

psychiatrie-digital.com

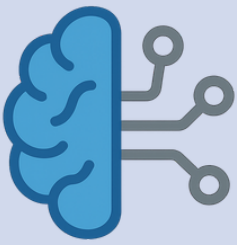
Antipsychotika im Überblick

Was du wirklich wissen musst

Wirkung, Nebenwirkungen, Auswahl &
Monitoring für Assistenzärzte

#PsychiatrieDigital | Dr. Robert Trojak





Einteilung

Antipsychotika = D2-Antagonisten
(Hauptmechanismus)

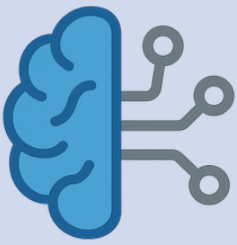
Typika (FGA): Hochpotent: Haloperidol,
Flupentixol, Fluphenazin

Niederpotent: Levomepromazin, Pipamperon

Atypika (SGA): Olanzapin, Risperidon,
Quetiapin, Aripiprazol, Clozapin, Ziprasidon,
Amisulprid, Paliperidon, Lurasidon

Wirksamkeit FGA \approx SGA (Ausnahme:
Clozapin) \rightarrow Unterschiede im
Nebenwirkungsprofil, nicht in der
Wirksamkeit





Wirkmechanismus

D2-Blockade mesolimbisch → Reduktion
Positivsymptome

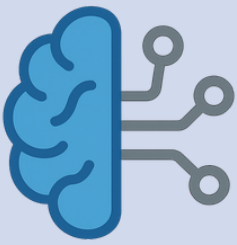
Weitere Rezeptoren:

- 5-HT_{2A} (SGA): weniger EPS, Negativsymptome?
- H₁ (Quetiapin, Olanzapin, Clozapin): Sedierung, Gewicht ↑
- M₁ anticholinerg (Clozapin, Olanzapin): Mundtrockenheit, Obstipation
- α₁ (Quetiapin, Clozapin): Hypotonie, Sedierung



⚠ Negativsymptome sprechen auf AP deutlich schlechter an!





Typische Antipsychotika

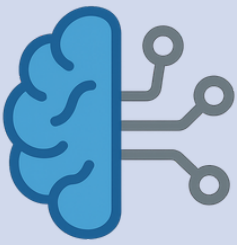
Hochpotent:

- Haloperidol: Goldstandard Akut/RT, 2–10 mg/d p.o., 5 mg i.m. | Cave QTc i.v.!
- Flupentixol: antidepressiv (niedrig), Depot alle 2–4 Wo.
- Fluphenazin: Depot, stabile Schizophrenie

Niederpotent:

- Levomepromazin 25–100 mg: Schlaf, Agitation
- Pipamperon 40–360 mg: geriatrisch, Delir (off-label)
- Promethazin: Kombination mit Haloperidol bei RT EPS-Risiko \propto D2-Affinität





Atypische Antipsychotika

Olanzapin: sedierend, Gewicht $\uparrow \uparrow$, oral + i.m.

Risperidon/Paliperidon: Prolaktin \uparrow , EPS dosisabhängig, Depot

Quetiapin: sedierend, kein EPS/Prolaktin | Cave Missbrauch!

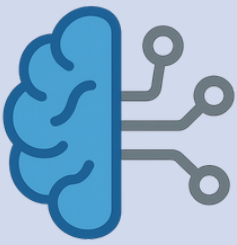


Aripiprazol: D2-Partialagonist, Gewicht neutral, Depot | Cave Akathisie

Clozapin: wirksamste – nur Therapieresistenz

Amisulprid: Prolaktin \uparrow , metabolisch günstig

Ziprasidon/Lurasidon: metabolisch günstig | Ziprasidon: QTc beachten!



Extrapyramidale NW (EPS)

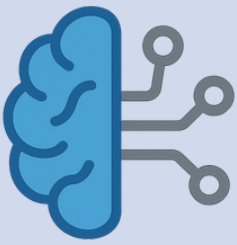
Frühdyskinesien (Std.-Tage): Torticollis,
Blickkrampf, Opisthotonus
→ Biperiden 2,5–5 mg i.m./i.v.

Parkinsonoid (Tage–Wochen): Rigor, Tremor,
Bradykinese → Dosisreduktion, SGA-Bechsel,
Biperiden p.o.

Akathisie (Tage–Wochen): Innere Unruhe →
Propranolol 20–80 mg/d, Lorazepam,
Dosisreduktion

Spätdyskinesien (Monate–Jahre, oft
irreversibel): oro-fazial → Typikum absetzen /
Clozapin-Wechsel


⚠ Akathisie wird oft als psychiatrische
Verschlechterung fehlgedeutet!



Metabolische NW & QTc

Metabolisches Syndrom

(Clozapin/Olanzapin): Gewicht \uparrow ,
Dyslipidämie, Hyperglykämie \rightarrow Monitoring:
Gewicht, BZ, HbA1c, Lipide

QTc-Risiko: Hoch: Ziprasidon, Haloperidol i.v.
| Moderat: Haloperidol p.o., Quetiapin  QTc
> 500 ms \rightarrow AP pausieren, Kardiologe!

Prolaktin: Amisulprid > Risperidon >
Haloperidol \rightarrow Amenorrhö, Galaktorrhö,
Osteoporose

NMS: Hyperthermie + Rigor +
Bewusstseinsstörung + CK \uparrow \rightarrow Sofort
absetzen, Intensivstation, Dantrolen
erwägen!



Clozapin: Sonderfall

Clozapin = wirksamste AP – strikte Indikation!

Indikation (DGPPN S3 2019):

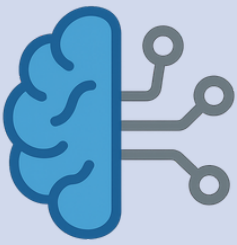
Therapieresistenz: ≥ 2 AP je $\geq 4-6$ Wo. ohne
Ansprechen Tardive Dyskinesien |
Suizidalität bei Schizophrenie



Blutbild-Monitoring: wöchentlich 18 Wo.,
dann monatlich \rightarrow Neutrophile $< 1500/\mu\text{l}$ \rightarrow
absetzen!

EKG (Myokarditis!), Gewicht, BZ, Lipide
Spiegel: 350–600 ng/ml

⚠ Nie abrupt absetzen \rightarrow Rebound-
Psychose!



Depot-Antipsychotika

Depot = i.m.-Langzeitformulierung – unterschätzte Option → Eliminiert Non-Compliance, gleichmässige Plasmaspiegel, weniger Rehospitalisierungen

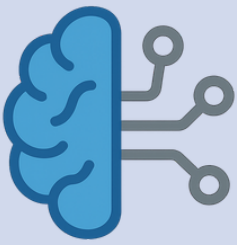
Typika: Haloperidol Decanoat (4-wöchentl.) | Flupentixol/Fluphenazin (2–4 Wo.)



Atypika: Risperidon Mikrosphären (2 Wo., Oral-Überlappung nötig!) Paliperidon Palmitat (monatl. oder 3-monatl.) Aripiprazol Monohydrat (monatl.) Olanzapin Pamoat (2–4 Wo.)

⚠ Olanzapin Depot: 3h-Überwachung nach Injektion!





Auswahl nach Klinik

Akute Psychose (F20/F23): Haloperidol, Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol

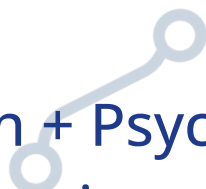
Manie + Psychose (F30.2): Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol + Stimmungsstabilisierer

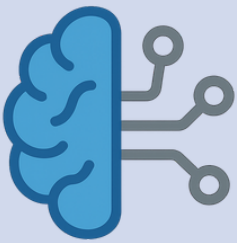
Schizophrenie langfristig: Depot früh besprechen |

Therapieresistenz → Clozapin Schizoaffektiv + Depression (F25): Quetiapin, Aripiprazol

Demenz (F0x.x1): Risperidon 0,5–1 mg (einzige Zulassung!)

Parkinson + Psychose: Quetiapin 12,5–50 mg oder Clozapin → Alle anderen AP kontraindiziert!





Monitoring-Übersicht

Vor Beginn: EKG (QTc), Gewicht/BMI, BZ, HbA1c, Lipide, Prolaktin, Blutbild, Leber/Niere
Woche 1–4: Vitalzeichen, Gewicht, EPS, Sedierung, Akathisie

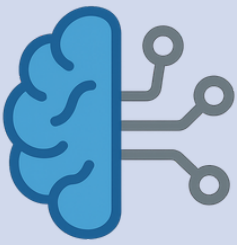
Nach 3 Monaten: Gewicht, BZ, Lipide, EKG (bei QTc-Risiko)



Halbjährlich: Stoffwechsel, EKG, AIMS-Skala (Tardive Dyskinesien)

Clozapin: Blutbild wöchentl. 18 Wo., dann monatl.

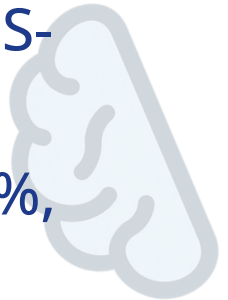
⚠ Häufigster Fehler: AP gestartet – Monitoring nicht dokumentiert!



Doku: Ersteinstellung F20.0

Diagnose: Paranoide Schizophrenie (F20.0)
Risperidon 2 mg/d p.o. | Steigerung +1 mg
alle 3-5 Tage, Ziel 4-6 mg/d

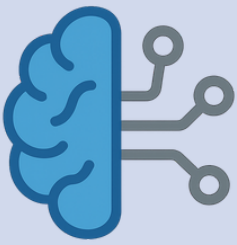
Begründung: Positivsymptomkontrolle, EPS-
arm, Depot-Option Baseline: QTc 398 ms,
Gewicht 74 kg/BMI 23,1, BZ 5,1, HbA1c 5,4%,
Lipide o.B., Prolaktin 12 ng/ml



Aufklärung: EPS, Prolaktin, Gewicht,
Compliance, Depot-Option besprochen.

Kontrolle: 4 Wochen





Doku: Manie F30.2

Diagnose: Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2)

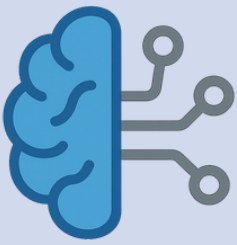
Befund: euphorisch (3), gereizt (2), Grössenwahn (3), Logorrhoe, Schlaf < 2h, Antrieb (3) Olanzapin 10 mg/d p.o. |



Begründung: Zulassung akute Manie, Sedierung, Wahnreduktion

Cave: Gewichtszunahme besprochen, BMI 26,4, BZ + Lipide erhoben Pat. lehnt Lithium ab (dokumentiert) Tag 5: Schlaf 5h, Wahn (2) → Steigerung auf 15 mg, OA-Besprechung dokumentiert



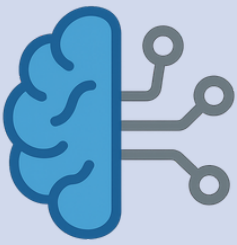


Doku: Akute Dystonie

Diagnose: Arzneimittelinduzierte akute Dystonie (G24.0) bei F20.0 unter Haloperidol
Eintrag 14:20 Uhr: Pat. (m, 28 J., Haloperidol 5 mg seit 2 Tagen): Torticollis re., okulogyre Krise li., Opisthotonus leicht. Kein Schlaganfall.

- Biperiden 5 mg i.m. 14:25 Uhr
- Rückgang in 10 Min.
- Umstellung auf Risperidon 3 mg
- Biperiden 2 mg p.o. 48h | OA 14:22 Uhr





Doku: Clozapin-Einstellung

Diagnose: Therapieresistente Schizophrenie (F20.0)

Therapieresistenz (DGPPN S3 2019):

Risperidon 6 mg/d, 8 Wo.

→ unzureichend Olanzapin 20 mg/d, 7 Wo.

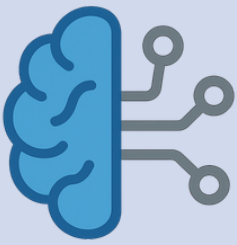
→ unzureichend Baseline: Leukozyten 6,8, Neutrophile 4,1, QTc 402 ms, Gewicht 78 kg



Clozapin-Start: 12,5 mg abends, +25 mg alle 2–3 Tage, Ziel ~300 mg/d

Monitoring: Blutbild wöchentl. 18 Wo., EKG Wo. 1/2/4, Spiegel Wo. 4 Pat. über Agranulozytose aufgeklärt





Doku: Depot-Umstellung

Diagnose: F20.0, 3 Rehospitalisierungen in 18 Monaten durch Non-Compliance

Pat. stimmt Depot nach Aufklärung zu.

Paliperidon Palmitat monatlich (bewährtes Ansprechen oral, günstiges EPS-Profil)

Initiierung (Fachinformation):

Tag 1: 150 mg Äq. i.m. Deltoid

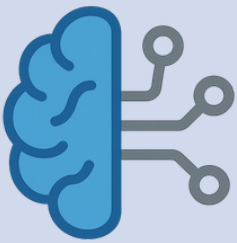
Tag 8 (± 2 Tage): 100 mg Äq. i.m. Deltoid

Ab Monat 2: 75 mg monatlich

Cave: kein orales Paliperidon nach Initiierung

Depot-Termine eingetragen, Praxis informiert.

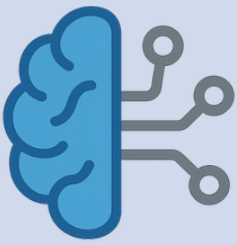




Häufige Fehler

- ✗ Clozapin ohne ≥ 2 dokumentierte Therapieversuche
- ✗ Olanzapin i.m. + Lorazepam i.m. kombiniert
- ✗ AP bei Parkinson ohne Verträglichkeitsprüfung
- ✗ QTc nicht gemessen vor Haloperidol/Ziprasidon
- ✗ Akathisie als Psychose fehlgedeutet
- ✗ Clozapin abrupt abgesetzt
- ✗ Kein Baseline-Monitoring
- ✗ Depot ohne Fachinformation-konformes Schema
- ✗ Prolaktin trotz Amenorrhö nie kontrolliert
- ✗ AP bei Demenz ohne Nutzen-Risiko-Dokumentation
Merke: Ein AP starten dauert eine Minute – die Nachsorge läuft Jahre.





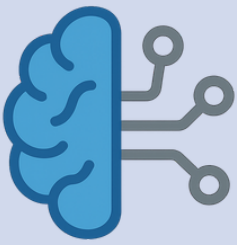
Checkliste

Vor Beginn:

- Indikation dokumentiert? Baseline-Labor + EKG?
- Aufklärung (EPS, Gewicht, Prolaktin, Compliance)? Während Therapie:
- Titration schrittweise? NW abgefragt (Akathisie!)?
- Monitoring-Termine eingetragen? Langzeit:
- Stoffwechsel, EKG, AIMS alle 6 Monate?
- Depot bei Non-Compliance besprochen?
- Clozapin-Blutbild lückenlos? Absetzen:
- Ausschleichen geplant? Rezidivrisiko besprochen?



Faustregel: Das beste AP ist das, das der Patient tatsächlich nimmt.



[psychiatrie-digital.com](https://www.psychiatrie-digital.com)

Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt



Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com

