

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Wirksamkeit und Verträglichkeit
von Quetiapin im klinischen Alltag.
Ergebnisse und Analyse einer
Anwendungsbeobachtung bei Patienten
mit schizophrenen und verwandten
psychotischen Störungen.**

Windhager E, Laaha U, Nirnberger G

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2006; 7 (Supplementum 1), 2-6

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025

1.–4. Juni

HANNOVER

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deiner Dege, Joseph/Karl 70
Bewertung: HFR/Battmann | Stock Adobe

Wirksamkeit und Verträglichkeit von Quetiapin im klinischen Alltag. Ergebnisse und Analyse einer Anwendungsbeobachtung bei Patienten mit schizophrenen und verwandten psychotischen Störungen

E. Windhager¹, U. Laaha², G. Nirnberger³

Ziel der Studie war es, Daten zu Wirksamkeit und Verträglichkeit von Quetiapin unter Praxisbedingungen zu sammeln und ihre klinische Relevanz zu beurteilen. Dazu wurden 1242 ambulante und stationäre Patienten in einer 6wöchigen, prospektiven, offenen, multizentrischen Studie erfaßt. Bei Kontroll- und Abschlußuntersuchungen wurden Quetiapindosis, Körpergewicht, Änderungen der Begleitmedikation, Clinical Global Impression (CGI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Nebenwirkungen und Gründe für vorzeitiges Ausscheiden aus der Studie (11 %) dokumentiert und nach Zuordnung in 4 Diagnosegruppen (ICD-10 F20–23, F25, F3x, F06.0–3), schizophrene, schizoaffektive, affektive und hirnorganische psychotische Störungen, ausgewertet. Die mittlere Quetiapin Tagesdosis bei Studienende lag bei 390 mg. Im CGI war bei knapp 70 % aller Patienten, die die Studie beendeten, ein Wechsel aus den CGI-Stufen 5–7 in den CGI-Bereich 1–4 zu beobachten, die BPRS-Summenwerte nahmen im Mittel um 24,3 Punkte signifikant ab, bei Ersterkrankten etwas deutlicher als bei Mehrfacherkrankten. Beide Gruppen zeigten eine geringe aber signifikante Gewichtszunahme von 0,5 kg trotz unterschiedlicher Ausgangswerte, größere Unterschiede wiesen Gewichtsverteilung und -entwicklung in Abhängigkeit von der Diagnose auf. Bei 25,9 % wurde eine Änderung der Begleitmedikation beobachtet. Quetiapin wurde von Patienten und Ärzten zu über 70 % als gut und sehr gut verträglich beurteilt, insgesamt fanden sich bei 6,8 % unerwünschte Begleiterscheinungen. Quetiapin stellt eine wirksame Behandlungsoption dar, die Umstellung auch unter Praxisbedingungen innerhalb einer Woche ist sicher durchführbar. Patienten mit Bewegungsstörungen profitieren besonders von einer Umstellung auf Quetiapin, das zusammen mit anderen modernen Antipsychotika in der Pharmakotherapie der Schizophrenie so früh wie möglich eingesetzt werden sollte.

Schlüsselwörter: Quetiapin, Schizophrenie, psychotische Störung, Anwendungsbeobachtung, Österreich, Wirksamkeit, Verträglichkeit

Efficacy and Tolerability of Quetiapine in Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Results and Analysis of an In-practice Evaluation Program. To evaluate efficacy and tolerability of quetiapine in the everyday clinical setting in Austria, 1242 patients were treated with quetiapine during a 6-week, prospective, open-label, multicenter naturalistic study. Dosage, body weight, concomitant medication, CGI, BPRS, adverse events and reasons for premature withdrawal from the study were documented. For evaluation, each patient was assigned to one of four diagnostic groups (ICD-10 F20–23, F 25, F3x; F06.0–3), schizophrenic, schizoaffective, affective and organic psychotic disorders. The mean daily dose of quetiapine at the end of the study was 390 mg. The concomitant medication was changed in 25.9 % of all patients. About 70 % of all patients who completed the study showed a CGI improvement from scores 5–7 (markedly to extremely ill) to scores 1–4 (not ill to moderately ill). The mean BPRS summary score decreased by 24.3 points from baseline. This decrease was slightly more pronounced in first episode patients. The tolerability of quetiapine was rated as good or very good by more than 70 % of the investigators and patients. We observed a small but statistically significant mean weight gain of 0.5 kg. 11 % of the 1242 patients did not complete the study. The overall incidence of adverse events was 6.8 %. Quetiapine is an effective option in the pharmacotherapy of schizophrenia that should be implemented early in the treatment process like other second generation antipsychotics. Particularly patients with movement disorders benefit from the switch to quetiapine, which can safely be completed in 1 week even in the everyday clinical practice. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2006; 7 (Suppl 1): 2–6.

Key words: quetiapine, schizophrenia, psychotic disorder, open study, Austria, efficacy, tolerability

In klinischen Studien mit Psychopharmaka können die untersuchten Patientengruppen aus methodischen (Ausschlusskriterien wie Verhütung, Suizidalität) oder juristischen (Informed consent, Unterbringungsgesetz) Gründen der klinischen Realität nur zum Teil entsprechen. Dies gilt besonders für Antipsychotikastudien. Von der Situation in klinischen Prüfungen unterscheidet sich die Anwendung in der täglichen Praxis, in der die Patienten in der Regel nicht mehr streng selektiert und überwacht werden.

Ziel dieser Untersuchung war es, Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Quetiapin unter Praxisbedingungen an einer großen Zahl von unselektionierten Patienten zu sammeln und ihre klinische Relevanz zu beurteilen.

Patienten und Methodik

Es handelt sich um eine 6wöchige Anwendungsbeobachtung nach dem österreichischen Arzneimittelgesetz (AMG) §2a, die in Planung, Protokoll und Durchführung im wesentlichen den Empfehlungen des deutschen Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte folgt [1]. Dies ent-

spricht einer prospektiven, offenen, multizentrischen Studie mit reinem Beobachtungscharakter, ohne Vergleichsgruppe und ohne zusätzliche, über das übliche Ausmaß hinausgehende Untersuchungen. Sponsor war der Zulassungsinhaber der untersuchten Substanz, die Firma AstraZeneca GmbH, durchgeführt wurde die Studie von 120 Fachärzten für Psychiatrie (und Neurologie) im niedergelassenen Bereich und von 152 Ärzten an Krankenanstalten.

Untersuchungsprotokoll

Nach der Therapieentscheidung für Quetiapin wurden bei der 1. Visite (=Therapiebeginn) die demographischen Daten (Initialen, Geburtsdatum, Gewicht, Größe, Geschlecht) der Patienten und die Anamnese erhoben. Diagnose nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO ICD-10 [2], Jahr der Erstdiagnose, letzte antipsychotische Behandlung und relevante Begleitmedikation wurden erfaßt. Zur Beurteilung des Zustandsbildes wurden die Clinical Global Impression Scale (CGI), eine neurologische Begutachtung, sowie die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; fakultativ) durchgeführt.

Bei einer Kontrolluntersuchung nach 1–3 Wochen und der Abschlußuntersuchung nach 6 Wochen wurden die aktuelle Dosierung von Quetiapin, Körpergewicht, Änderungen der Begleitmedikation erfaßt, CGI [3], BPRS [4] (fakultativ), neurologische Begutachtung und Nebenwirkungen dokumentiert. Im Falle eines vorzeitigen Ausscheidens der Patienten war der Grund zu erheben.

Aus der ¹Psychiatrischen Klinik Wels, der ²AstraZeneca Österreich GmbH, Wien und der ³Bioconsult GmbH, Perchtoldsdorf
Korrespondenzadresse: Dr. med. Elmar Windhager, ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Klinik Wels (Gespag), A-4600 Wels, Linzer Straße 89; E-Mail: elmar.windhager@gespag.at • www.psychiatrie-wels.at

Einschlußkriterien

Weibliche und männliche Patienten mit Schizophrenie entsprechend der zu Beginn der Studie registrierten Indikation für Quetiapin.

Ausschlußkriterien

Die in der Fachinformation angeführten „Gegenanzeigen“: Unverträglichkeit gegenüber Wirkstoff, Kombination mit Zytochrom-P-450-3A4-Inhibitoren, neurologische, interne Erkrankungen und Warnhinweise für antipsychotikaspezifische unerwünschte Wirkungen wie tardive Dyskinesien, malignes neuroleptisches Syndrom etc. waren zu beachten.

Dosierung

Nach schrittweiser Aufdosierung auf 300 mg innerhalb von 4 Tagen konnte die Behandlungsdosis im Bereich zwischen 150 mg und 750 mg/Tag angepaßt werden.

Statistische Analyse

Die bei Beginn und Verlaufskontrollen erhobenen Parameter wurden von der Firma Bioconsult deskriptiv-statistisch ausgewertet, dazu wurden Mittelwert, Standardabweichung, Median, Quartile, Minimum und Maximum oder Häufigkeiten tabelliert. Nach Überprüfung der Modellvoraussetzungen erfolgte eine statistische Analyse mittels geeigneter parametrischer bzw. nichtparametrischer Tests (abhängiger t-Test, Wilcoxon-Test, Varianzanalyse für Meßwiederholung, Friedman-Test). Die Testergebnisse und die daraus resultierenden p-Werte sind deskriptiv und nicht im Sinne des Testens statistischer Hypothesen zu interpretieren. Aufgrund des deskriptiven Charakters der durchgeführten Tests wurde keine alpha-Korrektur hinsichtlich multiplen Testens durchgeführt.

Patienten

Im Zeitraum zwischen Oktober 2000 und Februar 2003 wurden insgesamt 1242 Patienten erfaßt (Tab. 1), von denen bei 1209 zwischen einer Ersterkrankung oder Folgeepisode unterschieden (Tab. 2) und 1154 Patienten einer von 4 Diagnosegruppen zugeordnet werden konnten (Tab. 3). Die überwiegende Mehrheit der Patienten entsprach der Einschlußdiagnose Schizophrenie, es wurden dem klinischen Alltag entsprechend jedoch auch Patienten mit an-

Tabelle 1: Untersuchte – demographische Daten

	Weiblich	Männlich
n	668	542
Alter (Median)	43,9 (41,5)	39,0 (36,5)
Erste Episode	25,1 %	26,5 %
Folgeepisode	74,4 %	72,0 %
CGI-Baseline 1–4	21,1 %	18,5 %
CGI-Baseline 5–7	78,8 %	81,3 %
BPRS-Baseline	63,2	64,0
BPRS-Range	25–110	21–106

Tabelle 2: Untersuchte – Ersterkrankung, Folgeepisode

	Ersterkrankung	Folgeepisode
n	318	891
Alter (Median)	40,7 (34,9)	42,1 (39,9)
Gewicht EE (SD)	71,2 (13,1)	76,1 (15,6)
BPRS-Baseline (SD)	63,8 (13,0)	63,6 (15,7)

Tabelle 3: Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Code	n	Alter (Jahre)	Ersterkrankung (%)	BPRS
Schizophrenie	A	948	39,6	33	64,2
Schizoaffective Psychosen	B	109	41,6	16	62,5
Bipolar (n = 22) + Depression (n = 50)	C	72	47,6	42	61,3
Hirnorganische Störung + psychotische Symptome	D	25	77,6	68	62,4
Sonstige	–	76	–	–	–
Keine Angabe	–	12	–	–	–

deren Diagnosen, darunter hauptsächlich schizoaffective Psychose, dokumentiert.

Die teilweise nicht in der ICD-Nomenklatur gelisteten Diagnosen wurden den Bereichen schizophrene (ICD-10 F20–23), schizoaffective (ICD-10 F25) affektive (ICD-10 F3x) und hirnorganische Störungen (ICD-10 F06.0–3) zugeordnet.

In dieser Einteilung waren in der Gruppe D mehr als doppelt so viele Ersterkrankte als Patienten mit einer Folgeepisode und in der Gruppe B am wenigsten.

Trotz dieser Heterogenität zeigten sich in der Beurteilung der Symptomatik mittels BPRS kaum Unterschiede (Tab. 2).

Vor Einschluß in die Studie waren 318 (25,6 %) der untersuchten Patienten ohne antipsychotische Pharmakotherapie. Antipsychotika der ersten Generation (FGA, „typische“ Neuroleptika) waren bei 310 (25 %), Antipsychotika der zweiten Generation (SGA, „atypische“) bei 486 (39,1 %) und eine Kombination von FGA und SGA bei 57 (4,6 %) der Patienten Therapie vor Studienbeginn.

Ergebnis

Statistisch ausgewertet wurden die 4 Diagnosegruppen, zusätzlich erfolgten Auswertungen nach Geschlecht und nach Erstmanifestation vs. Folgeepisode.

Alle Patienten (n = 1242) erhielten Quetiapin in einer mittleren Tagesdosis (bei Studienende) von 390 mg (Median 400; SD 192,1), wobei 10 % der Patienten weniger als 200 mg, 26,5 % 200–400 mg, 49,9 % 400–700 mg und 5,8 % 700–1200 mg/Tag erhielten (Abb. 1).

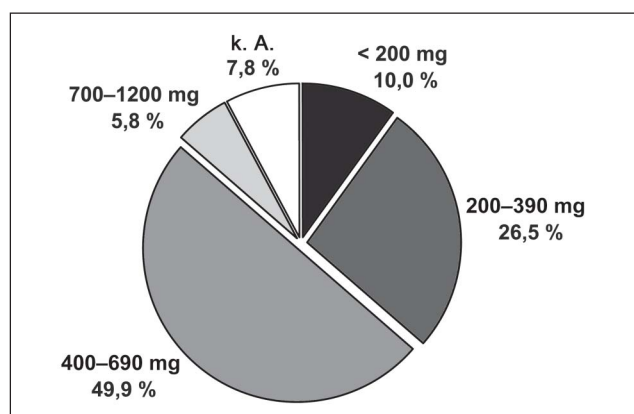


Abbildung 1: Dosisverteilung (mittlere Tagesdosis bei Studienende: 390 mg; Median 400 mg, SD 192,1)

In der Beurteilung des Behandlungserfolges mittels CGI war bei knapp 70 % aller Patienten, die die Studie beendeten, ein Wechsel aus den CGI-Stufen 5–7 in den CGI-Bereich 1–4 zu beobachten, unabhängig von Geschlecht (♀ 67,6 %; ♂ 69,6 %) oder Episode (Ersterkrankte 69,6 %; Folgepisode 68,9 %) und ähnlich auch in den 4 Diagnosegruppen (A: 60,9 %; B: 75,3 %; C: 66,6 %) mit Ausnahme der hirnganisch Erkrankten (D: 44 %).

Die BPRS-Summenwerte nahmen im Mittel um 24,3 Punkte (SD 14,7) signifikant ($p < 0,001$) ab, die Reduktion war trotz gleicher Baselinewerte bei ersterkrankten Patienten mit 25,9 etwas deutlicher als bei Patienten mit multiplen Episoden (22,5). Die größten Mittelwertdifferenzen zeigten sich bei den Items 2 (Angst), 6 (Gespanntheit), 11 (Mißtrauen, paranoide Inhalte) und 15 (ungewöhnliche Denkinhalte) (Abb. 2).

Keine Unterschiede zwischen Erst- und mehrfach Erkrankten fanden sich bei den beobachteten Gewichtsveränderungen, beide Gruppen zeigten eine geringe, aber stati-

Tabelle 4: Anteil der Patienten mit präexistierenden Bewegungsstörungen und Veränderung im Studienverlauf

EPMS	Parkinsonismus	Akathisie	Dystonie
Beginn %	24,7	16,7	11,6
Verschlechtert %	2,6	2,2	0,7
Verbessert %	18,9	14,0	8,7

stisch (Friedmann-Test; $p < 0,001$) signifikante Gewichtszunahme von 0,5 kg trotz unterschiedlicher Ausgangswerte (Patienten mit mehreren Episoden um 4,9 kg schwerer als Ersterkrankte). Deutlichere Unterschiede zeigten Gewichtsverteilung und -entwicklung in Abhängigkeit von den Diagnosegruppen (Abb. 3).

Ein signifikanter Unterschied im Behandlungsergebnis fand sich bei der Beurteilung der Symptomatik für die Gruppe der hirnganisch Erkrankten mit einer deutlich geringeren Reduktion der BPRS-Summenwerte und einer geringeren Anzahl von Patienten, die einen Wechsel von den CGI-Stufen 5–7 in einen Bereich von 4 oder weniger aufwiesen.

Bewegungsstörungen (extrapyramidalmotorische Symptome, EPMS) wurden zu Studienbeginn bei einem Teil der Patienten beobachtet und bildeten sich im Verlauf der Untersuchung deutlich zurück (Tab. 4).

Eine Änderung der Begleitmedikation gegenüber dem Studienbeginn wurde bei 322 Patienten (25,9 %) beobachtet.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) wurden für 3,7 % der Patienten beim Kontrolltermin und für 1,8 % bei Studienende erfaßt (4,5 % bzw. 9,6 % ohne Angaben). Insgesamt fanden sich bei 6,8 % aller Untersuchten unsystematisierte Anmerkungen im CRF über unerwünschte Begleiterscheinungen, wobei in einer gemeinsamen Auswertung Müdigkeit (39 von 1240 Patienten [3,1 %]) vor Gewichtsveränderungen (14 Patienten [1,1 %]) und orthostatischen Beschwerden (8 Patienten [0,6 %]) rangierte. Positive Auswirkungen auf das Sexualleben berichteten 5,8 % der Untersuchten, negative Auswirkungen 3,6 %.

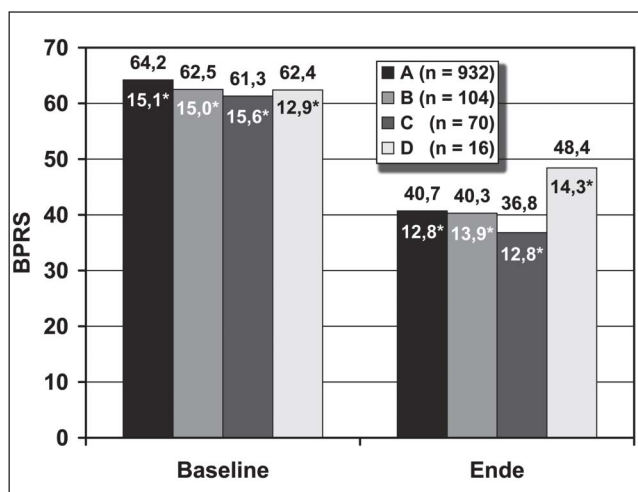


Abbildung 2: Mittlere BPRS-Summenwerte im Studienverlauf, nach Diagnosegruppen (* Standardabweichung)

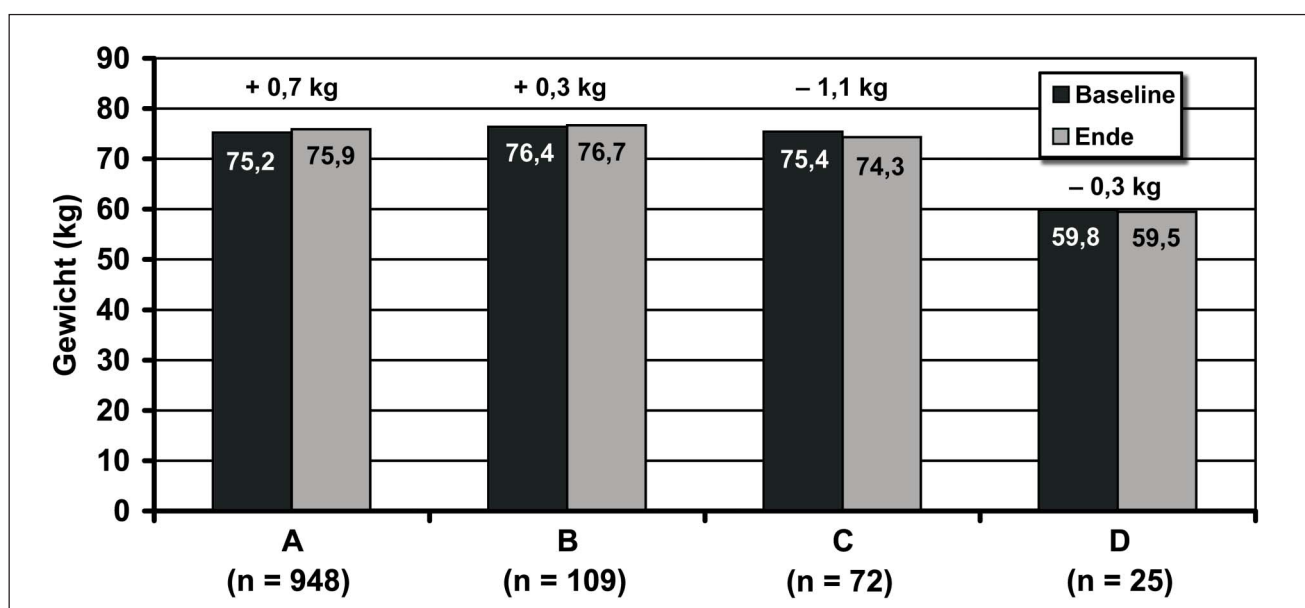


Abbildung 3: Mittlere Gewichtsveränderung nach Diagnosegruppen (A = Schizophrenie, B = Schizoaffektive Psychosen, C = Bipolar + Depression, D = Hirnganische Störung + psychotische Symptome)

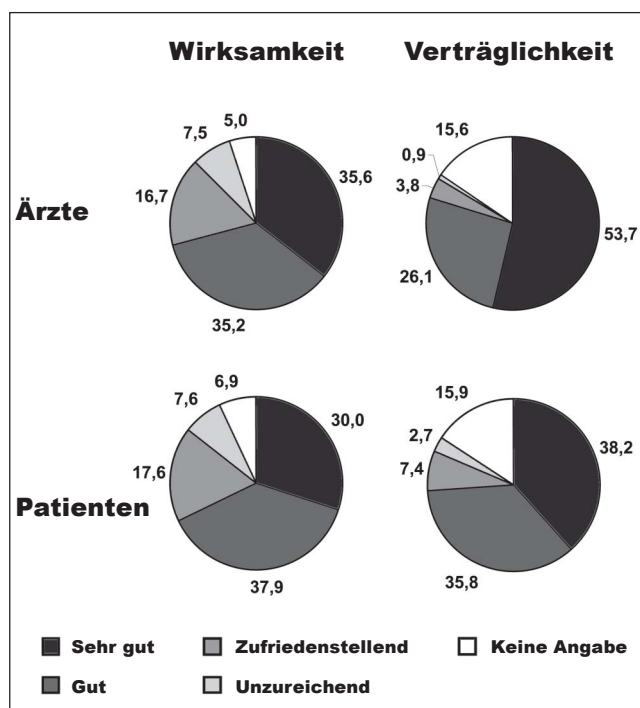


Abbildung 4: Einschätzung von Wirksamkeit und Verträglichkeit durch Ärzte und Patienten

Vorzeitig aus der Beobachtung ausgeschieden sind 136 Patienten (11,0 %; 1 % ohne Angaben), die Gründe dafür waren in 23,9 % mangelnder therapeutischer Effekt alleine und in 11,9 % verbunden mit UAW oder anderen Gründen. UAW alleine waren für 7,5 % aller Abbrüche verantwortlich, für die übrigen Abbrüche (56,7 %) wurden andere Gründe angegeben, am häufigsten vorzeitige Entlassung (35,6 %), „Lost to Follow-up“, mangelnde Compliance und Patientenwunsch (je 11,1 %) sowie Zustandsverschlechterung und Rückkehr zur früheren Medikation auf Wunsch der Patienten (je 8,9 %).

In einer abschließenden Beurteilung von Wirksamkeit und Verträglichkeit durch Patienten und Ärzte zeigte sich als konstantes Merkmal, daß Ärzte die von ihnen durchgeführte Therapie wirksamer und besser verträglich beurteilten als ihre Patienten (Abb. 4).

Diskussion

Anwendungsbeobachtungen können wichtige Informationen für den therapeutischen Entscheidungsprozeß im klinischen Alltag liefern. Dazu müssen sie aber bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, die auch von den teilnehmenden Ärzten eingehalten werden müssen [1]. In unserer AWB beobachteten wir, ungeachtet der ursprünglichen Einschlusskriterien, eine große Vielfalt an diagnostischen Formulierungen, die jene im ICD-10 gelisteten Diagnosen bei weitem überstiegen und retrospektiv 4 diagnostischen Kategorien zugeordnet werden mußten, mit allen damit verbundenen Unsicherheiten. Die ausschließliche Verwendung eines Diagnosesystems würde die „diagnostische Freiheit“ der beteiligten Ärzte und die Zahl der untersuchten Patienten vermutlich beschränken, aber dafür die Aussagekraft der Studie für die Indikation Schizophrenie erhöhen. Andererseits bildet sich in der bunten Vielfalt diagnostischer Formulierungen aber auch die klinische Realität ab, in der eine große Zahl von Patienten ohne schizo-

phrene Störung behandlungsbedürftige psychotische Symptome aufweisen. Die Beurteilung der antipsychotischen Wirksamkeit wäre möglicherweise aussagekräftiger, wenn sich die Untersuchung mittels einfacher Bewertungsinstrumente auf psychotische Symptome ungeachtet der Grunderkrankung beschränken würde. Das ist aber unter der geltenden Rechtslage so nicht durchführbar. Zudem besteht in einer AWB ein deutlicher Selektionsbias zugunsten complianter Therapieresponder, weshalb die Aussagen zur Wirksamkeit unter Berücksichtigung dieser Bedingungen zu interpretieren sind.

Im Gegensatz zur eingeschränkten Beurteilbarkeit der Wirksamkeit einer antipsychotischen Medikation bietet eine AWB die Möglichkeit, Daten zu Verträglichkeit und Compliance unter realistischen Bedingungen ohne starres Studienprotokoll zu erheben. In unserer AWB fand sich, im Unterschied zu einer Studie mit Quetiapin (CAFE) und einer weiteren mit mehreren modernen Antipsychotika (CATIE) ein mit 11 % vergleichsweise geringer Anteil von Patienten, die vorzeitig aus der Beobachtung ausschieden [5, 6]. Ein Grund dafür ist sicher in der kurzen Dauer unserer AWB zu sehen. Da aber auch Faktoren wie die Arzt-Patienten-Beziehung großen Einfluß auf die Compliance haben, darf vermutet werden, daß Studienprotokolle in randomisierten, doppelblinden, kontrollierten Untersuchungen doch mehr unerwünschte, methodisch aber schwer erfassbare Einflüsse auf die Behandlungsbereitschaft der Patienten haben können [7].

Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet hat unsere AWB die Ergebnisse der Phase-III-Studien auch im klinischen Alltag bestätigt, nämlich daß Quetiapin bei Patienten mit psychotischen Symptomen eine wirksame Therapieoption darstellt. Dabei ist die Beobachtung, daß in den Diagnosegruppen A, B und C Patienten mit erster Episode tendenziell eine größere Reduktion der Symptomatik aufwiesen als Patienten mit multiplen Episoden, eine Bestätigung für die Empfehlung, moderne Antipsychotika so früh wie möglich im Krankheitsverlauf einzusetzen. Bei der Bewertung der Verträglichkeit von Quetiapin sind keine neuen, zusätzlichen unerwünschten Wirkungen aufgetreten. Nicht überraschend ist die Beobachtung, daß sowohl Wirksamkeit als auch Verträglichkeit von den Patienten etwas zurückhaltender bewertet wurden als von den behandelnden Ärzten. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, das Patientenurteil über eine Behandlung systematisch zu erfassen, zumal dieses einen wesentlichen Einfluß auf die Compliance hat [8]. Interessant ist die Beobachtung einer, für den kurzen Zeitraum deutlichen, Gewichtszunahme in der Schizophreniegruppe, nicht aber in der Gruppe der Patienten mit schizoaffektiven Störungen und daß in der Gruppe der affektiven Erkrankungen sogar eine deutliche Gewichtsreduktion erfolgte.

Bedenklich stimmt der große Anteil von Patienten mit vorbestehenden extrapyramidal-motorischen Bewegungsstörungen (EPMS), zumal ein Viertel aller Untersuchten zu Studienbeginn ohne antipsychotische Medikation war. Der mit fast 40 % hohe Anteil von sogenannten „typischen“ Antipsychotika in der gesamten untersuchten Patientenpopulation wird damit noch größer und ist Hauptursache für die EPMS-Häufigkeit. Trotz der kurzen Beobachtungsdauer, bei der „Absetz-EPMS“, die bei Absetzten und Umstellung von typischen, hochpotenten Antipsychotika auftreten, methodisch besonders betont werden, zeigt sich sehr deutlich der Vorteil einer Umstellung auf Quetiapin.

Schlußfolgerungen

Die Ergebnisse unserer Studie lassen für zukünftige Anwendungsbeobachtungen mehrere Schlußfolgerungen zu:

1. Rekrutierung der Patienten nach einheitlichen Diagnosekriterien (ICD-10, DSM IV) oder Formulierung von symptomorientierten Einschußkriterien.
2. Prospektiv gesonderte Analyse der Patienten mit erster Episode.
3. Patienten mit schizoaffectiven Störungen sollten nicht gemeinsam mit der Schizophreniegruppe analysiert werden, da sie möglicherweise als Gruppe, auch durch die unterschiedliche Begleitmedikation, eine andere Risikoverteilung für Interaktionen und Nebenwirkungen aufweisen.
4. Patienten mit hirnanorganischen Störungen sollten mit einem gesonderten Protokoll untersucht werden, da sie sich schon zu Studienbeginn in vielen Bereichen von den primär psychiatrischen Patienten unterscheiden.

Das Ziel dieser Untersuchung, Daten zu Wirksamkeit und Verträglichkeit von Quetiapin unter Praxisbedingungen an einer großen Zahl von unselektionierten Patienten zu sammeln, wurde für die Diagnosegruppen Schizophrenie und schizoaffectiv Störungen erreicht. Unter Berücksichtigung der im ersten Absatz der Diskussion erläuterten methodischen Einschränkungen haben die Ergebnisse ausreichend klinische Relevanz für folgende Aussagen für die untersuchten Patientengruppen:

1. Quetiapin stellt eine wirksame Behandlungsoption dar. Die Umstellung auf Quetiapin ist, wie bei früheren Untersuchungen, auch unter Praxisbedingungen innerhalb einer Woche sicher durchführbar [9, 10].
2. Die Verträglichkeit von Quetiapin wird von 74 % der Patienten mit gut oder sehr gut bewertet. Das Risiko für Gewichtszunahme scheint für die verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedlich verteilt. Patienten mit extrapyramidalen motorischen Bewegungsstörungen profitieren besonders und innerhalb kurzer Zeit von einer Umstellung auf Quetiapin.

3. Moderne Antipsychotika wie Quetiapin sollten aufgrund ihrer besseren Verträglichkeit in der Pharmakotherapie dieser Erkrankungen von Beginn an oder so früh wie möglich eingesetzt werden.

Literatur:

1. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Bekanntmachung über die Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln. Empfehlung zur Planung, Durchführung und Auswertung von Anwendungsbeobachtungen. In: Hönig R, Eberhard R, Kori-Lindner C (Hrsg). Anwendungsbeobachtung. E. Habrich Verlag, Berlin, 1998; 193–9.
2. World Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, WHO, 1992.
3. National Institute of Mental Health. 12-CGI. Clinical Global Impression. In: Guy W (ed). EDCEU-assessment in psychopharmacology. Rev. ed. National Institute of Mental Health, Rockville, MD, 1970; 217–22.
4. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962; 10: 799–812.
5. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RSE, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK, for the Clinical Antipsychotic trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005; 353: 1209–23.
6. Lieberman J, McEvoy JP, Perkins D, Hamer RH. Comparison of atypicals in first-episode psychosis: a randomized, 52-week comparison of olanzapine, quetiapine, and risperidone. Eur Neuropsychopharmacol 2005; Suppl 3: S525.
7. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 228–36.
8. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2002; 36: 1121–8.
9. De Nayer A, Windhager E, Irmansyah X, Larmo I, Lindenbauer B, Rittmannsberger H, Platz T, Jones AM, Whiteford JL, Altman CA, on behalf of the SPECTRUM Study Group. Efficacy and tolerability of quetiapine in patients with schizophrenia switched from other antipsychotics. Int J Psych Clin Pract 2003; 7: 59–66.
10. Windhager E, Jones AM, Whiteford JL, Altman CA. Successful methodology for switching patients to quetiapine: a multicentre open-label trial in schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 2002; 5 (5 Suppl 1): S121, Abs P.2.W.016.

SER-06-34



Prim. Dr. med. Elmar Windhager

Studium in Wien und Graz, 1987–1992 Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (LNK Linz, LKH Enns, AKH Wels). 1995/96 interim. Leiter Psychiatrie 1 LNK, seit 1997 ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Klinik Wels.

ÖÄK-Diplome: EEG(1992); klinischer Prüfartz (1994); Psychosoziale (1996), Psychosomatische (1996) und Psychotherapeutische Medizin (2001); Genetik (2004).

Biofeedback-Therapeut ÖBfP (1995); Mitgliedschaften: ÖGPP, OeGKN, ÖBfP, ECNP

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)