

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten:  
Die Verordnung von neuen Wirkstoffen  
(Ausgabe 2008)

Dr. Frank Wild

WIP-Diskussionspapier 1/08

<b>1</b>	<b><i>Einleitung</i></b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b><i>Methodik</i></b>	<b>4</b>
2.1	<b>Datenmaterial</b>	<b>4</b>
2.2	<b>Ermittelte Kennzahlen</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b><i>Vergleich der Innovationsquoten von PKV und GKV</i></b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b><i>Die neuen Wirkstoffe des Jahres 2005</i></b>	<b>8</b>
4.1	<b>Rangliste nach Umsätzen in der PKV</b>	<b>8</b>
4.2	<b>Rangliste nach indikationsbezogenem Marktanteil</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b><i>Medikamente der letzten zehn Jahre mit größeren Unterschieden bei PKV und GKV</i></b>	<b>11</b>
5.1	<b>Unterschiede im indikationsbezogenen Marktanteil (nach Umsatz)</b>	<b>11</b>
5.2	<b>Unterschiede im indikationsbezogenen Marktanteil (nach Verordnungen)</b>	<b>13</b>
5.3	<b>Wirkstoffe, die GKV-Versicherte sehr selten erhalten</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b><i>Fazit</i></b>	<b>17</b>
<b>7</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b>	<b>18</b>

# 1 Einleitung

Die systembedingten Unterschiede von PKV (Private Krankenversicherung) und GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) zeigen sich auch in der Arzneimittelversorgung. Eine Untersuchung bezüglich der Bedeutung von neuen Medikamenten veröffentlichte das WIP erstmals im letzten Jahr. Hierbei offenbarte sich, dass privat Krankenversicherte anteilig mehr neue Wirkstoffe erhalten als Kassenpatienten.<sup>1</sup> Diese Analyse wird mit dem vorliegenden Diskussionspapier fortgesetzt. Die im vergangenen Jahr eingeführte indikationsbezogene Innovationsquote wird mit aktuellen Daten berechnet. Dies ermöglicht nicht nur einen erneuten Vergleich von PKV und GKV, sondern auch eine Analyse der Entwicklung im Zeitablauf. Weiterhin wird erstmals gegenübergestellt, welche neueren Medikamente, Privatversicherte in deutlich größerem Umfang als Kassenpatienten erhalten. Hierzu werden die indikationsbezogenen Marktanteile der Wirkstoffe gebildet, die seit 1996 auf dem deutschen Markt zugelassen sind. Außerdem werden die Arzneimittel aufgeführt, die Kassenpatienten nur sehr selten erhalten, die aber in der PKV eine größere Bedeutung aufweisen. Insgesamt bestätigt die Untersuchung die These, dass bei privat Krankenversicherten anteilig mehr neue und innovative Medikamente verordnet werden. Vermutlich erlaubt die Budgetierung in der GKV den Ärzten bei einer Reihe von Therapien nicht, in größerem Maße auf die meist teureren Wirkstoffe zurückzugreifen.

Eine pharmakologische Bewertung, inwieweit der bessere Zugang zu neueren Medikamenten auch eine bessere Therapie ermöglicht und zu einer geringeren Mortalität oder einer schnelleren Heilung führt, ist nicht Schwerpunkt dieser Untersuchung. Ähnlich verhält es sich mit der Frage, inwieweit die höheren Kosten von innovativen Medikamenten dazu beitragen, sonst auftretende Folgekosten – bei weniger wirksamen Medikamenten - zu sparen. Entsprechende Erkenntnisse wären wünschenswert, sind aber nur in den wenigsten Fällen verfügbar.

Mit dieser Untersuchung soll weitere Transparenz in die Arzneimittelversorgung von Privat-, aber auch GKV-Versicherten gebracht werden. Gerade das Nebeneinander von PKV und GKV im deutschen Gesundheitswesen schafft die Möglichkeit, systembedingte Wirkungen durch unterschiedliche Anreize und Rationierungsinstrumente zu erforschen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Wild (2007).

## 2 Methodik

### 2.1 Datenmaterial

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Verordnungsdaten (Pharmazentralnummer und Anzahl der Verordnungen) von vier PKV-Unternehmen aus dem Jahr 2006 herangezogen. Beim Vergleich der Innovationsquote mit dem Vorjahr wurde zudem auf die Berechnungen der letztjährigen Untersuchung zurückgegriffen.

Der Analyse für das Jahr 2006 liegen 5,6 Millionen Verordnungen bei einem Umsatz von 220 Millionen € vor. Dies sind etwa 8 % der Arzneimittelausgaben der PKV (einschließlich des Beihilfenanteils). Bei den Verordnungen handelt es sich um die Arzneimittelrechnungen, die von den Versicherten zur Erstattung eingereicht wurden. Das Durchschnittsalter der Versicherten in der verwendeten PKV-Stichprobe liegt bei 37,0 Jahren und ist damit geringer als in der gesamten PKV (40,8 Jahre). Der Anteil der Beihilfeberechtigten in der Stichprobe beträgt 31,8 % (Gesamt-PKV: 48,8 %), die Männerquote 63,5 % (Gesamt-PKV: 50,5 %).

Die Arzneiverordnungsdaten (Umsatz und Verordnungszahlen) der GKV wurden dem Arzneiverordnungsreport 2007 entnommen.<sup>2</sup> Der Arzneiverordnungsreport dokumentiert die Ergebnisse einer Vollerhebung der Arzneimittelverordnungen in der GKV. Detaillierte Daten zu den einzelnen Arzneimitteln (Umsatz, Verordnungszahl) liegen hier für die 3000 verordnungshäufigsten Medikamente vor. Hiermit werden 96,5 % aller Verordnungen und 93,8 % aller Umsätze in der GKV abgedeckt. Die GKV-Versicherten sind mit einem Durchschnittsalter von 42,4 Jahren etwas älter als die privat Krankenversicherten. Die Arzneimitteldaten (Klassifizierung nach ATC-Code<sup>3</sup>, Name, Wirkstoffmenge, Darreichungsform, Preis) stammen aus der Pharmazentralnummer-Datenbank der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände). Bei der Untersuchung folgt die Studie in der Systematik der Arzneien der Gliederung nach dem ATC-Code. Verwendung findet insbesondere die zweite Ebene, die Ebene der therapeutischen Untergruppe. Für die Berechnung der indikationsbezogenen Innovationsquote wurden die neuen Wirkstoffe der Jahrgänge 1996 bis 2005 herangezogen. Eine spezielle Analyse erfahren die Wirkstoffe des Jahres 2005.

---

<sup>2</sup> Vgl. Schwabe, Paffrath (2008).

<sup>3</sup> Der ATC-Code ist die anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation der WHO (Weltgesundheitsorganisation), seit 1.1.2005 auch als amtliche Klassifikation in Deutschland eingeführt.

## 2.2 Ermittelte Kennzahlen

Um die Bedeutung von neuen Medikamenten bei PKV und GKV zu ermitteln, ist es möglich, ihren Anteil am Gesamtumsatz oder an den gesamten Verordnungen zu berechnen und zu vergleichen. Eine solche Vorgehensweise erlaubt dann auch eine Aussage darüber zu treffen, welche Bedeutung die neuen Medikamente für die Arzneimittelausgaben einnehmen. Weniger hilfreich ist eine solche Gegenüberstellung jedoch, wenn man die Bedeutung der neuen Wirkstoffe für einzelne Krankheitsbilder bemessen möchte. Es ist durchaus denkbar, dass ein neuer Wirkstoff zwar einen geringen Anteil am Gesamtumsatz aufweist, für eine bestimmte Gruppe von Krankheiten aber von erheblicher Relevanz ist. Zudem sind derartige Anteile auch von der Alters- und Morbiditätsstruktur abhängig. Es ist deshalb empfehlenswert, für die Ermittlung der Bedeutung von neuen Wirkstoffen, eine indikationsbezogene Innovationsquote zu bilden. Für die Berechnung dieser Quote wird der Umsatz des Jahres 2006 eines Wirkstoffs im Verhältnis zum Umsatz des gleichen Jahres in seiner zugehörigen therapeutischen Untergruppe gesetzt. Damit lässt sich beispielsweise feststellen, ob ein Patient, der einen Cholesterinsenker benötigt, eher einen neuen Wirkstoff oder eher einen älteren erhält. Da die jeweilige therapeutische Untergruppe die Grundgesamtheit darstellt, kann der Einfluss der Altersstruktur bzw. der Morbidität der Versicherungsträger auf das Ergebnis minimiert werden.

Es kann sowohl ein indikationsbezogener Marktanteil eines Wirkstoffs als auch eine indikationsbezogene Innovationsquote über mehrere Wirkstoffe berechnet werden. Für die Berechnung der indikationsbezogenen Innovationsquote werden in dieser Studie die neuen Wirkstoffe von zehn Jahrgängen (1996 bis 2005) herangezogen. Eine Analyse der Wirkstoffe des Jahrgangs 2006 wurde als nicht sinnvoll erachtet, da sie zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Jahr 2006 auf dem Markt erschienen und ein Vergleich der jeweiligen Verordnungszahlen im Jahr 2006 damit nicht sinnvoll ist. Um keine Verzerrung zu erzeugen, werden aus jedem Jahrgang nur die Wirkstoffe betrachtet, für die GKV-Umsatzdaten im aktuellen Arzneiverordnungsreport ausgewiesen sind.

Um den Vergleich im Zeitablauf abzubilden, werden die Werte aus dem Vorjahr gegenübergestellt. Im letzten Jahr wurden die Umsätze des Jahres 2005 für die Berechnung verwendet. Als neue Wirkstoffe wurden damals die Wirkstoffe des Jahrgangszeitraums 1995 bis 2004 zu Grunde gelegt.

### 3 Vergleich der Innovationsquoten von PKV und GKV

Für diese Analyse wurden die indikationsbezogene Innovationsquote für die PKV und die GKV gebildet. Zusätzlich zum Vergleich der beiden Versicherungsträger erfolgt auch eine Gegenüberstellung mit den Werten des Vorjahres. Die folgende Tabelle zeigt das ermittelte Ergebnis:

Einführungsjahr der Wirkstoffe	Indikationsbezogene Innovationsquote PKV		Indikationsbezogene Innovationsquote GKV	
	2005	2006	2005	2006
2005		1,9%		1,7%
2004	3,4%	5,0%	2,4%	3,9%
2003	6,3%	8,6%	5,4%	7,8%
2002	5,3%	4,6%	4,2%	4,0%
2001	11,8%	10,6%	10,0%	9,6%
2000	10,5%	11,9%	8,1%	8,6%
1999	4,8%	6,7%	3,2%	3,6%
1998	6,2%	6,5%	5,1%	5,5%
1997	9,0%	9,1%	4,0%	4,2%
1996	8,4%	7,7%	7,4%	6,7%
1995	7,2%		4,3%	
<b>Gesamte Zeitraum</b>	<b>7,3%</b>	<b>7,5%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,4%</b>

**Tabelle 1: Indikationsbezogene Innovationsquote in den Jahren 2005 und 2006**

Die neuen Wirkstoffe der Jahre 1996 bis 2005 nehmen bei der PKV im Schnitt einen Umsatzanteil von 7,5 % an den jeweiligen therapeutischen Untergruppen ein. Dies ist wie bereits im Vorjahr ein deutlich höherer Wert als in der GKV. Dort liegt die indikationsbezogene Innovationsquote bei 5,4 %. In der PKV ist gegenüber dem Vorjahr ein leichter Anstieg zu verzeichnen (7,3 %). Auch in der GKV ist auf niedrigem Niveau ein Anstieg der indikationsbezogenen Innovationsquote ersichtlich. Die größte Bedeutung bezüglich der zugehörigen therapeutischen Untergruppe weisen die Wirkstoffe der Jahre 2000 und 2001 auf. Wirkstoffe des Jahrgangs 2000 sind zum Beispiel der Magensäurehemmer Esomeprazol (Handelsname: Nexium), das Rheumamittel Etanercept (Enbrel) und das Insulinanaloga Insulin glargin (Lantus). Wichtigster Wirkstoff des Jahrganges 2001 ist Imatinib (Glivec), welches bei Leukämie Anwendung findet. Bei allen aufgeführten Wirkstoffjahrgängen ist die Bedeutung

in der PKV höher als in der GKV, was als Beleg zu sehen ist, dass Privatversicherte anteilig mehr neue Medikamente erhalten als Kassenpatienten.

## 4 Die neuen Wirkstoffe des Jahres 2005

### 4.1 Rangliste nach Umsätzen in der PKV

Für einen ersten Blick auf die neuen Wirkstoffe des Jahres 2005 wurde der Umsatzanteil am Umsatz aller Medikamente gebildet. Eine solche Kennzahl birgt die im methodischen Teil der Arbeit erwähnten Probleme. Die folgende Tabelle zeigt die umsatzstärksten Wirkstoffe des Jahrgangs 2005 bei Privatversicherten.

Platz	Präparat	Wirkstoff	Umsatzanteil PKV	Umsatzanteil GKV
1	TARCEVA	Erlotinib	0,25%	keine A.
2	AVASTIN	Bevacizumab	0,11%	keine A.
3	STRATTERA	Atomoxetin	0,09%	0,08%
4	ALVESCO	Ciclesonid	0,07%	0,05%
5	EMSELEX	Darifenacin	0,05%	0,05%
6	AZILECT	Rasagilin	0,04%	0,02%
7	XAGRID	Anagrelid	0,04%	0,05%
8	XOLAIR	Omalizumab	0,02%	keine A.
9	ALOXI	Palonosetron	0,01%	0,01%
10	APTIVUS	Tipranavir	0,01%	keine A.

**Tabelle 2: Umsatzanteil der Wirkstoffe des Jahrgangs 2005**

Wie die Tabelle zeigt, erbrachte die Analyse der Umsatzzahlen der neuen Wirkstoffe bei PKV und GKV auffällige Unterschiede. Addiert man die Umsatzanteile aller Wirkstoffe des Jahrgangs 2005 erhält man für die PKV einen Umsatzanteil von 0,70 % und für die GKV dagegen nur einen von 0,30 %. Eine Reihe von neuen Wirkstoffen weist in der GKV zu geringe Verordnungszahlen auf, so dass die Umsätze nicht im Arzneiverordnungsreport dokumentiert sind. Dies gilt auch für die beiden umsatzstärksten neuen Wirkstoffe in der PKV. Auf Rang eins finden wir hier den Wirkstoff Erlotinib (Tarceva) der Schweizer Pharmafirma Roche mit einem Umsatzanteil von 0,25 %. Damit liegt dieses Mittel in der Rangliste aller Medikamente immerhin auf Rang 63. Tarceva gehört zu den Zytostatika und kann bei einem Bronchialkarzinom verordnet werden. Es gilt als ein teures Krebsmittel, welches das Leben etwas verlängert, aber die Krankheit nicht besiegen kann.<sup>4</sup> Avastin, das

---

<sup>4</sup> Vgl. Herbst, R., Prager, Herman, R. (2005), S. 5892-5899; Bezjak, A.; Tu, D.; Seymour, L. (2006), S. 3831-3837.

nach Umsätzen zweitplatzierte neue Medikament (Umsatzanteil: 0,11 %) mit dem Wirkstoff Bevacizumab, ist ebenfalls ein Zytostatika. Hersteller ist wie bei Erlotinib die Firma Roche. Avastin ist für Behandlung von Kolon- und Rektalkarzinomen zugelassen, wurde aber im Jahr 2006 von Ärzten auch im Rahmen eines Off-Label-Use zur Behandlung von alterbedingter Makuladegeneration (AMD) verordnet, für die sonst keine medikamentöse Behandlung möglich war.<sup>5</sup> Rang drei belegt der Wirkstoff Atomozetin (Strattera) von Lilly Pharma, der zur Therapie bei Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivität (ADHS)-Patienten verordnet wird. Atomozetin ist in der GKV mit einem Umsatzanteil von 0,08 % der umsatzstärkste neue Wirkstoff. Damit belegt dieses Mittel in der GKV-Umsatzrangliste aller Medikamente Platz 241.

#### **4.2 Rangliste nach indikationsbezogenem Marktanteil**

Um bewerten zu können, welche Bedeutung ein neues Medikament für die Behandlung einer Krankheit einnimmt, ist es angebracht, den indikationsbezogenen Marktanteil jedes Wirkstoffes zu bilden. Die Rangliste kann sich gegenüber der vorigen etwas verändern, da sich die relative Position eines Wirkstoffes in seiner therapeutischen Untergruppe von der gegenüber allen Wirkstoffen unterscheiden kann.

Die folgende Tabelle zeigt die zehn Wirkstoffe des Jahrgangs 2005, die bei Privatversicherten bezüglich der therapeutischen Untergruppe den größten Anteil aufweisen.

---

<sup>5</sup> Im Jahr 2007 wurde das Medikament Lucentis von Novartis für den deutschen Markt zugelassen, welches für die Behandlung von AMD einen vergleichbaren Wirkmechanismus besitzt, aber höhere Kosten verursacht. Da der Off-Label-Use nur dann gestattet ist, wenn kein vergleichbares Mittel zur Behandlung einer Krankheit zur Verfügung steht, müssen die Ärzte nunmehr zur Behandlung von AMD auf Lucentis umsteuern. Dies führte in der GKV zu erheblichen Debatten über die Regulierung und Zulassung von Arzneimitteln.

Platz	Präparat	Wirkstoff	Therapeutische Untergruppe	PKV	GKV
1	TARCEVA	Erlotinib	Antineoplastische M.	9,05%	keine A.
2	ALOXI	Palonosetron	Antiemetika	6,66%	5,14%
3	AVASTIN	Bevacizumab	Antineoplastische M.	4,11%	keine A.
4	AZILECT	Rasagilin	Antiparkinsonmittel	4,05%	1,48%
5	EMSELEX	Darifenacin	Urologika	2,29%	3,21%
6	STRATTERA	Atomoxetin	Psychoanaleptika	2,09%	1,94%
7	ALVESCO	Ciclesonid	Atemwegserkrankung	1,89%	0,93%
8	ZEMPLAR	Paricalcitol	Vitamine	1,08%	5,20%
9	XAGRID	Anagrelid	Antithrombotische M.	1,08%	1,66%
10	NOXAFIL	Posaconazol	Antimykotika	0,81%	keine A.

**Tabelle 3: Marktanteil (nach Umsatz) der neuen Wirkstoffe des Jahrgangs 2005 an der jeweiligen therapeutischen Untergruppe**

Die größte Bedeutung für die jeweilige therapeutische Untergruppe besitzt in der PKV der Wirkstoff Erlotinib (Tarceva). Mehr als 9 % aller Umsätze von antineoplastischen Mitteln entfallen auf diese Arznei. Erlotinib wies von den neuen Medikamenten bereits den größten Umsatzanteil am Gesamtumsatz bei Privatversicherten auf. Für die GKV liegen aufgrund der dort sehr geringen Verordnungszahlen keine Daten vor. Auf Rang zwei in der PKV platziert sich Palonosetron (Aloxi), welches bei Brechreiz und Übelkeit im Rahmen einer Chemotherapie verordnet wird. Hersteller ist die Firma ribosepharm, ein deutsches Pharmaunternehmen, welches zur Merckle-Gruppe zählt. Der indikationsbezogene Marktanteil von Palonosetron liegt in der PKV bei 6,66 % und damit höher als in der GKV (5,14%). Auf Platz drei finden wir das Zytostatika Avastin. Drei Wirkstoffe des 2005er Jahrgangs weisen in der GKV eine größere Bedeutung auf. Dies sind Paricalcitol (Zemlar), Darifenacin (Emsalex) und Anagrelid (Xagrid). Der größte Unterschied fällt bei Paricalcitol auf. Dieser Wirkstoff ist ein Vitamin D-Derivat und wird bei Patienten mit chronischen Nierenversagen eingesetzt. Da in der PKV die therapeutische Untergruppe der Vitamine von deutlich mehr Präparaten besetzt ist als in der GKV – hauptsächlich dadurch, dass die PKV auch die Kosten für nichtverschreibungspflichtige Medikamente erstattet –, ist der Marktanteil eines einzelnen Präparates zwangsläufig geringer. Darifenacin (Emsalex) ist ein Mittel zur Behandlung von Dranginkontinenz. Anagrelid (Xagrid) wird zur Verringerung einer erhöhten Thrombozytenzahl bei Risikopatienten eingesetzt.

## 5 Medikamente der letzten zehn Jahre mit größeren Unterschieden bei PKV und GKV

Die Kennzahl des indikationsbezogenen Marktanteils, mit der die Bedeutung der Wirkstoffe des Jahrgangs 2005 verglichen wurde, kann auch dazu verwendet werden, die Relevanz aller neuen Wirkstoffe seit 1996 bei der PKV und der GKV festzustellen. Dies ermöglicht einen Blick darauf, welche Medikamente bei Privatversicherten eine größere Bedeutung aufweisen als bei Kassenpatienten. Im Folgenden wird der indikationsbezogene Marktanteil sowohl auf Basis der Umsatzanteile als auch auf Basis der Verordnungsanteile dargestellt. In diesen Tabellen werden nur Wirkstoffe berücksichtigt, für die Daten zur GKV vorliegen. Arzneimittel, die in der PKV eine größere Bedeutung aufweisen, die aber in der GKV keine ausreichenden Verordnungszahlen besitzen, um im Arzneiverordnungsreport dokumentiert zu werden, werden im dritten Unterkapitel separat dargestellt.

### 5.1 Unterschiede im indikationsbezogenen Marktanteil (nach Umsatz)

In diesem Kapitel wird der Unterschied der Bedeutung von neuen Medikamenten bei PKV und GKV anhand der Kennzahl des indikationsbezogenen Marktanteils nach Umsatz berechnet. Der indikationsbezogene Umsatzanteil ist der Umsatzanteil eines Medikamentes am Gesamtumsatz der jeweiligen therapeutischen Untergruppe. Dargestellt werden in der folgenden Tabelle die zwanzig Präparate der Jahrgänge 1996 bis 2005, bei denen im Jahr 2006 ein besonders großer Unterschied in der Bedeutung festgestellt werden konnte.

Platz	Präparat	Wirkstoff	Jahrgang	PKV	GKV	Differenz in Prozentpkt.
1	SORTIS	Atorvastatin	1997	54,31%	5,35%	48,95%
2	ALDARA	Imiquimod	1998	25,67%	10,47%	15,20%
3	NEXIUM	Esomeprazol	2000	33,07%	19,00%	14,07%
4	FOSAMAX	Alendronsäure	1996	22,64%	10,05%	12,59%
5	INSPIRA	Eplerenon	2004	13,19%	2,23%	10,96%
6	ZOMETA	Zoledronsäure	2001	32,54%	22,54%	10,00%
7	ARCOXIA	Etoricoxib	2004	15,13%	5,83%	9,30%
8	LYRICA	Pregabalin	2004	27,27%	18,16%	9,12%
9	GONAL	Follitropin alfa	1996	12,78%	3,87%	8,91%
10	ATACAND	Candesartan	1997	17,77%	8,97%	8,80%
11	SYNAGIS	Palivizumab	1999	26,09%	19,09%	7,00%
12	SINGULAIR	Montelukast	1998	11,74%	4,93%	6,81%
13	ALNA	Tamsulosin	1996	13,13%	7,77%	5,36%
14	ACTOS	Pioglitazon	2000	8,33%	3,21%	5,12%
15	LIVIELLA	Tibolon	1999	6,50%	1,77%	4,73%
16	PLAVIX	Clopidogrel	1998	32,58%	27,96%	4,62%
17	AVALOX	Moxifloxacin	1999	8,79%	4,21%	4,58%
18	BLOPRESS	Candesartan	1997	9,61%	5,30%	4,31%
19	ASCOTOP	Zolmitriptan	1997	6,07%	1,91%	4,16%
20	MAXALT	Rizatriptan	1998	6,06%	2,05%	4,02%

**Tabelle 4: Marktanteil (nach Umsatz) an der jeweiligen therapeutischen Untergruppe**

Die größte Differenz in Prozentpunkten zeigt sich beim Cholesterinsenker Atorvastatin (Sortis) der Pharmafirma Pfizer. Sortis ist das umsatzstärkste Medikament in der PKV. 54,31 % aller Umsätze der therapeutischen Untergruppe „Lipid senkende Mittel“ entfallen auf dieses Präparat. Kassenpatienten müssen bei Atorvastatin bis zu 50 € pro Packung zuzahlen, seit im Jahr 2005 Sortis vom Gemeinsamen Bundesausschuss in eine Festbetragsgruppe eingeordnet wurde, Pfizer aber den Preis nicht auf Festbetragsniveau senkte. Dies führte zu einem Einbruch der Umsatzzahlen in der GKV und dazu, dass mittlerweile nur noch 5,35 % der Umsätze für Cholesterinsenker Atorvastatin zuzuordnen sind. Eine Differenz von 15,20 Prozentpunkten zwischen den indikationsbezogenen Marktanteilen von PKV und GKV finden wir bei Imiquimod (Aldara). Diese Arznei wird bei einem Basalzellkarzinom, der häufigsten Form des Hautkrebses, und bei Feigwarzen, einer Gewebewucherung an den

Genitalen, verordnet. Während für das erstgenannte noch Langzeitstudien fehlen, gilt Imiquimod bei Feigwarzen als wirksames Mittel.<sup>6</sup> Rang drei in der obigen Rangliste notieren wir für den Magensäurehemmer Esomeprazol (Nexium). Kassenpatienten erhalten bei entsprechender Indikation anteilig mehr ein preisgünstigeres Omeprazol-Generikum.

## 5.2 Unterschiede im indikationsbezogenen Marktanteil (nach Verordnungen)

Platz	Präparat	Wirkstoff	Jahrgang	PKV	GKV	Differenz in Prozentpkt.
1	SORTIS	Atorvastatin	1997	39,99%	2,46%	37,53%
2	TAMIFLU	Oseltamivir	2002	26,92%	1,81%	25,11%
3	NEXIUM	Esomeprazol	2000	27,66%	15,46%	12,20%
4	LYRICA	Pregabalin	2004	23,50%	13,68%	9,81%
5	EMEND	Aprepitant	2003	12,13%	3,19%	8,94%
6	ATACAND	Candesartan	1997	11,94%	4,30%	7,64%
7	AMARYL	Orale Antidiabetika	1996	8,14%	2,42%	5,72%
8	ELIDEL	Pimecrolimus	2002	18,48%	13,33%	5,15%
9	ZOMETA	Zoledronsäure	2001	10,16%	5,29%	4,88%
10	ALOXI	Palonosetron	2005	6,67%	1,79%	4,88%
11	ALNA	Tamsulosin	1996	10,22%	5,53%	4,69%
12	SINGULAIR	Montelukast	1998	7,22%	2,57%	4,65%
13	NEBILET	Nebivolol	1997	8,67%	4,30%	4,38%
14	BONVIVA	Ibandronat	1996	7,00%	2,65%	4,35%
15	ARCOXIA	Etoricoxib	2004	5,88%	1,82%	4,07%
16	BLOPRESS	Candesartan	1997	6,39%	2,53%	3,86%
17	ENBREL	Etanercept	2000	7,96%	4,32%	3,65%
18	OMNIC	Tamsulosin	1996	9,27%	5,74%	3,52%
19	NOVONORM	Repaglinid	1998	6,41%	2,95%	3,46%
20	METVIX	Methylaminolevulinat	2002	3,92%	0,68%	3,24%

**Tabelle 5: Marktanteil (nach Verordnungen) an der jeweiligen therapeutischen Untergruppe**

Auch wenn die Verordnungsanteile verglichen werden, liegen die größten Unterschiede bei Atorvastatin. Auf Rang zwei finden wir nunmehr aber das Grippemittel Oseltamivir (Tamiflu). Unter den antiviralen Mitteln entfallen in der PKV mehr als ein Viertel aller Verord-

<sup>6</sup> Vgl. Fife, K. (1998), S. 2003-2004; Edwards, L.; Ferenczy, A.; Eron, L. (1998), S. 25-30.

nungen auf Oseltamivir. Auf Rang drei platziert sich analog zur Umsatzrangliste Esomeprazol.

### **5.3 Wirkstoffe, die GKV-Versicherte sehr selten erhalten**

Im statistischen Teil des Arzneiverordnungsreportes der GKV werden, wie bereits erwähnt, nur die 3000 verordnungshäufigsten Medikamente aufgelistet. Um mindestens Platz 3000 zu erreichen sind 20 300 Verordnungen notwendig. Dies entspricht bei 573,66 Mio. Verordnungen einem Verordnungsanteil von 0,0035 %. Medikamente, die nicht in dieser Liste geführt werden, müssen damit geringere Verordnungszahlen besitzen. Betrachtet man die Arzneiverordnungsdaten der PKV, kann eine Reihe von Wirkstoffen ausgemacht werden, die hier einen größeren Verordnungsanteil als 0,0035 % aufweisen, die aber nicht in der Liste des Arzneiverordnungsreports zu finden sind. Zu beachten ist allerdings, dass das WIP die bei PKV-Unternehmen eingereichten Verordnungen auswertete. Inwieweit es zu einer Erstattung kam, ist den Daten nicht zu entnehmen. Wie groß die Differenz in den Verordnungsanteilen von PKV und GKV ausfällt lässt sich aufgrund der fehlenden GKV-Daten zwangsläufig nicht feststellen.

Die folgende Tabelle zeigt die Wirkstoffe der Jahrgänge 1996 bis 2005, die in der PKV einen Verordnungsanteil größer als 0,0035 % haben und die aufgrund zu geringer Verordnungszahlen nicht im Arzneiverordnungsreport der GKV aufgelistet sind.

Platz	Präparat	Wirkstoff	Jahrgang	PKV
1	CIALIS	Tadalafil	2003	0,0422%
2	VIAGRA	Sildenafil	1998	0,0274%
3	LEVITRA	Vardenafil	2003	0,0221%
4	OVITRELLE	Choriogonadotropin alfa	2001	0,0168%
5	CETROTIDE	Cetrorelix	1999	0,0108%
6	ALOMIDE	Lodoxamid	1997	0,0078%
7	VANIQA	Eflornithin	2004	0,0075%
8	ASMANEX	Mometason	2003	0,0051%
9	METVIX	Methylaminolevulinat	2002	0,0050%
10	EMADINE	Emedastin	1999	0,0049%
11	MABTHERA	Rituximab	1998	0,0044%
12	TELZIR	Fosamprenavir	2004	0,0043%
13	AVASTIN	Bevacizumab	2005	0,0041%
14	TARCEVA	Erlotinib	2005	0,0040%
15	RELESTAT	Epinastin	2004	0,0040%
16	DYNASTAT	Parecoxib	2002	0,0039%
17	FORSTEO	Teriparatid	2003	0,0038%
18	ZIAGEN	Abacavir	1999	0,0036%

**Tabelle 6: Verordnungsanteil (an den Gesamtverordnungen) von Medikamenten, für die die GKV aufgrund zu geringer Verordnungszahlen keine Daten dokumentiert, die aber in der PKV größere Verordnungszahlen aufweisen**

Auf den ersten drei Plätzen finden sich mit Tadalafil (Cialis) der Pharmafirma Lilly, mit Sildenafil von Pfizer und mit Vardenafil von Bayer Vital gleich drei Wirkstoffe zur Behandlung von erektiler Dysfunktion. Bei Tadalafil liegt der Verordnungsanteil in der PKV bei mindestens dem 12fachen in der GKV. Die Wirksamkeit gegenüber einem Placebo ist bei allen drei Medikamenten nachgewiesen. Die Nebenwirkungen sind allerdings beträchtlich. Wirksamkeitsvergleiche zwischen den drei Substanzen sind bislang nicht veröffentlicht worden.<sup>7</sup> Als am besten erforscht gilt das älteste der drei, Sildenafil. Auf den Rängen vier und fünf platzieren sich zwei Arzneien, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (insbesondere der in-vitro-Fertilisation) verordnet werden. Beide Mittel werden von Serono hergestellt

<sup>7</sup> Vgl. European Medicines Agency (2008, 2007, 2006a).

und gelten als wirksam.<sup>8</sup> Die folgende Tabelle zeigt die Anwendungsgebiete aller aufgeführten Wirkstoffe.

Präparat	Wirkstoff	Anwendungsgebiet
CIALIS	Tadalafil	erektile Dysfunktion
VIAGRA	Sildenafil	erektile Dysfunktion
LEVITRA	Vardenafil	erektile Dysfunktion
OVITRELLE	Choriogonadotropin alfa	Anovulation, Infertilität der Frau
CETROTIDE	Cetrorelix	künstliche Befruchtung
ALOMIDE	Lodoxamid	allergische Konjunktivitis (Bindehautentzündung)
VANIQA	Eflornithin	Hirsutismus (männliches Behaarungsmuster bei Frauen)
ASMANEX	Mometason	Asthma bronchiale
METVIX	Methylaminolevulinat	aktinische Keratose (Vorstufe zum Hautkrebs)
EMADINE	Emedastin	allergische Konjunktivitis (Bindehautentzündung)
MABTHERA	Rituximab	rheumatoide Arthritis
TELZIR	Fosamprenavir	AIDS, HIV-Infektion
AVASTIN	Bevacizumab	Kolon- und Rektalkarzinom (Darmkrebs)
TARCEVA	Erlotinib	Bronchialkarzinom (Lungenkrebs)
RELESTAT	Epinastin	allergische Konjunktivitis (Bindehautentzündung)
DYNASTAT	Parecoxib	postoperative Schmerzen
FORSTEO	Teriparatid	Osteoporose
ZIAGEN	Abacavir	AIDS, HIV-Infektion

**Tabelle 7: Anwendungsgebiete der in Tabelle 5 aufgeführten Wirkstoffe**

Unter den 18 aufgeführten Wirkstoffen finden wir neben den erwähnten Mitteln auch drei Medikamente gegen allergische Konjunktivitis (Bindehautentzündung) und zwei Wirkstoffe zur Therapie bei einer HIV-Infektion bzw. AIDS und drei Krebsmittel. Beim letztgenannten handelt sich um Erlotinib und Bevacizumab, die als Wirkstoffe des Jahrgangs 2005 bereits im früheren Kapitel vorgestellt wurden, sowie um Methylaminolevulinat (Metvix). Methylaminolevulinat wird zur Behandlung einer Vorstufe von Hautkrebs verordnet.

<sup>8</sup> Vgl. European Medicines Agency (2006b).

## 6 Fazit

Die vorliegende Untersuchung erbrachte, dass Privatversicherte anteilig mehr neue Wirkstoffe erhalten als GKV-Versicherte. Die indikationsbezogene Innovationsquote für das Jahr 2006 liegt in der PKV bei 7,5 % und damit deutlich höher als in der GKV (5,4 %). Gegenüber dem Vorjahr sind nur marginale Veränderungen zu registrieren, der Wert bei der PKV ist um 0,2 und der Wert bei der GKV um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. Umsatzstärkster Wirkstoff des Jahrgangs 2005 ist Erlotinib (Handelsname: Tarceva). Dieses Präparat, welches bei einem fortgeschrittenen Bronchialkarzinom verordnet wird, erreicht in der Umsatzrangliste aller Medikamente in der PKV bereits Platz 63. In der GKV wird es aufgrund zu geringer Verordnungszahlen nicht im Arzneiverordnungsreport dokumentiert. Weitere wichtige neue Wirkstoffe in der PKV sind Bevacizumab (Avastin), Atomoxetin (Strattera) und Palonosetron (Aloxi). Betrachtet man alle neuen Wirkstoffe, die seit 1996 auf dem deutschen Markt eingeführt wurden, fallen eine Reihe von Präparaten auf, die Kassenpatienten anteilig deutlich weniger erhalten. Neben dem Cholesterinsenker Atorvastatin, für den GKV-Versicherte Zuzahlungen leisten müssen, ist dies zum Beispiel auch Imiquimod (Aldara), ein Mittel zur Behandlung von Feigwarzen und Hautkrebs. Eine Reihe von Wirkstoffen erhalten GKV-Versicherte nur in sehr geringem Umfang, sie spielen aber für die PKV eine größere Rolle. Eine entsprechende Auflistung dieser Präparate enthält zum Beispiel drei Mittel bei erektiler Dysfunktion (Tadalafil, Sildenafil, Vardenafil), drei Medikamente der allergischen Bindehautentzündung (Lodoxamid, Emedastin, Epinastin) und drei Krebsmittel (Methylaminolevulinat, Bevacizumab, Erlotinib).

## 7 Literaturverzeichnis

Bezjak, A.; Tu, D.; Seymour, L. (2006): Symptom improvement in lung cancer patients treated with Erlotinib: Quality of life analysis of the national cancer institute of Canada clinical trials group study BR.21, in: Journal of Clinical Oncology, Vol. 24, No. 24, S. 3831-3837

Edwards, L.; Ferenczy, A.; Eron, L. (1998): Self-administered topical 5% Imiquimod cream for external anogenital warts, in: Archives of Dermatology, 134, S. 25-30.

European Medicines Agency (2008): Europäischer öffentlicher Beurteilungsbericht (EPAR) Levitra, EMEA/H/C/475

European Medicines Agency (2007): Europäischer öffentlicher Beurteilungsbericht (EPAR) Cialis, EMEA/H/C/436

European Medicines Agency (2006a): Europäischer öffentlicher Beurteilungsbericht (EPAR) Viagra, EMEA/H/C/202

European Medicines Agency (2006b): Europäischer öffentlicher Beurteilungsbericht (EPAR) Ovitrelle, EMEA/H/C/320

Fife, K. (1998): New treatments for genital warts less than ideal, in: Journal of American Medical Association, 279, S. 2003-2004

Herbst, R.; Prager, D.; Hermann, R. (2005): A phase III trial of Erlotinib Hydrochloride (OSI-774) combined with carboplatin and paclitaxel chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer, in: Journal of Clinical Oncology, Vol. 23, No. 25, S. 5892-5899

Schwabe, U; Paffrath, D. (2007): Arzneiverordnungsreport 2007, Heidelberg

Wild, F. (2007): Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen, Diskussionspapier 1/2007, Köln

**Bisher erschienene Diskussionspapiere des  
Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP)**

- Nr. 9/07: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen, Dr. Frank Niehaus
- Nr. 8/07: Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten, Dr. Frank Wild
- Nr. 7/07: Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten, Dr. Frank Wild
- Nr. 6/07: Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick, Dr. Frank Wild
- Nr. 5/07: Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, Bernd Hof, Claus Schlömer
- Nr. 4/07: Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber
- Nr. 3/07: Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten, Dr. Frank Wild
- Nr. 2/07: Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung, Dr. Frank Schulze Ehring
- Nr. 1/07: Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen, Dr. Frank Wild
- Nr. 10/06: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2005, Dr. Frank Niehaus
- Nr. 9/06: Einnahmen- oder Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungszeitraum bis 2005, Dr. Frank Schulze Ehring
- Nr. 8/06: Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht, Dr. Frank Schulze Ehring
- Nr. 7/06: Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung, Dr. Frank Niehaus
- Nr. 6/06: Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von OTC-Präparaten, Dr. Frank Wild
- Nr. 5/06: Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06), Dr. Frank Niehaus
- Nr. 4/06: Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine, Dr. Frank Wild

- Nr. 3/06: Einnahmen- oder Ausgabenproblem in der GKV?, Dr. Frank Schulze Ehring
- Nr. 2/06: PKV im Wettbewerb mit der GKV, Christian Weber
- Nr. 1/06: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004, Dr. Frank Niehaus