

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

vor Antidepressiva zum Einsatz, doch ist dies nicht unproblematisch, da ein Switch zur Manie provoziert und eine schwer therapierbare Krankheitsform mit raschen Phasenwechsel (Rapid Cycling) gefördert werden kann.

Aktuelle Untersuchungen deuten nun an, dass Atypika wie *Quetiapin* nicht nur während der manischen Phase, sondern auch während der *bipolaren Depression* therapeutische Bedeutung haben können. Das belegt die Bolder (The Bipolar Depression)-Studie, eine multizentrische, randomisierte und Placebo-kontrollierte Doppelblindstudie, in der 542 Patienten acht Wochen lang mit 300 oder 600 mg/Tag *Quetiapin* behandelt wurden. Das Neuroleptikum bewirkte eine rasche und dauerhafte Kontrolle der Depression mit einem signifikanten Rückgang des Punktwerts in der Hamilton-Depressionskala wie auch im MADRS-Score (Montgome-

ry-Asberg Depression Rating Scale) bereits ab der ersten Behandlungswoche. Dabei besserte sich nicht allein der Gesamtscore statistisch eindeutig, sondern ebenfalls (mit Ausnahme des Appetitmangels) alle Einzel-Items einschließlich der Items „Traurigkeit, „innere Spannung“, pessimistische Gedanken“ und „Suizidalität“.

Quetiapin wurde gut vertragen, ein Switch in die Manie wurde unter der Medikation sogar seltener gesehen als unter Placebo. Als häufigste Nebenwirkung wurde Mundtrockenheit berichtet, gefolgt von einer Sedierung. Extrapyramidale Störungen traten nicht auf. Die durchschnittliche Gewichtszunahme unter der Therapie lag bei 1,6 kg und war damit niedriger als bei anderen Atypika.

Die Daten bestätigen die Erfahrungen und Studienergebnisse bei Patienten in der manischen Phase, bei denen *Que-*

tiapin ebenfalls eine rasche Symptombesserung bewirkt. Es kommt ebenso innerhalb der ersten Behandlungswoche zu einer signifikanten Reduktion der manischen Symptomatik, wobei die besonders problematischen Symptome wie Aggressionen und psychomotorische Agitation schon in den ersten Stunden nach der Medikamenteneinnahme zurückgehen. Die gute Verträglichkeit von *Quetiapin* wird durch umfassende Erfahrungen aus der Behandlung der Manie wie auch der Schizophrenie bestätigt.

Quelle

Priv.-Doz. Dr. med. Stephanie Krüger, Dresden, Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz, Schloss Werneck, Top Kolleg Medien „Klinische Effektivität in der Therapie der Schizophrenie und der Bipolaren Erkrankung“, Plankstadt, 28. September 2004, veranstaltet von Astra Zeneca.

Christine Vetter,
Köln

Psychopharmakotherapie

Arzneimitteltherapie psychischer und neurologischer Erkrankungen

Herausgeber

Prof. Dr. G. Laux (federführend), Bezirksklinikum Gabersee, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie, 83512 Wasserburg a. Inn

Prof. Dr. H.-J. Möller, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität, Nussbaumstraße 7, 80336 München

Prof. Dr. W. E. Müller, Pharmakologisches Institut, Biozentrum Niederursel, Universität Frankfurt, Marie-Curie-Str. 9, 60489 Frankfurt/M.

Prof. Dr. Heinz Reichmann, Neurologische Universitätsklinik, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Redaktion

Dr. Susanne Heinzl (verantwortlich),
Dr. Heike Oberpichler-Schwenk, Bettina Polk

Anzeigen

Anzeigenleitung: Kornelia Wind, Tel. (07 11) 25 82-245, Objektbetreuung: Karin Hoffmann, Tel. (07 11) 25 82-242, Fax (07 11) 25 82-252; Anzeigenvertretung Süd (Bayern, Baden-Württemberg): Verlagsbüro Eva Sagemüller, Lindenstr. 33, 88450 Berkheim/Illertal, Tel. (083 95) 9 28-28, Fax (083 95) 76 44. Anzeigenvertretung Nord (alle anderen Bundesländer): Kommunikation und Marketing, M. Brindöpke, Moltkestr. 19, 33330 Gütersloh, Irene Nowak, Tel. (052 41) 23 46 88-0, Fax (052 41) 23 46 88-8

Anzeigentarif: Zurzeit gültig Nr. 12 vom 1. 10. 2004

Abonnenten-Service

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 1061, D-70009 Stuttgart, Telefon (07 11) 25 82-353/352/357, Telefax (07 11) 25 82-290

Bezugsbedingungen

Die „Psychopharmakotherapie“ erscheint sechsmal jährlich. Preis im Abonnement jährlich € 68,40,-, sFr 109,40, Einzelheft € 14,-, sFr 22,40 (alle Preise jeweils zuzüglich Versandkosten). Bestellungen nehmen jede Buchhandlung im In- und Ausland sowie der Verlag entgegen. Ein Abonnement gilt, falls nicht befristet bestellt, zur Fortsetzung bis auf Widerruf. Kündigungen des Abonnements können nur zum Ablauf eines Jahres erfolgen und müssen bis 15. November des laufenden Jahres beim Verlag eingegangen sein.

Verlag: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Birkenwaldstraße 44, D-70191 Stuttgart

Verantwortlich für den Textteil: Dr. Susanne Heinzl, Birkenwaldstraße 44, D-70191 Stuttgart

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Kornelia Wind, Birkenwaldstraße 44, D-70191 Stuttgart

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Verlag haftet nicht für unverlangt eingereichte Manuskripte. Die der Redaktion angebotenen Originalbeiträge dürfen nicht gleichzeitig in anderen Publikationen veröffentlicht werden. Mit der Annahme zur Veröffentlichung überträgt der Autor dem Verlag das ausschließliche Verlagsrecht für die Zeit bis zum Ablauf des Urheberrechts. Eingeschlossen sind insbesondere auch das Recht zur Herstellung elektronischer Versionen und zur Speicherung in Datenbanken sowie das Recht zu deren Vervielfältigung und Verbreitung online und offline ohne zusätzliche Vergütung. Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des Ver-

lags in irgendeiner Form reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache übertragen werden.

Ein Markenzeichen kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlt.

Hinweis

Wie jede Wissenschaft sind Pharmazie und Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Soweit in dieser Zeitschrift Dosierungen, Applikationen oder Laborwerte erwähnt werden, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Herausgeber, Autoren und Redaktion sehr sorgfältig darauf geachtet haben, dass diese Angaben dem aktuellen Wissenstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen und Laborwerte kann von Redaktion und Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Fachinformation der verwendeten Präparate oder gegebenenfalls durch Konsultation von Spezialisten festzustellen, ob die Empfehlung für Dosierungen und die Angaben zu Indikationen und Kontraindikationen gegenüber den Angaben in der Zeitschrift abweichen. Benutzer sollten ihnen auffallende Abweichungen der Redaktion mitteilen.

© 2005 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.
Printed in F. R. Germany

Druck und buchbinderische Verarbeitung

Straub Druck + Medien GmbH,
Max-Planck-Straße 17-19, D-78713 Schramberg