



**Interdisziplinäres
Herbstsymposium**
für
Psychopharmakologie

**„Psychopharmaka und
Neurologie – Synergien und
Schnittstellen“**

2. Oktober 2021

Wien, Radisson Blu Park Royal Palace Hotel
(Hybridveranstaltung)

PROGRAMM

www.ihsp.at

Information Covid-19

Das **Interdisziplinäre Herbstsymposium für Psychopharmakologie (IHSP)** führten wir 2020 mit strengen Hygieneauflagen infektionsfrei durch. Jetzt, nach einem Jahr Online-Fortbildungen hat sich gezeigt, wie wichtig Tagungen mit persönlicher Präsenz sind. Tagungen sind nicht nur Plattformen um Information und Wissen auszutauschen, sondern sie erfüllen auch eine wichtige soziale Komponente.

Verantwortung gegenüber unseren Konferenzgästen hat bei uns oberste Priorität, und so haben wir uns eingehend mit unseren Partnern vor Ort beraten und ein umfassendes **Covid-Sicherheitskonzept** ausgearbeitet. Zudem erstellen wir routinemäßig eine Covid-19-Risikobewertung für alle unsere Veranstaltungen. Die Risikobewertung der diesjährigen IHSP-Tagung hat ergeben, dass entsprechend unserem Sicherheitskonzept kein erhöhtes Risiko einer Infektion besteht.

Zusammenfassung:

Die Bestuhlung im Vortragsraum ist gekennzeichnet und es wird ein Sicherheitsabstand zwischen den Stühlen und Reihen gehalten. Die Teilnehmerzahl vor Ort ist daher begrenzt. Eine Raumlüftungshygiene wird vor und während der Veranstaltung durchgeführt. Die Referenten haben einen Sicherheitsabstand von 3 Metern zu den Teilnehmern.

Registatur: Alle Teilnehmer werden ersucht, sich vor der Registatur die Hände zu desinfizieren und beim Eintreffen so lange Masken zu tragen, bis sie zu ihrem zugewiesenen Sitzplatz im Vortragsraum gelangen. Ein 3G-Nachweis ist zu erbringen.

Fachausstellung: Hier ist ein Einbahnsystem vorgesehen.

Pausen: Alle dynamischen Flächen werden so gestaltet, dass ausreichender Raumbedarf pro Person gegeben ist.

So alle Konferenzteilnehmer risikominimierendes Verhalten (d.h. kein Händeschütteln, Umarmen etc.) an den Tag legen, sollte einem sicheren Ablauf der Tagung nichts entgegenstehen. Sie erhalten von uns vorab alle Informationen und Hygiene-Auflagen, um eine Corona-sichere Veranstaltung vor Ort abhalten zu können.



Wir ersuchen alle Tagungsteilnehmer, welche nicht geimpft sind, auf die Möglichkeit des Webinars umzusteigen.

Sollte es zu kurzfristigen Änderungen der Covid-19-Veranstaltungsbestimmungen kommen, wird die Tagung als reine Online-Veranstaltung durchgeführt.

Sie können bis 01.10.2021 von der Vor-Ort-Teilnahme zur Online-Teilnahme wechseln.

Sie erhalten ab etwa 2 Wochen vor der Veranstaltung alle Hinweise und Zugangscodes, um am Webinar teilnehmen zu können.

Die Online-Veranstaltung hat ein DFP-konformes Zutrittsmanagement. Sie haben die Möglichkeit, den Referenten nach dem Livestreaming schriftlich Fragen zu stellen und an Blitzabstimmungen teilzunehmen.

Stand: Juli 2021

Die Veranstalter

Kongressbüro:

CE-Management, Mag. Yasmin B. Haunold
A-1180 Wien, Scheibenbergstraße 39
E-mail: office@ce-management.com
Tel.: 0043/(0)699/10430038
Fax: 0043/(0)1/4784559
www.ce-management.com



Fachausstellung:

Brunner-Coaching e.U., Markus Brunner, MBA
A-2500 Baden, Am Fischertor 7/1/2
E-mail: office@brunner-coaching.at
Tel.: 0043/(0)664/5204717
www.brunner-coaching.at



Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Das **Interdisziplinäre Herbstsymposium für Psychopharmakologie (IHSP)** hatte im Jahr 2020 die besondere Herausforderung, die Veranstaltung trotz der Covid-19-Pandemie als Präsenzveranstaltung mit zusätzlicher Einbindung der deutschen Referenten über das Internet stattfinden zu lassen.

Auch in diesem Jahr freuen wir uns, Sie beim Interdisziplinären Herbstsymposium für Psychopharmakologie persönlich begrüßen zu dürfen.

Obwohl die Fachbereiche Neurologie und Psychiatrie eine sehr unterschiedliche und eigenständige Entwicklung genommen haben, verbindet sie doch eine lange gemeinsame Tradition. Nach wie vor gibt es zahlreiche Überschneidungen, Synergien und Schnittstellen zwischen beiden Fächern. Deshalb widmen wir uns in diesem Jahr dem Schwerpunkt der **Einsatzmöglichkeiten von Psychopharmaka in Psychiatrie und Neurologie**. Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und deren Anwendung in der Praxis werden Ihnen dabei von herausragenden Experten präsentiert.

Ein weiteres aktuelles Thema ist die Covid-19-Pandemie, die nach wie vor unser ärztliches Handeln entscheidend beeinflusst. Diese Thematik wird uns mit Sicherheit auch noch in Zukunft stark beschäftigen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet nehmen ständig zu, sodass wir auf ein hochaktuelles Update zu den neurologischen und psychiatrischen Auswirkungen von Covid-19 gespannt sein dürfen.

In bewährter Weise werden wir die Tagung interaktiv und interdisziplinär gestalten und freuen uns schon sehr auf die Begegnung und auf einen inspirierenden Austausch mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen,

Prim. Dr. Christa Radoš



Prim. Dr. Andreas Walter



Allgemeine Hinweise

www.ihsp.at

Veranstaltungstermin: Samstag, 2. Oktober 2021

Veranstaltungsort: Radisson Blu Park Royal Palace Hotel
A-1140 Wien, Schlossallee 8 *(Hybridveranstaltung)*

Wissenschaftliche Leitung:

Prim. Dr. Andreas Walter – Leiter der Stabsstelle Psychiatrie, Pflegewohnhaus Donau-
stadt (PDO), SMZ-Ost, Wien

Prim. Dr. Christa Radoš – Leiterin der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeuti-
schen Medizin, Landeskrankenhaus Villach

Anrechenbarkeit: Die Veranstaltung wurde für 8 DFP-Punkte eingereicht (*gilt sowohl
für Vor-Ort-Teilnahme als auch für Online-Teilnahme/Webinar*)

Anmeldung: online unter: www.ce-management.com

Kongressgebühr bei Vor-Ort-Teilnahme: (beinhaltet Kongressunterlagen,
Mittagsbuffet, Pausenverpflegung) – *Teilnehmerzahl vor Ort limitiert!*

Frühgebühr bis 01.09.2021

€ 170,00/€ 140,00 (ermäßigt bei Nachweis von Ausbildung, Karenz, Arbeitslosigkeit)

ab 02.09.2021

€ 200,00/€ 170,00 (ermäßigt bei Nachweis von Ausbildung, Karenz, Arbeitslosigkeit)

ACHTUNG: Einzahlung am Tagungsort ist NUR IN BAR möglich!

Kongressgebühr bei Online-Teilnahme:

€ 190,00/€ 160,00 (ermäßigt bei Nachweis von Ausbildung, Karenz, Arbeitslosigkeit)

Die Online-Tagungsgebühr muss vorab überwiesen werden; bestätigte Einzahlung bis
01.10.2021.

*Sie können bis 01.10.2021 von der Vor-Ort-Teilnahme zur Online-Teilnahme
wechseln. Sie erhalten ab 2 Wochen vor der Veranstaltung alle Hinweise und Zu-
gangscodes, um an der Veranstaltung teilnehmen zu können.*

Bitte überweisen Sie die entsprechende Tagungsgebühr mit dem Hinweis „IHSP 2021“
bzw. „IHSP 2021 Webinar“ an folgende Bankverbindung (Bankspesen zu Lasten des
Auftraggebers): ERSTE BANK • IBAN: AT882011129723930613

Stornobedingungen:

Rückerstattung der Teilnahmegebühr vor dem 01.09.2021 100%, vor dem 10.09.2021
50%, danach keine Stornierung möglich. Stornierungen können nur schriftlich erfolgen.

Programm

(Vortragszeit jeweils 35 Minuten plus 10 Minuten Diskussion)

- 09:00 Begrüßung & Einführung durch die wissenschaftlichen Leiter**
Prim. Dr. Christa Radoš und Prim. Dr. Andreas Walter
- 09:15 Neurologische und psychiatrische Auswirkungen von Covid-19: Prävalenz, Diagnostik und Therapie**
– Prof. Dr. Stefan Schwarz
- 10:00 Neue Optionen in der Behandlung der therapieresistenten Depression – von der Klinik zur Praxis**
– Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr. med. Siegfried Kasper
- 10:45 Kaffeepause
- 11:15 Neue gerätegestützte Therapiemöglichkeiten bei der fortgeschrittenen Parkinson-Krankheit: Erste Erfahrungen**
– OA Dr. Volker Tomantschger
- 12:00 Behandlung der Schizophrenie in der Frühphase: Neue Erkenntnisse**
– Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Dietmar Winkler
- 12:45 Mittagspause
- 14:00 Psychopharmaka und/oder psychotherapeutische Behandlungsstrategien – Ergänzung oder Gegensätze am Beispiel Sucht**
– Prof. Dr. Joachim Körkel
- 14:45 Aktuelles zur Behandlung der Migräne: Anti-CGRP-Antikörper als innovative Therapieoption im Fokus**
– Univ.-Prof. Dr. Christian Wöber
- 15:30 Kaffeepause
- 16:00 Alzheimer Erkrankung 2021 – Früherkennung, aktuelle und zukünftige Behandlungsansätze**
– Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner
- 16:45 Wechselwirkungen von Pharmaka in Psychiatrie und Neurologie: Was ist wirklich relevant?**
– Mag. Sonja Habib-Mayer aPhD
- ab 17:30 Meet the Expert** – *gemütlicher Ausklang mit der Möglichkeit zum persönlichen Austausch mit Experten*

Vortragende

Mag. Sonja Habib-Mayer, APh

Kepler Universitätsklinikum – Neuromed Campus
4020 Linz, Wagner-Jauregg-Weg 15

em.O.Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried Kasper

Zentrum für Hirnforschung
Medizinische Universität Wien
1090 Wien, Spitalgasse 4

Prof. Dr. Joachim Körkel

Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)
Evangelische Hochschule Nürnberg
D-90429 Nürnberg, Bärenschanzstraße 4

Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
A.ö. Landeskrankenhaus Hall, Tirol Kliniken
6060 Hall in Tirol, Milser Straße 10

apl. Prof. Dr. Stefan Schwarz

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
D-68159 Mannheim

OA Dr. Volker Tomantschger

Neurorehabilitation
Gailtal-Klinik Hermagor
9620 Hermagor, Radnigerstraße 12

Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Dietmar Winkler

Klin. Abteilung für Allgemeine Psychiatrie
Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Ao.Univ.-Prof. Dr.med. Christian Wöber

Kopfschmerzambulanz
Univ.-Klinik für Neurologie
Medizinische Universität Wien
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Abstracts

(In alphabetischer Reihenfolge der Vortragenden)

Wechselwirkungen von Pharmaka in Psychiatrie und Neurologie: Was ist wirklich relevant?

– Mag. Sonja HABIB-MAYER, AHPH

Generell kommt dem Wissen zu Arzneimittelwechselwirkungen immer mehr an Bedeutung zu. Neben den bekannten Risikofaktoren wie höheres Alter, Multimorbidität und der zwangsläufig daraus resultierenden Polypharmazie erhöht die häufig sequentielle Umstellung auf andere Arzneistoffe und Arzneistoffkombinationen während der Therapie mit Psychopharmaka das Risiko für Wechselwirkungen.

Pharmakokinetische Wechselwirkungen können dem „LADME-Prinzip“ folgend auf allen Ebenen stattfinden. Beginnend mit der Freisetzung des Arzneistoffs aus der Arzneiform (**L**iberation) über die Resorption (**A**dsorption), die Verteilung im Organismus (**D**istribution), den Metabolismus in den verschiedenen Geweben (**M**etabolism) und letztendlich über die Elimination (**E**limination). Sei es der eventuelle Wirkverlust einer Therapie mit oralen Antikoagulantien durch das Antibiotikum Rifampicin oder die zunehmende Toxizität von Lithium durch zeitgleiche Therapie mit Diuretika, NSAIDs und/oder Antihypertensiva. Der unter Valproattherapie stehende Epileptiker, der durch die Therapie mit einem Antibiotikum einen Anfall erleidet oder der Parkinsonpatient, der durch die Gabe von Eisen sein Levodopa nicht entsprechend resorbieren kann. Oder die signifikante Wirkspiegelerhöhung von Amisulprid in der Kombination mit Lithium, bei der die „Effluxpumpe“ P-Glykoprotein eine Rolle spielt.

Im Gegenzug kann die Kombination zweier oder mehrerer Pharmaka mit demselben Wirkmechanismus zu pharmakodynamischen Wechselwirkungen im Sinne einer erhöhten Nebenwirkungsrate oder vermehrter Toxizität führen. Der ältere Patient, der durch die Kombination von Antidepressiva mit Diuretika und Analgetika an Schwindel leidet, müde ist und letztendlich zu Sturz kommt, weil das Serumnatrium gesunken ist. Oder die demente Patientin, die durch die Kombination anticholinergischer Arzneistoffe noch verwirrt wird und Personen oder Situationen verkennt.

Der ständige Wissenszuwachs auf dem Gebiet der Arzneimittelwechselwirkungen erfordert gute Kenntnisse und stellt durchaus eine Herausforderung in der Pharmakotherapie dar, die es zu meistern gilt.

Neue Optionen in der Behandlung der therapieresistenten Depression – von der Klinik zur Praxis

– em.O.Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried KASPER

Neuere Forschungsergebnisse zur Pathophysiologie der Depression haben aufgezeigt, dass die Depression als eine Erkrankung der synaptischen Plastizität angesehen werden kann. Bei Tierpharmakologischen Untersuchungen waren depressionsanaloge Symptome mit einem Verlust der synaptischen Plastizität verbunden, die durch die Behandlung mit glutamatergen Substanzen wie zB Ketamin, wieder hergestellt werden konnte (Duman und Aghajanian, 2012). Daraus abgeleitet und unterstützt durch klinische Beobachtungen bei Patienten nach einer Ketamin Anästhesie wurden bereits vor 20 Jahren erste Untersuchungen mit der intravenösen Anwendung von Ketamin durchgeführt, die eine rasche antidepressive und auch antisuizidale Effektivität erkennen ließen (Dold und Kasper, 2017).

Um eine Patienten-freundlichere Applikationsform von Ketamin zu erreichen, wurde die intranasale Anwendung von Esketamin im Rahmen eines standardisierten pharmazeutischen Entwicklungsprogrammes durchgeführt. An diesen Studien hat sich auch die Universitätsklinik für Psychiatrie und

Psychotherapie in Wien beteiligt. Dabei zeigte sich, dass die intranasale Anwendung von Esketamin eine rasche antidepressive und auch antisuizidale Wirkung aufweist. Das nun auch kommerziell erhältliche Esketamin Nasenspray (SPRAVATO) wurde bereits von der amerikanischen und der europäischen Zulassungsbehörde als wirksam und unter verschiedenen Vorkehrungsmaßnahmen als sicher eingestuft. In Europa ist aufgrund spezieller Preiskalkulationen noch mit einer Verzögerung der praktischen Verfügbarkeit zu rechnen.

Der Esketamin Nasenspray wird aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse als Zusatzmedikation zu einer bestehenden medikamentösen antidepressiven Therapie verwendet und die durchgeführten Metaanalysen haben aufgezeigt, dass die Wirkung als stärker im Vergleich zu der mit Lithium beziehungsweise mit atypischen Antipsychotika eingestuft werden kann (Dold et al., 2020; Carter et al., 2020).

Das praktische Procedere stellt sich im klinischen Alltag wie folgt dar: Wenn ein Patient auf eine antidepressive Therapie nicht anspricht, sollte zuerst eine Dosiserhöhung durchgeführt werden, im zweiten Schritt eventuell eine Kombinationstherapie mit einer anderen antidepressiven Medikation bzw. mit Lithium oder einem atypischen Antipsychotikum und als dritter Schritt besteht dann die Möglichkeit zur Add-on Therapie mit Esketamin Nasenspray. Diese empfohlene Sequenz folgt dem standardisierten Entwicklungsprogramm von intranasalem Esketamin, das als Zusatztherapie zu einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bzw. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) verabreicht wurde, wenn der Patient auf 2 Behandlungssequenzen einer medikamentösen antidepressiven Therapie, unabhängig von dem Wirkmechanismus derselben, nicht angesprochen hat (Kasper et al., 2020). Zukünftigen klinischen Untersuchungen bleibt es vorbehalten herauszufinden, ob der Esketamin Nasenspray evtl. bereits zu einem früheren Zeitpunkt bzw. auch in Kombination mit anderen Antidepressiva außer einem SSRI oder SNRI eingesetzt werden kann.

Literatur:

- Carter B, Strawbridge R, Husain MI, Jones BDM, short R, Cleare AJ, Tsapekos D, Patrick F, Marwood L, Taylor RW, Mantingh T, de Angel V, Nikolova VL, Carvalho AF, Young AH. *Int Rev Psychiatry*. 2020; 32: 477–90.
- Dold M, Bartova L, Kasper S. Treatment response of add-on esketamine nasal spray in resistant major depression in relation to add-on second-generation antipsychotic treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2020; 23: 440–45.
- Dold M, Kasper S. Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression. *Int J Psychiatry 4Clin Pract*. 2017; 21:13–23.
- Duman RS, Aghajanian GK. Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets *Science*. 2012; 338(6103): 68–72.
- Kasper S, Cudała WJ, Fagiolini A, Ramos-Quiroga JA, Souery D, Young A. Practical recommendations for the management of treatment-resistant depression with esketamine nasal spray therapy: basic science, evidence-based knowledge and expert guidance. *World J Biol Psychiatry*. 2021 (in press); <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1836399>
- Wajs E, Aluisio L, Holder R, Daly EJ, Lane R Lim P, George JE, Morrison RL, Sanacora G, Young AH, Kasper S, Sulaiman AH, Li CT, Paik JW, Manji H, Hough D, Grunfeld J, Jeon HJ, Wilkinson ST, Drevets WC, Singh JB. Esketamine Nasal spray plus oral antidepressant in patients with treatment-resistant depression: assessment of long-term safety in a phase 3, open-label study (SUSTAIN-2). *J Clin Psychiatry*. 2020; 81(3): 19m12891.

Psychopharmaka und/oder psychotherapeutische Behandlungsstrategien – Ergänzung oder Gegensätze am Beispiel Sucht

– Prof. Dr. Joachim KÖRKE

In Einklang mit dem biopsychosozialen Modell der Suchtgenese ist die Veränderung einer Suchtproblematik dadurch möglich, dass an biologischen (→ Pharmakotherapie), psychologi-

schen (→ Psychotherapie) und/oder sozialen Parametern (→ Soziotherapie) angesetzt wird. Keine dieser drei „Stellgrößen“ kann nach derzeitigen Stand der wissenschaftlich-empirischen Evidenz beanspruchen, der entscheidende Faktor der Suchtentstehung oder wirksamste Ansatz der Suchtbehandlung zu sein (vgl. Heilig et al., 2021; Room, 2021). Im Gegenteil: Am sinnvollsten und wirksamsten ist die gezielte Kombination aller drei Behandlungszugänge.

Beispielhaft lässt sich dies anhand der Behandlung der Alkoholabhängigkeit zeigen: In der Postakutphase der pharmakologischen Alkoholismusbehandlung (d.h. im Anschluss an die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms) können zur Rückfallprophylaxe der Glutamatmodulator Acamprosat, die Opioidantagonisten Naltrexon und Nalmefen und das alkoholaversiv wirksame Disulfiram eingesetzt werden (vgl. Koopmann, 2020). Wie sich allerdings zeigt, weisen die entsprechenden pharmakologischen Wirkstoffe bzw. Medikamente ohne begleitende psychotherapeutische Behandlungskomponenten nur eine geringe Wirkung auf. Dem psychotherapeutischen Behandlungsarm kommt neben der Erhellung und Bearbeitung der Hintergrundproblematik des Suchtverhaltens (wie einer psychiatrischen Komorbidität) v.a. die Funktion zu, die Änderungs- und Behandlungsmotivation des Patienten („compliance“) zu erhöhen. Zur Erhöhung der Medikamentencompliance gehört, das Für und Wider einer pharmakologischen Behandlung zusammen mit dem Patienten abzuwägen, Vorbehalte des Patienten ernst zu nehmen, in allen Schritten der Behandlung (z.B. Medikamentenauswahl und Dosisgestaltung) den Patienten als aktiven Partner einzubeziehen und die Patientenautonomie als Ressource statt als Ärgernis der Behandlung anzusehen (Miller & Moyers, 2021).

Von den vorgenannten Überlegungen ausgehend, stellt der Vortrag dar, wie pharmakologische Behandlungsstrategien optimiert werden können, wenn sie mit den Behandlungsprinzipien und -methoden des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2013) kombiniert werden.

Literatur:

- Heilig M, MacKillop J, Martinez D, Rehm J, Leggio L, Vanderschuren LJM. Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*. 2021; 0: 1–9; <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Koopmann A. (2021). Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. *PSYCH up2date* 2020; 14: 307–322.
- Miller WR, Moyers TB (2021). *Effective psychotherapists. Clinical skills that improve client outcomes*. New York, NY: Guilford.
- Miller WR, Rollnick S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Room R. (2021). No level has primacy in what is called addiction: „addiction is a social disease“ would be just as tenable. *Neuropsychopharmacology* (2021) 0:1; <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01015-4>

Alzheimer Erkrankung 2021 – Früherkennung, aktuelle und zukünftige Behandlungsansätze

– Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef MARKSTEINER

Die Alzheimer-Krankheit ist eine fortschreitende neurodegenerative Erkrankung, die sich durch kognitiven und funktionellen Abbau und das Auftreten neuropsychiatrischer Symptome äußert. Weltweit sind derzeit rund 50 Millionen Menschen betroffen. Die der Alzheimer-Krankheit zugrundeliegende Biologie umfasst die Aggregation löslicher Amyloid-Spezies zu unlöslichen Amyloid-Plaques, die Hyperphosphorylierung von Tau mit der Bildung intrazellulärer neurofibrillärer Tangles und das Absterben von Neuronen zusammen mit einer Vielzahl damit verbundener Prozesse wie Neuroinflammation oder synaptische Dysfunktion.

In den vergangenen Jahren haben sich die Diagnosemöglichkeiten dramatisch verbessert: Klinische Untersuchung, Neuropsychologie, Bildgebende Verfahren oder Lumbalpunktionen und in

Zukunft vielleicht auch Blutproben machen die Alzheimer-Diagnose schneller, genauer und vor allem früher möglich. Biomarker, wie Liquorparameter oder Bildgebung, haben zu aufregenden neuen Erkenntnissen geführt. Alzheimer-bedingte Veränderungen können sehr früh im Krankheitsverlauf erkannt werden, sowie die Wirksamkeit vielversprechender Medikamente oder anderer potenzieller Behandlungen getestet werden. Alle derzeit zugelassenen, medikamentösen Behandlungen (Cholinesterase Hemmer und Memantin) sind „symptomatische“ Medikamente, die darauf abzielen, kognitive und Verhaltenssymptome zu verbessern, ohne den zugrundeliegenden Krankheitsverlauf verändern zu können.

Aducanumab, ein intravenös zu verabreichender Antikörper, zielt darauf ab, Beta-Amyloid aus den Gehirnen von Patienten in einem frühen Stadium der Krankheit zu beseitigen. In den USA wurde dieses erste krankheitsmodifizierende Arzneimittel von der FDA zur Behandlung der Alzheimer-Erkrankung im Juni 2021 zugelassen. Das erste seit fast 20 Jahren. Die wissenschaftliche Meinung ist jedoch geteilt. Während einige die Zulassung begrüßen und sie als Meilenstein für Millionen von Alzheimer-Patienten bezeichnen, sind andere der Meinung, dass das Medikament nur einen geringen Nutzen haben wird. Weitere Studien werden derzeit durchgeführt, um die klinische Wirksamkeit noch besser zu überprüfen. Führende Wissenschaftler sind der Meinung, dass die Behandlung der Alzheimer Krankheit wahrscheinlich dem Weg folgen wird, den die Tumorthherapie eingeschlagen hat: Die Kombination von Medikamenten mit unterschiedlichen Angriffspunkten, wodurch eine individualisierte und gezielte Therapie möglich werden wird.

Neurologische und psychiatrische Auswirkungen von Covid-19: Prävalenz, Diagnostik und Therapie

– apl. Prof. Dr. Stefan SCHWARZ

Neurologische Komplikationen des akuten COVID-19 sind häufig. Im Vergleich zu anderen respiratorischen Infektionen treten vermehrt länger anhaltende Geruchs- und Geschmackstörungen sowie zerebrovaskuläre Komplikationen auf. Psychiatrische Komplikationen sind bei schweren Verläufen ebenfalls häufig, insbesondere als unspezifisches Delir. Mit „Long-Covid“ werden überdauernde Beschwerden nach einer Infektion bezeichnet. Aus medizinischer Sicht handelt es sich hier um eine problematische Diagnose, da mit dem nicht einheitlich definierten Begriff „Long-Covid“ heterogene Folgen organischer und psychischer Genese zusammengefasst werden. Die Mehrheit der Patienten berichtet 6 Monate nach COVID-19 über persistierende Beschwerden. Sehr häufig werden Fatigue, unspezifische neuropsychologische Defizite, Angst und Depression sowie Atembeschwerden berichtet. Bei einem Großteil der Betroffenen ist kein organisches Korrelat fassbar. Bei vielen Patienten ist das Beschwerdebild ähnlich wie bei Patienten mit Chronic Fatigue Syndrom oder Neurasthenie. Die Pathogenese von „Long-Covid“ ist unbekannt. Diskutiert werden immunologische Faktoren. Aus psychologischer Perspektive können zudem Noceboeffekte vermutet werden. Eine spezifische Therapie des „Long-Covid“ ist nicht etabliert. Neben direkten akuten und chronischen Folgen von COVID-19 werden zunehmend mögliche negative Auswirkungen staatlicher Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auf die psychische Gesundheit diskutiert. Langfristige Folgen können bislang kaum abgeschätzt werden, kurzfristige negative Effekte auf die psychische Gesundheit vor allem von Kindern und Jugendlichen werden zunehmend sichtbar.

Neue gerätegestützte Therapiemöglichkeiten bei der fortgeschrittenen Parkinson-Krankheit: Erste Erfahrungen

– Dr. Volker TOMANTSCHGER

In Kooperation mit der Gaital-Klinik und dem LKH Laas wurden erstmals im deutschsprachigen Raum bei einer 79-jährigen Patientin Mitte Februar 2021 mit einem kurzen operativen Eingriff die Voraussetzungen geschaffen, um eine neue Parkinson-Therapiepumpe anzuschließen.

Diese neuartige Pumpe, die im Gegensatz zur bisherigen Pumpe drei verschiedene Wirkstoffe in einem Gel in den Dünndarm abgibt, ist deutlich kleiner und damit leichter im Alltag anzuwenden. Die Parkinson-Therapiepumpen mittels Stoma über die Bauchwand gibt es mittlerweile seit fünfzehn Jahren in Österreich.

L-Dopa gilt nach wie vor als Goldstandard in der Behandlung und hilft in den ersten Jahren der Erkrankung sehr gut, die motorischen Symptome in den Griff zu bekommen. Mit dem Fortschreiten der chronischen Erkrankung treten mehrfach pro Tag Wirkverluste auf, die sogenannten „On-Off-Schwankungen“. Zudem kann es zu unkontrollierten, überschießenden Bewegungen in den On-Phasen kommen. Neben diesen zunehmenden motorischen Problemen schränken nicht-motorische Symptome wie z.B. Depression, Vergesslichkeit, Blasen-, oder Schlafstörungen die Lebensqualität zunehmend ein. Die Standardtherapie stößt dann oft an ihre Grenzen. Nach Ausschöpfung der oralen /transdermalen medikamentösen Möglichkeiten können die Betroffenen von einer kontinuierlichen Verabreichung dopaminergischer Substanzen mittels eines Pumpensystems profitieren. Dafür stehen die Behandlungsmöglichkeiten mit einem Levodopa-/Carbidopa-Gel mit oder ohne Entacapron zur Verfügung, das über ein Pumpensystem direkt in das Jejunum appliziert wird, eine subkutane Infusionstherapie mit Apomorphin via Pumpensystem sowie die Tiefenhirnstimulation zur Verfügung.

Behandlung der Schizophrenie in der Frühphase: Neue Erkenntnisse

– Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Dietmar WINKLER

Die Behandlungserfolge bei Schizophrenie durch eine medikamentöse antipsychotische Therapie sind in der Frühphase der Erkrankung besser als nach längerem Krankheitsverlauf. Die Prognose korreliert insbesondere negativ mit der Zeit der unbehandelten Psychose (Duration of untreated psychosis) [1]. Leider fehlt ersterkrankten schizophrenen Patienten aber häufig die notwendige Krankheitseinsicht, sodass hier vermehrte psychoedukative Bemühungen notwendig sind. Psychotische Erkrankungen müssen wegen der negativen Effekte von Rückfällen mit einer prophylaktischen Langzeittherapie behandelt werden [2]. Wie zu erwarten nimmt aber die Adhärenz der Patienten gegenüber einer Therapie mit zunehmender Therapiedauer stark ab [3]. Langwirksame antipsychotische Depotpräparate sind eine zugelassene Alternative zur Erhaltungs- und Langzeittherapie der Schizophrenie. Metaanalysen zeigen, dass die Adhärenz bei dieser Therapieform deutlich besser ist als bei oralen Antipsychotika. Darüber hinaus ist aber auch die Effektivität einer Depottherapie gegenüber einer oralen Therapie gemessen an der Zahl der Rückfälle und der Rehospitalisation höher [4]. Gleichzeitig existieren bei Ärzten aber immer noch deutliche Vorurteile gegenüber einer Behandlung mit Depots. Unter anderem überschätzen Ärzte häufig die Compliance ihrer Patienten und sind der Meinung, dass diese Depots mehrheitlich ablehnen würden. Die rezent zu diesem Thema durchgeführte Prelapse-Studie [5] kommt zu dem Schluss, dass nach einer entsprechenden Schulungsmaßnahme bei den behandelnden Ärzten und dem Angebot einer Behandlung mit Aripiprazol-Depot über 90% der Patienten bereit waren, diese Behandlung zu akzeptieren. Die Wirksamkeit von Depots wird auch durch diese Studie unterstrichen, da die Rehospitalisierungsraten in den Aripiprazol-Depot-Zentren im Vergleich zu den Zentren, wo die Ärzte die Therapie frei entscheiden konnten, signifikant niedriger waren.

Literatur:

1. Cavalcante DA et al. *Early Interv Psychiatry* 2020;14:677-83. doi: 10.1111/eip.12889
2. DGPPN e.V. (Hrsg.). S3-Leitlinie Schizophrenie. 2019. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
3. Keith SJ, Kane JM. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1308-15. doi: 10.4088/jcp.v64n1105
4. Kishimoto T et al. *Lancet Psychiatry* 2021; [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00039-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00039-0)
5. Kane JM et al. *JAMA Psychiatry* 2020;77:1217-24. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2076.

Aktuelles zur Behandlung der Migräne: Anti-CGRP-Antikörper als innovative Therapieoption im Fokus

– Ao.Univ.-Prof. Dr. med. Christian WÖBER

In einem praxisnahen Vortrag werden aktuelle Therapieansätze in der Behandlung der Migräne näher erläutert – insbesondere die Langzeiterfahrung mit dem Anti-CGRP-Antikörper Erenumab in der prophylaktischen Behandlung der Migräne in Hinblick auf die Reduktion der monatlichen Migränetage und den Einfluss auf die Lebensqualität der PatientInnen.

Fachkurzinformation zum Insetart auf der letzten Umschlagseite

Quetiapin Sandoz 100 mg – Filmtabletten / Quetiapin Sandoz 200 mg – Filmtabletten / Quetiapin Sandoz 300 mg – Filmtabletten.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Quetiapin Sandoz 100 mg – Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 100 mg Quetiapin (als Quetiapin fumarat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 21,7 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat) pro Filmtablette. Quetiapin Sandoz 200 mg – Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 200 mg Quetiapin (als Quetiapin fumarat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 43,4 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat) pro Filmtablette. Quetiapin Sandoz 300 mg – Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 300 mg Quetiapin (als Quetiapin fumarat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 65,2 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat) pro Filmtablette. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antipsychotika, ATC-Code: N05AH04 **Anwendungsgebiete:** Quetiapin Sandoz ist indiziert zur: • Behandlung der Schizophrenie. • Behandlung von bipolaren Störungen: – zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden bei bipolaren Störungen; – zur Behandlung von schweren depressiven Episoden bei bipolaren Störungen; – zur Rückfallprävention von manischen oder depressiven Episoden bei Patienten mit bipolaren Störungen, die zuvor auf eine Quetiapin-Behandlung angesprochen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung von Cytochrom-P450-3A4-Hemmern wie HIV-Proteaseinhibitoren, Antimykotika vom Azolypyl, Erythromycin, Clarithromycin und Nefazodon ist kontraindiziert. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon (K 29/32), hochdisperses Siliciumdioxid-Hydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). Filmüberzug: Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol 4000, Titandioxid (E171). Zusätzlich für Quetiapin Sandoz 100 mg – Filmtabletten: Eisenoxid gelb (E172). **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** **Stand der Information:** Jänner 2020

Risperidon Sandoz 0,25/0,5 mg – Filmtabletten / Risperidon Sandoz 1/2/3/4 mg – Filmtabletten / Risperidon Sandoz 0,5/1/2 mg – Schmelztabletten / Risperidon Sandoz 1 mg/ml – Lösung zum Einnehmen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Risperidon Sandoz 0,25/0,5 mg – Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 0,25/0,5 mg Risperidon. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 23,8 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat). Risperidon Sandoz 1/2/3/4 mg – Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 1/2/3/4 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 51,25/101,45/151,94/202,49 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat). Risperidon Sandoz 0,5/1/2 mg – Schmelztabletten: Jede Risperidon Sandoz 0,5/1/2 mg Schmelztablette enthält 0,5/1/2 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Schmelztablette enthält 0,4 mg/0,8 mg/1,6 mg Aspartam (E 951) und 0,0035 mg/0,007 mg/0,014 mg Sorbitol (E 420). Risperidon Sandoz 1 mg/ml – Lösung zum Einnehmen: 1 ml enthält 1 mg Risperidon. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 1 ml Lösung enthält 2 mg Benzoesäure. **Wirkstoffgruppe:** **Pharmakotherapeutische Gruppe:** andere Antipsychotika. **ATC-Code:** N05AX08 **Anwendungsgebiete:** – Risperidon Sandoz ist indiziert für zur Behandlung der Schizophrenie bei Erwachsenen. – Risperidon Sandoz ist indiziert zur Behandlung mäßiger bis schwerer manischer Episoden assoziiert mit bipolaren Störungen bei Erwachsenen. – Risperidon Sandoz ist indiziert zur Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggression bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Alzheimer-Demenz, die auf nicht-pharmakologische Methoden nicht ansprechen und wenn ein Risiko für Eigen- und Fremdgefährdung besteht. – Risperidon Sandoz ist indiziert zur symptomatischen Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggression bei Verhaltensstörung bei Kindern im Alter ab 5 Jahren und Jugendlichen mit unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion oder mentaler Retardierung, die gemäß der DSM IV Kriterien diagnostiziert wurden, bei denen der Schweregrad der aggressiven oder anderen störenden Verhaltensweisen eine pharmakologische Behandlung erfordert. Die pharmakologische Behandlung sollte ein integraler Bestandteil eines umfassenden Behandlungsprogramms sein, welches psychosoziale und erzieherische Maßnahmen beinhaltet. Es wird empfohlen, dass Risperidon von einem Spezialisten für Kinderneurologie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder von einem Arzt, der für die Behandlung von Verhaltensstörung bei Kindern und Jugendlichen ausreichende Erfahrung hat, verordnet wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Risperidon Sandoz 0,25/0,5 mg – Filmtabletten: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, hochdisperses wasserfreies Siliciumdioxid. Tablettenüberzug 0,25 mg: Eisenoxid gelb (E 172), mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Stearinsäure, Titandioxid (E 171). Tablettenüberzug 0,5 mg: Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Stearinsäure, Eisenoxid rot (E 172), Titandioxid (E 171). Risperidon Sandoz 1/2/3/4 mg – Filmtabletten: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose (E460), vorverkleisterte Maisstärke, kolloidales wasserfreies Siliciumdioxid (E551), Magnesiumstearat (E470b). Tablettenüberzug: Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Macrogol 4000, Lactose-Monohydrat. – Risperidon Sandoz 2 mg – Filmtabletten zusätzlich: Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172); – Risperidon Sandoz 3 mg – Filmtabletten zusätzlich: Chinolingelb Aluminium-Lack (E104); – Risperidon Sandoz 4 mg – Filmtabletten zusätzlich: Indigotin Aluminium-Lack (E132), Chinolingelb, Aluminium-Lack (E104). Risperidon Sandoz 0,5/1/2 mg – Schmelztabletten: Mannitol, basisches Butylmethacrylat-Copolymer, Povidon K25, mikrokristalline Cellulose, niedrig substituierte Hydroxypropylcellulose, Aspartam (E 951), Crospovidon, rotes Eisenoxid (E 172), Grüne-Minze-Aroma (enthält Natrium), Pfefferminzaroma (enthält insbesondere Sorbitol (E 420), Levomenthol), Calciumsilikat, Magnesiumstearat. Risperidon Sandoz 1 mg/ml – Lösung zum Einnehmen: 2 mg/ml Benzoesäure, gereinigtes Wasser. **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Risperidon Sandoz 0,25/0,5 mg – Filmtabletten: Jänner 2020. Risperidon Sandoz 1/2/3/4 mg – Filmtabletten: Februar 2020. Risperidon Sandoz 0,5/1/2 mg – Schmelztabletten: April 2020. Risperidon Sandoz 1 mg/ml – Lösung zum Einnehmen: Februar 2020. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten, sowie Angaben zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



**Interdisziplinäres
Herbstsymposium
für
Psychopharmakologie**

**„Innovationen im Bereich der
Psychopharmakologie“**

1. Oktober 2022

Wien, Radisson Blu Park Royal Palace Hotel

SAVE the DATE

www.ihsp.at

Sponsoren*



AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

GEROT  LANNACH



pharm
genetiX
PGx

AXELERIS
AXELERIS Pharma GmbH

 **NOVARTIS**

 **STRATIPHARM**



Für ein gesundes Leben

MEETING
**DESTINATION
VIENNA**
NOW ♦ TOGETHER



ANGELINI



SANDOZ A Novartis
Division



 **NEURAXPHARM**[®]
Ihr ZNS Spezialist

Janssen  Neuroscience



**Schwabe
Austria**
From Nature. For Health.

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

* Stand bei Drucklegung



Antipsychotika aus dem Hause Sandoz

alle
Formen
in der
Grünen
Box²

Praktische Tabletteneigenschaften nur von Sandoz:

- Quetiapin Sandoz[®] Filmtabletten 100 und 200 mg – viertelbar per SnapTab[®]-Technologie^{1*}



- Risperidon Sandoz[®] Schmelztabletten – die einzigen in Österreich²



Möchten Sie von uns in Zukunft digital über Produktinformationen, Kongress-Highlights oder DFP-Trainings informiert werden?

Scannen Sie einfach mit Ihrer Smartphone-Kamera den QR-Code unserer Wissensplattform ein. Damit können Sie sich auf unserer Anmeldeseite mit ein paar einfachen Klicks registrieren.