

Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der PKV

Dr. Frank Wild

WIP-Diskussionspapier 14/09

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Datenmaterial	5
3.	Die Krankheit ADHS	7
3.1	<i>Typisierung</i>	8
3.2	<i>Kritik</i>	9
3.3	<i>Epidemiologie</i>	9
3.4	<i>Assoziierte Störungen und Komorbiditäten.....</i>	10
3.5	<i>Behandlungsmöglichkeiten und deren Wirksamkeit.....</i>	11
4.	Bedeutung der wichtigsten ADHS-Medikamente	14
4.1	<i>Wichtige Präparate bei der PKV nach Verordnungshäufigkeit</i>	14
4.2	<i>Wichtige Präparate in der PKV nach Umsatz.....</i>	15
5.	Vergleich von Verordnungen bei PKV und GKV	16
5.1	<i>Vergleich der absoluten Verordnungszahlen und der Tagesdosen (DDD).....</i>	16
5.2	<i>Vergleich der Verordnungszahlen und der Tagesdosen (DDD) pro Kind und Jugendlichen</i>	18
5.3	<i>Relative Bedeutung aller ADHS-Medikamente</i>	20
6.	Entwicklung des Verordnungsanteils im Zeitablauf	23
7.	Bedeutung von ADHS-Medikamenten für einzelne Altersgruppen.....	26
7.1	<i>Altersverteilung über alle Versicherte</i>	26
7.2	<i>Altersverteilung getrennt nach Geschlechtern.....</i>	27
7.3	<i>Relation zu anderen Medikamenten in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen</i>	29
8.	Fazit	31
9.	Literaturverzeichnis	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verordnungszahlen von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV	17
Abbildung 2: Tagesdosen (DDD) von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV	18
Abbildung 3: Verordnungen pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen	19
Abbildung 4: Zahl der Tagesdosen (DDD) pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen	20
Abbildung 5: Verordnungsanteile von ADHS-Präparaten an den Verordnungen von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV	21
Abbildung 6: Anteil der Tagesdosen (DDD) von ADHS-Präparaten an allen Tagesdosen von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV	22
Abbildung 7: Verordnungen von ADHS-Medikamenten pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen von 2006-2008.....	24
Abbildung 8: Tagesdosen (DDD) von ADHS-Medikamenten pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen von 2006-2008.....	25
Abbildung 9: Altersabhängige Verteilung der Verordnung von Methylphenidat und Atomoxetin.....	26
Abbildung 10: Altersabhängige Verteilung der Verordnung von Methylphenidat und Atomoxetin (nach Geschlecht der Versicherten)	27
Abbildung 11: Aufteilung der ADHS-Verordnungen auf die Geschlechter in einzelnen Altersstufen	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die verordnungshäufigsten Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS im Jahr 2008	14
Tabelle 2: Die umsatzstärksten Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS im Jahr 2008.....	15
Tabelle 3: Die umsatzstärksten Medikamente bei den 7- bis 13-Jährigen.....	30
Tabelle 4: Die umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe bei 0- bis 13-Jährigen.....	30

1. Einleitung

Auf der Grundlage einer Auswertung von Arzneimittelverordnungen von Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) hat es sich das WIP zur Aufgabe gemacht, verschiedene Bereiche des Arzneimittelmarktes und insbesondere die Verordnungspraxis bei Privatversicherten zu untersuchen. Die Auswertung soll hierbei nicht nur Kostenaspekte betrachten, sondern auch die Versorgungsqualität im Arzneimittelbereich analysieren. Von großem Interesse sind hierbei Medikamente, die in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung bekamen. Dies gilt für die Arzneimittel zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Aus verschiedenen Statistiken ist bekannt, dass für ADHS-Präparate in den letzten Jahren zunehmende Verordnungszahlen zu verzeichnen sind.¹ Diese Entwicklung scheint noch nicht abgeschlossen zu sein und wird von manchen damit begründet, dass bei diesem Krankheitsfeld über Jahre hinweg eine Unterversorgung herrschte.² Diskutiert wird jedoch auch, inwieweit veränderte Lebensumstände oder eine zunehmend weniger strenge Indikationsstellung die Ursache sind.³

Vor diesem Hintergrund möchte das WIP aufzeigen, welche medikamentöse Therapie Privatversicherte erhalten. Es werden die verordnungshäufigsten und die umsatzstärksten Medikamente ermittelt und hierbei auch Vergleiche mit der Verordnungspraxis bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angestellt. Da die Daten, welche dem WIP vorliegen, auch das Alter des Versicherten enthalten, kann zudem eine Aussage über die Altersverteilung der ADHS-Patienten getroffen werden. Die Untersuchung zeigt, dass ADHS-Medikamente auch bei Privatversicherten einen wesentlichen Anteil an den Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen einnehmen. In der PKV nehmen ADHS-Medikamente eine etwas geringere Bedeutung ein als in der GKV, die Zuwachsraten sind in den letzten Jahren aber höher ausgefallen.

¹ Vgl. Lohse, Müller-Oerlinghausen (2009).

² Vgl. Elliger, Trott, Nissen (1990); Gebhardt, Finne, von Rahden, Kolip (2008).

³ Vgl. Safer (2000).

2. Datenmaterial

Für die Studie werden die Arzneiverordnungsdaten von neun PKV-Unternehmen aus dem Jahr 2008 ausgewertet. Bei diesen Unternehmen sind 4,8 Millionen, das heißt 57 % aller Privatversicherten, versichert. Insgesamt liegen dem WIP 35,7 Millionen Datensätze vor. Ein Datensatz umfasst dabei die elektronisch erfasste Pharmazentralnummer (PZN) von zur Erstattung eingereichten Arzneimittelrechnungen. Nicht in den Daten enthalten sind Sonder-Pharmazentralnummern. Somit sind beispielsweise Zubereitungen, Rezepturen sowie Medikamente ohne PZN nicht auswertbar. Insgesamt lagen der Studie 70.496 Verordnungen von ADHS-Medikamenten zu Grunde.

Für die Berechnung der Entwicklung der Verordnungszahlen von ADHS-Medikamenten in Kapitel sechs musste auf einen eingeschränkten Datensatz zurückgegriffen werden, da nicht von allen neun PKV-Unternehmen vollständige Zeitreihen aus den letzten Jahren zur Verfügung stehen. Geschlossene Datenreihen liegen für die Auswertung der Entwicklung in den Jahren 2006-2008 für drei PKV-Unternehmen vor. Hierbei handelt es sich um Arzneimittel-daten von 0,8 Millionen Versicherten. Für 2008 liegen hier 15.559 Verordnungen von ADHS-Präparaten vor. Die Verordnungs- und Umsatzzahlen der GKV wurden dem Arzneiverordnungsreport verschiedener Jahrgänge entnommen.⁴

Die Arzneimitteldaten (Klassifizierung nach ATC-Code,⁵ Name, Wirkstoffmenge, Darreichungsform, Preis) stammen aus der PZN-Datenbank der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Die Umsatzberechnung wurde anhand der Apothekenverkaufspreise vorgenommen, da der Rechnungsbetrag nicht in den Daten aller PKV-Unternehmen, die für die Untersuchung Daten bereitstellten, enthalten ist. Die Arzneimittelausgaben sind als Summe der eingereichten Rechnungen zu verstehen. Inwieweit eine Erstattung durch das PKV-Unternehmen erfolgte bzw. wer als Kostenträger (PKV, Beihilfe oder Selbstbeteiligung) fungiert, bleibt außen vor.

Als geeignete Kennzahl, um den Arzneimittelverbrauch im Zeitablauf und zwischen der PKV und der GKV vergleichen zu können, gilt die Kennzahl der definierten Tagesdosen (defined daily dose, DDD). Der Vorteil dieser Kennzahl liegt darin, dass der Arzneimittelverbrauch unabhängig von Preiseffekten vergleichbar gemacht wird. Die definierte Tagesdosis gibt die Menge eines Wirkstoffes wieder, die ein Erwachsener (bzw. bei einigen Präparaten auch ein

⁴ Vgl. Schwabe, Paffrath (2009, 2008, 2007, 2006).

⁵ Der ATC-Code ist die anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation der WHO (Weltgesundheitsorganisation), seit 1.1.2005 auch als amtliche Klassifikation in Deutschland eingeführt.

Kind) bei der Behandlung der Hauptindikation des Wirkstoffs im Durchschnitt erhält. Sie ist als eine rein rechnerische Kennzahl zu sehen und gilt als bestes Maß in der Versorgungsfor- schung. Da die Auswertung der Rechnungsdaten über die ABDA-Datenbank eine direkte Analyse der Tagesdosen pro Wirkstoff nicht zulässt, wurden die Tagesdosen indirekt ermit- telt. Dazu wurden die Kosten je Tagesdosis (DDD) für jedes Arzneimittel aus dem Arzneiver- ordnungsreport der GKV entnommen. Mit Hilfe dieser Kennzahl konnte dann aus den errech- neten Arzneimittelumsätzen der PKV auf die zugehörige Tagesdosis (DDD) der PKV ge- schlossen werden.

3. Die Krankheit ADHS

ADHS ist die Abkürzung für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Umgangssprachlich wird auch vom „Zappelphilipp-Syndrom“ gesprochen. Als ADHS wird eine psychische Krankheit bezeichnet, die in der Regel im Kindesalter beginnt und sich durch Hyperaktivität, Unruhe, Konzentrationsstörungen und Impulsivität auszeichnet. Bei Jungen ist die Hyperaktivität typischerweise stärker ausgeprägt als bei Mädchen.⁶ Als Ursache für das ADHS werden biologische, psychische und soziale Faktoren ebenso gesehen wie genetische Anormalitäten.⁷ Auch eine Reizüberflutung (Fernsehen, Computer) und mangelnde Zuwendung durch die Eltern werden als Gründe vorgebracht. Dass mehrere Komponenten eine Rolle spielen, gilt als sicher. Über deren Gewichtung gibt es allerdings keine Einigkeit. Die Bundesärztekammer konstatiert in diesem Zusammenhang: „Ursachen und Entstehungsbedingungen sind noch nicht vollständig geklärt“.⁸

Die zunehmenden Verordnungszahlen von ADHS-Medikamenten in den letzten Jahren lassen vermuten, dass viele Ärzte nach Diagnosestellung eine medikamentöse Therapie einleiten. In der Fachwelt gibt es über diese Vorgehensweise allerdings keine Einigkeit. Es wird auch argumentiert, dass ADHS ausschließlich eine Folge der sozialen Rahmenbedingungen (einschließlich der Erziehung und des Familienlebens) ist, wobei vor allem eine sportliche Beanspruchung der Kinder eine wirksame Hilfe darstellen würde. Während einige Akteure weiterhin von einer hohen Dunkelziffer und einer Unterversorgung sprechen, existieren auch gegensätzliche Meinungen, die in den zunehmenden Verordnungszahlen eine eklatante Fehlversorgung sehen. Auch bei Erwachsenen wird in wachsendem Maße ADHS diagnostiziert. Die Diagnose im Erwachsenenalter setzt allerdings voraus, dass bereits im Kindesalter die Symptome vorhanden waren und die Diagnose ADHS gestellt wurde. Definitionsgemäß beginnt ADHS immer im Kindesalter. Bei Erwachsenen finden sich Aufmerksamkeitsstörungen häufiger als Hyperaktivität.⁹

⁶ Vgl. Döpfner (2005).

⁷ Vgl. Sprich (2000), Bundesärztekammer (2005).

⁸ Vgl. Bundesärztekammer (2005), S. 21.

⁹ Vgl. Wolraich, Wibbelsmann, Brown (2005).

3.1 Typisierung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert ADHS innerhalb ihrer ICD-10 Klassifikation.¹⁰ In dieser Klassifikation fällt ADHS in den Gliederungsbereich F00-99, in dem psychische und Verhaltensstörungen aufgeführt sind. Unter F90-F99 werden hierbei Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend aufgeführt. F90 enthält schließlich die hyperkinetischen Störungen. Hierbei erfolgt eine weitere Unterteilung in 90.0 (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung), 90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie 90.8 (sonstige hyperkinetische Störungen) und 90.9 (nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung). Nach der WHO-Definition spricht der Arzt dann von ADHS, wenn sich bei Kindern und Jugendlichen ein Mangel an Ausdauer, eine desorientierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität zeigt. ADHS-Kinder sind nach der Beschreibung der WHO impulsiv, achtlos, verletzen vorsätzlich Regeln und treten distanziert gegenüber Erwachsenen auf. Sie sind bei Altersgefährten unbeliebt, oft isoliert und weisen ein niedriges Selbstwertgefühl auf. Nach der ICD-10-Klassifikation wird nur dann von ADHS gesprochen, wenn die Merkmale bereits vor dem 7. Lebensjahr feststellbar waren. Explizit ausgeschlossen wird laut WHO die Diagnose ADHS bei affektiven Störungen (F30-F39), Angststörungen (F41, F93), Schizophrenie (F20) und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen („Autismus“) (F84.).

Eine alternative Charakterisierung nimmt die American Psychiatric Association vor. Ihr DSM-IV-Klassifikationssystem unterscheidet drei ADHS-Typen: den vorherrschend unaufmerksamen Typ, den vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typ und den Mischtyp.¹¹ Für die ADHS-Diagnose müssen jeweils sechs von neun Kriterien bezüglich Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt sein. Das Schema ist etwas breiter gefasst als nach ICD-10, so dass sich eine höhere Prävalenz bzw. mehr ADHS-Diagnosen ergeben.¹² Für Erwachsene wurden die Diagnosekriterien etwas modifiziert, da hier ein Symptomwandel zu beobachten ist.¹³

¹⁰ Weltgesundheitsorganisation (2004), DMDI (2006). ICD ist die Abkürzung für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Die Ziffer 10 steht für die Versionsnummer. Dieses Klassifikationssystem findet weltweit Anwendung und wird in Deutschland u.a. für die ärztliche Abrechnung verwendet.

¹¹ DSM ist die Abkürzung für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). IV bezeichnet die Versionsnummer.

¹² Vgl. Bundesärztekammer (2005), S. 8.

¹³ Vgl. Bundesärztekammer (2005), S. 44, 62.

3.2 Kritik

In der Wissenschaft und auch in der Öffentlichkeit setzt die Kritik an der zunehmenden Bedeutung von ADHS sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Therapie an. Einige Kritiker bemängeln, dass sich die entsprechenden Verhaltensweisen – die der ADHS-Diagnose zu Grunde liegen – je nach Situation bei vielen Kindern zeigen. Eine erhöhte Aktivität und mangelhafte Konzentration sei bis zu einem gewissen Maße auch Ausdruck kindlichen Verhaltens. Darüber hinaus kann eine ärztliche Diagnose sich nicht an irgendwelchen messbaren Parametern festmachen, sondern unterliegt letztlich (der auch subjektiven) Wahrnehmung und Einschätzung. Die diagnostischen Unschärfen können zu einer Vereinfachung komplexer sozialer Probleme führen.¹⁴ Darüber hinaus gibt es bereits seit den 1980er Jahren unter den Ärztegruppen einen Kompetenzstreit, inwieweit ADHS-Patienten eher einer Verhaltenstherapie bzw. Psychotherapie oder einer medikamentösen Behandlung zu unterziehen seien.¹⁵ Diese „Verteilungskämpfe“ zwischen den Facharztgruppen haben ihre Grundlage darin, dass eine Verhaltenstherapie oft alternativ, aber weniger ergänzend zu einer medikamentösen Therapie durchgeführt wird. Den grundsätzlichen Gegnern einer Medikamentengabe wird hierbei vorgeworfen, sie ignorierten wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit von ADHS-Medikamenten ohne selbst ein gleichwertiges, als wirksam erwiesenes, Therapieangebot vorweisen zu können.¹⁶ Vermutungen zu Langzeitfolgen von ADHS-Medikamenten, wie ein erhöhtes Risiko für das Parkinson-Syndrom, fehlten die wissenschaftliche Basis und entbehrten einer soliden Datengrundlage.¹⁷ Medikamentengegner verweisen ihrerseits darauf, dass der vielfach verordnete Wirkstoff Methylphenidat nicht ohne Grund unter die Betäubungsmittelverordnung fällt und zu oft zu drastischen Persönlichkeitsveränderungen führt. Ein medikamentöses Ruhigstellen würde zwar die Symptome verdrängen, aber die Ursache nicht bekämpfen. Dem letztgenannten ist allerdings zu entgegnen, dass dieses Problem bei der Behandlung von vielen Krankheiten, insbesondere auch bei häufig diagnostizierten Leiden wie Bluthochdruck oder Diabetes, auftritt.

3.3 Epidemiologie

In den 1950er Jahren wurde hyperaktives Verhalten von Kindern als „minimale zerebrale Dysfunktion“ bezeichnet. Obwohl keine Belege erbracht werden konnten, sah man die Ursache für das auffällige Verhalten als eine Folge neurologischer Störungen an. Die Bezeichnung

¹⁴ Vgl. Riedesser (2006), Döpfner, Lehmkuhl (2006).

¹⁵ Vgl. Rothenberger (2002).

¹⁶ Vgl. Rothenberger (2002).

¹⁷ Vgl. Vitiello (2001).

ADHS wird seit den 1960er Jahren verwendet. Die diagnostischen Kriterien wurden seitdem wiederholt verändert. Eine Auswertung von Krankheitsfällen über einen längeren Zeitraum ist damit problematisch. Die Prävalenz ist zudem davon abhängig, ob der ICD-10 Klassifikation oder dem DSM-IV Schema gefolgt wird. Darüber hinaus werden für die Ermittlung der Erkrankungsrate verschiedene Methoden (klinisch, Fragebogen, Elterninterviews usw.) angewendet. Internationale Studien kommen deshalb zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen. Sie reichen von einer Prävalenz von 1,2 % (Großbritannien, ICD-10, mittleres Alter: 10,2 Jahre, Interview, Fragebogen) bis zu 11,5 % (Kolumbien, DSM-IV, 4- bis 17-Jährige, Checkliste).¹⁸ In Deutschland wurden Erhebungen im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts vorgenommen. Hierbei wurden die Eltern von 15.000 3- bis 17-Jährigen befragt. Anhand der Daten wurde für das Jahr 2007 eine Lebenszeitprävalenz von 4,8 % geschätzt. Weitere 4,9 % wurden als Verdachtsfälle eingestuft. Für Jungen wurde eine 4,3mal höhere Prävalenz festgestellt. Zudem nahm die Erkrankungsrate mit steigendem Alter zu. Einen besonders hohen Anstieg (von 2,4 % auf 8,7%) registrierten die Autoren bei den Jungen beim Übergang vom Vorschul- in das Grundschulalter. Bei Kindern mit niedrigerem sozioökonomischem Status wurde häufiger ADHS diagnostiziert. Bei Migranten liegen weniger Diagnosen, dafür aber mehr Verdachtsfälle vor. Die Autoren vermuten deshalb hier eine Untererfassung. Von 2004 bis 2007 erhöhte sich die Prävalenz von 3,9 % auf 4,8%.¹⁹

3.4 Assoziierte Störungen und Komorbiditäten

Die Forschung hat eine ganze Reihe von Auffälligkeiten festgestellt, die Kinder mit ADHS zeigen. Das Spektrum reicht von gestörtem Sozialverhalten, über höhere kriminelle Energie im Erwachsenenalter bis hin zu Auswirkungen auf den Body-Mass-Index und auf Unfälle im Straßenverkehr. In den USA wiederholen im Durchschnitt 42 % aller Kinder mit ADHS eine Schulklasse (Durchschnitt aller Schüler: 13 %). Bis zu 38 % der ADHS-Kinder brechen die Highschool ab, während sonst im Durchschnitt nur 5 % der Jugendlichen diesen Schritt wählen. Zudem findet sich unter den ADHS-Kindern ein größerer Anteil von Kindern mit niedrigerem Intelligenzquotienten und mit Lernschwäche.²⁰ In den Studien von Altfas und Holtkamp wurde der Zusammenhang von Übergewicht und ADHS untersucht. Dabei zeigte sich, dass ADHS-Kinder ein signifikant höheren durchschnittlichen Body-Mass-Index aufweisen als Kinder ohne ADHS. Erschwerend kommt laut der Autoren noch hinzu, dass Maßnahmen

¹⁸ Vgl. Bundesärztekammer (2005), S. 12.

¹⁹ Vgl. Schlack, Hölling, Kurth (2007); Huss (2004).

²⁰ Vgl. Barkley, R. (2002a), Großkurth (2005).

zur Gewichtsreduktion bei ADHS-Patienten aufgrund mangelhafter Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit weniger erfolgreich sind.²¹

Eine Behandlung von ADHS wird somit auch als Mittel zur Bildungsförderung, zur Reduzierung von Übergewicht und zur Kriminalitäts- und Unfallprävention gesehen. Inwieweit diese Zusammenhänge jedoch wirklich bestehen, ist nicht sicher. Der Nachweis einer direkten Kausalität liegt in der Regel nicht vor. Da ADHS-Kinder in überdurchschnittlichem Maße einen sozioökonomisch niedrigeren Status aufweisen, werden die genannten negativen Folgen möglicherweise auch durch die Lebensumstände verursacht.

3.5 Behandlungsmöglichkeiten und deren Wirksamkeit

Für eine komplexe Störung wie ADHS mit vielfältigen Ausprägungen und möglicherweise auch unterschiedlichen Ursachen gibt es naturgemäß auch verschiedene Therapieansätze. Empfohlen wird eine, auf das jeweilige Krankheitsbild individuell abgestimmte, Behandlung. Leitlinien liegen zum Beispiel von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vor.²² Die Therapiemöglichkeiten, aus denen sich eine Behandlung zusammensetzt, lassen sich in medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien unterteilen. Die nicht-medikamentöse Therapie umfasst zum Beispiel die Verhaltenstherapie, die Tiefenpsychologie, Beratungen im Kindergarten und Schule sowie die Aufklärung der Eltern im Rahmen einer Familientherapie und einem Elterntaining.²³

Eine medikamentöse Behandlung von ADHS gilt dann als notwendig, wenn die Probleme, welche sich aus den Symptomen von ADHS ergeben, als erheblich eingestuft werden und andere Behandlungsmöglichkeiten sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben.²⁴ Im Wesentlichen stehen dem Arzt für die medikamentöse Therapie zwei Wirkstoffe zur Verfügung: Methylphenidat und Atomoxetin. Darüber hinaus werden im Einzelfall auch Antidepressiva wie Mirtazapin, Venlafaxin oder Fluoxetin verordnet. Diese Medikamente sind jedoch nicht zur Behandlung von ADHS zugelassen.

Methylphenidat (aber nicht Atomoxetin) unterliegt dem Betäubungsmittelrecht und damit einer gesonderten Verschreibungspflicht. Es darf nur auf speziellen Rezeptvordrucken verordnet werden. Methylphenidat gehört zur Gruppe der Stimulanzien und wurde 1954 als Appetitzügler auf dem deutschen Markt eingeführt.²⁵ Das Original ist Ritalin und wird von Novartis vertrieben. Es ist seit längerem patentfrei und wird daher von mehreren Pharmaunter-

²¹ Vgl. Altfas (2002).; Holtkamp u.a. (2004).

²² Vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007).

²³ Vgl. Großkurth (2005).

²⁴ Vgl. Döpfner (2005).

²⁵ Vgl. Kretz, Becke (1997), S. 216.

nehmen unter verschiedenen Handelsnamen angeboten. Seit 2003 sind mit Concerta und Medikinet zwei Retardpräparate auf dem Markt. Atomoxetin ist im Gegensatz zu Methylphenidat noch patentgeschützt. Diesen Wirkstoff gibt es seit 2005 und er wird ausschließlich von der Firma Lilly unter dem Namen Strattera vertrieben. Nach derzeitigem Forschungsstand gilt Methylphenidat als Mittel der ersten Wahl. Voraussetzung ist allerdings eine therapeutische Gesamtstrategie und eine strenge Indikationsstellung. Methylphenidat kann bei entsprechender Dosis auch als Rauschmittel wirken und es besteht die Gefahr von Missbrauch und Abhängigkeit. Diese Nebenwirkung scheint sich bislang allerdings eher selten zu realisieren.²⁶ Die kurzfristige Wirksamkeit ist belegt, der langfristige Einfluss auf die schulische, berufliche und soziale Entwicklung ist jedoch nicht klar.²⁷

Atomoxetin ist ein noradrenerges Antidepressivum und gilt nach Aussagen der Bundesärztekammer bezüglich seiner Wirksamkeit als zweite Wahl. Es weist aber ein günstigeres Nebenwirkungsprofil als Methylphenidat auf.²⁸ Die Autoren des arzneimittel-telegramms sehen diesen Wirkstoff kritischer und raten aufgrund der Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen (insbesondere aggressives Verhalten, gesteigerte Suizidgefahr und Leberschäden) und mangelhaften Forschungsstand von diesem Wirkstoff ab.²⁹ Da die wesentlichen Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS, Methylphenidat und Atomoxetin, nicht für über 18-Jährige zugelassen sind, bleibt für Erwachsene mit ADHS eigentlich nur die nicht-medikamentöse Therapie. Der sogenannte „off-label-use“³⁰ bei Erwachsenen wird in der Literatur vielfach diskutiert. Hierbei wird auch darauf verwiesen, dass Methylphenidat in Norwegen und Dänemark sowie Atomoxetin in den USA und in Großbritannien für über 18-Jährige zugelassen ist. Die Wirksamkeit sei auch für diese Altersgruppe belegt.³¹ Befürworter einer Abgabe von Methylphenidat auch an Erwachsene verweisen zudem darauf, dass die besonderen Risiken für die über 18-Jährigen dadurch geprüft seien, da dieser Wirkstoff bei Erwachsenen bei Narkolepsie zugelassen ist. Darüber hinaus sei das Missbrauchspotenzial bei sachgemäßer Verordnung vernachlässigbar.³² Die Debatte um den „off-label-use“ in Deutschland ist dann auch eher eine sozialrechtliche Diskussion („soll die GKV die Kosten hierfür übernehmen“) als eine medizinische Frage.³³

²⁶ Vgl. arznei-telegramm (2000).

²⁷ Vgl. Vitiello (2001); Kretz, Becke (1997), S. 216.

²⁸ Vgl. Bundesärztekammer (2005).

²⁹ Vgl. arznei-telegramm (2005a); arznei-telegramm (2005b).

³⁰ Von einem „off label use“ spricht man dann, wenn ein Arzneimittel außerhalb seines zugelassenen Gebrauchs verordnet wird.

³¹ Vgl. Krause, Krause (2009), S. 180, 192; Meier (2007).

³² Vgl. Fritze, Schmauß (2002).

³³ Mit einem Erlass vom 31.08.2005 wurden vom Bundesgesundheitsministerium Expertengruppen eingerichtet, die die sozialrechtlichen Probleme des „off-label-use“ erörtern sollen. Grundlage ist § 35b Absatz 3 SGB V.

Die wichtigste Studie, in der verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Wirksamkeit verglichen wurden, ist die Multimodal Treatment Study.³⁴ In verschiedenen Kliniken der USA und Kanada wurde hierfür die Therapie von insgesamt 579 Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, wissenschaftlich begleitet. Nach 14 Monaten waren 68 % der Personen mit medikamentöser Therapie plus Verhaltenstherapie und 56 % der Kinder mit einer ausschließlichen medikamentösen Behandlung symptomfrei. Eine geringere Erfolgsrate wies die ausschließliche Verhaltenstherapie auf (34 %). Die Auswertung nach drei Jahren ergab ein anderes Bild. Bei Kindern, die weniger Medikamente erhielten und bei denen die Verhaltenstherapie dominierte, konnte jetzt im Vergleich zu den überwiegend medikamentös behandelten Patienten die gleiche Erfolgsrate vermeldet werden. Die Studienergebnisse lassen damit die Schlussfolgerung zu, dass eine Behandlung von ADHS möglich ist, dass aber die Behandlungsmethode bezüglich des Therapieerfolges keine wesentliche Rolle spielt.³⁵ Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich eine Empfehlung für eine multimodale Therapie, also eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie mit Stimulanzien, ablesen. Ein vergleichbares Ergebnis zeigt auch die KAMT-Studie (Kölner adaptive multimodale Therapiestudie). Zwischen pharmakologisch behandelten ADHS-Patienten und eher mit Verhaltenstherapie betreuten Kindern konnten keine Verlaufsunterschiede nachgewiesen werden. Generell konnten die Verhaltensauffälligkeiten bei etwas mehr als der Hälfte der Studienteilnehmer deutlich verringert werden. Nach acht Jahren waren noch 10 % der Patienten in pharmakologischer oder psychologischer Behandlung.³⁶ Die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie wird auch durch eine Übersichtsarbeit des Centre for Reviews and Dissemination bestätigt.³⁷ Der zusätzliche Nutzen einer Verhaltenstherapie (in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung) gilt danach jedoch als unsicher.

³⁴ Vgl. Jensen, Arnold, Swanson, u.a. (2007); Swanson, Elliott, Greenhill (2007).

³⁵ Vgl. Döpfner (2007).

³⁶ Vgl. Forschungsgruppe KAMT (2009).

³⁷ Vgl. King, Griffin, Hodges u.a. (2006).

4. Bedeutung der wichtigsten ADHS-Medikamente

4.1 Wichtige Präparate bei der PKV nach Verordnungshäufigkeit

Für die folgende Auswertung der wichtigsten Wirkstoffe wurden nur die Substanzen herangezogen, die für ADHS zugelassen sind. Medikamente, die außerhalb ihrer Zulassung für ADHS verordnet werden, sind nicht dargestellt. Eine Zuordnung einzelner Verordnungen von Antidepressiva ist zudem auch nicht möglich, da aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich ist, welche Indikation hinter den Verordnungen steht. Die folgende Tabelle 1 zeigt die verordnungshäufigsten ADHS-Präparate bei der PKV. Es wird der Verordnungsanteil an den Verordnungen aller Versicherten und an den Verordnungen der 6- bis 17-Jährigen (der Altersgruppe, für die diese Wirkstoffe zugelassen sind) angegeben.

	Handelsname	Wirkstoff	Verordnungsanteil alle Versicherten	Verordnungsanteil 6- bis 17-Jährige
1	MEDIKINET	Methylphenidat	0,077%	1,18%
2	CONCERTA	Methylphenidat	0,045%	0,55%
3	RITALIN	Methylphenidat	0,033%	0,40%
4	STRATTERA	Atomoxetin	0,020%	0,29%
5	EQUASYM	Methylphenidat	0,012%	0,20%
6	METYLPHENI TAD	Methylphenidat	0,005%	0,05%
7	METHYLPHENIDAT HEXAL	Methylphenidat	0,004%	0,05%

Tabelle 1: Die verordnungshäufigsten Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS im Jahr 2008

Die meisten Verordnungen von Medikamenten zur ADHS-Therapie entfallen bei der PKV auf Medikinet (0,077 % aller Verordnungen, 1,18 % aller Verordnungen bei den 6- bis 17-Jährigen). Es wird von der Firma MEDICE Arzneimittel Pütter, einem mittelständischen deutschen Unternehmen, auf den Markt gebracht. Der Apothekenverkaufspreis von Medikinet variiert zwischen 12,92 € (5mg Wirkstoffmenge, 20 Tabletten) und 117,74 € (40mg, Wirkstoffmenge, 50 Retardkapseln). Auf Platz zwei folgt Concerta, ein Präparat der Firma Janssen-Cilag. Concerta gibt es ausschließlich als Retardkapseln. Je nach verschiedener Wirkstoffstärke liegt der Apothekenverkaufspreis zwischen 53,68 € und 92,88 €. Auf Platz drei rangiert Ritalin, welches zwischen 16,54 € und 120,38 € kostet. Damit befinden sich auf den ersten drei Plätzen ausschließlich Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat. Strattera, das Präparat mit dem Wirkstoff Atomoxetin, ist ein etwas teureres Medikament. Hier liegt der Apothekenverkaufspreis zwischen 36,60 € (10mg Wirkstoffstärke, 7 Kapseln) und 223,34 €

(60mg Wirkstoffstärke, 56 Kapseln).³⁸ Alle ADHS-Medikamente nehmen in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen einen Verordnungsanteil von 2,73 % ein. Im Verhältnis zu den Verordnungen aller Versicherten liegt der Anteil bei 0,493 %.

4.2 Wichtige Präparate in der PKV nach Umsatz

Die Bedeutung der ADHS-Medikamente für die Arzneimittelausgaben lässt sich mit Hilfe einer Umsatzbetrachtung ermitteln. Berechnet wurde der Umsatzanteil der ADHS-Präparate sowohl am Gesamtumsatz aller Arzneimittel als auch am Arzneimittelumsatz der sich aus den Verordnungen bei den 6- bis 17-Jährigen ergibt. Damit wird die relative Bedeutung derartiger Mittel für die Kosten aufgezeigt.

	Handelsname	Wirkstoff	Umsatzanteil alle Versicherten	Umsatzanteil 6- bis 17-Jährige
1	MEDIKINET	Methylphenidat	0,095%	2,19%
2	CONCERTA	Methylphenidat	0,074%	1,34%
3	STRATTERA	Atomoxetin	0,062%	0,62%
4	RITALIN	Methylphenidat	0,032%	1,34%
5	EQUASYM	Methylphenidat	0,018%	0,44%
6	METHYLPHENIDAT TAD	Methylphenidat	0,003%	0,05%
7	METHYLPHENIDAT HEXAL	Methylphenidat	0,003%	0,04%

Tabelle 2: Die umsatzstärksten Wirkstoffe zur Behandlung von ADHS im Jahr 2008

Die Umsatzrangfolge unterscheidet sich nur wenig von der Platzierung nach Verordnungsanteilen. Das verordnungshäufigste Medikament Medikinet ist bei der PKV auch das umsatzstärkste. Gegenüber der Verordnungsrangliste ist das Atomoxetin-Präparat Strattera einen Rang höher platziert (Rang drei statt Rang vier). Insgesamt sind die ADHS-Medikamente für 0,287 % der Arzneimittelausgaben in der PKV verantwortlich, in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen liegt der Umsatzanteil bei 6,02 %.

³⁸ Vgl. Die Preise sind aus der Arzneimitteldatenbank entnommen und geben den Stand zum 23. November 2009 wieder.

5. Vergleich von Verordnungen bei PKV und GKV

5.1 Vergleich der absoluten Verordnungszahlen und der Tagesdosen (DDD)

Für den Vergleich von PKV und GKV werden in einer ersten Analyse die absoluten Verordnungszahlen und die absoluten Tagesdosen (DDD) der ADHS-Medikamente verglichen. Die deutlich unterschiedlichen Versichertenzahlen sind dabei zu beachten. In der maßgeblichen Altersgruppe der Kinder (ab 6 Jahre) und Jugendlichen (unter 18 Jahren) verzeichnet die PKV 910.203 Versicherte. In der GKV sind es dagegen 8,356 Millionen, dies entspricht dem 9,2fachen. Die Verordnungszahlen für die Privatversicherten wurden aus der vorliegenden Stichprobe auf die gesamte PKV hochgerechnet. Die Tagesdosenzahl (DDD) wurde mit Hilfe der Kosten je DDD, wie sie im Arzneiverordnungsreport für die zu untersuchenden Medikamente angegeben ist, ermittelt. Die ermittelten Verordnungszahlen und Tagesdosenzahlen sind wahrscheinlich niedriger als der tatsächliche Wert, da erstens nicht alle Versicherten ihre Arzneimittelrechnungen zur Erstattung einreichen und zweitens ein kleiner Teil der Rechnungen in den PKV-Unternehmen nicht elektronisch erfasst werden konnte. Allerdings handelt es sich auch bei den Daten der GKV, die aus dem Arzneiverordnungsreport stammen, nicht um eine Vollerfassung. Wenn ein erwachsener Kassenpatient ein Medikament als „off-label-use“ erhält und seine Krankenkasse deshalb entscheidet, die Kosten nicht zu übernehmen, wird diese Verordnung ebenfalls nicht erfasst.

In der GKV wurden laut dem Arzneiverordnungsreport im Jahr 2008 1,88 Millionen Verordnungen von ADHS-Medikamenten ausgestellt. In der PKV sind es dagegen etwa 0,22 Mio. Verordnungen. Die Verteilung auf die einzelnen Medikamente zeigt die folgende Abbildung:

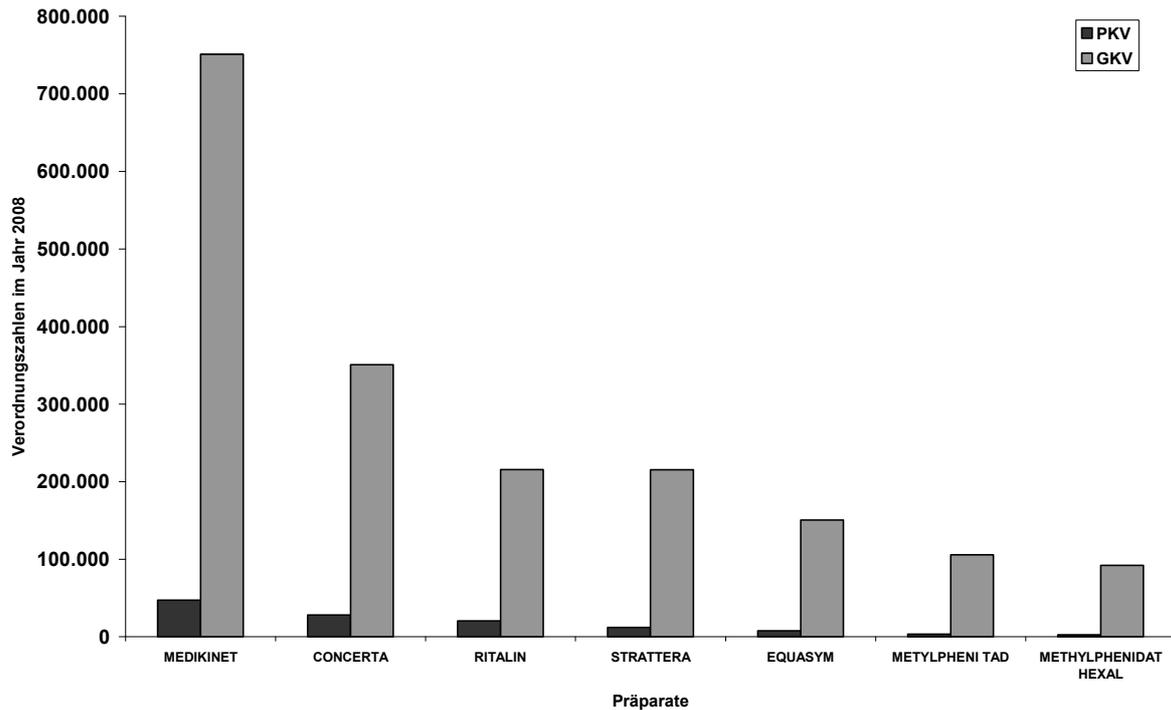


Abbildung 1: Verordnungszahlen von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV

In der GKV entfallen etwa 0,75 Millionen auf Medikinet, 0,35 Millionen auf Concerta und 0,22 Millionen auf Ritalin. Bis auf das Medikament Methylphenidat Hexal sind für alle aufgeführten Medikamente in der GKV mehr als 100.000 Verordnungen zu registrieren. In der PKV erreicht das verordnungshäufigste Medikament Medikinet knapp 50.000 Verordnungen. Die Tagesdosen der einzelnen Medikamente bei PKV und GKV zeigt die folgende Abbildung:

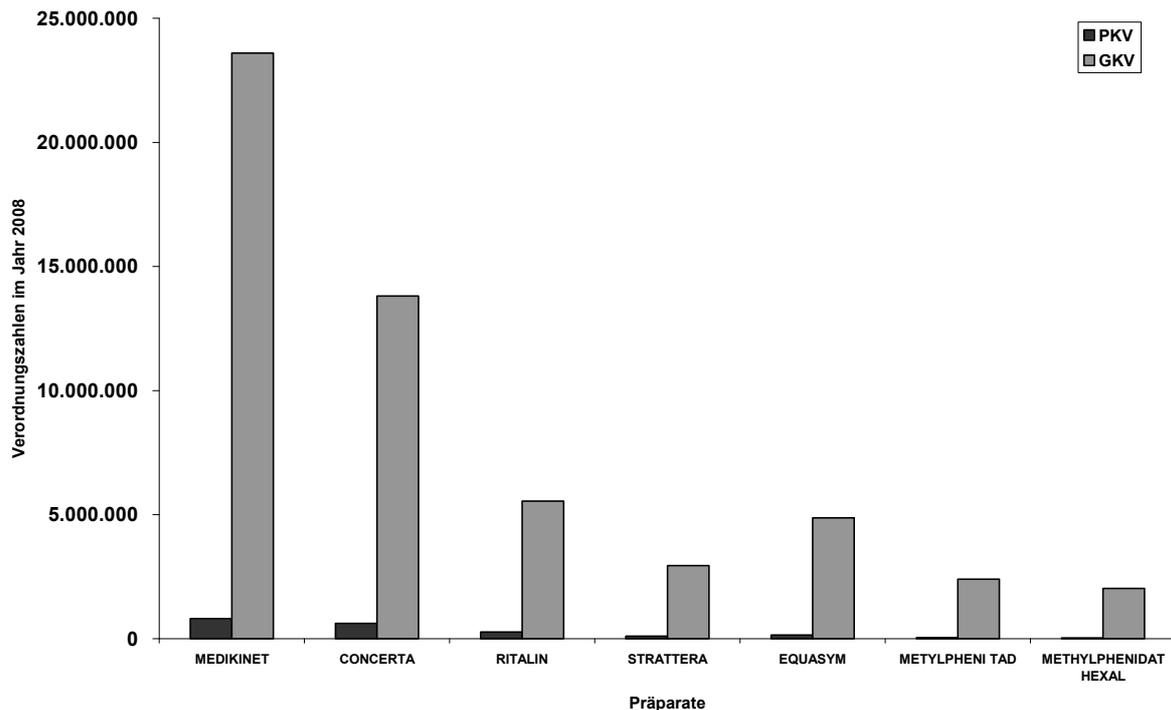


Abbildung 2: Tagesdosen (DDD) von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV

Die Zahl der Tagesdosen (DDD) von ADHS-Medikamenten beträgt in der GKV 55,2 Mio., in der PKV sind es 2,0 Mio.. Damit entfallen nur 3,5 % aller Tagesdosen (DDD) derartiger Präparate auf Privatversicherte. Den höchsten Arzneimittelverbrauch weist sowohl bei der GKV als auch der PKV das Präparat Medikinet auf. In der GKV sind für Medikinet 23,6 Mio. Tagesdosen (DDD) und für die PKV 0,8 Mio. Tagesdosen (DDD) zu notieren. Hinter diesem Medikament entfallen die meisten Tagesdosen (DDD) bei beiden Versicherungsträgern auf Concerta und Ritalin.

5.2 Vergleich der Verordnungszahlen und der Tagesdosen (DDD) pro Kind und Jugendlichen

Die absoluten Zahlen aus dem vorigen Unterkapitel können dann besser interpretiert werden, wenn sie in Relation zur Anzahl der Versicherten gesetzt werden. Dies soll im Folgenden gemacht werden. Als Versichertenzahl wurde dazu die Zahl der 6- bis 17-Jährigen herangezogen, da die zu untersuchenden Präparate für diese Altersgruppe zugelassen sind. Es wird damit unterstellt, dass der Umfang des „off-label-use“ bei der PKV und GKV gleich hoch ausfällt. Würden aber beispielsweise Privatversicherte anteilig mehr ADHS-Medikamente als Erwachsener erhalten (und bei ihrem PKV-Unternehmen einreichen), würden den Kindern und Jugendlichen ein zu hoher Anteil zugeschrieben werden. In diesem Fall würden die An-

teile bei der PKV zu hoch ausgewiesen. Die nächste Abbildung zeigt die Zahl der Verordnungen von ADHS-Medikamenten die auf 1.000 Versicherte der 6- bis 17-Jährigen entfallen.

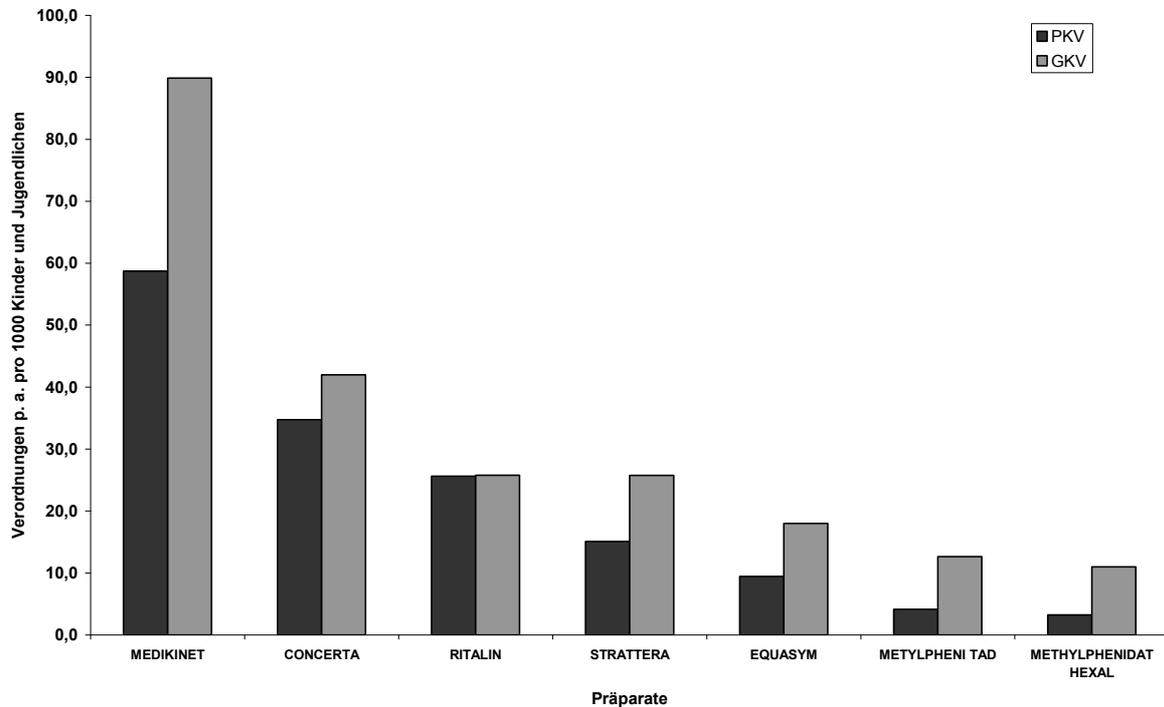


Abbildung 3: Verordnungen pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen

Im Durchschnitt erhalten 1.000 privatversicherte Kinder im Alter von 6- bis 17 Jahren 151,4 Verordnungen von ADHS-Medikamenten. Dagegen beziehen die gleiche Anzahl von gesetzlich versicherten Kindern in dieser Altersgruppe 225,1 Verordnungen derartiger Präparate. Bei allen ADHS-Medikamenten liegt der Anteil der Verordnungen pro 1.000 Kinder und Jugendlichen in der GKV höher als in der PKV. Der relative Unterschied fällt allerdings unterschiedlich hoch aus. Bei Ritalin ist die Differenz wesentlich geringer als zum Beispiel bei Medikinet, Methylpheni TAD und Methylphenidat Hexal.

In der nächsten Abbildung wird die Zahl der Tagesdosen (DDD) in Relation zur Versichertenzahl gesetzt:

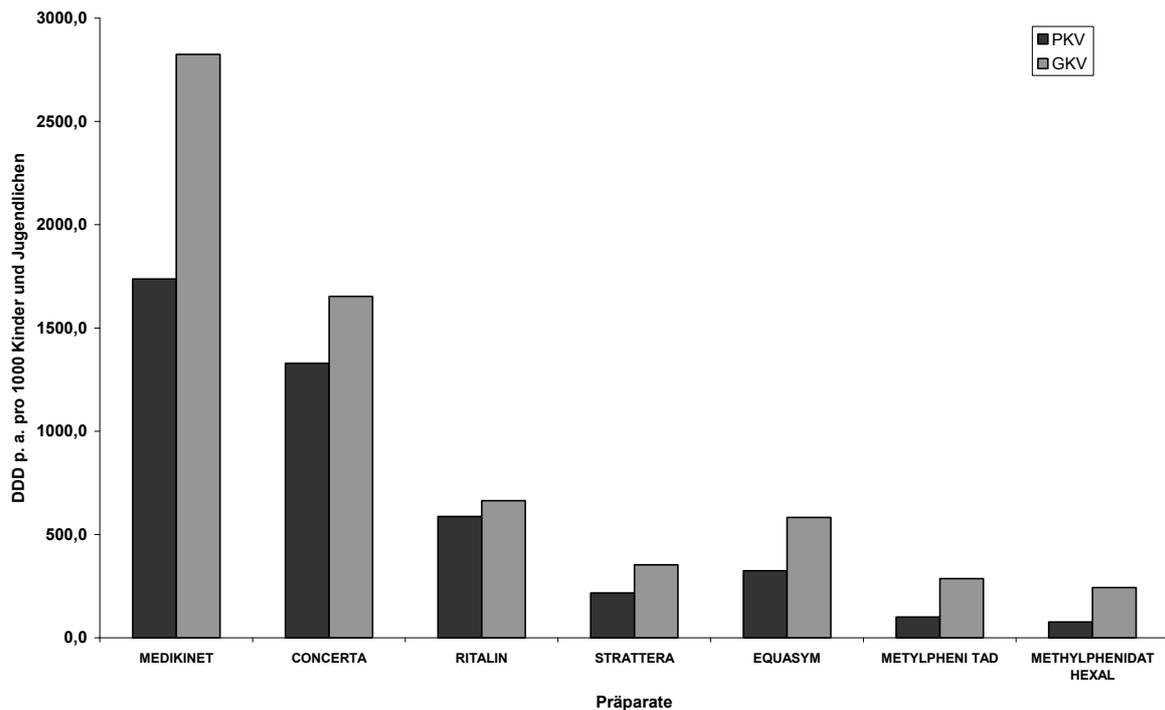


Abbildung 4: Zahl der Tagesdosen (DDD) pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen

1.000 Privatversicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen beziehen durchschnittlich 4.370,9 Tagesdosen (DDD) von Medikamenten zur Behandlung von ADHS. In der GKV liegt der vergleichbare Wert bei 6.607,2 Tagesdosen (DDD). Damit bestätigt die Analyse auf der Ebene der Tagesdosen (DDD) das Ergebnis der Betrachtung der Verordnungszahlen pro Versicherten: Privatversicherte erhalten weniger ADHS-Medikamente verschrieben.

Die Ursachen für dieses Ergebnis könnten nur dann ermittelt werden, wenn Informationen zu den Indikationsstellungen der Ärzte vorlägen. Ob die aufgezeigten Unterschiede in der abweichenden Prävalenz (möglicherweise als Folge anderer sozioökonomischer Struktur der Versicherten), in der verschiedenartigen Gewichtung von nicht-medikamentöser und medikamentöser Therapie, im Versichertenstatus oder in anderen Gründen zu finden sind, kann nicht beantwortet werden.

5.3 Relative Bedeutung aller ADHS-Medikamente

Um die relative Bedeutung von ADHS-Mitteln bei PKV und GKV zu vergleichen, wurden der Verordnungsanteil und die Zahl der Tagesdosen (DDD) der einzelnen Medikamente an den Verordnungszahlen bzw. den Tagesdosen (DDD) aller ADHS-Präparate gebildet. Das Ergebnis bezüglich der Verordnungsanteile verdeutlicht die nächste Abbildung:

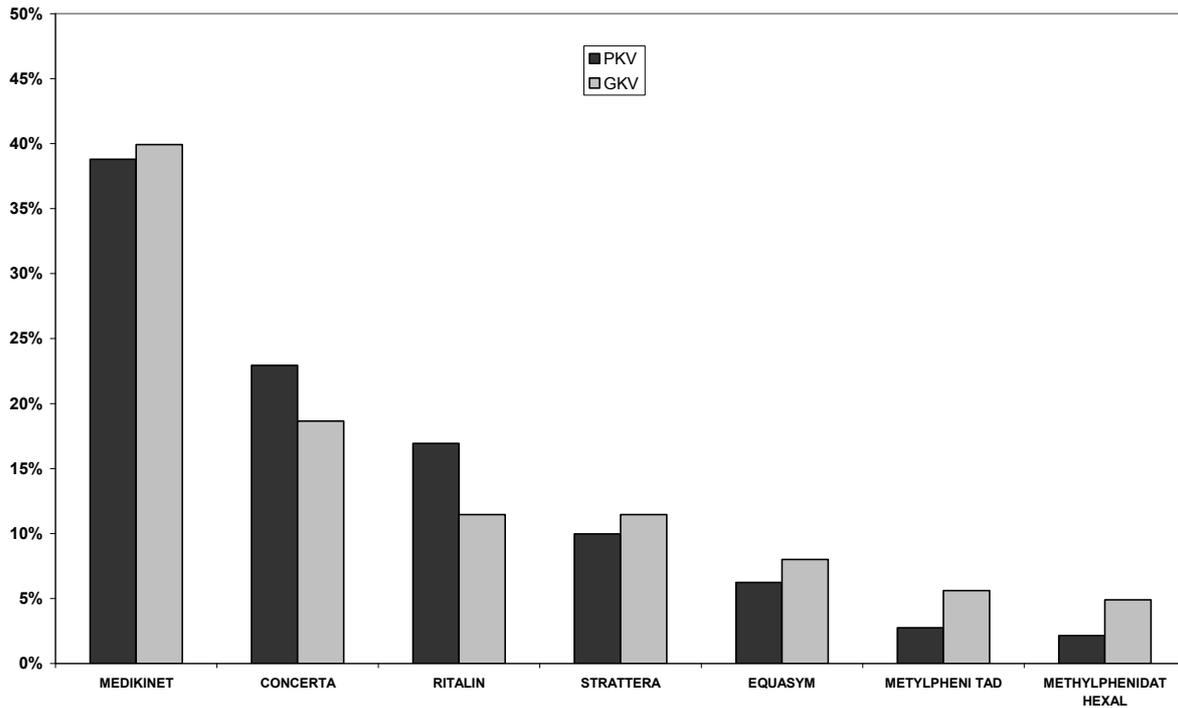


Abbildung 5: Verordnungsanteile von ADHS-Präparaten an den Verordnungen von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV

Auf den ersten Blick verteilen sich die Verordnungsanteile der betrachteten Wirkstoffe bei der GKV ähnlich wie bei der PKV. Auch bei der GKV ist Medikinet das verordnungshäufigste Präparat vor Concerta und Ritalin. Ein zweiter Blick offenbart jedoch auch Unterschiede. Privatversicherte erhalten anteilig etwas mehr die Präparate Concerta und Ritalin verordnet, während Kassenpatienten höhere Verordnungsanteile bei Medikinet, Strattera, Equasym, Methylphenidat TAD und Methylphenidat Hexal aufweisen. Interessant ist insbesondere, dass das noch patentgeschützte Strattera, in der GKV einen höheren Verordnungsanteil aufweist. In der folgenden Abbildung werden die Anteile der einzelnen ADHS-Medikamente bezüglich der Tagedosen (DDD) dargestellt.

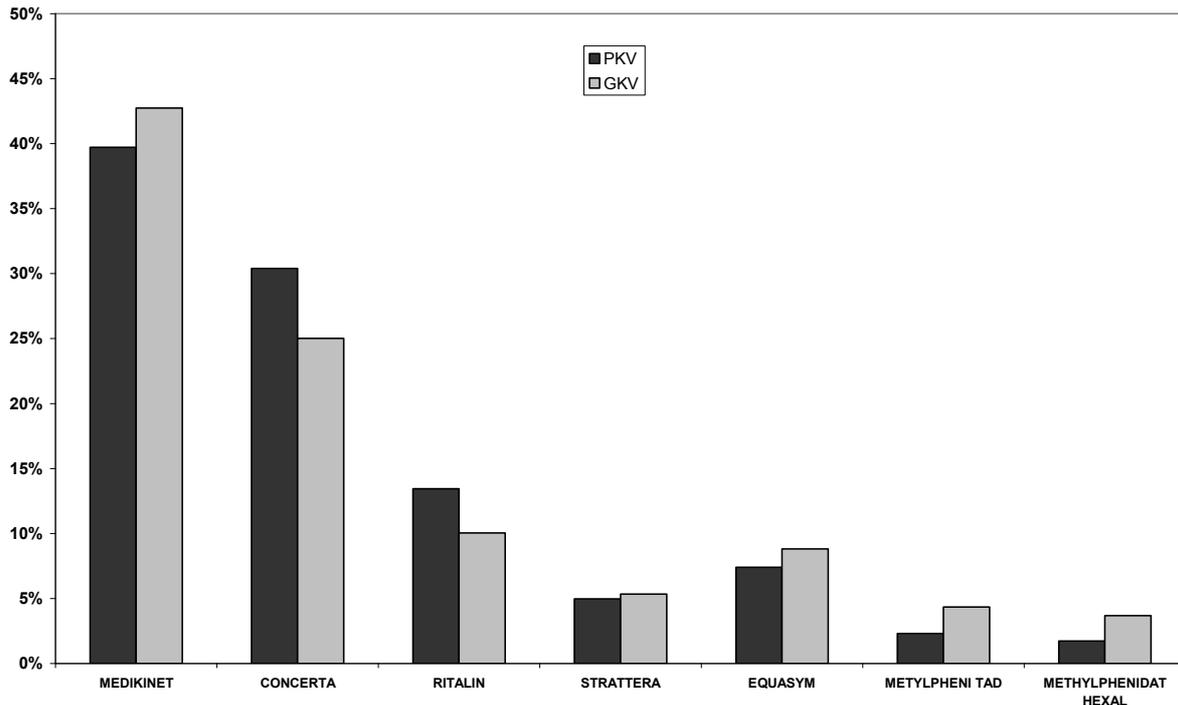


Abbildung 6: Anteil der Tagesdosen (DDD) von ADHS-Präparaten an allen Tagesdosen von ADHS-Präparaten bei PKV und GKV

Etwa 40 % aller verordneten Tagesdosen entfallen bei der PKV auf Medikinet. In der GKV sind es 42,7 %. Damit ist die Bedeutung dieses Präparates bei einer Betrachtung nach Tagesdosen sogar noch etwas höher als bei der Auswertung nach Verordnungszahlen. Das relative Verhältnis zwischen GKV und PKV bei den verschiedenen Präparaten ändert sich durch die Betrachtung der Tagesdosenanteile nicht. Dies ist eine Folge der Methodik: Für beide Versicherungsträger wurde die gleichen durchschnittlichen Kosten je DDD zur Berechnung der Tagesdosenzahl verwendet. Damit wird unterstellt, dass PKV- und GKV-Versicherte die gleichen Packungsgrößen und Wirkstoffstärken bei den einzelnen Mitteln erhalten. Um diese Annahme fallen lassen zu können, müsste für die Auswertung für jede einzelne Handels- und Darreichungsform eines Präparates die zugehörige Tagesdosis vorliegen. Dies ist leider nicht der Fall.

6. Entwicklung des Verordnungsanteils im Zeitablauf

Die Auswertung von Verordnungszahlen in der GKV weist bereits seit einigen Jahren auf eine stetige Zunahme von ADHS-Medikamenten hin.³⁹ Über die Ursachen dieser Entwicklung wird in der Literatur wiederholt diskutiert. Während einige Autoren davon sprechen, dass es sich hierbei um einen Aufholprozess handelt, bei dem eine jahrelange Unterversorgung abgebaut wird, sehen andere darin dies eher als eine Folge der gesellschaftlichen Entwicklung und der Veränderung des Lebensumfeldes und der Freizeitgestaltung bei Kindern und Jugendlichen.⁴⁰ Debattiert wird auch darüber, inwieweit sich in den letzten Jahren das Verhalten der Ärzte, insbesondere die Strenge bei der Indikationsstellung, geändert hat.⁴¹

Es ist nunmehr zu untersuchen, ob auch bei Privatversicherten eine vergleichbare Entwicklung wie in der GKV zu verzeichnen ist. Dazu wurden die Arzneiverordnungsdaten von drei größeren PKV-Unternehmen aus den Jahren 2006-2008 herangezogen und für die einzelnen Jahre die Verordnungszahlen bzw. Tagesdosen (DDD) pro 1.000 Versicherte der 6- bis 17-Jährigen berechnet.⁴² Durch den Bezug zur Versichertenzahl kann der Effekt, der ausschließlich aufgrund einer veränderten Zahl von Versicherten entsteht, ausgeschaltet werden. Der letztgenannte Effekt ist insofern wichtig, da die PKV derzeit höhere Wachstumsraten der Kinderzahlen aufweist als die GKV.⁴³

³⁹ Vgl. Lohse, Müller-Oerlinghausen (2009).

⁴⁰ Vgl. Elliger, Trott, Nissen (1990), Gebhardt, Finne, von Rahden, Kolip (2008).

⁴¹ Vgl. Safer (2000).

⁴² Zur Abschätzung der Datengrundlage sei darauf verwiesen, dass für das Jahr 2008 der Auswertung 15.559 Verordnungen zur Verfügung standen.

⁴³ Vgl. Niehaus (2009).

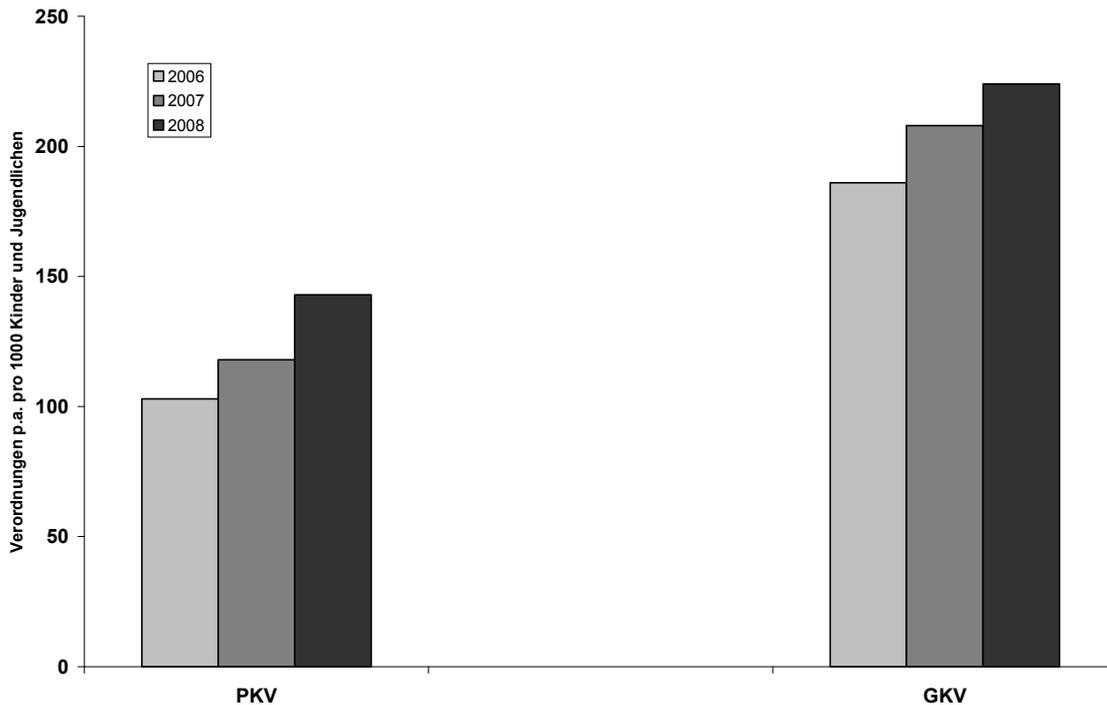


Abbildung 7: Verordnungen von ADHS-Medikamenten pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen von 2006-2008

Im Jahr 2006 entfielen in der PKV 103 Verordnungen von ADHS-Medikamenten auf 1.000 6- bis 17-jährige Versicherte. In den folgenden zwei Jahren stiegen die Verordnungszahlen bei Privatversicherten um fast 39 %. In der GKV wurden im Jahr 2006 durchschnittlich 186 Verordnungen für 1.000 Versicherte in der entsprechenden Altersklasse verschrieben. Bis zum Jahr 2008 ist eine Steigerung um 20,4 % zu registrieren. In der PKV nahmen die Verordnungszahlen von ADHS-Medikamenten damit in den vergangenen zwei Jahren um fast das Doppelte zu wie in der GKV. Allerdings werden diese höheren Wachstumsraten auf einem niedrigeren Niveau erreicht.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung im Zeitablauf anhand der verordneten Tagesdosen (DDD):

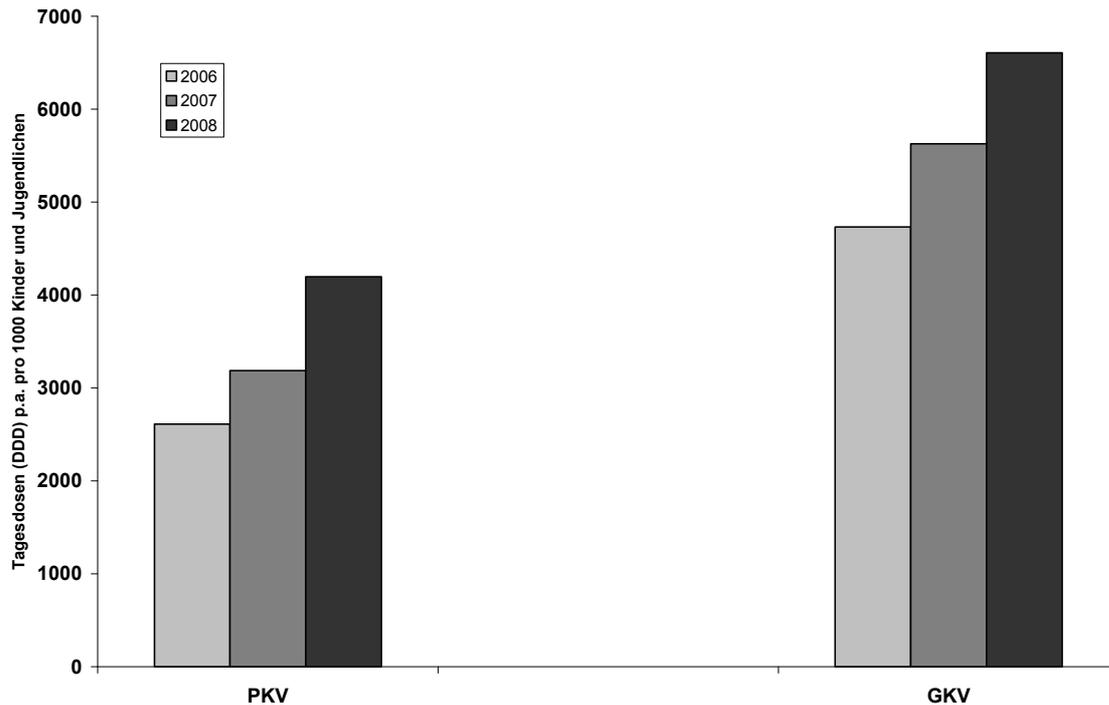


Abbildung 8: Tagesdosen (DDD) von ADHS-Medikamenten pro 1.000 Versicherte in der Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen von 2006-2008

Im Jahr 2006 wurden den 6- bis 17-Jährigen weniger ADHS-Medikamente verordnet als im Jahr 2008. Diese Aussage lässt sich auch bei Betrachtung der verordneten Tagesdosen (DDD) und unabhängig vom Versichertenstatus treffen. Im Jahr 2006 entfallen auf 1.000 Privatversicherte der untersuchten Altersgruppe 2.611 Tagesdosen. Von 2006 bis 2008 konnte ein Anstieg um 60,7 % berechnet werden. In der GKV nahm im gleichen Zeitraum die Zahl der Tagesdosen (DDD) um 38,9 % zu. Damit ergibt sich auch bei einer Analyse nach Tagesdosen (DDD) bei der PKV ein deutlich höherer Anstieg als bei der GKV. Die Wachstumsraten fallen generell etwas höher aus als bei der Auswertung nach Verordnungszahlen.

Eine Erklärung für diesen Unterschied ist nicht in den Daten zu finden. Es kann nur vermutet werden, dass gesetzliche Regelungen (Arzneimittelvereinbarungen, Budgetierung usw.) das Wachstum der Verordnungen von ADHS-Medikamenten bei Kassenpatienten etwas dämpfen. Möglich wäre aber auch ein Nachholbedarf bei Privatversicherten, dieser ließe sich aufgrund des geringeren Ausgangsniveaus erklären, oder eine Ausweitung der Indikationsstellung auf Personen, die überproportional in der Versichertenstruktur der PKV zu finden sind.

7. Bedeutung von ADHS-Medikamenten für einzelne Altersgruppen

7.1 Altersverteilung über alle Versicherten

Methylphenidat und Atomoxetin sind für Kinder ab dem 6. Lebensjahr zugelassen. Die Therapie sollte idealerweise zur Pubertät abgesetzt werden. Für Erwachsene ist Methylphenidat für die Behandlung von ADHS nicht zugelassen. Atomoxetin kann Erwachsenen verordnet werden, wenn die Behandlung im Jugendalter wirksam war.⁴⁴ Jede Behandlung außerhalb der genannten Altersgrenzen gilt als sogenannter „off-label-use“. Die vorliegenden Arzneimittel-daten wurden als Grundlage genommen, um ein Altersprofil der Verordnungen bei Privatversicherten zu ermitteln. Es wurde für jedes Alter der Quotient aus der Zahl der Verordnung von ADHS-Medikamenten durch die Gesamtzahl von ADHS-Medikamenten gebildet. Damit wird deutlich, wie sich die ADHS-Verordnungen – bezogen auf das Alter der Versicherten – verteilen. Die folgende Abbildung zeigt die grafische Darstellung des Ergebnisses. Um zu verdeutlichen, dass die unterschiedliche Zahl der Verordnungen nur unmaßgeblich von der Zahl der Versicherten in der jeweiligen Altersgruppe bestimmt wird, wurde auch die Zahl der Versicherten je Alter in der Stichprobe in die Abbildung (mit der Skalierung auf der linken Seite) eingetragen.

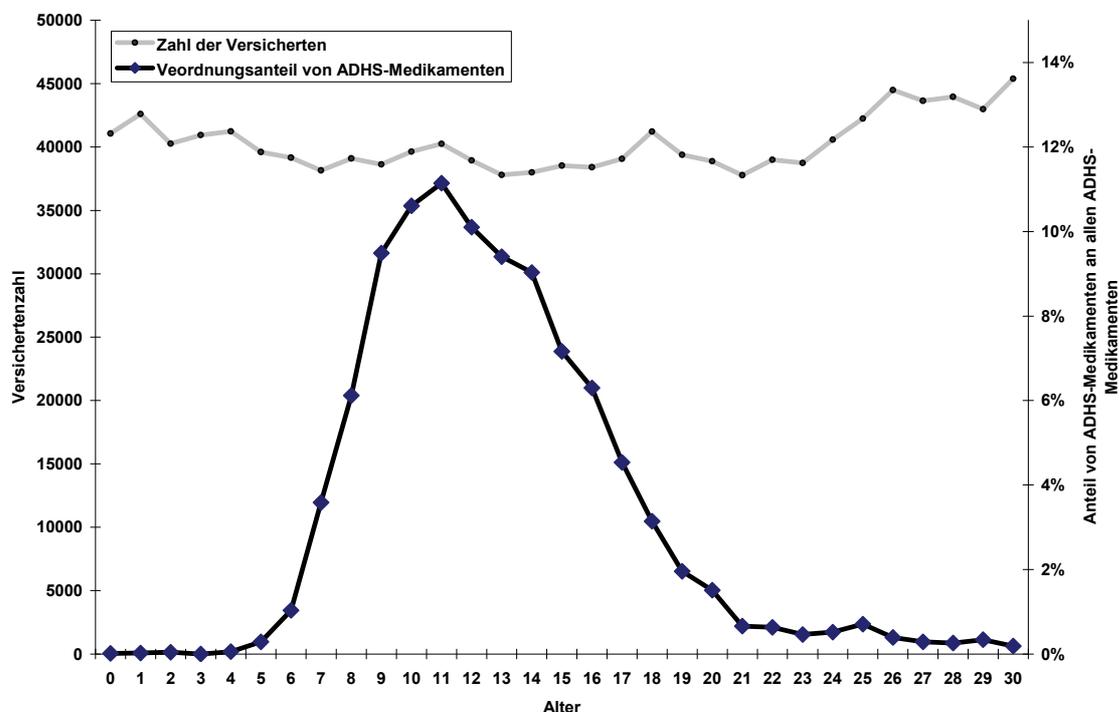


Abbildung 9: Altersabhängige Verteilung der Verordnung von Methylphenidat und Atomoxetin

⁴⁴ Vgl. Rote Liste (2009, 2008).

Die meisten Verordnungen sind bei den 11-Jährigen festzustellen. Diesem Alter sind 11,15 % aller ADHS-Medikamente zuzurechnen. Ab dem 11. Lebensjahr werden anteilig weniger ADHS-Medikamente verordnet. Im Pubertätsalter nimmt der Verordnungsanteil zwar ab, liegt aber trotzdem noch vergleichsweise hoch. Von einem vollständigen Absetzen während der Pubertät, wie es in den Arzneimittelinformationen empfohlen wird, kann nicht die Rede sein. Auf Kinder und Jugendliche zwischen dem 6. und dem 18. Lebensjahr entfallen 92,08 % aller Verordnungen. Das heißt im umgekehrten Sinne, dass fast 8 % der Verordnungen auf Versicherte außerhalb dieser Altersgrenzen entfallen. Insbesondere jungen Erwachsenen wird bis zur Mitte der 2. Lebensdekade in nicht unerheblichem Maße Methylphenidat bzw. Atomoxetin verordnet. Aber auch einige Kinder unter 6 Jahren bekommen bereits einen entsprechenden Wirkstoff verschrieben.

7.2 Altersverteilung getrennt nach Geschlechtern

Um festzustellen, inwieweit es Geschlechterunterschiede gibt, wurde der Verordnungsanteil von ADHS-Medikamenten je Alter sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Versicherten ermittelt. Wie die Abbildung 10 verdeutlicht, sind Unterschiede feststellbar:

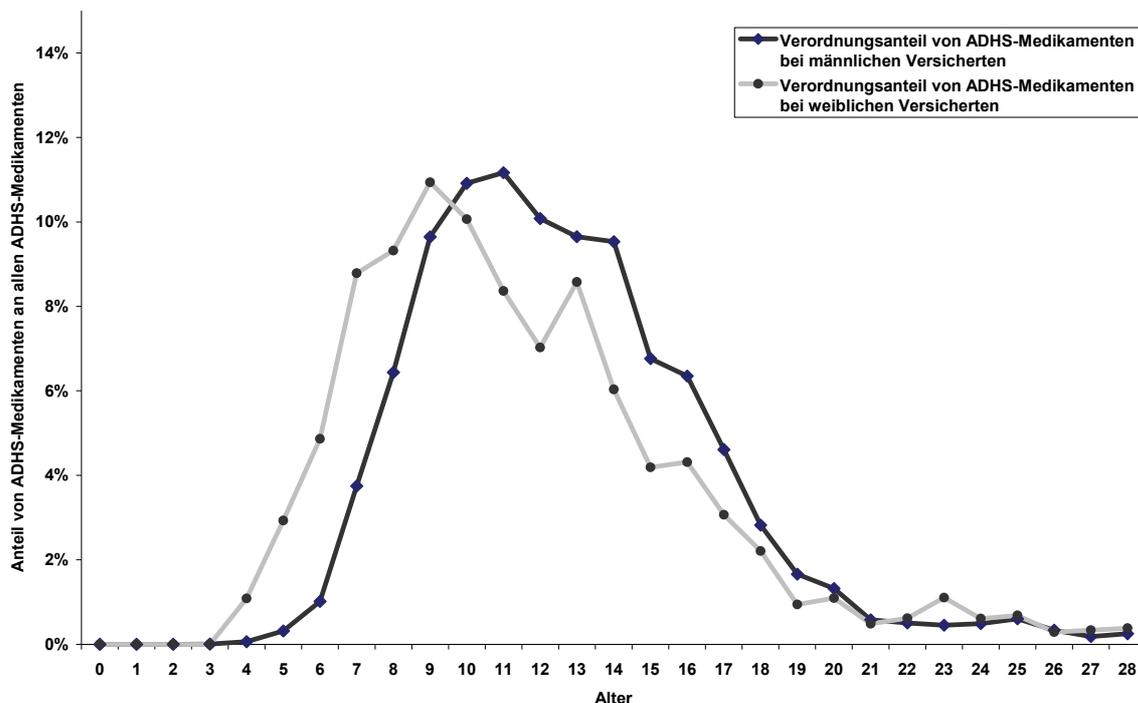


Abbildung 10: Altersabhängige Verteilung der Verordnung von Methylphenidat und Atomoxetin (nach Geschlecht der Versicherten)

Die weiblichen Versicherten, die ADHS-Medikamente erhalten, sind tendenziell jünger als die männlichen. Bis zum 9. Lebensjahr ist der Anteil der ADHS-Medikamente, der auf diese Altersgruppe und bei dem jeweiligen Geschlecht entfällt, bei den Mädchen höher als bei den Jungen. Bei den männlichen ADHS-Patienten liegt der Schwerpunkt der Verordnungen bei den 10- bis 14-Jährigen, bei den weiblichen Versicherten dagegen eher bei den 7- bis 11-Jährigen. Dieser Unterschied wird im Übrigen nicht durch die unterschiedliche Besetzung der Altersstufen von Jungen und Mädchen verursacht. In den betroffenen Altersklassen variiert die Bedeutung der beiden Geschlechter nur unwesentlich.

Bei der Beurteilung der Abbildung 10 sollte nicht übersehen werden, dass bei Jungen in der Regel mehr ADHS-Diagnosen gestellt werden und für sie damit auch mehr ADHS-Medikamente verordnet werden als für Mädchen. Nach Daten des Robert-Koch-Instituts ist die Prävalenz bei Jungen 4,3mal höher.⁴⁵ Die vorliegende Auswertung erbrachte ein vergleichbares Ergebnis. Die Zahl der Verordnungen bei den 6- bis 17-jährigen Jungen überstieg die Verordnungszahl bei den gleichaltrigen Mädchen um das 3,96fache.⁴⁶ Betrachtet man die einzelnen Alter, ergibt sich ein differenziertes Bild. Dies zeigt die folgende Abbildung 11:

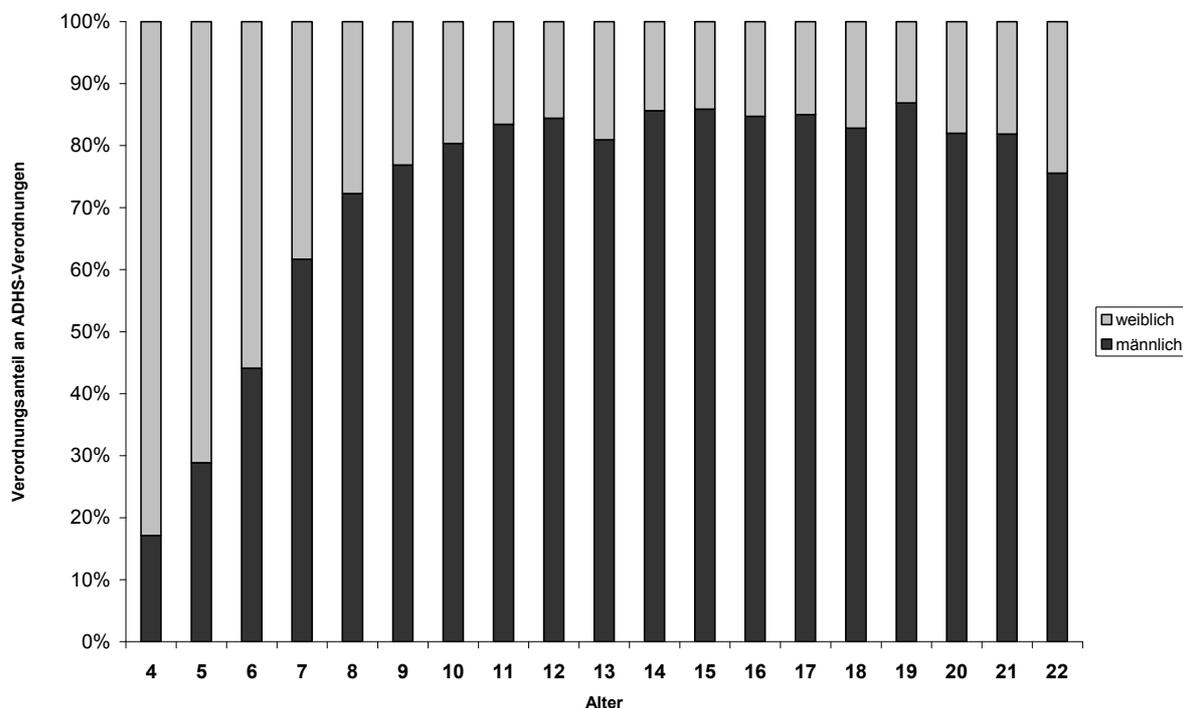


Abbildung 11: Aufteilung der ADHS-Verordnungen auf die Geschlechter in einzelnen Altersstufen

⁴⁵ Vgl. Schlack, Hölling, Kurth (2007).

⁴⁶ Das Geschlechterverhältnis unter den Versicherten ist bei den 6- bis 17-Jährigen dagegen fast ausgeglichen. Das Verhältnis Jungen zu Mädchen liegt bei den Versicherungsunternehmen der ausgewerteten Stichprobe bei den 6- bis 17-jährigen bei 1,04 zu 1. Dieses Verhältnis zeigt sich näherungsweise auch bei einzelnen Jahrgängen.

Bei den sehr jungen Versicherten (4-, 5-, 6-Jährige) erhalten prozentual noch mehr Mädchen ADHS-Medikamente. Erst ab dem 7. Lebensjahr weisen Jungen den höheren Anteil auf. Die durchschnittliche 4:1 Relation zwischen Jungen und Mädchen stellt sich erst ab dem 10. Lebensjahr ein. Bei diesem Verhältnis bleibt es dann allerdings auch bis ins junge Erwachsenenalter.

7.3 Relation zu anderen Medikamenten in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen

Die Zulassung von Methylphenidat und Atomoxetin lässt zwar eine Behandlung bis zum 18. Lebensjahr zu. In der Packungsbeilage von Methylphenidat wird allerdings empfohlen, die Behandlung mit der Pubertät abzuschließen. Wie das vorige Unterkapitel zeigte, wird dieser Empfehlung zwar keineswegs in allen Fällen gefolgt, der Schwerpunkt der Medikation befindet sich aber bei den 7- bis 13-Jährigen. Es soll deshalb untersucht werden, welche Bedeutung ADHS-Medikamente in diesem Altersbereich gegenüber anderen Arzneimitteln einnehmen. Die Bedeutung von ADHS für die Leistungsausgaben eines Versicherungsunternehmens insgesamt mag zwar nicht sehr groß ausfallen. Erstens handelt es sich jedoch für Versicherte bestimmter Altersklassen um einen wesentlichen Ausgabenposten. Zweitens ist die Betrachtung auch unter dem Blickwinkel der Versorgungsqualität zu sehen.

Bereits in einer früheren Untersuchung des WIP wurde gezeigt, dass bei den 7- bis 13-jährigen Privatversicherten ADHS-Medikamenten zu den wichtigsten Präparaten zählen.⁴⁷ Sie weisen eine vergleichbare Bedeutung wie Mittel zur Behandlung von Allergien sowie Impfstoffen auf. Unter den zwanzig umsatzstärksten Arzneimitteln dieser Altersgruppe befinden sich vier ADHS-Mittel. Hinter dem Wachstumshormon Genotropin rangiert Medikinet auf Platz zwei, Strattera auf Platz sechs, Concerta auf Rang acht und Ritalin auf Rang zwanzig. Auf diese vier Medikamente entfallen 6,85 % aller Arzneimittelumsätze bei den 7- bis 13-Jährigen.

⁴⁷ Vgl. Wild (2009a).

Platz	Präparat	Anwendungsbereich	Umsatzanteil
1	GENOTROPIN	Wachstumshormon	7,07%
2	MEDIKINET	ADHS	2,93%
3	NORDITROPIN	Wachstumshormon	2,58%
:			
6	STRATTERA	ADHS	1,75%
:			
8	CONCERTA	ADHS	1,35%
:			
20	RITALIN	ADHS	0,82%

Tabelle 3: Die umsatzstärksten Medikamente bei den 7- bis 13-Jährigen⁴⁸

Die vorderen Platzierungen in der Umsatzrangliste sind keineswegs nur einem vergleichsweise hohen Apothekenverkaufspreis geschuldet. Medikinet weist bei den 7- bis 13-jährigen Versicherten auch die dritthöchste Verordnungszahl auf. Nur das Fiebermittel Nurofen und das Schnupfenpräparat Nasic werden in dieser Altersgruppe häufiger verordnet.

Einen weiteren Beleg für die Bedeutung von ADHS-Mittel liefern die ermittelten Umsatzzahlen von generikafähigen Wirkstoffen. Methylphenidat ist bei den Versicherten bis zum 13. Lebensjahr der umsatzstärkste patentfreie Wirkstoff. Dies zeigt die Tabelle 4:

Platz	Wirkstoff	Original	Anwendungsbereich	Umsatzanteil
1	Methylphenidat	Medikinet, Ritalin u.a.	ADHS	2,44%
2	Salbutamol	Sultanol	Asthma	1,33%
3	Ibuprofen	Dolmorin u.a.	Fieber, Schmerzen	0,90%

Tabelle 4: Die umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe bei 0- bis 13-Jährigen⁴⁹

Die Generikaquote nach Verordnungen von Methylphenidat liegt bei der PKV bei 79,9 %. Dies ist im Vergleich zu anderen generikafähigen Wirkstoffen in der PKV (durchschnittliche Quote: 46,4 %) ⁵⁰ ein vergleichsweise hoher Wert. In der GKV liegt die Generikaquote allerdings noch etwas höher bei 87,2 %. Die hohe Generikaquote bei der PKV ist als Folge dessen zu sehen, dass Methylphenidat bereits 1954 auf dem Markt eingeführt wurde und damit bereits seit längerer Zeit Generika zugelassen sind.

⁴⁸ Vgl. Wild (2009a).

⁴⁹ Vgl. Wild (2009b).

⁵⁰ Vgl. Wild (2009b).

8. Fazit

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist nicht nur die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen. Sie hat in dieser Altersgruppe auch in Relation zu anderen Krankheiten eine hohe Bedeutung. Unter den zwanzig umsatzstärksten Medikamenten bei den 7- bis 13-jährigen Privatversicherten befinden sich vier ADHS-Medikamente, das umsatzstärkste (Medikinet) rangiert auf Platz zwei. Der Wirkstoff Methylphenidat ist bei Kindern bis zum 13. Lebensjahr der umsatzstärkste generikafähige Wirkstoff. Die hohe Bedeutung von ADHS-Medikamenten ist nicht zuletzt deshalb kritisch zu sehen, da bezüglich der Ursachen von ADHS keine endgültig abgesicherten wissenschaftlichen Belege existieren. Die starke Zunahme der Verordnungen in den letzten Jahren wirft zwangsläufig Fragen nach den Gründen auf.

Wie die vorliegende Auswertung von Arzneimittelverordnungsdaten von PKV-Versicherten zeigt, entfallen 92 % aller Verordnungen von ADHS-Medikamenten auf die Altersgruppe der unter 18-Jährigen. 8 % werden als „off-label-use“ verordnet. Männliche Versicherte erhalten etwa 4mal häufiger ADHS-Präparate als weibliche. Der Schwerpunkt der Verordnungen liegt bei den Mädchen in etwas jüngeren Altersgruppen. Dies führt dazu, dass sich bei den unter 7-jährigen Mädchen sogar ein höherer Anteil an den ADHS-Arzneiverordnungen registrieren lässt als bei den Jungen dieses Alters. Ein besonderes Interesse galt dem Vergleich von PKV und GKV. Hier zeigte sich, dass GKV-Versicherte pro Versicherten mehr ADHS-Mittel verschrieben erhalten als Privatversicherte. In der GKV entfallen 225,1 Verordnungen von ADHS-Mitteln auf 1.000 Kinder und Jugendliche. In der PKV sind es dagegen 151,4 Verordnungen. Bemerkenswert ist jedoch, dass in den letzten Jahren die Verordnungszahlen bei der PKV ein doppelt so hohes Wachstum aufwiesen wie in der GKV.

9. Literaturverzeichnis

Altfas J. (2002): Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. BMC Psychiatry 2, S. 1-8

Arznei-telegramm (2005a): Neu auf dem Markt: Atomoxetin (Strattera) bei ADHS, Ausgabe 4/2005, S. 33-34

Arznei-telegramm (2005b): ADHS-Mittel Atomoxetin (Strattera) steigert Suizidalität, Ausgabe 11/2005, S. 102

Arznei-telegramm (2000): Im Blickpunkt Methylphenidat (Ritalin u.a.) zunehmend überverordnet, Ausgabe 8/2000, S. 65

Barkley R. (2002a): Major life activity and health outcomes associated with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 63, S. 10-15

Barkley R.(2002b): Psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder in children Journal of Clinical Psychiatry, 63, S. 36-44

Bundesärztekammer (2005): Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings, Kinder- und Jugendalter, Köln

DMDI (2006): Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10.Revision Version 2006 Vollständige amtliche Ausgabe Vierstellige Ausführliche Systematik.

Döpfner, M. (2005): Was wissen wir heute über AD(H)S?, in: Schulte-Markwort, M., Zinke, M (Hrsg.) Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung Fortschritte in der Diagnose und Therapie, S. 6-10

Döpfner, M. (2007): Was bringt die medikamentöse Langzeittherapie wirklich?, Neue Erkenntnisse aus der MTA-Studie, http://www.zentrales-adhs-netz.de/pdfs/aktuelles1/Was_bringt_die_medikamentoesee_Langzeittherapie_wirklich.pdf (04.11.2009)

Elliger, T.; Trott, G.; Nissen, G. (1990): Prevalence of psychotropic medication in childhood and adolescence in the Federal Republic of Germany, in: Pharmacopsychiatry 23, S. 38-44

Fritze, J.; Schmauß, M. (2002): Off-Label-Use: Der Fall Methylphenidat, in: Der Nervenarzt 73, S. 1210-1212

Forschungsgruppe KAMT (2009): Langzeiteffekte der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, http://www.akip.de/cms/media/forschung/fg_kamt.pdf (4.11.2009)

Gebhard, B.; Finne, E.; Rahden von, R.; Kolip, P. (2008): ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse GEK, Bremen/Schwäbisch Gmünd

Großkurth, H. (2005): Häufigkeit von Kindern mit vermuteter ADHS im Patientengut von Allgemein- und Kinderärzten im Raum Aachen, sowie Faktoren, die mit einer ADHS assoziiert sind, Dissertation

Holtkamp K.; Konrad K.; Müller B.; Heussen N.; Herpertz S.; Herpertz-Dahlmann B.; Hebebrand, J. (2004): Overweight and obesity in children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. International Journal of Obesity, 28, S. 685-689

Huss (2004): Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und

Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit (BMGS), Bonn

Jensen, P.; Arnold, L.; Swanson, J. u. a. (2007): 3-year-follow-up of the NIMH MTA Study, *in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (8), S. 989-1002

King, S.; Griffin, S., Hodges, Z. u. a. (2006): A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents, *in: Health Technology Assessment 2006; Vol. 10, No. 23*

Krause, J., Krause, K.-H. (2009): ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter, Stuttgart

Kretz, F.-J.; Becke, K. (1997): Anästhesie und Intensivmedizin bei Kindern, Stuttgart

KKH-Allianz (2008): KKH meldet Zunahme der Krankheit ADHS um 50 %. Bewegung statt Pillen, Presseerklärung 31/2008

Lohse, M.; Müller-Oerlinghausen, B. (2009): Psychopharmaka, *in: Schwabe, U.; Paffrath, D. (2009), Arzneiverordnungsreport*, S. 767-810

Meier, M. (2007): Die Behandlung der adulten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit Methylphenidat versus Atomoxetin: systematisches Review, Dissertation, Tübingen

MTA Cooperative Group (2004): National institute of mental health multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder, *in: Pediatrics* 113, S. 754-761

Niehaus, F. (2009): Versicherung von Kindern im Vergleich von GKV und PKV, WIP-Diskussionspapier 9/09, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Rote Liste (2009): Fachinformation Ritalin Novartis Pharma

Rote Liste (2008): Fachinformation Strattera Lilly Pharma

Rothenberger, A. (2002): Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stimulantien, Manuskript für Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Safer, D. (2000): Are stimulants overprescribed for youths with ADHD? In: Annals of Clinical Psychiatry 12, S. 55-62

Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B-M., Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsschutz, 50, S. 827-835

Schwabe, U.; Paffrath, D. (2009, 2008, 2007, 2006): Arzneiverordnungsreport, Heidelberg
Swanson, J.; Hinshaw, S.; Arnold, L. u.a. (2007): Secondary evaluations of MTA 36-month outcomes: propensity score and growth mixture model analyses, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46 (8), S. 1003-1014

Vitiello, B. (2001): Long-term effects of stimulant medication on the brain: Possible relevance to the treatment of attention deficit hyperactivity disorder, in: Journal of child and adolescent psychopharmacology 11, S. 25-34.

Weltgesundheitsorganisation (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien

Wild, F. (2009a): Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 13/09, Köln

Wild, F. (2009b): Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 5/09, Köln

Williams C; Wright B; Partridge I. (1999): Attention deficit hyperactivity disorder - a review. British Journal of General Practice, 49, S. 563-571

Wolraich, M.M Wibbelsman, C. Brown, T. u.a. (2005): Attentiondeficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment and clinical implications, in: Paediatrics 115, S. 1734-1746

WIP-Veröffentlichungen

Diskussionspapiere

2009

- 13/09 Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV
Dr. Frank Wild
- 12/09 Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?
Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt
- 11/09 Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ
Dr. Torsten Keßler
- 10/09 Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)
Dr. Frank Wild
- 9/09 Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV
Dr. Frank Niehaus
- 8/09 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007
Dr. Frank Niehaus
- 7/09 Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM
Dr. Frank Niehaus
- 6/09 Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV
2004/2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 5/09 Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007
Dr. Frank Wild
- 4/09 Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen
Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007
Dr. Frank Wild
- 3/09 Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV
Dr. Frank Wild
- 2/09 Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen
Dr. Frank Niehaus
- 1/09 Das Gesundheitssystem in der VR China
Dr. Anne Dorothee Köster

2008

- 3/08 Arzneimittelversorgung mit Insulinen
Dr. Frank Wild
- 2/08 Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern
in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006
Dr. Torsten Keßler

1/08 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
(Ausgabe 2008)
Dr. Frank Wild

2007

9/07 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006
Dr. Frank Niehaus

8/07 Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten
Dr. Frank Wild

7/07 Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten
Dr. Frank Wild

6/07 Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick
Dr. Frank Wild

5/07 Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss "Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung"
Bernd Hof, Claus Schlömer

4/07 Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?
Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber

3/07 Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten
Dr. Frank Wild

2/07 Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

1/07 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
Dr. Frank Wild

2006

9/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005
Dr. Frank Schulze Ehring

8/06 Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht
Dr. Frank Schulze Ehring

7/06 Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten
Der privaten Pflege-Pflichtversicherung
Dr. Frank Niehaus

6/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten
Dr. Frank Wild

5/06 Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)
Dr. Frank Niehaus

4/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine
Dr. Frank Wild

3/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?
Dr. Frank Schulze Ehring

- 2/06 PKV im Wettbewerb mit der GKV
Christian Weber
- 1/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004
Dr. Frank Niehaus

Projektpapiere

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?
Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben
Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapier können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.