



8. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

"Die vielen Gesichter der Psychiatrie im 21. Jahrhundert"



Toscana Congress,
Gmunden, OÖ
23. – 26. April 2008

Hauptprogramm



INVEGA®
PALIPERIDON

DIE NEUE THERAPIEOPTION ZUR BEHANDLUNG DER SCHIZOPHRENIE

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege

Psychiatrie, als griechisch-stämmiger Begriff, der sich von „iatros“, dem Heilkundigen herleitet, steht für die Heilkunst des Psychischen. Als psychische Krankheiten werden heute jene Formen des Krankseins verstanden, die sich in psychischen Phänomenen entäußern, unabhängig davon, ob sie nun körperlicher, psychischer und/oder sozialer Genese sind. Die Psychiatrie beschäftigt sich aber darüber hinaus auch mit jenen



körperlichen Erkrankungen - also jenen, die sich in körperlichen Symptomen manifestieren - die vorzugsweise oder zumindest schwerpunktmäßig psychischen Ursprungs sind und von vielen als psychosomatische Erkrankungen bezeichnet werden. Dementsprechend groß ist auch die Vielfalt von Erkrankungen, mit denen man sich in der Psychiatrie konfrontiert sieht. Sie reicht von der großen Gruppe der Psychosen des manisch-depressiven und schizophrenen Formenkreises, über die Gruppe der so genannten organischen Psychosen, über Reaktionsbildungen, Suchterkrankungen, somatoforme Störungen, Anfallsleiden, Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen und chronischen Schmerzsyndromen, um nur einige der wichtigsten Krankheitsgruppen zu nennen.

Untrennbar mit der Psychiatrie verbunden ist die medizinische Psychotherapie integrativer Bestandteil psychiatrischen Handelns. Therapie bedeutet aus dem Griechischen übersetzt Sorge und Pflege. Psychotherapie steht demnach für die Pflege und Sorge um das Seelische und umfasst einerseits im Bereich der Prävention die Sorge um seelisches Gesundsein und andererseits das Gesund-Pflegen des psychisch Kranken. Eine Fachdisziplin, die sich als Psychiatrie und Psychotherapie versteht, muss sich demnach sowohl mit der Prävention von psychischen Störungen wie mit der Behandlung und Pflege des psychisch kranken Menschen beschäftigen. Dabei ist der Komplexität psychischen Krankseins auch in den Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsangeboten Rechnung zu tragen; sie umfassen in der Regel psychopharmakologische, psychotherapeutische und sozial unterstützende Maßnahmen.

Im Rahmen des diesjährigen Kongresses, der den vielen Gesichtern der Psychiatrie gewidmet ist, soll der Facettenreichtum unseres Fachgebietes, das sich am Kreuzungspunkt von naturwissenschaftlichem und humanwissenschaftlichem Denken und Handeln angesiedelt findet, aufgezeigt und diskutiert werden. In diesem Zusammenhang wird vor allem auch auf die Anforderungen, die heute und morgen an die PsychiaterInnen gestellt werden, sowie deren Auswirkungen auf zukünftige Aus- und Weiterbildungsprogramme einzugehen sein. Besondere Berücksichtigung soll dabei ein sich in den letzten Jahren abzeichnender Paradigmenwechsel weg von der reinen Behandlung psychischer Krankheiten wieder hin zur Behandlung des an seinem psychischen Kranksein leidenden Menschen durch Fachkundige finden.

Zu diesem Kongress von Menschen für Menschen lade ich Sie sehr herzlich ein

Ihr

Michael Musalek
Präsident der ÖGPP



PROGRAMMKOMITEE

Michael Bach, Andreas Conca, Karl Dantendorfer, Wolfgang Fleischhacker, Wolfgang Gaebel, Christian Geretsegger, Ursula Goedl, Christian Haring, Hartmann Hinterhuber, Peter Hofmann, Marion Kalousek, Hans-Peter Kapfhammer, Siegfried Kasper, Gerhard Lenz, Michael Musalek, Angelika Rießland-Seifert, Stefan Rudas, August Ruhs, Harald Schubert, Christoph Stuppäck, Kenneth Thau, Karin Treichl, Andreas Walter, Johannes Wancata, Alexandra Whitworth, Wilhelm Wolf, Margit Wrobel.

KONGRESSORT

Toscana Congress Zentrum, Toscana Park 6, 4810 Gmunden,
Tel: 07612-66014-12, Fax: 07612-66843.

KONGRESSBÜRO**Bis zur Tagung:**

Büro der ÖGPP
Mag. Sylvia Blebann
Baumgartner Höhe 1
1145 Wien

Tel: 01-91060-11311
Mobil: 0676-3208075
Fax: 01-91060-11319
e-mail: sylvia.blebann@aon.at

Während der Tagung:

Toscana Congress, Gmunden
Frau Kerstin Gugganig
Tel: 07612/66014-0
e-mail: kerstin.gugganig@traunsee-touristik.at

Mag. Sylvia Blebann
Mobil: 0676-3208075

KONGRESSGEBÜHREN

Mitglieder	FA	110€	A	70€
Nicht-Mitglieder	FA	145€	A	110€
Institutionskarte		145€		
Tageskarte		70€		

TUTORIALS:

	1 Tutorial	2 Tutorials	3 Tutorials
Mitglieder:			
FA	100€	180€	250€
A	80€	110€	140€
Nicht- Mitglieder:			
FA	140€	250€	350€
A	100€	180€	250€

Die Kongressgebühr inkludiert Teilnahme am wissenschaftlichen Programm an drei Tagen plus Bezug der Kongressmappe, sowie die Teilnahme am Gesellschaftsabend am 25. April 2008.

Wir ersuchen um Überweisung der Teilnehmergebühr auf das Tagungskonto bei der Ersten Bank, KntNr: 031-94310, Wien, BLZ 20 111.

Bitte geben Sie auf der Überweisung den Namen des Kongressteilnehmers mit Vornamen in Blockbuchstaben an!

BEZAHLUNG AM TAGUNGSORT

Bei Bezahlung am Tagungsort erhöht sich die Gebühr um 15€.

TUTORIALS

Die Teilnehmerzahl bei den Tutorials ist beschränkt. Die Anmeldung zur Wissenschaftlichen Tagung ist Voraussetzung für den Besuch der Tutorials. Plätze werden nach Bezahlung der Gebühren verbindlich reserviert. Schriftliche Unterlagen werden zu Tagungsbeginn ausgegeben. Die Teilnahme wird mit einem Zertifikat bestätigt. Der Besuch eines Tutorials wird für das Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer mit 2 Fortbildungsstunden angerechnet. Zum Zwecke der Qualitätssicherung werden die Teilnehmer gebeten, für jedes Tutorial einen Evaluationsbogen anonym auszufüllen und bei Abholung des Zertifikats an der Registrierung im Kongresszentrum abzugeben.

DIPLOM-FORTBILDUNGSPROGRAMM DER ÖÄK

Die 8. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie wird für das Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer mit 18 Fortbildungsstunden angerechnet.

ADMINISTRATIVE SITZUNGEN

Vorstandssitzung der ÖGPP	Mittwoch, 23. April 2008, 19.30h
Beiratssitzung der Leiter der Arbeitsgemeinschaften der ÖGPP	Donnerstag, 24. April 2008, 18.30 – 20.00h, Bibliothek
Sitzung der Psychiatric Trainees	Donnerstag, 24. April 2008, 18.30 – 20.00h, Prunkraum
Fachgruppensitzung Psychiatrie	Freitag, 25. April 2008, 14.30h, Seminarraum I
AG Konsiliar/Liaisonpsychiatrie	Freitag, 25. April 2008, 15.00h, Seminarraum IV
AG State of the Art	Freitag, 25. April 2008, 15.00h, Prunkraum
Generalversammlung der ÖGPP	Samstag, 26. April 2008, 12.00h, Toscana-Saal

PROJEKTIONSMÖGLICHKEITEN

Diapositive 5x5 cm. Doppelprojektion, Overhead und Power Point sowie Video bei vorheriger Anmeldung möglich. Für Power Point-Präsentationen stehen Laptops im Kongresszentrum zur Verfügung (bitte nur die CD mitbringen!).

GESELLSCHAFTLICHES PROGRAMM

Gesellschaftsabend der ÖGPP am Freitag, 25. April 2008, 20.00h, mit Verleihung der Posterpreise und des Förderpreises der Zeitschrift Psychiatrie & Psychotherapie.
Kaltes und warmes Buffet und musikalische Unterhaltung mit DJ Willrader.

SPONSOREN

(Stand bei Drucklegung des Programmes)

AstraZeneca Österreich GmbH
 Austroplant Arzneimittel GmbH
 Boehringer Ingelheim Austria GmbH
 Bristol-MyersSquibb GesmbH
 CSC Pharma GmbH
 Eli Lilly GesmbH
 Genericon Pharma GmbH
 Germania Pharmazeutika GmbH
 GlaxoSmithKline Pharma GmbH
 Janssen Cilag Pharma GmbH
 Lundbeck Austria GmbH
 Merz Pharma Austria GmbH
 Mundipharma GesmbH
 Novartis Pharma GmbH
 Pfizer Corporation GesmbH
 sanofi - aventis GmbH
 Servier Austria GmbH
 Wyeth Lederle Pharma GmbH

13.30 – 18.00 Toscana - Saal

Schülerkongress**„Der ganz normale Wahnsinn“ - Wo verläuft die Grenze zwischen normalem und krankem Verhalten?**

Wolfgang W. Fleischhacker, Innsbruck

Adoleszenz und junges Erwachsenenalter sind Bühne für ein breites Spektrum von Erlebens- und Verhaltensweisen. Nicht immer ist es ganz einfach für direkt und indirekt Betroffene (Eltern, Mitschüler, Lehrer, etc.) dererlei bunte Muster zu verstehen oder zuzuordnen. Es gibt oft ein Wechselspiel zwischen Bagatellisierung und Dramatisierung, wenn sich bei Jugendlichen mit auffälligen Verhaltensweisen der Interpretationsrahmen von „Adoleszenzkrise“ bis hin zu psychotischen Erkrankungen spannt. Drogeninduziertes Verhalten wird ebenso häufig diskutiert.

Dieses Problemfeld soll auf der Basis aktueller Erkenntnisse normaler Entwicklungsvorgänge bzw. beginnender psychiatrischer Erkrankungen erarbeitet werden, wobei ein Schwerpunkt auf die Differenzierung zwischen akzentuierter normaler Entwicklung und behandlungsbedürftiger psychischer Störung fallen wird.

Alkohol und Cannabis - Genussmittel oder Suchtgift?

Michael Musalek, Wien

Der Stellenwert von Alkohol und Cannabis sowie deren Gefahrenpotential wurde in den letzten Jahrzehnten in der Öffentlichkeit höchst kontroversiell diskutiert. Von Befürwortern wurden beide Substanzgruppen als eher harmlos und praktisch nicht zur Sucht führend dargestellt; von Gegnern wurde ihr Gefahrenpotential hinsichtlich körperlicher, psychischer und sozialer Störungen herausgestrichen und bei Cannabis zusätzlich noch auf die Bedeutung als „Einstiegsdroge“ verwiesen. Da die meist hoch emotional vorgetragenen Beiträge weniger auf wissenschaftlichen bzw. klinische praktischen Erfahrungen sondern vorzugsweise auf vorgefassten Meinungen und Vorurteilen basieren, soll im Rahmen dieser Veranstaltung nun das uns heute zur Verfügung stehende Fachwissen zur Diskussion gestellt werden.

15.30 – 16.00 Pause

Manie- Depression - Suizid

Christoph Stuppäck, Salzburg

Bipolare Störungen beginnen sehr häufig im frühen Jugendalter. Erstmanifestationen können sowohl manische als auch depressive Episoden sein. Symptome einer Manie sind eine unangemessen gehobene Stimmung, die in unkontrollierbare Erregungen und Aggressionen münden kann, weitere Symptome sind Ideenflucht, Ablenkbarkeit, Größenideen sind sehr häufig. Schlafstörungen im Sinne eines deutlich reduzierten Schlafbedürfnisses treten auf, oft kommen auch begleitende Phasen von Substanzmissbrauch hinzu.

Depressive Episoden zeigen neben einer depressiven Verstimmtheit Antriebsdefizite, Ängste, deutlich reduziertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen im Sinne eines gestörten Durchschlafens und frühmorgendlichen Erwachens, sehr häufig dominieren auch körperliche Symptome, etwa Schmerzen, das Bild. Jede Erkrankung hängt in ihrer diagnostischen Einschätzung davon ab, wie rasch sie erkannt wird. Gerade bei Jugendlichen ist die Diagnose schwierig, u.a. durch „physiologische“ Veränderungen in diesem Lebensalter. Sorgfältige Untersuchungen, der Überblick über einen längeren Zeitraum, Außen- und Familienanamnesen sind essentiell. Die therapeutische Möglichkeiten für beide Krankheitsbilder, also Manie und Depression beinhalten medikamentöse Strategien, auch die Aspekte einer Langzeitbehandlung müssen spätestens nach einer zweiten depressiven oder manischen Episode stark berücksichtigt werden. Die Konsequenz einer Nichtbehandlung kann der Suizid sein. Junge Männer sind eine traditionell hohe Risikogruppe zum Suizid, dieses Risiko erhöht sich beim Vorliegen einer der hier besprochenen Krankheiten dramatisch, vor allem wenn eine Nichtbehandlung vorliegt. Der Vortrag wird einen Überblick über die Krankheitsbilder geben, Frühsymptome darstellen und das Problem der Suizidalität umreißen.

Umbruch Pubertät

Leonhard Thun-Hohenstein, Salzburg

Die Pubertät ist eine Zeit grundlegenden Umbruchs. Die Basis der äußerlich sicht- und erlebbaren Veränderungen bilden neurohormonelle Vorgänge, Umbauprozesse im Gehirn und die Herausforderungen der Umwelt in Familie, Schule/Beruf und sozialem Umfeld. All dies ergibt einen spannenden Cocktail an Herausforderungen und Chancen aber auch an Gefahren und Problemfeldern.

08.30 – 12.00 Toscana - Saal

Plenarveranstaltung

08.30 – 10.00 Vorsitz: Angelika Rießland- Seifert, Wien,
Margit Wrobel, Wien

Von der Wut zum Aggressionsdurchbruch
Kenneth Thau, Wien

Vom Ängstlichsein bis zur psychotischen Angst
Hans-Peter Kapfhammer, Graz

Vom Genuss zur Sucht, und zurück
Karl Mann, Mannheim

10.00 – 10.30 Pause

10.30 – 12.00 Vorsitz: Christoph Stuppäck, Salzburg,
Kenneth Thau, Wien

Akute Verwirrtheit: das Stiefkind der Psychiatrie
Peter Fischer, Wien

Schlaf und Psyche
Michael Lehofer, Graz

Psychische Störung - Risikofaktor für körperliche Krankheit
Barbara Sperner-Unterweger, Innsbruck

12.00 – 13.30 Toscana - Saal

Von der Synapse zum Menschen

mit freundlichen Unterstützung von Eli Lilly GesmbH und
Boehringer Ingelheim Austria GmbH

Vorsitz: Michael Musalek, Wien

Neurobiologie psychiatrischer Störungen
Wilhelm Kantner-Rumpelmair, Innsbruck

*Plasmaspiegelmessungen in der Psychiatrie Geisel,
Laborträumerei oder Hilfsmittel für den klinischen Alltag?*
Gerald Zernig, Innsbruck

*"Tailored therapy": Elemente eines erfolgreichen
Behandlungskonzepts*
Here Folkerts, Wilhelmshaven



Dualer Erfolg gegen Depression.

Verschreibbarkeit: Gelbe Box RE 1
Wenn mit Therapiealternativen aus
dem grünen Bereich nachweislich
nicht das Auslangen erreicht wird.



Cymbalta®
Duloxetine HCl

Weil Depression schmerzt.

Kurzfachinformation

CYMBALTA 30 (60) mg magensattresistente Hartkapseln

2. Qualitative und quantitative Zusammensetzung

Der ärztlich wirksame Bestandteil in CYMBALTA ist Duloxetin. Jede Hartkapsel enthält 30 (60) mg Duloxetin als Duloxetinhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Saccharose (Saccharose). Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete** Zur Behandlung von depressiven Episoden. Zur Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie bei Erwachsenen. **4.3 Gegenanzeigen** Überempfindlichkeit gegen den ärztlich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung von CYMBALTA mit nichtselektiven, irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.5). Lebererkrankung, die zu einer Leberfunktions Einschränkung führt (siehe Abschnitt 5.2). CYMBALTA darf nicht in Kombination mit Fluvoxamin, Cipfloxacin oder Enoxacin (d.h. starken CYP1A2-Inhibitoren) angewendet werden, da die Kombination zu einem erhöhten Plasmaspiegel von Duloxetin führt (siehe Abschnitt 4.5). Schwere Nierenfunktions Einschränkung (Kreatinin-Clearance <30 ml/min). (siehe Abschnitt 4.4). Der Beginn einer Behandlung mit CYMBALTA ist bei Patienten mit unkontrolliertem Bluthochdruck, der die Patienten der möglichen Gefahr einer hypertensiven Krise aussetzen könnte, kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8). Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antidepressiva ATC-Code: N06A.X.21.6.1 **Liste der sonstigen Bestandteile** Kapselinhalt: Hypromellose, Hypromelloseacetatsuccinat, Saccharose, Zucker-Stärke-Pellets, Talkum, Titandioxid (E 171), Triethylcitrat. Kapselhülle: 30 mg: Gelatine, Natriumdodecylsulfat, Titandioxid (E 171), Indigocarmin (E 132) Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), essbare Bedruckungstinte weiß, Essbare Bedruckungstinte grün enthält: synthetisches Eisen(II,III)-oxid (E 172), synthetisches Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Propylenglycol, Schellack. Essbare Bedruckungstinte weiß enthält: Titandioxid (E 171), Propylenglycol, Schellack, Povidon. Farbe Kapseloberteil: 30 (60) mg: undurchsichtig blau (blau) Farbe Kapselunterteil: 30 (60) mg: undurchsichtig weiß (grün) **7. INHABER DER ZULASSUNG** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen. AT 04-07174/November 2007



14.00 – 16.00 Bibliothek

Tutorial:**Bipolar affektive Erkrankungen**

Armand Hausmann, Innsbruck, Christian Simhandl, Neunkirchen

Im 1. Teil werden diagnostische Probleme und neue Sichtweisen der bipolaren Erkrankung und des bipolaren Spektrums vorgestellt. Die Akuttherapie von Manie, gemischte Episode bipolarer Depression wird anhand einiger Internationaler Therapieempfehlungsrichtlinien besprochen. Vorgangsweisen bei klinischen Problemfällen werden diskutiert.

Im 2. Teil wird der Herausforderung einer erfolgreichen Langzeitbehandlung der bipolaren Erkrankungen nachgegangen.

Es werden nicht nur die empfohlenen medikamentösen Vorgangsweisen sondern auch die Bedeutung von psychotherapeutisch-psychoedukativen Zugängen sowie deren Implementierung in den klinischen Alltag besprochen.

14.00 – 16.00 Prunkraum

Tutorial:**Schwangerschaft bei psychisch kranken Müttern: Eine psychopharmakologische Herausforderung**

Claudia Klier, Wien

Die TeilnehmerInnen bekommen Entscheidungsrichtlinien für oder gegen eine psychopharmakologische Behandlung in der Schwangerschaft. Rückfallsraten beim Absetzen wie auch Gefahren der unbehandelten Pathologie sind wichtige Entscheidungshilfen. Weiters wird erarbeitet, welche (wenigen) Medikamente wirklich problematisch sind und schon präventiv bei gebärfähigen Frauen sehr zurückhaltend eingesetzt werden sollten. Behandlungsoptionen für gibt es für alle Krankheitsbilder.

14.00 – 16.00 Toscana - Saal

Aspekte der Versorgung psychisch Kranker

(Sektion 4)

Johannes Wancata, Wien

Ein Programm gegen Stigmatisierung psychisch Kranker in Schulen

Hubert Sulzenbacher, Daniela Kohlbauer, Manuela Schenna, Ullrich Meise, Innsbruck

Schizophrenie - wann Hoffnung Sinn macht
Hans Rittmannsberger, Linz

“Personenzentrierte Wohnbetreuung” - ein Modellversuch des PSD der Caritas Region Mostviertel: erfolgreiche Vermeidung von Institutionalisierung schwer und chronisch psychisch kranker PatientInnen.

Christian Korbel, Martin Zauner, Irina Taschler, Stefan Frühwald, St. Pölten

Gerontopsychiatrische Betreuung - Wohnbetreuung im Industrieviertel NÖ

Wolfgang Grill, Wolfgang Werner, Elisabeth Gundendorfer, Hollabrunn

“Projektbericht Vollausbau PSD” an den Standorten Hollabrunn und Stockerau

Wolfgang Grill, Elisabeth Gundendorfer, Hollabrunn

Evaluation der betreuten Wohneinrichtung der Caritas St. Pölten - preliminary results

Stefan Frühwald, Daniela Bitter, Christina Korbel, Irina Taschler, St. Pölten

14.00 – 16.00 Johann-Orth-Saal

Aktuelles zu Diagnostik und Therapie der psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter

(Sektion 10)

Vorsitz: Marion Kalousek, Andreas Walter, Wien

Betreuung von Angehörigen dementer Patienten
Vorstellung des Expertenstatements der Österreichischen Alzheimer Liga

Marion Kalousek, Wien, Gerhard Fruhwürth, Eisenstadt, Antonia Croy, Wien

Stellenwert der Psychotherapie bei Alzheimer Demenz Betroffenen und deren Angehöriger

Christian Jagsch, Wels

Im Dickicht der Befangenheit: Paradigmen einer persönlichen Weiterentwicklung

Hans-Georg Zapotoczky, Graz

Pause

Spezifische Ansätze in der ambulanten Behandlung von psychiatrischen Patienten im höheren Lebensalter
Georg Psota, Wien, Brigitte Fuchs-Nieder, Graz

Fortschritte in der antidementiven Therapie
Michael Rainer, Wien

Neue Erkenntnisse bei Interaktionen, Nebenwirkungen von Psychopharmaka
Martina Anditsch, Wien, Andreas Walter, Wien

14.00 – 16.00 Seminarraum IV

Aspekte der Abstinenz. Müssen wir uns von einem Paradigma verabschieden?
(Sektion 11)

Vorsitz: Michael Musalek, Wien, Christian Haring, Hall i. T.

14.00 *Abstinenz als Form der sozialen Kontrolle*
Jann Schlimme, Hannover

14.35 *Die positiven Aspekte des Abstinenzparadigmas in der Suchtarbeit*
Reinhard Haller, Frastanz

15.10 *Abstinenz, das Hindernis in der Suchtarbeit*
Ekkehard Madlung, Hall i. Tirol

15.45 Diskussion der Beiträge

14.00 – 16.00 Seminarraum V

Vom Recht auf den eigenen Tod?
(Sektion 5)

Hartmann Hinterhuber, Innsbruck

Einführung: Theodor Meizel, Klosterneuburg

NS-Euthanasie und ihre Vorgeschichte - reflektiert als historische Bedingung der gegenwärtigen Diskussion
Eberhard Gabriel, Wien

Was kann die Philosophie zur Sterbehilfediskussion beitragen?
Elmar Waibl, Innsbruck

Wider das Vergessen: Sterbehilfe-Bestrebungen in europäischen Ländern
Hartmann Hinterhuber, Innsbruck

Diskussion

16.30 – 18.30 Seminarraum V

Die vielen Facetten der Psychotherapie. Eine Großgruppenveranstaltung

Leitung: August Ruhs, Bettina Fink, Wien

Die Psychotherapie mit ihrer Vielfalt von Menschenbildern, Gesundheits- und Krankheitskonzepten, Schulen, Methoden und Techniken, Settingvarianten, Berufsgruppen usw. soll in einer minimal-strukturierten Großgruppe mit der Methode der freien Gruppendiskussion umfassend erörtert werden

14.00 – 16.00 Cafe II

Die vielen Gesichter des Delirs aus konsiliarpsychiatrischer und psychosomatischer Sicht

Delirbehandlung am LKH Villach
Christa Rados, Villach

Delirbehandlung am AKH Wien
Martin Aigner, Wien

Delirbehandlung am LKH Graz
Hans-Bernd Rothenhäusler, Graz

Delir aus psychosomatischer Sicht
Manfred Stelzig, Salzburg

Europäische Guidelines für die Delirbehandlung
Angelika Rießland-Seifert, Wien

14.00 – 16.00 Seminarraum I

Umsetzung der und Perspektiven auf die Psychotherapieausbildung im Rahmen der neuen Facharztausbildungsordnung

(Workshop der AG Primärärzte)

Moderation: Michael Lehofer, Graz

Impulsreferate zum Thema:
Gerhard Lenz, Wien und Martin Aigner, Wien

16.00 – 16.30 Pause

16.30 – 18.30 Seminarraum I

Versorgung psychisch kranker Mütter
(Sektion 12)

The Care and Custody of Children by Mothers with Psychiatric Illness
Ian Brockington, Burlington, UK

Diskussionsrunde: Status Quo der Behandlung von psychisch kranken Müttern in Österreich



16.30 – 18.30 Bibliothek

Tutorial:**Was ist, was kann die Substitutionsbehandlung?
(was ist sie nicht, und was muss sie nicht können?)**

Ekkehard Madlung, Hall i. Tirol

Dass die Substitutionsbehandlung eine wissenschaftlich gut untersuchte, wirksame und effektive medizinische Methode zur Behandlung der Opiatabhängigkeit ist, lässt die aktuelle Diskussion zu diesem Thema in Österreich kaum erwarten. Im Gegenteil, die sehr emotional (z.T. boulevard-medial) geführte Auseinandersetzung über Missbrauch und Drogentote lässt die Behandlung zunehmend in Verruf geraten. Dabei wird auf (altbekannte) stigmatisierende Klischees von Drogenkranken (und neuerdings auch von ihren Behandlern) zurückgegriffen und staatliches Eingreifen zum Schutze der Jugend gefordert. Das Tutorial soll einen Überblick des aktuellen medizinischen Wissens geben und Standards und praktisch orientierte Handlungsanweisungen zur Erhaltungstherapie darstellen. Außerdem soll es Platz bieten, eigene Erfahrungen einzubringen und Perspektiven (auch kontroversiell) zu diskutieren. Es soll den diskreditierenden Tendenzen und negativem Image der Behandlung entgegenwirken und Interesse für die Behandlung von Drogenkranken wecken.

16.30 – 18.30 Prunkraum

Tutorial:**Leitlinien und Qualitätsstandards psychiatrischer Gutachten**

Reinhard Haller, Frastanz

Die rasanten Fortschritte der forensischen Psychiatrie haben auch im Bereich der psychiatrischen Begutachtung zur Entwicklung von Qualitätsstandards geführt. International wurde eine Reihe von formalen und inhaltlichen Kriterien, welche psychiatrische Expertisen erfüllen sollten, entwickelt und in die gutachterliche Tätigkeit und den forensischen Alltag aufgenommen. Spezielle Kriterienkataloge liegen insbesondere für Gutachtensfragen im Zusammenhang mit Beurteilungen der Schuld- bzw. Zurechnungsfähigkeit, der Prognostik, der Glaubwürdigkeit, der jugendlichen Reife sowie der Beurteilung von körperlichen und psychischen Leidenszuständen (Schmerzengeld) vor. Deren Anwendung führt nicht nur zu einer allgemeinen Anhebung des gutachterlichen Niveaus, sondern gewährleistet in einem mit hohem Ermessensspielraum ausgestatteten Bereich bessere Vereinheitlichung, höhere Transparenz des gutachterlichen Vorgehens und letztlich auch erhöhte Rechtssicherheit bei Haftungsfragen. In diesem Tutorial, das sich an alle gutachterlichen KollegInnen richtet, werden die an österreichische Verhältnisse adaptierten Leitlinien für Begutachtungen in den einzelnen Bereichen vorgestellt und formale und inhaltliche Qualitätsstandards festgelegt. Fragen über die Verwendung von speziellen forensisch-psychiatrischen Diagnoseschemata und klinischen Skalen sowie den Stellenwert testpsychologischer Untersuchungen in der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit werden erörtert. Den Abschluss bilden Erörterungen der häufigsten Fehlerquellen psychiatrischer Gutachten und Hinweise auf deren Vermeidung.

16.30 – 18.00 Toscana - Saal

**Neuronale Regelkreise und Klinische Phänomenologie**

(Sektion 2)

Andreas Conca, Rankweil

Korrelation zwischen Neurobiologie und Verhalten.
Josef Marksteiner, Eva Weiss, Innsbruck

ADHS im Erwachsenenalter: Österreichische Umfrage und soziobiologische Grundlagen
Thomas Bitriol, Olaf Rossiwall, Andreas Conca, Rankweil, Hallein

Low Resolution Brain Electromagnetic Tomography bei Chorea Huntington
Anna-Maria Painold, Peter Anderer, Bernd Saletu, Raphael Bonelli, Graz, Wien

TMS und Tinnitus: Therapeutische Neuromodulation des primären auditiven Kortex
Martin Fuchs, Maria Walpoth, Armand Hausmann, Innsbruck

Neurobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer speziellen Symptomatik
Christoph Czermak, Graz, Alexander Neumeister, New Haven, USA

16.30 – 18.00 Johann-Orth-Saal

State of The Art der Therapie von Sexualstörungen

(AG State of the Art)

Vorsitz: Michael Lehofer, Graz,
Christoph Stuppäck, Salzburg

Sexuelle Funktionsstörungen
Karin Haas, St. Radegund/Graz

Geschlechtsidentitätsstörungen
Johann Kienzl, Innsbruck

Störungen der Sexualpräferenz
Heidi Kastner, Linz

Psychopharmakogene Sexualstörungen
Christoph Egger, Salzburg

16.30 – 18.00 Seminarraum IV

Suizidalität: Prädiktion, Imitation, Intervention, Postvention

Vorsitz: Friedrich Martin Wurst und Reinhold Fartacek, Salzburg

Von der Krisenintervention in der Psychiatrischen Klinik zur bundeslandweiten Suizidprävention in Salzburg.

Ein Erfahrungsbericht
Reinhold Fartacek, Salzburg

Wie reagieren Therapeuten auf den Suizid von Patienten – Ergebnisse einer Umfrage
Friedrich Martin Wurst, Salzburg

Prävention von Imitationssuiziden durch Zusammenarbeit mit den Massenmedien in Österreich.
Thomas Niederkrotenthaler, Wien

Suizidprävention im Spannungsfeld zwischen lokalen Projekten und nationale Programmen
Christian Haring, Hall i.Tirol

18.30 – 20.00 Toscana - Saal

Aripiprazol- endlich Bipolar!

Mit freundlicher Unterstützung von Bristol-Myers Squibb

Diagnose und Pharmakotherapie der Bipolaren Erkrankung
Armand Hausmann, Innsbruck

Klinische Studiendaten zu Abilify bei Bipolarer Störung
Peter Hofmann, Graz

Abilify i.m. – eine Therapieoption für Schizophrenie und Bipolare Erkrankung?
Christian Simhandl, Neunkirchen

18.30 – 20.00 Prunkraum

Ein Jahr neue Ausbildungsordnung (FÄ für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin)

(AG Psychiatric Trainees)

Moderation: Christoph D. Veichtlbauer, Linz

Nunmehr ist es an der Zeit, die Ausbildungskonzepte der einzelnen Krankenanstaltenträger aus Sicht der Psychiatric Trainees zu vergleichen.

Wurden unsere Erwartungen erfüllt? Wie sind unsere bisherigen Erfahrungen? - offene Diskussionsrunde

Impulsreferate:

Psychotherapeutische Ausbildung im Rahmen der FachärztInnenbildung im europäischen Vergleich
Eva Weiß, Baden

Ausbildungskonzept der GESPAG – Vor-/Nachteile
Christoph D. Veichtlbauer, Linz

18.30 – 20.00 Bibliothek



Beiratssitzung der ÖGPP



Fachkurzinformation Seite 40

Heute für morgen behandeln

Mit Abilify® profitieren Ihre Patienten von Anfang an:

Wirksam

- Frühe Langzeitkontrolle psychotischer Symptome der Schizophrenie¹⁻³

Körperliche Gesundheit

- Gute Verträglichkeit in den Hauptbereichen, die für Patienten von Bedeutung sind⁴⁻⁸

Erfahrung von Patienten

- Bevorzugt von Patienten gegenüber der Vormedikation⁹⁻¹¹

Liberating the person within the patient



08.30 – 10.00 Toscana - Saal

Plenarveranstaltung

Vorsitz: Barbara Sperner-Unterweger, Innsbruck,
Michael Lehofer, Graz

Was ist eine psychosomatische Erkrankung?
Michael Bach, Steyr

Psychopathologie und Phänomenologie
Thomas Fuchs, Heidelberg

*Psychiatrie auf der Bühne der somatischen Medizin - Konsiliar-
Liaison-Psychiatrie in progress*
Angelika Rießland-Seifert, Wien

10.00 – 10.30 Pause

10.30 – 12.00 Toscana – Saal

Präsidentensymposium**Der Psychiater im 21. Jahrhundert**

Vorsitz: Michael Musalek, Wien,
Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

*Der Psychiater im 21. Jahrhundert – Herausforderungen für die
Psychiatrie in Deutschland*
Wolfgang Gaebel, DGPPN, Düsseldorf

Gesucht: der Psychiater – die Psychiaterin
Hans Kurt, SGPP, Solothurn

Psychiater im Spannungsfeld zwischen Arzt und Management
Werner Schöny, ÖGPP, Linz

12.00 – 13.30 Toscana - Saal

Behandlung der Schizophrenie: orale oder Depot-Medikation – ein Streitgespräch

mit freundlicher Unterstützung von Janssen-Cilag Pharma GmbH

Vortragende: Wolfgang W. Fleischhacker, Innsbruck
Michael Lehofer, Graz

14.00 – 15.00 Toscana - Saal

Podiumsdiskussion**Das Profil des zukünftigen Psychiaters**

Vorsitz: Michael Musalek, Wien

Diskussionsteilnehmer:
Wolfgang Fleischhacker, Innsbruck,
Wolfgang Gaebel, Düsseldorf,
Ursula Goedl, Wien,
Hans-Peter Kapfhammer, Graz
Hans Kurt, Solothurn,
Werner Schöny, Linz

15.00 – 16.00 Unteres Foyer

Postersession

Vorsitz: Susanne Lentner, Wien,
Josef Marksteiner, Klagenfurt

- __1 DIE ENTWICKLUNG EINES "KLINISCHEN PFADES" für BORDERLINESTÖRUNGEN
Jörg Auer 1, Daniela Schneider1, Hans Rittmannsberger1,
Gertraud Fribl 1, Werner Schöny 1, Ingrid Wimmer 1, Ingrid Federl 2,
Johanna Winkler 1
1 LNK Wagner Jauregg Linz, 2 GESPAG
- __2 PSEUDODEMENZ UNTER CORTISONTHERAPIE- EIN FALLBERICHT
Johanna Bacher *, T. Sowa °, Alice Skrobal °, Christian Bancher °,
Peter Stöger *
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Thermenklinikum Baden*
Neurologische Abteilung Waldviertelklinikum Horn°
- __3 PRÄVALENZ POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNGEN
NACH POLYTRAUMA - AUSWIRKUNGEN AUF DIE LEBENSQUALITÄT
UND DIE ENTWICKLUNG DEPRESSIVER UND SOZIALEN
DISSOZIATIVER SYMPTOME UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER
UNTERSTÜTZUNG SOWIE ETWAIGER CEREBRALER
LEISTUNGSMINDERUNGEN
Andreas Baranyi a, Otmar Leithgöb b, Karin Tanzer b, Herwig Peter
Hofer b, Georg Ehrlich a, Barbara Kreiner a, Hans-Bernd Rothenhäusler a,
a Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz,
b Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Medizinische Universität Graz

- __4 ANALYSE DER SPRACHE BEI CHOREA HUNTINGTON
1 Nicole Berchtold, 1 Verena Thiemann, 1 Hans - Peter Gadler,
2 Anna Katharina Hödl, 2 Hans - Peter Kapfhammer, 2 Raphael Maria Bonelli
1 Institut für Sprachwissenschaft Graz
2 Universitätsklinik für Psychiatrie Graz
- __5 KOLLEGE DR. HANNIBAL LECTER –
PSYCHIATERINNEN ALS LITERARISCHE FIGUREN IN AKTUELLER
SUSPENSE-LITERATUR
Margit Breuss, Susanne Maislinger, Renate Groß, Wilhelm Kantner-Rumplmair
Univ. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck
- __6 ETHNIZITÄT UND DEPRESSIVE SYMPTOMATIK - EINE
VERGLEICHSUNTERSUCHUNG IN ÖSTERREICHISCHEN UND
TÜRKISCHEN POPULATIONEN
Eberhard A. Deisenhammer¹, Müberra Coban-Basaran¹, Atil Mantar², Regina
Punnlechner¹, Georg Kemmler¹, TunÇ Alikin², Hartmann Hinterhuber¹
1 Univ.klinik f. Psychiatrie Innsbruck
2 Dokuz Eylül Üniversitesi Izmir
- __7 DIE SPEZIALSPRECHSTUNDE FÜR PATIENTEN MIT
SCHIZOPHRENEN STÖRUNGEN: EIN SINNVOLLES KONZEPT?
M. Edlinger, S. Baumgartner, A. Hofer, G. Kemmler, C.G. Widschwendter,
W.W. Fleischhacker,
Medizinische Universität Innsbruck, Abteilung für Biologische Psychiatrie
- __8 MYOCARDITIS UNTER CLOZAPIN
Christoph Egger, Judith Clausen, Moritz Mühlbacher, Wiebke Buschmann,
Christoph Stuppäck
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Paracelsus
Privatmedizinische Universität, Salzburg
- __9 AGGRESSION BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN
Julia C. Friedl, Cornelia Rafling, Carina M. Siegl, Karin M. Reisinger, Raphael
M. Bonelli
Univ.-Klinik für Psychiatrie, LKH Graz
- __10 PREVALENZ NIEDRIGERER ALS ERWARTETER PLASMA-SPIEGEL BEI
VORBEHANDELTEN PATIENTEN ZUM ZEITPUNKT DER STATIONÄREN
AUFNAHME
Christian Geretsegger ¹; Marina Hornsteiner ²; Kathrin Voglreiter ²;
Christoph Stuppäck ¹; Renate Stelzig ¹; Wolfgang Aichhorn ¹; Christoph
Egger ²; Gertrud Grabher-Stoeffler ³; Christoph Hiemke ⁴, Georg Kemmler
²; Alois Saria ²; Gerald Zernig ²
1 Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Salzburg
2 Univ.-Klinik für Psychiatrie Innsbruck
3 Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol
4 Univ.-Klinik für Psychiatrie Mainz
- __11 MONITORISIERTE SEDIERUNG PSYCHIATRISCHER
NOTFALLSPATIENTINNEN
Ursula Goedl, Reinhard Zeyringer,
Otto-Wagner-Spital, 2.Psychiatrische Abteilung, Wien
- __12 HOHE RESISTIN-SPIEGEL BEI ENTGIFTUNG SIND MIT EINEM
ERHÖHTEN FRÜHEN RÜCKFALLRISIKO ASSOZIIERT
Klaus Junghanns¹, Iris Graf¹, Dieter Ehrenthal¹, Christian Ziemis¹, Pridzun L3,
Maike Zöllner¹, Jutta Backhaus¹, Friedrich M Wurst²
1Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck
2Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II/Suchtmedizin,
Christian-Doppler-Klinik, PMU, Salzburg
- __13 WICHTIGKEIT UND NÜTZLICHKEIT TAGESKLINISCHER THERAPIEANGEBOTE
Gerda Kaiser, Ingrid Sibitz
Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie
- __14 DER EINFLUSS VON PSYCHOPHARMAKA AUF DIE URODYNAMIK
BEI CHOREA HUNTINGTON
Michael W. Koppitz, Karin M. Reisinger, Anna K. Hödl, Hans-Peter
Kapfhammer, Raphael M. Bonelli,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __15 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT UND
SELBSTMORDGEDANKEN BZW
SELBSTMORDVERSUCHEN BEI HOMO- UND BISEXUELLEN ERWACHSENEN
Karl Kralovec, Kurosch Yazdi, Reinhold Fartacek, Martin Plöderl;
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsprogramm
Suizidprävention am Institut für Public Health, PMU, Salzburg
- __16 FÜHRT MOBBING ZUR POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG?
IMPLIKATIONEN VON STRESSVERARBEITUNG UND PERSÖNLICHKEIT
Barbara Kreiner, Christoph Sulyok, Univ.-Doz., Dr. Hans-Bernd Rothenhäusler,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __17 MR BEI CHOREA HUNTINGTON: KORRELATION ZWISCHEN
HIPPOCAMPUSATROPHIE UND NEUROPSYCHOLOGISCHER PERFORMANCE
Markus Magnet, Michael Koppitz, Hans-Peter Kapfhammer, Raphael Maria
Bonelli, Graz
- __18 TRENDS IN DER PHARMAKOTHERAPIE DER BIPOLAREN ERKRANKUNGEN:
EIN 6-JAHRE SURVEY.
Moritz Muehlbacher¹, Christoph Egger¹, Christoph Stuppäck¹
1Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Paracelsus
Privatmedizinische Universität, Salzburg

- __19 RELIABILITÄT UND VALIDITÄT DER DEUTSCHEN VERSION DER YOUNG MANIA RATING SCALE
Moritz Muehlbacher¹, Christoph Egger¹, Patrick Kaplan¹, Christian Simhandl², Heinz Grunze³, Christian Geretsegger¹, A. Whitworth¹ und Christoph Stuppaeck¹
¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Paracelsus Privatmedizinische Universität, Salzburg,
²Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am Aö. Krankenhaus Neunkirchen
³Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig Maximilians Universität, München
- __20 DIE EXEKUTIVEN FUNKTIONEN BEI CHOREA HUNTINGTON
Nicole J. Müller, Anna K. Hödl, Bernd J. Herranhof, Raphael Maria Bonelli, Univ.-Klinik für Psychiatrie, LKH Graz
- __21 DIE VISUKONSTRUKTION DER CHOREA HUNTINGTON IM VERGLEICH ZUR PARKINSON- UND LEWY-BODY-DEMENZ
Daniela V.Otti, Anna K. Hödl, Bernd Herranhof, Hans-Peter Kapfhammer, Raphael M. Bonelli,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __22 EEG-MAPPING BEI PATIENTEN MIT CHOREA HUNTINGTON
Anna Painold¹, Peter Anderer², Anna K. Hödl¹, J. Diez³, Franz Reisecker³, Hans-Peter Kapfhammer¹, Bernd Saletu², Raphael M. Bonelli¹.
¹Universitätsklinik für Psychiatrie, Med.Uni.Graz
²Universitätsklinik für Psychiatrie, Med.Uni.Wien
³Abteilung für Neurologie, BHB Eggenberg, Graz
- __23 DIE WIRKUNG VON RISPERIDON I.M. AUF MOTORISCHE PARAMETER VON PATIENTEN MIT CHOREA HUNTINGTON
Anna Painold, Anna K. Hödl, Hans-Peter Kapfhammer, Raphael M. Bonelli.
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __24 PHILOSOPHISCHE THERAPEUTIK UND KLINISCHE PHILOSOPHIE IM ANTON PROKSCH INSTITUT WIEN
Martin Poltrum, Oliver Scheibenbogen, Ute Andorfer, Michael Musalek, Anton Proksch Institut, Wien
- __25 PSYCHIATRIE DER CHOREA HUNTINGTON: EINE LITERATURÜBERSICHT
Eva Maria Pöschl, Raphael M. Bonelli, Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __26 DER FAKTOR RELIGIOSITÄT IN DER EVIDENZ-BASIERTEN PSYCHIATRIE
Eva Maria Pöschl, Hans-Peter Kapfhammer, Raphael M. Bonelli, Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __27 SEXUALITÄT UND PARTNERSCHAFT BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN
Cornelia Rafling, Julia C. Friedl, Carina M. Siegl, Karin M. Reisinger, Raphael M. Bonelli,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __28 AGGRESSION BEI PSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNGEN: EIN VERGLEICH ZWISCHEN BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG, ANGST- UND PANIKSTÖRUNG UND SCHIZOPHRENIE
Karin M. Reisinger, Carina M. Siegl, Julia C. Friedl, Cornelia Rafling, Raphael M. Bonelli
Univ.-Klinik für Psychiatrie, LKH Graz
- __29 UNTERBRINGUNGEN UND BESCHRÄNKUNGEN PSYCHIATRISCHER PATIENTEN AUS DER REGION LINZ 2003-2006
Hans Rittmannsberger, C. Foff, , Thomas Zaunmüller,
Psychiatrie 1, OÖ LNK Wagner-Jauregg, Linz
- __30 BESSERUNG DER DEPRESSIVEN SYMPTOMATIK BEI PATIENTEN MIT LEICHTER, MITTELGRADIGER UND SCHWERER DEPRESSIVER EPISODE IN KORRELATION ZUM PLASMALEPTINSPIEGEL
Helmut Schögggl, Michael Koppitz, Jasmin Ulla, Hans- Peter Kapfhammer, Raphael Maria Bonelli,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __31 SEXUALITÄT BEI PSYCHIATRISCHEN PATIENTEN: EIN VERGLEICH ZWISCHEN BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG, ANGST- UND PANIKSTÖRUNG UND SCHIZOPHRENIE
Carina M. Siegl, Julia C. Friedl, Cornelia Rafling, Karin M. Reisinger, Raphael M. Bonelli,
Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz
- __32 NEUROPSYCHIATRISCHE AUFFÄLLIGKEITEN BEI PATIENTEN MIT CHOREA HUNTINGTON: UNTERSCHIEDLICHE WAHRNEHMUNG DER SYMPTOME DURCH PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE
Jasmin Ullah, Anna K. Hödl, Raphael M. Bonelli, Hans-Peter Kapfhammer
Universitätsklinik für Psychiatrie Graz
- __33 PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN BEHANDLUNGSSTRATEGIEN BIPOLARER STATIONÄRER PATIENTINNEN IN DEN JAHREN 2001 BIS 2004
Michaela Walpöth, Ulrike Weiss, Robert Strauß, Christine Hörtnagl, Imrich Blasko, Ayse Rösch, Michael Holzknacht, Georg Kemmler, Armand Hausmann
Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Department für Allg. Psychiatrie

- __34 AUF DER SUCHE NACH DEN „VERLORENEN“ KUNDINNEN – SECHS MONATSEVALUATION IN EINER PSYCHIATRISCHEN FACHARZTPRAXIS
Hans Windhaber, Wien 13, Martin Rettenberger, IGF, Wien
- __35 DIE BEDEUTUNG DER GENANALYSE FÜR DIE BEHANDLUNG DEPRESSIVER PATIENTEN IM KLINISCHEN ALLTAG
Johanna Winkler 1, Helene Polin 2, Christa Kubasta1, Sabine Atzmüller2, Werner Schöny 1, Christian Gabriel 2
1LNK Wagner –Jauregg Linz , 2 Blutzentrale Linz
- __36 PHOSPHATIDYLETHANOL: EIN SENSITIVER UND SPEZIFISCHER BIOMARKER IM VERGLEICH MIT GAMMA-GLUTAMYL-TRANSEPTIDASE, MITTLEREM KORPUSKULÄREN VOLUMEN UND CARBOHYDRAT-DEFIZIENTEM TRANSFERRIN
Friedrich Wurst M1, Aradottir Steina2, Marc Graf 5, Susanne Hartmann 5, Gerhard Wiesbeck A5, Natasha Thon 1*, Otto Lesch 3, Katrin Ramskogler 3, Manfred Wolfersdorf 4, Christer Alling 2
1 Christian-Doppler-KliniK, Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie II, Salzburg, Österreich
2 Department of Medical Neurochemistry, Lund, Sweden
3 Psychiatrische Universitätsklinik, Wien, Österreich
4 Bezirkskrankenhaus, Bayreuth, Deutschland
5 Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz
* presenting author
- __37 MEASUREMENT OF DIRECT ETHANOL METABOLITES SUGGESTS HIGHER RATE OF ALCOHOL USE AMONG PREGNANT WOMEN THAN FOUND WITH THE AUDIT – A PILOT STUDY IN A POPULATION-BASED SAMPLE OF SWEDISH WOMEN.
Friedrich Martin WURST 1, 5 , Erika KELSO2, Wolfgang WEINMANN3, Fritz PRAGST4, Natasha THON1*, Michel YEGLES6, Inger SUNDSTRÖM POROMAA2
1 Christian-Doppler-Clinic, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria
2 Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden
3 Institute of Legal Medicine, Forensic Toxicology, University Hospital, Freiburg, Germany
4 Institute of Legal Medicine, Humboldt-University, Berlin, Germany
5 Psychiatric University Clinic, Basel, Switzerland
6 Laboratoire National de Santé, Toxicology, Université du Luxembourg, Luxembourg
* presenting author

- __38 GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE IN GHRELINSPIEGELN BEI ALKOHOLABHÄNGIGEN PATIENTEN UND UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ALKOHOLIKERN UND GESUNDEN KONTROLLEN
Friedrich Wurst M1,4, Iris Graf 2, Hans Ehrenthal D2, Natasha Thon 1*, Silvia Klein 2, Jutta Backhaus 2, Sebastian Blank 2 , Marc Graf 4, Lutz Pridzun 3, Gerhard Wiesbeck A4, Klaus Junghanns 2
1Christian-Doppler-KliniK, Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie II, Salzburg, Österreich
2Psychiatrie und Psychotherapie, Universität von Lübeck, Deutschland
3Mediagnost Inc, Reutlingen, Deutschland
4 Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz
* presenting author
- __39 LEPTIN - EIN TRAIT MARKER FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT?
Friedrich Martin Wurst 1,4,Iris Graf 2, Hans Ehrenthal D2, Silvia Klein 2, Jutta Backhaus 2, Sebastian Blank 2, Marc Graf 1, Natasha Thon 4*, Lutz Pridzun 3, Gerhard Wiesbeck A1, Klaus Junghanns 2
1Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz
2Psychiatrie und Psychotherapie, Universität von Lübeck, Deutschland
3Mediagnost Inc, Reutlingen, Deutschland
4Christian Doppler Klinik, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Salzburg, Österreich
*presenting author
- __40 ALKOHOLKONSUM BEI METHADONSUBSTITUIERTEN OPIATABHÄNGIGEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DES HEPATITIS C STATUS
Friedrich Wurst M1,4, Ken Dürsteler-MacFarland M4, Volker Auwaerter 3, Ergovic S4, Natasha Thon 1*, Michel Yegles 2, Claudia Halter 3, Wolfgang Weinmann 3, Gerhard Wiesbeck A4
1 Christian-Doppler-Klinik, Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie II, Salzburg, Österreich
2 Laboratoire National de Santé, Toxicologie, Université von Luxemburg, Luxemburg
3 Institut für Rechtsmedizin, Forensische Toxikologie, Universitätsklinikum, Freiburg, Deutschland
4 Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz
*presenting author
- __41 OLANZAPINPLASMASPIEGEL BEI GESTILLTEN KINDERN
Kuroschi Yazdi, Wolfgang Aichhorn, Christian Geretsegger, Christoph Stuppäck
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Paracelsus Privatmedizinische Universität, Salzburg

16.00 – 16.30 Pause

16.30 – 18.30 Bibliothek

Tutorial:**Die Behandlung des Alkoholismus
Neue Daten – Neue Ansätze**

Karl Mann, Mannheim

Ein Update zu Forschungsergebnissen der Neurobiologie des Alkoholismus und zu aktuellen Fortschritten in der Behandlung des Alkoholismus

Die Teilnehmer dieses Tutorials werden etwas über neue Forschungsergebnisse der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Behandlung der Alkoholabhängigkeit erfahren gefolgt von einem Überblick über Prävalenzraten und diagnostische Kriterien wobei zwischen Abhängigkeit, schädlichem Gebrauch und riskantem Konsum unterschieden wird. Neurobiologische Forschungsergebnisse weisen auf dispositionale Faktoren einschl. Neuroadaption und Sensibilisierung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit hin. Der Kursteil zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit beinhaltet eine Diskussion zur Pharmakotherapie des Alkoholentzugs sowie die Grundprinzipien der medikamentösen Behandlung von Alkoholabhängigen mit Anticraving-Substanzen. Weiterhin werden neue Ansätze der Psychotherapie wie z. B. die „Alkoholspezifische Psychotherapie“ umrissen.

16.30 – 18.30 Toscana - Saal

**Psychiatrische Aus- und Weiterbildung im
21. Jahrhundert**

(Sektion 1)

Martin Aigner, Wien

*Die aktuelle Ausbildungsordnung für den Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie in Österreich*
Martin Aigner, Wien

PSY-III für Ausbildungsassistenten für Psychiatrie in Linz
Werner Schöny, Michael Bach, Helga Mezgolic, M. Oberreiter,
Anton Tölk, "gespag" - Gesundheits- und Spitals AG

Psychotherapeutische Medizin an der Donauuniversität Krems
Maria Rohrhofer, Krems

Psychostrukturelle Veränderung: Therapieziel im 21. Jahrhundert?
Peter Schuster und Melitta Fischer-Kern, Wien

*Welche Psychotherapie braucht die Psychiatrie?*Elisabeth Wagner, Psychiatrische Leitung Justizanstalt
Favoriten, Wien

*Das Bild des Psychiaters in der UEMS (Union Europäischer
Fachärzte, Sektion Psychiatrie)*
Gerhard Lenz, Wien

16.30 – 18.00 Johann-Orth-Saal

Begegnungen in der Psychiatrie

(Sektion 14)

Vorsitz: Christian Haring, Hall i.Tirol,
Michael Musalek, Wien

Martin Buber und das psychiatrische Gespräch
Sigrun Rossmannith, Wien

Vom Interview zum diagnostischen Dialog
Michael Musalek, Wien

Patient, Kunde oder Mensch?
Roland Winter, Hall i. Tirol

16.30 – 18.00 Prunkraum

**Prognostik im Rahmen des Unterbringungsverfahrens
und des Strafgerichtsverfahrens**Vorsitz: Christian Geretsegger, Salzburg,
Regina Prunnlechner, Innsbruck16.30 – 17.20 *Was hilft bei der Einschätzung der Suizidalität im Rahmen der
Unterbringung?*Reinhold Fartacek, Martin Plöderl, Uschi Aistleitner, Clemens
Fartacek, Salzburg17.20 – 18.10 *Risikoeinschätzung bei psychisch Kranken*

Norbert Nedopil, München

Anschl. administrative Sitzung der beiden Arbeitsgruppen

16.30 – 18.00 Seminarraum I

Was braucht die Psychiatrie im Allgemeinspital?

(AG Psychiatrie im Allgemeinspital)

Vorsitz: Margit Wrobel, Wien

Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Kooperation und Abgrenzung

Josef Marksteiner, Klagenfurt

Fachärztemangel in der Psychiatrie

Rainer Gross, Hollabrunn

Unterschiede in der extramuralen Versorgung in OÖ

Christoph Silberbauer, Vöcklabruck

Bettenmessziffern im internationalen Vergleich

Christian Spaemann, Braunau

Wovon profitiert das Allgemeinspital, was ist der Beitrag der Psychiatrie?

Alex Blaicher, Vöcklabruck

Sicht der Angehörigen

Edwin Ladinser, HPE, Wien

18.30 – 20.00 Toscana - Saal

Bipolare Erkrankungen

Historie - Diagnose - Therapie

Mit freundlicher Unterstützung von AstraZeneca Österreich

Vorsitz: Christoph Stuppäck, Salzburg

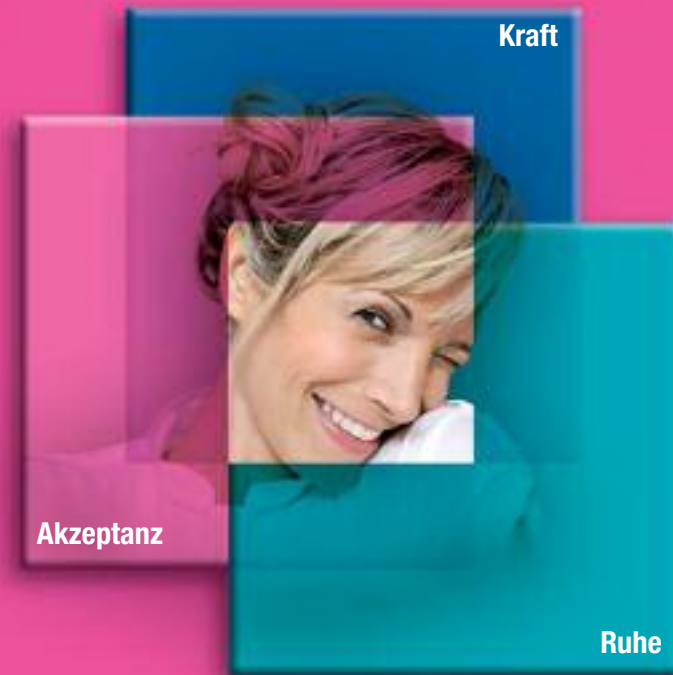
Historie: Paul Hoff, Zürich

Diagnose: Gabriele Sachs, Wien

Therapie: Moritz Mühlbacher, Salzburg

Ab 20.00

Gesellschaftsabend



aller guten Dinge sind drei

multidimensionale Wirkung für multidimensionale Erkrankungen

Seroquel® verbessert auf drei Wirkungsebenen - physisch/mental, emotional und sozial - die drei wichtigsten Dimensionen des Lebens von Patienten mit **Schizophrenie** oder **Bipolarer Manie**.¹⁻⁵⁾

08.30 – 12.00 Toscana - Saal

Plenarveranstaltung

08.30 – 10.00

Vorsitz: Hartmann Hinterhuber, Innsbruck
Siegfried Kasper, Wien

*“Psychiatrie - Verwaltung - Politik“
Die Stellung der Psychiatrie im Gesundheitswesen.
Stephan Rudas, Wien*

*Die Rolle der Rehabilitation in der Betreuung psychisch Kranker
Karl Dantendorfer, Wien*

*Forensische Psychiatrie im Wandel
Norbert Nedopil, München*

10.00 – 10.30 Pause

10.30 – 12.00

Vorsitz: Hans-Peter Kapfhammer, Graz
Michael Musalek, Wien

*Biologische Grundlagen der Psychopharmakabehandlung
Siegfried Kasper, Wien*

*Psychotherapie in der Psychiatrie und
Psychiatrische Psychotherapie
Michael Linden, Berlin*

*Integrierte Behandlung in der Psychiatrie am Beispiel
der Schizophrenie
Wolfgang W. Fleischhacker, Innsbruck*

Ab 12.00

Generalversammlung der ÖGPP



SCHACH DER ALZHEIMER DEMENZ!



Fachkurzinformation Seite 42

Aricept® 1x täglich ist der entscheidende Zug für die Zukunft Ihrer Alzheimer Patienten. Denn soziale Integration und Selbständigkeit braucht rechtzeitige und anhaltende Therapie. Darum – Intelligenz gegen Alzheimer Demenz.



Wir arbeiten an unserer Verantwortung





**BIPOLARE
STÖRUNG**

Ich dachte, ich könnte etwas verpassen.

**Mit ZYPREXA® habe ich
wieder mehr Kontrolle.**

Mit Zyprexa® können Sie Ihre Patienten langfristig stabilisieren
und wieder ins Leben zurückführen.^{1,2,3}

**In internationalen Therapie-
richtlinien als 1. Wahl zur Pha-
senprophylaxe empfohlen
(CANMAT, NICESM)**

- Aigner M., Seite 19, 32
Anditsch M., Seite 18
Auer J., Seite 25
Bach M., Seite 24
Bacher J., Seite 25
Baranyi A., Seite 25
Berchthold N., Seite 26
Bitriol T., Seite 21
Blaicher A., Seite 34
Breuss Margit, Seite 26
Brockington I., Seite 19
Czermak C., Seite 21
Dantendorfer K., Seite 36
Deisenhammer E.A., Seite 26
Edlinger M., Seite 26
Egger C., Seite 21, 26
Fartacek R., Seite 21, 33
Fink B., Seite 18
Fischer P., Seite 14
Fischer-Kern M., Seite 32
Fleischhacker W.W., Seite 12, 24, 25, 36
Folkerts H., Seite 14
Friedl J.C., Seite 26
Frühwald S., Seite 17
Fuchs M., Seite 21
Fuchs T., Seite 24
Gabriel E., Seite 18
Gaebel W., Seite 24, 25
Geretsegger C., Seite 26, 33
Goedl U., Seite 25, 27
Grill W., Seite 17
Gross R., Seite 34
Haas K., Seite 21
Haller R., Seite 18, 20
Haring C., Seite 18, 22, 33
Hausmann A., Seite 16, 22
Hinterhuber H., Seite 18, 36
Hoff P., Seite 34
Hofmann P., Seite 22
Jagsch C., Seite 17
Jungmanns K., Seite 27
Kaiser G., Seite 27
Kalousek M., Seite 17
Kantner-Rumpelmair W., Seite 14
Kapfhammer H.-P., Seite 14, 25, 36
Kasper S., Seite 36
Kastner H., Seite 21
Kienzl J., Seite 21
Klier C., Seite 16
Koppitz M.W., Seite 27
Korbel Ch., Seite 17
Kralovec K., Seite 27
Kreiner B., Seite 27
Kurt H., Seite 24, 25
Ladinsner E., Seite 34
Lehofer M., Seite 14, 21, 24
Lentner S., Seite 25
Lenz G., Seite 19, 33
Linden M., Seite 36
Madlung E., Seite 18, 20
Magnet M., Seite 27
Marksteiner J., Seite 21, 25, 34
Mann K., Seite 14, 32
Meise U., Seite 16
Meiszel T., Seite 18
Musalek M., Seite 12, 14, 18, 24, 25, 33, 36
Mühlbacher M., Seite 27, 28, 34
Müller N., Seite 28
Nedopil N., Seite 33, 36
Niederkroenthaler T., Seite 22
Otti D., Seite 28
Painold A.-M., Seite 21, 28
Poltrum M., Seite 28
Pöschl E. M., Seite 28
Prunnlechner R., Seite 33
Psota G., Seite 18
Rados C., Seite 19
Rafling C., Seite 29
Rainer M., Seite 18
Reisinger K.M. Seite 29
Rießland – Seifert A., Seite 14, 19, 24
Rittmannsberger H., Seite 17, 29
Rohrhofer M., Seite 32
Rossmanith S., Seite 33
Rothenhäusler H.-B., Seite 19
Rudas S., Seite 36
Ruhs A., Seite 18
Sachs G., Seite 34
Schlimme J., Seite 18
Schöggl H., Seite 29
Schöny W., Seite 24, 25, 32
Schuster P., Seite 32
Siegl C., Seite 29
Silberbauer c., Seite 34
Simhandl Christian, Seite 16, 22
Spaemann C., Seite 34
Sperner-Unterweger B., Seite 14, 24
Stelzig M., Seite 19
Stuppäck C., Seite 13, 14, 21, 34
Thau K., Seite 14
Thun-Hohenstein L., Seite 13
Ullah J., Seite 29
Veichtlbauer C., Seite 22
Wagner E., Seite 33
Waibl E., Seite 18
Walpoth M., Seite 29
Walter A., Seite 17
Weiss E., Seite 20
Weiß Eva, Seite 22
Windhaber H., Seite 30
Winkler J., Seite 30
Winter R., Seite 33
Wrobel M., Seite 14, 34
Wurst F.M., Seite 21, 30, 31
Yazdi K., Seite 31
Zapotoczky H.-G., Seite 17
Zernig G., Seite 14



Fachkurzinformation Seite 42

Lilly

ZYPREXA®
Olanzapin
PERSPEKTIVEN FÜR DAS LEBEN

INVEGA® Fachkurzinformation

Bezeichnung des Arzneimittels: INVEGA 3mg/6mg/9mg/12mg Retardtabletten
Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Retardtablette enthält 3mg/6mg/9mg/12mg Paliperidon. Sonstige Bestandteile: Jede 3 mg Tablette enthält 13,2 mg Lactose. **3 mg Tablette: Überzogener Tablettenkern:** Macroglol 200 000, Natriumchlorid, Povidon (K29-32), Stearinsäure (Ph.Eur.), Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.) E321, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O E172, Macroglol 7 000000, Eisen(III)-oxid E172, Hyetellose, Macroglol 3350, Celluloseacetat. **Farblack:** Hypromellose, Titandioxid E171, Lactose-Monohydrat, Triacetin, Carnaubawachs. **Drucktinte:** Eisen(II,III)-oxid E172, Propylenglycol, Hypromellose. **6 mg Tablette: Überzogener Tablettenkern:** Macroglol 200 000, Natriumchlorid, Povidon (K29-32), Stearinsäure (Ph.Eur.), Butylhydroxytoluol, (Ph.Eur.) E321, Macroglol 7 000 000, Eisen(III)-oxid E172, Hyetellose, Macroglol 3350, Celluloseacetat. **Farblack:** Hypromellose, Titandioxid E171, Macroglol 400, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O E172, Eisen(III)-oxid E172, Carnaubawachs. **Drucktinte:** Eisen(II,III)-oxid E172, Propylenglycol, Hypromellose. **9 mg Tablette: Überzogener Tablettenkern:** Macroglol 200 000, Natriumchlorid, Povidon (K29-32), Stearinsäure (Ph.Eur.), Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.) E321, Macroglol 7 000 000, Eisen(III)-oxid E172, Eisen(II,III)-oxid E172, Hyetellose, Macroglol 3350, Celluloseacetat. **Farblack:** Hypromellose, Titandioxid E171, Macroglol 400, Eisen(III)-oxid E172, Carnaubawachs. **Drucktinte:** Eisen(II,III)-oxid E172, Propylenglycol, Hypromellose. **12 mg Tablette: Überzogener Tablettenkern:** Macroglol 200 000, Natriumchlorid, Povidon (K29-32), Stearinsäure (Ph.Eur.), Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.) E321, Macroglol 7 000 000, Eisen(III)-oxid E172, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O E172, Hyetellose, Macroglol 3350, Celluloseacetat. **Farblack:** Hypromellose, Titandioxid E171, Macroglol 400, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O E172, Carnaubawachs. **Drucktinte:** Eisen(II,III)-oxid E172, Propylenglycol, Hypromellose. **Anwendungsbereiche:** INVEGA ist indiziert zur Behandlung der Schizophrenie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, gegen Risperidon oder gegen einen der sonstigen Bestandteile. **ATC-Code:** N05AX13. **Rezept- und apothekenpflichtig. Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen sowie Hinweisen betreffend Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** Juni 2007

FACHKURZINFORMATION

ABILIFY 5 mg Tabletten
ABILIFY 10 mg Tabletten
ABILIFY 15 mg Tabletten
ABILIFY 30 mg Tabletten
ABILIFY 10 mg Schmelztabletten
ABILIFY 15 mg Schmelztabletten
Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika, **ATC-Code:** N05AX12
QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG
 Jede Tablette enthält 5mg / 10mg / 15mg / 30mg Aripiprazol.
 Jede Schmelztablette enthält 10mg / 15mg Aripiprazol.

Sonstige Bestandteile:
Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat
5mg Tabletten: Indigocarmin, Aluminiumsulfat (E132) / 10 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172 / 15 mg Tabletten: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) / 30 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172.
Schmelztabletten: Calciumtrimetasulfat, Croscarmellose-Natrium, Crospovidon, Siliciumdioxid, Xylitol, Mikrokristalline Cellulose, Aspartam (E951), Acesulfam-Kalium, Vanille-Aroma künstlich (enthält Vanillin und Ethylvanillin), Weinsäure, Magnesiumstearat
 10 mg Schmelztablette: Eisen(III)-oxid (E 172), 15 mg Schmelztabletten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172)

ANWENDUNGSGEBIETE
 ABILIFY ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt.
GEGENANZEIGEN
 Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile.

PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER
 Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.
 Hunton House Highbridge Business Park, Oxford Road
 Uxbridge - Middlesex UB8 1HU - Vereinigtes Königreich
VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT
 NR, apothekenpflichtig.
 Weitere Angaben zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

- Referenzen:**
1. Potkin SG et al. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 681-690.
 2. Kasper S et al. Int J Neuropsychopharmacology 2003; 6: 325-337.
 3. Kern RS et al. Psychopharmacol 2006; 187: 312-320.
 4. McQuade RD et al. J Clin Psychiatry 2004; 65(suppl 18): 47-56.
 5. Kane JM et al. J Clin Psychiatry 2002; 63: 763-771.
 6. Hanssens L et al. Poster presented at the American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (NR361)
 7. Hanssens L et al. American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (Abs 361)
 8. Pigott TA et al. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1048-1056.
 9. Kerwin R et al. American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (Abs 929)
 10. Hanssens L et al. Poster presented at the American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (NR360)
 11. Hanssens L et al. Poster presented at the AEP 14th European Congress of Psychiatry, Nice, France, March 4-8, 2006.

Citalopram Genericon 20 mg Filmtabletten, Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Filmtablette enthält 24,89 mg Citalopramhydrobromid, entsprechend 20 mg Citalopram. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Episoden einer Major Depression. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Citalopram oder einem anderen Bestandteil, Citalopram darf Patienten, die gleichzeitig MAO- (Monoamino-Oxidase-) Hemmer erhalten einschließlich Selegilin in täglichen Dosen, die 10 mg überschreiten, nicht gegeben werden. Citalopram darf erst 14 Tage nach Absetzen eines irreversiblen MAO-Hemmers gegeben werden. Nach Absetzen eines reversiblen MAO-Hemmers (RIMA) muss die in der entsprechenden Fachinformation des RIMA vorgeschriebene Zeit eingehalten werden. Eine Therapie mit MAO-Hemmern darf erst 7 Tage nach Absetzen von Citalopram begonnen werden. Es wurde über schwerwiegende und manchmal fatale Nebenwirkungen berichtet bei Patienten die einen SSRI in Kombination mit einem MAO-Hemmer einschließlich dem selektiven MAO-Hemmer Selegilin und dem reversiblen MAO-Hemmer Moclobemid erhielten, die kurz nach dem Absetzen eines SSRI mit einer MAO-Hemmer Behandlung begonnen haben. In seltenen Fällen ähnelten die Symptome einem Serotonin-Syndrom. Zu den Symptomen einer Interaktion mit MAO-Hemmern zählen: Hyperthermie, Rigidität, Myoklonien, Instabilität des vegetativen Nervensystems mit möglicherweise akuten Veränderungen der vitalen Zeichen, Veränderungen des Geisteszustandes einschließlich Bluthochdruck, Erregbarkeit sowie extreme Agitiertheit, die zu Delir und Koma führen kann. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Schwangerschaft: Es gibt nur begrenzte Daten zur Anwendung von Citalopram bei schwangeren Frauen. Studien an Ratten zeigten teratogene Wirkungen bei hohen maternale-toxischen Dosen (siehe 5.3 „Präklinische Daten zur Sicherheit“). Das potentielle Risiko beim Menschen ist nicht bekannt. Citalopram sollte in der Schwangerschaft nur bei eindeutiger Notwendigkeit angewendet werden. Stillzeit: Citalopram geht in geringen Mengen in die Muttermilch über. Die Vorteile des Stillens sollten gegen die potentiellen Nebenwirkungen auf das Kind abgewogen werden. **NR, apothekenpflichtig, OP zu 14 und 30 Stk.**

Risperidon Genericon 1 mg Filmtabletten, Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 1 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Risperidon Genericon ist zur Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, wie Erstermanifestationen, akute Exazerbationen und chronische Schizophrenie sowie andere psychotische Zustände, bei denen positive Symptome (wie Halluzinationen, Wahn und Wahnideen, Denkstörungen, Feindseligkeit, Misstrauen) und/oder negative Symptome (wie Affektverarmung, emotionale und soziale Isolation, Sprachverarmung, Depression, Schuld- und Angstgefühle) vorherrschend sind, indiziert. Langzeittherapie als Rückfallprophylaxe (akute Exazerbationen) bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Zusätzlich ist Risperidon Genericon zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Patienten mit Demenz nur indiziert, wenn Symptome auftreten, die den Patienten selbst oder seine Umwelt gefährden und durch andere Maßnahmen nicht zu beherrschen sind. Risperidon Genericon ist zur Behandlung der Manie bei bipolaren Störungen indiziert. Diese Episoden werden durch Symptome wie angehobene, expansive oder schwankende Stimmung, gesteigerte Selbsteinschätzung, vermindertes Schlafbedürfnis, beschleunigte Sprache und Gedankenablauf, ungeordnete oder fehlende Entscheidungsfähigkeit, unangemessenes oder aggressives Verhalten charakterisiert. Risperidon Genericon ist indiziert zur Behandlung von Anpassungsstörungen und anderen unangenehmen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Funktionen und geistiger Zurückgebliebenheit, bei denen destruktive Verhaltensweisen (zum Beispiel aggressives, impulsives und eigengefährdendes Verhalten) vorherrschen. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Präparates. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Über die Anwendung von Risperidon in der Schwangerschaft liegen keine Erfahrungen vor. Daher sollten während der Schwangerschaft die Vorteile einer Behandlung gegen die Risiken sorgfältig abgewogen werden. Es wurde gezeigt, dass Risperidon und 9-Hydroxy-Risperidone auch in die menschliche Muttermilch ausgeschieden werden. Daher sollte während der Anwendung von Risperidon Genericon nicht gestillt werden. **Rezept- und apothekenpflichtig, OP zu 10 und 60 Stk.**

Lamotrigin Genericon 100 mg lösliche Tabletten, Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 lösliche Tablette enthält 100 mg Lamotrigin. **Anwendungsgebiete:** I. Epilepsie: Erwachsene und Jugendliche: Monotherapie der fokalen Epilepsien mit oder ohne Generalisation primär generalisierter Epilepsien. Zusatzbehandlung bei fokalen Epilepsien mit oder ohne Generalisation, primär generalisierten Epilepsien, die in Verbindung mit dem Lennox-Gastaut-Syndrom auftreten und mit Kombinationen anderer zur Verfügung stehender Antiepileptika nicht ausreichend behandelt werden können. Kinder von 2 bis 12 Jahren: Zusatzbehandlung bei fokalen Epilepsien mit oder ohne Generalisation, primär generalisierten Epilepsien, einschließlich tonisch-klonischer Anfälle, Anfällen, die in Verbindung mit dem Lennox-Gastaut-Syndrom auftreten und mit Kombinationen anderer zur Verfügung stehender Antiepileptika nicht ausreichend behandelt werden können. Die erstmalige Anwendung dieses Arzneimittels sollte nur durch einen Neurologen oder einen Kinderneurologen, der mit der Behandlung von Epilepsien vertraut ist, erfolgen bzw. dieses Arzneimittel ist für den Gebrauch in neurologischen Abteilungen oder vergleichbaren Abteilungen vorgesehen. II. Bipolare Störung: Erwachsene: Prävention depressiver Episoden bei Patienten mit bipolaren Störungen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem arzneilich wirksamen Bestandteil oder einem der sonstigen Bestandteile. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Schwangerschaft: Allgemeine Risiken bei Epilepsien und durch antiepileptisch wirksame Arzneimittel. Es ist bekannt, dass bei Säuglingen, deren Mütter mit antiepileptisch wirksamen Arzneimitteln behandelt werden oder die unter Epilepsien leiden, im Vergleich zu anderen Säuglingen öfter Entwicklungsstörungen wie z.B. Herzanomalien und Schädel- und Gesichtsmisbildungen auftreten. Eine Kombinationstherapie mit verschiedenen antiepileptisch wirksamen Arzneimitteln sollte während der Schwangerschaft vermieden werden, da möglicherweise das Risiko fetaler Missbildungen erhöht sein kann, es sei denn eine solche Therapie scheint nach Nutzen/Risiko-Abwägung gerechtfertigt. Risiken in Verbindung mit Lamotrigin: Es liegen Daten über den Ausgang der Schwangerschaft bei über 1000 Frauen vor, die Lamotrigin als Monotherapie während den ersten drei Monaten der Schwangerschaft eingenommen haben. Diese Daten wurden nach Markteinführung prospektiv in verschiedenen Schwangerschaftsregistern dokumentiert. Die Daten geben keinen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko schwerwiegender Missbildungen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Da die Daten zu einer Anwendung von Lamotrigin in der Zusatzbehandlung nicht ausreichen, um zu beurteilen, ob sich das Risiko für Missbildungen unter einer Kombinationstherapie mit anderen Antiepileptika erhöhen kann, sollte bei Frauen im gebärfähigen Alter und in der Schwangerschaft wie bei allen Antiepileptika eine Monotherapie angestrebt werden. Tierexperimentelle Studien erbrachten keine Hinweise auf teratogene Effekte. Lamotrigin hemmt geringfügig die Dihydrofolsäure-Reduktase und könnte somit theoretisch durch Senkung der Folatspiegel zu einem erhöhten Risiko für eine embryo-fetale Schädigung führen. Deshalb wird die Gabe von Folsäure vor und während der frühen Schwangerschaft empfohlen. Wie andere Arzneimittel auch sollte Lamotrigin während der Schwangerschaft nur nach strenger Nutzen/Risiko-Abwägung angewendet werden. Physiologische Veränderungen während der Schwangerschaft können die Lamotriginspiegel und/oder die therapeutische Wirkung möglicherweise beeinflussen. Es liegen Berichte über eine Senkung des Lamotriginspiegels während der Schwangerschaft vor. Schwangere Frauen sollten während der Behandlung mit Lamotrigin sorgfältig überwacht werden. Stillzeit: Lamotrigin tritt in die Muttermilch über und kann im gestillten Säugling Serumkonzentrationen erreichen, die im Bereich therapeutischer Konzentration der Mutter liegen. Deshalb sollte nur nach sorgfältiger Nutzen/Risiko-Abwägung für den Säugling gestillt werden. Wenn gestillt wird, sollte der Säugling auf mögliche Effekte bzw. Nebenwirkungen hin beobachtet werden. **Rezept, und apothekenpflichtig, OP zu 60 Stk.**

Sertralín Genericon 100 mg Filmtabletten, Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält Sertralínhydrochlorid entsprechend 100 mg Sertralín. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Episoden einer Major Depression. Zur Behandlung der Zwangsstörung. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Sertralín oder einen der sonstigen Bestandteile, Sertralín darf nicht gleichzeitig mit MAO-Hemmern einschließlich Selegilin und Moclobemid angewendet werden. Sertralín darf nicht gleichzeitig mit Pimozid angewendet werden. Eine Behandlung bei Patienten mit instabiler Epilepsie und Anfällen sollte vermieden werden. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Schwangerschaft: Die Daten einer begrenzten Zahl von exponierten schwangeren Frauen (n=147) zeigen keine unerwünschten Wirkungen von Sertralín auf die Schwangerschaft oder die Gesundheit des Fötus. Tierexperimentelle Studien lieferten keine Nachweise für teratogene Wirkungen von Sertralín; es wurde jedoch eine Embryotoxizität beobachtet. Neugeborene sollten überwacht werden wenn die Anwendung von Sertralín Genericon bei der Mutter bis in späte Stadien der Schwangerschaft, vor allem im dritten Trimenon, fortgesetzt wird. Ein abruptes Absetzen der Therapie während der Schwangerschaft sollte vermieden werden. Folgende Symptome können bei einem Neugeborenen auftreten, wenn bei der Mutter in späten Stadien der Schwangerschaft SSRIs/ SNRIs angewendet wurden: Atemstörungen, Cyanose, Apnoe, Krampfanfälle, instabile Körpertemperatur, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Erbrechen, Hypoglykämie, Hypertonie, Hypotonie, Hyperreflexie, Tremor, Überspanntheit, Reizbarkeit, Lethargie, konstantes Schreien, Schläfrigkeit und Schlafschwierigkeiten. Diese Symptome können entweder durch serotonerge Wirkungen oder Absetzsymptome verursacht sein. In den meisten Fällen treten die Komplikationen unmittelbar oder kurz (< 24h) nach der Geburt auf. Während der Schwangerschaft soll Sertralín daher nur angewendet werden, wenn die Notwendigkeit der Behandlung für die Mutter höher eingestuft wird als die möglichen Risiken für den sich entwickelnden Fötus. Stillzeit: Es ist bekannt, dass Sertralín in die Muttermilch ausgeschieden wird (Milch-Plasma-Verhältnis ca. 1,8). Bei gestillten Säuglingen wurden sehr niedrige oder nicht nachweisbare Plasmaspiegel von Sertralín nachgewiesen. Sertralín soll während der Stillzeit daher nur angewendet werden, wenn die Notwendigkeit der Behandlung für die Mutter höher eingestuft wird als die möglichen Risiken für das Kind. **Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten, OP zu 10 und 30 Stk.**

Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.

Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., Hafnerstraße 211, A - 8054 Graz, genericon@genericon.at, www.genericon.at



Verordnungsfreiheit mit Genericon

FACHKURZINFORMATION

Aricept® Evess 5 mg/10 mg - Schmelztabletten

Zusammensetzung: 1 Schmelztablette enthält 5 mg/10 mg Donepezil Hydrochlorid entsprechend 4,56 mg/9,12 mg Donepezil als freie Base. Hilfsstoffe: Mannitol, hochdisperses Siliciumdioxid, Kappa-Carrageen, Polyvinylalkohol, und für die 10 mg - Schmelztabletten zusätzlich Eisenoxid gelb (E 172). Anwendungsgebiete: Aricept Evess Schmelztabletten sind indiziert zur symptomatischen Behandlung von leichter bis mittelschwerer Demenz von Alzheimer-Typ.

Gegenanzeigen: Aricept ist kontraindiziert bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Donepezil Hydrochlorid, Piperidinderivate oder einen der anderen Inhaltsstoffe der Filmtabletten. Pharmakotherapeutische Gruppe: ; Cholinesterase-Hemmer; ATC-Code: N06DA02. Pharmazeutischer Unternehmer: Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: Dezember 2005. Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen.

- Vieta E, Mullen J, Brecher M, et al. Quetiapine monotherapy for mania associated with bipolar disorder: combined analysis of two international, double-blind, randomized, placebo-controlled studies. *Curr Med Res.* 2005; 21: 923-933.
- Sachs G, Chengappa KNR, Suppes T, et al. Quetiapine with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Bipolar Disorders.* 2004; 6: 213-223.
- Yatham LN, Paulsson B, Mullen J, et al. Quetiapine versus placebo in combination with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania. *J Clin Psychopharmacol.* 2004; 24: 599-606.
- Austria Codex Fachinformation 5. Kasper S, Müller-Spahn F. Review of quetiapine and its clinical applications in schizophrenia. *Expert Opin Pharmacother.* 2000; 1: 783-801.

FACHKURZINFORMATION: Seroquel 25 mg - Filmtabletten, Seroquel 100 mg - Filmtabletten, Seroquel 200 mg - Filmtabletten, Seroquel 300 mg - Filmtabletten, Seroquel 4-Tage Startpackung. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika, ATC-Code: N05AH04. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Eine Seroquel 25 mg - Filmtablette enthält 25 mg Quetiapin als Quetiapinufumarat, eine Seroquel 100 mg - Filmtablette enthält 100 mg Quetiapin als Quetiapinufumarat, eine Seroquel 200 mg - Filmtablette enthält 200 mg Quetiapin als Quetiapinufumarat und eine Seroquel 300 mg - Filmtablette enthält 300 mg Quetiapin als Quetiapinufumarat. Die Seroquel 4-Tage Startpackung enthält 6 Seroquel 25 mg - Filmtabletten, 3 Seroquel 100 mg - Filmtabletten und 1 Seroquel 200 mg - Filmtablette. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Schizophrenie. Behandlung der mittelgradigen bis schweren manischen Episode. Es wurde nicht nachgewiesen, dass Seroquel das Wiederauftreten von manischen oder depressiven Episoden verhindert (siehe Fachinformation Abschnitt 5.1). **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. - Die gleichzeitige Gabe von Cytochrom P450 3A4 - Inhibitoren wie HIV-Proteasehemmern, Antimykotika Wirkstoffen vom Azoltyp, Erythromycin, Clarithromycin und Nefazodon ist kontraindiziert (siehe auch Abschnitt 4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern - Povidon, Calciumhydrogenphosphat Dihydrat, Mikrokristalline Zellulose, Natriumstärkeglykolat Typ A, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat. Überzug - Hypromellose, Macrogol 400, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172) (Seroquel 25 mg - und Seroquel 100 mg - Filmtabletten), Eisenoxid rot (E172) (Seroquel 25 mg - Filmtabletten). **INHALTER DER ZULASSUNG:** AstraZeneca Österreich GmbH, Schwarzenbergplatz 7, A-1037 Wien, Tel.-Nr.: +43-1-711131-0, Fax-Nr.: +43-1-711131-221, e-mail: info.at@astrazeneca.com **VERSCHEIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. Informationen zu den Abschnitten „Nebenwirkungen“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ sind der veröffentlichten Fachinformation (z.B. Austria Codex) zu entnehmen.

ZYPREXA® 2,5 (5; 10; 15) mg Filmtabletten, ZYPREXA® VELOTAB 5 (10; 15) mg Schmelztablette, Olanzapin

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 2,5 (5; 10; 15) mg Olanzapin. Jede Schmelztablette enthält 5 (10; 15) mg Olanzapin. Hilfsstoffe siehe Abschnitt 6.1. Anwendungsgebiete: Olanzapin ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. Bei Patienten, die initial auf die Behandlung angesprochen haben, ist Olanzapin bei fortgesetzter Behandlung zur Aufrechterhaltung der klinischen Besserung wirksam. Olanzapin ist zur Behandlung von mäßig schweren bis schweren manischen Episoden angezeigt. Bei Patienten, deren manische Episode auf eine Behandlung mit Olanzapin angesprochen hat, ist Olanzapin zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolarer Störung angezeigt (siehe Abschnitt 5.1). Weitere Informationen über klinische Prüfungen: In einer multinationalen, verglichenen Doppelblindstudie bei Schizophrenie, schizoauffektiven und verwandten Störungen an 1481 Patienten mit depressiven Begleitsymptomen unterschiedlichen Schweregrades (Ausgangswert durchschnittlich 16,6 auf der Montgomery-Asberg-Depressionsskala) erwies sich Olanzapin (-6,0) in einer prospektiven Analyse der Depressions-score-Änderung vom Ausgangspunkt zum Endpunkt (sekundäre Fragestellung) gegenüber Haloperidol (-3,1) als signifikant überlegen (p<0,001). Pharmakotherapeutische Gruppe: Neuroleptikum, ATC Code N05A. Gegenanzeigen: Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Olanzapin oder einen der Hilfsstoffe. Patienten mit bekanntem Risiko eines Engwinkelglaukoms. Hilfsstoffe: Filmtabletten: Lactose-Monohydrat, Hydroxypropylcellulose, Crospovidon, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. Tablettenfilm 2,5 (5; 10) mg: Hypromellose, Farbmischung weiß (Hypromellose, Titandioxid E 171, Macrogol, Polysorbat 80), Karnaubawachs, esbare blaue Tinte (Schellack, Makrogol, Indigocarmin E132). Tablettenfilm 15 mg: Hypromellose, Farbmischung hellblau (Titandioxid E 171, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Farbstoff Indigocarmin (E132)), Karnaubawachs, Schmelztabletten: Gelatine, Mannitol, Aspartam, Natriummethyl-4-hydroxybenzoat, Natriumpropyl-4-hydroxybenzoat. PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

- Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):1011-1017.
 - Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1263-1271.
 - Namjoshi MA et al. *J Affective Disord* 2002;69:109-118.
- * Yatham LN et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007. *Bipolar disorders* 2006;8:721-739. ** National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London July 2006.



1x täglich

Bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz



Remynil retard

JANSSEN-CILAG PHARMA | www.janssen-cilag.at

* hellgelbe Box (die genauen Voraussetzungen für die Verordnung von Acetylcholinesterasehemmern entnehmen Sie bitte dem aktuellen Erstattungskodex)

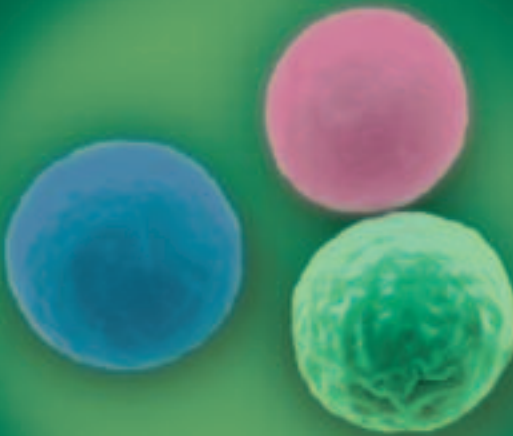
Bezeichnung des Arzneimittels: REMINYL™ RETARD 8mg, 16mg und 24mg Kapseln, REMINYL™ 4 mg/ml orale Lösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Remynil™ retard 8mg/16mg/24mg Kapsel enthält Galantamin Hydrobromid, entsprechend 8mg/16mg/24mg Galantamin. 1 ml Remynil™ Lösung zum Einnehmen enthält Galantamin Hydrobromid, entsprechend 4 mg Galantamin. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der leichten bis mittelschweren Demenz vom Alzheimer Typ. **Gegenanzeigen:** Galantamin darf nicht bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff Galantaminhydrobromid oder einem der sonstigen Bestandteile angewendet werden. Nachdem keine Daten über die Anwendung von Galantamin bei Patienten mit schweren Leberfunktionsstörungen (Child-Pugh-Score > 9) und schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 9 ml/min) vorliegen, ist Galantamin bei diesen Personen kontraindiziert. Bei Patienten, bei denen sowohl signifikante Nieren- als auch Leberfunktionsstörungen vorliegen, ist Galantamin kontraindiziert. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antidementiva; ATC-Code: N06DA04. **Sonstige Bestandteile:** Remynil™ retard: Pellets, retardiert: Diethylphthalat, Ethylcellulose, Hypromellose, Macrogol, Maisstärke, Saccharose. Kapseln: Gelatine, Titandioxid (E171). Zusätzlich: 16mg Kapseln: rotes Eisenoxid (E172); 24mg Kapseln: rotes Eisenoxid (E172), gelbes Eisenoxid (E172). Drucktinte: Benzoesäure (E210), schwarzes Eisenoxid (E172), Dimeticon, Mono- und Diglyceride von Nahrungsfettsäuren, Pflanzenlecithin (E322), Methylcellulose, Macrogol, Macrogol-200-stearat, Schellack, Sorbinsäure, Xanthangummi. Remynil™ orale Lösung: Methyl-4-hydroxybenzoat, Propyl-4-hydroxybenzoat, Saccharin-Natrium, Natriumhydroxid, gereinigtes Wasser. **Name und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** JANSSEN-CILAG Pharma GmbH., 1232 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Die Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sowie sonstigen Wechselwirkungen und Nebenwirkungen (sowie Gewöhnungseffekten) entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand: 12.09.2007



RECHTZEITIG!

Risperdal Consta™

zur Rückfallprophylaxe¹ Ihrer Schizophreniepatienten



* Verwendung laut Fachinformation bei nicht beherrschbarer Negativsymptomatik oder wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.

¹ Simpson GM et al.: J Clin Psychiatry, 67, 2006

FACHKURZINFORMATION: **Bezeichnung des Arzneimittels:** Risperdal Consta 12,5 mg, Risperdal Consta 25 mg, Risperdal Consta 37,5 mg und Risperdal Consta 50 mg - Depotpulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionssuspension. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche enthält 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg oder 50 mg Risperidon. 1 ml hergestellte Suspension enthält 6,25 mg, 12,5 mg, 18,75 mg oder 25 mg Risperidon. Risperdal Consta ist eine Mikrosphären-Formulierung zur verlängerten Freisetzung von Risperidon aus einer Matrix, bestehend aus einem Milchsäure-Glykolsäure-Kopolymer, mit einer Konzentration von 381 mg Risperidon/g Mikrosphären. **Anwendungsgebiete:** Risperdal Consta dient der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen und schizoaffektiven Formenkreis, wie Erstmanifestationen, akute Exazerbationen und chronische Schizophrenie sowie anderer psychotischer Zustandsbilder, bei denen positive Symptome (wie Halluzinationen, Wahn und Wahnideen, Denkstörungen, Feindseligkeit, Misstrauen) und/oder negative Symptome (wie Affektverarmung, emotionale und soziale Isolation, Sprachverarmung, Depression, Schuld- und Angstgefühle) vorherrschend sind. **Langzeittherapie als Rückfallprophylaxe (akute Exazerbationen)** bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Über die Anwendung von Risperidon in der Schwangerschaft liegen keine Erfahrungen vor. Daher sollten während der Schwangerschaft die Vorteile einer Behandlung gegen die Risiken sorgfältig abgewogen werden. **Stillzeit:** Es wurde gezeigt, dass Risperidon und 9-Hydroxy-Risperidone auch in die menschliche Muttermilch ausgeschieden werden. Daher sollte während der Anwendung von Risperidon nicht gestillt werden. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Neuroleptika; ATC Code: N05AX08. **Sonstige Bestandteile:** Risperdal Consta Depot-Pulver: Milchsäure-Glykolsäure-Kopolymer (75:25), Lösungsmittel: Polysorbit 20, Carmellose-Natrium, Natriummonohydrogenphosphat Dihydrat, wasserfreie Zitronensäure, Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Besondere Lagerungshinweise:** Das Behältnis im Umkarton aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Im Kühlschrank lagern. Ist eine Kühlung unmöglich, so kann Risperdal Consta bei Temperaturen bis zu 25°C nicht länger als 7 Tage vor der Verabreichung aufbewahrt werden. Das ungekühlte Produkt darf keinen Temperaturen über 25°C ausgesetzt werden. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig:** Rp., apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen (sowie Hinweisen betreffend Gewöhnungseffekte) entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Last Update: August 2007