

der Patienten die Behandlung wegen Nebenwirkungen abbrechen. Dieses neue Therapieprinzip ist aber zumindest eine Option bei Patienten, bei denen Amitriptylin nicht ausreichend wirksam war. In absoluten

Zahlen ist, wie beim chronischen Spannungskopfschmerz üblich, der therapeutische Effekt relativ gering. Daher sollten alle Patienten zusätzlich eine Verhaltenstherapie erhalten.

Quelle

Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004;62:1706-11.

Prof. Dr. med. H. C. Diener, Essen

Schizophrenie

Erfolgreiche Rezidivprophylaxe erfordert einen integrativen Therapieansatz

Für die Verhinderung von Schizophrenie-Rezidiven ist die konsequente Behandlung mit einem Neuroleptikum eine wichtige, allerdings nicht die einzige Voraussetzung. Um Bedingungen zu schaffen, die dem Remissionserhalt dienlich sind, bedarf es unter anderem einer verbesserten Koordinierung der Hilfsmöglichkeiten.

Die rückfallprophylaktische Wirkung der neuroleptischen Erhaltungstherapie bereits nach einem ersten Schizophrenie-Schub ist erwiesen. Dabei sind unter anderem mit Blick auf das Risiko irreversibler Spätdyskinesien *atypische Neuroleptika* zu bevorzugen. Sie haben zudem weniger affektive Nebenwirkungen und beeinflussen die Negativsymptomatik besser als konventionelle Neuroleptika. Patienten berichten über ein besseres subjektives Befinden. Dennoch ist die langfristige Compliance für atypische Neuroleptika nicht wesentlich höher als für konventionelle. Hier könnte der verstärkte Einsatz von *Depotpräparaten* eine Verbesserung bringen.

Die medikamentöse Therapie ist jedoch nur *ein* Baustein der Behandlung von Schizophrenie-Patienten. Dazu kommt eine Reihe von Maßnahmen wie Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Ergotherapie. Viele Institutionen sind an der Versorgung des Patienten beteiligt, neben den verschiedenen Therapeuten zum Beispiel auch Arbeitsamt, Rentenversicherungsträger und gemeindepsychiatrischer Dienst.

Die psychosozialen Folgemaßnahmen nach Erstmanifestation einer Schizophrenie wurden früher oft bereits in der Klinik eingeleitet. Inzwischen hat sich diese Aufgabe angesichts verkürzter stationärer Liegezeiten überwiegend in den ambulanten Bereich verlagert, oh-

ne dass dies entsprechend vergütet würde (z. B. keine Abrechnungsmöglichkeit für Telefonate oder für – gerade bei Schizophrenie-Patienten wichtige – Angehörigenkontakte). Erschwert wird die Aufgabe nicht selten durch Mängel bei der Kommunikation zwischen Klinik und niedergelassenem Psychiater (z. B. fehlende Information über ggf. schon eingeleitete Maßnahmen, über Arbeitsfähigkeit oder Fahrtüchtigkeit des Patienten, mangelnde Absprache zur Medikation).

Für die Patienten und ihre Angehörigen sind die komplexen Versorgungsstrukturen oft schwer durchschaubar. Wün-

schenswert ist deshalb ein „Case-Manager“ als ihr fester Ansprechpartner, der die verschiedenen Hilfsmaßnahmen koordiniert. Dies könnte zum Beispiel eine entsprechend fortgebildete Arzthelferin in der Praxis des betreuenden niedergelassenen Psychiaters sein. Zum Konzept des Case-Managements gehört weiterhin ein Patientenpass mit Basisdaten beispielsweise zu Medikation, Krankheitsverlauf und Arbeitssituation.

In Unterfranken, einer Region mit wenigen niedergelassenen Psychiatern, hat sich die „aufsuchende Pflege“ als wirksamer Rückfallschutz bewährt, eine Betreuung problematischer Patienten in ihrer gewohnten Umgebung durch Personal der Klinikambulanz, die von den Krankenkassen bezahlt wird.

Quelle

Leonore Julius, Bonn, Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg, Dr. med. Gerhard Dieter Roth, Ostfildern, Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz, Werneck, Presse-Workshop „Rückfallprophylaxe in der Schizophrenie: Eine Herausforderung für Ärzte, Patienten und Angehörige“, Aschau im Chiemgau, 6./7. Juli 2004, veranstaltet von Janssen-Cilag.

ho

Bipolare Störungen

Quetiapin in manischen und depressiven Phasen

Das atypische Neuroleptikum Quetiapin (Seroquel®) bessert die Symptome der Manie bei Patienten mit bipolarer Erkrankung bereits ab der ersten Behandlungswoche. Der Wirkstoff entfaltet darüber hinaus bei diesen Patienten auch antidepressive Wirkungen.

An einer Bipolar-I-Störung leiden rund 1,5 % der Bevölkerung, zusammen mit der Bipolar-II-Störung sind sogar 8 % der Deutschen betroffen. Doch die Erkrankung wird häufig nicht erkannt und nicht selten lange Zeit als unipolare Depression fehlagnostiziert. Damit geht wertvolle Zeit verloren, die für eine ef-

fektive Therapie und Rezidivprophylaxe genutzt werden könnte. Denn die Behandlung der bipolaren Störung folgt völlig anderen Kriterien als die Therapie der unipolaren Depression. So werden in der Phase der Manie primär Neuroleptika eingesetzt. In der Phase der bipolaren Depression kommen nach wie