

# Psychopharmakotherapie schizophrener Patienten im Vorfeld ihrer stationär-psychiatrischen Aufnahme

Bettina Hübner-Liebermann, Hermann Spießl, Clemens Cording und Göran Hajak, Regensburg

**Ziel:** Die psychopharmakologische Vorbehandlung schizophrener Patienten (ICD-10 F20) durch niedergelassene Nervenärzte/Psychiater (NA) und Hausärzte (HA) wurde evaluiert, um die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka und Verbesserungspotenziale in der medikamentösen Behandlung aufzuzeigen.

**Methode:** Die Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) aller im Jahre 2003 konsekutiv in einer psychiatrischen Versorgungsklinik aufgenommenen schizophrenen Patienten (n=578) wurden analysiert.

**Ergebnisse:** 10,7 % der Patienten wurden von einem NA, 14,2 % von einem HA überwiesen. 90,6 % der NA-Patienten (HA: 84,1 %) waren psychopharmakologisch vorbehandelt, 77,4 % mit Antipsychotika (HA: 81,2 %). Konventionelle Antipsychotika wurden 50,9 % der NA-Patienten (HA: 49,3 %), Atypika 39,6 % der Patienten verordnet (HA: 44,9 %). Antidepressiva bekamen 22,6 % der NA-Patienten (HA: 18,8 %), bei jeweils gleichen Anteilen von TZA und SSRI. 17,0 % der NA-Patienten (HA: 18,8 %) erhielten Stimmungsstabilisierer, 9,4 % Tranquilizer/Hypnotika (HA: 4,3 %).

**Schlussfolgerungen:** Insgesamt zeigten sich bei Hausärzten und niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern nur marginale Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei schizophrenen Patienten. Die antipsychotische Be-

handlung durch beide Arztgruppen könnte jedoch mit Blick auf bestehende Behandlungsleitlinien weiter optimiert werden.

**Schlüsselwörter:** Schizophrenie, Psychopharmakologie, Versorgung, Hausarzt, Psychiater

**Psychopharmakotherapie**  
2007;14:116–21.

Obgleich die Schizophrenie keine „Volkskrankheit“ ist, gehört sie weltweit zu den kostenintensivsten Erkrankungen [25]. Zu direkten Kosten insbesondere aus rehabilitativen Maßnahmen und stationären Aufenthalten kommen erhebliche indirekte Kosten etwa aufgrund der hohen Zahl an Frühberentungen [10]. Bislang beansprucht die medikamentöse Behandlung etwa 1 % der Gesamtkosten [27]. Mit zunehmender Verbreitung atypischer Antipsychotika – in den USA und anderen europäischen Ländern stellen sie bis zu 80 % aller Verschreibungen [9, 33], in Deutschland etwa 30 % [17] – gehen deutlich höhere Medikationskosten einher. Allerdings zeigen pharmakoökonomische Studien – wenn auch nicht unisono –, dass sich aufgrund besserer Verträglichkeit und damit Vorteilen in der Compliance größere Therapieerfolge erzielen und damit auch stationäre Verweildauern reduzieren lassen [2, 20, 28, 30, 35, 37, 38].

Die ambulante medikamentöse Versorgung schizophrener Patienten erfolgt überwiegend durch niedergelassene Nervenärzte/Psychiater und Hausärzte [6, 8, 26, 42, 43]. Bis zu 30 % der Patienten befinden sich sogar ausschließlich in hausärztlicher Behandlung [41]. Dies zeigt sich auch an der primären

Klinikeinweisung schizophrener Patienten durch Hausärzte [22]. Nicht zuletzt über die Qualität ihrer Behandlung nehmen Hausärzte und niedergelassene Fachärzte Einfluss auf die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Einrichtungen. Insbesondere vor diesem versorgungsstrukturellen und gesundheitsökonomischen Hintergrund soll die vorliegende Studie die aktuelle psychopharmakologische Behandlung schizophrener Patienten durch Haus- und Nervenärzte/Psychiater im Vorfeld der stationären Aufnahme evaluieren. Eine analoge Studie wurde bereits für depressive Patienten durchgeführt [23].

## Methode

### Patienten

Die Studie basiert auf den Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) aller im Jahr 2003 konsekutiv in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg aufgenommenen vollstationären Patienten (n=578) mit einer Schizophrenie (ICD-10 F20). Zur Beurteilung der Veränderung der psychopharmakologischen Versorgung im zeitlichen Verlauf und zur Analyse potenzieller Prädiktoren für eine Behandlung mit atypischen Antipsychotika wurden die Daten der Jahre 2000 bis 2003 ausgewertet (n=3 025).

Dipl.-Psych. Bettina Hübner-Liebermann, Priv.-Doz. Dr. Hermann Spießl, Prof. Dr. Clemens Cording, Priv.-Doz. Dr. Göran Hajak, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg, E-Mail: bettina.huebner-liebermann@medbo.de

**Instrument**

Die DGPPN-BADO umfasst etwa 70 soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen, die im Routinebetrieb für jeden Patienten durch den behandelnden Arzt erhoben werden [11, 21]. Neben der Zielvariable „Medikamentöse Behandlung vor Klinikaufnahme“ wurden folgende Variablen ausgewertet:

- Soziodemographie: Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss, Berufsausbildung, berufliche Situation
- Krankheitsbezogene Variablen: Komorbidität, Ersterkrankungsalter, Erkrankungsdauer, Art des zur Aufnahme führenden Zustands, Dauer der aktuellen Episode, Suizidversuch in der Anamnese, Suizidalität und ag-

gressives Verhalten im Vorfeld der Aufnahme, Schweregrad der Erkrankung (CGI [Clinical global impression]) und psychosoziales Funktionsniveau (GAF [Global assessment of functioning]) bei Aufnahme, maximales psychosoziales Funktionsniveau (GAF) im Jahr vor Aufnahme, Rechtsgrundlage sowie Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung.

**Statistik**

Die Datenanalyse erfolgte mit den Statistik-Softwarepaketen SAS und SPSS. Unterschiede in soziodemographischen und klinischen Charakteristika der Patienten sowie in ihrer Vorbehandlung durch Nervenärzte/Psychiater und Hausärzte wurden über Mann-Whitney- sowie  $\chi^2$ -Statistiken analysiert.

Aufgrund der Vielzahl der getesteten Variablen nahmen wir eine  $\alpha$ -Fehler-Adjustierung vor und setzten ein Signifikanzniveau von  $p < 0,01$  fest. Potenzielle Prädiktoren für eine Vorbehandlung mit atypischen Antipsychotika wurden in multivariaten logistischen Regressionsmodellen ermittelt. Die Auswahl der Variablen erfolgte über univariate Prüfungen, für alle signifikanten Variablen wurden Gesamtmodelle nach dem Rückwärts-Verfahren berechnet.

**Ergebnisse**

10,7% der Patienten ( $n=55$ ) wurden 2003 von einem niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater (NA) eingewiesen, 14,2% der Patienten ( $n=73$ ) von einem Hausarzt (HA). 7,6% wurden aus einer somatischen Klinik zuverlegt, 3,9% von dem Notarzt/Notdienst zur stationären Aufnahme gebracht. Bei 55,9% der schizophrenen Patienten erfolgte die Aufnahme ohne ärztliche Einweisung. Hiervon kamen 47,4% selbstständig, 23,2% mit Polizei, Gericht oder Betreuer und 12,1% auf Veranlassung ihrer Angehörigen. Die Patienten von NA und HA unterschieden sich nicht im schizophrenen Subtyp ( $\chi^2=7,473$ ;  $df=6$ ;  $p=0,279$ ). Meist lag eine paranoide Schizophrenie vor (NA: 60,0%, HA: 52,1%). Auch im Vergleich soziodemographischer und klinischer Charakteristika zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (**Tab. 1**).

In der medikamentösen Vorbehandlung fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen NA und HA (**Tab. 2**): 90,6% der NA-Patienten und 84,1% der HA-Patienten erhielten vor ihrem Aufenthalt Psychopharmaka. Antipsychotika wurden bei 77,4% der NA-Patienten (HA: 81,2%) eingesetzt. NA verordneten 50,9% der Patienten konventionelle (HA: 49,3%) und 39,6% der Patienten atypische Antipsychotika (HA: 44,9%). Tendenzielle Unterschiede fanden sich in der Verordnungshäufigkeit von Clozapin (NA: 17,0% vs. HA: 7,2%) und Olanzapin (NA: 5,7% vs. HA: 17,4%). Eine (begleitende) Behandlung mit Antidepressiva erfolgte bei 22,6% der NA-Patienten (HA: 18,8%). Tranquili-

**Tab. 1. Soziodemographische und klinische Charakteristika der schizophrenen Patienten (ICD-10 F20)**

Einweiser	Nervenarzt/Psychiater (n = 55)	Hausarzt (n = 73)	p-Wert
Geschlecht (weiblich)	43,6 %	50,7 %	0,429*
Sonder- bzw. Hauptschulabschluss	69,6 %	55,1 %	0,146*
Voll-/Teilzeit berufstätig	15,4 %	10,3 %	0,403*
Privatwohnung	72,2 %	75,7 %	0,659*
Freiwillige Aufnahme (innerhalb 24 h)	83,6 %	80,8 %	0,681*
Betreuung bei Aufnahme	55,6 %	47,8 %	0,395*
Aufnahmealter bei Indexepisode 2003	38,6 Jahre (SD = 12,7)	42,8 Jahre (SD = 13,6)	0,117+
Ersterkrankungsalter	23,8 Jahre (SD = 10,3)	24,5 Jahre (SD = 10,0)	0,923+
Erkrankungsdauer	14,3 Jahre (SD = 11,5)	16,8 Jahre (SD = 12,1)	0,287+
Maximale psychosoziale Leistungsfähigkeit (GAF) im Jahr vor Aufnahme	52,1 (SD = 16,5)	48,2 (SD = 15,7)	0,440+
Psychosoziale Leistungsfähigkeit (GAF) bei Aufnahme	36,3 (SD = 14,2)	32,4 (SD = 11,7)	0,253+
Schweregrad der Erkrankung (CGI) bei Aufnahme	6,2 (SD = 0,8)	6,2 (SD = 0,7)	0,967+
Suizidalität bei Aufnahme	15,1 %	15,4 %	0,965*
Aggression bei Aufnahme	23,1 %	14,5 %	0,226*
Art des zur Aufnahme führenden Zustands			0,401*
– Ersterkrankung	17,3 %	9,1 %	
– Verschlechterung/Wiedererkrankung	80,8 %	89,4 %	
– Abweichen von früheren Zuständen	1,9 %	1,5 %	
Zeitraum seit Episodenbeginn			0,202*
– Kürzer als 1 Woche	7,5 %	21,2 %	
– 1 Woche bis 4 Wochen	58,5 %	39,4 %	
– 4 Wochen bis 3 Monate	20,8 %	24,2 %	
– 3 Monate bis 6 Monate	1,9 %	1,5 %	
– 6 Monate bis 1 Jahr	3,8 %	1,5 %	
– Länger als 1 Jahr	7,5 %	12,1 %	

\*  $\chi^2$ -Test, + Mann-Whitney-Test;  $\alpha$ -Adjustierung mit  $p < 0,01$

**Tab. 2. Medikamentöse hausärztliche und fachpsychiatrische Vorbehandlung\* der im Jahr 2003 eingewiesenen schizophrenen Patienten (ICD-10 F20)**

	Nervenarzt/ Psychiater	Hausarzt	Chi <sup>2</sup> -Test
<b>Medikamentöse Vorbehandlung (insg.)</b>	90,6 %	84,1 %	0,291
<b>Antipsychotika (insg.)</b>	77,4 %	81,2 %	0,606
Hochpotente konventionelle Antipsychotika	26,4 %	27,5 %	0,890
Niederpotente konventionelle Antipsychotika	20,8 %	24,6 %	0,613
Depot-Antipsychotika	13,2 %	20,3 %	0,304
<i>Konventionelle Antipsychotika* (insg.)</i>	50,9 %	49,3 %	0,855
Clozapin	17,0 %	7,2 %	0,094
Olanzapin	5,7 %	17,4 %	0,050
Risperidon	7,5 %	13,0 %	0,329
Sonstige Atypika	11,3 %	8,7 %	0,629
<i>Atypische Antipsychotika* (insg.)</i>	39,6 %	44,9 %	0,557
<b>Antidepressiva (insg.)</b>	22,6 %	18,8 %	0,606
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	11,3 %	10,1 %	0,835
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	11,3 %	13,0 %	0,774
MAO-Hemmer	0,0 %	1,4 %	0,379
Sonstige Antidepressiva	0,0 %	0,0 %	–
<b>Tranquilizer/Hypnotika</b>	9,4 %	4,3 %	0,261
<b>Stimmungsstabilisierer</b>	17,0 %	18,8 %	0,791
Lithiumsalze	3,8 %	0,0 %	0,104
Antikonvulsiva	13,2 %	18,8 %	0,405
<b>Antiparkinsonmittel</b>	1,9 %	2,9 %	0,721

\*Mehrfachnennungen möglich;  $\alpha$ -Adjustierung mit  $p < 0,01$

**Tab. 3. Verlauf der medikamentösen fachpsychiatrischen Vorbehandlung\* in den Jahren 2000 bis 2003 bei stationär-psychiatrischen schizophrenen Patienten (ICD-10 F20) (n=370)**

	2000	2001	2002	2003	Chi <sup>2</sup> -Test
<b>Medikamentöse Vorbehandlung</b>	82,4 %	85,2 %	87,1 %	90,6 %	0,577
<b>Antipsychotika (insg.)</b>	81,2 %	80,3 %	87,1 %	77,4 %	0,447
Hochpotente konventionelle Antipsychotika	30,6 %	34,4 %	33,3 %	26,4 %	0,743
Niederpotente konventionelle Antipsychotika	20,0 %	19,7 %	26,9 %	20,8 %	0,588
Depot-Antipsychotika	22,4 %	26,2 %	16,1 %	13,2 %	0,144
<i>Konventionelle Antipsychotika (insg.)</i>	57,6 %	57,4 %	60,2 %	50,9 %	0,753
Clozapin	17,6 %	13,1 %	20,4 %	17,0 %	0,549
Olanzapin	9,4 %	11,5 %	10,8 %	5,7 %	0,681
Risperidon	10,6 %	9,0 %	8,6 %	7,5 %	0,938
Sonstige Atypika	7,1 %	13,9 %	18,3 %	11,3 %	0,160
<i>Atypische Antipsychotika (insg.)</i>	41,2 %	41,0 %	53,8 %	39,6 %	0,193
<b>Antidepressiva (insg.)</b>	14,1 %	22,1 %	23,7 %	22,6 %	0,389
TZA	9,4 %	14,8 %	15,1 %	11,3 %	0,620
SSRI	4,7 %	6,6 %	6,5 %	11,3 %	0,507
MAO-Hemmer	0,0 %	1,6 %	1,1 %	0,0 %	0,544
Sonstige Antidepressiva	1,2 %	2,5 %	2,2 %	0,0 %	0,662
<b>Tranquilizer/Hypnotika</b>	9,4 %	6,6 %	6,5 %	9,4 %	0,799
<b>Stimmungsstabilisierer</b>	4,7 %	9,0 %	7,5 %	17,0 %	0,094
Lithiumsalze	4,7 %	3,3 %	2,2 %	3,8 %	0,823
Antikonvulsiva	1,2 %	5,7 %	6,5 %	13,2 %	0,037
<b>Anti-Parkinsonmittel</b>	1,2 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,675

\*Mehrfachnennungen möglich;  $\alpha$ -Adjustierung mit  $p < 0,01$

zer kamen bei 9,4 % (NA) bzw. 4,3 % (HA) der Patienten zum Einsatz, Stimmungsstabilisierer bei 17,0 % (NA) bzw. 18,8 % (HA).

In der fachärztlichen Vorbehandlung blieb von 2000 bis 2003 der Einsatz sowohl konventioneller (50–60 %) als auch atypischer (40–55 %) Antipsychotika auf einem relativ konstanten Niveau (**Tab. 3**). Auch bei Antidepressiva, Tranquilizer/Hypnotika und Anti-Parkinsonmittel zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen. Lediglich in der Gruppe der Stimmungsstabilisierer fand sich ein kontinuierlicher Anstieg der Antikonvulsiva von 1,2 % auf 13,2 %.

Der Einsatz von Psychopharmaka in der hausärztlichen Vorbehandlung veränderte sich leicht (**Tab. 4**). Innerhalb der Antipsychotika zeigte sich nach  $\alpha$ -Adjustierung zwar kein signifikanter, aber doch relevanter Anstieg der Atypika von 25,3 % auf 44,9 %, der auf die zunehmende Verordnung von Risperidon und Olanzapin zurückzuführen ist. Tendenziell erhöhte sich auch der Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) (1,1 % auf 13,0 %) und Antikonvulsiva (9,5 % auf 18,8 %). Tranquilizer/Hypnotika und Anti-Parkinsonmittel wurden unverändert häufig verordnet.

Für eine Vorbehandlung mit Atypika durch den Facharzt fanden sich zwei Prädiktoren mit einer Varianzaufklärung von 13,8 % (**Tab. 5**): Suizidalität des Patienten (Odds-Ratio [OR]=2,220) und (jüngeres) Alter (OR=0,958). Prädiktiv für die atypische Vorbehandlung durch den Hausarzt waren mit einer Varianzaufklärung von 42,6 % fünf Variablen (**Tab. 6**): therapeutisches Wohnheim/betreute Wohnform (OR=10,598), (keine) Aggression (OR=0,237), Familienstand ledig (OR=9,619), Realschul-/Gymnasialabschluss (OR=4,742) und (männliches) Geschlecht (OR=0,889).

## Diskussion

Die von niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern und Hausärzten zur stationären Therapie zugeführten Patienten unterschieden sich kaum hinsichtlich soziodemographischer wie krankheits-

bezogener Charakteristika. Haus- und Fachärzte scheinen die gleiche Klientel schizophrener Patienten zu behandeln. Zu mehr als 80% zeigten die Patienten einen chronifizierten oder rezidivierenden Krankheitsverlauf, in über 60% der Fälle gelangten sie innerhalb der ersten vier Wochen nach Episodenbeginn in stationäre Behandlung.

Überraschenderweise fanden sich auch in der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka kaum Unterschiede. Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten insbesondere hinsichtlich der medikamentösen Therapie im primärärztlichen Bereich [48] scheinen Hausärzte bei der hier untersuchten Klientel eine vergleichbare medikamentöse Behandlung durchzuführen wie Nervenärzte/Psychiater – womöglich mit konsiliarischer Unterstützung. Allerdings erhielten trotz deutlicher Erkrankungsschwere und starker Beeinträchtigung im psychosozialen Funktionsniveau etwa 20% der Facharzt- wie Hausarztpatienten keine Antipsychotika. Gründe hierfür könnten eine rasche Einweisung schon beim ersten Ambulanzkontakt etwa infolge diagnostischer Unsicherheiten oder mangelnde Compliance/Einsichtsfähigkeit des Patienten sein [4, 40, 46]. „Underreporting“ kann nicht ausgeschlossen werden, allerdings ist die genaue Erfassung der Vormedikation wesentlicher Bestandteil der Anamnese und steht damit für die Dokumentation in der BADO ohne großen zusätzlichen Aufwand zur Verfügung. Generell muss natürlich berücksichtigt werden, dass die mit der BADO retrospektiv erfassten Daten unschärfer sind als im Rahmen klinischer Studien erhobene Angaben.

**Konventionelle versus atypische Antipsychotika**

Im internationalen Vergleich ist der bei beiden Arztgruppen überwiegende Einsatz konventioneller Antipsychotika auffällig, zumal Nervenärzte/Psychiater bei eigener Erkrankung oder Erkrankungen im Familienkreis atypischen Antipsychotika den Vorzug geben würden [45]. Mittlerweile werden in aktuellen Behandlungsleitlinien Atypika aufgrund ihrer auch in der Langzeittherapie bes-

**Tab. 4. Verlauf der medikamentösen hausärztlichen Vorbehandlung\* in den Jahren 2000 bis 2003 bei stationär-psychiatrischen schizophrenen Patienten (ICD-10 F20) (n=376)**

	2000	2001	2002	2003	Chi <sup>2</sup> -Test
<b>Medikamentöse Vorbehandlung</b>	73,7 %	77,3 %	72,9 %	84,1 %	0,343
<b>Antipsychotika (insg.)</b>	70,5 %	76,3 %	65,6 %	81,2 %	0,123
Hochpotente konventionelle Antipsychotika	35,8 %	29,9 %	30,2 %	27,5 %	0,686
Niederpotente konventionelle Antipsychotika	22,1 %	19,6 %	19,8 %	24,6 %	0,851
Depot-Antipsychotika	20,0 %	25,8 %	11,5 %	20,3 %	0,091
<i>Konventionelle Antipsychotika (insg.)</i>	56,8 %	59,8 %	45,8 %	49,3 %	0,194
Clozapin	12,6 %	12,4 %	8,3 %	7,2 %	0,553
Olanzapin	6,3 %	8,2 %	9,4 %	17,4 %	0,108
Risperidon	3,2 %	2,1 %	5,2 %	13,0 %	0,011
Sonstige Atypika	4,2 %	7,2 %	10,4 %	8,7 %	0,425
<i>Atypische Antipsychotika (insg.)</i>	25,3 %	29,9 %	31,3 %	44,9 %	0,057
<b>Antidepressiva (insg.)</b>	10,5 %	11,3 %	19,8 %	18,8 %	0,166
TZA	7,4 %	4,1 %	9,4 %	10,1 %	0,431
SSRI	1,1 %	7,2 %	9,4 %	13,0 %	0,024
MAO-Hemmer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,242
Sonstige Antidepressiva	3,2 %	1,0 %	2,1 %	0,0 %	0,427
<b>Tranquilizer/Hypnotika</b>	8,4 %	5,2 %	6,3 %	4,3 %	0,705
<b>Stimmungsstabilisierer</b>	11,6 %	7,2 %	7,3 %	18,8 %	0,063
Lithium	2,1 %	1,0 %	1,0 %	0,0 %	0,654
Antikonvulsiva	9,5 %	6,2 %	6,3 %	18,8 %	0,024
<b>Anti-Parkinsonmittel</b>	8,2 %	4,1 %	6,5 %	1,9 %	0,357

\*Mehrfachnennungen möglich;  $\alpha$ -Adjustierung mit  $p < 0,01$

seren Verträglichkeit [12, 29, 34], ihrer potenziellen Wirksamkeit bei schizophrenen Negativsymptomatik [32, 36] und der günstigeren Langzeitprognose [13, 16, 24, 30] als First-Line-Therapie empfohlen [15, 29, 34]. Es ist zu vermuten, dass die eher restriktive Hand-

lung eine Folge begrenzter Arzneimittelbudgets ist.

Die im Jahr 2003 innerhalb der Gruppe der Atypika tendenzielle Bevorzugung von Olanzapin und Risperidon durch Hausärzte überrascht nicht, waren doch zu diesem Zeitpunkt andere Atypika we-

**Tab. 5. Prädiktoren für die medikamentöse Vorbehandlung mit atypischen Antipsychotika durch den niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater**

Variable	Beta	OR	95%-KI	p-Wert
Suizidalität	0,798	2,220	0,918–5,371	0,077
Alter bei Aufnahme	-0,043	0,958	0,935–0,981	0,000

Regressionsmodell:  $\chi^2 = 233,702$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,138$  (Rückwärtsverfahren)  
OR = Odds-Ratio, 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall

**Tab. 6. Prädiktoren für die medikamentöse Vorbehandlung mit atypischen Antipsychotika durch den Hausarzt**

Variable	Beta	OR	95%-KI	p-Wert
Therapeutisches Heim/Betreutes Wohnen	2,361	10,598	1,314–85,489	0,027
Familienstand: ledig	2,264	9,619	1,427–64,825	0,020
Realschul-/Gymnasialabschluss	1,556	4,742	0,744–30,215	0,100
Aggressivität	-1,441	0,237	0,046–1,217	0,085
Weibliches Geschlecht	-0,117	0,889	0,780–1,013	0,078

Regressionsmodell:  $\chi^2 = 56,057$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,426$  (Rückwärtsverfahren)  
OR = Odds-Ratio, 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de

nig eingeführt und Clozapin aufgrund des bekannten Agranulozytoserisikos und der erforderlichen Blutbildkontrollen schwieriger zu handhaben. Bemerkenswert ist die kontinuierliche und deutliche Zunahme der Atypika bei Hausärzten von 25% im Jahr 2000 auf etwa 45% im Jahr 2003. Das Verordnungsverhalten von Hausärzten ähnelt hier dem von Klinikärzten [19] und könnte Folge der ambulanten Fortführung einer stationär eingestellten Medikation sein – zumal eine Umstellung auf Atypika wohl primär während stationärer Aufenthalte erfolgt [5].

### Prädiktoren für den Einsatz atypischer Antipsychotika

Für den Einsatz atypischer Antipsychotika durch Nervenärzte/Psychiater fanden sich zwei Prädiktoren: Sie wurden vermehrt bei jüngeren und bei suizidalen Patienten eingesetzt. Dies vernachlässigt die Empfehlung, insbesondere auch bei älteren Patienten atypische Antipsychotika unter Beachtung vorhandener somatischer wie neurologischer Erkrankungen zu verwenden [1, 39]. Spezifische Behandlungsleitlinien stehen hierzu allerdings aus [47]. Die nur geringe Varianzaufklärung von knapp 14% verdeutlicht, dass die Entscheidungsfindung von Nervenärzten/Psychiatern durch die erfassten Parameter bei weitem nicht hinreichend abgebildet werden kann. Aufschlussreich wären hier weiterführende qualitative Studien zum Entscheidungsprozess und zu einfließenden Arztvariablen.

Die Prädiktorenanalyse für den Einsatz von Atypika durch Hausärzte zeigt hingegen eine hohe Varianzaufklärung von über 40%. Ledige und höher gebildete Patienten bekommen eher Atypika, womöglich als Folge direkter Forderungen dieser Klientel nach einer modernen Psychopharmakotherapie. Daneben weist die betreute Wohnform auf die bei dieser zumeist chronisch erkrankten Klientel anzutreffende Residualsymptomatik hin. Die vermehrte Verordnung bei männlichen Patienten lässt sich durch deren geringere Compliance gegenüber konventionellen Antipsychotika beispielsweise aufgrund sexueller

Funktionsstörungen erklären, könnte aber auch Folge einer vermehrten Ablehnung von Atypika durch Frauen wegen der befürchteten Gewichtszunahme sein. Nichtsdestotrotz sollte die Anwendung (respektive Dosierung) konventioneller Antipsychotika bei Frauen angesichts ihrer bekannt höheren Sensibilität für Spätdyskinesien kritisch überdacht werden [14].

### Resümee

Für stationär behandlungsbedürftige schizophrene Patienten, die naturgemäß eine selektierte Klientel darstellen und nicht zwingend repräsentativ für schizophrene Patienten von Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten sein müssen, weisen die mit der BADO erfassten Daten auf eine gute medikamentöse Versorgung im ambulanten Sektor in der untersuchten Region hin. Schlüsse auf die Qualität dieser Behandlung sind auf Grundlage der BADO jedoch nicht möglich. Die Daten bestätigen den in Deutschland bekannt zurückhaltenden Einsatz von Atypika – insbesondere bei Fachärzten. Begründungshilfen zur Weiterverordnung innovativer und meist teurer Antipsychotika im Arztbrief an den niedergelassenen Facharzt könnten hier Abhilfe schaffen [44]. Möglicherweise wird angesichts der bei Nervenärzten/Psychiatern vorhandenen budgetären Engpässe [31] die Bedeutung der Hausärzte in der ambulanten Versorgung weiter zunehmen [3, 7, 8, 48]. Gerade deshalb wäre eine bessere Aus- und Fortbildung der Hausärzte, wie sie beispielsweise im angloamerikanischen Raum erfolgt, sinnvoll. Neben der vereinbarten Fortbildungskooperation zwischen dem Deutschen Hausärzteverband (BDA) und dem Arbeitskreis Psychiatrie (AKP) [31] ist auf regionaler Ebene ein kontinuierlicher kollegialer Austausch von Haus- und Fachärzten essenziell [8, 18, 49], möchte man auf niederschwelligem Wege eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung sicherstellen und damit nicht nur die Kosten suboptimaler Behandlungen vermeiden, sondern vor allem den an Schizophrenie erkrankten Patienten die

(medikamentöse) Basis für eine bessere Lebensqualität bieten.

### Psychopharmacological pre-treatment of inpatients with schizophrenia

**Objective:** The study aimed at evaluating the psychopharmacological pre-treatment of schizophrenic inpatients referred by psychiatrists in private practice (PP) as well as general practitioners (GP) in order to show the use of atypical antipsychotics as well as clues for quality improvement. **Methods:** Data of the German psychiatric basic documentation system (DGPPN-BADO) of all schizophrenic inpatients (n=578) admitted to a psychiatric hospital in 2003 were analysed. **Results:** 10.7% of patients were referred by a PP, 14.2% by a GP. 90.6% of PP-patients (GP: 84.1%) had a psychopharmacological pre-treatment, antipsychotics were prescribed to 77.7% of PP-patients (GP: 81.2%). Conventional antipsychotics were given to 50.9% of PP-patients (GP: 49.3%) atypicals to 39.6% of patients (GP: 44.9%). Antidepressants were prescribed to 22.6% of PP-patients (GP: 18.8%), with a similar ratio of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. 17.0% of PP-patients (GP: 18.8%) received mood stabilizers, 9.4% of PP-patients (GP: 4.3%) tranquilizers. **Conclusions:** In general, the psychopharmacological treatment of schizophrenic patients by PP and GP differed only slightly. However, the antipsychotic treatment could further be optimized with respect to current treatment guidelines. **Keywords:** Schizophrenia, psychopharmacology, general practitioner, psychiatrist

### Literatur

- Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl 2): 5–99.
- Barbui C, Lintas C, Percudani M. Head-to-head comparison of the costs of atypical antipsychotics: a systematic review. *CNS Drugs* 2005;19:935–50.
- Brown JB, Lent B, Stirling A, Takhar J, et al. Caring for seriously mentally ill patients. Qualitative study of family physicians' experiences. *Can Fam Physician* 2002;48:915–20.
- Bryden KE, Gardener DM, Kopala LC. First episode psychosis: early intervention strategies with second-generation antipsychotic medications. *Int J Clin Pract* 2003;57:513–8.
- Burns T, Christova L, Cooper S, Harrison G, et al. Maintenance antipsychotic medication patterns in outpatient schizophrenia patients: a naturalistic cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:126–34.
- Carr VJ. The role of general practitioner in the treatment of schizophrenia: general principles. *MJA* 1997;166:91–4.
- Carr VJ, Johnston PJ, Lewin TJ, Rajkumar S, et al. Patterns of service use among patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatr Serv* 2003;54:226–35.
- Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, et al. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:78–84.

9. Centorrino F, Eakin M, Bahk W-M, Kelleher JP, et al. Inpatient antipsychotic drug use in 1998, 1993, and 1989. *Am J Psychiatry* 2002;159:1932–5.
10. Clade H. Fallbeispiel Schizophrenie: Hohe soziale Kosten. *Dtsch Ärzteblatt* 2003;28/29: B1598–9.
11. Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD, et al. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-) stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 1995;24:3–41.
12. Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004;161:414–25.
13. Csernansky JG, Ramy M, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002;346:16–22.
14. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff, 1998.
15. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). *S3-Praxisleitlinien Psychiatrie und Psychotherapie; Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff, 2005.
16. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002;159:103–8.
17. Fritze J. *Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2004*. *Nervenarzt* 2005;76:647–54.
18. Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, et al. Schizophrenia in general practice: a national survey of general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci* 2005;174: 38–42.
19. Günther W, Laux G, Trapp W, Müller N, et al. Differenzialindikation atypischer Neuroleptika: Amisulprid, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon. *Nervenarzt* 2005;76: 278–84.
20. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Are the second-generation antipsychotics cost-effective? A critical review on the background of different health systems. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:18–26.
21. Hübner-Liebermann B, Spießl H, Spindler P, Cording C. Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO. *Krankenhauspsychiatrie* 2000;11:102–4.
22. Hübner-Liebermann B, Spießl H, Cording C. Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. *Nervenarzt* 2005;76:856–64.
23. Hübner-Liebermann B, Spießl H, Cording C, Hajak G. Psychopharmakotherapie depressiver Patienten im Vorfeld der stationären Aufnahme. *Psychopharmakotherapie* 2006;13:147–53.
24. Kapur S, Remington G. Atypical antipsychotics: new directions and new challenges in the treatment of schizophrenia. *Annu Rev Med* 2001;52:503–17.
25. Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl 407):15–8.
26. Lang FH, Johnstone EC, Murray GD. Service provision for people with schizophrenia. II. Role of the general practitioner. *Br J Psychiatry* 1997;171:165–8.
27. Laux G. Pharmakoökonomie von Antidepressiva und Antipsychotika. *Psychiatr Prax* 2003;30(Suppl 2):90–3.
28. Laux G, Heeg B, van Hout BA, Mehnert A. Costs and effects of long-acting risperidone compared with oral atypical and conventional depot formulations in Germany. *Pharmacoeconomics* 2005;23(Suppl 1):49–61.
29. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, Mc Glashan TH, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1–56.
30. Leucht S, Barnes TRE, Kissling W, Engel RR, et al. Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003;160:1209–22.
31. Melchinger H, Rössler W, Machleidt W. Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? *Nervenarzt* 2006;77:73–80.
32. Meltzer HY, McGurk SR. The effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25:233–55.
33. Naber D, Dose M. Pro und Kontra: Grundsätzlicher Vorrang für Atypika. *Psychiatr Prax* 2005;32:163–6.
34. National Institute for Clinical Excellence. *Core interventions in the treatment of schizophrenia*. London: NICE, 2003.
35. Rosenheck R, Perlick D, Bingham S, Liu-Mares W, et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia. *JAMA* 2003;290:2693–702.
36. Rossi A, Daneluzzo E, Tomassini A, Struglia F, et al. The effect of verbalization strategy on Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenic patients receiving classical or atypical antipsychotics. *BMC Psychiatry* 2006;6:3 [Epub ahead of print].
37. Rothbard A, Murrin MR, Jordan N, Kuno E, et al. Effects of antipsychotic medication on psychiatric service utilization and cost. *J Ment Health Policy Econ* 2005;8:83–93.
38. Salkever D, Slade E, Karakus M. Differential effects of atypicals versus typical antipsychotic medication on earnings of schizophrenia patients: estimates from a prospective naturalistic study. *Pharmacoeconomics* 2006;24: 123–39.
39. Schmauß M, Rüter E. Atypische Neuroleptika bei älteren Patienten. *Psychopharmakotherapie* 2004;11:126–8.
40. Shoval G, Zemishlany Z. Non-compliance with medication as a common reason for admission to a closed psychiatric ward. *Harefuah* 2003;142:495–9.
41. Sielk M. Behandlung von Schizophreniepatienten in der Hausarztpraxis. Sind sie für den psychiatrischen Notfall gerüstet? *MMW-Fortschr Med* 2003;145:446–50.
42. Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braunscharm H, et al. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry* 2005;187:274–81.
43. Spießl H, Cording C. Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und Nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68:206–15.
44. Spießl H, Semsch I, Cording C, Klein HE. Erwartungen niedergelassener Nervenärzte und Allgemeinärzte an die psychiatrische Klinik. *Nervenarzt* 2001;72:190–5.
45. Steinert T. Which neuroleptic would psychiatrists take for themselves or their relatives? *Eur Psychiatry* 2003;18:40–1.
46. Steinert T, Fuchs J. Früherkennung schizophrener Psychosen: Hausärzte in einer Schlüsselrolle. *M Med Wschr* 2001;143:888–90.
47. Tomasi R, Girolamo G, Santone G, Picardi A, et al. The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:212–23.
48. Vauth R, Loh A, Sitta P, Schweiger C, et al. Früh- und Basisintervention bei Patienten mit schizophrenen Störungen. Ein interaktives und leitlinienorientiertes Trainingsprogramm für die Hausarztpraxis. *Nervenarzt* 2004;75:873–81.
49. Younes N, Gasquet I, Gaubert P, Chaillet MP, et al. General practitioner's opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6:18.