



Foto: Wolfgang Schmidt

Expertendialog: Neuroleptika-Behandlung

Thesen zur Neuroleptika-Anwendung bei alten Menschen VON BERND MEISSNEST

Nachfolgende Thesen formulierte der Autor als Input für den Expertendialog am 20. März 2009 in Köln.

Neuroleptika finden bei älteren, psychisch kranken Menschen Anwendung. Indikation für den Einsatz sind zum einen »isoliert« auftretende Symptome, wie Wahn, Halluzinationen, aber vor allem auch unspezifische Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. Unruhe, Hin- und Weglaufen, Schreien, Rufen, Ruhelosigkeit, »Stören von Abläufen«. Diese Phänomene treten bei mittelgradig bis höhergradig an Demenz erkrankten Menschen auf. Gerade im institutionellen Rahmen, z.B. in Alten- und Pflegeheimen, erhalten über 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner ein Psychopharmakon, meist ein Neuroleptikum. Verordnet wird dies in der Regel durch den Hausarzt, nicht durch einen Facharzt für Psychiatrie, und dies nicht auf Wunsch des Betroffenen, sondern oftmals auf Drängen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

■ Bekannt ist heute:

1. Das Mortalitätsrisiko älterer Patienten im Zusammenhang mit konventionellen und atypischen Neuroleptika ist erhöht. Die FDA (Food and Drug Administration, Arzneimittelzulassungsbehörde in den USA) hat eine »boxed warning« verfügt. Betroffen sind Präparate mit den Wirkstoffen Aripiprazol (Abilify*), Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin

(Seroquel), Risperidon (Risperdal), Clozapin (Leponex) und Ziprasidon (Zeldox), die zu den atypischen Neuroleptika gehören.¹

2. Zulassungsbeschränkung von Neuroleptika bei älteren, psychisch erkrankten Menschen: Von diesen Medikamenten ist bisher nur Risperidon (Risperdal) für die Behandlung von Verhaltensstörungen im Rahmen einer Demenzerkrankung zugelassen. In der Praxis werden aber auch die atypischen Neuroleptika Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin (Seroquel) und Aripiprazol (Abilify) außerhalb ihres eigentlichen Anwendungsbereiches (u.a. schizophrene Störungen) bei Patienten mit Demenz eingesetzt. Die Auswertung von Daten aus kontrollierten klinischen Prüfungen hat ergeben, dass die Behandlung Demenzkranker mit Risperidon, Olanzapin, Quetiapin und Aripiprazol mit einer erhöhten Häufigkeit von Todesfällen verbunden ist. Für die Substanzen Risperidon, Olanzapin und Aripiprazol wurde zusätzlich eine erhöhte Häufigkeit von Schlaganfällen und Schlaganfall-ähnlichen Ereignissen beobachtet. Die Ursachen dafür sind nicht eindeutig.²

3. Veränderter Stoffwechsel bei älteren Menschen: Die Resorptionsgenetik ändert sich. Das Gesamtkörperwasser nimmt um 10 bis 20 Prozent ab, der Fettanteil steigt. Hierdurch verändern sich die Blutspiegel der Medikamente. Das Verteilungsvolumen verkleinert sich mit der Folge einer erhöhten Plasmakonzentration, die Halbwertszeiten ver-

längern sich. Die Kumulationsgefahr steigt. Die Verstoffwechslungsprozesse verändern sich. Die Leberleistung nimmt um 50 Prozent ab, die Nierenleistung um 35 Prozent.

Die Konsequenz muss heißen: Dosishalbung bei älteren Patienten, insbesondere bei zentral wirkenden Medikamenten bei jedoch von der pharmazeutischen Industrie nicht vorgegebenen Dosierungsangaben für ältere Menschen.

Neuroleptika sind in ihrer Wirkung bei älteren Menschen »unberechenbar«. Die individuelle Dosierung kann um das Zehn- bis Fünfzehnfache variieren, um die gleiche Wirkung zu erzielen.

4. Neuroleptika führen zur Verschlechterung einer Demenz. In der Langzeitverschreibung von Neuroleptika verschlimmern sich bei Demenzkranken die Krankheitssymptome, die Fähigkeit zu sprechen ist reduziert.³

5. Ältere psychisch erkrankte Menschen, insbesondere Demenzkranke, sind nicht hinreichend in der Lage, Wirkung und Nebenwirkung zu schildern, sodass die beobachtende Wahrnehmung Dritter für die Gabe und Dosierung entscheidend ist. Der Einsatz von Neuroleptika findet dann wegen des Auftretens von Nebenwirkung statt.

6. Das Risiko von Wechselwirkungen und Interaktionen in der medikamentösen Therapie ist bei älteren psychisch erkrankten Menschen erhöht. Bei zunehmender Multimorbidität erhöht sich die Zahl der Medikamente und mit ihnen das Risiko für Interak-

tionen. Der wissenschaftliche Kenntnisstand über diese Interaktion ist sehr eingeschränkt oder meist nicht vorhanden.

7. Auftretende Nebenwirkungen bei Neuroleptika haben bei älteren Menschen einschneidende Konsequenzen. So erhöht sich das Sturzrisiko unter ihrer Gabe. Ein Sturz verstärkt das Risiko der Immobilität, und mit dieser steigt das Risiko für das Auftreten weiterer körperlicher Erkrankungen (z.B. Pneumonie).⁴

8. An eine neuroleptische Therapie werden oftmals überzogene Erwartungen gestellt (von Behandlern, Angehörigen und Betroffenen), die das eigentliche Wirkungsprofil der Neuroleptika übersteigen. So existiert zum Beispiel kein Neuroleptikum, aus dessen Beipackzettel zu entnehmen ist: Hilft gegen »Weglaufen, Schreien etc.«, und dennoch findet es hier Anwendung. Klar vorgegebene Wirkungsprofile, therapeutische Breiten, notwendige Anflutungszeiten finden keine Beachtung. Unsystematisch werden Stoffgruppen kombiniert (nieder- und hochpotente Neuroleptika mit Hypnotika u.a.) oder bei nicht unmittelbarem Wirkungseintritt nachfolgend ergänzt.

9. Nichtmedikamentöse Therapien finden unzureichenden Einsatz, zumal ihre Wirksamkeit aktuell durch Studien nicht eindeutig nachgewiesen ist.⁵

10. Kostenträger bewerten die Notwendigkeit einer Behandlung an der Verabreichung von Medikamenten. Ein regelhaft stattfindender Einsatz nichtmedikamentöser Therapien, gerade in der Therapie von Symptomen einer Demenzerkrankung, wird als »Begleittherapie« abgewertet. Findet kein Einsatz von Medikamenten statt, weil zum Beispiel

die Gefahr der Nebenwirkungen zu hoch ist, so wird vom Kostenträger und auch von den »scheinbaren« Fachleuten des Medizinischen Dienstes die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten infrage gestellt.

11. In den Medien, in Fachzeitschriften wird der Einsatz der Neuroleptika aus vor allem ökonomischem Interesse mit einer übergewichtigen Darstellung des Nutzens stark beworben, ohne Darlegung der Risiken, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen. Die Angaben dieses Präparats – »hat jetzt die Zulassung für die »mittelschwere Demenz« – suggeriert einen Behandlungserfolg, der in der Praxis niemals erreicht werden kann und niemals erreicht wird. Eine Darlegung der Risiken oder eine fundierte wissenschaftliche Begründung für die nun bestehende Zulassung erfolgt nicht.

■ Handlungsbedarf:

1. Mehr Gewicht und Bedeutung für die Erforschung von nichtmedikamentösen Therapieverfahren.

2. Vernetzung von somatischen und psychiatrischen Disziplinen, hin zu interdisziplinären Behandlungszentren.

3. Klare leitliniengestützte Vorgaben zur Anwendung von Neuroleptika bei älteren Menschen.

4. Verordnungsstopp von Hochrisikopräparaten bei Hochrisikopatienten.

5. Transparente, strenge Kriterien für den symptombezogenen Einsatz von Neuroleptika.

6. Verpflichtende Prüfung von Interaktionen unter Medikamenten durch Pharmazeuten, bevor Präparate einen Einsatz in der Behandlung finden.

7. Verpflichtende Schulungen für Therapeutinnen und Therapeuten in der Anwendung von Neuroleptika durch unter anderem Pharmasponsoring-unabhängige Veranstaltungen. ■

Bernd Meißnest, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Geriatrie ist Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie der Klinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Gütersloh.

Anmerkungen:

- 1 Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medications; P.S. Wang et al. N Engl J Med 2005; 353: 2335–2341.
- 2 Kleijer 2008, Niederlande, verknüpfte Sozialversicherungsdaten, 1986–2003.
- 3 A Randomised, Blinded, Placebo-Controlled Trial in Dementia Patients Continuing or Stopping Neuroleptics (The DART-AD Trial); Clive Ballard et al.; plosmedicine; April 2008 | Volume 5 | Issue 4 | e76.
- 4 Barak 2007, Israel, psychiatrische Universitätsklinik, 1990–2005.
- 5 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 17.3.2009.

* In der Klammer die Handelsnamen.

Neu im Paranus Verlag



Brückenschlag Band 25/2009

Wahn - Sinn - Wirklichkeit

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie,
Literatur, Kunst

Der Jubiläums-Brückenschlag begibt sich auf die Suche:

Was ist beängstigend und bedrohlich in der Psychose? Was ist neu und bereichernd? Wie verändert sich das Verhältnis zur Alltagsrealität, zu den alltäglichen Anforderungen? Ist Psychoseerleben wirklich ein Schutzraum vor einer unwirklichen, vielleicht wahnsinnigen Normalität? Was verursacht Leiden? Und was wird als hilfreich erlebt? Wie hat sich das Verständnis von Psychose in den letzten Jahrzehnten verändert?

Mit Beiträgen von:

Dorothea Buck, Günter Kunert, Reinhard Lütjen, Kerstin Schneider, Sibylle Prins, Jutta Jentges, u.v.a.



ISBN 978-3-940636-03-4
15,- € · Abo-Preis: 12,80 € · 240 Seiten

Im Buchhandel oder direkt beim: **Paranus Verlag**
Postfach 1264 · 24502 Neumünster
Tel. (0 43 21) 20 04-500
www.paranus.de · verlag@paranus.de

