

Die Herausforderungen der Psychiatrie in  
Gegenwart und Zukunft

# 21. JAHRESTAGUNG

der österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik

## ABSTRACTBAND

22.–24. APRIL 2021



Österreichische Gesellschaft für  
**Psychiatrie** und **Psychotherapie**

VIRTUELLER  
KONGRESS

## POSTERPRÄSENTATIONEN

### Abstract 1

#### **COVID-19 Impfung bei Menschen mit bipolarer Störung – Pros und Contras**

Frederike Fellendorf (Graz), Nina Bonkat (Graz), Nina Dalkner (Graz), Mirko Manchia (Cagliari, Italien), Ole Andreassen (Oslo, Norwegen), Alessio Squassina (Cagliari, Italien), Isabel Hodl (Graz), Eva Z. Reininghaus (Graz)

Hintergrund: Die bipolare Störung könnte mit höheren Infektionsraten der Coronavirus-Krankheit (COVID-19) verbunden sein, und eine Infektion dieser Patient\*innen kann zu einem schweren COVID-19 Verlauf führen sowie bipolare Krankheitsepisoden triggern. Eine Impfung ist derzeit der vielversprechendste Ansatz um der Pandemie entgegenzuwirken.

Methoden: Wir suchten erstens nach Literatur zu Risiko, Verläufen und Behandlungsstrategien von COVID-19 bei Personen mit bipolarer Störung. Zweitens wurde eine systematische Literatursuche in PubMed zu Prävalenzraten, Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Impfungen bei bipolarer Erkrankung durchgeführt um diese Erkenntnisse für eine COVID-19 Impfeempfehlung zu nutzen.

Ergebnisse: Bisher haben nur vier Studien und ein Fallbericht Impfungen bei Personen mit bipolarer Störung untersucht. Studien zu Impfraten oder Einstellung von Menschen mit bipolarer Störung zu Impfungen liegen nicht vor. Daten zur Antikörperproduktion nach Impfungen zeigen inkonsistente Ergebnisse. Keine Studie befasste sich mit Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen von Impfungen mit psychopharmakologischen Therapieoptionen.

Diskussion: Die Studienlage zu Impfungen bei bipolarer Störung ist dürftig. Dennoch geht aus der rezenten Literatur hervor, dass das Risiko einer COVID-19-Infektion für Personen mit bipolarer Störung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höher ist. Zudem könnte aufgrund vielfältiger Gründe der Zugang zu adäquater Behandlung schlechter sein. Es könnte weiterführend zu Wechselwirkungen zwischen der medikamentösen COVID-19 Therapie und Psychopharmaka kommen. Daher sollten Personen mit bipolarer Erkrankung sowie anderen schweren psychiatrischen Störungen bei der COVID-19-Impfung priorisiert werden.

### Abstract 2

#### **Subjektiv wahrgenommener Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Auswirkungen der COVID-19 Pandemie bei stationär behandelten PatientInnen mit psychischen oder körperlichen Erkrankungen**

Silvia Gradl (Eggenburg), Claudia Oppenauer (Krems), Juliane Burghardt (Krems), Elmar Kaiser (Eggenburg), Manuel Sprung (Krems/Eggenburg), Friedrich Riffer (Eggenburg)

Hintergrund: Die COVID-19 Pandemie hat erhebliche Auswirkungen auf das soziale, wirtschaftliche und öffentliche Leben und auf die psychische Gesundheit sowohl der Allgemeinbevölkerung, als auch

von Patient\*innen mit bereits diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Höhere Prävalenzraten konnten insbesondere für die generalisierte Angststörung, depressive Symptome, PTBS und Schlafstörungen für beide Gruppen nachgewiesen werden. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die psychischen Auswirkungen der COVID-19 Pandemie während des Aufenthalts in Rehabilitationskliniken für körperliche oder psychische Erkrankungen nach dem ersten Lockdown in Österreich zu untersuchen.

Methoden: 2710 Patient\*innen füllten die Fragen zur psychischen und finanziellen Belastung während der Pandemie aus. Weiters wurde der subjektiv wahrgenommene Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Belastung und der COVID-19 Pandemie sowie der erlebte Bedarf an psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung evaluiert.

Ergebnisse: Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen berichteten über den höchsten Grad an psychischer (M=39.06, SD= 21.30) und finanzieller Belastung (M=36.32, SD= 32.49) im Vergleich zu Patient\*innen mit körperlichen gesundheitlichen Problemen und erleben ihre individuelle psychische Belastung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Außerdem berichteten Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen einen höheren Bedarf an psychologischer/psychotherapeutischer Unterstützung aufgrund der COVID-19 Pandemie, während Patient\*innen mit körperlichen Erkrankungen hier keinen zusammenhängenden Bedarf wahrnehmen.

Diskussion: Im Vergleich zu Patient\*innen mit körperlichen sind Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen psychisch stark von der COVID-19 Pandemie belastet und haben einen zusätzlichen subjektiv erlebten Bedarf an psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung aufgrund der COVID-19 Pandemie. Die Ergebnisse verdeutlichen die Wichtigkeit einer kontinuierlichen psychologischen/ psychotherapeutischen Unterstützung und der Verfügbarkeit von entsprechenden psychosozialen Unterstützungsdiensten für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen in der aktuellen Situation.

### Abstract 3

## **Hypomania Checklist 32 (HCL-32) als Screeningverfahren zur Detektion Bipolarer Störungen**

Julia Hannemann (Wien), Christian Simhandl (Wien), Raphalea Zahlbruckner (Wien)

Hintergrund: Die bipolare Störung ist eine affektive Erkrankung welche mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, einer hohen Mortalität, körperlichen sowie psychischen Komorbiditäten sowie negativen sozioökonomischen Folgen assoziiert ist. Noch immer erfolgt die Diagnosestellung verzögert, weshalb Betroffene über Jahre keine adäquate Therapie erhalten. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf den Krankheitsverlauf, sondern auch auf erhöhte Rate an Suiziden und stationären Aufenthalten aus. Goldstandard für die Diagnosestellung ist neben dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM5) in den USA die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der WHO. Da im klinischen Alltag die Diagnose relativ schwer ist und die Patienten meist mit depressiven und körperlichen Symptomen in der Arztpraxis vorsprechen, ist die Anwendung der Hypomania Checklist 32 ein einfachste Mittel um frühere hypomane Episoden nicht zu übersehen. Das Ziel der Studie ist es die HCL 32 als diagnostisches Instrument in Österreich zu untersuchen. Mit Hilfe des Instruments sollen Unterschiede bezüglich des Alters, Geschlechts, Komorbiditäten und Differentialdiagnosen im

Vergleich zu einer gesunden Stichprobe, sowie den einzelnen psychiatrischen Erkrankungen, festgestellt werden, um in Zukunft durch das Vorliegen bestimmter Befundkonstellationen frühzeitig die Verbindung zu einer Bipolaren Erkrankung herstellen zu können.

**Material und Methoden:** Insgesamt nahmen 254 Personen an der Studie teil. Die Teilnehmer setzten sich aus einem psychiatrischen Patientenkollektiv mit 134 Personen und einer Kontrollgruppe aus 120 Personen zusammen. Die Patienten wurden im Zeitraum 2017/2018 im Bipolar Zentrum Wiener Neustadt konsekutiv befragt. Die Kontrollgruppe wurde im Zeitraum zwischen 2019 und 2020 erhoben. Die Hypomania Scale 32 ist hierbei Teil einer größeren Studie gewesen, welche weitere diagnostische Instrumente umfasste. Zusätzlich wurden soziodemographische Aspekte sowie körperliche und psychische Begleiterkrankungen erhoben.

**Resultate:** Die psychiatrischen Patienten erzielten in der Hypomania Scale 32 einen höheren Summenscore als die Kontrollgruppe. Den höchsten Score erzielte die Gruppe der bipolaren Störung im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen. Insgesamt erzielte auch die Kontrollgruppe im Mittel einen Gesamtsummenwert im Bereich des Cut-Off Werts von 14. Bei dem psychiatrischen Patientenkollektiv konnte zudem eine Vielzahl an psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen festgestellt werden. Nicht nur die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer weiteren Erkrankung ist mit Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung erhöht, sondern auch die Anzahl der weiteren Komorbiditäten. Bei den psychiatrischen Patienten gaben 53 Teilnehmer mindestens zwei Begleiterkrankungen an, was der dreifachen Anzahl im Vergleich zur Kontrollgruppe entspricht.

**Schlussfolgerung:** Der Hypomania Checklist 32 ist ein sensitives Screening-Instrument für die Erkennung bipolarer Störungen. Die Studie konnte belegen, dass der HCL32 Summenscore bei dem psychiatrischen Patientenkollektiv im Mittelwert höher ausfällt. Das Screening- Instrument konnte einen Unterschied zur Kontrollgruppe feststellen. Auch konnte festgestellt werden, dass sich Patienten mit einer bipolaren Störung in ihrem HCL32 Summen-Mittelwert von 21 von den anderen psychiatrischen Erkrankungen unterscheiden. Bei Patienten mit einer Bipolaren Störung und derzeitiger depressiver Episode wurde im Mittel ein Summenwert von 19 erreicht. Unipolare Depressionen wiesen hingegen einen mittleren Wert von 15 Punkten auf und sind somit vergleichbar zu der Kontrollgruppe. Diese hat im Mittel einen Score erzielt welcher im Bereich des Cut Offs von 14 liegt. Folglich liegt auch bei einem Anteil der Kontrollgruppe eine relevante hypomane Symptomatik vor.

Darüber hinaus konnte die Studie einen Zusammenhang zwischen der bipolaren Störung und assoziierten Begleiterkrankungen feststellen. Das psychiatrische Patientenkollektiv wies nicht nur mehr Komorbiditäten auf, auch die Anzahl der Begleiterkrankungen war höher im Vergleich zur Kontrollgruppe. Auch innerhalb des psychiatrischen Patientenkollektivs konnte gezeigt werden dass bei den Bipolaren Störungen vermehrt psychische und physische Komorbiditäten auftreten.

#### Abstract 4

### **Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgungslage in Österreich**

Magdalena Knopp (Krems), Fritz Riffer (Eggenburg), Juliane Burghardt (Eggenburg), Manuel Sprung (Eggenburg)

**Ziele:** Die Studie vergleicht die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Männern und Frauen die aufgrund einer psychischen Erkrankung im Universitätsklinikum Eggenburg in stationärer Behandlung waren.

**Methode:** Eine Stichprobe von 1909 Patient\*innen (64% Frauen) wurden über ihre psychotherapeutische Vorbehandlung sowie geplante weiterführende Behandlung befragt.

**Ergebnisse:** Der größte Teil der Patient\*innen (70%) litt seit mehr als zwei Jahren an einer psychischen Erkrankung, knapp die Hälfte (45%) war bereits zuvor in stationärer und 82% in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Es handelt sich demnach um eine Stichprobe chronisch psychisch kranker Menschen. Trotz Behandlungsbedarf und finanziell schwierigen Verhältnissen (30% hatten ein Nettohaushaltseinkommen von weniger als 1.000 Euro monatlich), hatten weniger als die Hälfte (43%) der Patient\*innen vor der stationären Behandlung einen kassenfinanzierten Psychotherapieplatz. Die Studienergebnisse zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung sowie Arztbesuchen. Männer gingen demnach seltener zum Arzt, waren weniger häufig in psychotherapeutischer Vorbehandlung und planten weniger häufig eine weiterführende Behandlung, im Anschluss an eine stationäre Behandlung.

**Diskussion:** Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass trotz Verbesserungen in den letzten Jahren nach wie vor ein Mangel an kassenfinanzierten Therapieplätzen besteht. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Psychotherapie entsprechen dem allgemeinen Gesundheitsverhalten von Männern. Um negative gesundheitliche und ökonomische Auswirkungen zu reduzieren, sind ein flächendeckendes, kassenfinanziertes Therapieangebot und gendersensible Strategien zur Inanspruchnahme von Psychotherapie notwendig.

#### Abstract 5

### **Gestörtes Essverhalten bei Frauen mit induzierter Menopause**

Barbara Mangweth-Matzek (Innsbruck), Sophia, Vedova (Innsbruck), Vanessa, Dunst (Innsbruck), Martin, Daniaux (Innsbruck), Claudia Ines Rupp (Innsbruck)

**Gegenstand:** Die Erhebung des Essverhaltens inklusives Essstörungssymptomatik bei Frauen mit künstlich induzierter Menopause im Vergleich zu Frauen in der Prämenopause.

**Methode:** 1051 Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren nahmen an der anonymen Fragebogenuntersuchung teil, bei der Demographie, Körpergewichtsverlauf, körperliche- und

psychische Gesundheit, Essverhalten inklusive Essstörungssymptome und Körperzufriedenheit sowie Menopausestatus (Prä-, Peri-, Postmenopause, Induzierte Menopause) und menopausale Symptomatik erhoben wurde. Für die vorliegende Fragestellung wurden Frauen in der Prämenopause (N= 296) mit jenen in der künstlich induzierten Menopause (N=135) verglichen.

Ergebnisse: Frauen in der künstlich induzierten Menopause zeigten signifikant häufiger Essstörungssymptome (BMI<18.5 plus Gewichtspubie; Binges ohne Purging; Binges mit Purging; Essstörung nicht näher bezeichnet) als Frauen in der Prämenopause, obwohl sie signifikant älter waren. Die Körperzufriedenheit unterschied die beiden Gruppen nicht, obwohl sie signifikante Unterschiede im derzeitigen BMI hatten.

Diskussion: Gestörtes Essverhalten wird von Frauen mit künstlich induzierten Menopause beschrieben, das in den Kontext der abrupten hormonellen Veränderung einzuordnen ist. Es ist wichtig das Essverhalten bei diesen Frauen explizit zu erheben, um Hilfe anbieten zu können.

## Abstract 6

### Mikronährstoffdefizite bei Depression

Clemens Oppeck, Sabrina Mörtl, Frederieke Fellendorf, Adelina Tmava, Martina Platzer, Armin Birner, Robert Queissner, Susanne Bengesser, Nina Dalkner, Eva Reininghaus (alle: Graz)

Hintergrund: PatientInnen mit psychischen Erkrankungen weisen häufig einen nachteiligen Ernährungsstil im Sinne einer Western Diet auf, welcher mit Nährstoffdefiziten einhergehen könnte. Ziel dieser Arbeit ist festzustellen, ob und welche spezifischen Muster die Nährstoffdefizite in Korrelation zu depressiven Symptomen bei stationären PatientInnen mit Major Depression (MD) aufweisen.

Aktuell werden routinemäßig keine Mikronährstoffdefizite bei der stationären Aufnahme von depressiven Patienten und Patientinnen erhoben.

Methoden: Bei 68 stationären PatientInnen mit depressiver Episode wurde im Rahmen des Aufnahmelabors ein Mikronährstoffprofil aus Plasma bestimmt (Eisen-, Ferritin-, Transferritin-, Vitamin B6, B12 -, Vitamin D3-, Vitamin K1-, Homocystein-, Ubichinon- und Magnesium- Spiegel sowie die Serum /Plasma-Spiegel der Spurenelemente Selen, Zink und Kupfer). Zusätzlich wurde der Schweregrad der Depression mittels Hamilton Score und Beck-Depression-Inventar erfasst.

Ergebnisse: Die drei häufigsten Mikronährstoffdefizite waren: Vitamin D, Selen und Eisen. 50% der Männer und 51.8% der Frauen wiesen einen Vitamin D Mangel auf. Bei Selen wiesen 37% der Frauen und 28,5% der Männer ein Defizit auf. Eisen-Mängel konnten wir bei 16,6% der Frauen und 7,1% der Männer beobachten. Interessanterweise konnten folgende Überschüsse verzeichnet werden: Ubichinon, Kupfer, Magnesium und Ferritin war bei den PatientInnen über dem Normwert erhöht. Der Serum Kupferspiegel war bei 46,3% der Frauen und 14,3% der Männer über die Normwerte hin erhöht und wies eine negativ signifikante Korrelation zum HAMD-Score auf. Der Ferritin Wert, bei rund 21% aller Männer und nur 1,8% aller Frauen erhöht, korrelierte negativ mit dem Beck-Depression Index.

Schlussfolgerung: In dieser Pilotstudie konnten häufig Mikronährstoffdefizite und Überschüsse bei depressiven PatientInnen festgestellt werden. Mikronährstoffe sind für die

Neurotransmittersynthese essentiell, weswegen eine gezielte Kontrolle und Substitution von etwaigen Mängeln sinnvoll sein könnte.

#### Abstract 7

##### **The halfway study. A preliminary report of patient characteristics.**

Magdalena Riederer (Hall in Tirol), Christoph Grander (Innsbruck), Wilhelm Grander (Hall in Tirol)  
Josef Marksteiner (Hall in Tirol)

Goals: Alcohol relapse is a common occurrence in patients with alcohol use disorder (AUD). Alcoholic liver disease is the hepatic manifestation of AUD. Changes in the intestinal microbiome can affect both alcohol dependence and liver disease. The goal of our study is the investigation of microbiota signatures associating with psychiatric symptoms and liver disease.

Methods: The HALFWAY-Study is a cohort study. The study includes patients in the acute phase of alcohol detoxification after 3 months and after 12 months. Non-invasive elastography of the liver and echocardiography were done at baseline and after 12 months. This is the first preliminary data analysis.

Results: Forty patients were included (females n=19, males n=21). Participants were young (mean age 42,4 years  $\pm$  7,5), non-obese (body mass index; BMI 24,1  $\pm$ 4) and non-diabetic (HbA1c 5,1% (0,6)), ruling out metabolic disease. 95% of patients reported alcohol consumption more than four times a week, with 65% drinking 7-8 drinks per day and 25 % consuming more than daily 10 drinks. Severe hepatic fibrosis could be observed in 20% of study participants (acoustic radiation force impulse; ARFI cut off 7 kPa). Although study revisits are still ongoing, we could observe that 56,7% stayed sober three months after study inclusion. Comparing these subgroups, no significant difference in age, sex, BMI, c-reactive protein, and daily consumed drinks could be observed. Interestingly, patients staying sober after three months showed significant lower transaminase levels at baseline (GOT, p=0,008; GPT, p=0,002).

Discussion: In this preliminary report, we describe the baseline characteristic of study participants. Monitoring of liver changes could support an alcohol withdrawal program.

#### Abstract 8

##### **Aktuelle Kennzahlen der Patientenadvokatur von VertretungsNetz über die Umsetzung des Unterbringungsgesetzes**

Michael Steffen (Mauer), Sarah Urban (Tirol), Bernhard Rappert (Fachbereichsleiter  
Patientenadvokatur VertretungsNetz)

Seit nunmehr 14 Jahren werden mit dem Dokumentationssystem der Patientenadvokatur von VertretungsNetz verschiedene statistische Kennzahlen zu Unterbringungen erhoben. Die Patientenadvokatur aktualisiert heuer einige der bei den ÖGPP-Tagungen der letzten Jahre im Rahmen der Posterausstellung vorgestellten Zahlen. Eine Schwerpunktsetzung liegt dabei wieder auf dem Thema weitergehende Beschränkungsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. Diese Beschränkungen stellen eine besondere Belastung für untergebrachte

PatientInnen dar und werden von ihnen nicht selten als schwere Traumatisierungen erlebt. Aus den Auswertungsergebnissen sind große Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Häufigkeit der Anwendung von Beschränkungsmaßnahmen ersichtlich.

In einer weiteren Schwerpunktsetzung werden insbesondere die Aspekte Dauer und Häufigkeit von Unterbringungen beleuchtet. Folgende Kennzahlen aus dem Dokumentationssystem der Patienten-anwaltschaft von VertretungsNetz werden dazu vorgestellt:

- In einer differenzierteren Aufschlüsselung werden die durchschnittliche Dauer der Unterbringungen sowie die Unterschiede in der Unterbringungsdauer zwischen den Geschlechtern präsentiert.
- Die Häufigkeit, mit der die einzelnen Personen im Jahre 2020 untergebracht waren.
- Die Aufhebung der Unterbringungen im Wochenverlauf vor Verhandlungstagen.

Anhand dieser Ergebnisse können Hypothesen über mögliche Gründe für diese Unterschiede generiert und weiter diskutiert werden.

Diese Basisdaten (der gesamten Population!) können auch dazu dienen, einzelne Faktoren (Struktur, offene vs. geschlossene Stationen, räumliche Ausstattung, Ressourcen...), die bei der Anwendung und Umsetzung des UbG eine Rolle spielen, weiter zu untersuchen.

# Antipsychotika aus dem Hause Sandoz



Quetiapin Sandoz®  
Risperidon Sandoz®  
Olanzapin Sandoz®

- Große Dosierbreite
- Filmtabletten teilbar\*
- Alle Handelsformen in der Grünen Box

Wir versorgen  
**Österreich**

**SANDOZ** A Novartis  
Division

\* Diese Arzneimittel sind als teilbare Filmtabletten verfügbar: Quetiapin Sandoz® 100 mg, 200 mg, 300 mg, Risperidon Sandoz® 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, Olanzapin Sandoz® 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg.

Stand der Information: 02/2021, ATZ10160071

## Freie Vorträge

### Abstract 9

#### **ADHS bei Erwachsenen – State of the Art**

Dr. Andreas von Heydwolff (Wien)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen mit ihrer Prävalenz von weltweit 5,9 % bei Kindern und Jugendlichen und 2,5 % bei Erwachsenen waren vor 20 Jahren auch in der Erwachsenenpsychiatrie noch fast unbekannt. Inzwischen ist die „adulte ADHS“ in der Versorgung angekommen und die Nachfrage von Seiten der Betroffenen nach Diagnostik und Behandlung im Praxisalltag wächst. Auch die Bedeutung der Störung als häufige Komorbidität in der Rehabilitation und bei stationären Behandlungen wird zunehmend erkannt. Der Vortrag gibt einen Überblick über den aktuellen Wissensstand bezüglich Ätiologie, Prävalenz, Auswirkungen, Diagnostik und Behandlung von ADHS bei Erwachsenen, auch auf der Basis des Ende 2020 veröffentlichten *World Federation of ADHD International Consensus Statement*. Dieser Konsensus beinhaltet 208 empirisch validierte Aussagen über ADHS auf der Grundlage von Studien und Metastudien mit einem N  $\geq$  2000. Besonderes Augenmerk wird im Vortrag auch auf die unzureichende Ist-Situation der Versorgung in Österreich gelegt und darauf, wie diese adäquat weiter entwickelt werden kann. Mit hierfür wurde 2019 die AG ADHS in der ÖGPP gegründet, der interessierte KollegInnen beitreten können.

### Abstract 10

#### **Schützt Thiamin das Gehirn vor zerebraler Eisenablagerung und alkohol-assoziiertes Demenz?**

Stephan Listabarth (Wien), Daniel König (Wien), Benjamin Vyssoki (Wien), Simon Hametner (Wien)

Ziele: Alkoholassoziierte kognitive Störungen bzw. Demenzen sind häufige und schwerwiegende Folgen bei Alkoholabhängigkeit. Auch, wenn die verantwortlichen pathophysiologischen Mechanismen hierfür noch nicht vollständig geklärt sind, werden einerseits Thiaminmangel und andere ernährungsbedingte Mangelzustände sowie andererseits die direkte Toxizität von Alkohol und dessen Metaboliten als mögliche Ursachen diskutiert.

Methoden: Eine systematische Literaturrecherche wurde durchgeführt und die entsprechende Literatur zu den Themen „zerebrale Eisenablagerungen in neurodegenerativen Erkrankungen“, „alkoholassoziierte Demenz“ und „Physiologie des Thiamin“ diskutiert und zusammengefasst.

Ergebnisse: Basierend auf der derzeitigen Evidenzlage wurde eine Hypothese entwickelt, die ein Erklärungsmodell für zerebrale Eisenablagerungen und damit in Folge auch für kognitive Störungen bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit darstellt: Bei Alkoholabhängigkeit treffen häufig zwei Faktoren aufeinander – systemische Eisenüberladung einerseits und Thiaminmangel andererseits. Letzterer kann die Integrität der Blut-Hirn-Schranke reduzieren und so zu einer Ablagerung von überschüssigen Eisen im Gehirn führen. Wie auch von anderen neurodegenerativen Erkrankungen

(Alzheimer Demenz, NBIA, etc.) bekannt, führen solche Eisenablagerungen zu neuroinflammatorischen Prozessen und letztlich zu einem Gewebsschaden.

Schlussfolgerung: Die vorgeschlagene Hypothese beschreibt die zentrale Rolle die Thiaminmangel bei der Entstehung von zerebralen Eisenablagerungen und damit auch von alkoholassozierten kognitiven Störungen einnehmen könnte. Weiterführende Forschung, basierend auf dieser Hypothese ist notwendig, da eine Bestätigung dieser vorgeschlagenen pathophysiologische Prozesse neue diagnostische, präventive und therapeutische Optionen eröffnen würde.

## Abstract 11

### **Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die Symptombelastung und Depressivität der PatientInnen einer ambulanten psychiatrischen Rehabilitationseinrichtung**

Traugott Miriam (Wien), Birgit Senft (Wien), Daniela Fischer-Hansal (Wien), Alexandra Schosser (Wien)

Die ambulante psychiatrische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über Behandlung der Krankheit hinaus vor allem die Beziehung zu Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen. Nicht selten liegt bereits bei Behandlungsbeginn ein hoher Chronifizierungsgrad mit verminderter Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben vor.

Im Rahmen der aktuellen Covid-19-Pandemie kam es vor allem durch Einschränkung der für die psychische Gesundheit so notwendigen sozialen Kontakte zu einer Steigerung der psychosozialen Belastungsfaktoren. Auch im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation zeigte sich klinisch mit anhaltender Pandemie ein zunehmend psychisch belastetes Reha-Klientel.

Die aktuelle Studie hat zum Ziel die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie anhand der Symptombelastung (BSI-18) und Depressivität (BDI-II) der PatientInnen einer 6-wöchigen ambulanten psychiatrischen Rehabilitation zu untersuchen.

Die Ergebnisse der während der Covid-19 Pandemie erhobenen psychometrischen Daten werden mit jenen vor Beginn der Pandemie, sowohl im Hinblick auf Depressivität und Symptombelastung zu Rehabeginn als auch im Hinblick auf Effektstärken der Verbesserung im Rahmen der 6-wöchigen Rehabilitation, präsentiert und diskutiert.

**Repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of resistant depression - changes of specific neurotransmitter precursor amino acids**

Friedrich Leblhuber (Linz), Simon Geisler (Innsbruck), Daniele Ehrlich (Linz), Kostja Steiner (Linz), Dietmar Fuchs (Innsbruck), Katharina Kurz (Innsbruck)

Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for treatment-resistant major depression offers an alternative therapy, since more than every third patient is not responding to adequate antidepressive therapy.

In this interventional study safety, symptom development and changes of serum concentrations of neurotransmitter precursor amino acids, of immune activation and inflammation markers, of brain derived neurotrophic factor (BDNF), nitrite as well as of salivary amylase were measured before and after a frontal polar cortex stimulation using rTMS as add-on treatment in 39 patients with treatment resistant depression. Out of these, 17 patients received sham stimulation as a control.

Treatment was well tolerated: with the exception of one patient of the verum group, who described discomfort after the second treatment, no serious adverse effects were observed. Improvement of depression with a significant decrease in the HAMD-7 scale ( $p = 0.001$ ) was found in patients treated with rTMS, but not in sham treated patients. Furthermore, serum phenylalanine as well as tyrosine dropped significantly (both  $p < 0.05$ ) in rTMS treated patients. The kynurenine to tryptophan ratio (Kyn/Trp) tended to decrease under rTMS ( $p = 0.07$ ). Additionally, associations between concentrations of BDNF and neopterin as well as nitrite serum levels were found in patients after rTMS treatment which indicates an influence of immunoregulatory circuits on BDNF levels. In the sham treated patients no changes of biomarkers concentrations were seen.

Results show that rTMS is effective in the treatment of resistant depression. rTMS appears to influence the enzyme phenylalanine hydroxylase, which plays a central role in the biosynthesis of neurotransmitter precursors tyrosine and dihydroxyphenylalanine (DOPA).

**Spravato**  
(Esketamin)  
Nasenspray

## Werden Sie Teil einer Revolution für Patienten mit Depression

Erstmals seit 30 Jahren ein neuer Wirkmechanismus<sup>a,1-6</sup>



Schnelle Wirksamkeit bereits ab 24 Stunden nach Verabreichung<sup>b,7</sup>



Hohe Ansprechrate<sup>c,d,e,f,7</sup> (69,3 % nach 4 Wochen)



Langanhaltend hohe Remissionsrate (58,2 % nach 48 Wochen)<sup>c,d,e,f,g,h,8</sup>

**NEU**

Jetzt auch zugelassen als **akute Kurzzeitbehandlung zur schnellen Reduktion depressiver Symptome**, die nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen.<sup>1</sup>



Erfahren Sie mehr auf unserer Janssen Medical Cloud:  
Entdecken Sie Videos, Anleitungen und Dokumente.

<sup>a</sup>Nach der Entwicklung und Zulassung des SSRI Fluoxetin im Jahr 1987 haben zugelassene Behandlungen (einschließlich "atypischer" Antidepressiva wie Mirtazapin, Agomelatine usw.) vermehrt das monoaminerge System in den Vordergrund gerückt.<sup>2-4</sup> In der TRANSFORM-2-Studie, ermittelt anhand des Unterschieds zwischen dem MADRS-Gesamtscore und dem Placebo-Nasenspray + neu initiiertem oralem AD als Vergleichspräparat. SPRAVATO® + orales AD demonstrieren eine 4,0-Punkte-Überlegenheit ggü. Placebo-Nasenspray + oralem AD nach 28 Tagen; p=0,02.<sup>1</sup> In der SUSTAIN-1-Studie war das Rezidiv bei Patienten, die weiterhin SPRAVATO® + orales AD erhalten, im Vergleich zu Patienten, die auf Placebo-Nasenspray + orales AD umgestellt wurden, signifikant verzögert; stabile Remission: p = 0,008.<sup>5-8</sup> Ein stabiles Ansprechen wurde definiert als eine  $\geq 50\%$ ige Reduzierung des MADRS-Gesamtscores im Vergleich zum Ausgangswert in den letzten zwei Wochen der Optimierungsphase, mit einem fehlenden MADRS-Gesamtscore oder  $\leq 12$  nach 13 oder 14 Wochen zulässig und  $\leq 12$  nach 15 und 16 Wochen erforderlich.<sup>5</sup> Gemessen am MADRS-Gesamtscore.<sup>7</sup> Ansprechen definiert als  $\geq 50\%$ ige Reduzierung des MADRS-Gesamtscores im Vergleich zum Ausgangswert. Remission definiert als MADRS-Gesamtscore  $\leq 12$ .<sup>7</sup> Ein stabiles Ansprechen wurde definiert als eine  $\geq 50\%$ ige Reduzierung des MADRS-Gesamtscores im Vergleich zum Ausgangswert in den letzten zwei Wochen der Optimierungsphase, mit einem fehlenden MADRS-Gesamtscore oder  $\leq 12$  nach 13 oder 14 Wochen zulässig und  $\leq 12$  nach 15 und 16 Wochen erforderlich.<sup>1</sup> SPRAVATO® + orales AD zeigen eine 4,0-Punkte-Überlegenheit ggü. Placebo-Nasenspray + oralem AD nach 28 Tagen; p = 0,02.<sup>1</sup> Basierend auf Patienten, die während der Einleitungsphase der SPRAVATO®-Therapie mindestens ein Ansprechen erreichten und zur Erhaltungphase übergingen.<sup>1</sup> Die SUSTAIN-2-Studie war eine einarmige Open-Label-Studie. Wirksamkeit war ein sekundärer Endpunkt. Der primäre Endpunkt war die Beurteilung der langfristigen Sicherheit und Verträglichkeit von SPRAVATO® + oralem AD bei Patienten mit TRD.<sup>1</sup> Diese Daten werden im Abschnitt zur Sicherheit dieses Dokuments präsentiert.

1. SPRAVATO® Fachinformation, Stand Februar 2021. 2. Harmer CJ et al. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. *Lancet Psychiatry* 2017;4(5): 409-418. 3. Hillhouse TM, Porter JH. A brief history of the development of antidepressant drugs: From monoamines to glutamate. *Exp Clin Psychopharmacol* 2015;23(1): 1-21. 4. Whiting DW, Cowen DJ Drug information update: Agomelatine. *The Psychiatrist* 2013;37: 356-358. 5. Veldozon (agomelatine) Fachinformation Stand 2019. 6. Mirtazapin 15 mg Schmerzmittel, Fachinformation Stand 2018. 7. Popova V et al. Efficacy and safety of flexibly dosed esketamine nasal spray combined with a newly initiated oral antidepressant in treatment-resistant depression: a randomized double-blind active-controlled study. *Am J Psychiatry* 2019;176(6): 428-438. 8. Weig E et al. 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; Vol 81:1.

#### FACHKURZINFORMATION

Bezeichnung des Arzneimittels: Spravato 28 mg Nasenspray, Lösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Nasenspray-Applikator enthält Esketaminhydrochlorid (entsprechend 28 mg Esketamin). Liste der sonstigen Bestandteile: Citronensäure-Monohydrat, Natriumdiacetat (Ph.Eur.), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Spravato, in Kombination mit einem SSRI oder SNRI, wird bei Erwachsenen mit therapieresistenter Major Depression angewendet, die in der aktuellen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode auf mindestens zwei unterschiedliche Therapien mit Antidepressiva nicht angesprochen haben. Spravato, in Kombination mit einer oralen antidepressiven Therapie, wird angewendet bei erwachsenen Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren Episode einer Major Depression als akute Kurzzeitbehandlung zur schnellen Reduktion depressiver Symptome, die nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Ketamin oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Patienten, für die ein Anstieg des Blutdrucks oder des intrakraniellen Drucks ein schwerwiegendes Risiko darstellt: Patienten mit Gefäßaneurysma (einschließlich intrakranieller Gefäße, Brust- oder Baucharteria oder periphere Arterien), Patienten mit intrazerebraler Blutung in der Anamnese, kürzlich (innerhalb der letzten 6 Wochen) erfolgtes kardiovaskuläres Ereignis einschließlich Myokardinfarkt (MI). Inhaber der Zulassung: Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. Vertrieb für Österreich: JANSSEN-CILAG Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. ATC-Code N06AX27. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

<sup>1</sup> Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Es ist daher wichtig, jeden Verdacht auf eine Nebenwirkung in Bezug auf SPRAVATO zu melden. AT\_CP-210373\_09Feb2021

Janssen-Cilag Pharma GmbH

**janssen** Neuroscience  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

## Freie Symposien

### Abstract 13

#### **Clinical Experts Exchange Meeting – Expertenrunde Akutpsychiatrie**

Florian Buchmayer (Eisenstadt), Marc Wolff (Mauer), Christian Wunsch (Neunkirchen)

Dieses Symposium ist konzipiert als moderierte und themengebundene Austauschrunde für akutpsychiatrisch tätige oder interessierte Kolleginnen und Kollegen. Bei guter Resonanz ist eine regelmäßige Fortführung geplant. Im Mittelpunkt steht der offene, klinische Austausch in einem Interventionsrahmen. Daraus sollen neue und / oder auch gemeinsame Strategien entwickelt werden, die unsere klinische Arbeit erleichtern und die Patientenversorgung verbessern können.

Thematisch sollen dieses Jahr Möglichkeiten und Grenzen der akutpsychiatrischen Krankenversorgung beleuchtet werden. Zunächst wird von den Referenten die akutpsychiatrische Versorgungssituation in den jeweiligen Regionen vorgestellt (ca. 30 min). Danach soll ein moderierter Austausch mit den Teilnehmern über eigene Erfahrungen und den Umgang mit den Anforderungen der Versorgungsrealität erfolgen (ca. 60 min).

### Abstract 14

#### **Psychische Erkrankungen und somatische Komorbiditäten**

Jolana Wagner-Skacel (Graz), Eva Reininghaus (Graz)

Die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen ist ein über die Jahrhunderte anhaltendes Problem und leider auch in der heutigen Gesellschaft mit all ihren Folgen präsent. Klassische stigmatisierende Situationen sind im Bereich des beruflichen Kontextes, der sozialen Integration oder des privaten Umfelds zu finden. Weniger bekannt, aber mindestens ebenso gravierend, ist die somatisch-medizinische Stigmatisierung, d.h. die somatische „Schlechter“-versorgung von psychisch kranken Menschen. Demgegenüber stehen aber Befunde, dass gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich häufiger an körperlichen Komorbiditäten leiden, die zusätzlich zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Lebenserwartung führen. Seit einigen Jahren wird vermutet, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufiger an körperlichen (somatischen) Erkrankungen leiden (wie z.B. Adipositas, Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen etc.) als die Allgemeinbevölkerung, und dadurch mitbedingt auch eine deutlich reduzierte Lebenserwartung aufweisen (Crump et al., 2013). Trotz des Wissens um die Theorie der „Körper-Geist-Einheit“ bestehen Gründe zur Annahme, dass diese im ärztlichen Alltag nicht immer praxistauglich umgesetzt wird. So hat es teilweise den Anschein, dass den somatischen Komorbiditäten bei psychischen Erkrankungen oftmals nur ein geringer Stellenwert eingeräumt wird und im Sinne einer "Zwei-Klassen-Medizin" psychiatrische PatientInnen in der medizinisch-somatischen Versorgung massiv benachteiligt werden.

In diesem Symposium werden erstmals Daten zur Situation in Österreich präsentiert, welche im Rahmen des Projekt „Psyche, Ökonomie, Medizin: Spannungsfelder in der Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitswesen“ erfasst wurden.

Inhalte der Vorträge: Psychische Erkrankungen und somatische Komorbiditäten- Hintergründe, Zusammenhänge und Auswirkungen auf Krankheitsverlauf und Lebenserwartung (Hintergründe- klinische und neurobiologische Ursachen, häufigste somatische Komorbiditäten, Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und die Lebenserwartung bei psychisch kranken Menschen)

Somatische Versorgungssituation von Menschen mit psychischer Erkrankung- Probleme und Lösungsmöglichkeiten aus der Sicht von Betroffenen und BehandlerInnen (Sicht von PatientInnen, Sicht von AllgemeinmedizinerInnen, Sicht von PsychiaterInnen, Ergebnisse der 2019 durchgeführten Interviews und Befragungen in der Steiermark)

Aktuelle Prävalenz von somatischen Komorbiditäten von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Österreich (Ergebnisse der quantitativen Analyse der Prävalenzdaten aller stationärer Aufenthalte zwischen 01.01.2016-31.12.2017 von PatientInnen mit F-Diagnosen)

Praxisorientierte Handlungsempfehlungen zur Versorgung von somatischen Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Störungen (existierende Daten aus der Literatur und die sich aus dem aktuellen Projekt ergebenden Empfehlungen werden praxisorientiert zusammengefasst)

## Abstract 15

### **Stellenwert der Psychiatrische Rehabilitation in der österreichischen Versorgungslandschaft**

Alexandra Schosser (Wien), Paul Kaufmann (Neusiedlersee)

Der erste Vortrag zur Nachhaltigkeit der psychiatrischen Rehabilitation präsentiert Daten zur Nachhaltigkeit der Symptomverbesserung im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Rehabilitation. Mehr als  $\frac{2}{3}$  aller Rehabilitanden der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation sind von einer depressiven Erkrankung, davon knapp die Hälfte chronische Verlaufsformen, betroffen. Daher spielt die depressive Symptomatik eine wichtige Rolle in der Bewertung des Rehabilitationserfolgs. Im Fokus dieser Studie steht die Nachhaltigkeit der Verbesserung der Symptomatik, bewertet anhand der Selbsteinschätzung einer Stichprobe von 882 RehabilitandInnen ein Jahr nach Ende der Rehabilitation. Bei PatientInnen mit anfangs mittelschwerer oder schwerer Symptomatik zeigten sich sogar ein Jahr nach Ende der Behandlung noch große Effekte (Cohen's jeweils 0,72).

Der zweite Vortrag zur Traumatherapie in der psychosozialen Reha basiert auf der Tatsache, dass PatientInnen mit Typ-I und vor allem TYP-II Traumatisierungen einen hohen Prozentanteil der Aufnahmen darstellen. Häufig können diese als Erklärung für chronische Verläufe von Angst-, Depressionserkrankungen oder burnoutartigen Entwicklungen interpretiert werden. Es wird die Fragestellung untersucht, ob 6-wöchige Rehaaufenthalte geeignet sind, um Traumatherapie durchzuführen und wenn ja, in welcher Form? Es wird versucht darzustellen, wie insbesondere psychotherapeutische Verfahren und körpertherapeutische Verfahren, speziell adaptiert auf den

Rehabilitations-Kontext, einen wichtigen Platz in einer Behandlungskette der Traumabehandlung haben können und sollen.

Der dritte Vortrag fokussiert den Stellenwert der psychiatrischen Rehabilitation in der österreichischen Versorgungslandschaft und im internationalen Kontext. Es werden sowohl psychometrische Daten zur Nachhaltigkeit der psychiatrischen Rehabilitation, als auch gesundheitsökonomische Daten präsentiert. So ergab beispielsweise eine Kosten-Wirksamkeitsanalyse (2482 PatientInnen) eine durchschnittliche Kostenersparnis von 7872,10EUR pro RehabilitandIn in den 12 Monaten nach der Rehabilitation (Schosser et al. 2021). Ein weltweiter Paradigmenwechsel weg von der rein an Krankheiten orientierten Therapie hin zur Bearbeitung von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, insbesondere der (beruflichen) Aktivitäten und Teilhabe, wird diskutiert, sowie konkrete Beispiele präsentiert.

## Symposien der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften

### Abstract 16

AG Geschichte der Psychiatrie

#### **Verwissenschaftlichung und historisches Verständnis als Bewältigung der Aufgaben der Psychiatrie: Konstituierung der Psychiatrie als wissenschaftliches Fach im Österreich des 19. Jahrhunderts: Sozioökonomische und politische Verhältnisse, Institutionen und Persönlichkeiten**

Johannes Wancata (Wien), Hans-Peter Kapfhammer (Graz)

Wissenschaftliche Theorie und Praxis und historisches Wissen und Reflexion sind wesentliche Voraussetzungen und Mittel bei der Bewältigung der Aufgaben der Psychiatrie.

Dies wird am Beispiel der Entwicklung der psychiatrischen Lehrstühle in Wien, Innsbruck und Graz sowie des weltweit ersten Lehrstuhles für Geschichte der Medizin und Epidemiologie (!) in Wien beschrieben und zur Diskussion gestellt.

### Abstract 17

Sektion Aus- und Weiterbildung und AG Psychiatric Trainees

#### **Ausbildungssymposium**

Laura Fragner (Wien), Margit Wrobel (Wien)

Die AG Psychiatric Trainees führte gemeinsam mit der Sektion Aus- und Weiterbildung von 2018-2019 eine Evaluierung der Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin durchgeführt. Diese sollte dazu dienen ein Bild der aktuellen Umsetzung der Lernziele und Guidelines für die Ausbildung aus Sicht der Abteilungsleiter\_innen, Fachärzt\_innen und Assistenzärzt\_innen zu gewinnen.

Im Rahmen des Symposiums wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluierung auf Seiten der Auszubildenden präsentiert. Darauf Bezug nehmend soll in einem zweiten Schritt in Kleingruppen-Diskussionen („Breakout sessions“) in möglichst gemischten Gruppen von Assistenzärzt\*innen, Fachärzt\*innen und Abteilungsleiter\*innen frei diskutiert werden.

Ziel ist es subjektive Erfahrungen auszutauschen - In welchen Bereichen wird ausreichende bzw. nicht ausreichende Ausbildung wahrgenommen? – aber auch Ideen für die Umsetzung neuer Ausbildungskonzepte (Best Practice Modelle) zu sammeln.

Anschließend werden die gesammelten Eindrücke aus den Kleingruppen in der Großgruppe geteilt.

## Abstract 18

AG Ambulante Psychotherapie

### **Zwischen Brennen und Verbrennen. Interaktiver Workshop zu unserer Mentalisierungsfähigkeit und deren Bedrohungen in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung von psychisch kranken PatientInnen.**

Henriette Löffler-Stastka (Wien), Karin Matuszak-Luss (Wien)

Mentalisierung beschreibt die Fähigkeit des Menschen, den eigenen und den mentalen Zustand anderer zu erfassen, und wird als eine der Kernkompetenzen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit angesehen. Aktuelle Forschungen haben die Bedeutung sowohl der frühen dyadischen Bindung als auch eines breiteren soziokulturellen Umwelteinflusses für die Entwicklung der Mentalisierung hervorgehoben. Es wird eine Studie vorgestellt, die untersucht, ob Mentalisierungsfähigkeit, die über die reflecting-functioning-Skala (RF) operationalisiert wurde, durch Trainings- und Arbeitsbedingungen beeinflusst werden kann. Die Ergebnisse dieser Querschnittsstudie legen nahe, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit durch Training langsam verbessern lässt und von vielfältigen Umgebungsfaktoren beeinflusst wird.

Diese Zahlen und Fakten dienen als Ausgangspunkt, um arbeitskontext-bedingte Einflüsse auf unsere fachärztlich-psychotherapeutische Mentalisierungsfähigkeit zu definieren und hinsichtlich der aktuellen Versorgungssituation von psychisch Kranken in Österreich zu diskutieren.

Dabei steht neben einer Analyse der Versorgungswirksamkeit von FachärztInnen sowie PsychotherapeutInnen in freier Praxis die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit im ambulanten Bereich im Vordergrund. Wir laden die Diskussionsteilnehmer ein, Ihre Erfahrungen von gelungenen Verarbeitungs-, Versorgungsmodellen und Problemlagen mit uns zu diskutieren.

## Abstract 19

Sektion Konsiliar-/Liaison-Psychiatrie und Psychosomatik

### **Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit**

Barbara Sperner-Unterwiesing (Innsbruck), Angelika Rießland-Seifert (Wien)

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Psyche sind sehr unterschiedlich. Sie reichen von leichten Beeinträchtigungen im Alltag bis hin zu ausgeprägten Symptomen von Angst, depressiven Syndromen, Erschöpfung, Zeichen von Posttraumatischen Belastungsstörungen bis hin zu deliranter Symptomatik. Diese Belastungen frühzeitig wahrzunehmen und adäquate therapeutische Behandlungsansätze zu entwickeln und anzubieten erfordert neue Strategien, aber auch das Adaptieren von etablierten Konzepten.

Beide Aspekte, neue sowie bekannt therapeutische Wege sollen im Symposium vorgestellt und diskutiert werden.

## Abstract 20

AG Psychotraumatologie

### **Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD 11 - Diagnostik und Therapie**

Friedrich Riffer (Eggenburg), Martin Bohus (Mannheim)

In diesem Symposium wird zunächst ein Überblick über die historische Entwicklung der Diagnostik der (komplexen) Posttraumatischen Belastungsstörung in den Manualen der WHO (ICD) und der APA (DSM) gegeben.

Anschließend wird das von Martin Bohus entwickelte (multimodale, methodenintegrative, manualbasierte) Therapiekonzept vorgestellt und Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit gezeigt.

Abschließend wird ein Einblick in die praktische Arbeit, des - vor einem Jahr - in der Klinik Eggenburg implementierten Kompetenzbereiches komplexe posttraumatische Belastungsstörung gegeben.

## Abstract 21

AG Ethik in der Psychiatrie

### **Die Rolle der Psychiatrie beim assistierten Suizid?**

Thomas Wochele (Wien), Theodor Meißel (Wien)

In den letzten Jahren haben mehrere europäische Länder den assistierten Suizid legalisiert. Auch in Österreich hat der Verfassungsgerichtshof Anfang des Jahres die „Mitwirkung am Selbstmord“ (Paragraf 78 im Strafgesetzbuch) mit Wirksamkeit 1. Jänner 2022 als Straftatbestand aufgehoben. Der Straftatbestand der "Mitwirkung am Selbstmord" verstöße gegen das Recht auf Selbstbestimmung. Es sei verfassungswidrig, jede Art der Hilfe zum Suizid ausnahmslos zu verbieten, befand der VfGH. Paragraf 77.

Wie wird sich das auf die Praxis der Medizin auswirken und wie wird sich die Psychiatrie in dieser Frage positionieren und entwickeln müssen?

Welche internationalen Entwicklungen gab es dazu in den letzten Jahren und was können wir daraus lernen?

## Fachkurzinformation

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Quetiapin Sandoz 50/150/200/300/400 mg - Retardtabletten

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Quetiapin Sandoz 50/150/200/300/400 mg enthält 50/150/200/300/400 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 14/42/56/85/113 mg Lactose (wasserfrei) pro Retardtablette.

**Wirkstoffgruppe:** Antipsychotika; Diazepine, Oxazepine, Oxepine und Thiazepine, 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 Rezidivprophylaxe bei Patienten mit bipolaren Störungen, die in der manischen oder depressiven Episode auf die Behandlung mit Quetiapin angesprochen haben
- Behandlung depressiver Erkrankungen (Episoden einer Major Depression) als Zusatztherapie bei Patienten, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum angesprochen haben. Vor Einleiten der Behandlung muss der behandelnde Arzt das Sicherheitsprofil von Quetiapin abwägen.

**Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Gabe von Inhibitoren von Cytochrom P450-3A4 - wie HIV-Proteasehemmern, Antimykotika vom Azoltyp, Erythromycin, Clarithromycin und Nefazodon - ist kontraindiziert.

**Liste der sonstigen Bestandteile:**

**Tablettenkern:** Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), Typ A, Lactose (wasserfrei), Magnesiumstearat, Kristalline Maltose, Talkum.

**Tablettenüberzug:** Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), Typ A, Triethylcitrat.

**Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich

**Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten

**Stand der Information:** Dezember 2018

**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.**

## Fachkurzinformation

**Bezeichnung des Arzneimittels:** 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 Quetiapinfumarat).

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 Quetiapinfumarat)

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 Quetiapinfumarat)

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 Azoltyp, 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.

**Stand der Information:** Jänner 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.**

## Fachkurzinformation

### Bezeichnung des Arzneimittels:

Quetiapin Sandoz 25 mg – Filmtabletten

### Qualitative und quantitative Zusammensetzung:

Quetiapin Sandoz 25 mg – Filmtabletten:

Jede Filmtablette enthält 25 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat)

Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 16,05 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat) pro Filmtablette

**Wirkstoffgruppe:** 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 die Quetiapin-Behandlung angesprochen haben

**Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile.

Die gleichzeitige Anwendung von Cytochrom-P450-3A4-Hemmern wie HIV-Protease Inhibitoren, Antimykotika vom Azoltyp, 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)

Tablettenüberzug: Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol 4000, Titandioxid (E 171), Eisenoxid rot (E 172), Eisenoxid gelb (E 172)

**Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich

**Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten

**Stand der Information:** Jänner 2020

**Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten, sowie Angaben zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

## Fachkurzinformation

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Risperidon Sandoz 0,25/0,5 mg – Filmtabletten, Risperidon Sandoz 1/2/3/4 mg – Filmtabletten, Risperidon Sandoz 0,5/1/2 mg – Schmelztabletten, m 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 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

Kern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose (E460), vorverkleisterte Maisstärke, kolloidales wasserfreies Siliciumdioxid (E551), Magnesiumstearat (E470b). Überzug: Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Macrogol 4000, Lactose-Monohydrat

Risperidon Sandoz 2 mg – Filmtabletten zusätzlich: Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172)

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

#### **Fachkurzinformation**

**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.**

#### **Fachkurzinformation**

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Olanzapin Sandoz 2,5 / 5 / 10 / 15 / 20 mg – Filmtabletten.

**Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 2,5 / 5 / 10 / 15 / 20 mg Olanzapin, Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 74,11 / 148,22 / 296,44 / 169,31 / 225,75 mg Lactose (als Monohydrat).

**Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antipsychotika: Diazepine, Oxazepine, Thiazepine und Oxepine. ATC-Code: N05AH03.

**Anwendungsgebiete:** Erwachsene: Olanzapin ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. Bei Patienten, die initial auf die Behandlung angesprochen haben, ist Olanzapin bei fortgesetzter Behandlung zur Aufrechterhaltung der klinischen Besserung wirksam. Olanzapin ist zur Behandlung von mäßig schweren bis schweren manischen Episoden angezeigt. Bei Patienten, deren manische Episode auf eine Behandlung mit Olanzapin angesprochen hat, ist Olanzapin zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolarer Störung angezeigt.

**Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Patienten mit bekanntem Risiko eines Engwinkelglaukoms.

#### **Liste der sonstigen Bestandteile:**

Tablettenkern: Lactose (als Monohydrat), Hydroxypropylcellulose, Crospovidon, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat.

Tablettenfilm: Polyvinylalkohol, Macrogol 3350, Titandioxid (E171), Talkum; zusätzlich für Olanzapin 15 mg: Indigocarmin (E132), zusätzlich für Olanzapin 20 mg: rotes Eisenoxid (E172).

**Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich

**Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten

**Stand der Information:** Juni 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.**