

**Chancen und Kontroversen von
Depotantipsychotika in der
Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie**

Dr. med. Sigrid Breit, Prof. Dr. med. Gregor Hasler

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität Bern
Bolligenstrasse 111
3000 Bern 60

Email: gregor.hasler@puk.unibe.ch

Zusammenfassung

Dieses Review soll einen Überblick über Vor- und Nachteile der Anwendung von Depotantipsychotika in der Therapie der Schizophrenie geben. Es wird ein Vergleich zur oralen Anwendungsform durchgeführt, wobei der Fokus auf Wirksamkeit, Verträglichkeit, Rückfallverhütung und Patientenzufriedenheit liegt.

Wir führten eine Literaturrecherche in medizinischen Datenbanken durch. Dabei wurden Ergebnisse von Metaanalysen, randomisierten kontrollierten Studien und systematischen Reviews aus den Jahren 1999-2014 miteinbezogen. Depotantipsychotika ermöglichen die Aufrechterhaltung eines stabilen Medikamentenplasmaspiegels und tragen zur Sicherung der therapeutischen Wirkung bei. Sie führen zu einer Verbesserung der Compliance und senken dadurch die Rückfall- und Hospitalisierungsrate. Auf diese Weise wirken sich Depotantipsychotika nicht nur positiv auf den persönlichen Verlauf aus, sondern tragen auch dazu bei, die Gesundheitskosten zu senken.

(Schlüsselwörter: Schizophrenie, Verträglichkeit, Compliance, Rückfallverhütung, Gesundheitskosten)

Abstract

The objective of this article is to evaluate possible chances and disadvantages of the use of depot antipsychotics in the treatment of schizophrenia. The focus is on efficacy, tolerability, relapse prevention and patients compliance compared to oral formulations. For this purpose a literature search was conducted in medical databases. Results from meta-analysis, randomized controlled trials and systematic reviews from the years 1999 to 2014 were included. Depot antipsychotics ensure constant blood levels and a continuous medication delivery. The efficacy and tolerability of depot antipsychotics are comparable to oral formulations. Due to an improved medication compliance a reduction of relapse and hospitalisation rates can be

achieved. This is a key focus for improving outcomes and reducing costs in the treatment of schizophrenia.

(Keywords: Schizophrenia, tolerability, compliance, relapse, health costs)

1. Einleitung

Die Schizophrenie manifestiert sich typischerweise erstmalig im jungen Erwachsenenalter und ist durch mehrfache Rezidive charakterisiert.

Der Zeitpunkt der Erstmanifestation fällt häufig in eine entscheidende Lebensphase, in der die Weichen für ein selbstbestimmtes Leben gestellt werden. Die Erkrankung kann daher die individuelle Lebensplanung schwerwiegend beeinträchtigen. Nach heutigen Erkenntnissen wirkt sich ein frühzeitiger Therapiebeginn günstig auf die Prognose aus [23]. Studien haben gezeigt, dass die Dauer der unbehandelten Psychose einen starken prädiktiven Faktor für die Krankheitsprognose darstellt [30, 27].

Die Behandlung der Schizophrenie basiert im Wesentlichen auf drei Säulen: Medikation, Psychotherapie und Soziotherapie. Orale Antipsychotika sind entsprechend den Leitlinien Therapie der ersten Wahl bei akuten Psychosen. Depotantipsychotika werden vorzugsweise in der Langzeittherapie der Schizophrenie eingesetzt [8].

Dieser Übersichtsartikel basiert auf einer qualitativen Literaturrecherche mit Auswahl und Bewertung durch die Autoren. Die Recherche berücksichtige anerkannte Therapieleitlinien wie "die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde" (DGPPN), "the National Institute for Health and Care Excellence" (NICE) und "the World Federation of Societies of Biological Psychiatry" (WFSBP).

2. Rückfallverhütung und Complianceförderung

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben eine hohe Rückfallrate. Innerhalb der ersten 5 Jahre nach Remission beträgt die Rezidivgefahr für nicht medizierte Patienten bis zu 80 % [31]. Nach Abbruch der antipsychotischen Medikation hatten Patienten mit einer Erstepisode einer Schizophrenie ein fast 5-fach erhöhtes Rezidivrisiko [31]. Häufige Rückfälle sind für jeden Betroffenen belastend und können das Ansprechen auf Antipsychotika verschlechtern [10]. Zudem sind multiple Rezidive mit zunehmenden funktionellen und kognitiven Einschränkungen verbunden [23]. Um Rückfällen vorzubeugen, sollte die medikamentöse Therapie über die akute Krankheitsphase hinaus fortgesetzt werden. Gründe für das Absetzen der Medikation sind unter anderem ein fehlendes Krankheitsbewusstsein, unerwünschte Nebenwirkungen, eine schlechte Symptomkontrolle sowie eine geringe Unterstützung im sozialen Umfeld [26].

Eine aktuelle retrospektive Studie, welche die Medikamentencompliance von 4325 ambulanten Patienten mit einer Schizophrenie untersuchte, ergab, dass das Auslassen der Medikation an einem von zehn Tagen während einer Zeitspanne von einem Jahr das Hospitalisierungsrisiko verdoppelte [35]. Studien ergaben Hinweise darauf, dass eine mangelnde Therapietreue einen Anstieg von Kriminalität, Substanzmissbrauch, Gewalttätigkeit und polizeilichen Festnahmen [3] sowie eine Erhöhung der Suizidrate [15] fördern kann.

Die Überlegenheit einer Depotbehandlung hinsichtlich Complianceförderung ist nachgewiesen. Die Therapiecompliance der Patienten unter oralen Antipsychotika liegt bei 59%, unter einer Depotmedikation dagegen bei 89%, sofern die Patienten vorher einer Depotbehandlung zugestimmt haben [36].

Grundvoraussetzungen für eine gute Compliance sind die Entstigmatisierung der Erkrankung sowie eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung.

3. Stigmatisierungspotenzial

Als problematisch ist das Stigmatisierungspotenzial zu erachten, das insbesondere mit einer Depotmedikation in der Psychiatrie verbunden ist. Depotantipsychotika werden von vielen als „chemische Zwangsjacke“ angesehen. Ein Grund dafür könnte die fehlerhafte Assoziation mit Zwangsbehandlungen sein. Zudem kann die Injektion von Patienten als unangenehm wahrgenommen und mit Angst und Scheu assoziiert werden.

Die Depotbehandlung bleibt einer Minderheit von Patienten vorbehalten, die durch mehrfache stationäre Vorbehandlungen, eine lange Krankheitsdauer, zusätzliche Komorbiditäten sowie Gewaltdelikte gekennzeichnet ist [33]. Dies kann zusätzlich zu einer Stigmatisierung der Depotmedikation führen, da Patienten sich nicht mit dieser Gruppe identifizieren möchten.

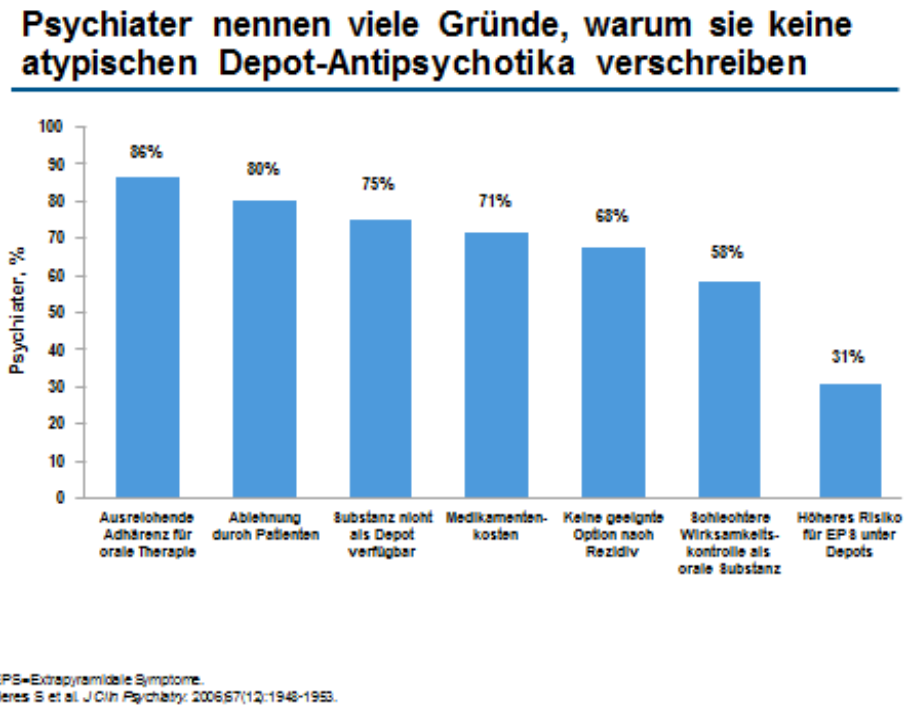
Eine aktuelle kanadische Studie untersuchte schizophrene Patienten und Psychiater bezüglich ihrer Einstellung zu Depotantipsychotika. Einem Viertel der Patienten war die Depotform unbekannt. Die meisten anderen brachten sie mit Zwangsmedikationen, hohen medizinischen Kosten und Schmerzen in Verbindung [17]. Auf Seiten der Psychiater stellte sich heraus, dass diese überwiegend orale Antipsychotika verordnen und kaum Erfahrungen mit der Anwendung der Depotform aufweisen [18]. Innerhalb einer Stichprobe von 83 Schizophreniekranken und 81 Psychiatern gaben 67 % der Patienten an, niemals von ihren Ärzten über Depotantipsychotika informiert worden zu sein und weniger als 10 % der Psychiater würden nach der Erstmanifestation einer schizophrenen Episode eine Depotbehandlung in Erwägung ziehen [19]. Eine aktuelle Studie gab Hinweise darauf, dass insbesondere die Empfehlung der Psychiater Einfluss auf das Entscheidungsverhalten der Patienten bezüglich der Einnahme eines Depotantipsychotikums nimmt [6]. Zudem stellte sich heraus, dass vor allem Patienten, die auf eine Depotmedikation eingestellt waren, eine gute Einstellung dazu hatten.

Abbildung 1 stellt die Gründe dar, warum Psychiater die Anwendung von atypischen Depotantipsychotika ablehnen [16]. Als Hauptgründe nennen sie eine ausreichende Adhärenz

für orale Antipsychotika, eine ablehnende Haltung der Patienten sowie eine mangelnde Verfügbarkeit und hohe Kosten. Die Einschätzung der Psychiater bezüglich der Adhärenz ihrer Patienten ist nicht realistisch. Studien zu Folge nehmen nur etwa 45% aller Patienten nach Erstmanifestation einer Schizophrenie ihre initial verordneten Antipsychotika länger als 30 Tage ein [34]. Die negative Haltung der Patienten könnte durch eine bessere Aufklärung verändert werden. Eine aktuelle Studie, welche 213 Patientenfälle bezüglich der Verschreibung von Depotantipsychotika in deutschen psychiatrischen Kliniken untersuchte, ergab, dass 50 % der Patienten offen für eine Depotbehandlung waren [14]. 30 % der Patienten wurden mit einer Depotmedikation entlassen. Die hohe Anzahl an Patienten, die keine Depotbehandlung erhielt, war vor allem durch das Zögern und die mangelnde Aufklärung von Seiten der behandelnden Psychiater bedingt.

Der inadäquate Informationsgehalt der Patienten, die mangelnde Kenntnis und Skepsis von Seiten der Ärzte sowie das mit Vorurteilen behaftete Bild von Depotantipsychotika in der Öffentlichkeit gehören zu den Faktoren, die ihren Gebrauch einschränken und an denen gearbeitet werden sollte.

Abbildung 1:



4. Selbstbestimmung versus Kontrollverlust

Selbstbestimmung kann nur gefördert werden, indem Patienten eigene Entscheidungen treffen können und kein Druck von professioneller Seite her ausgeübt wird. Ein vertrauensvoller Arzt-Patienten-Kontakt mit genauer Aufklärung über die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten ist unerlässlich.

Unter dem Blickwinkel der Selbsthilfeförderung scheinen Depotantipsychotika eher hinderlich zu sein. Auf diese Weise bleibt den Patienten über eine längere Zeit die Möglichkeit verwehrt, auf die Dosierung Einfluss zu nehmen.

Zudem ist mit den zur Applikation verbundenen Arztterminen eine Einschränkung der Unabhängigkeit anzunehmen. Allerdings besteht diese Einschränkung auch bei der oralen antipsychotischen Medikation aufgrund von regelmäßigen Arztkontakten für die Verschreibung und für Laborkontrollen. Viele Betroffene erachten die Depotform als den geringeren Eingriff in ihre Lebensqualität verglichen mit der täglichen Tabletteneinnahme.

Durch eine Reduktion der Rückfallrate besteht die Chance, die Patienten langfristig zu stabilisieren und dem eigentlichen Ziel, einer selbstständigen Lebensführung mit einer Reintegration in das gesellschaftliche Umfeld näher zu kommen.

5. Allgemeine Aspekte von Depotantipsychotika

Gemäß Leitlinien sind Depotantipsychotika vor allem dann zu empfehlen, wenn eine regelmäßige orale Einnahme nicht gesichert ist und eine schwere Eigen- oder Fremdgefährdung für den Betroffenen im Rezidiv droht [8]. Hauptzielgruppe für eine Depotmedikation sind Patienten mit einer partiellen oder fehlenden Therapiecompliance sowie Patienten mit einer nicht intentionalen Non-Compliance, die zum Beispiel unter einer kognitiven Störung leiden. Zudem sollten Depotantipsychotika insbesondere Patienten empfohlen werden, die eine Depotbehandlung bevorzugen [25]. Die Verabreichung einer Depotmedikation gegen den Willen des Patienten ist grundsätzlich nicht möglich. Depotantipsychotika werden mit Injektionsintervallen von 1-4 Wochen intramuskulär appliziert, erfordern eine sorgfältige individuelle Dosisanpassung sowie regelmäßige Routineuntersuchungen und Blutentnahmen.

Eine aktuelle Metaanalyse, welche die Daten von 13 randomisierten kontrollierten Studien (6313 Patienten) umfasste, zeigte, dass die Wirkung atypischer Depotpräparate Placebo überlegen und mit der Wirkung oraler Präparate vergleichbar ist [12]. Depotantipsychotika ermöglichen es, die Therapieadhärenz genau zu kontrollieren und von schlechtem Ansprechen zu unterscheiden [1].

In Tabelle 1 werden Vor- und Nachteile der Anwendung von Depotantipsychotika geschildert.

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der Anwendung antipsychotischer Depotformen

Vorteile	Nachteile
- Gute Bioverfügbarkeit und geringe Metabolisierungsraten	- Schmerzen durch die Injektion
- Vermeidung eines „First-pass“ Effektes	- Gefahr für intravasale Injektionen
- Weniger Nebenwirkungen und Interaktionen	- Bei Auftreten von Nebenwirkungen ist kein rascher Plasmaspiegelabfall möglich
- Geringes Risiko für Überdosierungen und Intoxikationen	- Erhöhtes Risiko für lokale Gewebereaktionen, Infektionen und Läsionen
- Bessere Symptom- und Compliancekontrolle	
- Stabile Medikamentenplasmaspiegel	
- Langfristige Stabilisierung durch niedrigere Dosierungen	
- Einnahmefehler sind ausgeschlossen	

In Tabelle 2 sind die Depotantipsychotika mit ihren pharmakokinetischen Eigenschaften dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika langwirksamer Depotantipsychotika

Wirkstoff und Dosisbereich	Handelsname Injektionsintervall	Steady State	Nebenwirkungen	Besonderheiten
Haloperidol 25-200 mg (0,5-4 ml)	Haldol® Decanoat alle 4 Wochen	nach 2-4 Injektionen	Erhöhtes Risiko für extrapyramidal motorische Störungen (EPS) in Form von Akathisie und Spätdyskinesien Leichte Prolaktinerhöhung	Rauchen senkt Plasmakonzentration
Zuclopentixol Decanoat 25-100 mg (0,5-2 ml)	Clopixol Depot® alle 1-2 Wochen	nach 2-3 Monaten	Erhöhtes Risiko für EPS in Form von Akathisie Leichte Prolaktinerhöhung	Starke antiaggressive Wirkung
Fluphenazin 12,5-100 mg (0,5-4 ml)	Dapotum® D 12,5 Depot alle 2-3 Wochen	Abfall nach dem 2. Tag	Erhöhtes Risiko für EPS in Form von Akathisie Leichte Prolaktinerhöhung	Max. Plasmaspiegel nach wenigen Stunden
Flupentixol 10-400 mg (0,5-4 ml)	Fluanxol® Depot alle 2-4 Wochen	nach 2-3 Monaten	Erhöhtes Risiko für EPS in Form von Akathisie Leichte Prolaktinerhöhung	Injektion an 2 Stellen

Olanzapin-Pamoat 100-300 mg	Zypadhera® 2-4 Wochen	Kontinuierlich nach der 1. Injektion	Postinjektionssyndrom Erhöhte Gewichtszunahme Glukose- und Lipidstörungen	Sofortiger Wirkungseintritt, Rauchen senkt Plasmakonzentration, 3h Überwachung nach jeder Injektion
Aripiprazol 400 mg	Abilify Maintena® alle 4 Wochen	nach 4 Injektionen	Geringes Risiko für Akathisie, Kopfschmerzen, Schlafstörungen	Eine Dosisanpassung ist nicht nötig
Paliperidon-Palmitat 75 mg	Xeplion® monatlich	Kontinuierlich nach der 1. Injektion	Prolaktinerhöhung Leichte Gewichtszunahme	Sofortiger Wirkungseintritt, geringes Interaktionspotential, renale Elimination, deltoide Injektion möglich
Risperidon-LAI 20-50 mg	Risperdal Consta® alle 2 Wochen	nach 4 Injektionen	Prolaktinerhöhung Leichte Gewichtszunahme	Gekühlt aufbewahren, 1 h vor Injektion aus Kühlschrank nehmen, deltoide Injektion möglich, orale Supplementierung nötig

6. Nebenwirkungen und Besonderheiten von Depotantipsychotika

Lokale Nebenwirkungen der Depotmedikation können von Postinjektionsschmerzen über Muskelgranulome und Nervenverletzungen bis hin zum Abszess reichen [22]. Insbesondere bei typischen Depotantipsychotika besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Spätdyskinesien und für das Auftreten eines malignen neuroleptischen Syndroms.

Studien ergaben für Zuclopenthixoldecanoat eine geringere Rezidivrate, obwohl dieses Präparat mit einem höheren Nebenwirkungsprofil vergesellschaftet ist [5, 32].

Eine aktuelle randomisierte klinische Studie, welche die Anwendung von Paliperidonpalmitat und Haldoldecanoat untersuchte, ergab eine vergleichbare Wirksamkeit, jedoch Unterschiede in den Nebenwirkungen [24]. Paliperidonpalmitat bewirkte eine Gewichtszunahme und eine Prolaktinerhöhung, während Haldoldecanoat die Entwicklung von EPS förderte (insbesondere Akathisie). Für Olanzapinpamoat und Paliperidonpalmitat wurde ein sofortiger Wirkungseintritt nachgewiesen. Zusätzlich kann Paliperidonpalmitat alle vier Wochen

verabreicht werden, braucht keine Vorkühlung und ist in verschiedenen Dosierungen und Stärken erhältlich [4]. Eine doppelblinde Studie ergab Hinweise darauf, dass die Wirksamkeit von Paliperidonpalmitat der von Risperidon LAI nicht unterlegen ist und dass beide Präparate ein vergleichbares Nebenwirkungsprofil aufweisen [28].

Eine randomisierte kontrollierte Studie, welche Patienten mit Erstmanifestation einer Schizophrenie untersuchte, ergab für Risperidon LAI eine gute Verträglichkeit sowie eine Verbesserung der Compliance im Vergleich zum oralen Präparat [36]. Eine Open-Label-Studie mit Ersterkrankten zeigte, dass 64% der Patienten unter Risperidon LAI voll remittierten und 97% davon innerhalb der nächsten zwei Jahre keinen Rückfall erlitten [9].

Bei der Behandlung mit Olanzapinpamoat sollte als Nebenwirkung das Postinjektionssyndrom beachtet werden, welches durch eine Überdosierung oder eine versehentliche intravasale Injektion hervorgerufen werden kann [7]. Zu den Symptomen gehören Sedierung, Schwindel, Desorientiertheit, Verwirrtheit, unklare Sprache und Agitation. Eine randomisierte kontrollierte Studie, welche die Sicherheit und Verträglichkeit von Aripiprazol Depot in der Langzeittherapie von Schizophreniepatienten testete, ergab eine deutlich bessere Wirksamkeit der Depotform in Vergleich zu Placebo [11]. Es zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Ausprägung von Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Akathisie zwischen der oralen Einnahmeform und der Depotgabe [11]. Eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie ergab für Aripiprazol Depot eine Rezidivrate von 10% gegenüber 39,6% in der Placebogruppe [20]. Die am häufigsten durch die Patienten berichteten Nebenwirkungen (>5%) waren Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Tremor [20]. Die Umstellung von oralem Aripiprazolpräparat auf eine Depotmedikation reduzierte die Rehospitalisierungsrate deutlich [21]. Darüber hinaus belegten Umfragen, dass Patienten, die auf Aripiprazol Depot eingestellt waren, zufrieden mit ihrer Behandlung waren [20].

7. Pharmaökonomie

Die jährlichen Kosten im Gesundheitswesen sind für Patienten nach Rezidiv etwa zwei- bis dreimal höher [2]. Trotz der höheren Preise für Depotpräparate stellt die Depotbehandlung aus gesundheitsökonomischer Sicht eine kosteneffektive Therapieform dar. Vergleichsstudien mit oralen Anwendungsformen belegten, dass sich sämtliche Parameter wie Rückfall und Hospitalisierungsraten sowie Kosten und Aufenthaltsdauer unter einer Depotmedikation als rückläufig erwiesen. Eine finnische Studie, die 2588 schizophrene Patienten für eine Zeitdauer von sieben Jahren untersuchte, zeigte, dass das Rezidivrisiko unter einer Depotbehandlung um das Dreifache gesunken ist [34]. Eine weitere Studie belegte, dass die Hospitalisierungsrate unter einer Depotmedikation nach sechs Monaten von 49,7 % auf 22,4 % gesenkt werden konnte [29]. Die Verhinderung von Rückfällen senkt aber nicht nur die direkten, sondern auch die indirekten Behandlungskosten. Da die indirekten Kosten circa zwei Drittel der Gesamtkosten ausmachen [13], kann man davon ausgehen, dass das Potential für eine Kostenreduktion durch die Anwendung von Depotantipsychotika beträchtlich ist.

8. Schlussfolgerung

Depotantipsychotika stellen eine wirksame Alternative zur oralen Medikation in der Therapie der Schizophrenie dar. Für die Anwendung nach Erstmanifestation sprechen eine hohe Rückfallgefahr und die Neigung zur Chronifizierung.

Depotantipsychotika tragen durch ihre besondere Pharmakokinetik zur Sicherung der therapeutischen Wirkung bei. Durch konstante Plasmaspiegel erlauben sie es, mit einer relativ niedrigen effektiven Dosis eine langfristige Stabilisierung zu erreichen. Durch eine Verbesserung der Compliance sinken Rückfall- und Rehospitalisierungsraten. Betroffene können besser stabilisiert und in ihr soziales Umfeld reintegriert werden, so dass

Depotantipsychotika langfristig die Patientenautonomie fördern und zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen. Insbesondere Patienten in frühen Krankheitsstadien können von einer Depotbehandlung profitieren. Es bedarf weiterer Studien, welche die Anwendung von Depotantipsychotika bei der Erstmanifestation einer Schizophrenie untersuchen, um zu prüfen, ob in Zukunft die Indikation für eine Erstlinientherapie gestellt werden kann.

9. Fazit für die Praxis

- Depotantipsychotika ermöglichen konstante Plasmaspiegel und eine Sicherung der therapeutischen Wirkung.
- Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Depotantipsychotika ist insgesamt vergleichbar mit oralen Präparaten.
- Depotpräparate zeigen eine Überlegenheit gegenüber oralen Antipsychotika hinsichtlich Compliance, Rückfallprophylaxe und Hospitalisierungsraten.
- Durch eine langfristige Stabilisierung fördern Depotantipsychotika die Patientenautonomie und können individuell zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen.
- Aufgrund der besseren Therapiecompliance und Rückfallprävention sollten Depotantipsychotika bereits in frühen Krankheitsstadien zum Einsatz kommen und nicht als Ultima Ratio betrachtet werden.

10. Literaturverzeichnis

1. Agid, O., et al.
2010 Long acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia : their role in relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother.* 11(14):2301-2317
2. Ascher-Savanum, H., et al.
2010 The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry* 10:2 doi:10.1186/1471-244X-10-2.
3. Ascher-Svanum, H., et al.
2006 Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 67(3):453-60.
4. Citrome, L.,
2010 Paliperidone palmitate - review of the efficacy, safety and cost of a new second-generation depot antipsychotic medication. *Int J Clin Pract* 64(2):216-39.
5. Coutinho, E., M. Fenton, and S. Quraishi
2000 Zuclopenthixol decanoate for schizophrenia and other serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD001164.
6. Das, A. K., et al.
2014 A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections *Ther Adv Psychopharmacol.*4(5):179-85.
7. Detke, H. C., et al.
2010 Post-injection delirium/sedation syndrome in patients with schizophrenia treated with olanzapine long-acting injection, I: analysis of cases. *BMC Psychiatry* 10;10:43.
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie (2006)
9. Emsley, R., et al.
2008 Remission in patients with first-episode schizophrenia receiving assured antipsychotic medication: a study with risperidone long-acting injection. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008 Nov;23(6):325-31.
10. Emsley, R., et al.
2012 Treatment response after relapse in a placebo-controlled maintenance trial in schizophrenia, *Schizophr.Res.* 138(1):29-34.
11. Fleischhacker, W. W., et al.
2013 Long-term safety and tolerability of aripiprazole once-monthly in maintenance treatment of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 28(4):171-6.
12. Fusar-Poli, P., Kempton, M. J. and Rosenheck, R.A.
2013 Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol.* 28(2):57-66.
13. Gustavsson, A., et al.
2011 Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 21(10):718-79.
14. Hamann, J., et al.
2014 Checking the plausibility of psychiatrists' arguments for not prescribing depot medication. *Eur Neuropsychopharmacol.* 24(9):1506-10.

15. Hawton, K., et al.
2005 Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 87:9-20. Review.
16. Heres, S., et al.
2006 Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication. *J Clinical Psychiatry*. 67(12):1948-53.
17. Iyer, S., et al.
2013 A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I-patient perspectives. *Can J Psychiatry*. 58(5 Suppl 1):14S-22S.
18. Iyer, S., et al.
2013 A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part II-physician perspectives. *Can J Psychiatry*. 58(5 Suppl 1):23S-9S.
19. Jaeger, M., Rossler W
2010 Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry Res*. 175(1-2):58-62.
20. Kane, J. M., et al.
2012 Aripiprazole intramuscular depot as maintenance treatment in patients with schizophrenia: a 52-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 73(5):617-24.
21. Kane, J. M., et al.
2013 Hospitalisation rates in patients switched from oral anti-psychotics to aripiprazole once-monthly for the management of schizophrenia. *J Med Econ* 16(7):917-25.
22. Kohler, S., A. Heinz, and P. Sterzer
2013 [Long-acting injectable antipsychotics : Overview and advice for daily routine care]. *Nervenarzt*.
23. Lieberman, J. A., et al.
2001 The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry*. 50(11):884-97.
24. McEvoy, J. P., et al.,
2014 Effectiveness of paliperidone palmitate vs. haloperidol decanoate for maintenance treatment of schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA*. 21;311(19):1978-87.
25. NICE
2014 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management. Clinical guideline CG178. London: National Institute for Health and Care Excellence
26. Oehl, M., M. Hummer, and W. W. Fleischhacker
2000 Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (407):83-6.
27. Owens, D. C., et al.
2010 Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk. 196(4):296-301.
28. Pandina, G., et al.
2011 A double-blind study of paliperidone palmitate and risperidone long-acting injectable in adults with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Jan 15;35(1):218-26.
29. Peng, X., et al.
2011 Decline in hospitalization risk and health care cost after initiation of depot antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Clinicoecon Outcomes Res*.

- 2011;3:9-14.
30. Primavera, D., et al .
2012 Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? Results of a retrospective study. *Ann Gen Psychiatry*. 11(1):21
 31. Robinson, D., et al.
1999 Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(3):241-247.
 32. Shajahan, P., and M. Taylor
2010 The uses and outcomes of quetiapine in depressive and bipolar mood disorders in clinical practice. *J Psychopharmacol* 24(4):565-72.
 33. Shi, L., et al.
2007 Characteristics and use patterns of patients taking first generation depot antipsychotics or oral antipsychotics for schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 58(4): 482–488.
 34. Tiihonen, J., et al.
2011 A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 168(6):603-9.
 35. Weiden, P. J., et al.
2014 A trial evaluating gradual- or immediate-switch strategies from risperidone, olanzapine, or aripiprazole to iloperidone in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 153(1-3):160-8.
 36. Weiden, P. J., et al.
2009 A randomized controlled trial of long-acting injectable risperidone vs continuation on oral atypical antipsychotics for first-episode schizophrenia patients: initial adherence outcome. *J Clin Psychiatry* 70(10):1397-406.