

**Interdisziplinäres
Herbstsymposium
für Psychopharmakologie
und Neurologie**

***„Psychopharmaka über
die Lebensspanne“***

4. Oktober 2025

Wien, Arcotel Wimberger

PROGRAMM

www.ihsp.info



JUSTIZBETREUUNGSAGENTUR
FACHPERSONAL FÜR DIE ÖSTERREICHISCHE JUSTIZ

Mehr als nur ein Job

Wir suchen ab sofort für
verschiedene **Justizanstalten**
und **forensisch-therapeutische**
Zentren in Österreich

Fachärzte für Psychiatrie (m/w/d)
Teilzeit bzw. Vollzeit

Details zu den Stellenprofilen
und weitere Informationen
finden Sie auf unserer
Website **www.jba.gv.at**.



➔ Ihre Karriere bei der JBA



Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns eine große Freude, Sie auch heuer beim **Interdisziplinären Herbstsymposium für Psychopharmakologie und Neurologie (IHSP)** begrüßen zu dürfen.

Psychopharmakologische Behandlung bedarf oft einer langfristigen Behandlungsperspektive, die nicht nur an die Erfordernisse des Krankheitsverlaufs sondern auch an die individuelle Lebenssituation und an den altersentsprechenden Gesundheitszustand anzupassen ist. Deshalb wollen wir uns in diesem Jahr verstärkt der Thematik des Einsatzes der Psychopharmaka über die Lebensspanne widmen. Herausragende Expertinnen und Experten informieren diesbezüglich über ein breites Themenspektrum.

Viele Einsatzbereiche von Psychopharmaka, wie Schmerz, Schlaf, Depression aber auch manche forensische Fragestellungen, sind Querschnittmaterie, sodass ein fächerübergreifender interdisziplinärer Zugang erforderlich ist. Dem wollen wir auch 2025 der Tradition des IHSP entsprechend Rechnung tragen. Insbesondere die breiten Überschneidungen zwischen Psychiatrie und Neurologie stehen dabei im Fokus.

Besonderen Wert legen wir auf die Praxisrelevanz und auf die Möglichkeit eines breiten interaktiven Austauschs.

Wir freuen uns schon sehr auf ein spannendes interaktives Symposium und vor allem auf die Begegnung und auf einen inspirierenden Austausch mit Ihnen.

Prim. Dr. Christa Radoš



Prim. Dr. Andreas Walter



Die Veranstalter danken den Sponsoren des IHSP 2025*



GL[®]Pharma



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



J&J

idorsia



Lundbeck



JUSTIZBETREUUNGSAGENTUR
FACHPERSONAL FÜR DIE ÖSTERREICHISCHE JUSTIZ

* Aktueller Stand / Stand bei Drucklegung

Allgemeine Hinweise

Veranstaltungstermin: Samstag, 4. Oktober 2025

Veranstaltungsort: Arcotel Wimberger
A-1070 Wien, Neubaugürtel 34–36

Wissenschaftliche Leitung:

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

Prim. Dr. Christa Radoš – Fachbereichsleitung Kärnten, Psychiatrisches
Therapiezentrum Kärnten

*Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Österreichischen
Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (ÖGFP) statt.*

Anrechenbarkeit:

Die Veranstaltung ist mit 10 DFP-Punkten zertifiziert.

*(Einreichende Gesellschaft: Österreichische Gesellschaft für Forensi-
sche Psychiatrie [ÖGFP])*

Kongressgebühr: *(beinhaltet Kongressunterlagen und Pausenverpflegung)*
€ 185,– bei bestätigter Einzahlung bis 25.09.2025, danach € 205,–
**Nach erfolgter Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung inkl. Zah-
lungsmodalitäten.**

ACHTUNG: *Einzahlung am Tagungsort selbst NUR IN BAR möglich!*

Stornobedingungen: Rückerstattung der Teilnahmegebühr 18 bis 4
Tage vor der Veranstaltung 50%, danach keine Stornierung möglich.
Stornierungen können nur schriftlich (E-Mail) erfolgen.

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

Kongressbüro:

CE-Management, Mag. Yasmin B. Haunold

A-1180 Wien, Scheibenbergstraße 39

E-Mail: office@ce-management.com

www.ce-management.com

Tel.: +43/(0)699/1043003

Fax: +43/(0)1/4784559



Programm

- 09:00 Begrüßung und Einführung durch die wissenschaftlichen Leiter
- 09:15 Schmerz über die Lebensspanne
– *Prim. Dr. Christoph Stepan, MSc (Wien)*
- 09:45 Der Hype um die „Fett-weg-Spritzen“ – was ist in der Praxis (für Sie) relevant? GLP 1-Medizin: Potenzielle Protektion vor Demenz und Parkinson – Fact or Fiction?
– *Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA (Wien)*
- 10:15 Paneldiskussion mit *Prim. Dr. Christoph Stepan, MSc* und *Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA*
- 10:30 Kaffeepause
- 11:00 Angst über die Lebensspanne
– *em. O. Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried Kasper (Wien)*
- 11:30 Depression über die Lebensspanne
– *Priv.-Doz. DDr. Lucie Bartova (Wien)*
- 12:00 Schlaf über die Lebensspanne
– *Priv.-Doz. Dr. Michael Saletu (Graz)*
- 12:30 Paneldiskussion mit *Priv.-Doz. DDr. Lucie Bartova*, *em. O. Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried Kasper* und *Priv.-Doz. Dr. Michael Saletu*
- 12:45 Mittagspause
- 13:45 Schizophrenie über die Lebensspanne
– *Univ.-Prof. Dr. Alex Hofer (Innsbruck)*
- 14:15 Depotpräparate – Schnittstelle Forensik
– *Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe (Wien)*
- 14:45 Functional Recovery bei Depression im Laufe der Lebensspanne
– *Prim. Univ.-Prof. Priv.-Doz. DDr. Eva Reininghaus, MBA (Graz)*¹⁾
- 15:15 Paneldiskussion mit *Univ.-Prof. Dr. Alex Hofer*, *Prim. Univ.-Prof. Priv.-Doz. DDr. Eva Reininghaus, MBA*, und *Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe*
- 15:30 Kaffeepause

¹⁾ Mit freundlicher Unterstützung von Angelini Pharma.

Programm

- 16:15 Gebrauch und Missbrauch von Hypnotika über die Lebensspanne – Patientenfälle und therapeutische Lösungsansätze im Fokus
– *Dr. Philipp Kloimstein, MBA (Lichtensteig, CH)*
- 16:45 Opioidsubstitution über die Lebensspanne
– *Prim. Dr. Christian Korbel (Mauer/Amstetten)*
- 17:15 Paneldiskussion mit *Dr. Philipp Kloimstein, MBA* und *Prim. Dr. Christian Korbel*
- 17:30 Verabschiedung durch die wissenschaftlichen Leiter

Vortragende

Priv.-Doz. DDr. Lucie Bartova, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA, Vorstand 5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie, Klinik Ottakring, Wien

Univ.-Prof. Dr. Alex Hofer, Univ.-Klinik für Psychiatrie I, Medizinische Universität Innsbruck

em. O. Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried Kasper, emeritierter Vorstand, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Dr. Philipp Kloimstein, MBA, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxis in Lichtensteig, Schweiz

Prim. Dr. Christian Korbel, Ärztlicher Direktor, Landesklinikum Mauer, Mauer/Amstetten

Prim. Univ.-Prof. Priv.-Doz. DDr. Eva Reininghaus, MBA, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz

Priv.-Doz. Dr. Michael Saletu, Leiter Bereich Schlafmedizin, LKH Graz II, Graz

Prim. Dr. Christoph Stepan, MSc, Ärztlicher Leiter, Pflege Donaustadt, Wien

Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe, Österreichische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie, Wien

Lasea®

Anxiolytikum

Der sichere* Weg aus der Angst



Lasea® 80mg Weichkapseln
(Wirkstoff Sillexan®: Arznei-Lavendelöl)



WIRKSAM

Mit der Kraft des Arzneilavendels
In zahlreichen Studien bestätigt



*SICHER

Keine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit⁴
Kein Interaktionspotential^{4,5}



GUT VERTRÄGLICH

Günstiges Nebenwirkungsprofil^{1,2,3,4,5}

Fachkurzinformation siehe Seite 15

Lasea® 80 mg Weichkapseln (Wirkstoff Sillexan®: Arznei-Lavendelöl). Pflanzliches Arzneimittel zur Behandlung temporärer ängstlicher Verstimmung. Quellen: 1 Woelk H, Schläpke S. A multi-center, double-blind, randomised study of the lavender oil preparation Sillexan in comparison to lorazepam for generalized anxiety disorder Phytomedicine 2010;17:94–99. 2 Kasper S et al. No withdrawal symptoms after discontinuation of Sillexan. Poster presented at the annual congress of the German Association for Psychiatry and Psychotherapy (DGPPN), Berlin, Germany, 2011. 3 Gastpar, M., et al. „Sillexan does not cause withdrawal symptoms even when abruptly discontinued.“ International journal of psychiatry in clinical practice 21.3 (2017): 177-180. 4 Lasea® Product Information. 5 Doroshenko O et al. Drug cocktail interaction study on the effect of the orally administered lavender oil preparation Sillexan on cytochrome P450 enzymes in healthy volunteers. Drug Metab Dispos 2013;41:987–993.

LAS_2_2011_F

Abstracts

(Freigegebene Abstracts in alphabetischer Reihenfolge der Vortragenden)

Depression über die Lebensspanne

– Lucie BARTOVA

(Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien)

Depression zählt über alle Altersgruppen hinweg zu den häufigsten und zugleich am meisten unterschätzten Gehirnerkrankungen. Ihre Ausprägung und Symptomatik verändern sich häufig im Verlauf des Lebens, was differenzierte diagnostische und therapeutische Ansätze erforderlich macht. Der Vortrag beleuchtet das vielschichtige Erscheinungsbild depressiver Erkrankungen vom frühen Erwachsenenalter bis ins hohe Lebensalter sowie deren effektive Behandlungsmöglichkeiten, die besonders in unserer alternden Gesellschaft von hoher klinischer Relevanz sind. Im Fokus der Präsentation steht das Konzept der Depression mit ihren zahlreichen symptomatischen Überlappungen, etwa mit Angsterkrankungen, Schlafstörungen oder neurodegenerativen Prozessen. Anhand aktueller epidemiologischer Daten und neurobiologischer Erkenntnisse wird der Einfluss von Alter, Komorbiditäten und psychosozialen Faktoren auf das Erkrankungsbild diskutiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung älterer Patient:innen, bei welchen Depression weiterhin häufig verkannt und unzureichend behandelt wird – trotz ihrer erheblichen Auswirkungen auf Lebensqualität, Alltagsfunktionalität und Mortalität. Vorgestellt wird evidenzbasierte Psychopharmakotherapie für milde bis schwere und therapieresistente Ausprägungen der heterogenen depressiven Symptome – einschließlich des Einsatzes von Esketamin, auch bei Patient:innen über 80 Jahren. Ergänzend werden multimodale und interdisziplinäre Versorgungskonzepte unter Einbezug von Hausärzt:innen und Expert:innen weiterer medizinischer Fachdisziplinen diskutiert. Ziel ist es, ein praxisnahes, altersdifferenziertes Verständnis der Depression zu vermitteln und wirksame, gleichzeitig sichere Handlungsstrategien für eine individualisierte Behandlung über die gesamte Lebensspanne hinweg aufzuzeigen.

Referenzen:

- Buchmayer F, Kasper S. Overcoming the myths of esketamine administration: different and not difficult. *Front Psychiatry*. 2023 Nov 23;14:1279657. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1279657.
- McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, Berk M, Demyttenaere K, Goldberg JF, Gorwood P, Ho R, Kasper S, Kennedy SH, Ly-Uson J, Mansur RB, McAllister-Williams RH, Murrough JW, Nemeroff CB, Nierenberg AA, Rosenblatt JD, Sanacora G, Schatzberg AF, Shelton R, Stahl SM, Trivedi MH, Vieta E, Vinberg M, Williams N, Young AH, Maj M. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry*. 2023 Oct;22(3):394-412. doi: 10.1002/wps.21120.
- Kasper S, Erfurth A, Sachs G, Aichhorn W, Bartova L, Bengesser S, Buchmayer F, Deisenhammer E, Di Pauli J, Dold M, Falkai P, Frey R, Glück K, Hofer A, Holsboer-Trachsler E, Kautzky A, Konstantinidis A, Kraus C, Lehofer M, Marksteiner J, Mitschek M, Mörtl S, Oberlerchner H, Plener P, Psota G, Rados C, Rainer M, Schosser A, Seifritz E, Silberbauer C, Winkler D, Wunsch C, Zwanzger P: Therapieresistente Depression: Diagnose und Behandlung, Konsensus-Statement. Sonderheft JATROS Neurologie & Psychiatrie, März 2021.

Der Hype um die „Fett-weg-Spritzen“ – was ist in der Praxis (für Sie) relevant? GLP 1-Medizin: Potenzielle Protektion vor Demenz und Parkinson – Fact or Fiction?

– Peter FASCHING

(Vorstand 5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie,
Klinik Ottakring, Wien)

Seit etwa 15 Jahren sind Glucagon-like-Peptide 1-Rezeptoragonisten (GLP 1-RA = Inkretin-mimetika) in der Diabetologie als Blutzucker senkende Pharmaka bekannt.

Bei den am meisten verwendeten Präparaten handelt es sich um Liraglutide (1x tgl. subkutan zu applizieren), Dulaglutide (1x wöchentl. subkutan), Semaglutide (1x wöchentl. subkutan) und seit kurzem Tirzepatide (Dualer GLP 1/GIP-Agonist, einmal wöchentl. subkutan).

In den ersten Jahren der Verwendung stand die Senkung des HbA1c-Wertes bei geringer begleitender Reduktion des Körpergewichtes im Fokus des Interesses. Seit knapp 10 Jahren nach Publikation der LEADER-Studie mit Liraglutid folgten zahlreiche protektiv-randomisierte Langzeitstudien, welche für Dulaglutide und insbesondere für Semaglutide kardiovaskuläre Protektion und spezifisch für Semaglutide auch Nephroprotektion bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 zeigten. In der SELECT-Studie mit Semaglutide konnte kardiovaskuläre Protektion auch bei nicht diabetischen Menschen mit Adipositas gezeigt werden.

In den letzten Jahren wurden diese Substanzen auch zur Unterstützung der gezielten Gewichtsreduktion bei Adipositas eingesetzt, insbesondere hoch dosiertes Semaglutide und das seit kurzem auf dem Markt verfügbare Tirzepatide, welches eine Gewichtsreduktion von bis zu 20 % des Ausgangsgewichtes innerhalb eines Jahres bewirken kann.

In letzter Zeit wurden vermehrt die Auswirkungen dieser Substanzen auf Psyche und Gehirn diskutiert und klinisch evaluiert, insbesondere bei neuro-degenerativen Erkrankungen. Während eine prospektive Phase 2 Studie mit Exenatid, publiziert 2024 im *New England Journal of Medicine*, eine Stabilisierung des frühen Morbus Parkinson versus Placebo zeigte, blieb eine größerer Phase 3-Studie, publiziert 2025 im *Lancet*, negativ. Weitere diesbezügliche Studien mit anderen Inkretin-Substanzen sind im Gange.

Observationsstudien erweckten den Eindruck, dass bei Menschen unter Inkretinmimetika-Therapie weniger Fälle von Alzheimerdemenz zu finden sind. Diese These wird derzeit in prospektiven Studien bei Menschen mit beginnenden Alzheimer evaluiert (u.a. mit Semaglutide in Evoke und Evoke+).

Diskussionen gab es bezüglich möglicher direkter psychischer Wirkungen, wobei in einer rezenten Analyse der europäischen Zulassungsbehörde EMA die Gefahr des vermehrten Auftretens suizidaler Gedanken und Suizide nicht bestätigt wurde. Klinisch auffällig waren hingegen günstige Auswirkungen der Inkretinmimetika auf vorhandenes Suchtverhalten, da bei manchen wegen Diabetes behandelter Menschen das Verlangen nach Nikotin- und Alkoholkonsum merkbar nachließ – erklärbar vielleicht durch zentral nervöse Wirkung auf Zentren im Gehirn, welche auch Hunger und Verlangen nach Genussmitteln steuern. Auch in dieser Indikation der begleitenden Therapie von Suchterkrankungen werden Inkretinmimetika klinisch getestet.

Schließlich eignen sich Inkretin-Mimetika zur begleitenden Therapie von Menschen mit Diabetes und/oder Adipositas unter zentralwirksamen Psychopharmaka, welche die Gewichtszunahme begünstigen.

Die nächsten Entwicklungen im Bereich der Inkretin-Mimetika bleiben also auch für die Fachbereiche Neurologie und Psychiatrie spannend.

Schizophrenie über die Lebensspanne

– Alex HOFER

(Department für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, Univ.-Klinik für Psychiatrie I, Medizinische Universität Innsbruck)

Schizophrene Störungen werden im DSM-5 durch das Vorliegen positiver (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen), negativer (z.B. Affektverflachung, sozialer Rückzug, Anhedonie) und desorganisierter Symptome charakterisiert. Der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens dieses Symptomkomplexes lässt eine Einteilung in fünf Unterformen zu. Dabei stellt die sehr früh auftretende Schizophrenie (very early-onset schizophrenia, VEOS) eine spezielle Form der Erkrankung dar, die typischerweise vor dem 13. Lebensjahr auftritt, während die früh auftretende Schizophrenie (early-onset schizophrenia, EOS) durch das Auftreten von Symptomen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren gekennzeichnet ist. Die häufigste, im Erwachsenenalter auftretende Schizophrenie (adult-onset schizophrenia, AOS) manifestiert sich zwischen dem 18. und 40. Lebensjahr, die late-onset schizophrenia (LOS) zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr, und die very-late onset schizophrenia-like psychosis (VLOSLP) nach dem 60. Lebensjahr. Trotz vieler Überschneidungen unterscheiden sich diese Unterformen in Bezug auf Inzidenz, Geschlechterverteilung, Symptomatik, Komorbiditäten und Prognose, die in diesem Vortrag zusammenfassend dargestellt werden. Zusätzlich erfolgt ein Überblick über empfohlene Behandlungsstrategien, wenngleich die geltenden Leitlinien sich primär auf Patient:innen mit AOS beziehen.

Angst über die Lebensspanne

– Siegfried KASPER

(emeritierter Vorstand, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien)

Angsterkrankungen zählen gemeinsam mit Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und stellen auch bei anderen organmedizinischen Erkrankungen z.B. in der inneren Medizin einen bedeutsamen Faktor dar. Während etwa vor 30 Jahren lediglich zwischen Angstneurosen und Phobien unterschieden wurde, finden sich nun in der Fachliteratur Unterscheidungen wie z.B. spezifische Phobie, soziale Phobie, Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, generalisierte Angsterkrankung, sowie posttraumatische Belastungsstörung. Diese Erkrankungen zeigen einen unterschiedlichen Erkrankungsbeginn und Verlauf und bedürfen daher unter einem klinisch-praktischen Gesichtspunkt einer speziellen Beachtung. Die Ein-Jahres-Prävalenz von Angststörungen wird mit etwa 10,6 % und die Lebenszeit-Prävalenz mit etwa 16,6 % angegeben.

Das praktische Interesse im Umgang mit Angsterkrankungen hat mit der Möglichkeit der Therapierbarkeit begonnen, wobei ursprünglich den Benzodiazepinen eine besondere Rolle eingeräumt wurde und dann Medikamente der Klasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Eingang in die Praxis gefunden haben.

In den vergangenen Jahren wurden auch spezifisch wirkende Phytopharmaka wie z.B. Silexan untersucht und dabei die Wirkung auf subsyndromale Angsterkrankungen wie auch bei der generalisierten Angsterkrankung gezeigt. Ziel einer pharmakologischen Behandlung ist es die Patienten effektiv und mit einem für den Patienten akzeptablen Nebenwirkungsprofil zu behandeln. Unter einem psychotherapeutischen Gesichtspunkt wurden in den vergangenen Jahren insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Aspekte in den Vordergrund gestellt, die ergänzend zu der eher umfassenden Sichtweise, wie sie psychodynamische Konzepte vorgeben, verstanden werden können.

Patienten mit Angststörungen haben meistens das Gefühl, dass sie die einzigen sind, die davon betroffen sind und dass sie sich aufgrund dieser Symptomatik eher verstecken sollten, da

man ihnen keine effektive Behandlung anbieten könne. Im Gegensatz dazu zeigen epidemiologische Daten, dass die Erkrankung sehr häufig auftritt, nach Jahren intensiver Forschung gut bekannt ist und günstige Therapieaussichten zeigt.

Referenzen:

- Bandelow B, Allgulander C, Baldwin D, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg N, Hättenschwiler J, Hollander E, Kaiya H, Karavaeva T, Kasper S, Katzman M, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Möller HJ, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai S-J, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J (2022) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3 Part 1: Anxiety Disorders. The World Journal of Biological Psychiatry 24:79-117, DOI: <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
- Kasper S, Sachs G, Erfurth A, Rujescu D, Bach M, Baldinger-Melich P, Bartova L, Conca A, Dold M, Frey R, Goessler R, Hausmann A, Lanzenberger R, Lehofer M, Marksteiner J, Naderi-Heiden A, Plener P, Praschak-Rieder N, Rados C, Schosser A, Sperner-Unterwieser B, Spies M, Winkler D (2022) Angststörungen – Psychopharmakotherapie, Konsensus-Statement. Sonderheft JATROS Neurologie & Psychiatrie, November 2022
- Kasper S, Eckert A (2024) Silexan in anxiety, depression, and related disorders: pharmacological background and clinical data. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience (online ahead of print, 23.04.2025) doi: 10.1007/s00406-024-01923-8

Gebrauch und Missbrauch von Hypnotika über die Lebensspanne – Patientenfälle und therapeutische Lösungsansätze im Fokus

– Philipp KLOIMSTEIN

(Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Lichtensteig, Schweiz)

Hypnotika und Benzodiazepine stellen im ärztlichen Alltag oftmals eine schnelle und sicherlich gut gemeinte, sowie initial vermeintlich sehr gut wirksame Medikamentengruppe dar. Insbesondere die schlaffördernde Wirkung, sowie der rasche Wirkungseintritt dieser über GABA wirkenden Substanzen sind fast unschlagbare Argumente für den schnellen Einsatz in der Praxis. Doch der Pferdefuß dieser Substanzgruppe stellt einerseits das nicht zu unterschätzende Abhängigkeitspotential dieser Substanzgruppe, als auch die möglichen Komplikationen wie erhöhte Sturzneigung im Alter, aber auch kognitive Einschränkungen dar.

Anhand von Praxisbeispielen von Patient:innen soll das Bewusstsein für diese Thematik geschärft werden und mögliche Alternativen, sowohl medikamentöse als auch therapeutisch aufgezeigt und diskutiert werden. Dabei wird der Bogen von bekannten bis zu neueren Substanzen und Substanzgruppen, wie beispielsweise den Orexin-Antagonisten, gespannt und moderne Therapieansätze beleuchtet.

Opioidsubstitution über die Lebensspanne

– Christian KORBEL

(Ärztlicher Direktor Landesklinikum Mauer; ÖGPP – Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)

Die Opioidabhängigkeit ist mit großer Krankheitslast und hoher Mortalität verbunden. Als Therapie der ersten Wahl wird die Opioidsubstitutionstherapie oder Opioidagonistentherapie (OAT) empfohlen. Der Vortrag gibt einen Überblick über die in Österreich zur Verfügung stehenden Medikamente und ihre Anwendung. Die Unterschiede zwischen Methadon, Buprenorphin und Slow Release Morphinen bei der Ersteinstellung und Dosisfindung werden

thematisiert. Aber auch die Möglichkeiten der Depotmedikation sind Thema. In Österreich sind derzeit ca. 20.000 Patienten in Opioidsubstitutionstherapie. Die Problemlagen verändern sich über die Lebensspanne und erfordern unterschiedliche Behandlungsstrategien.

Functional Recovery bei Depression im Laufe der Lebensspanne

– Eva REININGHAUS

(Univ.-Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz)

Zusätzlich zu den stimmungsbezogenen Symptomen leiden Personen mit Depression unter Beeinträchtigungen körperlicher, beruflicher und sozialer Funktionsfähigkeit. Die Depressionsbehandlung konzentriert sich oft stark darauf, die stimmungsbezogenen Symptome zu reduzieren, während die Wiedererlangung der normalen Alltagsfunktion oft vernachlässigt wird. Die Fähigkeit, im täglichen Leben körperlich, beruflich und sozial aktiv zu sein, ist jedoch entscheidend für ein gutes Leben und maximales Wohlbefinden der Betroffenen. Daher ist es wichtig, dass die Therapie auch auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit abzielt. Dies erfordert eine genaue Analyse der aktuellen und zukünftig erreichbaren Funktionsfähigkeit während der Behandlung, als auch eine Kombination aus körperlichen und psychischen Interventionen sowie psychosozialer Unterstützung. Die optimale Behandlung sollte somit alle Symptome und aktuell vorliegenden funktionalen Beeinträchtigungen berücksichtigen, die Nebenwirkungen von Antidepressiva minimieren, Hindernisse für die Therapietreue beseitigen, Strategien zur Rückfallprävention bereitstellen sowie das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patient:innen steigern. Körperliche Beschwerden, wie Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, sollten minimiert werden. Ebenso muss sowohl die Eingliederung in das private Leben als auch in Alltagstätigkeiten oder einen beruflichen Kontext unterstützt werden. Funktionale Genesung ist kein einmaliges Ziel, sondern ein kontinuierlicher Prozess der Verbesserung, der eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Therapie erfordert. Trotz der Vielfalt an pharmakotherapeutischen Optionen bleibt die Behandlung einer Depression bis zur vollständigen symptomatischen und funktionalen Erholung eine Herausforderung. Um effektiv die maximal erreichbare individuelle Funktionsfähigkeit eines Patienten:einer Patientin zu erreichen, sollten Ärzt:innen sich um eine frühzeitig optimierte Therapie bemühen.

Schlaf über die Lebensspanne

– Michael SALETU

(Bereich Schlafmedizin, Abteilung für Neurologie, LKH Graz II – Standort Süd, Graz)

Kein Faktor beeinflusst den Schlaf so stark wie das Alter. Dauer, zyklischer Verlauf und Architektur des Schlafs verändern sich erheblich in den verschiedenen Lebensphasen. Daten aus der SIESTA-Studie zeigen insbesondere einen deutlichen Rückgang des Tiefschlafs. Gleichzeitig nimmt die Fragmentierung des Schlafs zu – ältere Menschen wachen häufiger auf und schlafen insgesamt weniger effizient.

Diese altersbedingten Veränderungen der Schlafstruktur führen unter anderem zu einer verminderten glymphatischen Aktivität – also einer reduzierten Fähigkeit des Gehirns, metabolische Abbauprodukte zu entfernen.

Dies könnte den Zusammenhang zwischen Insomnie im Alter und dem Auftreten neurodegenerativer Erkrankungen erklären. Ein dauerhaft gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus kann langfristige gesundheitliche Folgen haben, insbesondere für die kognitive Leistungsfähigkeit. So erhöht eine anhaltend kurze Schlafdauer im Alter zwischen 50 und 70 Jahren das Risiko für eine Demenz um etwa 30 %.

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur das Risiko für eine Insomnie, sondern auch für komplexe, bidirektionale Wechselwirkungen mit anderen Störungen – etwa schlafbezogene Atmungsstörungen, chronische Schmerzen oder Blasenfunktionsstörungen.

Die aktuellen European Insomnia Guidelines von 2023 betonen daher die Bedeutung eines individualisierten Ansatzes im Insomnie-Management, der sowohl Komorbiditäten als auch die persönlichen Präferenzen der Patient:innen berücksichtigt.

Als vielversprechendste Entwicklung in der Behandlung der chronischen Insomnie heben die Leitlinien die Einführung der Dual-Orexin-Rezeptor-Antagonisten (DORAs) hervor. Diese wirken als sogenannte „Wachblocker“ gezielt gegen den überaktiven Wachzustand bei Insomnie.

Daridorexant zeigte in einer Studie mit Patient:innen ab 55 Jahren, die unter chronischer Insomnie und gleichzeitiger Nykturie litten eine signifikante Verbesserung der Schlafqualität sowie eine frühzeitige Reduktion nächtlicher Toilettengänge – insbesondere in der ersten Behandlungswoche. Insgesamt zeigt sich: Ein ganzheitlicher, personalisierter Ansatz zur Behandlung von Insomnie und ihren Begleiterkrankungen ist nicht nur wünschenswert, sondern essenziell für eine gesunde Alterung.

Schmerz über die Lebensspanne

– **Christoph STEPAN**

(Ärztlicher Leiter, Pflege Donaustadt, Wien)

Schmerzsyndrome mit neurologischer Ursache stellen über die Lebensspanne hinweg eine erhebliche Belastung dar. Migräne, als eine der häufigsten primären Kopfschmerz Erkrankungen, begleitet viele Betroffene über Jahrzehnte hinweg und zeigt altersabhängige Veränderungen in Häufigkeit, Symptomatik und Behandlungsansprechen. Während sie im jungen Erwachsenenalter häufig mit hoher Intensität und Begleitsymptomen auftritt, können im höheren Lebensalter atypische Verläufe und eine verminderte Aura-Prävalenz beobachtet werden. Auch andere chronische neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit oder diabetische Polyneuropathien gehen häufig mit persistierenden Schmerzsyndromen einher, deren Verlauf eng mit neurodegenerativen Prozessen und altersbedingten Veränderungen des Nervensystems verknüpft ist. Der Beitrag thematisiert altersbedingte Entwicklungen neurologischer Schmerzsyndrome, insbesondere der Migräne, und erörtert zentrale Herausforderungen in Diagnose und Therapie im interdisziplinären Rahmen.

Depotpräparate – Schnittstelle Forensik

– **Thomas STOMPE**

(Österreichische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie, Wien)

Die antipsychotische Depotbehandlung stellt eine wirksame Therapieoption für psychisch kranke Rechtsbrecher*innen dar, insbesondere bei Patient*innen mit schizophrenen oder anderen psychotischen Störungen, die aufgrund von Non-Adhärenz ein erhöhtes Rückfall- und Delinquenzrisiko aufweisen. Durch die langfristige Applikation von Depot-Antipsychotika wird eine kontinuierliche Wirkstofffreisetzung gewährleistet, was zu stabileren Plasmaspiegeln und damit zu einer verbesserten Symptomkontrolle führt. Studien belegen, dass diese Behandlungsform die Hospitalisierungsraten senkt, die Compliance erhöht und dadurch das Risiko erneuter Straftaten verringert. Zudem ermöglicht sie eine engmaschigere forensisch-psychiatrische Betreuung, was sowohl der Patient*innensicherheit als auch dem Schutz der Gesellschaft zugutekommt. Trotz der Einschränkung der Patient*innen-Autonomie überwiegen die Vorteile der Depotbehandlung insbesondere in der forensischen Psychiatrie, wo Adhärenz und Rückfallprävention von zentraler Bedeutung sind.

Lasea 80 mg Weichkapseln. Inhaber der Zulassung: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Deutschland. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Wirkstoff: Jede Weichkapsel enthält 80 mg Lavendelöl (Lavandula angustifolia Mill., aetheroleum). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Sorbitol, etwa 12 mg/Weichkapsel. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselinhalt: Rapsöl, raffiniert. Kapselhülle: Succinylierte Gelatine; Glycerol 85%; Sorbitol 70%, flüssig (nicht kristallisierend). **Anwendungsgebiete:** Pflanzliches Arzneimittel zur Behandlung temporärer ängstlicher Verstimmung. Lasea wird angewendet bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Leberfunktionsstörung (siehe Abschnitt 5.2). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Anxiolytika, ATC-Code: N05BX05 (Lavandulae aetheroleum) **Abgabe:** Rezeptfrei, apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit** sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

ABILIFY MAINTENA 960 mg Depot-Injektionssuspension in einer Fertigspritze; ABILIFY MAINTENA 720 mg Depot-Injektionssuspension in einer Fertigspritze. Antipsychotikum. ATC Code: N05AX12 **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Abilify Maintena 960 mg Depot-Injektionssuspension in einer Fertigspritze: Jede Fertigspritze enthält 960 mg Aripiprazol pro 3,2 ml (300 mg/ml). Abilify Maintena 720 mg Depot-Injektionssuspension in einer Fertigspritze: Jede Fertigspritze enthält 720 mg Aripiprazol pro 2,4 ml (300 mg/ml). **Sonstige Bestandteile:** Carmellose-Natrium, Macrogol 400, PovidonK17 (E1201), Natriumchlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Monohydrat (E339), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts) (E524), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** ABILIFY MAINTENA wird für die Erhaltungstherapie von Schizophrenie bei erwachsenen Patienten, die stabil mit oral angewendetem Aripiprazol eingestellt wurden, angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Herikerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Niederlande. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Hinweise:** Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Örtlicher Vertreter:** Lundbeck Austria GmbH, Spaces Square One, Leopold Ungar Platz 2, 1190 Wien. **Stand der Information:** Juni 2024.

Interdisziplinäres Herbstsymposium für Psychopharmakologie und Neurologie

3. Oktober 2026 – Wien

SAVE the DATE

www.ihsp.info

Abilify Maintena® 960 mg

Alle **2** Monate bei Schizophrenie

GRÜNE
BOX

2-Monatsdepot Abilify Maintena® 960 mg

- **Stabile Plasmaspiegel über 2 Monate** ^{1(a)}
- **Aufrechterhaltung der klinischen Stabilität und Lebensqualität** ^{2(a)}
- **Vergleichbares Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil wie Abilify Maintena® 400 mg** ^{1(a)}
- **Das längere Injektionsintervall bietet mehr Flexibilität und Komfort**

(a) Die Aussagekraft der offenen Studie unterliegt bestimmten Einschränkungen, wie der Bereitschaft, sich das Medikament applizieren zu lassen, die die Aussagen beeinflussen. Primäre Endpunkte betrafen den Vergleich der Sicherheit und Verträglichkeit von Aripiprazol 960mg alle 2 Monate und Aripiprazol 400mg einmal monatlich sowie den entsprechenden Vergleich der therapeutischen Plasmakonzentrationen. Sekundäre Endpunkte betrafen die Wirksamkeit. Das Studiendesign war nicht ausgelegt, um die statistische Signifikanz von Veränderungen gegenüber dem Ausgangswert bei den Wirksamkeitsmerkmalen zu zeigen. 1. Harlin M et al., A Randomized, Open-Label, Multiple-Dose, Parallel-Arm, Pivotal Study to Evaluate the Safety, Tolerability, and Pharmacokinetics of Aripiprazole 2-Month Long-Acting Injectable in Adults With Schizophrenia or Bipolar I Disorder. CNS Drugs 2023; Apr;37(4):337-350. 2. Citrome L et al., Safety and Efficacy of Aripiprazole 2-month Ready-to-Use 960 mg: Secondary Analysis of Outcomes in Adult Patients With Schizophrenia in a Randomized, Open-label, Parallel-Arm, Pivotal Study. J Clin Psychiatry. 2023;84(5):23m14873. ABL-0327, 01/2025



Lundbeck Austria GmbH
Spaces Square One
Leopold Ungar Platz 2
1190 Wien


Abilify Maintena® 960mg
(Aripiprazol) Suspension zur Depot-Injektion

ALLE 2 MONATE