

Zentrale Aspekte im Überblick

Im Rahmen seines Vortrags befasste sich Prim. Dr. Andreas Erfurth, Krankenhaus Hietzing Wien, mit verschiedenen Aspekten der Schizophreniebehandlung und stellte zentrale Problemstellungen und Fragen pragmatisch dar.

Von Katharina Miedzinska, MSc

Hohe Response-Rate bei Erstmanifestationen

„Bei Erstmanifestationen ist die Response-Rate hoch“, erklärt Erfurth zu Beginn und verweist auf einen Review rezenter Metaanalysen, welcher für Antipsychotika-naive im Vergleich zu vorbehandelten Patienten eine höhere Response-Rate zeigte (66 vs. 47 Prozent, $p=0,004$).¹ Ferner wurde gezeigt, dass bei multiplen akuten Behandlungen, bei welchen nach zwei Wochen keine Besserung eintritt, die Chancen auf eine Response innerhalb von weiteren vier Wochen gering sind. „Ein Medikationswechsel ist hier empfehlenswert, bei Erstmanifestationen kann längeres Warten sinnvoll sein.“ Erfurth ergänzt: „Heutige Metaanalysen weisen nach, dass es unwahrscheinlich ist, dass hohe Dosierungen und Kombinationsbehandlungen zu einem besseren Ansprechen führen als Standardspiegel und Monotherapien. Dies spricht gegen Polypharmazie und für ein konsequentes Drug Monitoring in der Schizophreniebehandlung.“



Prim. Dr.
Andreas Erfurth

durch Sedationsreduktion. Erfurth: „Absetzen ist der stärkste Prädiktor für einen Rückfall. Der Wechsel einer antipsychotischen Therapie erfordert ein umsichtiges Vorgehen unter Berücksichtigung von Halbwertszeiten und pharmakologischen Profilen.“

Depots als Adhärenz-steigernde Intervention

Adhärenz stellt in Bezug auf das Management schizophrener Erkrankungen ein relevantes Problem dar, beginnt früh und nimmt im Verlauf zu.³ „Mangelnde Adhärenz ist ein starker Prädiktor für Rückfälle und führt langfristig zu einem ungünstigeren Verlauf. Es ist wesentlich, von Anfang an auf hohe Adhärenz zu setzen“, sagt Erfurth und fasst mögliche Adhärenz-steigernde Interventionen zusammen, darunter u.a. das Verwenden von Depots, die, so Erfurth, das Rezidivrisiko verringern und häufiger, als bislang in der klinischen Praxis üblich, zum Einsatz kommen sollten.

Erfurth: „Mangelnde Adhärenz ist ein starker Prädiktor für Rückfälle.“

Prognoseverschlechterung mit jedem Rückfall

„Schizophrene Erkrankungen gehen mit einer Progression einher, nur bei wenigen Patienten kommt es zu einer Remission. Da sich mit jedem Rückfall die Prognose verschlechtert, zählen die Erhaltungstherapie und die Rezidivprävention zu den vordringlichsten Zielen in der Behandlung“, so Erfurth. In einem 2013 veröffentlichten Review über die Natur von Rückfällen bei Schizophrenie wurde gezeigt, dass die Rückfallraten nach Behandlungsabbruch sehr hoch sind, selbst zu Beginn des Verlaufs, dass das Risiko unabhängig von der Behandlungsdauer nach Abbruch gleich hoch bleibt und dass viele Patienten unmittelbar nach dem Absetzen einen Rückfall haben.² Erfurth: „Die Transition kann abrupt sein und viele Patienten benötigen nach einem Rückfall höhere Dosierungen und respondieren insgesamt weniger gut.“

Absetzen: Stärkster Prädiktor für einen Rückfall

Das Absetzen der Medikation und der Wechsel antipsychotischer Therapien sind weitere wesentliche Herausforderungen in der Schizophreniebehandlung. Mögliche Effekte, so Erfurth, reichen je nach vorheriger Medikation von cholinergem Rebound und dopaminergem Supersensitivität über extrapyramidal-motorische Symptome bis hin zu einem Serotonin-Syndrom durch das Absetzen von 5-HT_{2A}-Antagonisten oder einem Aktivierungssyndrom

Aripiprazol: Depot oraler Medikation überlegen

Bislang ging nur eine Metaanalyse der Frage nach, ob dieselbe Substanz als Depot oder in oraler Darreichungsform in Hinblick auf Effektivität und Tolerabilität vorteilhafter ist.⁴ Erfurth: „Ein statistisch signifikanter Effekt konnte nur für Aripiprazol gezeigt werden, welches als Depot der oralen Medikation überlegen war.“

Aripiprazol, ein Wirkstoff aus der Gruppe der atypischen Antipsychotika, ist als Depot für die Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei erwachsenen Patienten zugelassen, die stabil mit oralem Aripiprazol eingestellt wurden. Erfurth: „Depotmedikation ist eine bewährte Strategie. Sie ermöglicht es, höhere Adhärenzraten zu erreichen und das Rezidiv-Risiko zu reduzieren und kann so zu besseren Ergebnissen beitragen. Auch bei Erstmanifestationen ist ein Atypikum-Depot einer oralen Therapie deutlich überlegen.“

Rehospitalisierungsrisiko unter Depots geringer

Weitere Vorteile von Depot-Formulierungen ortet Erfurth hinsichtlich Rehospitalisierungs- und Mortalitätsraten und präsentiert in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer nationalen Kohortenstudie mit 29.823 Patienten, welche für Depotmedikationen ein geringeres Rehospitalisierungsrisiko im Vergleich zu äquivalenten oralen Medikationen zeigte.⁵ In der gleichen Kohorte wurden Depot-Antipsychotika im Vergleich zur oralen Medikation mit einem etwa 30 Prozent geringeren Mortalitätsrisiko assoziiert, das geringste Risiko zeigte sich unter Antipsychotika der zweiten Generation.⁶ Erfurth: „Diese aktuellen Studien sind ein weiteres Plädoyer für Depotpräparate und die Verwendung von Antipsychotika der zweiten Generation.“

- 1 Haddad et al., *Ther Adv Psychopharmacol* 2018; 8(11):303–318
 - 2 Emsley et al., *BMC Psychiatry* 2013; 8;13:50
 - 3 Keith et al., *J Clin Psychiatry* 2003; 64(11):1308–15
 - 4 Ostuzzi et al., *Schizophr Res* 2017; 183:10–21
 - 5 Tiihonen et al., *JAMA Psychiatry* 2017; 74(7):686–693
 - 6 Taipale et al., *Schizophr Res* 2017; pii: S0920–9964(17)30762–4
- Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis (PWP), Wien, 23.2.19*