

4 ■ 2016

Sonderdruck aus

# DIE PSYCHIATRIE

Grundlagen und Perspektiven

Langzeittherapie bei schizophrenen Psychosen

Einsatz atypischer Depotneuroleptika

## Langzeittherapie bei schizophrenen Psychosen Einsatz atypischer Depotneuroleptika

In den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) als Versorgungsstruktur für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellen schizophrene Psychosen einen großen Anteil dar. Da die Behandlung häufig direkt im Anschluss an eine Akutbehandlung im stationären Setting erfolgt, sind die Planung und Sicherstellung der Langzeittherapie wesentliche Zielsetzungen – ein günstiger Zeitpunkt für die Entscheidung zur Initiierung einer Depotmedikation.

Der Einsatz von Depotpräparaten in der Behandlung von Schizophrenen hat sich trotz der Zulassung neuer atypischer Wirkstoffe in Deutschland in den letzten 15 Jahren nicht wesentlich gesteigert und liegt im Vergleich mit anderen europäischen Ländern eher im niedrigen Bereich (siehe IMS-Sales Daten). Dies überrascht angesichts der Tatsache, dass vor allem Studien mit naturalistischem Design ein signifikant geringeres Risiko für einen Therapieabbruch oder eine Wiedereinweisung in die stationäre Behandlung bei Patienten mit Depotbehandlung im Vergleich zu oraler Medikation, unabhängig vom Wirkstoff, zeigen (1). Mangelnde Adhärenz und damit verbundene Rezidive verursachen ein schlechteres Ansprechen auf die Therapie, einen unvorteilhafteren Verlauf der Erkrankung und schwerere Einschränkungen der Funktionalität (2, 3, 4). Bereits kurze Einnahmepausen von lediglich ein bis zehn Tagen verdoppeln das Risiko für eine stationäre Einweisung (5).

Umfragen unter Psychiatern zu den Gründen für den, trotz guter Evidenzlage, verhältnismäßig seltenen Einsatz von Depotpräparaten zeigen, dass dies vor allem auf zwei Aspekte zurückzuführen ist: Zum einen schätzen die Behandler die Adhärenz der eigenen Patienten als sehr hoch ein, zum anderen postulieren sie eine Ablehnung der Depotform von Seiten der Patienten (6). Diesen Annahmen von Seiten der Behandler widerspricht jedoch, dass laut Studien nur 19% der Patienten mit Schizophrenie

eine gute Adhärenz unter oraler Medikation aufweisen (7). Befragungen von Patienten wiederum zeigen, dass zumindest Patienten, die bereits ein Depot erhielten, diese Therapieform deutlich bevorzugen. 79% der Patienten mit oraler Medikation geben an, nie über Depot informiert worden zu sein (8, 9).

### Praktische Aspekte

In der PIA am Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin wurden im ersten Quartal 2016 insgesamt 1100 Patienten behandelt. Von den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20, F22 und F25) erhielten 27% eine Depotmedikation, davon circa ein Drittel ein Typikum (Fluanxol Depot oder Haloperidolde-

canoat) und zwei Drittel ein atypisches Neuroleptikum. Zum Einsatz kamen Abilify Maintena® (16%), Risperdal® Consta® (30%), Xeplion® (25%) und ZypAdhera® (30%). Wie auch Studien zu diesem Thema zeigen (10), ist die Zufriedenheit der Patienten mit der Depotgabe sehr hoch. Neben den durch Studien belegten Vorteilen betreffend Adhärenz und Rezidivprophylaxe bietet die Depotmedikation auch viele praktische Vorteile für Patienten, Angehörige und Behandler. Die geringere Frequenz der Medikationsapplikation, im Vergleich zur oralen Einnahme, ermöglicht einen weniger eingeschränkten und spontaneren Lebensrhythmus, was vor allem jungen Menschen wichtig ist. Bei versäumten Terminen kann die Erinnerung durch den Behandler erfolgen und Einnahmefehler durch den Patienten entfallen. Außerdem erleben einige Patienten die tägliche Tabletteneinnahme als ständige Erinnerung an die Erkrankung bzw. Nachfragen bezüglich erfolgter Einnahme durch Angehörige als entmündigende Kontrolle. Das belastet sie. In solchen Fällen kann eine Depotmedikation Entlastung schaffen und für mehr Sicherheit und Vertrauen im Umgang von Betroffenen und Angehörigen beitragen. Andererseits ist die intramuskuläre Ap-

Tab. 1 Klinische Merkmale, welche die Auswahl des atypischen Depotpräparats beeinflussen; + = positiver Auswirkung auf Merkmal, - = negative Auswirkung auf Merkmal

Patientencharakteristika	Abilify Maintena® (Aripiprazol)	Risperdal® Consta® (Risperidon)	Xeplion® (Paliperidon)	ZypAdhera® (Olanzapin)
Übergewicht	+			-
Risikofaktoren für metabolisches Syndrom	+			-
EPMS-Risiko		-	-	+
Sexuelle Funktionsstörungen durch Prolaktinerhöhung	+	-	-	+
Stark wechselndes Rauchverhalten				-
Innere Unruhe, starke Angstsymptomatik	-			+
Eingeschränkte Leberfunktion			+	

Tab. 2 Besonderheiten atypischer Depotpräparate

Präparat (Wirkstoff)	Abilify Maintena® (Aripiprazol)	Risperdal® Consta® (Risperidon)	Xeplion® (Paliperidon)	ZypAdhera® (Olanzapin)
Intervall der Applikation	4 Wochen	2 Wochen	4 Wochen	2–4 Wochen
Applikationsstelle	Gluteal oder deltoidal	Gluteal oder deltoidal	Gluteal oder deltoidal	Gluteal
Zeitpunkt des Wirkeintritts	2 Wochen nach 1. Injektion (Tag 15)	1 Woche nach 2. Injektion (Tag 22)	Ab 1.–2. Injektion (Tag 1–8)	Ab 1. Injektion
Überlappung mit oraler Medikation notwendig	Ja	Ja	Gegebenenfalls	Nein
Besonderheiten	Keine individuelle Dosisfindung notwendig			3 Stunden Beobachtung nach Injektion wegen Risiko eines Postinjektionssyndroms

pplikation gegenüber der oralen Einnahme mit einem höheren Risiko für Schmerzen an der Einstichstelle, Blutungen und Infektionen behaftet, wobei schwere Ereignisse sehr selten auftreten. Eine individuelle Abwä-

gung der Vor- und Nachteile sollte daher stets mit dem Patienten zusammen erfolgen und das Angebot einer Depotmedikation nur bei medizinischen Kontraindikationen (z.B. erhöhter Blutungsneigung) entfallen.

### Kasuistik

Der Patient ist 23 Jahre alt und erhielt im Rahmen des ersten stationären Aufenthaltes die Diagnose hebephrene Schizophrenie. Es zeigte sich der für dieses Krankheitsbild typische, langsam progrediente Verlauf mit deutlichen Störungen des Sozialverhaltens, läppischem Affekt und Funktionsverlust. Außerdem bestanden noch zönästhetische Wahrnehmungsstörungen. Der Patient hatte einen Schulabschluss erreicht, jedoch keine Berufsausbildung abschließen können. Es wurde eine gesetzliche Betreuung eingerichtet und er wohnte in einer betreuten WG. Initial hatte er als Medikation Amisulprid erhalten, ab einer Dosierung über 400 mg zeigte sich zwar eine deutliche Besserung, jedoch bestand eine stark ausge-

prägte Ambivalenz gegenüber der täglichen Einnahme, sodass diese im ambulanten Setting nicht gewährleistet werden konnte. Es erfolgte, unter der Zielsetzung der Etablierung einer Depotmedikation, die Umstellung auf Risperidon. Hierunter trat jedoch eine Akathisie auf, sodass eine erneute Umstellung auf Olanzapin durchgeführt wurde. Unter der Tagesdosis von 10 mg wurde eine deutliche Besserung erreicht und mit der Gabe von ZypAdhera® 300 mg alle 4 Wochen begonnen. Im weiteren Verlauf zeigte sich der Patient im Kontakt deutlich verbessert. Vor allem die Konzentration und Struktur verbesserten sich, sodass er eine Lehre im geschützten Rahmen beginnen konnte.

### Auswahl der Medikation

Aufgrund der Hinweise auf eine überlegene Wirkung auf Negativsymptomatik und geringere extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen sollten bei Erkrankungen aus dem schizo-phrenen Formenkreis, zumindest aber bei Ersterkrankungen, in erster Linie Atypika eingesetzt werden (11).

Die Auswahl des Präparats richtet sich nach dem Patientenprofil und unterscheidet sich nicht wesentlich von den Überlegungen bei der Auswahl oraler neuroleptischer Medikation zur Langzeittherapie, wobei vor allem die substanzspezifischen Nebenwirkungen berücksichtigt werden müssen (Tab. 1). Bedenkenswert sind zusätzlich lediglich die Besonderheiten im Rahmen der Applikationsform wie z.B. Notwendigkeit der gleichzeitigen oralen Medikation bis zum Wirkeintritt oder die Applikationsintervalle (Tab. 2).

Dr. Karolina Leopold  
Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin  
E-Mail: Karolina.leopold@vivantes.de

### Literatur

1. Tiihonen J et al. Am J Psychiatry 2011; 168(6): 603–609.
2. Almond S et al. Br J Psychiatry 2004; Apr; 184: 346–351.
3. Emsley R et al. Schizophr Res 2012; Jun; 138(1): 29–34.
4. Lieberman JA et al. J Clin Psychiatry 1996; 57 Suppl 9: 5–9.
5. Weiden PJ et al. Psychiatr Serv 2004; 55(8): 886–891.
6. Heres S et al. J Clin Psychiatry 2006; 67(12): 1948–1953.
7. Gilmer TP et al. Am J Psychiatry 2004; 161(4): 692–699.
8. Caroli F et al. Patient Prefer Adherence 2011; 5: 165–171.
9. Jaeger M, Rossler W. Psychiatry Res 2010; 175(1–2): 58–62.
10. Walburn J et al. Br J Psychiatry 2001; 179(4): 300–307.
11. DGPPN S3-Leitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopf Verlag 2006, 43–109.

Dieser Beitrag entstand mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

