

Nationale und internationale Leitlinien zur Schizophrenie

Update 2013 zum Stand der Empfehlungen zur antipsychotischen Medikation

In jüngster Zeit sind verschiedene internationale Leitlinien für die Behandlung von schizophrenen Störungen aktualisiert worden, während die in Deutschland gültige und bereits im Jahr 2006 publizierte S3-Leitlinie sich derzeit noch in der Überarbeitung befindet (geplante Fertigstellung 2014). Im vorliegenden Beitrag erfolgt sowohl eine Darstellung aktuell verfügbarer internationaler Behandlungsleitlinien zu den Schizophrenien als auch der Vergleich zu der in Deutschland derzeit gültigen DGPPN-S3-Leitlinie hinsichtlich der Leitlinienempfehlungen zur antipsychotischen Pharmakotherapie. Dabei werden methodische Probleme der Leitlinienerstellung und Evidenzbewertung im Bereich der Schizophrenie analysiert und ein Einblick in den aktuellen Revisionsprozess der S3-Leitlinie gegeben.

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen und Hilfen zu Entscheidungsfindungen, die den aktuellen Stand des Wissens für eine angemessene Krankenversorgung zum Zeitpunkt der Drucklegung wiedergeben. Diese evidenzbasierten Empfehlungen sollen allen in der Krankenversorgung Tätigen die Möglichkeit der bestmöglichen Auswahl

einer diagnostischen Prozedur oder einer Therapie eröffnen [33]. Wesentliche Bedeutung erlangen Leitlinien dabei als Instrumente zur Verbesserung der Behandlungsqualität und der Qualitätssicherung [22, 33].

Für die Schizophrenien gibt es in Deutschland seit 2006 eine von der DGPPN entwickelte Leitlinie der höchsten Entwicklungsstufe (S3) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; [5]). Da alle Leitlinien eine zeitlich begrenzte Gültigkeit haben, erfolgt derzeit die Revision der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN mit einer geplanten Publikation im Jahr 2014. In den letzten 3 Jahren wurden jedoch auch verschiedene nicht-deutschsprachige nationale und internationale Behandlungsleitlinien für die Schizophrenien revidiert und publiziert. Aufgrund besonderer methodischer Qualität sollen dabei die folgenden in den letzten 3 Jahren publizierten Leitlinien im weiteren Verlauf diskutiert und mit der deutschen Leitlinie anhand repräsentativer und klinisch besonders relevanter Beispiele qualitativ verglichen werden:

1. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, *Part 1*: update 2012 on the acute treatment of schizophre-

nia and the management of treatment resistance und *Part 2*: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects [8, 9],

2. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2009 [15],
3. National Institute for Clinical Excellence: The NICE Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition 2010) [27].

Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass es eine ganze Reihe Leitlinien für die Behandlung der Schizophrenien gibt, die auf dem gleichen Aktualitätsstand wie die deutsche S3-Leitlinie sind. Exemplarisch seien hier die American Psychiatric Association (APA)-Leitlinien [16] und die Leitlinien des Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [28] genannt. Schließlich ist festzuhalten, dass es weltweit mehr als 25 verfügbare Leitlinien für die Behandlung der Schizophrenien von unterschiedlicher Qualität gibt, wobei die Ministry of Health (MOH, Malaysia and Singapore)-Leitlinien zu den aktuellsten gehören [23, 24]. Auch wird die Schizophreniebehandlung in Leitlinien zu ande-

ren Themen teils ausführlich mitbehandelt, wie beispielsweise in der DGPPN-S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien.

Obwohl allen Leitlinien ähnliche Originalquellen zur Verfügung stehen, ergeben sich durch unterschiedliche Studieneinschlusskriterien und die Anwendung verschiedener Instrumente zur Evidenzbewertung teils unterschiedliche Abstufungen verschiedener Empfehlungen. Ein nicht unwesentlicher Faktor ist, dass derzeit mehr als 100 Kriterien für die Evidenzbewertung verfügbar sind [1], wodurch sich die zuvor erwähnte Heterogenität der unterschiedlichen Empfehlungen gut erklären lässt.

Evidenzbeurteilung

Die S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN [5] verwendet die Evidenzkriterien der US-amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Die höchste Evidenzbewertung kann hierbei durch eine Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCT; Evidenz Ia) erreicht werden. Die aktuelle NICE-Leitlinie [27] verwendet die Evidenzbeurteilung anhand des Schemas des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), das zusätzlich noch zwischen qualitativ hochwertigen und guten Metaanalysen unterscheidet, um eine starke Empfehlung zu formulieren [30]. Auch die Leitlinien des MOH [23, 24] setzen das Vorhandensein von qualitativ guten Metaanalysen zum Erreichen des höchsten Evidenzgrades voraus. Die aktuellen WFSBP-Leitlinien [8, 9] hingegen verwenden ein Bewertungssystem, das nicht Metaanalysen, sondern mindestens 2 oder mehr doppelblinde kontrollierte RCTs für das Erreichen des höchsten Evidenzgrades (A) voraussetzt. Diesen höchsten Evidenzbewertungen folgen dann verschiedene Abstufungen, die wiederum geringere Empfehlungsgrade bedingen. Die PORT-Leitlinien [15] als anderes Beispiel verwenden kein solches Stufenverfahren, sondern geben direkte Empfehlungen ab bzw. empfehlen bestimmte Interventionen nicht. Grundlage der Empfehlungen war generell das Vorhandensein von mindestens 3 RCTs mit guter Qualität, in denen die Effektivität auf das angestrebte Ziel-

kriterium nachgewiesen worden war. Jedes dieser Verfahren hat gewisse Vorteile, kann aber auch Gegenstand von Kritik sein. Für die vergleichende Analyse von Leitlinienempfehlungen ist die Beachtung dieser Unterschiede insbesondere bei unterschiedlichen Stärkegraden bestimmter – teils übereinstimmender – Empfehlungen wichtig. Die aktuelle Revision der DGPPN-S3-Leitlinie für schizophrene Störungen wird sich in Erweiterung zu der Vorgängerversion und in Anlehnung an die aktuelle NICE-Leitlinie auch für die aktualisierten Literaturrecherchen an den Kriterien des SIGN [30] orientieren.

Neue Empfehlungen im internationalen Vergleich

In den 7 Jahren seit der Publikation der DGPPN-S3-Leitlinie Schizophrenie wurde eine Vielzahl qualitativ hochwertiger und wichtiger Studien und Metaanalysen publiziert, die in den kürzlich publizierten oben genannten Leitlinien zu Veränderungen verschiedener Empfehlungen geführt haben. Wesentliche Punkte von hoher Praxisrelevanz werden im Folgenden detailliert dargestellt, da sie möglicherweise auf einen Veränderungsbedarf der DGPPN-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenien hindeuten. Fokussiert wird dabei auf die pharmakologische Behandlung, da sowohl die aktuellen PORT- als auch die aktuellen WFSBP-Leitlinien hierauf den Schwerpunkt legen. Die ebenso relevanten psychosozialen Therapien, die einen großen Anteil an der neuen DGPPN-S3-Leitlinie haben werden, werden im vorliegenden Beitrag nicht betrachtet, werden jedoch bei der Aktualisierung der Leitlinie entsprechend berücksichtigt werden.

Priorisierung der Antipsychotika

Die Version der DGPPN-S3-Leitlinie Schizophrenie aus dem Jahr 2006 priorisiert ebenso wie die APA- und die RANZP-Leitlinien, Antipsychotika der zweiten Generation („second generation antipsychotics“, SGA, typische Antipsychotika), wobei Clozapin aufgrund der bekannten Komplikationen (z. B. Aggranulozytose) von dieser Priorisierung

nicht erfasst wird. Nahezu zeitgleich haben jedoch seit 2009 die PORT- und die NICE-Leitlinien diese generelle Priorisierung der SGAs für die Behandlung der Schizophrenien revidiert. Auch eine Publikation der World Psychiatric Association (WPA; [31]), die knapp 1600 RCTs mit 62 unterschiedlichen Antipsychotika untersucht hat, kommt zu dem Schluss, dass es nur wenig Evidenz für eine Überlegenheit der SGAs gegenüber den „typischen“ Antipsychotika („first generation antipsychotics“, FGA) gibt. Die aktuellen WFSBP-Leitlinien folgen diesen Empfehlungen und sehen keinen allgemeinen Wirksamkeitsunterschied zwischen Antipsychotika der ersten und zweiten Generation. Dieser Paradigmenwechsel wurde mittels verschiedener, seit 2005 publizierter großer klinischer Studien und qualitativ hochwertiger Metaanalysen, die zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses der DGPPN-S3-Leitlinie Schizophrenie noch nicht vorlagen, begründet. Obwohl hinsichtlich der Methodik kritisiert [25, 26], hatten bereits die Ergebnisse der viel diskutierten CATIE, CUtLASS und EUFEST-Studien [12, 13, 21] deutliche Hinweise gegeben, die für eine Aufhebung der Priorisierung der SGAs sprachen. In diesen Studien konnte unter „naturalistischen“ Studienbedingungen des Klinikalltags („effectiveness studies“) keine Überlegenheit der jeweils untersuchten SGAs im Vergleich zu den FGAs in Bezug auf die primären Zielgrößen gefunden werden. Es sollte jedoch beachtet werden, dass in der EUFEST-Studie bei Haloperidol-Therapie im Vergleich zu den atypischen Substanzen die Zahl der Therapieabbrüche höher war und mehr motorische Nebenwirkungen aufgetreten sind. Darüber hinaus konnte bei Amisulprid-Therapie eine ausgeprägtere Verbesserung des klinischen Funktionsniveaus [Global Assessment of Functioning (GAF), Clinical Global Impression (CGI)] gezeigt werden [13]. Obwohl es sich hierbei allesamt um sekundäre Zielvariablen der Studie handelt, müssen diese Befunde in aktuellen Leitlinediskussionen Berücksichtigung finden.

In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass bestimmte SGAs (Amisulprid, Clozapin, Olanzapin und Risperidon) eine leichte Überlegenheit mit moderaten bis kleinen Effektstärken (0,13–

Hier steht eine Anzeige.



0,52) in Bezug auf die allgemeine Wirksamkeit haben [17]. Eine andere auf den Langzeitverlauf fokussierte Metaanalyse konnte im Allgemeinen nur eine inkonsistente Überlegenheit der SGAs gegenüber den FGAs in Bezug auf die Vermeidung von Rezidiven zeigen, allerdings waren SGAs als Gruppe den FGAs überlegen [14]. Neben diesen ausgewählten Beispielen finden sich in aktuellen Leitlinien [8, 9, 15, 27] weitere Evidenzen und Begründungen, die eine Aufhebung der Priorisierung begründen. Allerdings muss festgestellt werden, dass die dabei betrachteten Studienendpunkte (z. B. Ausmaß der Symptomremission, Studienabbruch, klinische Response-Rate) häufig keine Parameter der Alltagsaktivitäten oder des Funktionsniveaus abbilden (Details s. unten). Darüber hinaus finden sich beispielsweise in den aktuellen WFSBP-Leitlinien auch Empfehlungen mit moderatem bis hohem Evidenzgrad, die eine Überlegenheit bestimmter SGAs gegenüber anderen SGAs und FGAs zeigen. Beispielsweise wurde für Amisulprid und Olanzapin eine Überlegenheit in Hinblick auf die Behandlung von primären Negativsymptomen gezeigt, während für die Behandlung von sekundären Negativsymptomen keine relevanten Unterschiede zwischen einzelnen SGAs und FGAs gefunden werden konnten (Details s. unten; [8]). Im zweiten Teil der WFSBP-Leitlinie [9] wird darüber hinaus auf Grundlage guter Evidenz dargestellt, dass sowohl SGAs als auch FGAs effektiv in der Rezidivprophylaxe sind und dass beide Gruppen keine Unterschiede in der Symptomreduktion im Langzeitverlauf zeigen. Allerdings scheint es mit mäßiger Evidenz eine Überlegenheit einiger SGAs in Bezug auf Behandlungsabbrüche und in der Rezidivprophylaxe gegenüber anderen SGAs und FGAs zu geben.

Dieser Abschnitt verdeutlicht die derzeit vorhandene Problematik in der Erstellung von evidenzbasierten Schizophrenieleitlinien. Folgende Kernfragen sind dabei zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt:

- Sollte eine Trennung zwischen typischen (FGAs, „alten“) und atypischen (SGAs, „neuen“) Antipsychotika tatsächlich vorgenommen und als

Nervenarzt 2013 · 84:1359–1368 DOI 10.1007/s00115-013-3913-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

A. Hasan · T. Wobrock · W. Gaebel · B. Janssen · J. Zielasek · P. Falkai

Nationale und internationale Leitlinien zur Schizophrenie. Update 2013 zum Stand der Empfehlungen zur antipsychotischen Medikation

Zusammenfassung

Behandlungsleitlinien stellen evidenzbasierte Empfehlungen für Diagnostik und Therapie zur Verfügung, um Behandler, Angehörige und Betroffene bei der Entscheidungsfindung für die optimale Behandlungsoption in spezifischen Behandlungssituationen zu unterstützen. In Deutschland ist seit 2006 eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Behandlung der Schizophrenie auf dem S3-Niveau der AWMF verfügbar. Diese Leitlinie unterliegt derzeit einem umfassenden Revisionsprozess, der voraussichtlich 2014 abgeschlossen sein wird. Seit 2006 wurde jedoch eine Vielzahl an klinischen Studien und Metaanalysen publiziert, die eine neue Bewertung der antipsychotischen medikamentösen Behandlung erforderlich erscheinen lassen. Aktuelle nationale und internationale nicht-deutschsprachige Leitlinien wie

die WFSBP-, die PORT- und die NICE-Leitlinie haben die generelle Priorisierung atypischer Antipsychotika aufgehoben und betonen zunehmend eine nebenwirkungsorientierte Hierarchisierung der verfügbaren Substanzen. Der folgende Beitrag diskutiert aktuelle Entwicklungen in der Leitlinienentwicklung zur Behandlung der Schizophrenie im Vergleich zu der vorhandenen nationalen S3-Leitlinie der DGPPN und anderen kürzlich publizierten Leitlinien. Besondere Problemfelder und Veränderungen werden detailliert beschrieben und Leitlinien miteinander verglichen, um einen Ausblick auf mögliche Anpassungen der therapeutischen Empfehlungen zu geben.

Schlüsselwörter

Evidenzbasierte Medizin · Antipsychotika · Therapie · Diagnostik · Revisionsprozess

National and international schizophrenia guidelines. Update 2013 regarding recommendations about antipsychotic pharmacotherapy

Summary

Treatment guidelines provide evidence-based recommendations for diagnosis and treatment to assist clinicians, care givers and patients in finding an optimized treatment option in given clinical situations. Specific treatment guidelines for schizophrenia issued by the German Association of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN) and published under the auspices of the Working Group for Scientific Medical Specialist Societies (AWMF) (i.e. fulfilling the highest quality standards at the S3 level) have been available in Germany since 2006. Currently, a comprehensive revision process is ongoing to update these guidelines with the aim to publish the revision before 2014. However, since publication of the German treatment guidelines many clinical trials and meta-analyses have been published which appear to make a new evaluation of antipsychotic drug treat-

ment necessary. Currently available national and international guidelines, such as the WFSBP, PORT and NICE guidelines, place less emphasis on the general superiority of atypical antipsychotic medication but support the idea to evaluate antipsychotic drugs based on the side effect profiles. The present overview discusses the recent guidelines development processes regarding schizophrenia and compares the available German treatment guidelines with recently published international guidelines. Current developments and issues for discussion are described in detail to provide possible implications for changes in treatment recommendations.

Keywords

Diagnostics · Revision process · Evidence-based medicine · Antipsychotics · Therapy

- Indikationsgrundlage verwendet werden?
- Was sind klinisch relevante Endpunkte?

Einige weitere für die Praxis wichtige Aspekte, die sich zwischen der aktuellen DGPPN-Leitlinie und den internationalen Leitlinien zum Teil unterschiedlich darstellen, werden im Folgenden gezeigt

Tab. 1 Vergleichende Übersicht einiger klinisch relevanter Punkte aus verschiedenen Leitlinien. (Adaptiert und erweitert nach [5])

	DGPPN S3 (2006)	WFSBP (2012/13)	NICE (2009/12)	PORT (2010)	RANZCP (2005)	APA (2004)
Priorisierung der SGA	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
Phasenspezifische Behandlung	(Ja)	Ja	Ja	(Ja)	(Ja)	Ja
Separate Betrachtung primärer und sekundärer Negativsymptome	Ja	Ja	(Ja)	Nein	Nein	Ja
Behandlungsdauer Ersterkrankung	Mindestens 12 Monate	Mindestens 12 Monate	Nein	Nein	Mindestens 12 Monate	Mindestens 6 Monate
Behandlungsdauer Mehrfacherkrankung	2 bis 5 Jahre, ggf. lebenslang	2 bis 5 Jahre, ggf. lebenslang	Nein	Nein		Langfristige Behandlung
Intermittierende Behandlung	(Ja)	Nein	Nein	Nein	(Ja)	(Ja)
Clozapin-Behandlung bei Behandlungsresistenz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Clozapin >350 ng/ml bei Behandlungsresistenz	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
Psychosoziale Interventionen	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Detaillierte evidenzbasierte Strategien zur Therapie von Nebenwirkungen	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Nervenheilkunde, *WFSBP* World Federation of Societies of Biological Psychiatry, *NICE* National Institute for Health and Clinical Excellence, *PORT* Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, *RANZCP* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *SGA* „second generation antipsychotic“.

– eine vergleichende Übersicht verschiedener verfügbarer Leitlinien kann hierzu der **Tab. 1** entnommen werden.

Einteilung der Antipsychotika

Die Frage, ob FGAs und SGAs 2 getrennte homogene Gruppen sind oder nicht, wird seit der Publikation der oben genannten Studien zunehmend diskutiert. Viele Antipsychotika (FGA und SGA) zeichnen sich biochemisch durch einen Antagonismus am Dopamin-D2-Rezeptor aus, und oft besteht ein sehr heterogenes Rezeptorbindungsverhalten. Für die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien und die klinische Praxis ist weiterhin wesentlich, dass Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen SGAs nur schwer nachweisbar sind. Eine methodisch gute Metaanalyse führte Direktvergleiche durch und zeigte, dass es eine gewisse Überlegenheit zwischen verschiedenen SGAs gibt, wo-

bei sich keine klaren Muster ableiten ließen [18]. Eine kürzlich publizierte weitere Metaanalyse erweiterte diesen Ansatz und verglich die Effektivität und Verträglichkeit von 15 Antipsychotika (FGAs und SGAs) im Vergleich zu Placebo und miteinander und konnte kleine, jedoch deutliche Unterschiede in der Effektivität der einzelnen Präparate ableiten, die jedoch nicht mit den klinisch atypischen Eigenschaften assoziiert waren [17]. Stattdessen kristallisierte sich ein Bild heraus, das Antipsychotika anhand von 7 Wirkungs- und Nebenwirkungskategorien hierarchisieren lässt. Diese Kategorien waren:

- Symptomverbesserung,
- Therapieabbrüche,
- Gewichtszunahme,
- motorische Nebenwirkungen,
- Prolaktinerhöhung,
- QTc-Verlängerung,
- Sedierung [17].

In dieser Metaanalyse war Clozapin beispielsweise im Bereich der Symptomverbesserung im Vergleich zu Placebo allen anderen Präparaten überlegen, während Haloperidol das günstigste Profil hinsichtlich der Gewichtszunahme zeigte [17]. Als problematisch zu erachten ist weiterhin, dass direkte Vergleiche neuerer Antipsychotika noch selten sind und häufig verschiedenen konfundierenden Quellen, wie beispielsweise der Begünstigung eines gesponserten Prüfpräparates, unterliegen [10].

Interessanterweise erfolgte bereits in den PORT-Leitlinien eine Hierarchisierung der Antipsychotika bezüglich unerwünschter Arzneimittelwirkungen, ein Gedanke, der in den WFSBP-Leitlinien weiter ausgebaut worden war [8, 9, 15]. Die Entscheidung hinsichtlich der zu wählenden Substanz einer antipsychotischen Medikation könnte daher zukünftig eher am Nebenwirkungs- als am Wirksamkeitsprofil orientiert werden. Ob in der revidierten S3-Leitlinie die Unterteilung der Antipsychotika in „atypische“ und „typische“ Substanzen vollständig zugunsten einer stärker differenzierten, nebenwirkungsorientierten Einteilung der Antipsychotika, die dann auch indikationsleitend wird, aufgegeben wird, wird wesentlicher Gegenstand der Diskussionen innerhalb der Leitliniengruppen sein. Letztendlich bleibt das Ziel der antipsychotischen Behandlung die Reduktion der individualspezifisch dominierenden klinischen Symptomatik, wobei bei der Präparatwahl auch persönliche Erfahrungen und Wünsche des/der Betroffenen berücksichtigt werden müssen.

Klinisch relevante Endpunkte

Alle bisher publizierten Leitlinien unterliegen der Problematik, dass die primären Endpunkte (z. B. Studienabbruch, Remission, Symptomreduktion) oft wenig Alltagsrelevanz für die von einer Schizophrenie Betroffenen haben. Beispielsweise bleiben Fragen des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus, des subjektiven Wohlbefindens und der Lebensqualität auch in den aktuell publizierten internationalen Leitlinien und der DGPPN-S3-Leitlinie zur Schizophrenie aus dem Jahr 2006 oft nur unzureichend beantwortet.

Zur Überwindung dieser ungünstigen Situation bestehen in der Revision der deutschen Schizophrenie-Leitlinie Absichten, neben der Fokussierung auf primäre Endpunkte der dezidierten Einschätzung der Relevanz von Endpunkten und der klinischen Relevanz von Effektstärken einen größeren Raum zu geben. Problematisch könnte die bereits angedeutete Tatsache sein, dass Fragen der Funktionalität und der Alltagsrelevanz nur selten die primären Endpunkte in klinischen Studien waren. Allerdings gibt es zunehmend Bestrebungen, das Konzept der klinischen Genesung („Recovery“) in das Design und die Auswertung von klinischen Studien zu berücksichtigen [19], und es existieren verschiedene Vorschläge für die Darstellung der Zusammenhänge zwischen klinischer Symptomatik, des sozialen Funktionsniveaus und des zeitlichen Verlaufes der Erkrankung [3].

Methodisch kann mittels der GRADE-Methodik („grades of recommendation, assessment, development and evaluation“) diese relevante Neuausrichtung auf klinisch relevante Studienendpunkte unterstützt werden [7]. Dabei sollen eine Bewertung der Qualität der Evidenz der definierten Endpunkte, die Bedeutung der einzelnen Endpunkte in Bezug zueinander und eine Risiko-Benefit-Bewertung vorgenommen werden [7]. Dieses Vorgehen wurde noch in keiner der neuen Leitlinien (WFSBP, PORT, NICE) beschrieben, soll aber in der deutschen Revision Anwendung finden.

Phasenspezifische Behandlung

Die Gliederung der Behandlungsempfehlung hinsichtlich der Erkrankungsphase erfolgte in der aktuellen DGPPN-S3-Leitlinie Schizophrenie hinsichtlich spezifischer Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie bei Ersterkrankung/erster Episode und bei Rezidiv/multiplen Episoden, wobei keine explizite Fokussierung auf phasenspezifische Behandlungskonzepte gelegt worden ist. Die PORT-Leitlinien [15] formulieren einige Empfehlungen separat für diese beiden Erkrankungsstadien, während die WFSBP-Leitlinien für die biologische Therapie durchgehend die Trennung in diese beiden Phasen vornehmen (phasenspezifische

Behandlung; [8, 9]). Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ansprechraten auf eine Therapie in unterschiedlichen Erkrankungsphasen und unterschiedlicher Bedürfnisse der Betroffenen in den verschiedenen Erkrankungsphasen sind phasenspezifische Behandlungsempfehlungen wichtig für eine optimale Abdeckung möglichst vieler klinischer Szenarien. Diesen Überlegungen folgend, ist eine Implementierung einer phasenspezifischen Behandlung (Ersterkrankung, Langzeitbehandlung, Rezidiv/multiple Episode) für die Revision der S3-Leitlinie vorgesehen. Besondere Beachtung verdient dabei in der Revision der Empfehlungen eine kritische Betrachtung der Prodromalphase bzw. des Auftretens attenuierter psychotischer Symptome. Hier stellt sich vor der Therapieentscheidung die Frage, welche Symptome prädiktiven Wert für das künftige Auftreten einer psychotischen Störung haben und inwiefern ein möglicher Nutzen einer antipsychotischen Pharmakotherapie in solchen Frühstadien ein mögliches Behandlungsrisiko überwiegt. Daneben sind insbesondere auch Aktualisierungen der Empfehlungen zur antipsychotischen Pharmakotherapie im höheren Lebensalter sowie im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen vorgesehen, ein Feld, das von den internationalen Leitlinien in der Regel nicht besonders betrachtet wird.

Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer

Während in der 2006 publizierten S3-Leitlinie die intermittierende antipsychotische Behandlung (Intervalltherapie, Behandlung bei Frühwarnzeichen vor einem Rezidiv) zumindest bei der Ersterkrankung mit einer moderaten Evidenz als möglich diskutiert wird, haben sich die aktuell publizierten Leitlinien von dieser Empfehlung entfernt [9, 15, 27]. Als Ausnahme der kontinuierlichen Behandlung werden Patienten erwähnt, die eine kontinuierliche Behandlung ablehnen oder nicht vertragen. Eine aktuelle Arbeit hat jedoch den Verlauf nach 7 Jahren von Patienten mit einer remittierten Schizophrenieersterkrankung untersucht. Die Autoren konnten zeigen, dass eine Dosisreduktionsstrategie nach 6-monatiger Stabilität

einer durchgehenden Behandlung in Bezug auf die Zielkriterien symptomatische und funktionelle Remission überlegen ist [35]. Dieses Ergebnis muss zwar in weiteren Studien bestätigt werden, wirft jedoch ein neues Licht auf die bisher nur unzureichend beantworteten Fragen der erforderlichen Behandlungsfrequenz, Behandlungsintensität und Behandlungsdauer im Langzeitverlauf.

Im klinischen Versorgungsalltag ist die Frage nach der Behandlungsdauer eine der größten Herausforderungen im Rahmen der Prophylaxe von weiteren psychotischen Schüben oder der Verhinderung einer Progredienz chronisch bestehender Krankheitssymptome. Im Vergleich der Leitlinien besteht hinsichtlich dieser Frage eine Heterogenität [6], die sicherlich durch das Fehlen von Quellstudien erklärt werden kann. Während die PORT- und NICE-Leitlinien keine Empfehlungen bezüglich der Behandlungsdauer abgeben [6, 15, 27], empfehlen die aktuellen WFSBP-Leitlinien für die Ersterkrankung eine Behandlungsdauer von mindestens 1 Jahr, während für chronisch erkrankte Patienten 2 bis 5 Jahre (in bestimmten Fällen lebenslange Behandlung) empfohlen wird [9]. Diese Zahlen orientieren sich an Angaben aus älteren Leitlinien (z. B. DGPPN S3, APA), wobei beachtet werden sollte, dass die APA für die Ersterkrankung eine Mindestbehandlungsdauer von nur 6 Monaten empfiehlt [16].

Behandlung von Negativsymptomen

Obwohl produktiv psychotisches Erleben häufig unter einer antipsychotischen Behandlung abklingt, persistieren Negativsymptome häufig in bis zu der Hälfte der Fälle für einen längeren Zeitraum [32]. Negativsymptome bedingen dabei insgesamt gesehen einen erhöhten Behandlungs- und Betreuungsbedarf und sind mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen und einem Verlust an Lebensqualität verbunden [4]. Diese Faktoren führen weiterhin häufig zu anhaltender Arbeitsunfähigkeit oder vorzeitigen Berentungen, was wiederum gepaart mit dem erhöhten Behandlungsbedarf eine Zunahme der direkten und indirekten Behandlungskosten nach sich zieht. Aus diesem

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 2 World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)-Empfehlungen für die Behandlung von Negativsymptomen nach primären und sekundären Negativsymptomen getrennt. (Adaptiert nach [7])

Antipsychotikum	Primäre Negativsymptome		Sekundäre Negativsymptome	
	Evidenzgrad ^a	Empfehlungsgrad ^b	Evidenzgrad ^a	Empfehlungsgrad ^b
Amisulprid	A	1	A	1
Asenapin ^c	F	–	B	3
Aripiprazol	C3	4	A	1
Clozapin	C3	4	A	1
Haloperidol ^d	F	–	A	1
lloperidon ^c	F	–	F	–
Lurasidon ^c	F	–	B	3
Olanzapin	A	1	A	1
Paliperidon ^c	F	–	A	1
Quetiapin	B	3	A	1
Risperidon	F	–	A	1
Sertindol ^{c,e}	F	–	A	1/2
Ziprasidon	B	3	A	1
Zotepin ^c	D	5	A	1

^aEvidenzgrad = volle Evidenz nach [1]. ^bEmpfehlungsgrad basierend auf einer Beurteilung, die den Evidenzgrad, aber auch Sicherheitsaspekte, das Nebenwirkungsprofil und das Interaktionspotenzial berücksichtigt (Risiko-Nutzen-Beurteilung). ^cDiese Substanzen sind nicht in allen Ländern (u. a. nicht in Deutschland) für die Behandlung der Schizophrenie zugelassen. ^dHaloperidol ist das am häufigsten verwendete Erstgenerations-Antipsychotikum im klinischen Versorgungsalltag und in Studien. ^eAufgrund des kardiovaskulären Risikoprofils gibt es in bestimmten Ländern Anwendungsbeschränkungen für Sertindol, sodass in diesen Ländern kein Empfehlungsgrad von 1 ausgesprochen werden konnte.

Grund sollte die Behandlung von Negativsymptomen eine besondere Stellung in den Leitlinien einnehmen. Unterschieden werden sollte zwischen primären Negativsymptomen (als Kernsymptom der Schizophrenien) und sekundären Negativsymptomen als Folge anderer Ursachen (z. B. sozialer Rückzug aufgrund paranoiden Erlebens; Verlangsamung aufgrund motorischer Nebenwirkungen der Behandlung; Depressionen; belastende Umweltfaktoren; soziale Isolation durch langfristige Krankenhausaufenthalte; [2]).

Die derzeit gültigen DGPPN- und APA-Leitlinien nehmen eine Differenzierung zwischen primären und sekundären Negativsymptomen vor [5, 16], während die PORT- und die RANZP-Leitlinie von 2004 diese Unterscheidung nicht vornehmen [15, 28]. Die NICE-Leitlinie erwähnt einmalig „primarily negative symptoms“, setzt aber den Fokus auf persistierende Negativsymptome ohne weitere Differenzierung. Die kürzlich publizierte WFSBP-Leitlinien haben diese Problematik ausführlich dargestellt [8]. Dabei konnte gezeigt werden, dass im Grunde alle gängigen Antipsychotika für die Behandlung sekundärer Negativsymptome

mit guter bis moderater Evidenz empfohlen werden können. Für die Behandlung der primären Negativsymptome erhalten nur Amisulprid und Olanzapin eine Empfehlung mit hohem Empfehlungsgrad, während Quetiapin und Ziprasidon mit moderater Evidenz folgen. Interessanterweise konnte für Clozapin in dieser Indikation nur eine Empfehlung auf Expertenkonsens gegeben werden ([8]; s. auch **Tab. 2** als Auszug aus den WFSBP-Leitlinien). In der derzeit gültigen S3-Leitlinie erhält nur Amisulprid eine Empfehlung mit hohem Evidenzgrad [5], was mit der verfügbaren Literatur bei Drucklegung erklärt werden kann.

Clozapin-Behandlung

Obwohl hocheffektiv, wird Clozapin in allen Leitlinien aufgrund bekannter Behandlungskomplikationen (z. B. Agranulozytose) und einer eher ungünstigen Risiko-Nutzen-Bewertung nicht als primäres Antipsychotikum empfohlen [6]. In allen Leitlinien wird dabei die besondere Bedeutung Clozapins in der Behandlung der therapieresistenten Psychosen aus dem Formenkreis der Schizo-

phrenien betont. Im Gegensatz zur aktuell gültigen DGPPN-S3-Leitlinie betonen die WFSBP- und die PORT-Leitlinien die Bedeutung des Erreichens von Clozapin-Blutspiegeln über 350 ng/ml als minimaler Wirkspiegel unter der Voraussetzung, dass der Patient die Medikation gut verträgt [8, 15]. Dieses Vorgehen wird auch in der aktuellen AGNP-Konsensusleitlinie für das therapeutische Drug-Monitoring skizziert [11]. Eine Veränderung der Anwendungsempfehlungen zu einem frühzeitigen Einsatz von Clozapin vor dem Auftreten von Therapieresistenz wird insbesondere von US-amerikanischen Autoren diskutiert [29]. Die Anwendung von Clozapin auch in der Ersterkrankung wurde als gut verträglich und effektiv eingestuft [20, 34], jedoch wurde bisher aufgrund der bekannten möglichen Behandlungskomplikationen und des fehlenden Nachweises einer Überlegenheit bei nicht-therapieresistenten Fällen keine Veränderung der Empfehlungen vorgenommen.

Besondere Aspekte der Schizophrenietherapie

Im klinischen Alltag ist die Therapie der Schizophrenien in der Regel eine multimodale Therapie, die sich individualspezifisch und orientiert an der aktuellen Krankheitsphase aus Komponenten der Psychopharmakotherapie, der Psychotherapie und komplementärer Therapieverfahren wie der Ergotherapie oder Sporttherapie zusammensetzt. Wenige Untersuchungen haben sich bislang mit der Frage des optimalen Mix und des optimalen Zeitpunkts des Einsatzes dieser Komponenten beschäftigt. Ein weiterer im klinischen Alltag wichtiger Aspekt sind das Monitoring und die Behandlung von unerwünschten Wirkungen der medikamentösen antipsychotischen Therapie, insbesondere angesichts der Tatsache, dass mangelnde Compliance häufig durch diese bedingt ist. Umso erstaunlicher ist es, dass nicht alle Leitlinien diesen Aspekt behandeln. Neben der Betrachtung der differenziellen Wirksamkeit der einzelnen Therapiekomponenten wird die aktualisierte DGPPN-S3-Leitlinie Schizophrenie auch auf solche Fragen eingehen, um dazu beizutragen, eine optimale Auswahl und Zusammenstellung so-

wie höchstmögliche Akzeptanz der antipsychotischen Medikation bei Schizophrenie zu ermöglichen.

Aktueller Stand des Revisionsprozesses

Zur Aktualisierung der S3-DGPPN-Leitlinie Schizophrenie haben sich unter Federführung der DGPPN mittlerweile die Koordinations-, Steuer- und Experten-Gruppen gebildet. Hierbei wurden alle relevanten Gruppen der Behandler, der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker einbezogen. Unter Moderation der AWMF fanden die ersten konstituierenden Sitzungen dieser Gruppen statt, und es wurde eine Leitliniensynopse sowie eine „standard operations procedure“ erstellt, zu der u. a. auch explizite Richtlinien zur Evidenzbewertung gehören. Die Erarbeitung der Leitlinienempfehlungen erfolgt in 9 thematischen Modulen, und die Veröffentlichung der aktualisierten Leitlinie ist für das Jahr 2014 geplant.

Fazit für die Praxis

- National und international sind verschiedene Leitlinien für die Behandlung der Schizophrenien verfügbar.
- Für den deutschsprachigen Raum stellt die im Jahr 2006 publizierte DGPPN-S3-Leitlinie die aktuellste Publikation dar, die derzeit einem ausführlichen Revisionsprozess unterliegt. Die Publikation der aktualisierten S3-Leitlinie ist für 2014 geplant.
- Seit 2006 wurden wichtige nicht-deutschsprachige Leitlinien aktualisiert und publiziert, die als wesentliche Änderung eine Aufhebung der allgemeinen Priorisierung der atypischen Antipsychotika gemeinsam haben.
- Eine weitere wesentliche Änderung scheint die Betonung einer Orientierung der antipsychotischen medikamentösen Therapie an den unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu sein. Begründet wird dies durch die Beobachtung, dass eine therapeutische Überlegenheit bestimmter Einzelsubstanzen nicht konsistent nachgewiesen werden kann, es aber deutliche Unterschiede im Profil der un-

erwünschten Arzneimittelwirkungen gibt.

- Abhängig von den Zielen der Leitlinie, den verwendeten systematischen Suchalgorithmen und den verwendeten Kriterien für die Bewertung der Evidenz unterscheiden sich alle Leitlinien in Details der Empfehlungen.
- Eine Adaptation von Kernempfehlungen der Leitlinien ist für Deutschland notwendig und ein elementarer Teil des aktuellen Revisionsprozesses.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Hasan

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ludwig-Maximilians-Universität München
Nußbaumstr. 7, 80336 München
Alkomiet.Hasan@med.uni-muenchen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Hasan: Einladungen zu wissenschaftlichen Kongressen von Janssen Cilag, Pfizer und Lundbeck; Vortragshonorar von Desitin. T. Wobrock: Honorare für Referententätigkeit von AstraZeneca, Alpine Biomed, Bristol Myers Squibb, Janssen Cilag, Eli Lilly, Essex, Fa. I3G, Novartis, Organon, Pfizer, Sanofi-Synthelabo/Aventis sowie Unterstützung bei Reisekosten und Kongressen durch AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, Essex, Janssen Cilag, Lundbeck, Sanofi-Synthelabo/Aventis; finanzielle Unterstützung von Forschungsaktivitäten durch die DFG, das BMBF, AstraZeneca (Investigator initiierte Studie, IIT), Fa. Cerbomed, Fa. I3G und dem AOK-Bundesverband/Landesverband Niedersachsen. W. Gaebel: Unterstützung für wissenschaftliche Symposien durch die Janssen-Cilag GmbH, Neuss, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, und Servier, München; Mitglied der Fakultät der Lundbeck International Neuroscience Foundation (LINF), Dänemark. B. Janssen: keine. J. Zielasek: keine. P. Falkai: bis 01.01.2011 Vortrags- und Schulungstätigkeiten für Lundbeck, Pfizer, Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, Servier, AstraZeneca, Forschungsunterstützung von AstraZeneca (Abschluss 2011). Alle Autoren sind Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen und Tieren.

Literatur

1. Bandelow B, Zohar J, Kasper S et al (2008) How to grade categories of evidence. *World J Biol Psychiatry* 9:242–247
2. Carpenter WT, Heinrichs DW, Alphas LD (1985) Treatment of negative symptoms. *Schizophr Bull* 11:440–452
3. Correll CU, Kishimoto T, Nielsen J et al (2011) Quantifying clinical relevance in the treatment of schizophrenia. *Clin Ther* 33:B16–39

4. Crow TJ (1985) The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 11:471–486
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuND (2006) S3-Praxisleitlinien Psychiatrie und Psychotherapie. Bd 1. Behandlungsleitlinien Schizophrenie. Steinkopff, Darmstadt
6. Gaebel W, Riesbeck M, Wobrock T (2011) Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *Int Rev Psychiatry* 23: 379–387
7. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA et al (2011) GRADE guidelines: 1. Introduction–GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 64:383–394
8. Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al (2012) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 13:318–378
9. Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al (2013) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14:2–44
10. Heres S, Davis J, Maino K et al (2006) Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 163:185–194
11. Hiemke C, Baumann P, Bergemann N et al (2011) AGNP consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in psychiatry: update 2011. *Pharmacopsychiatry* 44:195–235
12. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al (2006) Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 63:1079–1087
13. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al (2008) Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 371: 1085–1097
14. Kishimoto T, Agarwal V, Kishi T et al (2011) Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Mol Psychiatry* 18:53–66
15. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB et al (2010) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 36:94–103
16. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB et al (2004) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 161:1–56
17. Leucht S, Cipriani A, Spinelli L et al (2013) Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382(9896):951–962
18. Leucht S, Corves C, Arbter D et al (2009) Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 373:31–41
19. Liberman RP, Kopelowicz A (2005) Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv* 56:735–742

20. Lieberman JA, Phillips M, Gu H et al (2003) Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naïve first-episode schizophrenia: a 52-week randomized trial of clozapine vs chlorpromazine. *Neuropsychopharmacology* 28:995–1003
21. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353: 1209–1223
22. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP (2009) Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 18:385–392
23. Ministry of Health (MoH) (2012) Clinical practice guidelines. Management of schizophrenia in adults; May 2009. <http://www.moh.gov.my/v/mhe>
24. Ministry of Health (MoH) (2012) MOH clinical practice guidelines 4/2011. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/doctors/guidelines/cpg_medical/2011/cpgmed_schizophrenia.html
25. Möller HJ (2008) Do effectiveness („real world“) studies on antipsychotics tell us the real truth? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258:257–270
26. Naber D, Lambert M (2009) The CATIE and CULASS studies in schizophrenia: results and implications for clinicians. *CNS Drugs* 23:649–659
27. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012) Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf>
28. RANZP (2005) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 39:1–30
29. Remington G, Agid O, Foussias G et al (2013) Clozapine's role in the treatment of first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 170:146–151
30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2011) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) – A guidelines developers handbook. <http://www.sign.ac.uk/methodology/>
31. Tandon R, Belmaker RH, Gattaz WF et al (2008) World psychiatric association pharmacopsychiatry section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100:20–38
32. Wobrock T, Pajonk FG, Falkai P (2004) Schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72:164–174
33. Wobrock T, Schneider F, Falkai P (2010) Guideline intentions of the German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases (DGPPN). *Nervenarzt* 81:1041–1048
34. Woerner MG, Robinson DG, Alvir JM et al (2003) Clozapine as a first treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:1514–1516
35. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D et al (2013) Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 70(9):913–920

**F. Schneider
Facharztwissen Psychiatrie
und Psychotherapie**

Springer-Verlag 2012, 660 S., (ISBN 978-3-642-17191-8)



Die mindestens 5-jährige Weiterbildungszeit zum Psychiater und Psychotherapeuten inklusive einer einjährigen Rotation in die Neurologie ist absolviert, eine

Anmeldung zur Facharztprüfung bei der jeweiligen Landesärztekammer lediglich eine Formsache: Gleichwohl scheuen viele Assistenzärzte den entscheidenden Schritt und zögern den Abschluss ihrer Ausbildung unnötig heraus. Häufig steht hinter diesem Verhalten die Sorge, das in 5 Jahren angehäufte theoretische und praktische Wissen nicht adäquat systematisiert in einer mündlichen Prüfung replizieren zu können. „Eigentlich müsste ich noch einmal ein komplettes Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie konzentriert durcharbeiten – leider fehlt mir dazu die Zeit“ ist bei Prüfungsaspiranten ein häufiger Gedanke.

Hier versucht nun das neue Fachbuch „Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie“ Abhilfe zu schaffen.

Bevor alle Krankheitsbilder der Psychiatrie und Psychotherapie detailliert behandelt werden, widmet sich das Buch in seinem ersten Teil ausführlich den epidemiologischen, diagnostischen und therapeutischen Grundlagen unseres Faches. Dabei werden bereits klinisch äußerst wichtige und somit prüfungsrelevante Punkte wie z. B. die Psychopharmakotherapie bei schwangeren oder stillenden Patientinnen, Arzneimittelinteraktionen und auch neurobiologische Therapieverfahren besprochen.

Die einzelnen Krankheitsbilder werden danach im Mittelteil nach der Systematik des ICD-10 geordnet und ohne Ausnahme abgearbeitet – daher findet man auch relevante Fakten zu Krankheitsbildern aufgeführt, denen manch ein Assistenzarzt im Rahmen der klinischen Tätigkeit weniger begegnet sein dürfte wie z. B. den Sexualstörungen, artifizellen oder Tic-Störungen und dem Tourette-Syndrom.

Der dritte Teil des Buches widmet sich speziellen Aspekten wie den Überschneidungen mit den somatischen Fächern, der transkulturellen Psychiatrie, einem eigenen Kapitel zur Suizidalität, Notfällen in der Psychiatrie und den sehr relevanten Aspekten der rechtlichen Grundlagen und Gesetzestexte zu Unterbringung und Begutachtung.

Sämtliche Kapitel sind konzipiert und enthalten keine überflüssigen Informationen. Didaktisch äußerst wertvoll sind sowohl eine Zusammenfassung der wichtigsten Informationen jedes Kapitels zu Beginn desselben als auch gelungene Übungsfragen zur Selbstkontrolle am Ende jedes Kapitels. Die ausführlichen Antworten zu den einzelnen Fragen finden sich am Ende des Buches wieder. Der Text ist durch zahlreiche prägnante Tabellen und Abbildungen aufgelockert. Ein umfangreiches Stichwortverzeichnis ermöglicht auch im klinischen Alltag ein schnelles Auffinden der gewünschten Informationen. Dem Herausgeber ist es gelungen, sämtliche Kapitel stilistisch anzugleichen, sodass sich das gesamte Fachbuch trotz zahlreicher Autoren wie aus einem Guss lesen lässt und keine störenden Brüche den Leser vom Inhalt ablenken.

Das Buch eignet sich hervorragend zu einer konzentrierten Prüfungsvorbereitung und lässt dabei keine Wünsche offen. Durch die prägnante Darstellung der wichtigsten Informationen zu jedem Krankheitsbild nebst therapeutischen Handlungsanweisungen kann und sollte man dieses Fachbuch auch durchaus als sinnvollen Begleiter während der gesamten psychiatrischen und psychotherapeutischen Weiterbildungszeit betrachten.

B. Malchow (München)