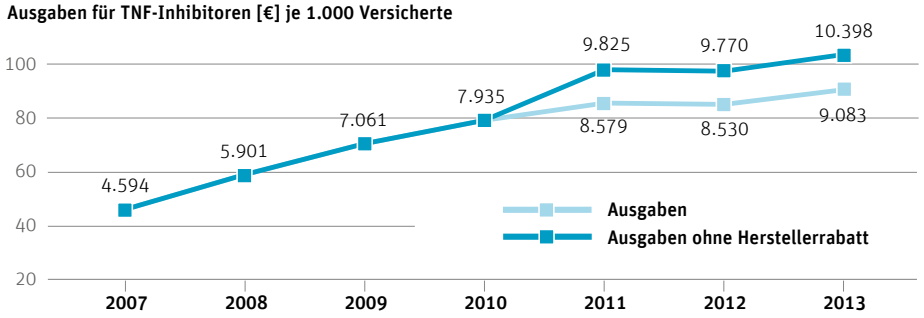
Abbildung 13:
Ausgaben für TNF-Inhibitoren in der PKV



Die Ausgaben für TNF-Hemmer je 1000 Versicherte betrugen im Jahr 2013 9.083 €. Für das Jahr 2007 konnte noch ein Wert von 4.594 €

berechnet werden. Je PKV-Versicherten nahmen die Ausgaben für TNF-Hemmer damit um 97,7 % zu.

Abbildung 14:
Ausgaben für TNF-Inhibitoren in der PKV je 1.000 Versicherte



Die durchschnittlichen Tagestherapiekosten der TNF-Inhibitoren liegen zwischen 30,00 € und 55,37 €, wobei die neueren Präparate etwas teurer sind. Nachahmerpräparate, so genannte Biosimilars[54], sind derzeit nicht verfügbar. Zwei Biosimilars zu Infliximab sind bereits von EMA zugelassen worden und werden im Frühjahr 2015 auf dem deutschen Markt erwartet.[55] Der Patentschutz von Etanercept wird im Jahr 2015 ablaufen. Typischerweise ist die zu erwartende Kostenersparnis durch Biosimilars deutlich geringer als durch Generika.[56]

54 Biosimilars sind nach der Definition der EMA Biologika, die nach dem Ende des Patentschutzes eines Referenzproduktes auf dem Markt kommen und eine hohe Ähnlichkeit zum Originalpräparat ohne klinische Differenzen im Hinblick auf Qualität, Sicherheit und Effektivität aufweisen. Vgl. EMA (2013).

55 Da Infliximab in Deutschland auch eine Zulassung im pädiatrischen Bereich erhielt, wurde der Patentschutz im Vergleich zu anderen Ländern geringfügig verlängert. Vgl. Schreiber et al. (2014), S. 2399-2404.

56 Sowohl der Herstellungs- als auch der Zulassungsprozess von Biosimilars sind wesentlich aufwändiger als bei chemisch synthetisierten Medikamenten.

Tabelle 35:
TNF-Inhibitoren nach Zulassungsjahr und Preis

Präparat (Wirkstoff)	Zulassungsjahr	Tagestherapiekosten [€]
CIMZIA (Certolizumab pegol)	2009	55,37
SIMPONI (Golimumab)	2009	51,17
HUMIRA (Adalimumab)	2003	55,18
ENBREL (Etanercept)	2000	53,13
REMICADE (Infliximab)	2000	30,06

Quelle: Schwabe, Paffrath (2014a), AVI (2012).

Humira (Adalimumab) ist als umsatzstärkstes Medikament der PKV der wichtigste TNF-Inhibitor. Die PKV-Ausgaben für Humira (Adalimumab) betrugen im Jahr 2013 32,6 Mio. €, inklusive der Reimporte sogar 36,8 Mio. €. Aber auch bei Enbrel (Etanercept) und Remicade (Infliximab) liegen die PKV-Ausgaben über 10 Mio. €.

Tabelle 36:
Umsatzstärkste TNF-alpha-Inhibitoren

Platz	Präparat (Wirkstoff)	Mio. €*	Veränderung seit 2012
1	HUMIRA (Adalimumab)	36,8	5,8 %
2	ENBREL (Etanercept)	25,0	0,0 %
3	REMICADE (Infliximab)	11,3	-0,1 %
4	SIMPONI (Golimumab)	5,3	13,6 %
5	CIMZIA (Certolizumab pegol)	2,1	29,2 %

*Umsatz inklusive der Umsätze der Reimporte

Die TNF-Inhibitoren gehören auch weltweit zu den umsatzstärksten Medikamenten. Humira (Adalimumab) war im Jahr 2013 weltweit mit einem Umsatz von 10,66 Mrd. US-$ sogar das umsatzstärkste Medikament. Remicade (Infliximab) folgt dahinter mit 8,94 Mrd. US-$. Enbrel (Etanercept) erreichte Platz fünf (8,32 Mrd. US-$).[57]

57 Vgl. Deutsche-Apotheker-Zeitung (2014).

Die Ausgaben pro Kopf für TNF-alpha-Inhibitoren sind dabei in einer Reihe anderer Länder noch höher als in Deutschland. Dies gilt zum Beispiel für die USA, Kanada, Norwegen, die Schweiz und Finnland. Dagegen liegen die entsprechenden Ausgaben zum Beispiel in Spanien und Frankreich unterhalb des deutschen Wertes. Es existiert ein deutlicher Zusammenhang von Bruttoinlandsprodukt und den Pro-Kopf-Ausgaben für TNF-alpha-Inhibitoren.[58]

14.3 Verordnungen

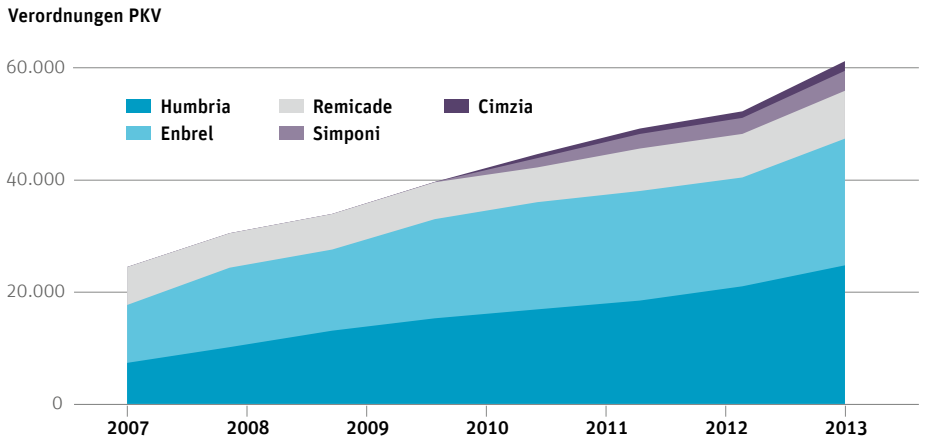
Die Anzahl der für PKV-Versicherte ausgestellten Verordnungen für TNF-Hemmer lag im Jahr 2013 bei 61.021. Gegenüber 2012 bedeutet dies einen Anstieg um 17,2 %. Im Vergleich zu 2007 nahm die Verordnungszahl in der PKV um 100,8 % zu. Da die Ausgaben für diese Präparate fast im gleichen Maße zunahmen (105,3 %), wird deutlich, dass die zunehmenden Ausgaben fast ausschließlich durch steigende Verordnungszahlen erklärbar sind. Eine Verteuerung der Versorgung, z. B. aufgrund der Zunahme der Bedeutung der neueren teuren Präparate, spielt nur eine geringe Rolle. Preiserhöhungen der einzelnen Präparate sind aufgrund des Preismoratoriums nicht möglich.[59]

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der Verordnungen bei den einzelnen Präparaten:

58 Vgl. Schreiber et al. (2014), S.2399-2404.

59 Es gilt nach § 130a Absatz 3a SGB V der Preisstand vom 01. August 2009.

Abbildung 15:
Anzahl der Verordnungen (2007-2013) der TNF-α-Inhibitoren



Einen überdurchschnittlichen Anstieg von 144,3 % weist im Beobachtungszeitraum Humira (Adalimumab) auf. Die Verordnungszahlen von Enbrel (Etanercept) stiegen um 59,4 % und die von Remicade (Infliximab) um 33,9 %. Die beiden neueren Präparate Cimzia (Certolizumab pegol) und Simponi (Golimumab), die seit 2009 zugelassen sind, waren im Jahr 2013 für 8,6 % der Verordnungen von TNF-Inhibitoren verantwortlich.

Die Zulassung von Biosimilars dürfte zu einem weiteren Anstieg der Verordnungszahlen von TNF-alpha-Inhibitoren führen. Beobachtungen im Generikamarkt zeigten, dass der Ablauf des Patentschutzes zwar zu einer Reduktion der Kosten pro Verordnung führt, auf der anderen Seite aber eine Ausweitung des Marktes mit sich bringt. Die Gesamtkosten können damit trotz der Verfügbarkeit von Nachahmerpräparaten weiter zunehmen.

15. Impfstoffe

15.1 Einführung

Die Gabe von Impfstoffen ist Teil der primärpräventiven medizinischen Maßnahmen. Mit Hilfe einer Impfung kann zum einen der Geimpfte selbst vor einer Krankheit geschützt werden. Zum anderen verhindert eine Impfung die Ausbreitung einer Krankheit, wovon auch Personen, die nicht geimpft sind oder nicht geimpft werden können, profitieren. In Deutschland obliegt es jeder einzelnen Person, ob und gegen welchen Krankheitserreger sie sich impfen möchte; eine Impfpflicht besteht nicht.

Die Gesundheitsbehörden der einzelnen Bundesländer sprechen eine öffentliche Empfehlung für bestimmte Impfungen aus. Sie orientieren sich hierbei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut. Die Empfehlung wird jeweils für bestimmte Personengruppen, in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Risikogruppe etc. ausgesprochen. Abweichungen zwischen den Bundesländern sind möglich. So empfiehlt Sachsen – über die STIKO-Empfehlung hinaus – auch die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Männer/Jungen bis zum 26. Lebensjahr (und nicht nur für die 9- bis 14-jährigen Mädchen) und die Impfung gegen Meningokokken Typ B.[60]

Bei Impfungen, die der STIKO-Empfehlung folgen, übernimmt die PKV die Kosten. Darüber hinaus können die Versicherungs- und Tarifbedingungen auch die Übernahme weiterer Impfungen (z. B. Impfungen zum Schutz bei Auslandsreisen) vorsehen.

Die STIKO-Methodik folgt der evidenzbasierten Medizin. Neben der Impfstoffwirksamkeit und Impfstoffsicherheit fließen auch Faktoren wie die Krankheitslast, die Chancen/Risiken (einschließlich Akzeptanz) eines etwaigen Impfprogrammes, die Integration in den Impfkalender, das öffentliche Interesse, die Verfügbarkeit eines Impfstoffes und die Kosten-Effektivität eine Rolle.[61] Auch Wirkungen auf Populationsebene (z. B. die Verdrängung aktueller Serotypen durch die Impfung [Replacement-Phänomen]) sowie die Kosten der Umsetzung einer Impfempfehlung spielen eine wichtige Rolle. Aus indivi-

60 Vgl. Sächsische Impfkommission (2014).

61 Vgl. Ständige Impfkommission (2011).

dueller Sicht kann auch eine Impfung die nicht explizit empfohlen wird, wirksam und empfehlenswert sein.

Derzeit empfiehlt die STIKO Impfungen zum Schutz vor Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ B, Poliomyelitis, Hepatitis B, Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken C, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und HPV. Darüber hinaus liegen Empfehlungen für bestimmte Risikogruppen (z. B. FSME-Impfung bei exponierten Aufenthalten in FSME-Risikogebieten), für Impfungen aufgrund eines höheren beruflichen Risikos (z. B. Tollwut-Impfung bei Tierärzten, Jägern und Forstpersonal) oder bei erhöhtem Risiko aufgrund von Reisen (z B. Typhus) vor.[62]

In den letzten Jahren neu auf dem Markt zugelassen wurde eine Meningokokken-Impfung gegen den Serotyp B (Präparat: Bexsero – zugelassen im Jahr 2013) sowie im Jahr 2010 eine 13-valente Impfung gegen Pneumokokken (Prevenar 13), die einen 7-valenten Impfstoff ersetzte.

15.2 Verordnungen

Die Anzahl der abgegebenen und zu Lasten der PKV abgerechneten Impfdosen lag im Jahr 2013 bei etwa 2,16 Mio. Dies bedeutet einen Anstieg gegenüber 2012 um 9,2 %. Dieser Anstieg ist vor allem den vermehrten Impfungen gegen Influenza (+24,9 %) und HPV (+15,2 %) zu verdanken. Deutlich höhere Impfzahlen sind zudem auch für die Impfung gegen die Rotaviren (+8,9 %), für die Grundimmunisierung/Auffrischungsimpfung (+8,6 %) und für die Impfung gegen Masern/Mumps/Röteln/Varizellen (+6,9 %) festzustellen.

Im Vergleich zu 2007 ist jedoch (trotz des 2013er Anstieges) ein Rückgang um 2,6 % zu registrieren. Vor allem die in diesem Zeitraum sinkenden Impfzahlen gegen HPV (-69,1 %), Encephalitis (-50,8 %), Meningokokken (-39,0 %) und gegen Hepatitis (-29,0 %) bestimmen den Rückgang erheblich.

Die Tabelle auf der nächsten Seite zeigt die Verordnungszahlen der Impfstoffgruppen in der PKV seit 2007. Es ist zu beachten, dass nicht für alle Impfungen, die Privatversicherte erhalten, eine Arzneimittelrechnung zur Erstattung eingereicht wird.

62 Vgl. Robert-Koch-Institut (2013a).

Bei der Auswertung der Impfstoffgruppen wurden teilweise mehrere Impfstoffe für verschiedene Infektionskrankheiten zusammengefasst, nicht zuletzt deshalb, da monovalente Impfstoffe teilweise nicht zur Verfügung stehen oder keine Rolle spielen. Die Gruppe der Grundimmunsierung/Auffrischungsimpfung umfasst die Impfstoffkombinationen, die Säuglinge bzw. Kinder erhalten sowie die entsprechenden Auffrischungsimpfungen. Die Kombinationsimpfung Masern/Mumps/Röteln/(eventuell noch Varizellen) wird separat betrachtet; zusätzlich ist aber auch die Einzelimpfung gegen Röteln erfasst. Die Impfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B sind unter der Gruppe „Hepatitis-Impfung“ aufgeführt. Unter der Impfung gegen Encephalitis sind die FSME-Impfungen sowie die Impfungen gegen die Japanische Enzephalitis, die seit 2009 zugelassen ist und die die STIKO bei Reisen in ländliche Gebiete Asiens empfiehlt, subsummiert.

Tabelle 37:
Verordnungszahlen von Impfstoffen (2007-2013) in der PKV

Impfung	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007-2013	2012-2013
Influenza	278.597	361.274	439.607	483.117	466.409	423.502	528.975	89,9 %	24,9 %
Grundimm./Auffri.	302.077	322.347	382.944	349.767	387.497	417.378	453.110	50,0 %	8,6 %
Encephalitis	477.646	346.353	269.890	183.468	198.375	235.034	235.045	-50,8 %	0,0 %
Pneumokokken	167.636	182.605	214.647	187.089	202.982	216.263	225.237	34,4 %	4,1 %
Hepatitis	280.638	272.682	252.241	202.607	192.429	190.279	199.166	-29,0 %	4,7 %
Masern/Mumps/Rö.	103.343	107.971	125.577	101.511	114.427	120.488	128.812	24,6 %	6,9 %
Meningokokken	117.184	105.932	108.318	74.606	73.476	71.481	71.489	-39,0 %	0,0 %
HPV	229.405	137.115	69.138	36.312	44.866	61.507	70.825	-69,1 %	15,2 %
Rotavirus-Diarrhoe	8.791	24.867	40.773	42.885	51.882	60.727	66.111	652,1 %	8,9 %
Varicella Zoster	21.594	19.130	34.984	32.021	26.423	46.135	48.578	125,0 %	5,3 %
Tetanus	103.711	89.647	85.544	60.497	51.660	46.855	48.214	-53,5 %	2,9 %
Poliomyelitis	43.285	36.201	31.243	22.028	21.067	20.392	21.287	-50,8 %	4,4 %
Typhus	26.082	22.814	18.273	18.101	18.697	19.221	19.985	-23,4 %	4,0 %
Tollwut	18.483	17.257	11.133	14.666	16.475	22.072	15.862	-14,2 %	-28,1 %
Diphtherie	16.642	13.855	11.598	8.278	6.729	6.009	5.689	-65,8 %	-5,3 %
Cholera	2.520	3.172	2.977	3.536	4.190	4.391	4.934	95,8 %	12,4 %
Gelbfieber	897	970	1.047	1.048	1.397	1.687	1.899	111,8 %	12,5 %
Haemophilus-influenzae-B	.	111	555	749	874	912	1.030	.	12,9 %
Röteln	4.449	4.200	3.734	2.452	2.419	2.285	699	-84,3 %	-69,4 %
Gesamt	**2.215.714**	**2.081.166**	**2.117.876**	**1.836.046**	**1.893.574**	**1.977.768**	**2.159.025**	**-2,6 %**	**9,2 %**

Die meisten Impfdosen sind der Influenza-Impfung zuzuordnen. Dies ergibt sich auch daraus, dass zur Aufrechterhaltung eines Influenza-Impfschutzes die Impfung jährlich wiederholt werden muss, während die Schutzwirkung der meisten anderen Impfungen mehrere Jahre, Jahrzehnte oder sogar lebenslang anhält und damit per se insgesamt weniger Impfdosen pro Versicherten verimpft werden müssen. Die Influenza-Impfung verzeichnet seit 2007 eine Zunahme der Impfdosen um 89,9 %. In den Jahren 2011 und 2012 wurde der Trend zur vermehrten Influenza-Impfung zwischenzeitlich durchbrochen.

Die Grundimmunisierung bzw. Auffrischungsimpfung im Kindesalter ist die zweithäufigste Impfung in der PKV. Auch hier ist eine deutliche Zunahme seit 2007 (um 36,7 %) erkennbar. Dies kann zum Teil mit der zunehmenden Zahl von Kindern in der PKV erklärt werden; von 2007 bis 2013 nahm die Zahl der unter 6-Jährigen in der PKV um 4,9 % zu.

Den größten prozentualen Anstieg von 2007 bis 2013 verzeichnete die Rotaviren-Schluckimpfung. Da diese Impfung erst seit der Mitte des Jahres 2013 von der STIKO empfohlen wird (ab einem Alter von 6 Wochen), ist ein weiterer Anstieg in den nächsten Jahren wahrscheinlich. Die oben dargestellte Entwicklung in der PKV zeigt aber auch, dass die Rotavirus-Impfung bei Privatversicherten bereits vor der STIKO-Empfehlung in merklicher Größenordnung bei zunehmender Tendenz vorgenommen wurde.

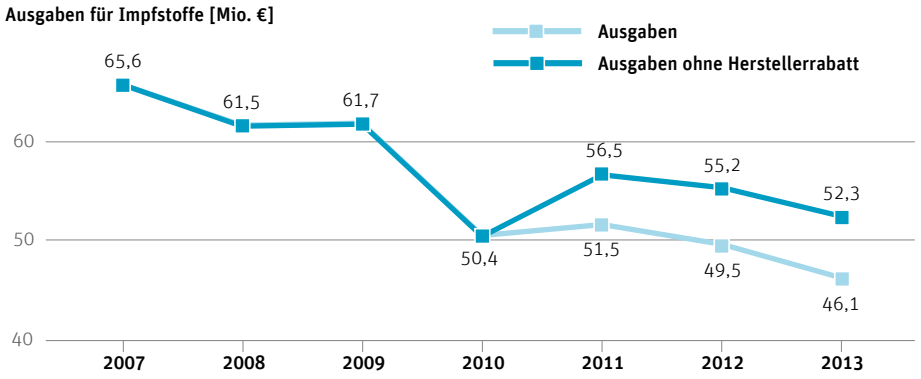
Die deutlichen Rückgänge bei einzelnen Impfungen gegenüber 2007 haben verschiedene Ursachen. Die um 50,8 % niedrigeren Impfzahlen bei Encephalitis sind vollständig den niedrigeren Impfzahlen der FSME-Impfung (und nicht der Japanischen Enzephalitis) zuzuordnen. Diese Impfung stand im Jahr 2007 in der medialen Öffentlichkeit, verlor aber danach bis 2010 deutlich an Bedeutung. Erst seit 2010 ist hier wieder ein leichter Anstieg der Impfzahlen erkennbar. Die HPV-Impfung wurde im Jahr 2007 von der STIKO empfohlen und erlebte im gleichen Jahr einen fulminanten Einführungseffekt. Dem folgte eine Diskussion über die Bewertung dieser Impfung; die Impfzahlen im Jahr 2010 erreichten nur noch 15 % des 2007er Wertes.[63] Im Zeitraum von 2010 bis 2013 hat sich die Zahl der abgegebenen HPV-Impfdosen von diesem niedrigen Niveau aus infolge kontinuierlicher Zuwächse nunmehr wieder fast verdoppelt.

63 Mehrere Wissenschaftlicher hatten sich im Jahr 2008 gemeinsam an die Öffentlichkeit gewandt und sich gegen die STIKO-Empfehlung ausgesprochen. Vgl. Dören, M, Gerhardus, A. et al. (2008).

15.3 Ausgaben

Die PKV-Ausgaben für Impfstoffe lagen im Jahr 2013 bei 46,1 Mio. €. Sie sind damit fast 30 % niedriger als 2007. Dies zeigt auch die folgende Abbildung:

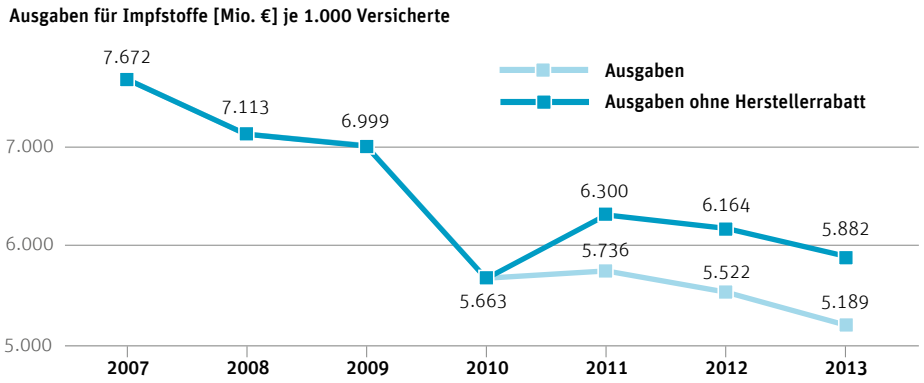
Abbildung 16:
Ausgaben für Impfstoffe in der PKV



Der Ausgabenrückgang ist einerseits als Folge der eben dargestellten rückläufigen Impfzahlen zu sehen; wobei die geringeren Werte im Jahr 2010 vor allem aus den niedrigen Verordnungszahlen für die HPV- und die FSME-Impfung in dem entsprechenden Jahr resultieren. Anderseits kann die PKV seit 2011 den gesetzlichen Herstellerrabatt einfordern.[64] Im Jahr 2013 resultiert daraus für die PKV ein Einsparvolumen in Höhe von 6,2 Mio. €. Je 1000 Versicherte lagen die PKV-Ausgaben für Impfstoffe bei 5.189 €. Dies sind etwa 32 % geringere Ausgaben als 2007.

64 Nach § 130a Abs. 2 SGB V ergibt sich der Herstellerrabatt bei Impfstoffen aus einer Preisvergleichsrechnung, in der der Abgabepreis in Deutschland mit dem Abgabepreis in vier EU-Ländern gegenübergestellt wird.

Abbildung 17:
Ausgaben für Impfstoffe je 1.000 Versicherte



Die höchsten PKV-Ausgaben für Impfstoffe entfallen auf die Grundimmunisierung und die zugehörigen Auffrischungsimpfungen im Kindesalter, vor allem mit den Präparaten Infanrix hexa, Repevax und Boostrix. Die entsprechenden PKV-Ausgaben betrugen hierfür 10,9 Mio. €. Umsatzstark sind des Weiteren die Impfungen gegen die Pneumokokken (92 % der Ausgaben entfallen dabei auf Prevenar 13) und die Influenza.

Tabelle 38:
Impfungen in der PKV im Jahr 2013 (>100.000 € Ausgaben)

Platz	Impfung	Wichtigste Präparate	Mio. €
1	Grundimm/Auffrischung	Infanrix hexa, Repevax	10,9
2	Pneumokokken	Prevenar 13, Pneumovax 23	6,8
3	Influenza	Vaxigrip, Influsplit	5,1
4	Hepatitis	Twinrix, Havrix	4,8
5	Encephalitis	FSME-Immun, Encepur	4,5
6	HPV	Gardasil, Cervarix	4,3
7	Masern, Mumps, Röteln	Priorix tetra, Priorix	3,4
8	Rotavirus-Diarrhoe	Rotarix, Rota Teq	1,7
9	Meningokokken	Neisvac-C, Meningitec	1,4
10	Varicella Zoster	Varilrix, Varivax	1,2
11	Tollwut	Rabipur, HDC	0,5
12	Tetanus	Td-pur, Tetanus-pur	0,4
13	Typhus	Typhim Vi, Thyphoral L	0,3
14	Poliomyelitis	IPV Merieux	0,2
15	Cholera	Dukoral	0,1
16	Diphtherie	Diphtherie-Adsorbat	0,1

15.4 Eine Analyse der Impfprävalenz

Für die Influenza-, Encephalitis-, Pneumokokken-, Hepatitis- und HPV-Impfung wird im Folgenden eine Analyse der Impfprävalenz vorgenommen. Unter der Impfprävalenz ist zu verstehen, wie viele Versicherte von 1000 Versicherten im Jahr 2013 mindestens eine Impfung für die entsprechende Indikation erhalten haben. Es gilt zu berücksichtigen, dass nur die Impfungen ausgewertet werden können, für die eine Apothekenrechnung zur Erstattung eingereicht wurde. Vor allem junge Erwachsene sowie Versicherte im mittleren Alter werden teilweise ihre Rechnungen nicht einreichen, da sie eine Beitragsrückerstattung erwarten. Bei Kindern und älteren Versicherten ist dagegen eine weitgehend vollständige Erfassung anzunehmen.

15.5 Influenza-Impfung

Die Influenza-Impfung empfiehlt die STIKO allen Personen ab dem 60. Lebensalter (explizit verweist das STIKO auch auf Bewohner von Alters- und Pflegeheimen) sowie Schwangeren ab dem 2. Trimenon (empfohlen seit 2010). Darüber hinaus wird die Impfung unabhängig vom Alter vor allem auch bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, eines beruflichen Risikos (z. B. medizinisches Personal, bei Publikumsverkehr) oder bei direktem Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln empfohlen.

Für die Aufrechterhaltung eines Impfschutzes ist eine jährliche Impfung – möglichst vor dem Beginn der Grippe-Saison – notwendig. Der Influenza-Impfstoff wird jährlich neu, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Antigenkombination, produziert. Die zugelassenen Influenza-Impfstoffe sind hinsichtlich ihrer Immunogenität, ihrer Wirksamkeit und ihres Nebenwirkungsprofils unterschiedlich. Je nach Alters- bzw. Risikogruppe weist ein anderer Impfstoff ein besseres Nutzen-Risiko-Verhältnis auf.[65] In den vorliegenden Arzneimitteldaten lassen sich 17 verschiedene Influenzaimpfstoffe feststellen. Den höchsten PKV-Marktanteil erreichte im Jahr 2013 Influsplit (32 %) vor Vaxigrip (13 %) und Afluria (12 %). Der nasale Influenza-Impfstoff Fluenz erreicht in der hierfür zugelassenen Altersgruppe der 2- bis 17-Jährigen einen Marktanteil von knapp 9 %.

Die Impfprävalenz der Influenza-Impfung zeigt bei den Männern ab dem 50. Lebensjahr einen zunehmend steiler werdenden Verlauf (siehe Abbildung 18). Der überwiegende Teil der Influenza-Impfungen entfällt damit auf die Versicherten im höheren Alter. Bei Kindern und Jugendlichen spielt die Influenza-Impfung eine eher geringe Rolle.[66] Auf niedrigem Niveau zeigt sich die höchste Impfrate hier bei den 12-jährigen Jungen.

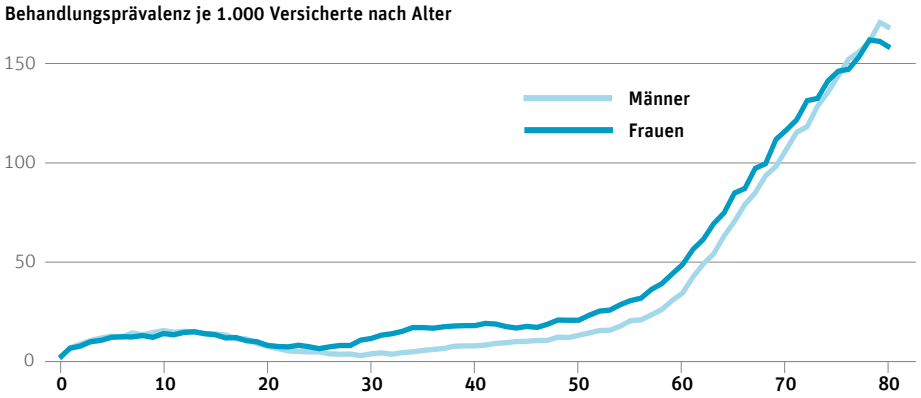
Bei den Frauen zeigt sich im Grundsatz ein ähnlicher Verlauf. Bei Erwachsenen im jüngeren und mittleren Alter ist die Impfrate bei den

65 Vgl. Wutzler, Hardt, Knuf, Wahle (2013),S. 793-8.

66 Eine Reihe von Studien verweist auf den hohen Nutzen einer Influenza-Impfung bei Kindern auf Bevölkerungsebene. Kinder gelten aufgrund des engen Kontaktes zu anderen als Virusschleudern. Eine Impfung könnte demnach auch anderen (Risiko-)personen zu gute. Die STIKO empfiehlt die Impfung bei Kindern nicht explizit, da die Erkrankung im Gegensatz zum Verlauf bei älteren Personen meist ohne Komplikationen verläuft. Vgl. Ärzte Zeitung (2013).

Frauen etwas höher als bei den Männern. Die STIKO-Empfehlung zur Impfung im Rahmen einer Schwangerschaft scheint der Hintergrund dafür zu sein.[67]

Abbildung 18:
Ausgaben für Impfstoffe je 1.000 Versicherte



15.6 Encephalitis-Impfung

An dieser Stelle soll ausschließlich die Impfung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und nicht die deutlich weniger bedeutsame Impfung gegen die Japanische Enzephalitis betrachtet werden. Die FSME-Impfung empfiehlt die STIKO allen Personen, die in FSME-Risikogebieten exponiert sind sowie allen Personen mit entsprechender beruflicher Gefährdung (z. B. Forstarbeiter in Risikogebieten). Das Impfschema sieht drei Impfungen innerhalb eines Jahres, eine erste Auffrischungsimpfung nach 3 Jahren und weitere nach 5 Jahren vor.

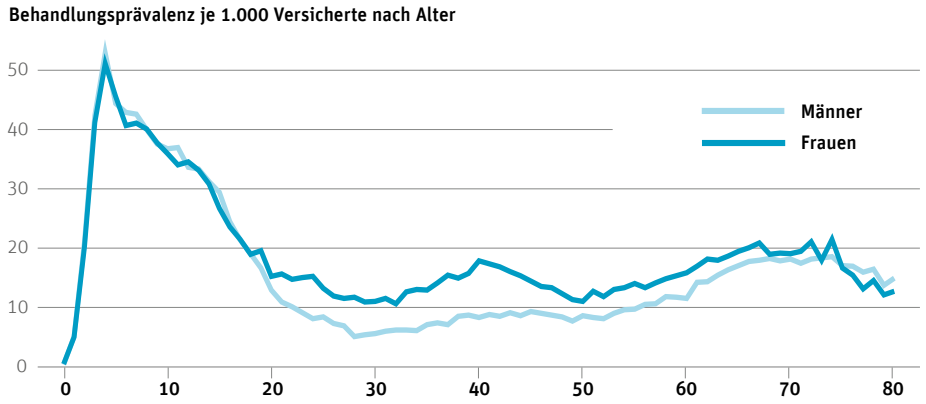
Wie die Auswertung der Impfprävalenz zeigt, werden vor allem Kinder gegen FSME geimpft. Der Gipfelpunkt liegt sowohl bei Jungen als

67 Nach einer Untersuchung des Robert-Koch-Institutes (RKI) ist die Neigung, sich während der Schwangerschaft gegen Influenza zu impfen, schwach ausgeprägt. In der Saison 2012/13 waren laut der Befragung des RKI nur 23,2 % der Schwangeren gegen Influenza geimpft, wobei sich 15,9 % der Schwangeren während der Schwangerschaft impfen ließ. Vgl. Bödeker (2014).

auch bei den Mädchen bei den 5-Jährigen. Unterhalb des 3. Lebensjahres wird selten geimpft; dies entspricht der STIKO-Empfehlung, die in dieser Altersgruppe vor häufiger auftretenden Fieberreaktionen warnt.[68]

Während bei Kindern und Jugendlichen kein Geschlechterunterschied erkennbar ist, liegt die Impfrate ab dem 18. bis zum 75. Lebensjahr bei den Frauen signifikant über der bei den Männern.

Abbildung 19:
Impfprävalenz je 1.000 Versicherte von Encephalitis-Impfstoffen



15.7 Pneumokokken-Impfung

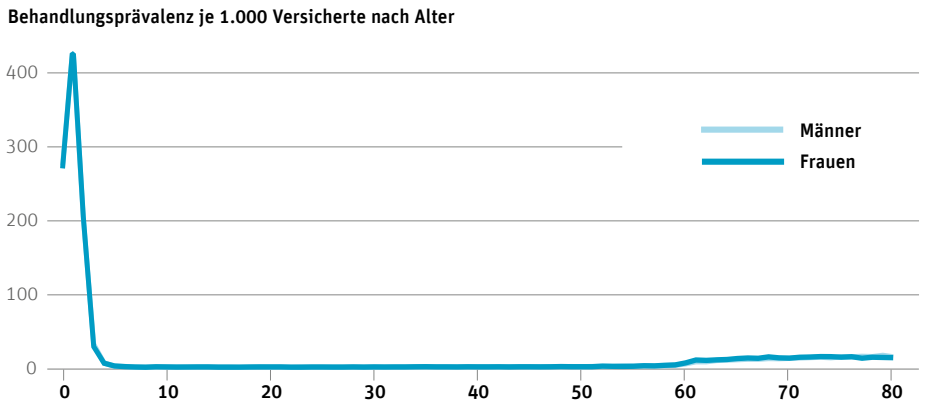
Eine Infektion mit Pneumokokken kann eine Vielzahl von Erkrankungen, z. B. Pneumonie oder Meningitis auslösen, die zu Hospitalisierung, Behinderung und zum Tod führen können. Die Pneumokokken-Impfung empfiehlt die STIKO für zwei Altersgruppen, für Kinder bis zum Alter von 24 Monaten und für Personen ab dem 60. Lebensjahr. Kleinkinder sollten mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, ältere Personen mit einem Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff einmalig geimpft werden. Bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung (z. B. bei angeborenen oder erworbenen Immundefekten und bei bestimmten chronischen Krankheiten)

68 Vgl. Robert-Koch-Institut (2014).

ist laut STIKO die Impfung für alle Personen (> 2 Jahre) empfehlenswert.[69]

Nach den ausgewerteten Arzneimitteldaten erfolgt die Impfung bei Privatversicherten fast ausschließlich bei den Kleinkindern. Ab dem 60. Lebensjahr ist nur eine sehr geringe Impfrate festzustellen. Damit zeigt sich hier eine erhebliche Abweichung zwischen Versorgungsrealität und pharmakologisch-medizinischer Empfehlung. Ab dem Kleinkinderalter bis zum Alter von 60 Jahren sind nur Einzelfälle von Impfungen festzustellen. Auch dies ist bemerkenswert, da davon ausgegangen werden muss, dass – den STIKO-Empfehlungen folgend – allein aufgrund von chronischen Erkrankungen (die STIKO nennt hier explizit z. B. Diabetes mellitus, Asthma, COPD und Erkrankungen des Herzens) eine Pneumokokken-Impfung auch hier für viele Versicherte sinnvoll erscheint. Zwischen männlichen und weiblichen Versicherten sind keine signifikanten Unterschiede in der Versorgung zu erkennen.

Abbildung 20:
Impfprävalenz je 1.000 Versicherte von Pneumokokken-Impfstoffen



69 Vgl. Robert-Koch-Institut (2014).

15.8 Hepatitis-Impfung

Die Hepatitis, also die Entzündung der Leber, wird in etwa 80 % der Fälle durch eine Virusinfektion verursacht, wobei verschiedene Virentypen ursächlich in Frage kommen. Je nach Entzündungsursache und Virentyp zeigen sich unterschiedliche Symptome und ein anderer Verlauf. Die häufigste Form der Virushepatitis ist Hepatitis C, die durch das Hepatitis C Virus verursacht wird. Dagegen ist kein Impfschutz verfügbar. Möglich ist nur eine Impfung gegen eine Infektion gegen die Viren vom Typ Hepatitis A und Hepatitis B.

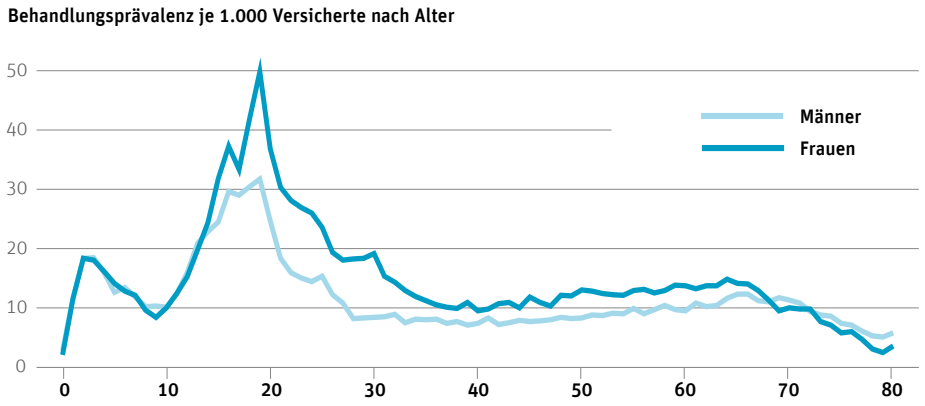
Die STIKO-Empfehlung orientiert sich bei der Hepatitis-Impfung nicht pauschal am Alter der Versicherten, sondern spricht explizit bestimmte Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko an. Die Hepatitis A-Impfung wird vor allem für Personen mit hoher Infektionsgefährdung durch häufige Sexualkontakte, für Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen sowie für Personen mit höherem beruflich bedingten Infektionsrisiko (Gesundheitsdienst, Kanal- und Klärwerksarbeiter, Tätigkeit in Kindereinrichtungen) empfohlen. Die Hepatitis B-Impfung gilt als sinnvoll für Personen mit Immundefizienz und mit erhöhten Expositionsrisiko (z. B. aufgrund des Sexualverhaltens, bei intravenösen Drogenkonsum bzw. als Mitarbeiter in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen mit höherer Hepatitis B Prävalenz [Gefängnisse, Asylbewerberheime, Behinderteneinrichtungen]). Darüber hinaus werden beide Impfungen auch als Reiseimpfung bei entsprechender Gefährdung empfohlen. Eine Grundimmunisierung im Kleinkinderalter ist möglich, wird aber nicht explizit empfohlen.[70]

Die Impfprävalenz ist nach den vorliegenden Arzneimitteldaten geschlechtsunabhängig bei den Jugendlichen (13- bis 21-Jährigen) am höchsten. Ein weiterer kleiner Gipfel ist bei den 2- bis 4-Jährigen erkennbar. Die dahinter liegenden Impfzahlen für die Grundimmunisierung liegen aber bei nur einem Bruchteil der Impfzahlen für die Pneumokokken-Impfung bzw. die im Kleinkinderalter empfohlenen Standardimpfungen (hier nicht näher dargestellt).

Zwischen dem 15. und dem 66. Lebensjahr liegt die Impfprävalenz bei den weiblichen Versicherten höher als bei den männlichen. Unterhalb und oberhalb dieses Alters sind keine hervorzuhebenden Unterschiede erkennbar.

70 Vgl. Robert-Koch-Institut (2014).

Abbildung 21:
Impfprävalenz je 1.000 Versicherte von Hepatitis-Impfstoffen



15.9 HPV-Impfung

Die Impfung gegen die humanen Papillomviren (HPV-Impfung) bietet einen Schutz gegen die HPV-Infektion und gegen das Auftreten von Krebsvorstufen, die durch bestimmte HPV-Typen verursacht werden. Das häufigste durch HPV hervorgerufene Karzinom ist das Zervixkarzinom. Die Lebenszeitprävalenz an einem Zervixkarzinom zu erkranken liegt bei den Frauen bei 0,8 %.[71] Zudem kann der Impfschutz auch helfen Erkrankungen an weiteren seltenen Karzinomen, wie Vulva- und Vaginalkarzinome, sowie die Bildung von Genitalwarzen zu verhindern.

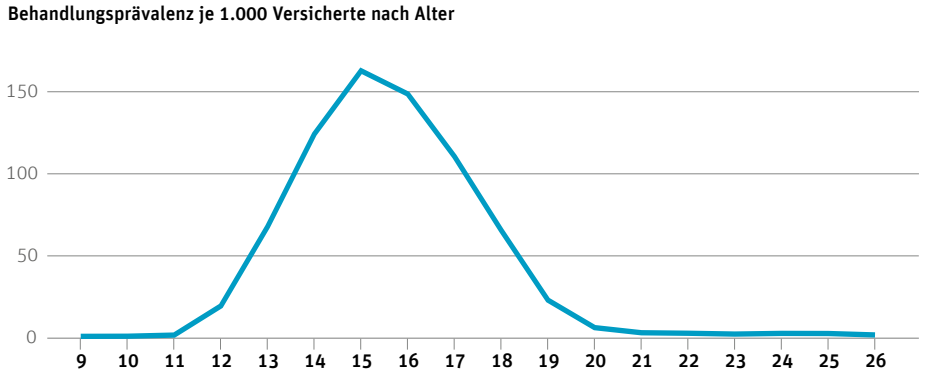
Seit August 2014 empfiehlt die STIKO die Impfung allen Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Zuvor (seit 2007) bezog sich die Impfempfehlung auf die 12- bis 17-jährigen Mädchen. Die vollständige Impfserie (derzeit ein 2-Dosen-Schema für die empfohlene Altersgruppe) soll möglichst vor dem ersten sexuellen Kontakt abgeschlossen sein.[72]

71 Vgl. Robert-Koch-Institut (2013b).
72 Vgl. Robert-Koch-Institut (2014).

Die beiden verfügbaren Impfstoffe (Gardasil und Cervarix) sind auch für Männer zugelassen. Hierfür liegt aber in Deutschland nur eine Empfehlung des Bundeslandes Sachsen vor.[73]

Frühere Untersuchungen des WIP zur HPV-Impfung hatten gezeigt, dass in den Jahren nach der Zulassung im Jahr 2006 vergleichsweise spät geimpft wird; in den Jahren 2006 bis 2008 war die höchste Impfquote bei den 17-Jährigen auszumachen.74 In den letzten Jahren zeigte sich ein Trend zu einer früheren Impfung. Im Jahr 2013 ist die höchste Impfprävalenz bei den 15-Jährigen erkennbar. Sie liegt damit aber oberhalb der aktuellen Impfempfehlung. Der Anteil der gegen die HPV-Infektion geimpften Männer liegt bei unter 1 % und wird an dieser Stelle nicht näher betrachtet.

Abbildung 22:
Impfprävalenz je 1.000 weibliche Versicherte bei HPV-Impfstoffen



73 International wird die HPV-Impfung auch in Kanada, den USA und Australien für Männer empfohlen. Vgl. Gille et al. (2014), S. 2405-2410.

74 Vgl. Wild (2013), S. 34-39.

16. Durchschnittlicher Verordnungspreis und Mehrumsatz der PKV

Die in der Studie dargestellten Unterschiede in der Verordnungspraxis von PKV und GKV werden in den Kennzahlen „Durchschnittlicher Verordnungspreis“ und „PKV-Mehrumsatz“ deutlich. Die stärkere Reglementierung und Rationierung in der GKV führt dort zu einem niedrigeren durchschnittlichen Verordnungspreis. Vor allem durch den höheren Anteil an neuen Medikamenten und der niedrigeren Generikaquote ist der Gesamtbetrag, den PKV-Versicherte für Arzneimittel ausgeben, deutlich höher als der, den die GKV für sie aufwenden würde.

16.1 Verordnungspreis aller Fertigarzneimittel bei PKV und GKV

Um den durchschnittlichen Preis einer Arzneimittelverordnung, also einer Position auf einer Arzneimittelrechnung, zu berechnen, wird der Umsatz durch die Verordnungszahlen geteilt. Berücksichtigung finden der gesetzliche Herstellerrabatt (PKV, GKV) und der gesetzliche Apothekenrabatt (GKV, PKV erhält diesen nicht). Die Einsparungen aufgrund von krankenkassenindividuellen Rabattverträgen mit Pharmaherstellern nach § 130a Abs. 8 SGB V (GKV) werden in zweiter Rechnung berücksichtigt. Zu letztgenannten liegen seit 2010 Daten in der amtlichen Statistik KV45 vor. Die PKV-Unternehmen können zwar grundsätzlich ebenfalls Rabattverträge abschließen, eine Reihe von PKV-Unternehmen nutzt diese Möglichkeit auch, aufgrund fehlender Steuerungsmöglichkeiten ist die entsprechende Einsparung jedoch sehr gering. Zahlen liegen hierzu keine vor. Die erzielten Einsparungen sind bereits bei den Gesamtausgaben Arzneimittel PKV, wie sie im Zahlenbericht des PKV-Verbandes veröffentlicht werden, berücksichtigt.

Der durchschnittliche Preis einer Arzneimittelverordnung lag im Jahr 2013 in der PKV bei 46,49 € und damit 6,6 % höher als in der GKV (43,61 €). Im Jahr 2012 betrug die Differenz zwischen den beiden Kostenträgern lediglich 4,3 %. Dies führte hier zu einem Anstieg des durchschnittlichen Verordnungspreises um 4,6 %, während in der GKV eine Zunahme von 2,3 % festzustellen ist.

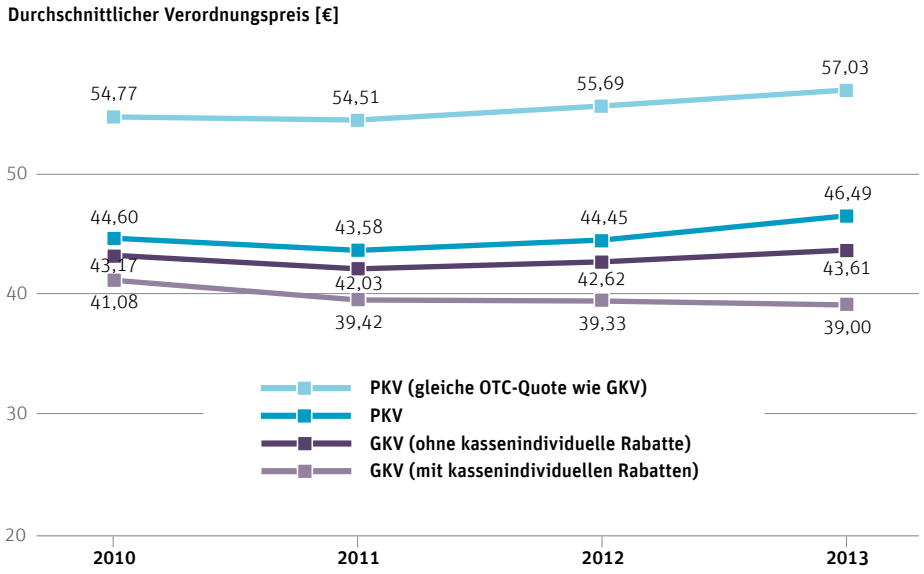
Die Kostenschere zwischen PKV und GKV öffnet sich noch weiter, wenn auch die kassenindividuellen Arzneimittelrabatte (§ 130a Abs. 8 und § 130c SGB V) berücksichtigt werden. Im Jahr 2013 konnte die GKV ihre Arzneimittelausgaben aufgrund von derartigen Rabattverträgen um 2,9 Mrd. € (dies entspricht 9,3 % der Arzneimittelausgaben) reduzieren. Unter Berücksichtigung dieser Rabatte lag der durchschnittliche Verordnungspreis in der GKV bei 39,00 €. Die Preisdifferenz zur PKV erhöht sich dadurch auf 19,2 %. Im Jahr 2012 war der durchschnittliche Verordnungspreis in der GKV unter Berücksichtigung von Rabattverträgen 13,0 % niedriger. Das Auseinanderlaufen der PKV- und der GKV-Werte ist hier vor allem dem zunehmenden Einsparvolumen über Rabattverträge geschuldet. Im Jahr 2010 lag der entsprechende Einsparbetrag in der GKV noch bei 1,3 Mrd. € (4,3 % der Arzneimittelausgaben), im Jahr 2011 bei 1,7 Mrd. € (5,6 %) und im Jahr 2012 bei 2,4 Mrd. € (7,6 %).[75] Dies führte im Jahr 2013 zu einer Reduzierung des durchschnittlichen Verordnungspreises in der GKV um 4,61 €. Im Jahr 2012 sank der GKV-Durchschnittspreis um 3,29 €.

Für den PKV-GKV-Vergleich gilt es darüber hinaus zu beachten, dass preisgünstige nicht-verschreibungspflichtige Medikamente in der PKV etwa ein Drittel aller Verordnungen ausmachen (siehe Kapitel 8), während sie in der GKV nur eine geringe Rolle spielen. Wird für die PKV die gleiche OTC-Quote wie in der GKV unterstellt, ergibt sich ein durchschnittlicher Verordnungspreis in der PKV von 57,03 € und damit eine 46,2 % teurere Versorgung je Verordnung als in der GKV.

75 Vgl.Schwabe, Paffrath (2014), S. 215.

Die Entwicklung des durchschnittlichen Verordnungspreises in den Jahren 2007 bis 2013 verdeutlicht die folgende Abbildung:

Abbildung 23:
Verordnungspreis (Ø) aller Fertigarzneimittel in der PKV und GKV



16.2 Mehrumsatz der PKV

Für die Berechnung des Mehrumsatzes der Privatversicherten dient die Kopfschadenstatik des PKV-Verbandes als Grundlage.[76] Als Kopfschäden werden die durchschnittlichen Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht bezeichnet. Beihilfeanteile und erfasste Selbstbehalte sind in den Kopfschäden enthalten.

Durch Anwendung der Kopfschäden je Alter auf den Versichertenbestand der PKV können die gesamten Arzneimittelausgaben der Privatversicherten berechnet werden (inklusive erfasster Selbstbehalte und den von der Beihilfe übernommenen Kosten). Die Summe beläuft sich auf insgesamt rund 4,629 Mrd. € Euro im Jahr 2013.

Die GKV-Versicherten wendeten laut amtlicher Statistik des BMG im selben Jahr 33,06 Mrd. Euro für Arzneimittel auf. Diese Zahl setzt sich zusammen aus den Ausgaben für Arzneimittel und Verbandmittel insgesamt (30,19 Mrd. €), den Ausgaben für Impfstoffe (0,85 Mrd. €) und dem Eigenanteil der Patienten (2,02 Mrd. €).[77]

Die PKV-Kopfschadenprofile der männlichen und weiblichen Versicherten laut Kopfschadenstatistik dienen als Referenz und werden mit den altersspezifischen Versichertenzahlen der GKV multipliziert (gewichtet).[78] Daraus ergeben sich „erwartete GKV-Ausgaben“, nämlich die Ausgaben, die in der GKV zu erwarten wären, wenn diese mit ihrem Altersaufbau die gleichen Ausgaben aufweisen würde wie die PKV. Dabei zeigt sich, dass die Ausgaben der Privatversicherten (inklusive Beihilfe und erfasster Selbstbehalte) um das 1,22fache höher sind als die Ausgaben, die die GKV im Vergleich für sie aufwenden würde. Werden die Arzneimittelausgaben der PKV-Versicherten (inklusive Beihilfe und erfasster Selbstbehalte) in Höhe von 4,63 Mrd. € Euro um dieses Verhältnis verringert, ergibt sich ein Betrag von rund 3,81 Mio. Euro. Die Differenz dieser beiden Größen ergibt den sogenannten Mehrumsatz der Privatversicherten im Arzneimittelbereich. Er beläuft sich auf 822 Mio. €. Damit gaben Privatversicherte im Jahr 2013 822 Mio. € mehr für Arzneimittel aus, als die GKV für sie aufgewendet hätte.

76 Nähere Informationen zum Konzept des Mehrumsatzes finden Sie unter Niehaus (verschiedene Jahrgänge).

77 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014).

78 Die Anzahl der GKV-Versicherten nach Alter und Geschlecht wurde aus den Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA) für das Jahr 2012 entnommen und für ein Jahr fortgeschrieben.

17. Fazit

Die Arzneimittelausgaben der PKV nahmen im Jahr 2013 um 5,3 % gegenüber dem Vorjahr zu. Dieser Anstieg ist deutlich höher als in den Vorjahren und auch höher als in der GKV. Hinter diesem Ausgabenzuwachs steht eine ganze Reihe von Gründen. Erstens etablieren sich teure Biopharmazeutika in immer größerem Maße als Standardtherapie in der Versorgung. Am auffälligsten ist dies in der Rheumatherapie bzw. in der Medikamentengruppe der TNF-alpha-Inhibitoren. Zweitens sorgen neue Therapiealternativen für eine Verteuerung der Versorgung. Als Beispiel sei hier auf die neuen oralen Antikoagulanzien verwiesen, die im Vergleich zur Standardtherapie 17mal höhere Kosten verursachen. Drittens sind in den letzten Jahren eine Reihe von teuren Krebsmedikamenten mit teilweise innovativen Therapieansätzen zugelassen worden, die zusätzlich zur bisherigen Therapie („add on“) verordnet werden und eine (zur Zeit leider meist nur kurze) Lebenszeitverlängerung ermöglichen. Mit dem Antiandrogen Zytiga (Abirateron) befindet sich eines dieser Medikamente bereits auf Platz vier der umsatzstärksten Medikamente in der PKV. Fünftens führt die Alterung der Bevölkerung zu zunehmenden Verordnungszahlen bei sogenannten „Alters- und Zivilisationskrankheiten“.

Zwischen der PKV und der GKV lassen sich in einigen Bereichen deutliche Unterschiede in der Verordnungspraxis feststellen. Bemerkenswert ist diese Abweichung vor allem bei neuen Medikamenten. Der PKV-Marktanteil ist bei Medikamenten, denen vom G-BA im Rahmen des AMNOG-Prozesses ein beträchtlicher Zusatznutzen attestierte wurde, höher als bei Medikamenten mit geringen oder keinem Zusatznutzen. Es konnte nachgewiesen werden, dass die GKV im Durchschnitt vor allem bei teuren neuen Medikamenten einen niedrigen Marktanteil als die PKV aufweist. Dies ist die Folge der restriktiven Steuerungsinstrumente in der GKV, die dem gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot folgen.

Die unterschiedliche Einflussnahme auf das Verordnungsgeschehen, die sich zum Beispiel in anteilig mehr neuen und teuren Medikamenten und weniger Generika zeigen lässt, führt zu einem Mehrumsatz in der PKV. Privatversicherte gaben im Jahr 2013 822 Mio. € mehr für Arzneimittel aus, als wenn sie gesetzlich krankenversichert gewesen wären.

18. Anhang

Die 300 umsatzstärksten Medikamente in der PKV

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
1	HUMIRA	Adalimumab	rheumatoide Arthritis	32,6	6,7
2	XARELTO	Rivaroxaban	Thrombose-Prophylaxe	27,2	172,2
3	LUCENTIS	Ranibizumab	Maguladegeneration	23,7	5,2
4	ZYTIGA	Abirateron	Prostatakarzinom	23,2	59,4
5	SORTIS	Atorvastatin	Hypercholesterinämie	21,7	-39,7
6	ENBREL	Etanercept	rheumatoide Arthritis	20,4	3,5
7	GLIVEC	Imatinib	Leukämie	19,7	-0,1
8	REVLIMID	Lenalidomid	multiples Myelom	17,3	6,0
9	INEGY	Simvastatin und Ezetimib	Hypercholesterinämie	17,2	2,2
10	TRUVADA	Tenofovir disoproxil und Emtricitabin	HIV, Aids	15,1	1,8
11	LYRICA	Pregabalin	Epilepsie	15,1	9,8
12	PANTOZOL	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	14,2	-18,1
13	NEXIUM	Esomeprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	13,6	-22,6
14	REBIF	Interferon beta-1a	Multiple Sklerose	13,1	0,8
15	ATACAND	Candesartan	Hypertonie, Herzinsuffizienz	12,9	-18,6
16	COPAXONE	Glatirameracetat	Multiple Sklerose	12,8	-9,1
17	AVONEX	Interferon beta-1a	Multiple Sklerose	12,4	-2,2
18	SYMBICORT	Formoterol	Asthma bronchiale	12,1	-1,5
19	BELOC	Metoprolol	Angina pectoris, Hypertonie	11,1	-4,2
20	VIANI	Salmeterol, Fluticason	Asthma bronchiale	10,4	4,6
21	SPIRIVA	Tiotropiumbromid	Asthma bronchiale	10,4	4,9
22	CLEXANE	Enoxaparin	Thrombose-Prophylaxe, Angina pect.	10,1	-2,5
23	ATRIPLA	Emtricitabin, Tenofovir und Efavirenz	HIV, Aids	9,7	1,3
24	PRADAXA	Dabigatran	Thrombose-Prophylaxe	9,7	46,8
25	TEBONIN	Ginkgoblätter	Demenz	9,2	-8,8
26	MICARDIS	Telmisartan	Hypertonie	9,0	-3,7
27	SIFROL	Pramipexol	Parkinson	8,9	-5,7
28	REMICADE	Infliximab	Psoriasis vulgaris	8,7	2,0
29	ATACAND PLUS	Candesartan, Hydrochlorothiazid	Hypertonie, Herzinsuffizienz	8,6	-26,4
30	L-THYROXIN	Levothyroxin-Natrium	Schilddrüsenerkrankung	8,3	7,2
31	ARCOXIA	Etoricoxib	rheumatoide Arthritis	8,3	0,9
32	LANTUS	Insulin glargin	Diabetes mellitus	8,3	14,3
33	EXFORGE	Valsartan und Amlodipin	Angina pectoris, Hypertonie	8,3	8,8
34	PLAVIX	Clopidogrel	Thrombose, Angina-pectoris	8,2	-24,2
35	BLOPRESS	Candesartan	Hypertonie, Herzinsuffizienz	8,2	-5,4
36	VOTUM	Olmesartan medoxomil	Hypertonie, Herzinsuffizienz	8,0	6,5
37	ACCU-CHEK	Glucose-Testzone	Diabetes mellitus	7,7	20,2

...

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
38	EYLEA	Aflibercept	Makuladegeneration	7,7	7.050,8
39	BETAFERON	Interferon beta-1b	Multiple Sklerose	7,6	-8,0
40	CIPRALEX	Escitalopram	Depression	7,5	-4,7
41	NEULASTA	Pegfilgrastim	Neutropenie	7,4	37,3
42	CONTOUR	Glucose-Testzone	Diabetes mellitus	7,2	10,9
43	GAMUNEX	Immunglobuline	Mangel an Antikörpern	6,6	12,0
44	CODIOVAN	Valsartan, Hydrochlorothiazid	Hypertonie, Herzinsuffizienz	6,6	-15,5
45	JANUVIA	Sitagliptin	Diabetes mellitus	6,6	13,4
46	GILENYA	Fingolimod	Multiple Sklerose	6,5	23,6
47	FRESUBIN	Ergänzungs- und Aufbaunahrung	Mangelernährung	6,3	0,3
48	ZOMETA	Zoledronsäure	Osteoporose	6,2	-22,9
49	INSPRA	Eplerenon	Herzinfarkt, Herzinsuffizienz	6,1	16,7
50	SEROQUEL	Quetiapin	Depression	6,1	-35,2
51	POLLINEX	Allergene	Hyposensibilisierung	6,1	-3,5
52	NOVORAPID	Insulin aspart	Diabetes mellitus	5,9	5,9
53	ISENTRESS	Raltegravir	HIV, Aids	5,8	9,5
54	JANUMET	Metformin, Sitagliptin	Diabetes mellitus	5,8	14,9
55	TRENANTONE	Leuprorelin	Prostata- und Mammakarzinom	5,7	8,4
56	DIOVAN	Valsartan	Hypertonie, Herzinsuffizienz	5,7	-16,4
57	EZETROL	Ezetimib	Hypercholesterinämie	5,7	-7,1
58	TYSABRI	Natalizumab	Multiple Sklerose	5,6	-7,9
59	CONCOR	Bisoprolol	Hypertonie, Angina pectoris	5,6	-6,8
60	KEPPRA	Levetiracetam	Epilepsie	5,6	-12,1
61	INFANRIX	Diphth-Pertus-Tetanus-Impfung	Dipht., Pertus.,Tetanus-Prophylaxe	5,6	-11,0
62	TARGIN	Oxycodon, Kombinationen	Schmerzen	5,5	13,9
63	PREVENAR	Pneumokokken-Impfstoff	Pneumokokken-Prophylaxe	5,4	-9,2
64	VICTOZA	Liraglutid	Diabetes mellitus	5,4	6,4
65	ALLERGOVIT	Allergene	Allergiebeschwerden	5,4	-6,6
66	PANTOPRAZOL 1A	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	5,4	42,7
67	TASIGNA	Nilotinib	Leukämie	5,2	26,7
68	AFINITOR	Everolimus	Pankreastumor	5,1	53,1
69	CYMBALTA	Duloxetin	Depression	5,1	-2,3
70	XALATAN	Latanoprost	Glaukom	5,1	-11,0
71	SIMPONI	Golimumab	rheumatoide Arthritis	5,0	11,9
72	DELIX	Ramipril	Herzinfarkt, Hypertonie	5,0	6,7
73	ALKDEPOT	Allergene	Hyposensibilisierung	5,0	-5,3
74	AZILECT	Rasagilin	Parkinson	5,0	-3,2
75	LORZAAR	Losartan	Hypertonie, Herzinsuffizienz	5,0	-10,5
76	CRESTOR	Rosuvastatin	Hypercholesterinämie, Herzkrankheit	4,9	-11,9
77	VOLTAREN	Diclofenac	Schmerzen	4,9	-1,4
78	HUMALOG	Insulin lispro	Diabetes mellitus	4,9	1,1
79	VOLTAREN	Diclofenac	Schmerzen	4,9	-4,1

...

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
80	PRIVIGEN	Immunglobuline	Immunmangelkrankheit	4,7	8,1
81	ROACTEMRA	Tocilizumab	rheumatoide Arthritis	4,6	31,2
82	PREZISTA	Darunavir	HIV, Aids	4,6	24,0
83	NASONEX	Mometason	Heuschnupfen, Rhinitis	4,5	5,0
84	SINUPRET	Enzian, Holunder, Eisenkraut	Sinusitis	4,5	7,7
85	GENOTROPIN	Somatropin	Mangel an Wachstumshormonen	4,5	-18,1
86	XGEVA	Denosumab	Osteoporose, Knochemetastasen	4,5	59,6
87	LEVEMIR	Insulin detemir	Diabetes mellitus	4,4	13,4
88	VELMETIA	Metformin, Sitagliptin	Diabetes mellitus	4,4	12,7
89	COAPROVEL	Irbesartan, Hydrochlorothiazid	Hypertonie, Herzinsuffizienz	4,4	-9,6
90	SUTENT	Sunitinib	Stromatumor, Nierenzellkarzinom	4,4	-24,8
91	REPLAGAL	Agalsidase alfa	Fabry-Syndrom	4,4	1,5
92	TARCEVA	Erlotinib	Bronchial- und Pankreaskarzinom	4,3	-4,7
93	NEUPRO	Rotigotin	Parkinson	4,2	7,3
94	SANDOSTATIN	Octreotid	Karzinoid, Akromegalie	4,1	-3,8
95	NORVASC	Amlodipin	Hypertonie, Herzinsuffizienz	4,0	-20,0
96	STALEVO	Levodopa-Kombinationspräparat	Parkinson	4,0	5,0
97	AXURA	Memantin	Alzheimer	4,0	-14,1
98	VOCADO	Olmesartan medoxomil, Amlodipin	Hypertonie	4,0	26,8
99	NORDITROPIN	Somatropin	Wachstumshormon	4,0	-2,0
100	OLMETEC	Olmesartan medoxomil	Hypertonie	3,9	6,6
101	ARANESP	Darbepoetin alfa	Anämie	3,9	9,2
102	RASILEZ	Aliskiren	Hypertonie	3,9	-29,7
103	STELARA	Ustekinumab	Plaque-Psoriasis	3,8	27,3
104	JAKAVI	Ruxolitinib	Leukämie	3,8	570,0
105	TREVILOR	Venlafaxin	Depression	3,8	-27,8
106	COAGUCHEK	Koagulations-Testzone	Thrombose-Prophylaxe	3,8	13,7
107	THYRONAJOD	Kaliumiodid, Levothyroxin-Natrium	Schilddrüsenunterfunktion	3,8	3,8
108	VESIKUR	Solifenacin	Dranginkontinenz	3,8	16,1
109	PROGRAF	Tacrolimus	Dermatitis	3,8	-2,4
110	MONO EMBOLEX	Heparin	Thrombose-Prophylaxe	3,8	26,5
111	METEX	Methotrexat	rheumatoide Arthritis, Mamma-Ca	3,8	12,0
112	NOVALGIN	Metamizol-Natrium	Fieber, Schmerzen	3,7	11,4
113	PROVAS	Valsartan	Hypertonie, Herzinsuffizienz	3,7	-16,4
114	EUTHYROX	Levothyroxin-Natrium	Schilddrüsenhormon	3,7	6,2
115	KREON	Pankreatin	Pankreasstörungen	3,7	4,3
116	TEMODAL	Temozolomid	Hirntumor	3,7	-13,8
117	SINGULAIR	Montelukast	Asthma bronchiale	3,6	-16,4
118	FOSTER	Formoterol, Beclometason	Asthma bronchiale	3,6	27,6
119	NEBILET	Nebivolol	Hypertonie, Herzinsuffizienz	3,6	-11,3
120	FUMADERM	Fumarsäure-Derivate, Kombinationen	Psoriasis vulgaris	3,6	8,6
121	ISCOVER	Clopidogrel	Thrombose, Angina-pectoris	3,6	-26,0

...

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
122	TRACLEER	Bosentan	Pulmonale, arterielle Hypertonie	3,5	15,1
123	EUCREAS	Metformin, Vildagliptin	Diabetes mellitus	3,5	21,4
124	SALOFALK	Mesalazin	Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	3,5	0,5
125	PROLIA	Denosumab	Osteoporose	3,4	40,8
126	CARMEN	Enalapril, Lercanidipin	Hypertonie	3,4	0,2
127	XELEVIA	Sitagliptin	Diabetes mellitus	3,4	21,5
128	MOVICOL	Macrogol	Diarrhö	3,3	0,5
129	EXELON	Rivastigmin	Alzheimer, Demenz	3,3	-4,8
130	GARDASIL	HPV-Impfstoff	Zervixkarzinom-Prophylaxe	3,2	11,4
131	PROCORALAN	Ivabradin	Angina pectoris	3,2	17,6
132	MARCUMAR	Phenprocoumon	Schlaganfall, Herzinfarkt	3,2	-0,7
133	SEVIKAR	Olmesartan medoxomil, Amlodipin	Hypertonie, Herzinsuffizienz	3,2	32,7
134	DUODART	Tamsulosin, Dutasterid	Benigne 'Prostatahyperplasie	3,1	28,6
135	OCTAGAM	Immunglobuline	Mangel an Antikörpern	3,1	31,0
136	KATADOLON	Flupirtin	Schmerzen	3,1	-14,6
137	VOTRIENT	Pazopanib	Nierenzellkarzinom	3,1	47,9
138	CELLCEPT	Mycophenolsäure	Herz-, Leber-, Nierentransplantation	3,1	-4,6
139	APROVEL	Irbesartan	diabetische Nephropathie, Hypertonie	3,0	-13,7
140	BLOPRESS PLUS	Candesartan, Hydrochlorothiazid	Hypertonie, Herzinsuffizienz	3,0	-45,9
141	PURETHAL	Allergene	Hyposensibilisierung	3,0	6,8
142	KIVEXA	Lamivudin, Abacavir	HIV, Aids, Hepatitis B	3,0	29,9
143	DEPIGOID	Allergene	Hyposensibilisierung	3,0	-9,2
144	REQUIP	Ropinirol	Parkinson	2,9	-14,8
145	VALSARTAN HEXAL	Valsartan	Hypertonie	2,8	146,8
146	HIZENTRA	Immunglobuline	Immundefizenz	2,8	12,8
147	OLIMEL	Emulsion zur Infusion	Infusionszubehör	2,8	4,8
148	AERIUS	Desloratadin	Heuschnupfen, Rhinitis	2,8	0,2
149	SMOFKABIVEN	Emulsion zur Infusion	parenterale Ernährung	2,8	0,2
150	FSME-IMPFUNG	FSME, inaktiviert, ganzes Virus	FSME-Prophylaxe	2,7	22,7
151	EFIENT	Prasugrel	Thrombose-Prophylaxe, Angina pect.	2,7	16,5
152	VALDOXAN	Agomelatin	Depression	2,7	-18,8
153	AVANZ	Allergene	Hyposensibilisierung	2,7	13,7
154	SIMVAHEXAL	Simvastatin	Hypercholesterinämie	2,7	0,8
155	DEKRISTOL	Colecalciferol	Mangel an Vitamin D	2,7	80,4
156	PALLADON	Hydromorphon	Schmerzen	2,7	-2,3
157	ONE TOUCH	Glucose	Diabetes mellitus	2,7	4,8
158	VIRAMUNE	Nevirapin	HIV	2,7	-2,9
159	PRIORIX	Masern-Mumps-Röteln-Impfung	Masern-Mumps-Röteln-Impf.	2,7	-13,5
160	ATMADISC	Salmeterol, Fluticason	Asthma bronchiale	2,7	-0,7
161	FREESTYLE	Glucose-Testzone	Diabetes mellitus	2,7	12,9
162	INTRATECT	Immunglobuline	Mangel an Antikörpern	2,6	10,2
163	FORTIMEL	Ergänzungs- und Aufbaunahrung	Mangelernährung	2,6	3,2

...

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
164	MULTAQ	Dronedaron	Vorhofflimern	2,6	-4,5
165	FEMARA	Letrozol	Mammakarzinom	2,6	-27,2
166	ASPIRIN	Acetylsalicylsäure	Schmerzen, Herzinfarkt, Thrombose	2,6	-8,0
167	EVIPLERA	Emtricitabin, Tenofovir und Rilpivirin	HIV, AIDS	2,6	159,6
168	IBUFLAM	Ibuprofen	Schmerzen, Fieber	2,5	35,8
169	MUTAFLOR	Escherichia coli, inaktiviert	Durchfall, Magen-Darm-Infekte	2,5	-6,8
170	ADENURIC	Febuxostat	erhöhter Harnsäurespiegel	2,5	39,3
171	NEBIDO	Testosteron	Androgen-, Testesteron-Mangel	2,5	6,6
172	FASLODEX	Fulvestrant	Mammakarzinom	2,5	-3,5
173	KALETRA	Lopinavir und Ritonavir	HIV, Aids	2,4	-9,6
174	EXJADE	Deferasirox	Eisenüberladung	2,4	-2,5
175	ISCADOR	Apfelbaummistelkraut	Kolorektal-, Pankreas-, Mamma-Ca	2,4	-9,6
176	BRILIQUE	Ticagrelor	Thrombose-Prophylaxe	2,4	79,3
177	KINZALKOMB	Telmisartan, Hydrochlorothiazid	Hypertonie, Herzinsuffizienz	2,4	0,0
178	ARICEPT	Donepezil	Alzheimer	2,4	-30,5
179	INSUMAN	Insulin (human)	Diabetes mellitus	2,4	-2,5
180	AGGRENOX	Acetylsalicylsäure, Dipyridamol	Schlaganfall	2,4	-2,9
181	XOLAIR	Omalizumab	Asthma bronchiale	2,4	17,9
182	ESBRIET	Pirfenidon	Lungenfibrose	2,3	55,0
183	SPRYCEL	Dasatinib	Leukämie	2,3	18,3
184	RAMIPRIL 1A	Ramipril	Hypertonie, Herzinsuffizienz	2,3	42,3
185	KINZALMONO	Telmisartan	Hypertonie	2,3	0,0
186	ACTRAPID	Insulin (human)	Diabetes mellitus	2,3	2,7
187	PALEXIA	Tapentadol	Tumorschmerz	2,3	20,6
188	IBU	Ibuprofen	Schmerzen, Fieber	2,3	21,7
189	SOLARAZE	Diclofenac	Schwellung, Verstauchung	2,2	4,1
190	SIMVASTATIN 1A	Simvastatin	Hypercholesterinämie	2,2	10,1
191	XELODA	Capecitabin	Kolorektal-, Kolon-, Mammakarzinom	2,2	5,2
192	FLOXAL	Ofloxacin	Konjunktivitis, Hornhautentzündung	2,2	3,0
193	GELOMYRTOL	Expektoranzien	Sinusitis	2,2	-5,4
194	IBEROGAST	Schleifenblume, u.a.	Magen-Darm-Infekt	2,2	-3,0
195	CLARIUM	Piribedil	Parkinson	2,2	13,8
196	ZACPAC	Pantoprazol, Amoxicillin, Clarithromy.	Magen-, Darm-Infekt, Geschwüre	2,2	-4,6
197	OMACOR	Omega-3-Fettsäuren	Herzinfarkt	2,2	-11,7
198	SANDIMMUN	Ciclosporin	Herz-, Leber-, Nierentransplantation	2,1	-1,9
199	AVASTIN	Bevacizumab	Kolorektal-, Kolon-, Nierenzellkarzin	2,1	24,9
200	MABTHERA	Rituximab	rheumatoide Arthritis, Leukämie	2,1	20,8
201	CELEBREX	Celecoxib	rheumatoide Arthritis	2,1	-6,3
202	ACC	Acetylcystein	Husten	2,1	0,6
203	SYNAGIS	Palivizumab	Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion	2,1	-13,4
204	KARVEZIDE	Irbesartan, Hydrochlorothiazid	diabetische Nephropathie, Hypertonie	2,1	-10,9
205	MADOPAR	Levodopa und Decarboxylasehemmer	Parkinson	2,1	9,2

•••

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
206	COSOPT	Timolol, Kombinationen	Glaukom	2,1	1,1
207	DUROGESIC	Fentanyl	Schmerzen	2,1	-6,1
208	REVATIO	Sildenafil	Impotenz, pulmonale Hypertonie	2,0	29,0
209	ADVATE	Gerinnungsfaktor VIII	Hämophilie	2,0	
210	BERODUAL	Fenoterol, Ipratropiumbromid	Asthma bronchiale	2,0	-0,3
211	APIDRA	Insulin glulisin	Diabetes mellitus	2,0	19,5
212	VALORON	Tilidin, Naloxon	Schmerzen	2,0	-10,0
213	NEXAVAR	Sorafenib	Leber- und Nierenzellkarzinom	2,0	-8,6
214	WOBENZYM	Bromelaine	Enzymtherapie	2,0	1,0
215	CEREZYME	Imiglucerase	Morbus Gaucher	2,0	-18,7
216	GONAL	Follitropin alfa	künstliche Befruchtung, Infertilität	2,0	-22,6
217	MYOZYME	Alglucosidase alfa	Morbus Pompe	2,0	78,0
218	HYALART	Hyaluronsäure	Augentrockenheit	1,9	12,8
219	FAMPYRA	Fampridin	Multiple Sklerose	1,9	-37,1
220	TAFLOTAN	Tafluprost	Glaukom	1,9	1,7
221	PANTOPRAZOL TAK.	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	1,9	2,9
222	EMEND	Aprepitant	Übelkeit bei Chemotherapie	1,9	8,8
223	CIMZIA	Certolizumab pegol	Morbus crohn, Rheuma	1,9	31,1
224	ISOPTO	Dexamethason	Glaukom	1,9	5,5
225	ORTHOMOL	Vitamine, Mineralstoffe	Mangel an Nährstoffen	1,9	-1,0
226	PANTOPRAZOL ACT.	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	1,8	248,1
227	MEDIVITAN	Kombinationen von Vitaminen	Mangel an Viraminen	1,8	9,2
228	HERCEPTIN	Trastuzumab	Magen-, Mammakarzinom	1,8	-19,8
229	REMERGIL	Mirtazapin	Depression	1,8	-18,8
230	ALNA	Tamsulosin	Prostatahyperplasie	1,8	-24,6
231	ARIXTRA	Fondaparinux	Thrombose, Angina-pectoris	1,8	-21,7
232	AZOPT	Brinzolamid	Glaukom	1,8	1,4
233	ASCOTOP	Zolmitriptan	Migräne	1,8	-15,5
234	AVALOX	Moxifloxacin	Pneumonie, Sinusitis, Bronchitis	1,8	-2,8
235	MIMPARA	Cinacalcet	Hyperkalziämie, Hyperparathyr.	1,8	16,8
236	CERTICAN	Everolimus	Transplantation	1,8	18,7
237	OMEP	Omeprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	1,8	-4,0
238	METOHEXAL-SU	Metoprolol	Angina pectoris, Hypertonie	1,8	20,7
239	KIOVIG	Immunglobuline	Immunmangelkrankheit	1,8	-3,5
240	PANTOPRAZOL HEX.	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	1,7	19,3
241	ORENCIA	Abatacept	juvenile Arthritis	1,7	68,2
242	PANTOPRAZOL RATI	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	1,7	25,8
243	DUODOPA	Levodopa und Decarboxylasehemmer	Morbus Parkinson	1,7	35,3
244	TESTOGEL	Testosteron	Androgen-, Testesteron-Mangel	1,7	5,0
245	XALACOM	Timolol, Kombinationen	Glaukom	1,7	-3,6
246	GINGIUM	Ginkgoblätter	Demenz	1,7	-5,0
247	XUSAL	Levocetirizin	Heuschnupfen, Rhinitis	1,7	-5,5

•••

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
248	DAFIRO	Valsartan, Amlodipin und HCT	Hypertonie	1,7	29,4
249	FERINJECT	Eisen(III)hydroxid-Polymaltose-Kompl.	Anämie	1,7	12,2
250	IBUPROFEN	Ibuprofen	Schmerzen, Fieber	1,7	0,7
251	ACAROID	Allergene	Allergiebeschwerden	1,7	-4,7
252	AMOXICILLIN RATI	Amoxicillin	Hypertonie, Angina pectoris	1,7	-17,1
253	ZYPREXA	Olanzapin	Schizophrenie, Manie	1,7	-22,5
254	RAMIPRIL HEXAL	Ramipril	Hypertonie, Herzinsuffizienz	1,7	15,1
255	TORASEMID 1A	Torasemid	Herzinsuffizienz	1,7	37,5
256	BONVIVA	Ibandronsäure	Knochenmetastasen, Osteoporose	1,7	-15,8
257	TOREM	Torasemid	Lungenödem, Hypertonie	1,6	-3,0
258	STALORAL	Allergene	Hyposensibilisierung	1,6	-10,0
259	OXYGESIC	Oxycodon	Schmerzen	1,6	-26,0
260	PARACODIN	Dihydrocodein	Schmerzen, Husten	1,6	15,3
261	PROTAPHANE	Insulin (human)	Diabetes mellitus	1,6	-2,3
262	ABILIFY	Aripiprazol	Schizophrenie, Manie	1,6	-7,7
263	IRESSA	Gefitinib	Lungenkarzinom	1,6	-3,3
264	DONA	Glucosamin	Arthrose	1,6	-17,9
265	ECURAL	Mometason	Psoriasis vulgaris, Dermatitis	1,6	3,8
266	STILNOX	Zolpidem	Schlafstörungen	1,6	-7,8
267	CANDESARTAN RATI	Candesartan	Hypertonie	1,6	275,2
268	ZELBORAF	Vemurafenib	Melanom	1,6	-23,2
269	XTANDI	Enzalutamid	Prostatakarzinom	1,5	neu
270	KARVEA	Irbesartan	diabetische Nephropathie, Hypertonie	1,5	-16,6
271	ARIMIDEX	Anastrozol	Mammakarzinom	1,5	-31,8
272	DECORTIN	Prednisolon	Autoimmunerkrankungen	1,5	-4,7
273	DILATREND	Carvedilol	Angina pectoris, Hypertonie	1,5	-20,3
274	RIFUN	Pantoprazol	Refluxösophagitis, Helicobacter-pylor	1,5	-16,1
275	VFEND	Voriconazol	Aspergillose, Candidosis, Systemmyk.	1,5	-11,0
276	NOVAMINSULFON	Metamizol-Natrium	starke Schmerzen	1,5	-6,9
277	HUMATROPE	Somatropin	Wachstumshormon	1,5	3,4
278	URSOFALK	Ursodeoxycholsäure	Cholezystolithiasis, Gastritis, Leber	1,5	7,2
279	BUDENOFALK	Budesonid	Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	1,5	-0,8
280	PROSTAGUTT	Sägepalm-, Brennesselfr.	Harndrang	1,5	-8,0
281	INFLUSPLIT	Influenza-Impfstoff	Influenza-Prophylaxe	1,5	19,3
282	PARI	Inhalatoren	Atemwegsinfektion	1,5	20,7
283	NUTRIFLEX	Sondernahrung	parenterale Ernährung	1,5	53,0
284	ONGLYZA	Saxagliptin	Diabetes mellitus	1,5	14,7
285	CRATAEGUTT	Crataegus-Glykoside	Herzschwäche	1,5	-10,4
286	PERENTEROL	Saccharomyces boulardii	Diarrhö, Akne	1,5	-10,8
287	TOCTINO	Alitretinoin	Ekzeme	1,5	4,1
288	TAVOR	Lorazepam	Angst, Erregungszustand	1,5	4,2
289	LUMIGAN	Bimatoprost	Glaukom	1,5	27,0

...

Pl.	Präparat	Wirkstoff	Hauptindikation	Mio. [€]	VÄ [%]
290	ELIQUIS	Apixaban	Schlaganfall-Prophylaxe	1,5	1.550,3
291	GRAZAX	Allergene	Allergiebeschwerden	1,5	-8,3
292	ACTONEL	Risedronsäure	Osteoporose	1,4	-15,4
293	ZODIN	Omega-3-Fettsäuren	Herzinfarkt-Rezidivprophylaxe	1,4	-9,7
294	CAPVAL	Noscapin	Husten	1,4	4,9
295	INNOHEP	Tinzaparin	Thrombose, Lungenembolie	1,4	-15,1
296	NOVAMINSULFON	Metamizol-Natrium	starke Schmerzen	1,4	65,4
297	SPASMEX	Trospium	Dranginkontinenz	1,4	13,7
298	EMSELEX	Darifenacin	Dranginkontinenz	1,4	9,9
299	DECODERM	Fluprednidén	Hauterkrankungen	1,4	11,0
300	FERRO	Eisen(II)sulfat	Anämie	1,4	8,8

Literaturhinweise

AkdÄ (2013): Leitfaden der AkdÄ zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa) und Rivaroxaban (Xarelto) und Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) vom 18. Januar 2013.

Ärzte Zeitung (2013): „Kinder impfen, um Alte zu schützen?“ Ausgabe vom 04.10. 2013.

Ärzte-Zeitung (2014): Keine Auseinzelung ohne Zulassung, Verweis auf AZ: 416 HKV 78/11, 16.01.2014

AVI (2012): Arzneimittelkursbuch 2010/11

Bödeker, B. (2014): Influenza-Impfverhalten schwangerer Frauen in Deutschland, Vortrag bei 9. Jahrestagung der DGEpi.

Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Gesetzliche Krankenversicherung. Rechnungsergebnisse 2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln, PKV (verschiedene Jahrgänge): Zahlenbericht der PKV.

Bundesversicherungsamt (2014): Risikostrukturausgleich, Info-Dateien und Auswertungen, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2008): Rheuma in Zahlen, Berlin.

Deutsche-Apotheker-Zeitung (2014):„Pharmamarkt weltweit – TOP 10 – Bestseller“, Ausgabe vom 04.04.2014.

Dören, M, Gerhardus, A. et al. (2008): Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen, http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads/Stellungnahme_Wirksamkeit_HPV-Impfung.pdf (23.12.2014).

EMA (2013): Guideline on Similar Biological Medicinal Products.

Finkenstädt, V.; Wild, F. (2013): HIV-Infektion in der PKV, WIP-Diskussionspapier 2/2013.

G-BA (2012). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Abirateron vom März 2012.

G-BA (2013a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM -RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V –Regorafenib vom 01. Oktober 2013.

G-BA (2013b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM -RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V –Ocriplasmin vom 17. Oktober 2013.

G-BA (2013c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM -RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V –Apixaban (neues Anwendungsgebiet) vom 20. Juni 2013.

G-BA (2014a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM -RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V –Enzalutamid vom 20. Februar 2014.

G-BA (2014b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel Richtlinie (AM -RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V –Regorafenib vom 14. März 2014.

Gille, G. et al. (2014): HPV-induzierte Kondylome, Karzinome und Vorläuferläsionen – eine interdisziplinäre Herausforderung, in: Dtsch Med Wochenschr 139, 2405-2410.

GKV-Spitzenverband (2014), Anzahl der Krankenkassen.

GKV-Spitzenverband (2014): Praxisbesonderheiten, Stand: 02.12.2014.

Hein, C. (2012): Entzündliche Erkrankungen und Osteoporose – Potenzial der RANKL-Hemmung am Beispiel der rheumatoiden Arthritis, in: Aktuelle Rheumatologie 37 (04): 243-247.

info santésuisse (2014) Umsatzstärkste Medikamente, Ausgabe 3-4/14.

Jansen, R. (2013): The off-label use of medication: the latest on the Avastin-Lucentis debacle, in: Medicine Law 32; 65-77.

Laschet, H. (2013): Zwischen Recht und Sparwahn, in. Ärzte-Zeitung vom 27.08.2013;

Niehaus, F. (verschiedene Jahrgänge): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP).

PKV-Verband (verschiedene Jahrgänge): Zahlenbericht (verschiedene Jahrgänge).

ProGenerika (2012): Zahl des Monats Mai 2012.

Robert-Koch-Institut (2013b): Krebs in Deutschland, S. 78.

Robert-Koch-Institut (2013a): Epidemiologisches Bulletin (2014) vom 26. August 2013.

Robert-Koch-Institut (2014): Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 vom 25. August 2014.

S1-Leitline der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Stand 2012.

Sächsische Impfkommission (2014): Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen Stand: 01.01.2014.

Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-, Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt 2007:112-8;

Schreiber, S. et al. (2014): Evolution der Biologika in der Entzündungsmedizin – Biosimilars in Gastroenterologie, Rheumatologie und Dermatologie, in: DMW 139, 47, 2399-2404.

Schwabe, U., Paffrath, D. (2014): Arzneiverordnungs-Report 2014.

Schwabe, U., Paffrath, D. (2006): Arzneiverordnungs-Report 2007.

Ständige Impfkommission (2011): Standardvorgehensweise der Ständigen Impfkommission (STIKO) für die systematische Entwicklung von Impfempfehlungen (verabschiedet am 10.11.2011).

Wild, F. (2011): Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Eine Analyse der Verordnungen von Methylphenidat und Atomoxetin für Versicherte privater Krankenversicherungen, in: Psychopharmakotherapie 18:84–8.

Wild, F. (2012): Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt die Umstellung der Medikation bei Privatpatienten?, WIP-Diskussionspapier 1/2012.

Wild, F. (2013): Impfpraxis gegen humane Papilloma-Viren für 2006-2011, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 161:34-39.

Wild, F. (2014): Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014.

Wutzler, P., Hardt, R., Knuf, M., Wahle, K. (2013):„Target vaccine selection in influenza vaccination, in: Dtsch Arztebl Int 2013; 110 (47):793-8.

Zulewski H. (2011): Hypothyroidism, in: Therapeutische Umschau 68:315–320.

WIP-Veröffentlichungen seit 2010

Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 2/2014, Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Prof. Dr. Bruno Schönfelder, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013, Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-3-9

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Dr. Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Dr. Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich - Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben, WIP-Diskussionspapier 4/2011, Dr. Frank Wild

Impfung gegen humane Papillomvieren (HPV) – Eine Analyse der Verordnungsdaten Privatversicherter, WIP-Diskussionspapier 3/2011, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2009 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-2-2

Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA, WIP-Diskussionspapier 2/2011, Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler, Verena Finkenstädt

Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte, WIP-Diskussionspapier 1/2011, Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2008, WIP-Diskussionspapier 5/2010, Dr. Frank Niehaus

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008, WIP-Diskussionspapier 4/2010, Dr. Torsten Keßler

Das Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz- und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9813569-0-8

Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV? WIP-Diskussionspapier 3/2010, Dr. Frank Schulze Ehring, Dr. Anne-Dorothee Köster (Gastautoren)

Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP-Diskussionspapier 2/2010, Dr. Frank Wild

Zukünftige Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9810070-9-1

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV