

Polypharmazie bei Patienten mit schizophrenen Störungen

Untersuchung an einer psychiatrischen Institutsambulanz¹

Bernd Brüggemann², Hermann Elgeti³

Zusammenfassung

Untersucht wurden die Häufigkeit und die Art der Polypharmazie bei Patienten mit einer schizophrenen Störung in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover.

Methode: Für sämtliche 2005 behandelten Patienten mit einer schizophrenen Störung (N=172) wurde die letzte Medikation des Jahres erfasst. Für die weiteren Auswertungen wurden nur Patienten berücksichtigt, denen in unserer Institutsambulanz eine Medikation rezeptiert wurde (N=136).

Ergebnisse: Durchschnittlich erhielten die Patienten 2,1 Psychopharmaka. 64% erhielten eine Kombinationstherapie. 65% der Patienten erhielten ein atypisches Antipsychotikum und 40% ein konventionelles hochpotentes Antipsychotikum. Konventionelle hochpotente Antipsychotika wurden bei 18% der Patienten mit einem niederpotenten Antipsychotikum, bei 12% mit einem Anticholinergikum, bei 7% mit einem Phasenprophylaktikum und in 6% mit einem atypischen Antipsychotikum kombiniert. Atypische Antipsychotika wurden bei 23% der Patienten mit einem niederpotenten Antipsychotikum, bei 9% mit einem Anticholinergikum, bei 10% mit einem Phasenprophylaktikum und bei 7% mit einem weiteren atypischen Antipsychotikum kombiniert.

Diskussion: Polypharmazie ist bei Patienten mit schizophrenen Störungen, die in der Institutsambulanz behandelt werden, eher die Regel als die Ausnahme, wobei verschiedene Wirkstoffklassen von Bedeutung sind. Das Ausmaß der Polypharmazie der Patienten in unserer Stichprobe erklärt sich zum Teil daraus, dass es sich bei den chronisch und schwer erkrankten Personen aufgrund von Therapieresistenzen und Komorbiditäten um eine Hochrisikopopulation handelt. Wenn eine Polypharmazie notwendig wird, sollte diese nach Möglichkeit aufgrund von evidenzbasierten Daten oder zumindest rationalen Überlegungen betreffs pharmakokinetischer und – dynamischer Interaktionen erfolgen. Aufgrund der großen Verbreitung der Polypharmazie in der Psychiatrie sind in der Zukunft weitere Untersuchungen zu Wirkstoffkombinationen im Rahmen von kontrollierten Studien dringend erforderlich.

¹ Manuskriptversion von: Brüggemann B, Elgeti H (2011): Polypharmazie bei Patienten mit schizophrenen Störungen. psychopraxis (4): 14-16. Eine Veröffentlichung auf Grundlage der erhobenen Daten erfolgte vorab englischsprachig auf PsychiatryOnline: http://www.priory.com/psychiatry/Polypharmacy_psychiatry.htm.

² AMEOS-Klinikum Hildesheim

³ Sozialpsychiatrische Poliklinik List, Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

Die aktuellen Therapieleitlinien der großen psychiatrischen Fachgesellschaften empfehlen für die Behandlung schizophrener Störungen zunächst die Monotherapie. Entgegen der Empfehlung der großen psychiatrischen Fachgesellschaften, nur eine Substanz in der optimalen Dosis einzusetzen, werden in der klinischen Praxis sehr häufig Kombinationsbehandlungen eingesetzt, für die häufig keine oder nur eine geringe wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Die Kombinationsbehandlung ist in der Praxis die Regel, wobei sowohl Kombinationen mehrerer Antipsychotika als auch die Kombination von Antipsychotika mit Psychopharmaka anderer Wirkstoffklassen (u. a. Antidepressiva, Mood Stabilizer, Anxiolytika/ Hypnotika) zum Einsatz kommen [11]. In den letzten Jahren konnte diesbezüglich eine Zunahme der Kombinationsbehandlungen festgestellt werden [2, 4]. Die Häufigkeit einer Polypharmazie nimmt mit der Dauer und der Schwere der Erkrankung zu [10]. Trotz unzureichender wissenschaftlicher Evidenz kann nach Ausschöpfung anderer Therapieoptionen – wie Psycho- und Soziotherapie sowie komplementäre Hilfen – eine Polypharmazie zweckmäßig sein. Dies gilt besonders bei Komorbidität mit einer weiteren psychischen Störung. Andererseits können aufgrund von Arzneimittelinteraktionen und Nebenwirkungen problematische und aus theoretischen Gründen irrationale Kombinationen abgegrenzt werden [11].

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Häufigkeit und Art der Polypharmazie bei Patienten mit schizophrenen Störungen in der Institutsambulanz der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) untersucht.

Methode

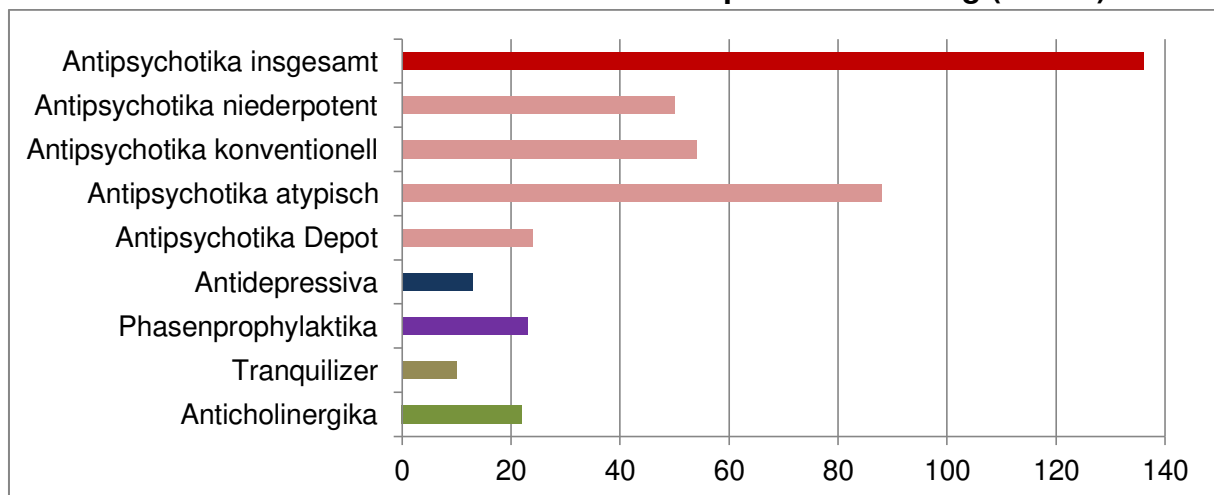
Die Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH stellt den ambulant-aufsuchenden Dienst für einen psychiatrischen Versorgungssektor der Region Hannover, ein innenstadtnahes Einzugsgebiet mit rund 62.000 Einwohnern. Das Team umfasst 15 Mitarbeiter aus fünf Berufsgruppen auf 11,8 Vollzeitstellen und integriert zwei verschiedene Hilfsangebote: In der Poliklinikfunktion mit Sozialpsychiatrischem Dienst erfolgen die Erstkontakte und kurzfristige Kriseninterventionen. In der Funktion der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) werden längerfristig und kontinuierlich erforderliche multidisziplinäre Behandlungen durchgeführt. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt handelt es sich um eine personell gut ausgestattete Einrichtung, in der durch die Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Poliklinik Synergieeffekte genutzt werden können.

Anhand der Medikamentenkarten wurde für sämtliche 2005 behandelten Patienten mit einer schizophrenen Störung (N=172) die letzte Medikation des Jahres erfasst. Da einige Patienten ihre Medikation von niedergelassenen Ärzten verschrieben bekamen, wurden für die weiteren Auswertungen nur Patienten berücksichtigt, denen in unserer Institutsambulanz eine Medikation rezeptiert wurde (N=136).

Ergebnisse

Die Anzahl der verordneten Psychopharmaka lag zwischen 1 und 6. Durchschnittlich erhielten die Patienten 2,1 Psychopharmaka. 36% erhielten eine Mono- und 64% eine Kombinationstherapie. Folgende Wirkstoffklassen wurden verschrieben: atypische Antipsychotika 65%, konventionelle hochpotente Antipsychotika 40%, Depot-Antipsychotika 18%, niederpotente Antipsychotika 37%, Antidepressiva 10%, Phasenprophylaktika 17%, Tranquilizer 7%, Anticholinergika 16% (siehe Abb. 1). Konventionelle hochpotente Antipsychotika wurden bei 18% der Patienten mit einem niederpotenten Antipsychotikum, bei 12% mit einem Anticholinergikum, bei 7% mit einem Phasenprophylaktikum und in 6% mit einem atypischen Antipsychotikum kombiniert. Atypische Antipsychotika wurden bei 23% der Patienten mit einem niederpotenten Antipsychotikum, bei 9% mit einem Anticholinergikum, bei 10% mit einem Phasenprophylaktikum und bei 7% mit einem weiteren atypischen Antipsychotikum kombiniert. Bei allen Patienten, die eine Kombinationstherapie erhielten (N=89) war ein Antipsychotikum beteiligt. Auch bei Patienten, die bereits ein Antipsychotikum erhielten, war ein weiteres Antipsychotikum der häufigste Kombinationspartner, gefolgt von den Phasenprophylaktika und Antidepressiva (siehe Tab. 1).

Abb. 1: Häufigkeit der Verschreibung von Psychopharmaka der verschiedenen Wirkstoffklassen bei Patienten mit einer schizophrenen Störung (N=136)



Tab. 1: Stellenwert von Wirkstoffkombinationen nach Arzneimittelgruppen bei Patienten mit einer schizophrenen Störung, die eine Kombinationstherapie erhielten (N=87)

Arzneimittel-Gruppe	behandelte Patienten	An Kombinationen beteiligte Wirkstoffe			
		AP	AD	PP	TQ
AP	87	69%	16%	25%	10%
AD	14	100%	14%	43%	14%
PP	22	100%	27%	0%	5%
TQ	9	100%	22%	11%	0%

AP: Antipsychotikum, AD: Antidepressivum, PP: Phasenprophylaktikum, TQ: Tranquilizer/ Hypnotikum

Diskussion

Trotz mangelnder Evidenz ist Polypharmazie in der Psychiatrie gängige Praxis. Die Häufigkeit von Polypharmazie wurde sowohl bei ambulanten [1–3, 9, 14,15] als auch bei stationären Patienten [5, 6, 8, 12, 13] untersucht. Hierbei wurde zumeist auf die Kombination von Antipsychotika bei Patienten mit schizophrenen Störungen fokussiert. Die Kombination mit niederpotenten Antipsychotika sowie mit Medikamenten aus anderen Wirkstoffklassen blieb im Unterschied zur unserer Studie zumeist unberücksichtigt. In ihrer Übersichtsarbeit fanden Messer et al., dass 40-50% der stationär behandlungsbedürftigen schizophrenen Patienten und 15-25% der ambulanten Patienten eine antipsychotische Kombinationstherapie erhielten [11].

Eine Untersuchung über die Verordnung von Antipsychotika und adjuvanter Medikation in einer australischen gemeindepsychiatrischen Einrichtung, die in ihrer Struktur unserer Sozialpsychiatrischen Poliklinik ähnelt, bezog sich auf das Jahr 1998 [7]. Von den 859 einbezogenen Patienten erhielten 77% eine antipsychotische Medikation. Der Anteil von atypischen Antipsychotika lag bei 53%. Patienten, die ein konventionelles Antipsychotikum bekamen, erhielten dies in 66% der Fälle als Depotpräparat. 13% erhielten eine Kombinationstherapie von Antipsychotika, wobei die Kombination eines atypischen mit einem konventionellen Antipsychotikum mit 8% am häufigsten war.

Das Ausmaß der Polypharmazie der Patienten in unserer Stichprobe erklärt sich zum Teil daraus, dass es sich bei den chronisch und schwer erkrankten Personen aufgrund von Therapieresistenzen und Komorbiditäten um eine Hochrisikopopulation handelt, für die eine Polypharmazie von psychotropen Substanzen zweckmäßig sein kann. Im Einzelfall sollten zunächst die Möglichkeiten einer Monotherapie ausgeschöpft werden, in ausreichend hoher Dosierung über einen ausreichend langen Zeitraum, ggf. mit Kontrolle des Medikamentenspiegels im Serum. Eine psychotherapeutische Begleitung des Patienten fördert nicht nur das Krankheitsverständnis und eine konstruktive Bewältigung alltäglicher Konflikte, sondern auch die Kooperation bezüglich der Medikation.

Wenn Polypharmazie notwendig wird, sollte diese nach Möglichkeit aufgrund von evidenzbasierten Daten oder zumindest rationalen Überlegungen betreffs pharmakokinetischer und -dynamischer Interaktionen erfolgen. Aufgrund der großen Verbreitung der Polypharmazie in der Psychiatrie sind in der Zukunft weitere Untersuchungen zu Wirkstoffkombinationen im Rahmen von kontrollierten Studien dringend erforderlich.

Literatur

1. Brunot A, Lachaux B, Sontag H, et al. Pharmaco-epidemiological study on antipsychotic drug prescription in French Psychiatry: Patient characteristics, antipsychotic treatment, and care management for schizophrenia. *Encephale* 2002; 28:129-138.

2. Clark RE, Bartels SJ, Mellmann TA, Peacock WJ. Recent trends in antipsychotic combination therapy of schizophrenia and schizoaffective disorder: implications for state mental health policy. *Schizophr Bull* 2002; 28:75-84.
3. de las Cuevas C, Sanz EJ. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry* 2004; 4:18.
4. Edlinger M, Hausmann A, Kemmler G, Kurz M, Kurzthaler I, Walch T, Walpoth M, Fleischhacker WW. Trends in the pharmacological treatment of patients with schizophrenia over a 12 year observation period. *Schizophr Res* 2005; 77:25-34.
5. Ereshefsky L. Pharmacologic and pharmacokinetic considerations in choosing an antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 10:20-30.
6. Ito C, Kubota Y, Sato MA. A prospective survey on drug choice for prescriptions for admitted patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53 Suppl: S40.
7. Keks NA, Altson K, Hope J, Krapivensky N, Culhane C, Tanaghow A, Doherty P, Bootle A. Use of antipsychosis and adjunctive medications by an inner urban community psychiatric service. *Austr N Z J Psychiatry* 1999; 33:896-901.
8. Kiivet RA, Llerena A, Dahl ML, Rootslane L, Sanchez VJ, Eklundh T, Sjoqvist F. Patterns of drug treatment of schizophrenic patients in Estonia, Spain and Sweden. *Br J Clin Pharmacology* 1995; 40:467-476.
9. Leslie DL, Rosenheck RA. Use of pharmacy data to assess quality of pharmacotherapy for schizophrenia in a national health care system: individual and facility predictors. *Med Care* 2001; 39:923-933.
10. Linden M, Scheel t, Xaver EF. Dosage finding and outcome in the treatment of schizophrenic inpatients with amisulpride. Results of a drug utilization observation study. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19:119.
11. Messer T, Tiltscher C, Schmauss M. Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 2006; 74:377-391
12. Rittmannsberger H, Meise U, Schauflinger K, Horvath E, Donat H, Hinterhuber H. Polypharmacy in psychiatric treatment. Patterns of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* 1999; 14:33-40
13. Schumacher JE, Makela EH, Griffin HR. Multiple antipsychotic medication prescribing patterns. *Ann Pharmacother* 2003; 37:951-955
14. Segal SP, Cohen D, Marder SR. Neuroleptic medication and prescription practices with sheltered-care residents: a 12-year perspective. *Am J Public Health* 1992; 82:846-852
15. Tapp A, Wood AE, Secrest L, Cubberley L, Kilzieh N. Combination antipsychotic therapy in clinical practice. *Psychiatr Serv* 2003; 54:55-59

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Brüggemann M.A.
 FA für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
 AMEOS Klinikum Hildesheim
 Goslarsche Landstr. 60
 D-31135 Hildesheim
 Tel.: +49 (0)5121 103-7707
 E-Mail: Brueggemann.Bernd@mh-hannover.de