



**Interdisziplinäres  
Herbstsymposium  
für  
Psychopharmakologie**

**„Was gilt als  
Psychopharmakon?  
– Wirkungsweise und  
Einsatzmöglichkeiten  
von Psychopharmaka“**

**3. Oktober 2020**

**Wien, Radisson Blu Park Royal Palace Hotel**

**PROGRAMM**

**[www.ihsp.at](http://www.ihsp.at)**

# Information COVID-19

## **Mit Freude und Sicherheit zur Tagung**

Seit der letztjährigen Tagung ist eine neue Situation eingetreten – unser aller Alltag hat sich massiv geändert. Dennoch sind gerade jetzt Tagungen wichtige Plattformen um Information und Wissen auszutauschen.

Die Verantwortung gegenüber unseren Konferenzgästen hat bei uns oberste Priorität, und so haben wir uns eingehend mit unseren Partnern vor Ort beraten und ein umfassendes Clean & Safe Konzept erstellt. Zusätzlich haben wir eine Risikobewertung für unsere Veranstaltungen in Bezug auf COVID-19 erarbeitet. Die Risikobewertung der diesjährigen Tagung hat ergeben, dass entsprechend unserem Konzept kein höheres Risiko besteht, als im öffentlichen Raum üblich.

## **Zusammenfassung**

Die **Bestuhlung im Vortragsraum** ist gekennzeichnet und es wird ein Sicherheitsabstand zwischen den Stühlen gehalten. 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 die Hände vor der Registatur zu desinfizieren und beim Eintreffen so lange Masken zu tragen, bis sie in den Vortragsraum gelangen.

**Fachausstellung:** Hier ist ein Einbahnsystem vorgesehen.

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

So alle Konferenzteilnehmer ein risikominimierendes Verhalten (d.h. kein Händeschütteln, Umarmen etc.) an den Tag legen, sollte ein Genießen der Tagung ohne Angst möglich sein.

**Alle Tagungsteilnehmer bekommen noch rechtzeitig vor der Veranstaltung umfassende Informationen per Mail zugesendet.**

Stand: Juli 2020

# Vorwort

*Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,*

wir freuen uns, Sie beim heurigen **Interdisziplinären Herbstsymposium für Psychopharmakologie** begrüßen zu dürfen.

Psychopharmaka sind eine sehr heterogene Gruppe von Substanzen, die sich im Hinblick auf Neurobiologie, Wirkungsweise, Indikationsbereich sowie Nutzen-Risiko-Profil deutlich voneinander unterscheiden. Viele Wirkstoffe haben mittlerweile ein breites Indikationsspektrum, welches nicht nur den Fachbereich der Psychiatrie, sondern auch unterschiedliche Gebiete der somatischen Medizin umfasst. Deshalb lautet das Rahmenthema des diesjährigen Symposiums „**Was gilt als Psychopharmakon? – Wirkungsweise und Einsatzmöglichkeiten von Psychopharmaka**“.

Wir wollen die breite Einsatzmöglichkeit psychopharmakologischer Substanzen in vielen Bereichen der Medizin in den Mittelpunkt stellen. Renommiertere Experten werden sowohl auf etablierte als auch auf innovative Substanzen eingehen und aktuelle Informationen zu Wirkungsweise, Anwendungsmöglichkeiten und Nebenwirkungsprofil in den Mittelpunkt stellen. Neben den „klassischen“ Psychopharmaka, haben sich mittlerweile auch Phytopharmaka und Nahrungsergänzungsmittel etabliert und wir dürfen uns auf hochaktuelle Vorträge zu diesen Themen freuen.

Wie Sie es beim IHSP erwarten dürfen, werden auch heuer viele interdisziplinäre Aspekte thematisiert. Im Besonderen werden wir auf die Einsatzmöglichkeiten von Psychopharmaka in der Inneren Medizin und in der Neurologie fokussieren.

Wir hoffen, dass die Themenpalette unseres heurigen Programmes auch Ihr Interesse trifft und freuen uns auf einen spannenden Erfahrungsaustausch!

*Mit freundlichen Grüßen*



**Prim. Dr. Christa Radoš**



**Prim. Dr. Andreas Walter**

# Allgemeine Hinweise

## [www.ihsp.at](http://www.ihsp.at)

**Veranstaltungstermin:** Samstag, 3. Oktober 2020

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

### **Wissenschaftliche Leitung:**

**Prim. Dr. Andreas Walter** – Leiter der Stabsstelle Psychiatrie, Pflege Donaustadt, Wiener Gesundheitsverbund

**Prim. Dr. Christa Radoš** – Leiterin der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin, Landeskrankenhaus Villach

**Anrechenbarkeit:** Die Veranstaltung wurde für 8 DFP-Punkte eingereicht.

**Kongressgebühr:** (beinhaltet Kongressunterlagen, Mittagsbuffet, Pausenverpflegung)

**Frühgebühr bis 15.09.2020**

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

**ab 16.09.2020**

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

Bitte überweisen Sie die Tagungsgebühr mit dem Hinweis „IHSP 2020“ an folgende Bankverbindung (Bankspesen zu Lasten des Auftraggebers):

ERSTE BANK • IBAN: AT882011129723930613

### **Stornobedingungen:**

Rückerstattung der Teilnahmegebühr vor dem 08.08.2020 100%, vor dem 16.09.2020 50%, danach keine Stornierung möglich. Stornierungen können nur schriftlich erfolgen.

### **Anmeldung:**

Online: [www.ce-management.com](http://www.ce-management.com)

Fax: 0043/(0)1/4784559

E-mail: [office@ce-management.com](mailto:office@ce-management.com)

### **Kongressbüro:**

CE-Management, Mag. Yasmin B. Haunold

A-1180 Wien, Scheibenbergstraße 39

E-mail: [office@ce-management.com](mailto:office@ce-management.com)

Tel.: 0043/(0)699/10430038

Fax: 0043/(0)1/4784559

[www.ce-management.com](http://www.ce-management.com)

### **Fachausstellung:**

brunner-coaching, Markus Brunner, MBA

A-2500 Baden, Am Fischertor 7/1/2

E-mail: [office@brunner-coaching.at](mailto:office@brunner-coaching.at)

Tel.: 0043/(0)664/5204717

[www.brunner-coaching.at](http://www.brunner-coaching.at)

# Programm

- 09:00 Begrüßung und Einführung durch die wiss. Leiter**  
*Prim. Dr. Christa Radoš und Prim. Dr. Andreas Walter*
- 09:10 Esketamin Nasenspray: Fortschritt oder Paradigmenwechsel in der Depressionsbehandlung?**  
– *Assoc.Prof. Priv.Doz. Dr. Lukas Pezawas*
- 09:50 Mögliche Behandlungsoptionen mit Phytopharmaka im höheren Alter**  
– *Prim. Dr. Christian Jagsch*
- 10:30 Kaffeepause
- 11:00 Psychopharmaka – Rolle der atypischen Depots**  
– *Prof. Dr. Christoph U. Correll <sup>(1)</sup>*
- 11:40 Sexualität, Sucht und Antipsychotika**  
– *Prof. Dr. Tillmann Krüger <sup>(1)</sup>*
- 12:20 Mittagspause
- 13:35 Psychopharmaka und Medikamentenabhängigkeit**  
– *Prof. Dr. Michael Soyka*
- 14:15 Sind Nahrungsergänzungsmittel Psychopharmaka?**  
– *Prof. Dr. Michael Rainer*
- 14:55 Psychopharmaka in der Neurologie**  
– *Prim. Prof. Dr. Walter Pirker*
- 15:35 Kaffeepause
- 16:05 Einsatz von Psychopharmaka aus internistischer Sicht**  
– *Prim. Prof. Dr. Peter Fasching*
- 16:45 Harm Reduction, Perspektiven für die Zukunft**  
– *Prim. Prof. Dr. Wolfgang Popp*  
*(Auch unter Verwendung von Informationen, Materialien und Mitteln bereitgestellt durch Philip Morris Austria)*
- 17:25 Verabschiedung durch die wissenschaftlichen Leiter**



## **Vertiefendes Zusatzprogramm** (im 1. Stock)

10:00–11:00 mit Wiederholung von 15:00–16:00 Uhr

**Spezialvortrag: Präzisionsmedizin durch Einbeziehung von Pharmakogenetik**

– *Prof. Dr. Daniel J. Müller*

<sup>(1)</sup> Mit freundlicher Unterstützung von Lundbeck Austria.

# Vortragende

**Prof. Dr. Christoph U. Correll**

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow  
D-13353 Berlin, Augustenburger Platz 1

**Prim. Prof. Dr. Peter Fasching,**

5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie  
Wilhelminenspital – Klinik Ottakring der Stadt Wien  
1160 Wien, Montleartstraße 37

**Prim. Dr. Christian Jagsch**

Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie  
LKH Graz II  
Wagner-Jauregg-Platz 17, 8053 Graz

**Prof. Dr. Tillmann H.C. Krüger**

Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Medizinische Hochschule Hannover  
D-30625 Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1

**Prof. Dr. Daniel J. Müller**

Klinik für Psychiatrie  
Universität Toronto  
250 College St., R132 Research Wing, Toronto, ON, M5T 1R8

**Assoc.Prof. Priv.Do. Dr. Lukas Pezawas**

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

**Prim. Prof. Dr. Walter Pirker**

Neurologische Abteilung  
Wilhelminenspital – Klinik Ottakring der Stadt Wien  
1160 Wien, Montleartstraße 37

**Prim. Prof. Dr. Wolfgang Popp**

GESUNDE LUNGE – Institut für Atemwegs- und Lungenerkrankungen und  
Ordinationszentrum Döbling  
Heiligenstädter Straße 46–48, 1190 Wien

**PD Dr. Michael Rainer**

Zentrum für geistige Gesundheit im Alter  
Lainzerstraße 20, 1130 Wien

**Prof. Dr. Michael Soyka**

Psychiatrische Universitätsklinik  
Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München  
Nußbaumstraße 7, D-80336 München

# Abstracts

(In alphabetischer Reihenfolge der Vortragenden)

## **Psychopharmaka – Rolle der atypischen Depots**

– Prof. Dr. Christoph U. CORRELL [Mit freundlicher Unterstützung von Lundbeck Austria.]

Schizophrenie ist noch immer eine der schwersten psychischen Erkrankungen, die allzu oft mit einer signifikanten Funktionsstörung verbunden ist. Zunehmende Erkenntnisse aus der Ersterkranken-Forschung sowie aus Studien zur Wirksamkeit bei chronischer Schizophrenie zeigen, dass eine effektive Erhaltungstherapie mit Antipsychotika relevant für positive Outcomes ist. Therapieansätze während verschiedener Krankheitsphasen müssen auf Behandlungserwartungen, Adhärenz und Rückfallprävention zugeschnitten werden, um das Fortschreiten der Krankheit zu begrenzen und das subjektive Wohlbefinden sowie die psychosoziale Funktion zu verbessern. Insbesondere die chronisch rezidivierende Schizophrenie und das Risiko einer sekundären Therapieresistenz stellen besondere Herausforderungen dar. Langzeitziele müssen schon bei der Akut-Behandlung mitbedacht werden. Therapieoptionen sollten auf der Grundlage einer individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung ausgewählt werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Erhaltungstherapie und die Rückfallprävention zu den kritischsten Aspekten bei der Behandlung der Schizophrenie gehören. Da die Nicht-Adhärenz der vorhersehbarste und am eindeutigsten zu adressierende Faktor ist, der den Krankheitsverlauf und das Fortschreiten der Erkrankung nachteilig beeinflusst, sollten Depot-Antipsychotika so früh wie möglich im Behandlungsalgorithmus berücksichtigt werden. Es gibt erfolgreiche Ansätze zur Erleichterung der Akzeptanz von Depot-Antipsychotika, die bei der Therapie von Schizophrenie-Patienten und deren Familien in den Behandlungsalgorithmus integriert werden sollten.

Referenzen:

- Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Factors contributing to non-adherence in patients with psychotic disorders. *World Psychiatry*. 2013 Oct; 12(3): 216–26.
- Correll CU, Citrome L, Haddad PM, Lauriello J, Olfson M, Calloway SM, Kane JM. The use of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: evaluating the evidence. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77(suppl 3): 1–24.
- Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*. 2018 June; 17(2): 149–60.

## **Einsatz von Psychopharmaka aus internistischer Sicht**

– Prim. Prof. Dr. Peter FASCHING

Der Einsatz von Psychopharmaka ist nicht ausschließlich auf die Erst- und Weiterverschreibung durch FachärztInnen für Psychiatrie beschränkt. Die meisten Antidepressiva, Sedativa inklusive schlafanstoßende Medikamente, Neuroleptika und Antidementiva werden zumeist von Nicht-PsychiaterInnen erst- oder weiterverordnet, sofern dies aufgrund der Erstattungssituation möglich ist. Dies betrifft auch den Fachbereich Innere Medizin, der abseits der internistischen Sonderfachbereiche, wie z.B. Kardiologie und Onkologie, immer häufiger betagte und damit zumeist auch multimorbide Patientinnen und Patienten betreut. Da in diesem Patientenkollektiv Organfunktionen und Stoffwechsel altersbedingt zumeist verändert sind, ist die Kenntnis der Pharmakologie psychotroper Substanzen besonders für den Internisten von zentraler Bedeutung.

Durch die zumeist bestehende (und auch medizinisch erforderliche) Multimedikation besteht ein besonders hohes Risiko für Arzneimittelinteraktionen und daraus folgenden Arzneimittelnebenwirkungen. Bei Vorliegen einer altersassoziierten kognitiven Dysfunktion ist auch z.B. durch zentrale

anticholinerge Nebenwirkung eine drastische Verschlechterung der Denkleistung bis hin zur Entwicklung eines Deliriums möglich.

Aus diesen Gründen ist ein kurz gefasstes Nachschlagewerk, wie das „Psychopharmaka Austria 2020“, zusammengestellt von der IFPA, im klinischen Alltag hilfreich, um aus der Vielzahl der Medikamente, für den individuellen Patienten bei Erstverordnung das am besten geeignete herauszufinden bzw. bei vorbestehender Therapie rasch mögliche Nebenwirkungen aufzuspüren.

Weiters hat der Internist bei vorbestehenden somatischen Erkrankungen besonderes Augenmerk auf allfällige Qtc-Verlängerungen im EKG oder auf Veränderungen der Blutdruckregulation zu richten. Interessanterweise konnte in Studien sogar eine mortalitätssenkende Wirkung durch Einnahme von Antidepressiva nach Myokardinfarkt nachgewiesen werden und eine deutliche Verbesserung der Stoffwechselqualität bei PatientInnen mit Diabetes mellitus nach Beginn einer Antidepressiva-Therapie bei gegebener Indikation.

In diesem Referat wird auf die unterschiedliche Aspekten dieses Themenkreises näher eingegangen.

## **Mögliche Behandlungsoptionen mit Phytopharmaka bei psychischen Erkrankungen im höheren Alter**

– *Prim Dr. Christian JAGSCH*

Phytopharmaka sind Arzneimittel, deren wirksame Bestandteile ausschließlich aus pflanzlichem Material bestehen, wie beispielsweise Pflanzenpulver, Pflanzensekrete, ätherische Öle oder Pflanzenextrakte.

Man unterscheidet prinzipiell zwischen rational und traditionell verwendeten Pflanzenarzneimitteln. Liegen für die Anwendung rationale, wissenschaftlich überprüfbare Daten, beispielsweise aus klinischen Studien zugrunde, spricht man von rationalen Phytopharmaka, die Verwendung traditioneller Phytopharmaka hingegen basiert auf ihrer langjährigen Anwendungserfahrung.

In diesem Vortrag werden im speziellen rational verwendete Phytopharmaka besprochen, die bei der Behandlung von Gedächtnisstörungen und Ängsten eingesetzt werden.

## **Sexualität, Sucht und Antipsychotika**

– *Prof. Dr. Tillmann H.C. KRÜGER [Mit freundlicher Unterstützung von Lundbeck Austria.]*

Schizophrenie, Suchterkrankungen und Störungen der Sexualität haben wichtige Schnittflächen gemein und fordern uns Kliniker gleichermaßen heraus. Zudem spielen sich alle drei Themenkomplexe neurobiologisch betrachtet v.a. in dopaminergen Hirnarealen ab und je nach Krankheitsentität werden lokale Über- und Unterfunktionen diskutiert. Die Krankheitsbilder gehen oftmals mit erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher. Erhebungsinstrumente der WHO umfassen die Dimensionen physische und psychische Gesundheit, Unabhängigkeit, Umwelt, Spiritualität sowie soziale Beziehungen inkl. Partnerschaft und Sexualität.

Eine Vielzahl dieser Aspekte wird durch die jeweiligen Krankheitsbilder selbst (morbogen) oder aber durch die Behandlung mit Medikamenten (pharmakogen) beeinflusst. Partnerschaftliche und sexuelle Probleme finden sich in der Allgemeinbevölkerung häufig und sind meist multifaktorieller Genese; die Prävalenz sexueller Dysfunktionen bei Patienten mit Schizophrenie liegt bei 20–60%. Die Mehrzahl der länger an Schizophrenie erkrankten Personen lebt nicht in einer Partnerschaft. Insgesamt ist das soziale Outcome von an Schizophrenie erkrankten Männern deutlich schlechter als bei Frauen, bei denen es öfter zu Heirat und eigenen Kindern kommt.

Gleichzeitig finden sich bei Menschen mit Schizophrenie häufig Doppeldiagnosen im Sinne einer komorbiden Suchterkrankung. Substanzkonsumstörungen werden dominiert von Nikotin (32–92%), Alkohol (20–60%) und Cannabis (12–42%) (Azorin et al. Expert opinion on pharmacotherapy 2016, 17: 231–53). Patienten mit Doppeldiagnosen stellen uns vor besondere klinische Heraus-



forderungen, die auch in der aktuellen S3 Leitlinie Schizophrenie (AWMF/DGPPN) Erwähnung finden wie z.B. reduzierte psychosoziale Funktionen, höhere Rehospitalisations-/Rezidivraten, höheres Suizidrisiko, geringere Behandlungseinbindung und eine höhere Belastung der Angehörigen.

Die Behandlung der Schizophrenie ist multimodal. Durch eine erfolgreiche Behandlung einer Schizophrenie ist prinzipiell auch eine Verbesserung eventuell gestörter sexueller Funktionen zu erwarten. In vielen Fällen ist dies jedoch nicht der Fall und neben morbogen verursachten sexuellen Problemen können unerwünschte Effekte einer antipsychotischen Behandlung auftreten. Diese werden von Patienten als sehr störend empfunden und führen oft zu mangelnder Adhärenz, die in der Behandlung der Schizophrenie ohnehin schon eine Herausforderung darstellt. Sexuelle Probleme gilt es feinfühlig und sorgsam zu eruieren. Patienten sind in der Regel sehr dankbar, wenn ihre Behandler auch sexuelle Probleme ernst nehmen und ggf. auch aktiv ansprechen. Eine sexualmedizinische Basiskompetenz mit entsprechender Diagnostik, Beratung und Therapieansätzen kann im Rahmen allgemeiner psychiatrischer Tätigkeit erwartet werden, setzt aber eine gewisse Auseinandersetzung mit dem Thema und persönliche Bereitschaft voraus. Besonderes Augenmerk sollte dabei auch auf die Wahl einer geeigneten Pharmakotherapie gelegt werden. Neuere Antipsychotika mit partiellem Dopamin-Agonismus haben sich in Bezug auf Lebensqualität und Sexualität als günstig erwiesen (Naber et al. Schizophrenia Research 2015, 168: 498–504. Potkin et al. Int Clin Psychopharmacol 2017, 32: 147–54). Zudem gibt es auch erste Hinweise für eine signifikante Reduktion des Cravings bei Menschen mit Doppeldiagnose (Cuomo et al. Neuropsychiatry Disease and Treatment 2018, 14: 1645–56. Beresford et al. J Clin Psychopharmacol 2017, 37: 657–63.

## **Esketamin Nasenspray: Fortschritt oder Paradigmenwechsel in der Depressionsbehandlung?**

– Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Lukas PEZAWAS

Die Erhöhung der serotonergen oder noradrenergen Neurotransmission ist seit mehr als 3 Jahrzehnten das zentrale Prinzip verfügbarer Antidepressiva und gilt als dominanter pharmakologischer Weg, um Patienten mit einer unipolaren Depression zu behandeln. Trotz unbestrittener Erfolge kann bei etwa zwei Drittel der Patienten mit einer Monotherapie mit einem Antidepressivum keine vollständige Remission erreicht werden, weshalb im klinischen Alltag ein Wechsel des Antidepressivums bzw. eine Kombination von Antidepressiva bzw. anderen Substanzgruppen häufig anzutreffen ist. Etwa bei einem Drittel aller Patienten führt auch die zweimalige Umstellung der antidepressiven Medikation mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zu keinem Therapieansprechen, weshalb man dies auch als therapieresistente Depression (TRD) bezeichnet. Speziell für diese Patientengruppe ergibt sich daraus ein prolongierter Leidensweg, für den nun eine rasch wirksame Therapie, Esketamin Nasenspray, in Österreich zur Verfügung steht. Esketamin Nasenspray ist das erste antidepressiv wirksame Medikament mit neuem Wirkmechanismus seit 30 Jahren und wurde durch die EMA Ende 2019 für die Indikation TRD zugelassen. Gegenwärtig wird vermutet, dass die Wirkung von Esketamin auf das Glutamatsystem zu einer Remodellierung dysfunktionaler Emotionsschaltkreise durch eine Verbesserung der Neuroplastizität führt. Der Vortrag umfasst zunächst eine kurze Einführung zu den konkreten Herausforderungen und der Therapie der unipolaren Depression und im Speziellen der TRD. Danach wird auf die wissenschaftliche Datenlage bezüglich Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofil zu Esketamin Nasenspray eingegangen sowie erste klinisch-praktische Erfahrungen geteilt.

## **Psychopharmaka in der Neurologie**

– Prim. Prof. Dr. Walter PIRKER

Neurologische Erkrankungen sind durch einen hohen Grad an psychiatrischer Komorbidität, insbesondere depressive Störungen, charakterisiert. Psychiatrische Symptome sind in vielen Fällen

Erst- oder Frühmanifestation einer Hirnerkrankung. Dies betrifft akut verlaufende Erkrankungen wie z.B. Enzephalitis ebenso wie neurodegenerative Erkrankungen wie Parkinson- oder Huntington-Krankheit. Psychopharmaka können zu neurologischen Nebenwirkungen, z.B. akuten und tardiven Bewegungsstörungen, selten auch zu Anfällen, führen. Patienten mit organischen Störungen haben aufgrund der bei ihnen häufig erforderlichen Polypharmazie und der vorbestehenden Hirnschädigung ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen. Zusätzlich leiden neurologische Patienten unter Krankheits-immanenten Unverträglichkeiten, man denke z.B. an die Intoleranz von Parkinson-Patienten für alle Antipsychotika mit Ausnahme von Quetiapin und Clozapin oder die Intoleranz der überwiegenden Mehrheit der Demenz-Patienten und älterer Menschen für anticholinerg wirksame Substanzen.

Die Psychopharmaka-Therapie spielt eine zentrale Rolle in der Behandlung psychiatrischer Störungen im Rahmen neurologischer Erkrankungen, leidet aber in diesen Indikationen unter beschränkter Evidenz. In vielen Fällen kann nur von aus bei primär psychiatrischen Populationen gewonnenen Daten auf eine mögliche Wirkung bei neurologischen Patienten geschlossen werden. Die Behandlung von neuropsychiatrischen Krankheitsbildern stellt auch durch die Fächertrennung von Neurologie und Psychiatrie eine besondere Herausforderung dar, die nur durch einen intensiven fachlichen Austausch zwischen den zwei Disziplinen und gemeinsame Aus- und Fortbildungsanstrengungen gemeistert werden kann.

## **Harm Reduction, Perspektiven für die Zukunft**

– *Prim. Prof. Dr. Wolfgang POPP*

Das Thema „harm reduction“ oder Schadensreduktion ist im Alltag ebenso von Bedeutung, wie im engeren Sinn in der Medizin. Schadensreduktion funktioniert durch Reduktion der dafür verantwortlichen Faktoren, von Gefahr und Exposition. Einfache Beispiele für Schadensreduktion sind die Verwendung von Sicherheitsgurten, weil einerseits Autofahren eine Realität ist, ebenso wie mögliche Unfälle, andererseits man durch Verwenden von Sicherheitsgurten die Schwere eines Unfalls reduzieren kann. Verwandte Themen sind auch Risikoreduktion, Risikobegrenzung, Prävention (von Primär- bis Tertiärprävention) bis hin zur frühzeitigen Schadenserhebung und Behebung.

In der Medizin sind diese Themen eigentlich laufend vorhanden, meist unter einem Aspekt der Sekundärprävention, weil das absolute „gesunde Leben“, welches mit den Themen Ernährung und Bewegung beginnt, oft auch nur eine Wunschvorstellung ist. In der Suchtmedizin ist der Aspekt der „harm reduction“ z.B. in der Drogentherapie und Substitutionstherapie auch angekommen. Beim Thema Nikotinsucht, die weltweit zu den häufigsten Suchterkrankungen gehört, ist die „harm reduction“ ein besonderes Thema geworden. Dabei geht es nicht nur um die Nikotinsucht, die per se ein kleineres Problem wäre, sondern auch und besonders um die organischen Schäden, die durch den Träger, den Tabakkonsum entstehen. Eine Reduktion dieser Folgeschäden ist für die Betroffenen aber auch für die Gesellschaft von Bedeutung.

„Harm reduction“-Strategien für Raucher beinhalten die Verwendung alternativer Nikotin-Zufuhr Möglichkeiten, von Snus bis Elektrozigarette. Die Verwendung von E-Zigaretten begann als Verbraucher-basierte Produkte mit hohem Life-Style Aspekt und mit nur geringer behördlicher Regelung, aber vielen unklaren Variablen (Inhaltsstoffe von E- Zigaretten, Effekt auf Sucht, Möglichkeit der Zigarettenreduktion, Gesundheitsschäden etc.).

Unter anderem hat die Autorisierung im Zusammenhang mit einem Tabakerhitzer durch eine ausländische Regulierungs- und Marktüberwachungsbehörde in diesem Jahr das Thema Alternativprodukte zur Zigarette etwas mehr in den Fokus gerückt. Das verfahrensgegenständliche Produkt eines großen Herstellers welches zwar auch Tabak verwendet, aber diesen eben nicht verbrennt, sondern nur mit ca. 300 °C erhitzt, reduziert die Freisetzung einzelner Schadstoffe im Vergleich zu Zigarettenrauch wesentlich. Oder anders ausgedrückt, die Veränderung der kumulativen Exposition mit Karzinogenen kann mit Tabakerhitzern um 10 bis 25× niedriger gegenüber dem

Zigarettenrauchen mit dem Verbrennungsprozess sein. Ein maßgeblicher Aspekt wird aber immer bleiben, dass diese Produkte nicht als „Life-Style“ oder Einstieg in eine Abhängigkeit gesehen werden dürfen. Damit steht für Patienten und Personen, die keinen kompletten Rauchstopp wollen oder umsetzen können, ein der Zigarette nahes Produkt zur Verfügung, das bei Tabak- und Nikotinabhängigen eine Alternative zur Schadensreduktion darstellt.

## **Sind Nahrungsergänzungsmittel Psychopharmaka?**

– PD Dr. Michael RAINER

Psychopharmaka sind psychoaktive Substanzen, die als Arzneistoffe genutzt werden, und die neuronalen Abläufe im Gehirn beeinflussen und dadurch die psychische Verfassung verändern. Psychopharmaka im weiteren Sinn sind sämtliche Medikamente die die seelische Befindlichkeit auf irgendeine Weise verändern. In diese Gruppe fallen alle Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel. Psychopharmaka im engeren Sinn greifen in das ZNS ein und verändern nicht nur einzelne Funktionen wie Schlaf, Schmerz und Antrieb, sondern das gesamte seelische Erleben und Verhalten und sie beeinflussen unterschiedlich psychische Störungen und Krankheiten. Medizinische Nahrungsergänzungsmittel sind im Gegensatz zu herkömmlichen Nahrungsergänzungsmitteln in klinischen Studien getestet und sie können psychopharmakologisch aktiv sein.

Die Evidenzlage für Nahrungsergänzungsmittel in der Therapie psychiatrischer Störungen ist für generelle Empfehlungen noch zu gering. Durch neue Daten aus Beobachtungsstudien und randomisierten kontrollierten Studien kann eine zusätzliche oder kombinierte Anwendung mit etablierten Psychopharmaka bei bestimmten Indikationen wertvoll sein. Folsäure, S-Adenosylmethionin (SAM) und Eicosapentaensäure (EPA) scheinen beispielsweise antidepressive Eigenschaften zu haben, Zink könnte bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nützlich sein, Vitamin B6 (Pyridoxin) extrapyramidale Nebenwirkungen der Antipsychotika reduzieren und N-Acetylcystein (NAC) effektiv gegen Negativsymptome, Bewegungsstörungen und Akathisie bei Schizophrenie sein (Himmerich. Der Nervenarzt, 2014).

In das neue ‚Psychopharmaka Austria‘ Kompendium aus dem Jahr 2020 hat das Interdisziplinäre Forum für Psychopharmako-Therapie im Alter (IFPA) 3 medizinische Nahrungsergänzungsmittel aufgenommen, deren Wirksamkeit bei leichter kognitiver Beeinträchtigung und Alzheimerkrankheit sowie bei inflammatorischer Depression in kontrollierten Studien ausreichend begründet sind: Acutil und Libretto mit dem Hauptwirkstoff Omega-III-FS und ‚Gedächtnis aktiv‘ mit dem Hauptwirkstoff Curcuma-Extrakt Longvida. Deren Effizienz kann durch rezente Daten dokumentiert werden.

## **Psychopharmaka und Medikamentenabhängigkeit**

– Prof. Dr. Michael SOYKA

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Psychopharmaka, speziell Sedativa und Hypnotika sind sehr häufig. Das Thema ist von der klinischen Forschung aber eher vernachlässigt worden (Übersicht in Soyka 2015). Unter den legalen Substanzen werden auch Schmerzmittel und z.T. Gabapentioide missbräuchlich genommen. Besonders häufig ist der schädliche Gebrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen oder Non-Benzodiazepinhypnotika (Z-Drugs). Es liegen eine Reihe epidemiologischer Untersuchungen vor, die die Zahl der Medikamentenabhängigen z.B. in Deutschland auf 1–1,9 Mio. schätzen (Pabst et al. 2013, Soyka 2015, Soyka und Batra 2019). Darunter befinden sich 1–1,2 Mio. Abhängige von Tranquilizern und Hypnotika. Die Prävalenzraten bei Männern wurden mit 1,3%, bei Frauen mit 1,5% ermittelt. Internationale Übersichten zeigen ebenfalls Prävalenzraten von 1,5–2% bei Erwachsenen.

Die Kernsymptome von Tranquilizer-Abhängigkeit/Hypnotikasucht sind wie bei anderen Suchtformen Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit, Drogenverlangen (Craving). Gerade bei Missbrauch von Sedativa und Hypnotika erfolgt die Einnahme oft wegen antizipierter Entzugserscheinungen oder Beschwerden („Ich kann sicher nicht schlafen.“).

Typische Verhaltensmerkmale (nach Soyka 2015):

1. Langzeitkonsum von Benzodiazepinen über Monate und Jahre
2. Dosissteigerung unabhängig von der ursprünglichen Indikation, die Ursprungsindikation für die Benzodiazepine spielt keine oder eine Nebenrolle
3. Benzodiazepine sind notwendig zur Alltagsbewältigung
4. Unfähigkeit, den Konsum zu stoppen oder ihn zu reduzieren
5. Angst, wenn keine Medikamente verfügbar sind oder eingenommen werden
6. „Doctor shopping“ (Rezepte von mehreren Ärzten)
7. Ständiger Vorrat an Medikamenten, Griffbereitschaft
8. Wiederholter Besuch von Notallambulanzen und Apotheken („Rezept verloren“, vermeintliche Notsituation)
9. Einnahme von Hypnotika schon im Laufe des Tages

Eine Reihe von Risikogruppen lassen sich definieren:

- Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer (Olfson et al. 2015)
- Ältere Personen
- Andere Suchterkrankungen (z.B. Alkoholabhängigkeit)
- Polytoxikomane Patienten
- Medizinisches Personal (Griffnähe, Verfügbarkeit)
- Patienten mit Psychischen Störungen, z.B. Angsterkrankungen
- Schmerzpatienten
- Patienten mit psychosomatische Störungen

*Therapie:* Für die Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit gibt es evidenzbasierte Grundlagen (Darker et al. 2015, Soyka 2015, Soyka und Batra 2019). Eine Cochrane-Analyse wurde von Baandrup et al. (2018) vorgelegt (35 Studien, N = 2295), andere Meta-Analysen z.B. von Reeve et al. (2017) und Gould et al. (2014). Gesichert ist, dass ein schrittweiser Benzodiazepinentzug, meist über mehrere Wochen oder Monate, dem sofortigen Absetzen überlegen ist. Die weitere psychopharmakologische Behandlung ist pragmatisch und symptomorientiert. Bei Schlafstörungen ist neben einer guten Schlafhygiene an die Gabe anderer sedierender Substanzen z.B. Antidepressiva zu denken.

Psychoedukative Informationen (Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkungen sowie Risiken der Medikation, Behandlungsoptionen) sind wirksam (Lynch et al. 2020). Meist werden auch verhaltenstherapeutische Interventionen empfohlen, abhängig von der Grunderkrankung.

*Ausblick:* Aktuell widmet sich eine laufende S-3-Leitlinien Konferenz gemäß AWMF-Kriterien diesem Gebiet. Der Abschluß ist für die zweite Jahreshälfte 2020 geplant.

*Quellen:*

- Baandrup L, Ebdrup BH, Rasmussen JO, Lindschou J, Gluud C, Glenthøj BY. Pharmacologic interventions for benzodiazepine users (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 3: CD011481.
- Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 15; 5: CD009652.
- Gould RL, Coulson MC, et al. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014; 204(2): 98–107.
- Lynch T, Ryan C, Hughes CM, Presseau J, van Allen ZM, Bradley CP, Cadogan CA. Brief interventions targeting long-term benzodiazepines and Z-drugs use in primary care: a systematic review and meta-analysis. *teAddiction* 2020F; doi: 10.1111/aad.14981.
- Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 136–42.
- Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 2013; 59: 321–31.

- Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol* 2017; 73(8): 927–35.
- Soyka M, Batra A. Benzodiazepin-Abhängigkeit. In: Voderholzer U, Hohagen F (eds). Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art. Munich: Urban und Fischer; 2019.
- Soyka M. Medikamentenabhängigkeit. Stuttgart: Schattauer; 2015.

**Interdisziplinäres  
Herbstsymposium  
für  
Psychopharmakologie**

**SAVE the DATE**

**Wien, 2. Oktober 2021**

**www.ihsp.at**

Fachkurzinformation zum Inserat auf der letzten Umschlagseite

**IXEL 25 mg und 50 mg – Kapseln. Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 25 mg bzw. 50 mg Milnacipran-Hydrochlorid, entsprechend 21,77 mg bzw. 43,55 mg Milnacipran freie Base. **Hilfsstoffe:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Carmellose-Calcium, Povidon K 30, wasserfreies hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum. **Kapselhülle 25 mg: Oberteil und Unterteil (rosa):** Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine. **Kapselhülle 50 mg: Oberteil (rosa):** Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; **Unterteil (rostfarben):** Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von depressiven Episoden („Major Depression“) bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; in Verbindung mit irreversiblen MAO-Hemmern; in der Stillperiode; bei unkontrollierter Hypertonie sowie bei schwerer oder instabiler koronarer Herzkrankheit, da diese Grunderkrankungen durch eine Erhöhung des Blutdrucks oder der Herzfrequenz beeinträchtigt werden können. **Warnhinweis:** Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Klasse:** N06AX17. **Zulassungsinhaber:** Pierre Fabre Medicament, Boulogne, Frankreich. **Vertrieb:** Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien.

# Sponsoren\*



*Für ein gesundes Leben*



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*



\* Stand bei Drucklegung

# Anmeldung

## Interdisziplinäres Herbstsymposium für Psychopharmakologie

„Was gilt als Psychopharmakon?  
– Wirkungsweise und Einsatz-  
möglichkeiten von Psychopharmaka“

3. Oktober 2020

Wien, Radisson Blu Park Royal Palace Hotel

Onlineanmeldung:

[www.ce-management.com](http://www.ce-management.com)

Kongressgebühr bei Anmeldung bis 15.09.2020:

€ 170,00/€ 140,00 (ermäßigt bei Nachweis von Ausbildung,  
Karenz oder Arbeitslosigkeit), danach € 200,00/€ 170,00.

# SICHER IM AUFWIND



## BEI DEPRESSIONEN: MILNACIPRAN

Einzigtiges Wirkverhältnis von Serotonin  
und Noradrenalin von **50 zu 50 Prozent**.<sup>1</sup>

SEROTONIN

NORADRENALIN

- **Serotonin** hebt die Stimmung
- **Noradrenalin** hebt die Energie

FREI  
VON

CYP-450  
Interaktionen<sup>2</sup>  
QT-Zeit  
Verlängerung<sup>3</sup>

EINE SORGE WENIGER  
BEI POLYPHARMAZIE



WEIL ES WIRKT.



 GERMANIA  
PHARMAZEUTIKA

1150 Wien, Schuselkgasse 8  
+43 (0)1 982 33 99  
office@germania.at  
[www.germania.at](http://www.germania.at) | [www.ixel.at](http://www.ixel.at)

1) S. Montgomery "Tolerability of Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor Antidepressants" CNS Spectr 2008; vol 13, no 7 (suppl 11): 27-33  
2) C. Puozzo et al. "Lack of Interaction of Milnacipran with the Cytochrome P450 Isoenzymes Frequently Involved in the Metabolism of Antidepressants"  
Clin Pharmacokinet 2005; 44 (9): 977-988.  
3) A. Periclou et al. "Effects of Milnacipran on Cardiac Repolarization in Healthy Participants" J Clin Pharmacol 2010; 50: 422-433

Fachkurzinformation siehe Seite 13