

Tabelle: Versteckte Preiserhöhungen – Beispiele für Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreise so erhöht worden sind, dass die Apothekenverkaufspreise trotz der seit Jahresbeginn verringerten Handelsspanne gleich geblieben sind (VK = Apothekenverkaufspreis einschließlich 16% MwSt; Apothekeneinkaufspreise ohne MwSt)

Handelsname	Hersteller	Handelsform	VK 03/04	Ap.-Einkauf 2003	2004	Diff. (€)	Diff. (%)
BLEO-CELL	cell pharm	10 InjFl	801,10	531,23	662,62	131,39	25%
ARA-CELL 10 g	cell pharm	1 InfFl	723,83	479,99	597,95	117,96	25%
HYALART	Tropon	5 FSpr	237,24	157,32	190,70	33,38	21%
LEVITRA 5 mg	Bayer	12 Tbl	114,02	75,61	87,56	11,95	16%
ESPA-LEPS. 600	Esparma	200 ReTbl	88,94	58,98	66,57	7,59	13%

auf der Basis der Apothekeneinkaufspreise 6% mehr ein (32,43 € statt 30,59 €). Lapidarer Kommentar der Firma: „Wir sind überzeugt, dass der Preis ... in einem angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis für den Endverbraucher steht“.¹

Auch manche orale Kontrazeptiva behalten ihre gewohnten Verkaufspreise, zum Beispiel die Dreimonatspackungen von OVORESTA M, PETIBELLE und YASMIN. Der positive Begleiteffekt: Um die Preiskontinuität zu wahren, haben die Hersteller die Apothekeneinkaufspreise um 1% bzw. 2% (um 20 bis 30 Cent) gesenkt.

■ **Manche Hersteller wie Bayer, cell pharm oder Tropon nutzen die durch die Gesundheitsreform bedingten niedrigeren Apothekenaufschläge im höherpreisigen Segment für „versteckte“ Preiserhöhungen.**

■ **Betroffen sind nicht nur Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen, sondern auch Mittel gegen Impotenz, die die Anwender üblicherweise auf Privatrezept erhalten.**

¹ Lilly: Schreiben vom 12. Jan. 2004

VASOPRESSIN ZUR REANIMATION?

Der Stellenwert des vasokonstriktorisches Hormons Vasopressin (PITRESSIN) als Notfallmedikament im Rahmen von Reanimationen ist wegen widersprüchlicher Studiendaten (vgl. a-t 2001; 32: 82) nicht bestimmbar. Dennoch wird es in der Leitlinie der American Heart Association¹ als Alternative zum Standardmittel Adrenalin (SUPRARENIN u.a.) empfohlen, während die europäische Leitlinie,² insbesondere wegen enttäuschender Ergebnisse einer Studie mit 200 stationären Patienten,³ keine Empfehlung ausspricht.

Jetzt erweitern Daten aus einer doppelblinden, randomisierten multizentrischen Studie, die in Deutschland, Österreich und der Schweiz ohne industriellen Sponsor durchgeführt wurde, den Kenntnisstand.⁴ Insgesamt 1.219 reanimationsbedürftige ambulante Patienten werden in die Studie aufgenommen. Nach drei erfolglosen Defibrillationsversuchen bei Kammerflimmern bzw. als Sofortmaßnahme bei Asystolie oder pulsloser elektrischer Aktivität erhalten sie 1 mg Adrenalin oder 40 Einheiten Vasopressin i.v. Bei Erfolglosigkeit werden die Injektionen nach drei Minuten wiederholt. Danach werden alle Patienten, bei denen eine weitere Medikation für erforderlich gehalten wird, mit Adrenalin weiterbehandelt. Primärer Endpunkt ist die Zahl der Patienten, die das Krankenhaus lebend erreichen. Klinisch relevanter ist der sekundäre Endpunkt, die Zahl der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten.

In der Gesamtgruppe ergibt sich kein Unterschied in Hinblick auf den primären (Vasopressin: 36,3%, Adrenalin: 31,2%; p = 0,06) und sekundären Endpunkt (9,9% in beiden Gruppen). Allerdings ist der Anteil der Patienten mit Asystolie (nachträglich gebildete Subgruppe), die das Krankenhaus lebend erreichen, unter Vasopressin höher als unter Adrenalin (29% vs. 20,3%; p = 0,02). Auch die Krankenhaussterblichkeit ist in der Subgruppe mit Asystolie unter Vasopressin geringer: 4,7% können aus der Klinik entlassen werden im Vergleich zu 1,5% unter Adrenalin.

Der Vorteil im Vasopressin-Arm kommt allerdings ausschließlich durch die kombinierte Anwendung beider Mittel zustande. Die alleinige Gabe führt in beiden Gruppen zu vergleichbaren Kreislaufverhältnissen. Erst wenn nach zweimaliger Erfolglosigkeit zusätzlich Adrenalin injiziert wird, kommt es in der Vasopressin-Gruppe zu besseren Reanimationsergebnissen.

Unerwünschter Begleiteffekt: 8 von 20 nachbeobachtbaren Patienten, die nach Gebrauch beider Medikamente in der Vasopressin-Gruppe überleben, sind bei Krankenhausentlassung komatös bzw. Apalliker, möglicherweise wegen der zu späten Injektion des Adrenalins. In der Adrenalingruppe ist keiner der fünf Überlebenden so schwer hirngeschädigt.

Die Studie hinterlässt trotz eines begleitenden euphorischen Editorials⁵ Ratlosigkeit: Vasopressin allein erscheint nicht wirksamer als Adrenalin, erst die zusätzliche Anwendung von Adrenalin führt zu einer höheren Rate der Kreislaufstabilisierung, zum Teil jedoch mit schweren Hirnschäden bei den Überlebenden. Zudem sind alle Vorteile für Vasopressin in nachträglich gebildeten Subgruppen errechnet worden. Dies schränkt die Zuverlässigkeit der Resultate deutlich ein. Ob eine frühzeitigere kombinierte Anwendung von Vasopressin und Adrenalin im Verlauf der Reanimation sowohl vitale Parameter als auch die neurologischen Folgen zu verbessern vermag, ist spekulativ. Eine entsprechende Studie ist offenbar in Frankreich geplant.⁶ In Deutschland ist Vasopressin (PITRESSIN) lediglich zur Diagnostik und Therapie des Diabetes insipidus sowie als Reservemedikament bei gastrointestinalen Blutungen zugelassen.

■ **Das vasokonstriktorisches Hormon Vasopressin (PITRESSIN) führt in einer unausgewählten Patientengruppe zu gleichen Reanimationsergebnissen wie Adrenalin (SUPRARENIN u.a.).**

■ **Nach Auswertung nachträglich gebildeter Subgruppen scheint Vasopressin gefolgt von Adrenalin die Sterblichkeit von Patienten mit Asystolie zu senken. Aufgrund des post-hoc-Charakters der Daten bleiben jedoch erhebliche Unsicherheiten.**

■ **Die mit beiden Mitteln reanimierten Patienten erleiden zu einem hohen Prozentsatz schwere Hirnschäden, möglicherweise wegen zu später Gabe von Adrenalin.**

■ **Ob sich die Ergebnisse durch frühe Kombination beider Wirkstoffe verbessern lassen, muss durch weitere Studien geklärt werden.**

(R = randomisierte Studie)

- 1 KERN, K.B.: JAMA 2001; 285: 1267-9
- 2 DE LATORRE, F. et al.: Resuscitation 2001; 48: 211-21
- 3 LINDNER, K.H. et al.: Lancet 1997; 349: 535-7
- 4 WENZEL, V. et al.: N. Engl. J. Med. 2004; 350: 105-13
- 5 McINTYRE, K.M. et al.: N. Engl. J. Med. 2004; 350: 179-81
- 6 WENZEL, V.: persönliche Mitteilung, 8. Jan. 2004

Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Adrenalin: SUPRARENIN (A) ADRENALIN SINTETICA (CH)

Lithium: QUILO-NORM (A, CH)

Neu auf dem Markt

WIE SINNVOLL SIND NEUE PROPHYLAKTIKA BEI BIPOLARER STÖRUNG?

0,3% bis 1,5% der Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer manisch-depressiven oder bipolaren affektiven Störung.¹ Starke Stimmungsschwankungen mit wechselnden manischen und depressiven Phasen kennzeichnen die Erkrankung. Vom klassischen Verlauf werden nichtklassische Formen unterschieden mit schwach ausgeprägten, so genannten hypomanischen Phasen oder mit Phasen gemischter manisch-depressiver Symptomatik. Psychotische Symptome oder ein schneller Wechsel („rapid cycling“) mit mehr als vier Phasen innerhalb eines Jahres können den Verlauf der Erkrankung komplizieren.

Nach einer ersten manischen Phase wird eine Rezidivprophylaxe empfohlen.^{2,3} Standardtherapeutikum mit den besten Nutzenbelegen für diese Indikation ist Lithium (QUILO-