

## **Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2001 <sup>1</sup>**

Jürgen Fritze, Pulheim

Der jährlich erscheinende Arzneiverordnungsreport gibt wichtige Informationen über das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzteschaft bezüglich der 2500 meistverordneten Präparate.

Unter den 31 im Jahre 2000 neu zugelassenen Wirkstoffen („Fricke Liste“) finden sich vier Neuropsychopharmaka. Dem Medikament zur Unterstützung der Raucherentwöhnung Zyban® (Amfebutamon, Bupropion) wird zwar zugestanden, eine „innovative Struktur bzw. ein neuartiges Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz“ (Bewertung A) darzustellen, gleichzeitig aber sei das „Wirkprinzip nicht gesichert oder der therapeutische Stellenwert unklar“ (Bewertung D). Was dies bedeuten könnte, erschließt auch der Text nicht. Eine Effektstärke (13%), die fast der dreifachen Placeborate (5,6%) entspricht, d.h. nach Bupropion-Therapie waren nach 12 Monaten noch 18,4% abstinent gegenüber 5,6% nach Placebo, wird als gering bewertet; aus der chemischen Strukturverwandschaft (die pharmakologisch fast nichts bedeutet) mit einem jüngst vom Markt genommenen Psychostimulans wird auf ein Suchtpotential geschlossen, obwohl Bupropion seit 1989 in den USA als Antidepressivum verwendet wird, ohne daß Mißbrauch oder Abhängigkeit beobachtet worden wären.

Das neue Antikonvulsivum Keppra® (Levetiracetam) erreicht als einziges neues ZNS-Produkt die Bewertung A. Trileptal® (Oxcarbazepin) und Seroquel® (Quetiapin) werden als „Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten“ (C) abgetan. Dies ignoriert, daß Oxcarbazepin ein gegenüber Carbamazepin geringeres Risiko von Hautreaktionen und pharmakokinetischen Interaktionen hat. Quetiapin wird als „Analogpräparat von Clozapin“ bezeichnet (was für Quetiapin ein Kompliment bedeutet), wobei aber die höheren Tagesbehandlungskosten von Quetiapin bemängelt werden. Dies ignoriert, daß Clozapin einer eingeschränkten Verschreibungsfähigkeit unterliegt und damit eigentlich „außer Konkurrenz“ läuft.

Auch in diesem Jahr werden die Antidementiva den Arzneimitteln „mit umstrittener Wirksamkeit“ zugeordnet, und zwar ohne zwischen den verschiedenen Pharmaka dieser Gruppe zu differenzieren. Dies verblüfft insofern, als die Besserungsraten unter Cholinesterasehemmern zwar als gering beklagt werden, ausdrücklich aber die Empfehlung durch das National Institute for Clinical Excellence (NICE), bei Alzheimer-Demenz Cholinesterasehemmer zu verschreiben, zitiert wird. Kühn und kaum nach Kriterien Evidenz-basierter Medizin begründbar ist die Empfehlung, Ginkgo-Extrakte, Cyclandelat, Piracetam, Nicergolin durch nicht-medikamentöse Therapie zu substituieren. Die Responderanalysen für Cholinesterasehemmer und Memantin werden ignoriert: tatsächlich erleben bei 6-monatiger Behandlung rund 30% der Kranken unter Cholinesterasehemmern eine Besserung, 40% bleiben unverändert, rund 30% verschlechtern sich gegenüber der Ausgangslage. Da es sich um eine im Spontanverlauf progrediente Krankheit handelt, sind als Responder alle gegenüber der Ausgangslage gebesserten (ca. 30%) und unveränderten (ca. 40%) Kranken zu werten.

Die Substitutionsvorschläge für Analogpräparate („Me-too“) zeugen nicht von allzu tiefgehender pharmakologischer Einsicht und könnten auch lebensbedrohliche Folgen

---

<sup>1</sup>Nervenarzt 73 (2002) 572-574

zeitigen: Citalopram und Sertralin durch Fluoxetin substituieren zu wollen, ignoriert das dem Fluoxetin eigene Interaktionspotential. Johanniskraut-Extrakte, Opipramol und Nortriptylin unbesehen durch Amitriptylin substituieren zu wollen, kann z.B. Stürze mit Schenkelhalsfrakturen und Verkehrsunfälle nach sich ziehen.

Wenn auch die Therapieempfehlungen des Arzneiverordnungsreports also mit Vorsicht zu genießen sind, so ist er doch für die Verordner besonders wichtig, indem er Benchmarks liefert. Inzwischen haben Generika einen Verordnungsanteil von 49% und einen Umsatzanteil von 31,7% erreicht; im generikafähigen Markt ist der Verordnungsanteil der Generika weiter auf inzwischen 72% und einen Umsatzanteil von fast 64% gestiegen. Wie hoch der Generika-Anteil im Generika-fähigen Antidepressiva- und Neuroleptika-Markt ist, läßt sich dem Arzneiverordnungsreport leider nicht direkt entnehmen, da nur über die umsatzstärksten Pharmaka berichtet wird. Immerhin liegt - soweit aus den Daten ableitbar - der Anteil generisch verordneten Amitriptylins bei rund 54% der Verordnungen (DDD) bzw. 48% der Umsätze und für Doxepin bei 70% bzw. 61%. Bei den Neuroleptika erfolgen rund 50% der Perazin-Verordnungen (DDD) generisch, für Levomepromazin rund 54%, für Haloperidol rund 42%. Voraussichtlich wird die neue Aut-Idem-Vorschrift den Generika-Anteil erhöhen, ohne dabei aber die Gesamtumsätze (Kosten) zu senken, da Ärztemuster kaum noch abgegeben werden und der Apotheker individuelle Rabatte bei sich behalten wird.

Die Verordnung von Antidepressiva (DDD +9%) ist trotz allgemein rückläufiger Verordnungen weiter gestiegen (Abb. 1), was auf einen Rückgang der Unterbehandlung depressiv Kranker hoffen läßt. Die Verordnung von Neuroleptika ist weitgehend stabil geblieben, wobei hier die Definition von DDD besonders schwierig ist und von Jahr zu Jahr variiert. Die Umsatzsteigerung ist bei beiden Pharmakagruppen überproportional (im Vergleich zur generellen Umsatzsteigerung; Abb. 1), was einem vermehrten Einsatz der modernen, nebenwirkungsärmeren (und teureren) Antidepressiva und atypischen Neuroleptika entspricht. Die modernen Antidepressiva haben inzwischen einen Anteil von ca. 27% (1998: 16%, 1999: 21%) der gesamten Antidepressiva-Verordnungen (DDD; Abb. 2) und ca. 49% am Umsatz (Abb. 3). Wie anderenorts (Neurotransmitter 12/2 (2001) 30-31) beschrieben, wäre nach medizinischen Kriterien zu erwarten, daß der Verordnungsanteil der modernen Antidepressiva an den Antidepressiva-Gesamtverordnungen bei annähernd 50% läge.

Die atypischen Neuroleptika (Abb. 4) im engeren Sinne haben mit einem Anteil von 18% gegenüber 1999 bei den Verordnungen um 4,4%-Punkte gewonnen (ca. 51% des Umsatzes, Abb. 5). Nicht dem Arzneiverordnungsreport zu entnehmen ist, daß bei den Schizophrenen die atypischen Neuroleptika inzwischen rund 30% der Neuroleptika-Verordnungen erreicht haben. Die atypischen Neuroleptika setzen sich also trotz Budgetdrucks und der damit verbundenen persönlichen Risiken für den Arzt durch. Wie anderenorts (Neurotransmitter 12/1 (2001) 40-43) beschrieben, wäre nach medizinischen Kriterien zu erwarten, daß der Verordnungsanteil der atypischen Antipsychotika an den Neuroleptika-Gesamtverordnungen bei annähernd 25% läge.

Die Cholinesterasehemmer haben bei der Alzheimer-Demenz die Kranken noch nicht sachgerecht erreicht: Donepezil und Rivastigmin hatten im Jahre 2000 einen Anteil von nur 2,9% an den Verordnungen (DDD; Abb. 6) und von 15,6% am Umsatz (Abb. 7); Galantamin wurde erst im Jahr 2001 zugelassen. Memantin - dem im Jahr 2002 formal die europäische Zulassung für Demenz erteilt wurde, verzeichnet einen wachsenden Anteil. Ginkgo-Extrakte dominieren trotz massiver Rückgänge auch der gesamten

Antidementiva-Verordnungen (-18,4%) und Umsätze (-17%) unverändert dieses Indikationsgebiet (Abb. 6 & 7). Hält man sich tatsächlich an die Empfehlung des Arzneiverordnungsreports, Antidementiva durch nicht-medikamentöse Therapie zu substituieren?

Abbildung 1

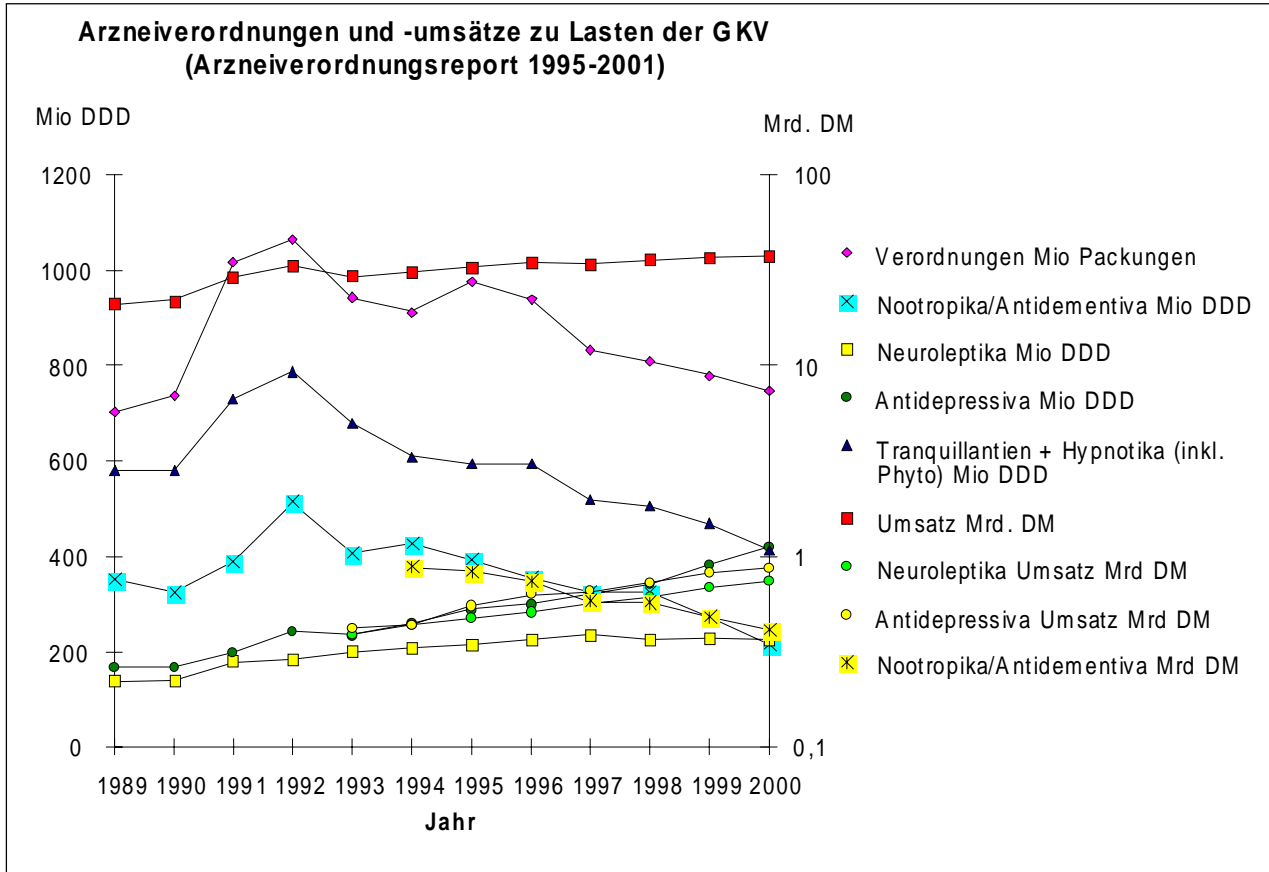


Abbildung 2

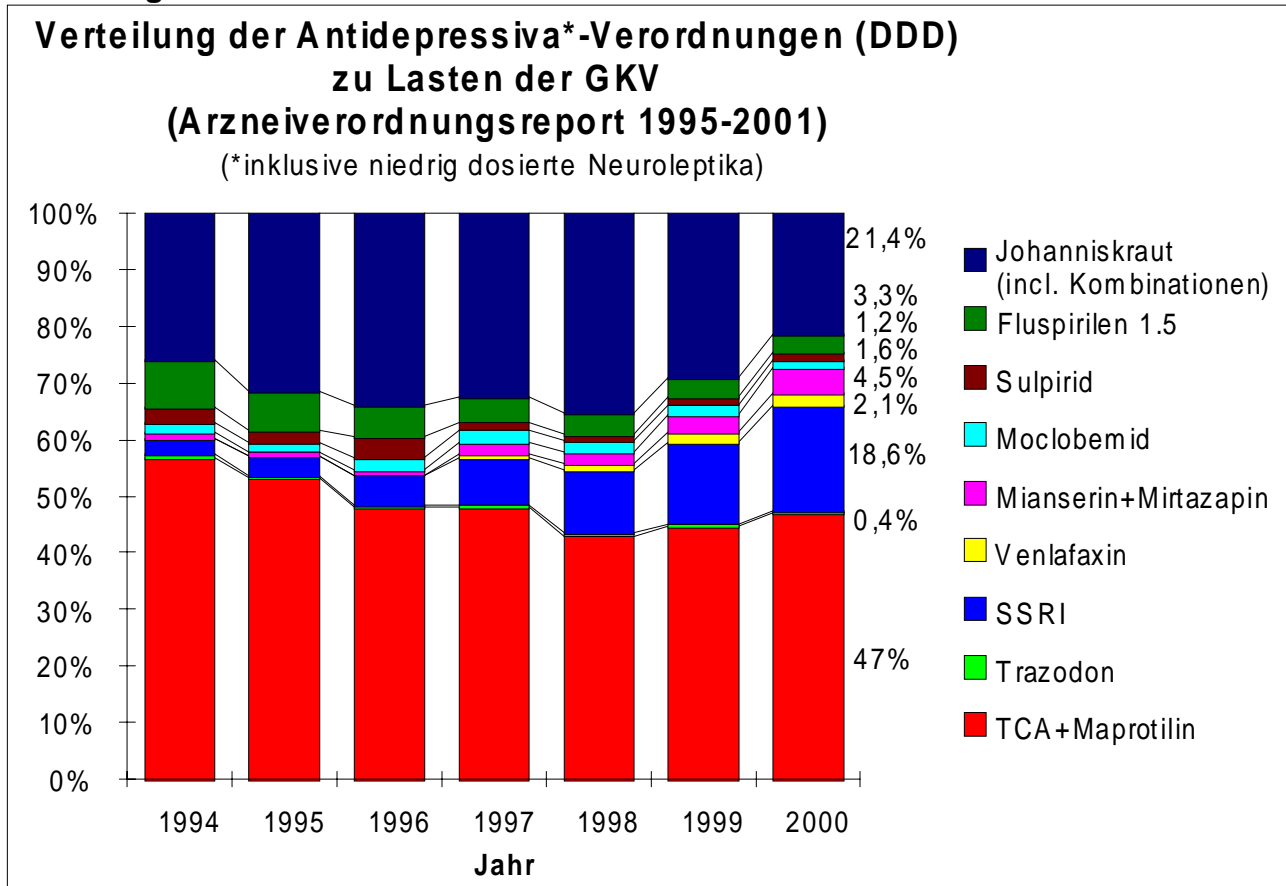


Abbildung 3

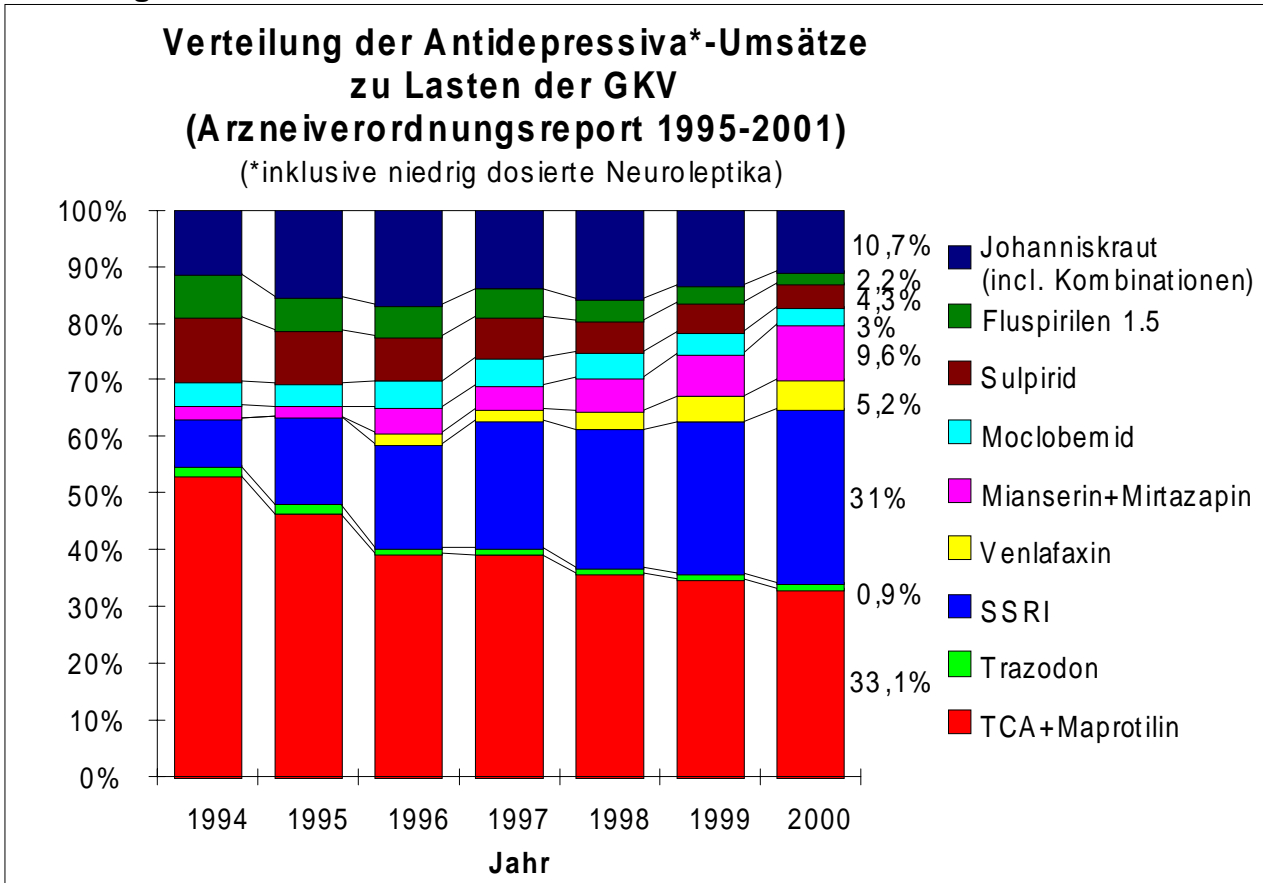


Abbildung 4

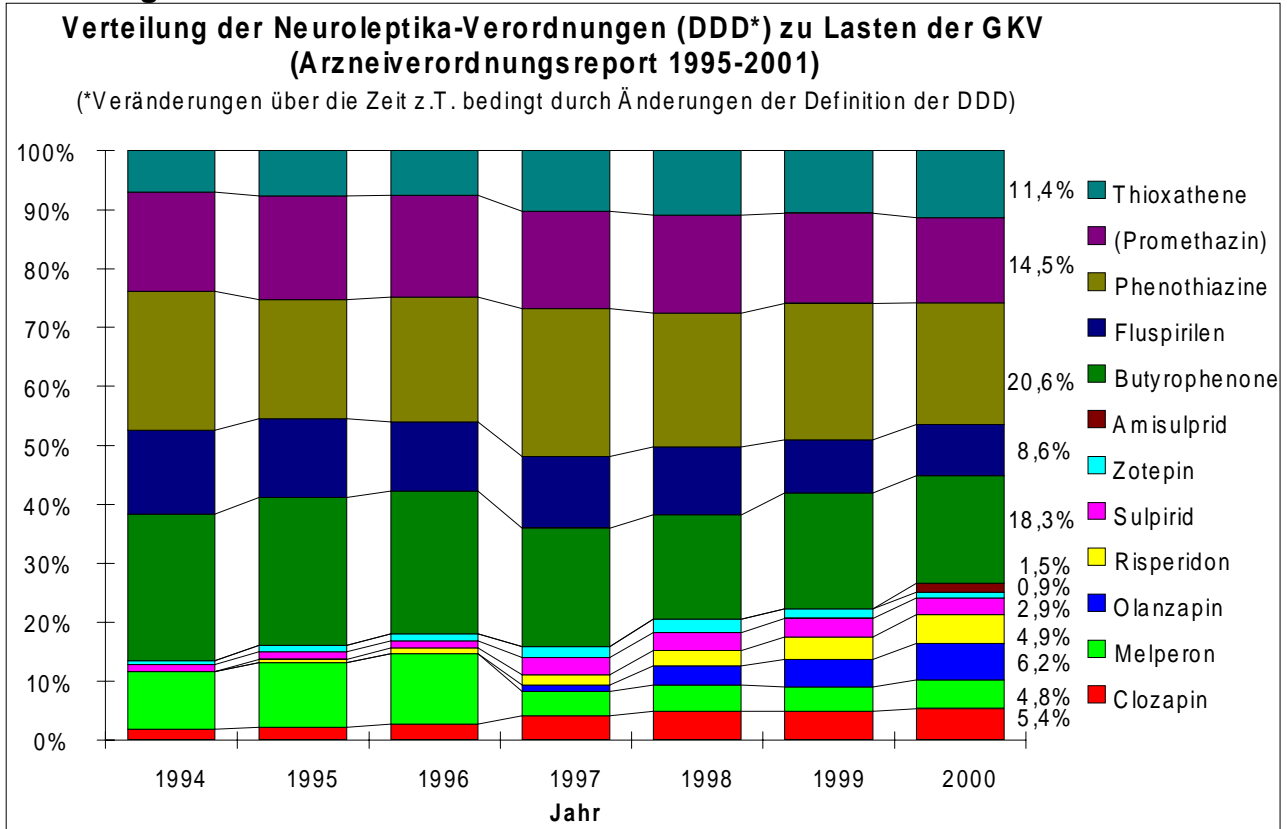


Abbildung 5

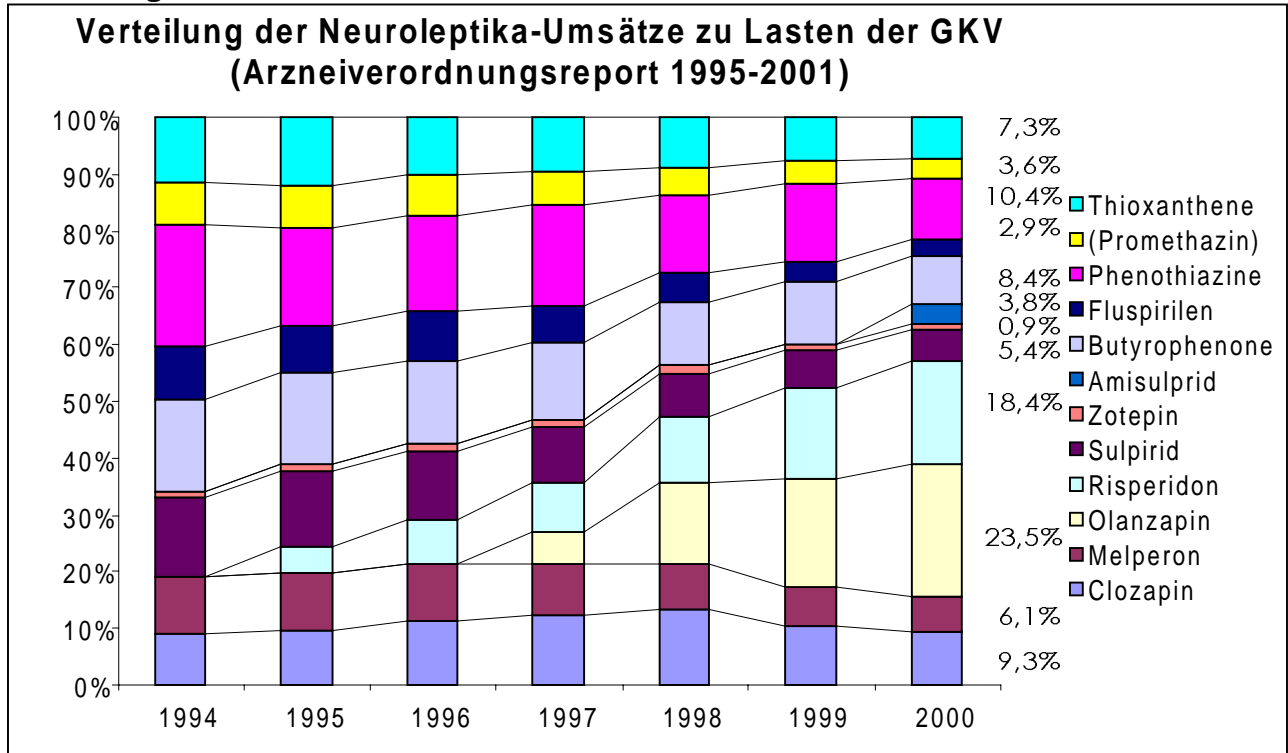


Abbildung 6

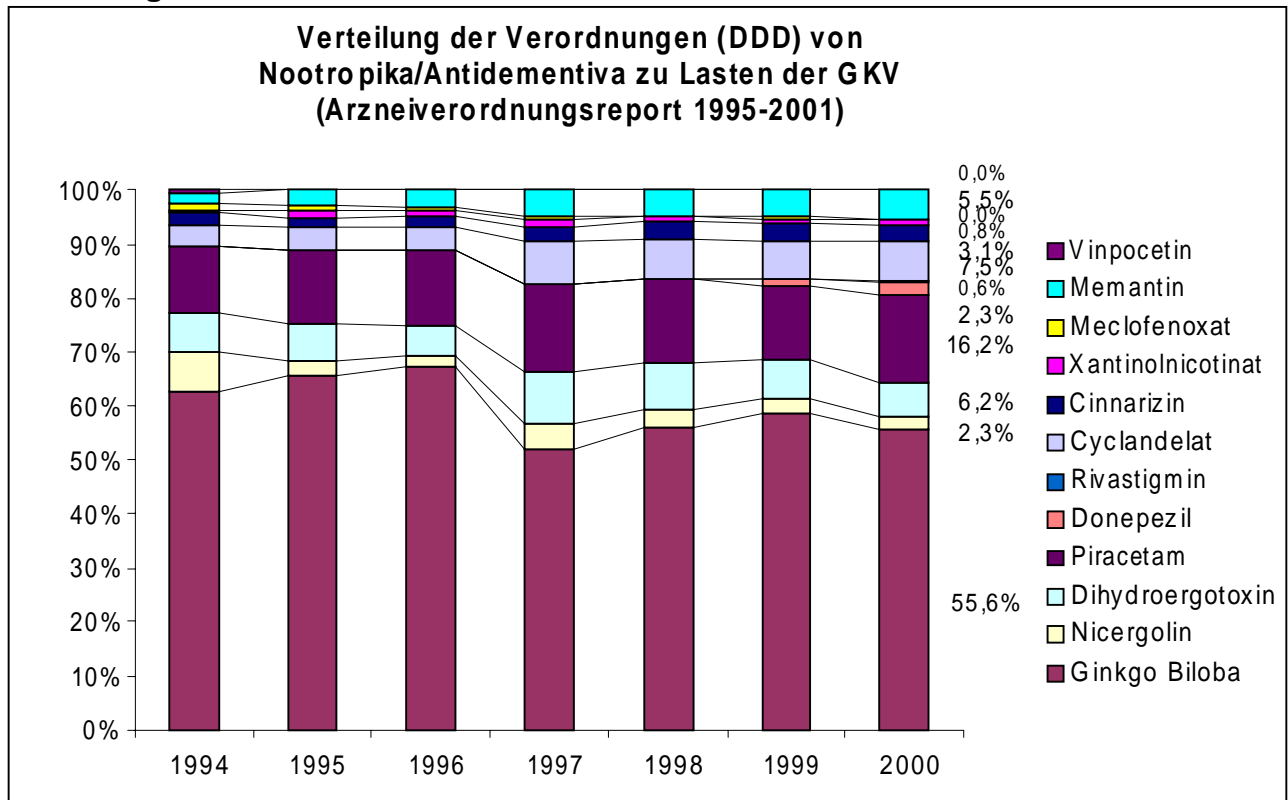


Abbildung 7

