

# Aktuelle Forschungsergebnisse zur Neuroleptika-Behandlung

<https://ddpp.eu/news-meldung/aktuelle-forschungsergebnisse-zur-neuroleptika-behandlung.html>, am 19.11.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

die DGSP hat sich in dem im Jahr 2009 veröffentlichten Memorandum zur Anwendung von Neuroleptika kritisch mit der Anwendungspraxis von Neuroleptika auseinandergesetzt. Im Jahr 2012 wurde eine zweite aktualisierte Auflage des Memorandums herausgegeben. Das Memorandum fand seit seiner ersten Veröffentlichung eine breite Beachtung und wurde in Fachkreisen intensiv diskutiert.

Die Rückmeldungen auf das Memorandum haben deutlich gemacht, dass eine breite Debatte der Neuroleptikabehandlung notwendig und wichtig ist. Um diesen Diskussionsprozess zu fördern und fachlich zu untermauern wurde aktuell im Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP ein Papier mit den zehn aktuellen Kernaussagen erarbeitet, das wir Ihnen hiermit zur Kenntnis bringen.

Über Rückmeldungen zu dieser Stellungnahme freuen wir uns.

Mit freundlichem Gruß

Richard Suhre

Geschäftsführer

Tel.: 0221- 51 10 03

Infos im Internet:

<http://www.dgsp-ev.de/>

<http://www.psychiatrie.de/dgsp/>

**Die Stellungnahme gliedert sich in 10 zusammenfassende Kernaussagen, Abstracts und verfügbaren Volltexte der hierzu wesentlichen Studien:**

1. Es besteht ein Risiko von Hirnschwund durch Neuroleptika vor allem im Bereich des Frontalhirns und in Abhängigkeit von der kumulativen Gesamtdosis (= eingenommene Gesamtmenge). Der Prozess scheint bereits früh zu beginnen und - möglicherweise abgeschwächt - über den gesamten Behandlungszeitraum fortzuschreiten (Ho et al 2011; Radua et al 2012; Fusar-Poli et al 2013).
2. Begleitete Dosisreduzierung und wenn möglich begleitetes Absetzen führen zu einer mehr als doppelt so hohen Recoveryrate für alltagsrelevante Fähigkeiten bei gleicher Rückbildung der Symptomatik in Experimental- und Kontrollgruppe (Wunderink et al 2013).
3. Neuroleptika sollten daher auch schon in der Akutbehandlung in der niedrigst möglichen Dosis verordnet werden (Ho et al 2011, McGorry et al 2013). Dies hat insbesondere Vorteile für die Neurokognition (Faber et al 2012; Takeuchi et al 2013) und alle anderen dosisabhängigen Nebenwirkungen.
4. Fazit der Autoren nach einer Studie an 313 Patienten zur Behandlung mit Quetiapin, Aripiprazol, Risperidon und Olanzapin bei Menschen über dem 40. Lebensjahr: „Vorsicht ist geboten bei einer längerfristigen Behandlung mit diesen Substanzen ab dem 40. Lebensjahr. Diese Substanzen sollten in niedrigen Dosierungen und nur für kurze Zeit unter enger Kontrolle der Nebenwirkungen gegeben werden“ (Jin et al 2012).
5. Die American Psychiatric Association schränkt Ihre Empfehlungen zur Verordnung verschiedener Substanzen (Polypharmazie) deutlich ein: die Kombination von zwei oder mehr Neuroleptika sollte erst nach drei gescheiterten Behandlungsversuchen mit nur einem Neuroleptikum erfolgen. Hierzu sollte auch wenn möglich ein Versuch mit Clozapin gehören (APA 2013).
6. Möglichst niedrige Dosierungen sind auch deshalb erforderlich, um die ungünstigen Anpassungsprozesse der Dopaminrezeptoren unter der Blockade mit Neuroleptika, wie die Vermehrung und weitere Sensibilisierung der D-Rezeptoren so gering wie möglich zu halten (Samaha 2008). Die verzögerte Einnahme an nur jedem 2. oder 3. Tag wurde in zwei Pilotstudien erfolgreich erprobt (Remington 2005 u. 2011).
7. Ein Anteil von Menschen mit Psychosen aus dem sog. „Schizophrenie-Spektrum“ kann nach deutlicher Rückbildung der Symptomatik unter der Akutbehandlung mit Neuroleptika

langfristig auch ohne Neuroleptika behandelt werden. Dieser Anteil liegt je nach Studie und therapeutischem Vorgehen längerfristig zwischen 21 % (Wunderink et al 2013) und 40 % (Harrow et al 2012).

8. In einer neuen Publikation zu ihrer Langzeitstudie ermitteln N. Andreasen et al bei längeren unbehandelten Rückfallphasen von insgesamt 1.3 Jahren in den 7 Jahren der Studiendauer eine weitere Abnahme von frontalem, temporalem und gesamtem Hirnvolumen. Dies zeigt sich jedoch nicht bei kürzeren und häufigeren Rückfällen. Andreasen empfiehlt die Gewährleistung einer dauerhaften Medikation (aggressively“) von Anfang an (Andreasen et al 2013). Eine Methodenkritik der Studie und ihrer Schlussfolgerung findet sich in den folgenden Text.
9. Ca. 40% der ersterkrankten Patienten mit Schizophrenie-Spektrum Diagnose können von Anfang an und auf Dauer auch ohne Neuroleptika behandelt werden. Dazu bedarf es geeigneter psychosozialer und psychotherapeutischer Begleitung (Bola et al 2005; Seikkula et al 2011).
10. Die Praxis der Niedrigstdosierung, der begleiteten Dosisreduktion und Absetzversuche widerspricht trotz zunächst erhöhter Rückfallhäufigkeit den bestehenden **Leitlinien in Deutschland**. Sie werden aktuell überarbeitet. Ob sie dem geforderten bzw. überfälligen Paradigmenwechsel gerecht werden, bleibt abzuwarten. Die bestehende rechtliche Situation sieht einen Anspruch auf zeitgemäße und dem anerkannten medizinischen Standard entsprechende Leistungen vor. Die behandelnden Ärzte sind durch Rechtsnormen schon jetzt gehalten die Patienten und Patientinnen umfassend zu informieren und aufzuklären, um so dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten und Patientinnen gerecht zu werden.

## Hier nun die Darstellung der Studien. Die Abstracts und - wenn öffentlich zugänglich – die Volltexte erhalten Sie per Mausclick oder finden sie im Anhang.

1.) Hirnschwund durch Neuroleptika, abhängig von der kumulative Dosis über die gesamte Behandlungszeit, zu Beginn der Behandlung vermutlich noch ausgeprägter.

Diese Studie zu dieser Fragestellung ist methodisch am aufwendigsten:

[Ho et al 2011 Abstract über diesen Link](#)

[Ho et al 2011 Volltext über diesen Link](#)

Dieser Befund wird in 2 Metaanalysen bestätigt:

Für Ersterkrankte:

[Radua et al 2012 Abstract über diesen Link.](#)

[Radua et al 2012 Volltext über diesen Link.](#)

Für mehrfach bzw. längerfristig Erkrankte:

[Fusar-Poli et al 2013 Abstract über diesen Link](#)

[Fusar-Poli et al 2013 Volltext über diesen Link](#)

2.) Im Juli 2013 wurde eine klinische Studie über 7 Jahre veröffentlicht.

[Wunderink et al 2013 Abstract über diesen Link;](#)

Wunderink et al (2013) zeigten in dieser randomisierten Verlaufsstudie über 7 Jahre mit 107 Patienten mit einer ersten funktional weitgehend remittierten psychotischen Episode, dass Dosisreduzierung und - wenn möglich - begleitetes Absetzen zu einer mehr als doppelt so hohen Recoveryrate (alltagsrelevante Funktionsfähigkeit) von 40,4% führte, bei gleicher Rückbildung der Symptomatik in Experimental- und Kontrollgruppe mit 68%. Die Kontrollgruppe wurde ebenfalls mit einer vergleichsweise niedrigen Erhaltungsdosis behandelt. 63,4 % der Patienten in der Experimentalgruppe hatten die Diagnose einer Schizophrenie oder schizophreniformen Störung. Die Dosisreduktion wurde 6 Monate nach der Reduktion begonnen und die erzielte Dosis lag bei 2,8 mg anstatt bei 4,1 mg Haloperidol-äquivalenten, in beiden Fällen erstaunlich gering. Bei 21,1% der Patienten konnten die Neuroleptika in den untersuchten letzten beiden der sieben Jahren vollständig abgesetzt werden. Weitere 21,1 % erhielten Dosierungen unter 1 mg Haloperidol-Äquivalenten. Nach anfänglich erhöhter Rate kürzerer Rückfälle in den ersten 3 Jahren lag die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle über 7 Jahre in der Experimentalgruppe mit 0,71 um die Hälfte und signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe. Der deutlich bessere Verlauf setzte nach 3 Jahren ein. Die weitere psychosoziale Begleitung der Patienten entsprach dem auch sonst Üblichen. Eine psychotherapeutische Behandlung erfolgte nicht.

Dosisminderungen, die bisher kaum für bedeutsam erachtet wurden, haben somit oft große Vorteile für die Klienten. Dies wird jedoch erst deutlich, wenn man die erlangten Fähigkeiten, wie Selbstfürsorge, Haushaltsführung, familiäre, partnerschaftliche und freundschaftliche Beziehungen, Integration in die Gemeinde und Berufstätigkeit im Alltag erfasst.

Diese Studie wurde in Medscape Deutschland schon dargestellt und interessant kommentiert:

## Medikation in der frühen Remission nach Psychose: Ist weniger mehr?

Julia Rommelfanger | 22. Juli 2013 |

Womöglich profitieren Patienten, die sich nach einer erstmaligen psychotischen Episode erholt hatten, von einer frühen Dosisreduktion. Das zumindest lässt eine neue Studie vermuten, die erstmals Vorteile einer Dosisreduktion (DR) oder gar des Absetzens von Antipsychotika gegenüber einer Erhaltungstherapie belegt hat.

„Zum ersten Mal finden wir nun in der Literatur ein Argument dafür, diese konservative Behandlungsstrategie zu überdenken.“

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg

In einem Follow-up von 7 Jahren hatten sich vor allem diejenigen Studienteilnehmer besonders gut erholt, deren Antipsychotika reduziert worden waren. 40,4% dieser Patienten berichteten über eine funktionelle Erholung. Bei den Patienten mit Erhaltungstherapie waren es nur halb so viele (17,6%).

Das ist das erstaunliche Ergebnis der Nachbeobachtung in einer randomisierten Studie, in der Patienten, die erstmalig eine Psychose erlitten hatten, entweder Erhaltungstherapie oder eine Dosisreduktion (DR) relativ zeitig in der Remissionsphase erhalten hatten [1]. „Nach unserer Kenntnis ist dies die erste Studie, die bedeutende Vorteile einer Dosisreduktion gegenüber einer Erhaltungstherapie bei Patienten mit remittierender erstmaliger Psychose zeigt“, schreiben die Forscher um **Dr. Lex Wunderink** von der Universität Groningen in den Niederlanden in der Online-Ausgabe von *JAMA Psychiatry*.

„Ein wirklich überraschendes Ergebnis“, bestätigt **Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg**, Direktor des Zentralinstituts (ZI) für Seelische Gesundheit in Mannheim und Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Heidelberg, in einem Interview mit *Medscape Deutschland*. „Im Grunde dachten wir bisher, alles andere als Erhaltungstherapie sei gefährlich, aufgrund der erhöhten Relapse-Rate bei Absetzen der Therapie. Zum ersten Mal finden wir nun in der Literatur ein Argument dafür, diese konservative Behandlungsstrategie zu überdenken.“

### DR gewinnt im Langzeitvergleich

Weltweit ist laut WHO rund 1% der Weltbevölkerung von Schizophrenie betroffen; die Erkrankung verursacht jedoch genauso viele Kosten wie die Depression, an der rund 10% der Bevölkerung erkranken. In Europa belaufen sich die Ausgaben auf rund 100 Milliarden Euro pro Jahr, besonders infolge der Chronizität der Schizophrenie und den durch die Erkrankung eingeschränkten Fähigkeiten der Patienten, selbstständig zu leben.

In Kurzzeit-Studien hatte sich nach Erstmanifestation einer Psychose eine prophylaktische Erhaltungstherapie im Anschluss an die Akuttherapie als verlässliche Rückfallprophylaxe bei vielen Patienten erwiesen. Eine Dosisreduktion war dagegen mit höheren Rückfallraten ohne nennenswerte Vorteile verbunden. Stärkster Prädiktor für Rezidive war das Absetzen bzw. Nicht-Einnehmen des Antipsychotikums.

Um die Langzeitfolgen der verschiedenen Therapieoptionen kurz nach einer 6-monatigen Remission erstmals zu evaluieren, haben Wunderink und Kollegen nun 103 Patienten 5 Jahre nach dem Ende einer randomisierten Studie hinsichtlich des Verlaufs ihrer Psychose in den vergangenen Jahren befragt. Die Patienten hatten nach Erstmanifestation einer Schizophrenie und 6 Monaten Remission entweder eine reduzierte Dosis ihrer Antipsychotika oder eine Erhaltungstherapie mit gleichbleibender Dosis für 18 Monate erhalten.

Nach 6 Monaten zeigten die Patienten mit Dosisreduktion noch doppelt so hohe Rezidivraten wie die Patienten mit Erhaltungstherapie; jedoch glichen sich die Kurven beider Therapie-Arme nach etwa 3 Jahren an. Insgesamt erlitten 65% aller Patienten in den 7 Follow-up-Jahren mindestens einen Rückfall. „Vielleicht schiebt die Erhaltungstherapie die Rezidive nach hinten, verglichen mit der Dosisreduktion, aber verhindert sie nicht“, spekulieren die Autoren.

Hinsichtlich der Remission der Symptome unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant, im Gegensatz zur funktionellen Erholung, die von den Patienten in der Dosisreduktions-Gruppe erheblich besser eingestuft wurde.

In Deutschland empfehlen die Richtlinien eine mindestens 12-monatige Erhaltungstherapie nach Erstmanifestation einer Psychose, um Rückfällen vorzubeugen. „Falls sich die Ergebnisse in weiteren Studien bestätigen, spricht vieles für eine Dosisreduktions-Strategie bei diesen Patienten“, sagt Meyer-Lindenberg. Zudem plädiert er in der Zukunft für eine stärkere Individualisierung der Therapie. „Nebenwirkungen der Antipsychotika wie Gewichtszunahme oder Potenzstörungen und andere Bedenken der Patienten nehmen wir sehr ernst“, sagt er. „Dann ändern wir die Therapie, weil sonst die Adhärenz sinkt.“

Ein weiterer Aspekt, der die Therapie beeinflusst: Bei den meisten Patienten schränken nicht die Positiv-Symptome ihre Funktionalität ein, sondern kognitiv-negative Aspekte wie fehlender Antrieb oder Konzentrationsschwäche. „Auf diese Parameter sind wir bisher zu wenig fokussiert“, gibt Meyer-Lindenberg zu. „Um diese zu behandeln, müssen neue Medikamente entwickelt werden“, etwa solche, die den Neurotransmitter Glutamat hemmen. Diese kommen jedoch nicht in den nächsten 2 Jahren zum Einsatz“, spekuliert er.

#### **Experten fordern: Schwerpunkt auf funktionale Kriterien legen**

Wunderink und Kollegen fordern, dass funktionelle Kriterien in künftigen Studien zur Behandlung von Schizophrenie mehr Bedeutung beigemessen werden sollte, genauso wie längere Follow-ups, da „sich kurzzeitige Nachteile wie höhere Rezidivraten auf längere Zeit ausgleichen und sich Vorteile, die in der Kurzzeit-Evaluation nicht ersichtlich waren, etwa funktionelle Gewinne, erst nach einem Langzeit-Monitoring gezeigt haben“.

Ebenso plädieren **Dr. Patrick McGorry** und Kollegen von der Universität Melbourne, Australien, dafür, bei der Therapiewahl für Patienten in der Remission einer erstmaligen Psychose funktionelle Aspekte stärker als bisher zu berücksichtigen. „Das Behandlungsziel nach erstmaligem Auftreten einer Psychose sollte eine möglichst vollständige funktionelle Wiederherstellung sein“, schreiben sie in einem Editorial zu der Studie von Wunderink und Kollegen [2]. Dies beinhaltet ein sinnvolles Leben mit Wiedereinstieg in den Beruf, positiven Beziehungen, sozialer Integration und guter körperlicher Gesundheit. In dieser Hinsicht demonstrierte die aktuelle Studie, dass hinsichtlich der Medikation in der frühen Remissionsphase „weniger mehr ist“.

3.) Neuroleptika sollten daher auch schon zur Akutbehandlung in der niedrigst möglichen Dosis, verordnet werden (Ho et al 2011; McGorry et al 2013).

Neuere Studien zeigen insbesondere eine Verbesserung der kognitiven Funktionen nach Reduktion der neuroleptischen Dosis.

[Faber et al 2012 Abstract über diesen Link;](#)

[Takeuchi et al 2013 Abstract über diesen Link;](#)

oder durch Wechsel von Polypharmazie auf Monotherapie.

[Hori et al 2013 Abstract über diesen Link;](#)

Auch für alle anderen dosisabhängigen Nebenwirkungen ist dieses Vorgehen ausgesprochen vorteilhaft: extrapyramidal motorische Nebenwirkungen, Akathisie, Dysphorie, Prolaktin, QT-Zeit Verlängerung, metabolische Nebenwirkungen und kardiovaskuläre Erkrankungen.

4.) Bei **Menschen über 40 Jahren** sind Nebenwirkungen besonders ausgeprägt. Die mittelfristigen Folgen einer Behandlung mit Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon und Quetiapin bei Patienten über dem 40. Lebensjahr zeigt eine kürzlich publizierte Studie an 332 Patienten mit psychotischen Symptomen bei Schizophrenie, Bipolarer Störung, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) und Demenz über 2 Jahre (Jin et al 2012). Ein bis zwei dieser Medikamente konnten durch den Patienten ausgeschlossen werden, danach wurden sie per Zufall den anderen Substanzen zugeordnet. So konnten 83% der Studienpatienten aufgenommen werden, die sonst in anderen Studien ausgeschlossen werden. Die Dosierungen waren relativ niedrig. Die Ergebnisse waren weitgehend störungsunabhängig. Die Symptomatik der vorbehandelten Patienten wurde durch die Einnahme dieser Medikamente nicht signifikant besser. Der Studienarm mit Quetiapin wurde wegen der hohen Rate von schweren Nebenwirkungen bei 38.5% der Patienten im Vergleich zu 19% unter den anderen „Atypika“ vorzeitig beendet. Die durchschnittliche Dauer bis zur ungewollten Beendigung der Behandlung mit der jeweiligen Substanz betrug 26 Wochen, lag unter Quetiapin mit 78,6 % und unter Aripiprazol mit 81,5 % am höchsten, war für alle Substanzen jedoch insgesamt nicht signifikant unterschiedlich. Diese Behandlungsabbrüche waren unabhängig von der Diagnose und erfolgten in 51,6 % aufgrund von Nebenwirkungen. Bei 24% der Patienten traten schwere, bei 51% andere Nebenwirkungen auf. Zwischen den Neuroleptika bestanden keine signifikanten Unterschiede im Auftreten von metabolischen Nebenwirkungen. In 36,5 % der Fälle, die zu Beginn kein metabolisches Syndrom (= 50%)<sup>1</sup> hatten, entwickelte sich ein solches. **Fazit der Autoren:** Vorsicht ist geboten bei einer längerfristigen Behandlung mit diesen Substanzen ab dem 40. Lebensjahr. Diese Substanzen sollten in niedrigen Dosierungen und nur für kurze Zeit unter enger Kontrolle der Nebenwirkungen gegeben werden. Eine gemeinsame Entscheidung mit dem Patienten und seinen Angehörigen wird empfohlen, die eine Diskussion der Vor- und Nachteile dieser Substanzen und der verfügbaren Alternativen einschließt.

[Jin et al 2013 Abstract über diesen Link](#)

[Jin et al 2013 Volltext über diesen Link](#)

5.) Zur Verordnung von 2 oder mehr Neuroleptika (Polypharmazie) empfiehlt die American Psychiatric Association (APA) in ihren neuen Leitlinien:

„Verschreiben Sie nicht routinemäßig zwei oder mehr Neuroleptika gleichzeitig. Die Forschung zeigt, dass zwei oder mehr Neuroleptika in 4 bis 35% der ambulanten Patienten und 30 bis 50% der stationären Patienten verwendet werden. Allerdings ist der Nachweis für die Wirksamkeit und Sicherheit der Anwendung mehrerer Neuroleptika beschränkt, und das Risiko für Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, für Non-Compliance und Medikationsfehler ist erhöht. Im Allgemeinen sollte die Verwendung von zwei oder mehr Neuroleptika vermieden werden, außer in Fällen nach drei fehlgeschlagenen Versuchen einer Monotherapie, einschließlich einem misslungenen Behandlungsversuch mit Clozapin, sofern

möglich oder einem solchen mit einem 2. Antipsychotikum, wenn das zweite Antipsychotikum mit der Absicht der Umsetzung auf Monotherapie hinzugefügt wurde.“

[APA 2013 No 2 Volltext über diesen Link](#)

6. Möglichst niedrige Dosierungen sind ebenfalls erforderlich, um die ungünstigen Anpassungsprozesse des Dopaminrezeptors unter der Blockade mit Neuroleptika, wie Vermehrung und weitere Sensibilisierung so gering wie möglich zu halten.

[Samaha 2008 Volltext über diesen Link](#)

Daher wurde die verzögerte Einnahme an nur jedem 2. oder 3. Tag in zwei Pilotstudien erfolgreich erprobt.

[Remington et al 2011 Abstract über diesen Link](#)

[Remington et al 2011 Volltext über diesen Link](#)

7.) In einer Langzeitstudie über 20 Jahre konnte gezeigt werden, dass ca. 40% der Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose nach einer initialen antipsychotischen Akutbehandlung längerfristig auch ohne Neuroleptika auskommen. Die Patienten dieser Studie hatten allerdings die Neuroleptika meist selbständig abgesetzt, oft gegen ärztlichen Rat.

[Harrow et al 2012 Abstract über diesen Link](#)

[Harrow et al 2012 Volltext über diesen Link](#)

[Folien dazu von Robert Whitaker über diesen Link](#)

Das Erstaunliche dieser Langzeitstudie war, dass die Patienten, die erfolgreich Neuroleptika abgesetzt haben, sich zu Beginn in der Schwere ihrer Symptomatik nicht von den Patienten unterschieden, die Neuroleptika fortgesetzt einnahmen. Erst allmählich nach 2-3 Jahre verbesserte sich ihr Zustand zunehmend und sie erreichten einen deutlich besseren Recovery-Zustand als die Vergleichsgruppe unter Neuroleptika. (siehe Fig 1., S. 4 in Harrow et al 2012)

8. Im Gegensatz dazu empfiehlt Frau Andreassen in dieser neuesten Studie (**Andreassen et al 2013**) für *jeden* Patienten mit Schizophrenie eine Langzeitmedikation, obwohl nur länger andauernde Rückfälle mit Hirnabbau korreliert waren und kürzere Rückfälle diesen Effekt in der Studie nicht zeigten. In dieser jüngsten Publikation von N. Andreassen zu Ihrer Langzeitstudie wurden neben der antipsychotischen Medikation auch die Dauer der Rückfälle und ihre Anzahl mit den gesamten und fokalen Hirnvolumina korreliert.

[Andreassen et al 2013 Abstract über diesen Link](#)

[Andreassen et al 2013 Volltext über diesen Link](#)

Sowohl die definierte antipsychotische Gesamtdosis wie auch eine längere Rückfalldauer, jedoch nicht die Anzahl der Rückfälle korrelierten mit der Verminderung des gesamten und fokalen Hirnvolumens auch nach Kontrolle der jeweils anderen Kovariablen. Für die Antipsychotika wurde eine durchschnittliche Tagesdosis in Äquivalenz zu 4 mg Haloperidol über 4 Jahre zugrunde gelegt. Bei dieser Auswertung wurden jedoch die Unterschiede in den Dosierungen, wie sie bereits für die Publikation Ho et al 2012, Tab 1 ermittelt wurden, nicht berücksichtigt:

Die Angaben in der Vorpublikation zeigen jedoch, dass Dosierungen im Untersuchungszeitraum von 4 auf 11 mg Haloperidol-Äquivalente kontinuierlich anstiegen. (54 mg CPZ = 1 mg Hal.) Zeitpunkt MRT und Dosishöhe: 1. MRT = ca. 4 mg; 2. MRT = ca. 6 mg; 3. MRT = ca. 8 mg; 4. MRT = ca. 10 mg; 5. MRT = ca. 11 mg.

Die Rückfalldauer über den gesamten Zeitraum betrug im Durchschnitt 1,34 Jahren. Viele Patienten hatten jedoch deutlich kürzere Rückfälle. Und für den durchschnittlichen Untersuchungszeitraum von 7 Jahren wurde kein signifikanter Einfluss der Anzahl der Rückfall-Episoden auf die Abnahme der Hirnvolumina festgestellt.

Unter Berücksichtigung der weiteren dargestellten Studien scheint jedoch das gut professionell begleitete Reduzieren und ggf. Absetzen der Medikation sinnvoller zu sein, um längere unbehandelte Rückfallphasen durch erneute niedrig dosierte Medikation zu vermeiden. Dies empfehlen auch die NICE Leitlinien 2009 zur Schizophrenie aus Großbritannien. [NICE Schizophrenie 2009](#) S. 21

9. Dass bei einem Anteil von meist 40% der ersterkrankten Patienten mit Schizophrenie-Spektrum Diagnose von Anfang an und auf Dauer auch ohne Neuroleptika behandelt werden kann, stellte eine Übersichtsarbeit der fünf quasi-experimentellen oder randomisierten Studien dazu zusammen:

[Bola et al 2009 Abstract über diesen Link](#)

[Bola et al 2009 Volltext über diesen Link](#)

Und wenn man nun noch die Ergebnisse aus der Region mit der größten aktuellen Erfahrung in diesem Vorgehen berücksichtigt, so zeigen diese bei den Patienten mit erster nicht- affektiver psychotischer Episode einen Anteil von 70%, der ohne Neuroleptika behandelt werden konnte. Hier sind jedoch auch Patienten mit kürzeren psychotischen Episoden mit eingeschlossen worden. Ohne die hier gelungene Frühintervention (ohne Neuroleptika) hätten sich jedoch viele dieser kürzeren psychotischen Episoden mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer sog. Schizophrenie entwickelt.

[Seikkula et al 2011 Volltext über diesen Link](#)

10.) Die Kernaussagen müssen Eingang in die Behandlung finden. Patienten haben einen

Anspruch auf zeitgemäße Leistungen (§ 17(1) SGB I) und auf Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2(1) SGB V). Die Kernaussagen sind in die Aufklärung durch den Arzt einzubeziehen (Patientenrechtegesetz, § 630c BGB Informationspflicht und § 630e Aufklärungspflicht). Der Grundsatz „Verhandeln statt Behandeln“ oder die partizipative Entscheidungsfindung muss für die Arzt-Patient-Kommunikation bestimmend werden (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2012, S.27f). Nur so kann Autonomie, Selbstbestimmung und die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen im Bereich der Gesundheit umgesetzt werden (UN-Konvention zu den Rechten behinderter Menschen, Artikel 3). Patienten müssen bei der Umsetzung ihrer Rechte gestärkt werden. Patienten- und Verbraucherberatung (§ 65b SGB V) sind weiterzuentwickeln.

**DDPP ó Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie Berlin**

Aus: <https://ddpp.eu/news-meldung/aktuelle-forschungsergebnisse-zur-neuroleptika-behandlung.html>