

# Verordnung von Neuro-Psychopharmaka

## Anmerkungen zum Arzneiverordnungsreport 2016

Jürgen Fritze, Pulheim

Wegen methodischer Probleme auch des AVR 2016 als Quelle pharmakoepidemiologischer Daten rechtfertigen sich Analysen auf Wirkstoffebene jedenfalls bei den Antidementiva nicht mehr. Seit Jahren imponiert das Wachstum der Antidepressiva und Antikonvulsiva. Die Gründe für die über die Jahre recht stabile und erhebliche Variabilität insbesondere der Verordnung von Psychopharmaka zwischen den Bundesländern bleiben unklar und warten auf Detailanalysen der – öffentlich nicht zugänglichen – Rohdaten.

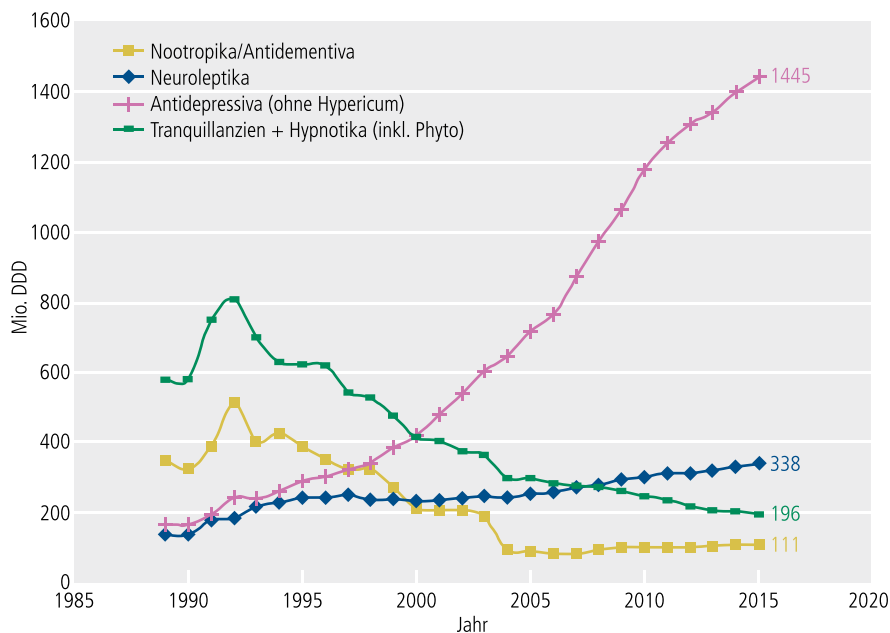
**Schlüsselwörter:** Psychopharmaka, Antidementiva, Antiepileptika, Parkinsonmittel, Pharmakoepidemiologie

*Psychopharmakotherapie* 20 17;24:119–21.

Vor Kurzem hat der federführende Herausgeber, Professor Laux, in diesem Journal bereits den Arzneiverordnungsreport (AVR) 2016 [4] rezensiert. Gegenstand dieses ergänzenden Beitrags soll in Fortsetzung langjähriger Tradition sein, auf Basis der dem AVR zugrunde liegenden Daten dem einzelnen Arzt zu ermöglichen, die Rationalität seines Ordnungsverhaltens gegenüber der Gesamtheit zu „benchmarken“. Wie zum AVR 2013 und AVR 2014 detailliert beschrieben [1, 2], verhindern seit 2013 bestehende methodische Probleme des AVR insbesondere auf Ebene der einzelnen Wirkstoffe und der Kosten sinnvolle weiterführende pharmakoepidemiologische Auswertungen der Daten zu den Neuro-Psychopharmaka. Wie seit 2008 werden zusätzlich die regionalen Daten der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (<http://www.gkv-gamsi.de>) bezogen auf die regionale Zahl der GKV-Versicherten (KM6-Statistik; <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>) als Benchmarking der Bundesländer herangezogen.

### Verordnungsspektren

Die verordneten Tagesdosen (DDD) von *Antidepressiva* haben erneut – um etwa 3% – zugenommen (**Abb. 1**) und

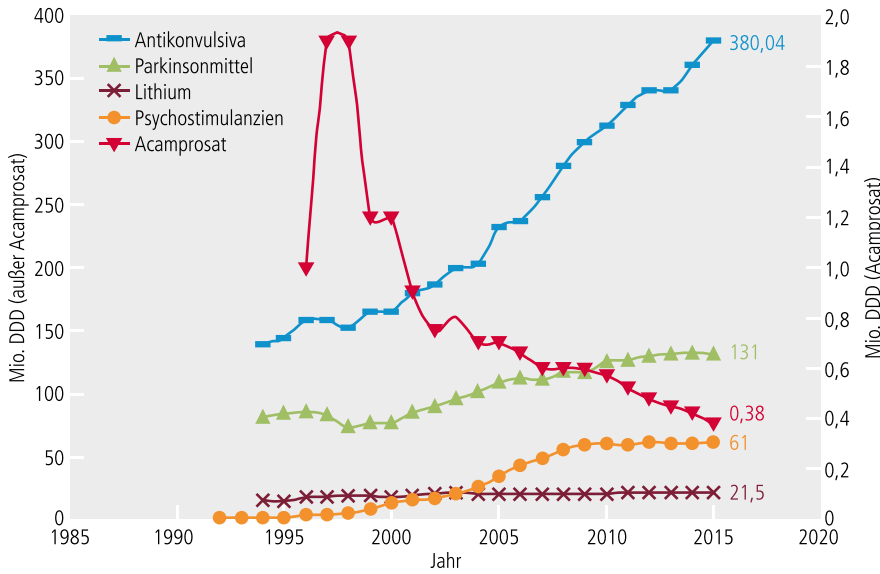


**Abb. 1.** Verordnungen (DDD) von Psychopharmaka zulasten der GKV [Arzneiverordnungsreport 1995–2016]

sind damit seit 1990 mehr als 8fach gestiegen, wobei sich eine Sättigung allenfalls andeutet. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) – angeführt von Citalopram – dominieren mit 44,4%, gefolgt von Trizyklika (18,5%), Venlafaxin (13,2%) und Mirtazapin (12,8%). Die Verordnungen von *Lithium* (**Abb. 2**) mit 21,5 Mio. DDD im Jahr 2015 steigen seit Jahren kaum und erreichen damit kaum 10% des Volumens, das entsprechend den Krankheitsprävalenzen nominal möglich wäre. Die Verordnung von *Antipsy-*

*chotika* (**Abb. 1**) steigt seit etwa 2005 jährlich um zwischen 2% und 5%, vermutlich infolge von Indikationserweiterungen moderner Antipsychotika auf bipolare Störungen und Off-Label-Use. Die sogenannten atypischen Antipsychotika der 2. Generation machen 58% (und 81% der Umsätze) aus, darin führend Quetiapin mit über 17%.

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze, Astenweg 65, 50259 Pulheim, E-Mail: [juergen.fritze@dgn.de](mailto:juergen.fritze@dgn.de)



**Abb. 2. Verordnungen (DDD) von Neuropsychopharmaka zulasten der GKV [Arzneiverordnungsreport 1995–2016]**

Die verordneten DDD der *Antidemensiva* waren 2004 infolge des grundsätzlichen gesetzlichen Ausschlusses nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel (Ginkgo biloba) durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingebrochen und sind seither auf niedrigem Niveau wieder gestiegen – im Jahr 2015 um 1,8%.

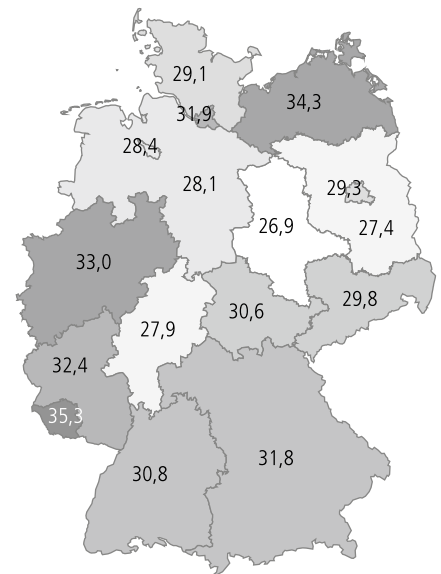
Die *Entwöhnungsmittel* Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen werden weiterhin kaum verordnet (**Abb. 2**); kaum 5% der geeigneten Zielgruppe dürften erreicht werden. Naltrexon und Nalmefen werden vom AVR nicht berichtet, weil sie nicht zu den 3000 meistverordneten Wirkstoffen gehören. Bei den *Psychostimulanzien* – hier mit 85% Methylphenidat dominant – ist seit 2008 ein Sättigungseffekt zu verzeichnen (**Abb. 2**). Das Wachstum der *Antikonvulsiva* (hier auch als Mood-Stabilizer) hat sich 2015 fortgesetzt; angeführt von Pregabalin (22%), Levetiracetam (19,5%), Valproinsäure (14,3%), Gabapentin (11,6%) und Carbamazepin (9,6%). Bei den *Parkinsonmitteln* (**Abb. 2**) führt Levodopa (mit Decarboxylasehemmer; 46,2%) gefolgt von Pramipexol (16%), Anticholinergika (9,7%), Ropinirol (7%), Entacapon (8,1%), Rasagilin (6,3%), Amantadin (6,2%) und Rotigotin (4,9%). Der Rückgang der Verordnung (DDD) von *Tranquillanzien* (Lorazepam führend

mit 38%, gefolgt von Diazepam mit 23%) und Hypnotika (76% Zopiclon und Zolpidem) setzt sich fort (**Abb. 1**).

### Regionale Verordnungsgewohnheiten

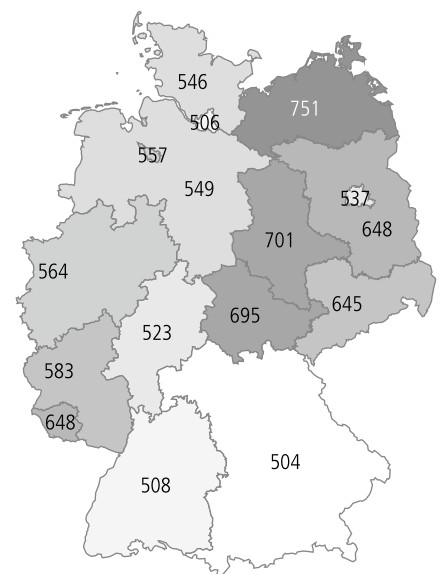
Das Benchmarking der Bundesländer gibt Hinweise, inwieweit der gesetzliche Anspruch der gesetzlich Versicherten auf eine gleichmäßig bedarfsgerechte Versorgung (§ 70 SGB V) eingelöst wird. Obwohl die Datenbasis übereinstimmt, erlauben nur die Berichte des GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystems (GAmSi) und nicht der AVR Vergleiche der Bundesländer. Diese berichten aber nur über die jeweils 30 umsatzstärksten Fertigarzneimittel, ansonsten nur aggregiert auf Ebene von Indikationsgruppen. Dabei wurde von 2014 auf 2015 von den Indikationsgruppen der „Roten Liste“ auf die amtliche ATC-Klassifikation umgestellt, wodurch ab 2015 nicht ohne weiteres mit den Vorjahren verglichen werden kann.

Das GAmSi berichtet nun unter anderem über Psychoanaleptika (N06: Antidepressiva, Psychostimulanzien, Nootropika, Antidemensiva) und Psycholeptika (N05: Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika, Sedativa), hier zusammengefasst als Psychopharmaka. Danach gab es wie in den Vorjahren



**Abb. 3. Verordnungen von Psychopharmaka (DDD je GKV-Versicherten) 2015 [GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystem, GAmSi]**

und trotz der Umstellung auch im Jahr 2015 ein Süd-Nord-Gefälle (mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern) mit den höchsten Verordnungsraten im Saarland (**Abb. 3**). Die Variabilität zwischen den Bundesländern (Variationskoeffizient [VK] 8,3% für die Tagesdosen je GKV-Versicherten) liegt seit Jahren in ähnlicher Größenordnung. Dahinter scheint keine generelle Affinität zur Arzneimittelverordnung zu stehen, denn die Verordnung aller Arzneimittel je Versicherten (VK = 13,3%) zeigt eher ein Nord-Süd- und Ost-West-



**Abb. 4. Verordnungen aller Pharmaka (DDD je GKV-Versicherten) 2015 [GAmSi]**

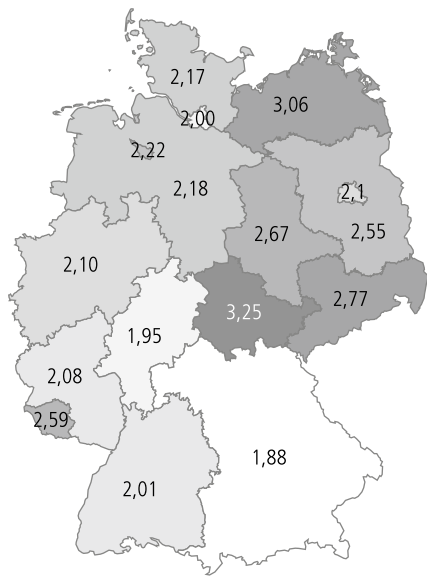


Abb. 5. Verordnungen von Antiparkinsonmitteln (DDD je GKV-Versicherten) 2015 [GAmSi]

Gefälle (Abb. 4), das mit dem Anteil der über 64-Jährigen zusammenzuhängen scheint. Dies gilt ähnlich für die Parkinsonmittel (Abb. 5; VK = 17,6%). Auch die Variabilität der Antiepileptika (Abb. 6; VK = 14,2%) ähnelt der Altersverteilung, wobei sich hier ein

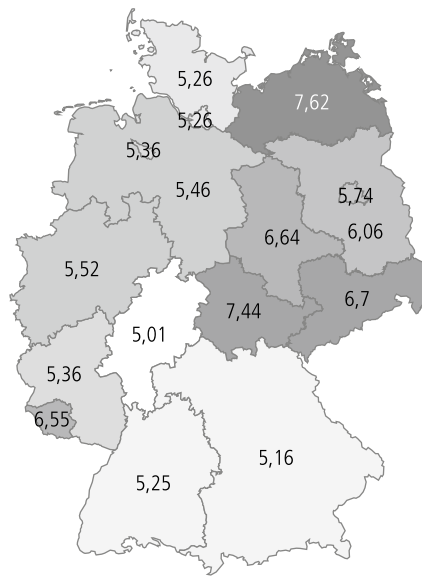


Abb. 6. Verordnungen von Antiepileptika (DDD je GKV-Versicherten) 2015 [GAmSi]

kausaler Zusammenhang nicht ohne weiteres aufdrängt.

**Interessenkonflikterklärung**

J. Fritze erhielt in den letzten zwei Jahren Honorare für Beratertätigkeit von Amgen, Lundbeck, Nestlé, Roche, St. Jude Medical, Sanvartis, Verband der privaten Krankenversicherung.

**Prescribing patterns of psychotropic and neurotropic drugs in Germany**

Methodological concerns question the justification to base pharmacoepidemiological analyses on the Drug Prescription Report 2016 at least for antiepileptic drugs. The medical rationale of the heterogeneity of prescribing patterns within Germany is unclear and requires in-depth analyses of the raw data which are not available to the public. *Key words:* psychotropic drugs, antiepileptic drugs, Parkinson drugs, pharmaco-epidemiology

**Literatur**

1. Fritze J. Psychopharmaka-Verordnungen: Daten und Kritik zum Arzneiverordnungsreport 2014. *Psychopharmakotherapie* 2015;22:250–2.
2. Fritze J. Psychopharmaka-Verordnungen – Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2013. *Psychopharmakotherapie* 2014;21:153–66.
3. Laux G. Arzneiverordnungs-Report 2015. *Psychopharmakotherapie* 2016;23:7.
4. Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.). *Arzneiverordnungsreport 2016*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, 2016.

im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

schaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de

**Termine**

**Kongresse · Symposien · Workshops**

- 17. bis 18. Juni 2017**  
Berlin  
**AGNP-Psychopharmakologie-Tage 2017**  
Information:  
<https://kongress.agnp.de/agnp-psychopharmakologie-tage-2017/>
- 18. bis 22. Juni 2017**  
Kopenhagen, Dänemark  
**13th World Congress of Biological Psychiatry**  
Information:  
<https://www.wfsbp-congress.org>
- 24. bis 27. Juni 2017**  
Amsterdam, Niederlande  
**3rd Congress of the European Academy of Neurology**  
Information:  
<https://www.ean.org/amsterdam2017/>
- 2. bis 5. September 2017**  
Paris, Frankreich  
**30th ECNP Kongress 2017**  
Information: <http://2017.ecnp.eu/>

- 9. September 2017**  
Bremen  
**NEURO 2017**  
Information:  
<http://www.neuro2017.de>
- 14. bis 16. September 2017**  
Berlin  
**6th European Conference on Schizophrenia Research**  
Information:  
<http://www.schizophrenianet.eu/home/>
- 14. bis 17. September 2017**  
Würzburg  
**WASAD (World Association for Stress-Related and Anxiety Disorders) Congress 2017**  
Information:  
<http://www.wasad-congress.org>
- 16. bis 21. September 2017**  
Kyoto, Japan  
**XXIII World Congress of Neurology**  
Information:  
<http://www.wcn-neurology.com>

- 20. bis 23. September 2017**  
Leipzig  
**90. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie**  
Information:  
<http://www.ccl-leipzig.de>
- 4. bis 7. Oktober 2017**  
München  
**30. Symposium der AGNP**  
Information:  
<http://www.agnp.de>
- 8. bis 12. Oktober 2017**  
Berlin  
**XVII. World Congress of Psychiatry**  
Information:  
<http://www.wpaberlin2017.com>

Diese und weitere Veranstaltungstermine auch unter <http://www.ppt-online.de>