

Funktionalität und Lebensqualität

Aripiprazol-Depot bei Schizophrenie im Behandlungsalltag

Beat Nick

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Solothurn

Summary

Aripiprazole depot in everyday treatment of schizophrenia: functionality and quality of life

INTRODUCTION: Real-world studies are an important complement to randomised, placebo-controlled trials. Functionality and health-related quality of life are important endpoints for patients, which go beyond the absence of symptoms.

METHODS: Here, we consider in a narrative review real-world studies in which patients with schizophrenia were treated with aripiprazole depot and functionality and/or quality of life were recorded as endpoints.

RESULTS: A literature search found eight articles on relevant studies. The functionality and/or quality of life of the patients improved significantly and to a clinically relevant extent in these studies.

CONCLUSION: Aripiprazole depot can improve functionality and quality of life in patients with schizophrenia in everyday treatment.

Einleitung

Aripiprazol-Depot ist ein Antipsychotikum der zweiten Generation zur monatlichen Injektion. Seine Wirksamkeit und Sicherheit für die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie wurden in randomisierten kontrollierten Zulassungsstudien gezeigt [1, 2]. Zudem wurde in Studien mit aktiver Vergleichssubstanz gefunden, dass die Wirksamkeit der oralen Formulierung von Aripiprazol vergleichbar mit anderen Antipsychotika ist, wie Risperidon [3], Haloperidol [4] oder Olanzapin [5]. Im Vergleich mit Olanzapin hat Aripiprazol den Vorteil, dass es weniger sediert [6], die Gewichtszunahme geringer ist, und metabolische Parameter weniger negativ beeinflusst [5]. Generell ist die Wirksamkeit verschiedener Antipsychotika, wie sie in randomisierten, kontrollierten Studien gefunden wird, vergleichbar [7]. In einer grossen Kohortenstudie wurde die höchste Wirksamkeit bezüglich der Verhinderung von Hospitalisierungen für Clozapin und Depot-Antipsychotika gefunden [8].

Hier soll die Evidenz für den Einsatz von Aripiprazol-Depot bei Schizophrenie aus Real-World-Studien betrachtet werden. Daten aus dem Behandlungsalltag

stellen eine wichtige Ergänzung zu randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) dar, da hier auch Patienten unter Polymedikation und mit teilweise mehreren Komorbiditäten eingeschlossen werden. RCTs hingegen rekrutieren eine stark selektierte Patientenpopulation, mit hoch motivierten und adhärennten Patienten [9, 10]. Die Behandlungssituation in RCTs entspricht durch die häufigen und intensiven Arzt-Patienten-Kontakte nicht dem Behandlungsalltag [9], da die Patienten in der oralen Vergleichsgruppe dadurch eine deutlich bessere Adhärenz zeigen als in einem Real-World-Setting. Die Adhärenz ist eine der wichtigsten Parameter zur Reduktion von Rückfällen und Hospitalisationen [11]. Daher sind Unterschiede in den Studienergebnissen zwischen oraler und Depot-Behandlung abhängig vom Studiendesign: die Vorteile einer Depot-Behandlung gegenüber oraler Behandlung zeigen sich nur in Real-World-Studien [12, 13]. Schlussendlich dienen RCTs dazu, die *efficacy*, also die Wirksamkeit (im Sinne von «Wirkungskraft») unter idealen, kontrollierten Bedingungen, frei von sämtlichen anderen Einflussgrössen, festzustellen. Im Behandlungsalltag spielen aber zahlreiche Faktoren eine Rolle für den Behandlungserfolg, der deshalb in diesem Zusammenhang als *effectiveness* (im Sinne von «Erfolgswirksamkeit») bezeichnet wird [14].

Real-World-Studien sind generell Limitationen unterworfen. So ist es ohne Vergleichsgruppe nicht möglich, Confounder-Effekte zu kontrollieren, und Patienten und Behandler haben eine gewisse Erwartungshaltung, da sie um die Behandlung wissen. Diese Limitierungen ergänzen sich jedoch genau mit denjenigen von RCTs. Es ergibt sich also bei der Zusammenschau beider Arten von Evidenz ein schlüssiges Gesamtbild [15]. Die sich ergänzenden Ansätze können so zu einer Behandlungsentscheidung beitragen.

Auch in Real-World-Studien konnte die Wirksamkeit von Aripiprazol-Depot gezeigt werden [16, 17]. Kürzlich wurde die Investigator-initiierte Studie PRELAPSE veröffentlicht [18], in der Aripiprazol-Depot eingesetzt wurde, da es von den Autoren als wirksam bei Patienten mit erster Episode und nebenwirkungsarm eingeschätzt wurde [19]. In dieser Studie wurde gezeigt, dass die Rehospitalisierungsrate von Patienten mit erster



Beat Nick

schizophrener Episode gesenkt werden kann, wenn ihnen Aripiprazol-Depot zur Behandlung angeboten wird [18], aber auch, dass ein solches Behandlungsangebot mit der richtigen Information und Kommunikation einhergehen muss. Strukturierte, patientenzentrierte Kommunikationsmethoden können bei der Behandlung eine entscheidende Rolle spielen. Als wichtige Methoden sind Psychoedukation, Shared decision-making und Motivierende Gesprächsführung zu erwähnen [20], wobei vor allem Motivierende Gesprächsführung geeignet sein kann, um Patienten ein Depot-Antipsychotikum näher zu bringen [21, 22]. Je nach Einstellung der Patienten gegenüber der Behandlung lassen sich individuelle Argumente für den Beginn einer Depot-Behandlung finden [23].

In der modernen Psychiatrie spielen Patienten-relevante Endpunkte eine immer stärkere Rolle [24–26]. Auch sie können ein Mass der Wirksamkeit darstellen und bilden dabei eine andere Facette als die reine Reduktion von Symptomen ab. Ein moderner Gesundheitsbegriff geht über die Abwesenheit von Symptomen hinaus [24]. Die Integration des Patienten in die Gesellschaft ist ein wichtiges Ziel, und die Wünsche und Ziele des Patienten spielen bei der Behandlung eine wesentliche Rolle [26].

Da die Wirksamkeit nach traditionellen Massstäben (d.h. beispielsweise gemessen an der *Positive And Negative Syndrome Scale*, PANSS) bei allen verfügbaren Antipsychotika ähnlich ist [7], spielen für Behandlungsentscheidung weitere Parameter eine Rolle, wie Nebenwirkungen, Funktionalität und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten. Tatsächlich unterscheiden sich die verfügbaren Antipsychotika deutlicher bezüglich der Nebenwirkungen als bezüglich der Symptomreduktion [7]. Auch hinsichtlich der Funktionalität [7] und Lebensqualität [27, 28] gibt es Hinweise auf Unterschiede zwischen den verfügbaren Substanzen.

Deshalb sollen hier nun Ergebnisse aus Real-World-Studien zu Funktionalität und Lebensqualität von Patienten mit Schizophrenie unter Aripiprazol-Depot betrachtet werden.

Methoden

Relevante Literatur wurde in *Pubmed* recherchiert. Dabei wurde der folgende Abfrage verwendet: Suchstring (Aripiprazole AND ((once AND monthly) OR depot OR (long AND acting AND injectable) OR LAI)) OR (Abilify AND Maintena).

Kriterien für den Einschluss von Studien waren:

- Indikation Schizophrenie
- Erwachsene Patienten (mindestens 18 Jahre)

- Mindestens ein Teil der Patienten mit Aripiprazol-Depot behandelt
- Sprache der Publikation Englisch oder Deutsch
- Outcomes: Funktionalität und/oder Lebensqualität

Ausschlusskriterien waren:

- Vergleich mit Placebo
- Patienten gegenüber Behandlung verblindet
- Behandlung mit Aripiprazol-Lauroxil
- Conference abstract
- Tierexperimentelle Untersuchungen
- Case report

Relevante Studien werden hier übersichtsartig in einem narrativen Review zusammengefasst.

Ergebnisse und Diskussion

Die Suche in *Pubmed* wurde am 03.07.2020 durchgeführt und lieferte 300 Ergebnisse. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt acht Publikationen über sechs Studien zum Thema identifiziert (Abb. 1, Tab. 1). Diese werden im Folgenden beschrieben.

Funktionalität

Die Funktionalität kann bei Patienten mit Schizophrenie erheblich beeinträchtigt sein, sodass es zu Problemen bei alltäglichen Verrichtungen, im Beruf, bei den Finanzen, den sozialen und familiären Beziehungen, sowie der Selbstpflege kommen kann [35]. Die Wiederherstellung der Funktionalität ist deshalb ein wichti-

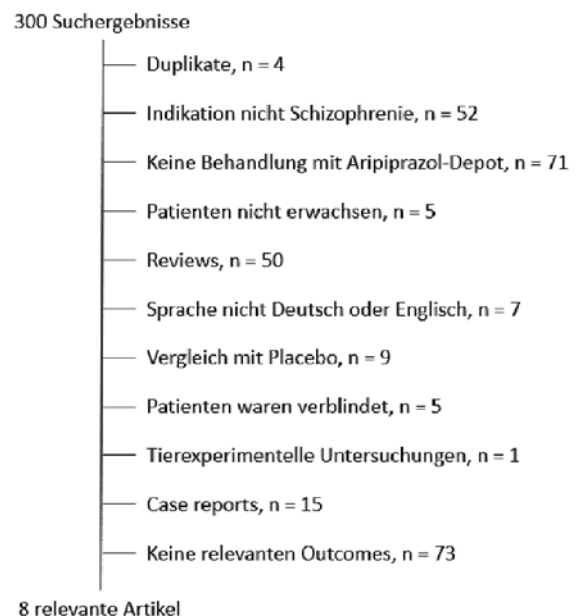


Abbildung 1: Literatursuche.

Tabelle 1: Artikel aus der *Medline*-Recherche, die in die Beurteilung einbezogen wurden.

Referenz	Thema/Endpunkte	Anmerkung
Schöttle et al. 2020 [29]	Funktionalität (GAF), Wohlbefinden (WHO-5)	
Szerman et al. 2020 [30]	Funktionalität (WHODAS-2.0)	Patienten mit Schizophrenie und komorbider Substanzgebrauchsstörung
Mustafa et al. 2019 [17]	Funktionalität (GAF, SOFAS)	
Potkin et al. 2017a [31]	Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität (QLS), Wohlbefinden (SWN-S, ToolL)	Post-hoc-Analyse der QUALIFY-Studie Naber et al. 2015 [27]
Potkin et al. 2017b [32]	Arbeitsfähigkeit	Post-hoc-Analyse der QUALIFY-Studie Naber et al. 2015 [27]
Giordano et al. 2019 [33]	Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Funktionalität (PSP)	Patienten nach erster schizophrener Episode
Naber et al. 2015 [27]	Lebensqualität (QLS)	
Naber et al. 2018 [34]	Lebensqualität (QLS)	Extension-Studie der QUALIFY-Studie Naber et al. 2015 [27]

ges Behandlungsziel [26, 36, 37]. Hier werden vier Real-World-Studien zur Funktionalität von Patienten mit Schizophrenie unter Aripiprazol-Depot vorgestellt.

Schöttle et al. [29] führten eine prospektive, nicht-interventionelle Multi-Center-Studie durch. Sie beobachteten 242 überwiegend stabile Patienten mit Schizophrenie nach Beginn einer Behandlung mit Aripiprazol-Depot über einen Zeitraum von sechs Monaten. Die Funktionalität der Patienten wurde auf der *Global Assessment of Functioning* (GAF)-Skala erfasst. Diese reicht von 1 (niedrigste) bis 100 (höchste Funktionalität) [38, 39]. Als kleinste klinisch relevante Veränderung auf der Skala wurden 4, 10 oder 12 Punkte vorgeschlagen [29].

Die Funktionalität der Patienten auf der GAF-Skala lag zur Baseline bei $47,0 \pm 13,9$, was einer deutlichen Beeinträchtigung entspricht. Während der Studie kam es zu einer kontinuierlichen, klinisch relevanten Verbesserung auf $60,2 \pm 17,0$. Dies wird als nur noch mässig ausgeprägte Beeinträchtigung gewertet [38]. Einschränkend muss hier angemerkt werden, dass die GAF-Skala nicht nur die Funktionalität, sondern auch die Symptomatik der Patienten erfasst [40] und deshalb die gefundenen Veränderungen nicht ausschliesslich auf eine bessere Funktionalität zurückzuführen sind.

Ausserdem konnten die Patienten mittels der WHO-5-Skala ihr Wohlbefinden bewerten. Zu Beginn lag es bei $10,6 \pm 5,6$ von 25 möglichen Punkten. Ein Wert ≤ 13 wird als Hinweis auf ein Risiko für Depression betrachtet, eine Verbesserung um 10% gilt als klinisch relevant [41]. Während der Behandlungszeit verbesserte sich der WHO-5-Wert um $4,8 \pm 6,9$, so dass zu Studienende ein Wert von $15,4 \pm 5,5$ erreicht wurde. Diese Ergebnisse waren statistisch signifikant und klinisch relevant.

Szerman und Kollegen [30] berichten über eine multi-zentrische retrospektive Studie über 6 Monate. Es wurden 40 Patienten mit Schizophrenie und komorbider

Substanzgebrauchsstörung beobachtet, die mit Aripiprazol-Depot behandelt wurden. Die Alltagsfunktionalität und Beeinträchtigungen wurden mit der *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS-2.0) [42] erfasst. Hier wurde eine signifikante Verbesserung von $57,6 \pm 8,2$ auf $42,3 \pm 4,3$ Punkte beobachtet ($p < 0,001$). Ausserdem konnten fünf von neun Patienten mit Kokainabhängigkeit und drei von 16 Patienten mit Alkoholabhängigkeit nach sechs Monaten den Konsum einstellen, und in diesen Gruppen nahm die Intensität der Abhängigkeit, gemessen auf der *Severity of Dependence Scale*, auch signifikant ab. Die beobachtete Patientengruppe war sehr klein und stellt einen speziellen Patiententyp dar. Es muss auch einschränkend angemerkt werden, dass bezüglich des Konsums anderer Substanzen (Tabak, Cannabis, Sedativa) keine oder nur minimale Effekte gefunden wurden.

Mustafa et al. [17] beschreiben eine nicht-interventionelle prospektive Studie, die auf eine Beobachtungszeit von zwei Jahren ausgelegt war, jedoch nach einer Interimsanalyse abgebrochen wurde. Die Autoren berichten die Ergebnisse aus dem Zeitraum von einem Jahr. Sie beobachteten 193 Patienten mit Schizophrenie, bei denen eine Behandlung mit Aripiprazol-Depot begonnen wurde, wovon Daten von 169 Patienten in die Auswertung eingingen. Der mittlere GAF-Score von 49 bei Baseline verbesserte sich auf 61 nach einem Jahr, was einer klinisch relevanten Verbesserung entspricht [29]. Die Werte auf der *Social and Occupational Functioning Scale* (SOFAS; aus dem DSM-IV), die aus dem GAF abgeleitet ist und ebenfalls von 1–100 reicht, stiegen von 50 auf 61 ($p < 0,001$) und zeigten eine Verbesserung von deutlicher zu mässig ausgeprägter Beeinträchtigung an. Allerdings trat bei 9,1% der Patienten innerhalb eines Jahres Akathisie auf, und 25,7% erfuhren eine Gewichtszunahme von $\geq 7\%$.

Potkin et al. [31] führten Analysen zur Arbeitsfähigkeit der 295 Patienten der QUALIFY-Studie durch (siehe dazu auch unten im Abschnitt «Lebensqualität»). Die Wahrscheinlichkeit, zu Woche 28 als arbeitsfähig eingeschätzt zu werden, war unter Aripiprazol-Depot signifikant grösser als unter Paliperidonpalmitat (adjustierte Odds ratio, 2,67; 95% CI, 1,39–5,14; $p = 0,003$). Eine explorative Post-hoc-Analyse mit Daten von 208 Patienten [32] zeigte, dass Patienten, bei denen die Arbeitsfähigkeit sich von «Nein» zu «Ja» veränderte, auch starke Verbesserungen in der Lebensqualität, gemessen mit der *Heinrichs-Carpenter Quality of Life Scale* (QLS) aufwiesen. Diese Verbesserungen waren signifikant stärker als bei Patienten, die zu Woche 28 als nicht arbeitsfähig eingeschätzt wurden (least squares mean difference: $11,6 \pm 2,6$, $p < 0,0001$). «Arbeitsfähigkeit» bedeutet hier allerdings nur die Einschätzung durch den behandelnden Psychiater, unabhängig davon, ob der Patient tatsächlich eine Arbeit hatte oder aufnahm. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Funktionalität von Patienten mit Schizophrenie unter Aripiprazol-Depot im Behandlungsalltag verbessert werden kann. Dabei wurde die Funktionalität in verschiedenen Studien mit verschiedenen Instrumenten erfasst, darunter GAF [39], WHODAS-2.0 [42], und SOFAS. Die Studien von Schöttle et al. [29], Szerman et al. [30] und Mustafa et al. [17] berichten dabei über vergleichbare Grössenordnungen der Verbesserung von jeweils etwas mehr als 10% der eingesetzten Skala, wobei der Beobachtungszeitraum bei Mustafa et al. mit einem Jahr doppelt so lang war wie bei Schöttle et al. und Szerman et al. Die Analysen von Potkin et al. [31, 32] untersuchten im Hinblick auf die Funktionalität nur den Aspekt der Arbeitsfähigkeit, deshalb ist kein Vergleich mit den übrigen Studien möglich.

Lebensqualität

Ein erweiterter Gesundheitsbegriff bedeutet nicht nur die Abwesenheit von objektivierbaren Symptomen. Gesundheitsbezogene Lebensqualität spielt aus Patientensicht eine wichtige Rolle für die Gesundheit [24]. Darüber hinaus stellt Lebensqualität eine nützliche und valide Grösse dar, mit der sich der Zustand von Patienten mit Schizophrenie beurteilen lässt [43]. Hier werden zwei Real-World-Studien zur Lebensqualität unter Aripiprazol-Depot zusammengefasst.

Giordano et al. [33] führten eine explorative Analyse von Daten zu 50 Patienten nach einer ersten schizophrenen Episode durch, die mit Aripiprazol-Depot behandelt wurden. Der Beobachtungszeitraum betrug ein Jahr. Die Lebensqualität wurde mit dem *World Health Organization Quality of Life, Brief version* (WHO-

QOL-BREF) erfasst. Dabei wird die Lebensqualität in vier separaten Domänen jeweils auf einer Skala von 0–100 angegeben [44]. Es wurden signifikante Verbesserungen aller Domänen gefunden (alle $p < 0,001$). Die einzelnen Domänenscores verbesserten sich wie folgt (jeweils von Baseline zu Monat 12): Umwelt, $54,9 \pm 4,2$ nach $68,0 \pm 3,0$; Physische Gesundheit, $58,2 \pm 4,8$ nach $72,8 \pm 3,4$; Psychologische Gesundheit, $54,5 \pm 5,2$ nach $68,8 \pm 3,2$; Soziale Beziehungen, $52,9 \pm 4,7$ nach $68,2 \pm 3,8$. Ausserdem wurden statistisch signifikante Verbesserungen auf allen Domänen der *Personal and Social Performance* (PSP)-Skala gefunden (jeweils $p < 0,001$). Die Autoren schliessen daraus, dass Aripiprazol-Depot eine geeignete Therapieoption für Patienten mit erster schizophrenen Episode sein kann. Auch hier ist einschränkend zu bemerken, dass die Anzahl der beobachteten Patienten mit 50 eher gering war. Zudem waren die Patienten in dieser Studie bei Einschluss stationär versorgt und zeigten deshalb vermutlich im Mittel stärkere Symptome und Einschränkungen als die Patienten der anderen hier besprochenen Studien, die zumeist ambulant behandelt waren.

Naber et al. [27] führten die QUALIFY-Studie durch, eine 28-wöchige, randomisierte offene Head-to-head-Studie, die Aripiprazol-Depot mit Paliperidonpalmitat (einmal monatlich verabreicht) verglich. Wie im Studienprotokoll präspezifiziert, wurde zunächst auf Nichtunterlegenheit, dann auf Überlegenheit geprüft, wobei die Veränderung auf der *Heinrichs-Carpenter Quality of Life*-Skala (QLS) [45] primärer Endpunkt war. Die QLS reicht von 0 bis 126, wobei ein höherer Wert eine bessere Lebensqualität darstellt. Die kleinste klinisch relevante Veränderung liegt bei 5,3 Punkten [46]. Bei dieser Skala waren die Auswerter gegenüber der Behandlung verblindet; andere Skalen wurden von nicht verblindetem Studienpersonal ausgewertet. Eingeschlossen waren 295 erwachsene Patienten (18–60 Jahre) mit Schizophrenie. Unter Aripiprazol-Depot kam es zu einer klinisch bedeutsamen Verbesserung des QLS-Gesamtscores gegenüber der Baseline von $7,5 \pm 1,5$ Punkten. Die Veränderung des QLS-Gesamtscores (Mittelwerte der kleinsten Quadrate, LSM) unter Aripiprazol-Depot war signifikant grösser als unter Paliperidonpalmitat (QLS-Gesamtscore 4,67; 95%CI: 0,32; 9,02, $p = 0,036$). Aripiprazol-Depot war damit Paliperidonpalmitat (einmal monatlich verabreicht) überlegen. Eine vordefinierte Subgruppenanalyse zeigte zudem besondere Vorteile von Aripiprazol-Depot für Patienten ≤ 35 Jahre. Allerdings war die statistische Aussagekraft dieser Subgruppenanalyse wegen der geringeren Patientenzahlen vermindert. Dazu wurde eine offene 24-wöchige Erweiterungsstudie durchgeführt [34]. Es verblieben 88 Patienten unter Aripiprazol-Depot. Dessen Wirkung auf den QLS-Score

blieb erhalten, mit weiteren kleinen Verbesserungen: es wurde eine LSM-Veränderung des QLS-Gesamtscores innerhalb der 24 Wochen von 2.32 gefunden (CI, -1,21 – 5,85). Damit betrug die Gesamtveränderung über QUALIFY und die QUALIFY-Extension-Studie 11.54 (CI, 7,45 – 15,64). In der Erweiterungsstudie waren die Auswerter nicht mehr verblindet gegenüber der Behandlung, da nur ein Behandlungsarm, nämlich Aripiprazol-Depot, fortgeführt wurde. Ausserdem waren nur Patienten eingeschlossen, die die QUALIFY-Studie bereits durchlaufen hatten. Dies waren also Patienten, die auf die Behandlung mit Aripiprazol-Depot ansprechen und sie gut vertrugen.

Potkin et al. [31] analysierten *post hoc* die einzelnen Items der QLS aus der QUALIFY-Studie, sowie weitere Skalen. Unter Aripiprazol-Depot wurden statistisch signifikant grössere Verbesserungen in der Domäne «intrapyschische Grundlagen» gefunden, die die Basis für die anderen drei Domänen der QLS bildet, als unter Paliperidon-Palmitat (einmal monatlich verabreicht). Unter Aripiprazol-Depot wurden auch grössere Verbesserungen in einzelnen Items der QLS erzielt. Statistisch signifikant ($p < 0,05$) waren diese für «Zielstrebigkeit», «planlose Beschäftigung/Untätigkeit», und «soziale Initiative». Auf den beiden durch die Patienten bewerteten Skalen *Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment-short version* (SWN-S) und *Tolerability and Quality of Life* (Tool) zeigten die Werte zu Beginn der Studie bereits, dass das Wohlbefinden unter der Medikation hoch war und die Nebenwirkungen nur geringe Auswirkungen auf die Lebensqualität hatten. Trotzdem gab es noch weitere Verbesserungen während der Studie. Diese waren unter Aripiprazol-Depot numerisch grösser als unter Paliperidonpalmitat (einmal monatlich verabreicht). Auf dem SWN-S, dessen Gesamtwerte von 20 (schlechteste Befindlichkeit) bis 120 (höchstes Wohlbefinden) reichen [47], betrug die Differenz zwischen den Behandlungsarmen 1.00 (95% CI, -2.40, 4.42), bei Tool, dessen Gesamtwerte von 8 (starke Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Nebenwirkungen der Medikation) bis 32 (keine Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen) reichen, betrug sie -0.70 (95% CI, -1.51, 0.12). Hier sei angemerkt, dass die Mehrzahl der gefundenen Unterschiede nicht statistisch signifikant war und klinisch eher nicht ins Gewicht fallen dürfte. Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass der Einsatz von Aripiprazol-Depot unter alltäglichen Behandlungsbedingungen zu Verbesserungen der Lebensqualität der Patienten führen kann. In der QUALIFY-Studie zeigte sich Aripiprazol-Depot in dieser Hinsicht sogar überlegen gegenüber Paliperidonpalmitat (einmal monatlich verabreicht).

Limitationen

Die Studiendesigns und Outcomes der hier besprochenen Berichte sind heterogen, sodass keine Metaanalyse möglich ist. Teilweise wurden die Studien ohne Vergleichsgruppe durchgeführt und die Ergebnisse nur mit den Ausgangswerten zu Baseline verglichen. Ohne den Einschluss von Vergleichsgruppen sind Confounder möglich, die sich weder vermeiden noch identifizieren lassen. Offene Studiendesigns können zu Verzerrungen führen, da eine Erwartungshaltung gegenüber der Behandlung möglich ist, und Patienten selektiert werden, die bereit sind, sich mit der Studienmedikation behandeln zu lassen. Ohne Vergleichsgruppe lassen sich die gefundenen Veränderungen nicht eindeutig auf die Studienmedikation zurückführen, zumal teilweise auch zusätzliche Medikamente und andere Interventionen (z.B. Psychotherapie) erlaubt waren. Teilweise waren nur wenige Patienten eingeschlossen. Einige Studien waren retrospektiv oder führten *Post-hoc*-Analysen durch. In manchen Studien wurden fehlende Daten durch die *Last observation carried forward*-Methode ergänzt. Teilweise wurde nicht für multiples Testen korrigiert. Viele der gefundenen Verbesserungen waren signifikant und auch klinisch relevant. Dennoch bilden solche Ergebnisse nicht immer jene Aspekte der Lebensqualität ab, die von den Patienten subjektiv als bedeutsam wahrgenommen werden. Trotzdem stellen Studien zum Behandlungsalltag eine wichtige Ergänzung zu randomisierten kontrollierten Studien dar, da sie ein breiteres Patientenkollektiv einschliessen können und die Behandlungsrealität besser abbilden als randomisierte placebokontrollierte Studien.

Fazit

Aripiprazol-Depot kann im Behandlungsalltag die Funktionalität und Lebensqualität von Patienten mit Schizophrenie verbessern. Dies sind aus Patientensicht wichtige Endpunkte.

Verdankung

Ich danke Philipp Bauknecht (Dr. Carl GmbH) für die Unterstützung im Medical Writing, das durch einen "unrestricted educational grant" der Lundbeck (Schweiz) AG und der Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH ermöglicht wurde.

References

You find the complete bibliography in the online version of the article at <http://doi.org/10.4414/sanp.2021.10043>.

Dr. med. Beat Nick
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Schänzlistrasse 2
CH-4500 Solothurn
[beat.nick\[at\]hin.ch](mailto:beat.nick[at]hin.ch)