

Übersicht der Wirkstoffziele

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg · Praxisberatung@kvhh.de ·
www.kvhh.net/Verordnungen/Wirkstoffvereinbarung

Stand: 12. August 2019

Generikaziele

- **Wirkstoffgruppe: Psychoanaleptika ohne ADHS-Therapie**
(ATC-Code: N06 ohne N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA14)

Ziel 17.1: Mindestanteil Generika und Rabattvertragsarzneimittel am Gesamtmarkt

Erläuterung

Den Psychoanaleptika werden die Antidepressiva, die Psychostimulantien, die Nootropika sowie die Antidementiva zugeordnet.

Maßnahmen zur Umsetzung

Zu der Zielerreichung tragen alle generisch verfügbaren Wirkstoffe bei sowie solch Originale, über die ein Rabattvertrag bei der betreffenden Krankenkasse besteht.

Hinweise

Zur Gruppe der **Antidepressiva** gehören u. a.

- trizyklische Antidepressiva/ nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI),
- Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI),
- Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer),
- pflanzliche Antidepressiva und
- andere Antidepressiva wie z. B. Agomelatin, Bupropion, Duloxetin, Mirtazapin, Trazodon, Venlafaxin, Tianeptin und Milnacipran.

Zahlreiche SSRI, NSMRI und MAO-Hemmer sind generisch verfügbar und dienen somit der Zielerreichung. Die Präparate Tianeptin® (Tianeptin) und Milnaneurax® (Milnacipran) sind nicht als Generika klassifiziert, sondern als nicht patentgeschützte Originalpräparate, und dienen damit nicht der Zielerreichung.

Das im Vergleich kostenintensivere Antidepressivum Tianeptin hat eine fast identische Wirksamkeit im Vergleich zu anderen NSMRI (Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren) mit etwas weniger anticholinergen Effekten und möglicherweise weniger kardiovaskulären und sexuellen Störwirkungen (Wagstaff et.al.2001). Es wird zur Vorsicht gemahnt aufgrund der Berichte über Missbrauch und Abhängigkeitsentwicklung insbesondere bei Depressionen von Frauen (1).

Das in Deutschland 2016 **neu zugelassene** Milnacipran (Milnaneurax®) gehört wie Venlafaxin oder Duloxetin zu den Serotonin- und Noradrenalin –Reuptake-Inhibitoren (SSNRI). Es ist zur Behandlung von Episoden der Major Depression zugelassen. Das vom Arzneiverordnungsreport 2017 als Analogpräparat eingestufte Arzneimittel zeigt nach einem Cochrane-Review keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu anderen SNRI – Antidepressiva, hat aber erheblich höhere Therapiekosten (2).

Seit kurzem steht Agomelatin (Valdoxan®) stehen nicht mehr unter Patentschutz. Vor und während einer Therapie mit Agomelatin sollen Leberfunktionstests (Kontrolle der Transaminasen) durchgeführt werden. Nur bei individuellen Unverträglichkeiten von NSMRI, SSRI und SSNRI könnte Agomelatin ein Mittel der Reserve sein, so die KBV-Publikation „Wirkstoff aktuell“ (05/2010).

Reboxetin (Edronax®) ist nach der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig, da zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, deren Nutzen im Unterschied zu der Behandlung mit Reboxetin dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Der behandelnde Arzt kann nur in medizinisch begründeten Einzelfällen von dem Verordnungs Ausschluss abweichen.

Verschreibungspflichtige Johanniskrautpräparate können als pflanzliche Antidepressiva zur Behandlung mittelschwerer Depressionen verordnet werden. Bei einer leichten Depression ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ein frei verkäufliches Präparat zu verwenden (§12 Abs. 11 AM-RL).

Zu der Gruppe der **Psychostimulanzien und Nootropika** gehören Modafinil (Vigil®) und Piracetam (Nootrop®). Beide sind generisch verfügbar.

Modafinil ist ausschließlich zur Behandlung der Narkolepsie zugelassen.

Zu der Gruppe der **Antidementiva** gehören:

- Cholinesterasehemmer (z. B. Donepezil, Rivastigmin und Galantamin)
- Gingko-biloba-Extrakte
- andere Antidementiva (z. B. Memantin, Nimodipin und Nicergolin)

Die Anwendung von Piracetam, Nicergolin oder Nimodipin zur Behandlung der Alzheimer-Demenz wird aufgrund unzureichender Evidenz nicht empfohlen (3).

Sofern der Versuch einer Therapie mit Monopräparaten über 12 Wochen Dauer (bei **Cholinesterasehemmern und Memantine** über 24 Wochen Dauer) erfolglos geblieben ist, dürfen Antidementiva laut AM-RL nicht weiter verschrieben werden. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist eine Weiterverordnung zulässig. Art, Dauer und Ergebnis des Einsatzes sind zu dokumentieren.

(1) U.Schwabe, D.Paffrath, W.-D.Ludwig, J.Klauber(Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2017
DOI 10.1007/978-3-662-54630-7_41

(2) U.Schwabe, D.Paffrath, W.-D.Ludwig, J.Klauber(Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2017
DOI 10.1007/978-3-662-54630-7_3

(3) <https://www.dgn.org/leitlinien/3176-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016#therapie>