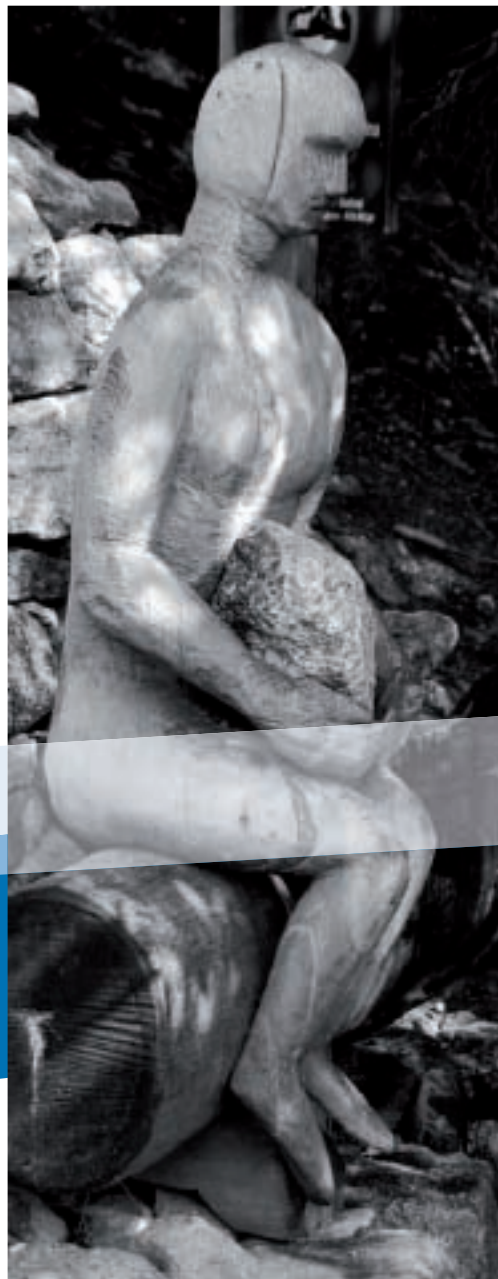




PROGRAMM

TAGUNG

„ENTSCHEIDUNGEN IN DER PSYCHIATRIE“

03. - 05. Oktober 2008
UMIT / Hall in Tirol

GRUSSWORTE

Es ist uns eine Freude, Sie zum zweiten Mal, nach unserer letztjährigen Tagung zum Thema „Suizidale Jugendliche“, mit einem Tagungsprogramm, das wesentliche Bereiche der Psychiatrie zum Inhalt haben wird, die jedoch häufig bei primär medizinisch-psychotherapeutisch orientierten Themen in der Regel nicht ausreichend Platz finden, begrüßen zu dürfen.

Es geht um die Thematik der Entscheidungen in der Psychiatrie, um den Aspekt von Medical Decision Making, der uns letztendlich tagtäglich in unseren Handlungen begleitet.

Ziel der Tagung ist es, einen breiten Überblick über diesen Themenbereich zu geben. Wir möchten beginnend bei den biochemischen- und physiologischen Grundlagen von Entscheidungen, über unbewusste Prozesse bei Entscheidungen einen Bogen zu den praktischen Aspekten und den Konsequenzen von Entscheidungen ziehen. Bei den praktischen Aspekten sind uns wichtig, politisch-ökonomische einerseits, aber natürlich auch die Abwägungen im Rahmen von Medical Decision Making, Nutzen-Risiko-Assessment, Entwicklung von Guidelines, bis hin zu den Grundlagen von Entscheidungen welche die direkte Arbeit mit unseren Patienten betreffen. Last but not least werden wir auch die Entscheidungen von Patienten beleuchten, beginnend bei der Thematik der Compliance bis hin zu den Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit Suizidalität.

Die Auswahl der Themen hat sich einerseits aus den tagtäglichen praktischen Erfahrungen im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Arbeit im Psychiatrischen Krankenhaus in Hall ergeben, andererseits durch die Zusammenarbeit mit dem Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment der UMIT, wo die entsprechenden Inhalte auf wissenschaftlicher Ebene aufgearbeitet werden. Aufgrund dieser gemeinsamen Programmgestaltung erwarten wir uns eine gute Synthese zwischen täglich-praktischer Arbeit und wissenschaftlichen Ergebnissen, die uns letztendlich mehr Einblick in die Entscheidungsprozesse im Rahmen der Psychiatrie geben soll. Mit Absicht haben wir die Vorträge so geplant, dass jeder Referent ausreichend Zeit zur Präsentation hat, aber auch entsprechende Möglichkeiten für eine ausgedehnte Diskussion zur Verfügung stehen. Weiters werden im Rahmen der Workshops eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Tagungsthemen ermöglicht werden. Außerdem haben wir uns auch bemüht, ein interessantes Rahmenprogramm zu gestalten, sodass neben einem intensiven inhaltlichen Austausch auch die Möglichkeit besteht, in einer lockeren Atmosphäre bestehende Kontakte zu pflegen bzw. neue Kontakte zu knüpfen und das Ganze im Flair einer mittelalterlichen Stadt mit einer über 700 Jahre alten Geschichte im Herzen von Tirol.

Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.

Mag. DDr. Wolfgang Markl, M.Sc.

Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

VERANSTALTER

TILAK: Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol
Verantwortlich: Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.

UMIT: Institut for Public Health
Verantwortlich: Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.
Research Division für Mental Health
Verantwortlich: Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.

Programmverantwortlich

Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.
Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

Tagungssekretariat

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol
Brigitte Durda
Thurnfeldgasse 14
A-6060 Hall in Tirol
Tel. +43 (0)5223 508 2031
FAX: +43 (0)5223 508 2035
E-Mail: brigitte.durda@tilak.at

Veranstaltungsort

Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische
Informatik und Technik (UMIT)
Eduard Wallnöfer-Zentrum I
A-6060 Hall in Tirol
www.umat.at

Tagungsbeitrag

120,- € / 100,- € erm.

Tageskarten

Freitag: 70,- € / 60,- € erm.

Samstag: 70,- € / 60,- € erm.

Sonntag: 40,- € / 30,- € erm.

Den ermäßigten Beitrag erhalten Ärzte in Ausbildung und StudentInnen

Anmeldung

Schriftlich an das Tagungssekretariat

oder über unsere Tagungshomepage

www.entscheidungen.org

Anmeldung erst nach Überweisung der Tagungsgebühr gültig

Bankverbindung

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol

Raiffeisen Regionalbank Hall i. T.

BLZ: 36362

Konto Nr. 17178

IBAN: AT753636200000017178

BIC: RZTIAT22362

Zimmerreservierung

Tourismusverband Region Hall-Wattens

Wallpachgasse 5

A-6060 Hall in Tirol

Tel. +43 (0)5223 45544

Fax: +43 (0)5223 45544-20

Homepage: www.regionhall.at

E-Mail für Reservierungen: reservierung@regionhall.at

Fortbildungspunkte

Freitag: 3 DFP für Psychiatrie

Samstag: 8 DFP für Psychiatrie

Sonntag: 4 DFP für Psychiatrie



REFERENTEN & VORSITZENDE

OA Dr. Franz Altenstrasser

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

Dr. Mathias Basner

Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt, Köln

Univ. –Prof. Dr. Wolfgang Fleischhacker

Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck

Prim. Univ. –Prof. Dr. Reinhard Haller

KH Stiftung Maria Ebene, Institut für Suchtforschung, Frastanz

Dr. Johannes Hamann

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität, München

Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol
Research Division für Mental Health, UMIT – Hall in Tirol

Univ. –Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber

Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck

Mag. Christoph Hörhan

Fonds Gesundes Österreich, Wien

Univ. –Prof. Dr. Martina Hummer

FÄ für Psychiatrie und Neurologie, Innsbruck

Univ. –Prof. Dr. Werner Kissling

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität, München

OA Dr. Ekkehard Madlung

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

Mag. DDr. Wolfgang Markl, M.Sc.

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

OA Dr. Gerhard Medicus

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

OA Dr. Manfred Müller, M.Sc.

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

Prim. Univ. –Prof. Dr. Michael Musalek

Anton Proksch Institut, Wien

Dr. Andrea Pfennig

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität, Dresden

Dr. Alric Rüther

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln

Univ. –Prof. Dr. Alois Saria

Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck

Mag. Oliver Seifert

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

Univ. -Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

Institute for Public Health, Medical Decision Making und HTA, UMIT – Hall in Tirol

Institute for Technology Assessment, Harvard Medical School

Univ. –Prof. DDr. Roland Staudinger

Rektor der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik – UMIT, Hall in Tirol

DDr. Daniel Strech

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Tübingen

Univ. –Prof. Dipl.-Ing. Dr. Bernhard Tilg

Landesrat für Gesundheit und Wissenschaft, Innsbruck

Annelore Triendl

Haus des Lebens, Selbsthilfe Depressiver und Angsterkrankter, Innsbruck

Prof. Dr. Hans Wedler

ehem. Ärztlicher Direktor Medizinische Klinik 2 – Klinik für Internistische Psychosomatik, Stuttgart

OA Dr. Roland Winter

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

PROGRAMM

FREITAG, 03. OKTOBER 2008

16:00 Eröffnung der Tagung - Aula

Grußworte:

Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc. (PKH Hall, UMIT)
Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc. (Institutsvorstand, UMIT)
Mag. DDr. Wolfgang Markl, M.Sc. (Kaufmännischer Direktor PKH Hall)
Univ. –Prof. DDr. Roland Staudinger (Rektor, UMIT)
Prim. Univ. –Prof. Dr. Michael Musalek (Vorstand der ÖGPP)
Univ. –Prof. Dipl.-Ing. Dr. Bernhard Tilg (Landesrat)

16:30 Fragen die im Rahmen dieser Tagung beantwortet werden sollten - Aula

Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.
Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

16:45 Eröffnungsvortrag – Aula

Univ. –Prof. Dr. Werner Kissling
Überblick über die Thematik „Entscheidungen in der Psychiatrie“

17:30-18:00 Pause

18:00-19.30 Grundlagen von Entscheidungen

Vorsitz: Univ. –Prof. Dr. Werner Kissling
Univ. –Prof. Dr. Wolfgang Fleischhacker

18:00 Vortrag – Aula

Univ. –Prof. Dr. Alois Saria
Biochemische Grundlagen von Entscheidungen

18:45 Vortrag – Aula

Univ. –Prof. Dr. Michael Musalek
Wer entscheidet wann, was, wie, warum? – Zu den
Grundlagen der Entscheidungsprozesse

19:30 Empfang – UMIT – Cafe U2

PROGRAMM

SAMSTAG, 04. OKTOBER 2008

09:00-10:30 **Block 1: Grundlagen von Entscheidungen**

Vorsitz: Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek
OA Dr. Roland Winter

09:00 **Vortrag – Aula**

DDr. Daniel Strech
Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Ethik und Gesundheitsökonomie

09:45 **Vortrag – Aula**

OA Dr. Franz Altenstrasser
Entscheidungen und „Nichtentscheidungen“ im Rahmen der
Psychiatriereform

10:30-11:00 **Pause**

11:00-12:30 **Block 2: Klinische und ökologische Aspekte von Entscheidungen**

Vorsitz: Dr. Johannes Hamann
Univ.-Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

11:00 **Vortrag – Aula**

Dr. Alric Rüther
Versorgungsqualität in der Psychiatrie aus Sicht einer Health Technology
Assessment Institution

11:45 **Vortrag – Aula**

Dr. Andrea Pfennig
Wie die Methoden der Leitlinienentwicklung den Nutzen im klinischen
Alltag der Psychiatrie beeinflussen

12:30 **Posterpräsentation**

2 geleitete Postersessions à 30 Minuten

14:00-15:30 **Block 3: Entscheidungen in der praktisch- psychiatrischen Arbeit**

Vorsitz: Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber
Dr. Alric Rüther

14:00	Vortrag – Aula
	Univ. –Prof. Dr. Reinhard Haller Der Wechsel von einem dimensionalen in ein digitales System: Entscheidungen in der forensischen Psychiatrie und im Rahmen der Unterbringung von Patienten
14:45	Vortrag – Aula
	OA Dr. Gerhard Medicus Entscheidungen zwischen verschiedenen Paradigmen in der Psychiatrie
15:30-16:00	Pause
16:00-18:00	Block 4: Entscheidungsfindung in Public Health
	Vorsitz: Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc. Dr. Andrea Pfenning
16:00	Vortrag – Aula
	Dr. Mathias Basner Der Einsatz mathematischer Modelle zur Evaluation des Einflusses von Fluglärm auf Schlafstörungen
16:45	Vortrag – Aula
	Mag. Christoph Hörhan Evidenzbasierte Entscheidungsfindung in der Gesundheitsförderung
17:30	Ausstellung – Psychosozialer Pflegedienst
20:00	Gesellschaftsabend
	Galadinner im Culinarium anschließend die Gruppe „The Dusa Orchestra“ in der Wäscherei P – Gelände PKH www.dusaorchestra.com www.waescherei-p.at

PROGRAMM

SONNTAG, 05. OKTOBER 2008

09:00-11:45	Entscheidungen von Patienten
	Vorsitz: Univ. –Prof. Dr. Martina Hummer Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.
09:00	Vortrag - Hörsaal 002 - EG
	Dr. Johannes Hamann Patient-Shared Decision Making in der Psychiatrie

09:45

Vortrag - Hörsaal 002 - EG

Prof. Dr. Hans Wedler

Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit Suizidalität

10:30-11:00

Pause

11:00

Vortrag - Hörsaal 002 - EG

Annelore Triendl

Entscheidung und Selbsthilfe

11:45

Zusammenfassung: Wurden unsere Fragen beantwortet?

Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

Prim. Univ. –Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc.

12:30

Verabschiedung

WORKSHOPS

FREITAG, 03. OKTOBER 2008

09:00 bis 12:00 Uhr – Anmeldung erforderlich

Seminarraum SR 106/1.Stock

Mag. Oliver Seifert

Historischer Überblick: Entscheidungen in der Psychiatrie im Spiegel historischer Quellen aus dem PKH Hall

Seminarraum SR 107/1.Stock

Univ. –Prof. Dipl.-Ing. Dr. Bernhard Tilg

Entscheidungen in der medizinischen Forschung

12:30 bis 15:30 Uhr – Anmeldung erforderlich

Seminarraum SR 106/1.Stock

Dr. Andrea Pfennig, Univ. –Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

Entscheidungsfindung und Leitlinienerstellung in der Psychiatrie

Seminarraum SR 107/1.Stock

OA Dr. Ekkehard Madlung

Grundlagen von Entscheidungen am Beispiel der Drogenpolitik

WORKSHOPS

SAMSTAG, 04. OKTOBER 2008

14:00 bis 17:00 Uhr – Anmeldung erforderlich

Seminarraum SR 106/1.Stock

OA Dr. Manfred Müller, M.Sc.

Entscheidungsprozesse im Kontext stationärer Entwöhnungsbehandlungen unter Berücksichtigung psychiatrischer, somatischer und sozialer Begleitphänomene

Seminarraum SR 107/1.Stock

Univ. –Prof. Dr. Martina Hummer

Wie Patienten entscheiden? Compliance – Adherence

ABSTRACTS - VORTRÄGE

Überblick über die Thematik „Entscheidungen in der Psychiatrie“

Univ. –Prof. Dr. Werner Kissling

Entscheidungsforschung ist seit Jahrzehnten ein wichtiger Bestandteil der wirtschaftswissenschaftlichen und psychologischen Grundlagenforschung. Sie beschäftigt sich mit der Frage, wie Entscheidungen zustande kommen, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen und wie der Entscheidungsprozess und die Ergebnisse von Entscheidungen optimiert werden können. Im Teilgebiet Medical Decision Making (MDM) werden die Methoden der Entscheidungsforschung auf medizinische Entscheidungen übertragen. Dabei wird u.a. der Frage nachgegangen, wie diagnostische und therapeutische Entscheidungen getroffen werden, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen und wie Fehlentscheidungen vermieden werden können. Besonderheiten medizinischer Entscheidungen liegen u.a. darin, dass hier der ärztliche Entscheider nicht für sich selbst sondern zumeist für einen anderen (den Patienten) entscheidet. Oft sind an einer im Behandlungsteam getroffenen Entscheidung auch mehrere Personen und Berufsgruppen beteiligt.

MDM ist auch eng mit Evidenz basierter Medizin verknüpft. Denn ob und wie wissenschaftliche Evidenz in medizinisches Handeln umgesetzt wird, hängt letztlich immer von der Entscheidung des behandelnden Arztes ab und seine Entscheidungen wiederum werden von zahlreichen nicht Evidenz basierten Faktoren beeinflusst (persönliche Charakteristika des Arztes, institutionelle oder gesundheitspolitische Rahmenbedingungen etc.).

Angesichts der immensen Bedeutung ärztlicher Entscheidungen für Behandlungsergebnisse und Kosten überrascht es, dass MDM hierzulande sowohl in der medizinischen Aus- und Weiterbildung wie auch in der Forschungsförderung noch kaum eine Rolle spielt. Ziel des Referates ist es, die Bedeutung dieses Forschungsgebiets herauszustellen und zu zeigen, für welche psychiatrischen Fragen mit Hilfe dieser Methode eventuell neue Antworten gefunden werden können.

Biochemische Grundlagen von Entscheidungen

Univ. –Prof. Dr. Alois Saria

Wer entscheidet wann, was, wie, warum? –

Zu den Grundlagen der Entscheidungsprozesse

Univ. –Prof. Dr. Michael Musalek

Bevor man die hier gestellten Fragen beantwortet, stellt sich eine letztlich alles entscheidende Frage: Ist der Mensch überhaupt fähig sich zu entscheiden – oder ist er nichts anderes als eine determinierte Maschine, die auf Außenreize in vorgegebener Weise quasi nur refl-

exhaft reagieren kann? Gerade die strikten Deterministen unter den Neurowissenschaftlern sprechen heute dem Menschen eine mehr oder weniger freie Entscheidungsfähigkeit ab. Andererseits ist es unleugbares Faktum, dass wir uns als ein zur Entscheidung fähiges Wesen erleben. Es ist auch ein oft beobachtbarer Umstand, dass wir diese Entscheidungsfähigkeit in bestimmten Situationen nahezu verlieren können, in anderen wiedererlangen können; wir kennen auch psychische Erkrankungen, bei denen die Entscheidungsfähigkeit aufgehoben sein kann (denken wir nur an das psychopathologische Phänomen der Ambivalenz im Rahmen schizophrener Erkrankungen) – alles empirisch gut gesicherte Beobachtungen, die das Negieren des Menschen als entscheidendes Wesen absurd erscheinen lassen. Wer kann schon eine Fähigkeit verlieren, die er nie besaß. Ohne Zweifel entscheiden wir uns aber nicht immer in gleicher Weise frei. Viele körperliche, psychische und Umweltfaktoren beeinflussen ganz wesentlich unsere Entscheidungen – wie viel wir uns aber von ihnen steuern und lenken lassen, was wir wann wie und warum entscheiden, dass bestimmen und gestalten wir ganz wesentlich mit. Dabei soll und darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Sich-Entscheiden erlernbar und leider auch „verlernbar“ ist. Gerade in Zuständen massiver Selbstwertbeeinträchtigung, wie wir sie nicht nur in persönlichen Krisensituationen sondern vor allem auch im Rahmen psychischen Krankseins erleben, hat daher eine professionellen Hilfestellung bei der Wiedererlangung einer möglichst autonomen, also einer durch erlebte und erlebbare Eigenentscheidungen geprägten Lebensführung eine zentrale Bedeutung.

Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Ethik und Gesundheitsökonomie

DDr. Daniel Strech

Die finanziellen Ressourcen von Gesundheitssystemen sind weltweit begrenzt. Diese Mittelknappheit führt bei verschiedenen Entscheidungen im Gesundheitswesen zu medizinischen, ökonomischen, juristischen und ethischen Problemen, welche sich insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts in den kommenden Jahren weiter verschärfen dürften. Aus ethischer Perspektive sind die Probleme einer gerechten Verteilung knapper Ressourcen sowie mögliche Rollen- oder Gewissenskonflikte der verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen besonders relevant. Diese Problem-bereiche stellen sich für Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik (Makroebene), für Krankenkassen und Krankenhausmanagement (Mesoebene) sowie für praktizierende Ärzte und Pflegepersonal (Mikroebene) in jeweils unterschiedlicher Ausgestaltung. Der Vortrag verdeutlicht die möglichen Alternativen im Umgang mit Mittelknappheit aus ethischer Perspektive. Ergänzend erläutert der Vortrag vor dem Hintergrund konzeptioneller, gesundheits-ökonomischer und sozialempririscher Forschung die Herausforderungen an die Praxis einer expliziten Priorisierung/Rationierung von medizinischen Leistungen mit einem Fokus auf den Kontext der Psychiatrie.

Evidenzbasierte Entscheidungsfindung in der Gesundheitsförderung

Mag. Christoph Hörhan

ABSTRACTS - VORTRÄGE

Versorgungsqualität in der Psychiatrie aus Sicht einer Health Technology Assessment Institution

Dr. Alric Rüther

Wie die Methoden der Leitlinienentwicklung den Nutzen im klinischen Alltag der Psychiatrie beeinflussen

Dr. Andrea Pfennig

Leitlinien sollen systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer Patienten und Angehörige sein, welche über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen informieren. Wenn sie im Rahmen eines methodisch hochwertigen Prozesses erstellt werden, können sie die gute klinische Praxis unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen fördern. Für die Anwendbarkeit einer Leitlinie im klinischen Alltag sind verschiedene Anforderungen zu erfüllen, die im Vortrag diskutiert werden sollen. Gerade bei komplexen Erkrankungen wie den psychiatrischen ist die Einbindung von Patienten und Angehörigen bzw. engen Freunden neben den Behandelnden sowohl in die Leitlinienentwicklung als auch die -anwendung nötig. Bereits publizierte Analysen zur Nutzung von Leitlinien und der Veränderung der Versorgungsqualität nach Einführung von Leitlinien werden vorgestellt.

Der Wechsel von einem dimensional in ein digitales System: Entscheidungen in der forensischen Psychiatrie und im Rahmen der Unterbringung von Patienten

Univ. –Prof. Dr. Reinhard Haller

Entscheidungen zwischen verschiedenen Paradigmen in der Psychiatrie

OA Dr. Gerhard Medicus

Das Nervensystem, seine Leistungen und Störungen sind Gegenstand unterschiedlicher Fachbereiche. In der Praxis entscheiden sich also „Neuro- Psychowissenschaftler“ je nach Fachbereich zwischen verschiedenen Denkstilen und wissenschaftstheoretischen Positionen, diese leiten die selektive Wahrnehmung bei Diagnose und Therapie und bestimmen Lehre und Forschung. Entsprechend der Jasperschen Schichtenregel gelingt zumeist der Ausschluss organischer Störungen. Die Entscheidung zwischen der Psychiatrie, die naturwissenschaftlich fundiert ist und der Psychotherapie, die teilweise geisteswissenschaftlich ausgerichtet ist, erweist sich bekanntlich oft als ein „sowohl als auch“. Darüber hinaus gilt es, sich zwischen unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen zu entscheiden, die universitär an ver-

schiedene humanwissenschaftliche Institute und Fakultäten angebunden sind. Aus wissenschaftstheoretischer und therapeutischer Sicht sind Entscheidungs- und Orientierungshilfen nützlich und notwendig, die alle humanwissenschaftlichen Bereiche im Blick haben: Einen Orientierungsrahmen bieten das bio-psycho-soziale Modell der Psychiatrie in Verbindung mit den Vier Grundfragen der Biologischen Forschung.

Der Einsatz mathematischer Modelle zur Evaluation des Einflusses von Fluglärm auf Schlafstörungen

Dr. Mathias Basner

Basner M1, Siebert U2,3

1German Aerospace Center (DLR), Institute of Aerospace Medicine, 51170 Köln, Germany

2Department of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment, UMIT, Eduard Wallnöfer-Zentrum I, 6060 Hall i.T., Austria

3Institute for Technology Assessment and Department of Radiology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

ZIEL: Die quantitative Erfassung von Schlafstrukturänderungen hervorgerufen durch die Einführung eines Nachtflugverbotes von 23 Uhr bis 5 Uhr am Frankfurter Flughafen.

METHODIK: Ein aus sechs Zuständen (Wach, S1, S2, S3, S4 und REM) bestehendes Markov Schlafmodell wurde entwickelt. Die Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den Zuständen wurden mit autoregressiven multinomial logistischen Regressionsmodellen basierend auf den Daten einer Laborstudie, in der 128 Versuchspersonen für 13 aufeinander folgende Nächte polysomnographisch untersucht wurden, berechnet. Monte Carlo Simulationen wurden zur Modellierung einer lärmfreien Basisnacht und von drei Fluglärmszenarien durchgeführt: (1) Flugverkehr am Frankfurter Flughafen am 16. August 2005, (2) wie (1), Flüge zwischen 23 Uhr und 5 Uhr wurden jedoch gestrichen und (3) wie (2), wobei Flüge, die in (1) zwischen 23 Uhr und 5 Uhr stattfanden, auf Zeiträume vor 23 Uhr und nach 5 Uhr verlegt wurden.

ERGEBNISSE: Basierend auf den Ergebnissen der Modellrechnung wird die Schlafstruktur der Flughafenanrainer von der Einführung eines Nachtflugverbots profitieren, selbst wenn alle Flüge, die vor Einführung eines Nachtflugverbotes zwischen 23 Uhr und 5 Uhr stattfanden, auf Zeiträume vor 23 Uhr und nach 5 Uhr verlegt werden. Der Profit wird jedoch wahrscheinlich gering sein, und die Zunahme des Flugverkehrs in den Tagesrandzeiten wird diesen Profit schnell aufwiegen, insbesondere für diejenigen, die gewöhnlich vor 22:30 Uhr oder nach 1 Uhr ins Bett gehen (müssen).

SCHLUSSFOLGERUNGEN: Es sollte über alternative Strategien nachgedacht werden, um sowohl einen ungestörten Schlaf der Flughafenanrainer zu garantieren als auch die rechtlichen und ökonomischen Nachteile, die mit der Einführung eines Nachtflugverbotes am Frankfurter Flughafen verbunden sind, zu minimieren. Die in dieser Arbeit entwickelten Modelle können als Werkzeug eingesetzt werden, um Flugverkehrsmuster an Verkehrsflughäfen zu optimieren und damit um den Prozess der politischen Entscheidungsfindung zu begleiten.

ABSTRACTS - VORTRÄGE

Entscheidungen und „Nichtentscheidungen“ im Rahmen der Psychiatriereform

OA Dr. Franz Altenstrasser

„Als gesetzlicher Rahmen für diese bundesweit abgestimmte Grundlagenentwicklung in der psychiatrischen - wie auch in der somatischen - Versorgungsplanung dient die Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ... War das Kernstück in der ersten Periode der 15a-Vereinbarung die Neustrukturierung der Finanzierung durch die Einführung der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF), so wurden in der zweiten Periode wesentliche neue Inhalte aufgenommen, ohne die Kostenentwicklung damit negativ zu beeinflussen“.

(Zitat aus dem Psychiatriebericht 2004, Herausgegeben durch das Ludwig Boltzmann Institut, verfasst durch Heinz Katschnig, Peter Denk und Michael Scherer)

Eigentlich könnte ich an diesem Punkt meine Ausführungen beenden, denn das grundlegende Entscheidungskriterien für die Psychiatriereform wären hiermit benannt: Kosten. Wird von Reformen im Gesundheitswesen gesprochen, werden inhaltliche Themen ökonomischen Überlegungen untergeordnet. Ich werde mich im weiteren um eine differenziertere Betrachtungsweise bemühen, was Psychiatrie und Psychiatriereform bedeuten könnten. Psychiatrie ist mehr als eine medizinisch-biologische Disziplin. „Die Psyche“ ist nicht linear kausal organisiert, nicht in Zahlen kalkulierbar und nicht durch Gesundheitsökonomien verwaltbar. Für eine umfassende und menschliche Psychiatriereform, ist ein komplexer Denkansatz unverzichtbar. Nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern der Mensch mit seinen familiären und sozialen Beziehungen muss hierbei im Zentrum stehen.

Patient-Shared Decision Making in der Psychiatrie

Dr. Johannes Hamann

Im Zuge der Forderung nach aktiver Beteiligung von Patienten am Behandlungsprozess sind paternalistische Modelle der Arzt-Patient-Beziehung zunehmender Kritik ausgesetzt. Daraus ergibt sich die Frage, wie die Patientensicht besser in den medizinischen Entscheidungsprozess einbezogen werden kann, und inwiefern ein solches Engagement der Patienten das Behandlungsergebnis verbessert. Mittlerweile liegen einige wenige empirische Untersuchungen vor, die belegen, dass von einem Großteil auch der psychiatrischen Patienten eine Entscheidungsfindung nach dem Modell des Shared Decision Making gewünscht wird. Gleichzeitig legen Studienbefunde nahe, dass diese Art der Entscheidungsfindung auch im psychiatrischen Bereich möglich ist und neben einer Verbesserung von „weichen“ Parametern (z.B. Zufriedenheit mit der Behandlung, tatsächliche Einbeziehung) auch positive Effekte auf den Langzeitverlauf der Erkrankung haben können.

Aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen vieler Patienten (u.a. Kognition) sind zur Implementierung von Shared Decision Making in der Psychiatrie differenzierte Ansätze vonnöten.

Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit Suizidalität

Prof. Dr. Hans Wedler

Die Entscheidung zum Suizid ist nach allem, was wir darüber wissen, so gut wie niemals eindeutig, sondern von tiefen Ambivalenzen geprägt. Das gilt nahezu gleichermaßen für Menschen mit gravierenden psychiatrischen Erkrankungen, Menschen in Lebenskrisen und solche, die nahe dem Lebensende eine Leidensverkürzung durch Suizid suchen.

Die Entscheidungen professioneller Helfer, erforderlich, um einen Gefährdeten vor dem Suizid zu bewahren, sind meist ebenso ambivalent – pendelnd zwischen den Extremen einer gewaltsamen, aber immer nur zeitbegrenzt möglichen kustodialen Verwahrung und der für einen fruchtbaren therapeutischen Prozess auch für notwendig erachteten freiheitlichen Selbstbestimmung des Patienten. Entscheidungsprozesse in der Suizidprävention werden zudem erschwert durch die mangelnde Sicherheit und Objektivierbarkeit in der Diagnostik von Suizidalität, die in starkem Maße von Erfahrungswissen und Gegenübertragungsdynamik geprägt ist.

Die Rückbesinnung auf ethische Wertungen sowohl des Suizids wie der Suizidprävention kann – auch wenn sie nicht geeignet ist, die Ambivalenz im Entscheidungsprozess ein für alle Male aufzulösen – dem professionellen Helfer einen subjektiv vertretbaren Standpunkt vermitteln und damit dazu beitragen, die Konsistenz eigener Entscheidungen vorzubereiten.

Entscheidung und Selbsthilfe

Annelore Triendl

Körperlich, seelisch, geistig und mitmenschlich ausgebrannt, verzweifelt und hilflos, bedrückt und gebeugt, entscheiden sich Betroffene professionelle Hilfe (Fremdhilfe), mit dem persönlichen Anliegen – „Hilf mir, mir selbst zu helfen“ - zu suchen.

Die Komplexität der aktuellen Situation ist für die Betroffenen nicht mehr realisierbar und durchschaubar, ihre Gefühle gehen bis todtraurig. Keine ihrer Ideen scheint die momentane Notlage lösen zu können.

Am Beginn der Krankheit, das heißt im akuten Stadium, wird der Hilfe von außen (Fremdhilfe) sehr viel Vertrauen geschenkt. Die Rückfälle jedoch bewegen Betroffene, sich an ihre Fähigkeiten zu erinnern, wahrzunehmen, dass in ihnen alles grundgelegt ist, was sie zum Leben brauchen; sie suchen somit weitere wesentliche Elemente zur Unterstützung des Heilungsprozesses.

Solche Hilfsstrategien beinhaltet, „Hilf mir, mir selbst zu helfen“ – durch Informationen und Impulse über biopsychosoziale Zusammenhänge, über die Geistige-, Spirituelle- und dem Willenspotential des Menschen; durch Selbsthilfetrainingsmethoden.

ABSTRACTS - WORKSHOPS

Historischer Überblick: Entscheidungen in der Psychiatrie im Spiegel historischer Quellen aus dem PKH Hall

Mag. Oliver Seifert

Die Geschichte der psychiatrischen Versorgung kann auch als eine Geschichte von vollzogenen, verzögerten oder nicht getroffenen Entscheidungen erzählt werden, deren Auswirkungen auf das „Anstaltssystem“ oft lange spürbar blieben. Diese Geschichte soll mit Blick auf die bauliche und konzeptionelle Entwicklung des heutigen „Psychiatrischen Krankenhauses Hall“ (PKH) im Rahmen eines Rundganges durch das Gelände (je nach Wetterlage per pedes oder an Hand von Fotos) beispielhaft nachgezeichnet werden. Schon die wechselnden Bezeichnungen „k.k. Provinzial-Irren(heil)anstalt“, „Landesheil-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke“ oder „Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranken“ lassen die sich verändernden politischen Rahmenbedingungen, aber auch die sich im historischen Kontext wandelnden medizinischen Konzepte erkennen. Diese Veränderungen waren stets in langwierige, vielschichtige Entscheidungsprozesse eingebettet.

Bei den Auseinandersetzungen um die „richtige“ Entscheidung in Bezug auf die zukünftige Ausrichtung der Anstalt kamen damals, wie wohl auch heute, medizinische (Ideal)-Vorstellungen in Konflikt mit politisch-administrativen Vorstellungen von Machbar- und Leistbarkeit.

Entscheidungen in der medizinischen Forschung

Univ. –Prof. Dipl.-Ing. Dr. Bernhard Tilg

Entscheidungsfindung und Leitlinienerstellung in der Psychiatrie

Dr. Andrea Pfennig

Univ. Prof. Dr. Uwe Siebert, M.P.H., M.Sc.

Psychiatrische Erkrankungen zeichnen sich durch ihre Komplexität aus, welche die Entscheidungsfindung für diagnostische und therapeutische Ansätze oft nicht leicht macht. Methodisch hochwertig entwickelte Leitlinien sollen hier eine Hilfe bieten. Im Workshop werden Anforderungen an Leitlinien und methodische Aspekte der Entwicklung anhand des Stufenmodells der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) diskutiert. Am Beispiel der derzeit in der Entwicklung befindlichen S3-Leitlinie für die Diagnose und Therapie bipolarer Störungen werden psychiatrie-spezifische Aspekte der Leitlinienentwicklung und –anwendung erörtert.

Grundlagen von Entscheidungen am Beispiel der Drogenpolitik

OA Dr. Ekkehard Madlung

Als Grundlage staatlicher Drogenpolitik gelten heute die 4 Säulen Prävention, Repression, Therapie und Überlebenshilfe. Über die Notwendigkeit aller 4 Säulen herrscht weitgehend Konsens. Kontroversiell sind lediglich die Auffassungen darüber, mit welchem Stellenwert (welcher Dosierung) diese 4 Säulen ausgestattet werden, welche Akzentuierungen vorgenommen werden. Die Praxis zeigt, Prävention, Repression, Therapie und Überlebenshilfe beeinflussen sich gegenseitig. Eine Dosiserhöhung in einem Bereich, hat Auswirkungen auf die anderen. So ist z.B. aus suchtmmedizinischer Sicht anzumerken, dass zahlreiche Erkrankungen/Störungen/Probleme von DrogenkonsumentInnen nicht auf die Drogenwirkung selbst zurückzuführen sind, sondern als Folge der prohibitiven (repressiven) Maßnahmen gesehen werden müssen (als Folge des Lebens am Rande der Illegalität). Und umgekehrt, erschweren Maßnahmen zur harm reduction die repressive Arbeit. Allgemein formuliert würde das heißen, Aufgabe der Drogenpolitik ist es, die Auswirkungen der Drogenpolitik zu mildern!? Es stellt sich also die Frage, in wie weit diese 4 Säulen tatsächlich als sinnvolle, sich ergänzende Notwendigkeiten gesehen werden können, oder ob es nicht viel mehr so ist, dass deren Intentionen sich gegenseitig widersprechen? Und wie können dann miteinander unvereinbare Maßnahmen eine gemeinsame Grundlage für eine kohärente Drogenpolitik sein? Gibt es überhaupt Konsens darüber, was Drogenpolitik bewirken soll?

Egal welche Entscheidungen in der Drogenpolitik getroffen werden, Widerspruch und Widerstand ist vorprogrammiert.

Entscheidungsprozesse im Kontext stationärer Entwöhnungsbehandlungen unter Berücksichtigung psychiatrischer, somatischer und sozialer Begleitphänomene

OA Dr. Manfred Müller, M.Sc.

Entscheidungen im Kontext stationärer Entwöhnungen sind vielfältig und immanenter Bestandteil dieser Form der Suchttherapie.

Vor, während und nach der Entwöhnungsbehandlung müssen unzählige Entscheidungen getroffen werden und zwar sowohl vom Betroffenen, von dessen Bezugspersonen, den Zuweisern, anderen Systempartnern, den Behandlern in der Therapieeinrichtung sowie auch von jenen Personen, welche diese nach absolvierter Entwöhnung weiter betreuen.

Was sind die Vorbedingungen für Entscheidungen? Entscheidungen setzen zumindest zwei oder mehrere mögliche Alternativen voraus, ebenso wie eine gewisse Handlungsfreiheit, sich für oder gegen etwas entscheiden zu können. Entscheidungen sind aktive Prozesse, die meist im Gegensatz zum passiv süchtigen Verhalten stehen.

Im Vorfeld sollte der Betroffene selbst die Entscheidung treffen, ob er seine Abhängigkeit als Problem zu definieren bereit ist und ob er dieses einer Lösung zuführen und sein Leben neu organisieren möchte. Wenn er sich dazu entscheidet, ist noch die Form der Hilfestellung zu definieren.

ABSTRACTS - WORKSHOPS

Die Konsequenzen von Entscheidungen sind in den wenigsten Fällen vorhersehbar. Ob die Entscheidung richtig oder falsch war, das zeigt sich oft erst nach einiger Zeit. Wenn ein süchtiger Mensch die Entscheidung trifft, so weiter zu machen wie bisher, kann dies dazu führen, dass andere Menschen vielleicht schon bald Entscheidungen von großer Tragweite treffen müssen, die ihn persönlich berühren.

Auch keine Entscheidung zu treffen, hat Konsequenzen. Wer nicht entscheidet, über den wird entschieden. Möglicherweise trifft der Partner oder die Partnerin die Entscheidung, sich zu trennen, da ein Zusammenleben in der gewohnten Form nicht mehr vorstellbar ist oder ein Arbeitgeber entscheidet sich zur Kündigung.

In anderen Fällen kommt es zu Wegweisungen durch die Behörde, Entzug der Fahrerlaubnis oder zu Zwangseinweisungen in die Psychiatrie, wo die Entscheidung des Betroffenen, in die eine oder andere Richtung, sehr spät oder vielleicht auch zu spät kommt und keinen Einfluss mehr auf das weitere Procedere hat.

Sich endgültig für den abstinenter Weg zu entscheiden, ist für die meisten Abhängigen zunächst schwer vorstellbar. Die eigene Lebensgeschichte, körperliche, seelische und soziale Folgen der Sucht, sowie die Erfahrungen anderer, können jedoch die Intention, abstinenter leben zu wollen, einleiten. Diese Entscheidung gilt es schon während der stationären Therapie und auch danach, täglich neu zu leben und nachhaltig abzusichern.

Im Rahmen des Symposiums sollen Prozesse und Interaktionen im Zusammenhang mit Entscheidungen im Kontext von stationären Entwöhnungsbehandlungen thematisiert werden.

Wie Patienten entscheiden? Compliance – Adherence

Univ. – Prof. Dr. Martina Hummer

Gesellschaftsabend

Galadinner im Culinarium anschließend die Gruppe „The Dusa Orchestra“ in der Wäscherei P – Gelände PKH

Inmitten des weitläufigen Areals, zwischen psychiatrischer Klinik und Universität, ist in den Räumen einer stillgelegten Klinik-Wäscherei das Basislager einer der „innovativsten Kulturinitiativen Westösterreichs“ entstanden (& ein unverkennbarer Kultur-Raum mit Atmosphäre). Das Label „Wäscherei P“ steht seit 7 Jahren für trans-kulturelle Vielfalt...

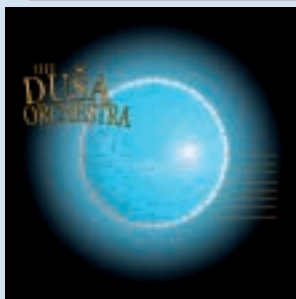
www.waescherei-p.at

... und am Samstag trifft der Kongress auf die Seele des Orchesters

THE DUSA ORCHESTRA (CH/Ser)

Live-Auftritte des DUSA ORCHESTRA (Anm.: Dusa=Seele, aus dem Serbischen) sind rare Gelegenheiten, die es zu ergreifen gilt! Mit teils furioser, dann wieder sentimental artikulierter Tonalität setzt das kongeniale Quartett um den Akkordeon-Virtuosen Goran Kovacevic persönliche Akzente und wandert „berauschend“ durch verschiedene Stilrichtungen und über musi-k-ulturelle Landkarten.

„Virtuos, einzigartig, atemberaubend!“



WENN DIE SEELE HILFE BRAUCHT



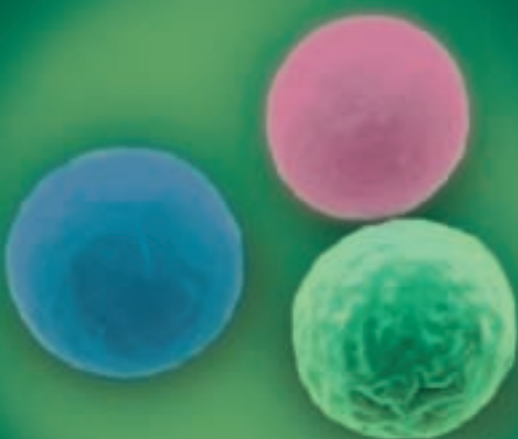
Im Rahmen der therapeutischen Arbeit, legt der PSP großen Wert auf die Entwicklung und Förderung der Kreativität seiner KlientInnen. Jedes Jahr werden ausgewählte Exponate der Öffentlichkeit vorgestellt, heuer im Rahmen der Tagung „Entscheidungen in der Psychiatrie“. Die Werke können während der gesamten Tagung besichtigt werden. Wir würden uns jedoch besonders freuen, Ihnen die Ergebnisse der kreativ-therapeutischen Arbeit am Samstag um 17.30 Uhr in der Aula der UMIT persönlich präsentieren zu dürfen.



RECHTZEITIG!

Risperdal Consta™

zur Rückfallprophylaxe¹ Ihrer Schizophreniepatienten



IND^{*}
kassenfrei
**green
box.**

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

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

FACHKURZINFORMATION: Bezeichnung des Arzneimittels: Risperdal Consta 12,5 mg, Risperdal Consta 25 mg, Risperdal Consta 37,5 mg und Risperdal Consta 50 mg - Depotpulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionssuspension. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche¹ enthält 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg oder 50 mg Risperidon. 1 ml hergestellte Suspension enthält 6,25 mg, 12,5 mg, 18,75 mg oder 25 mg Risperidon. Risperdal Consta ist eine Mikrosphären-Formulierung zur verlängerten Freisetzung von Risperidon aus einer Matrix, bestehend aus einem Milchsäure-Glykolsäure-Kopolymer, mit einer Konzentration von 381 mg Risperidon/g Mikrosphären. **Anwendungsgebiete:** Risperdal Consta dient der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen und schizoaffectiven Formenkreis, wie Erstmanifestationen, akute Exazerbationen und chronische Schizophrenie sowie anderer psychotischer Zustandsbilder, bei denen positive Symptome (wie Halluzinationen, Wahn und Wahnideen, Denkstörungen, Feindseligkeit, Misstrauen) und/oder negative Symptome (wie Affektverarmung, emotionale und soziale Isolation, Sprachverarmung, Depression, Schuld- und Angstgefühle) vorherrschend sind. Langzeittherapie als Rückfallprophylaxe (akute Exazerbationen) bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft und Stillzeit: Über die Anwendung von Risperidon in der Schwangerschaft liegen keine Erfahrungen vor. Daher sollten während der Schwangerschaft die Vorteile einer Behandlung gegen die Risiken sorgfältig abgewogen werden. Stillzeit: Es wurde gezeigt, dass Risperidon und 9-Hydroxy-Risperidon auch in die menschliche Muttermilch ausgeschieden werden. Daher sollte während der Anwendung von Risperidon nicht gestillt werden. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Neuroleptika; ATC Code: N05AX08. **Sonstige Bestandteile:** Risperdal Consta Depot-Pulver: Milchsäure-Glykolsäure-Kopolymer (75:25), Lösungsmittel: Polysorbat 20, Carmellose-Natrium, Natriummonohydrogenphosphat Dihydrat, wasserfreie Zitronensäure, Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. Besondere Lagerungshinweise: Das Behältnis im Umkarton aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Im Kühlschrank lagern. Ist eine Kühlung unmöglich, so kann Risperdal Consta bei Temperaturen bis zu 25°C nicht länger als 7 Tage vor der Verabreichung aufbewahrt werden. Das ungekühlte Produkt darf keinen Temperaturen über 25°C ausgesetzt werden. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp., apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen (sowie Hinweisen betreffend Gewöhnungseffekte) entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Last Update: August 2007





Ciprallex®

Stark. Schnell. Verträglich.

Bei Depression & Angst.



Weltweit Nr.1⁴

Meistverordnetes
Antidepressivum



Grüne Box

Kassenfreie
Verordnung



**Innenwelt &
Depression.at**

Information für
Ihre PatientInnen



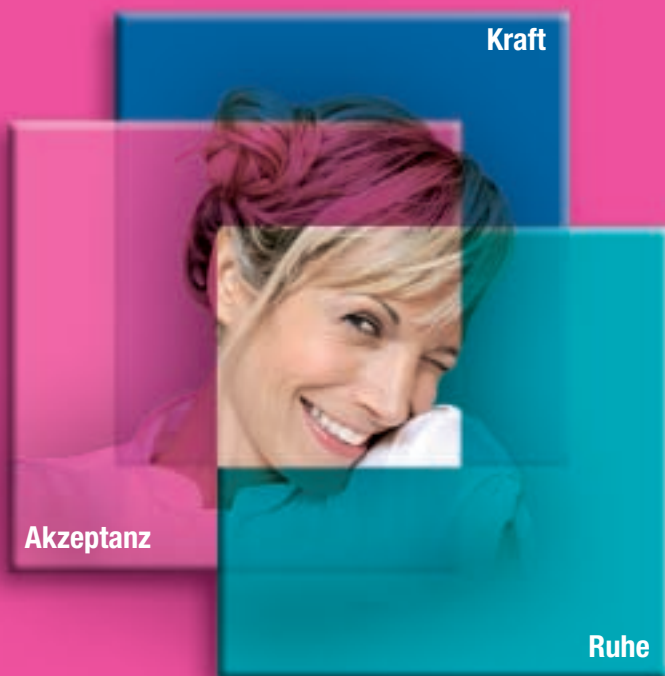
Ciprallex®
escitalopram

Stark¹ Schnell² Verträglich³

Ciprallex.at

^{1,2,3} Moore et al, Int Clin Psychopharmacol 2005; Klein et al, Psychopharmacology 2007; Lepola et al, Int Clin Psychopharmacol 2004; Montgomery J.A. et al; Neuropsychobiology 2004; Bielski R.J. et al, J Clin Psychiatry 2004; Khan A. et al, Clin Drug Invest 2007; Wade A. et al, Curr Med Res Opin 23(7) 2007; Baldwin et al, Brit J Psychiatry 2006; Lader et al, Depress Anxiety 2004; Stein et al, Curr Medical Research and Opinion 2007;

⁴ Quelle IMS auf Basis Therapietage



aller guten Dinge sind drei

multidimensionale Wirkung für multidimensionale Erkrankungen

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

 **Seroquel®**
quetiapine



Dualer Erfolg gegen Depression.

Verschreibbarkeit: Gelbe Box RE1
Wenn mit Therapiealternativen aus
dem grünen Bereich nachweislich
nicht das Auslangen erreicht wird.



Cymbalta®
Duloxetine HCl

Weil Depression schmerzt.

Kurzfachinformation

CYMBALTA 30 (60) mg magensaftresistente Hartkapseln

2. Qualitative und quantitative Zusammensetzung

Der arzneilich wirksame Bestandteil in CYMBALTA ist Duloxetin. Jede Hartkapsel enthält 30 (60) mg Duloxetin als Duloxetinhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Saccharose (Saccharose). Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. 4.1 **Anwendungsgebiete** Zur Behandlung von depressiven Episoden. Zur Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie bei Erwachsenen. 4.3 **Gegenanzeigen** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung von CYMBALTA mit nichtselektiven, irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.5). Lebererkrankung, die zu einer Leberfunktions Einschränkung führt (siehe Abschnitt 5.2). CYMBALTA darf nicht in Kombination mit Fluvoxamin, Ciprofloxacin oder Enoxacin (d.h. starken CYP1A2-Inhibitoren) angewendet werden, da die Kombination zu einem erhöhten Plasmaspiegel von Duloxetin führt (siehe Abschnitt 4.5). Schwere Nierenfunktions Einschränkung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min), (siehe Abschnitt 4.4). Der Beginn einer Behandlung mit CYMBALTA ist bei Patienten mit unkontrolliertem Bluthochdruck, der die Patienten der möglichen Gefahr einer hypertensiven Krise aussetzen könnte, kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8). Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antidepressiva ATC-Code: N06AX21 6.1 **Liste der sonstigen Bestandteile** Kapselinhalt: Hypromellose, Hypromelloseacetatsuccinat, Saccharose, Zucker-Stärke-Pellets, Talkum, Titandioxid (E 171), Triethylcitrat Kapselhülle: 30 mg: Gelatine, Natriumdodecylsulfat, Titandioxid (E 171), Indigocarmin (E 132) Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), essbare Bedruckungstinte weiß. Essbare Bedruckungstinte grün enthält: synthetisches Eisen(II,III)-oxid (E 172), synthetisches Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Propylenglycol, Schellack. Essbare Bedruckungstinte weiß enthält: Titandioxid (E 171), Propylenglycol, Schellack, Povidon. Farbe Kapseloberteil: 30 (60) mg: undurchsichtig blau (blau) Farbe Kapselunterteil: 30 (60) mg: undurchsichtig weiß (grün) 7. **INHABER DER ZULASSUNG** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

AT 04-07174/ November 2007





SCHIZOPHRENIE

Ich habe niemanden hereingelassen.

**Mit ZYPREXA® kann
ich wieder leben.**

Zyprexa® hilft Ihnen, Ihre Patienten rasch und zuverlässig
zu behandeln und ihre sozialen Interaktionen zu verbessern.^{1,2,3}

- 10 Jahre Erfahrung
- 22 Mio. Patienten

Lilly

ZYPREXA®
Olanzapin
PERSPEKTIVEN FÜR DAS LEBEN

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

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

1. Safont G et al. *ECNP*, Prague, 2003. 2. Haro JM et al. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2006;doi:10.1016. 3. Kinon BJ et al. *J Clin Psychopharmacol*, 2006;26(5):453-461.

AXURA
TÄGLICH

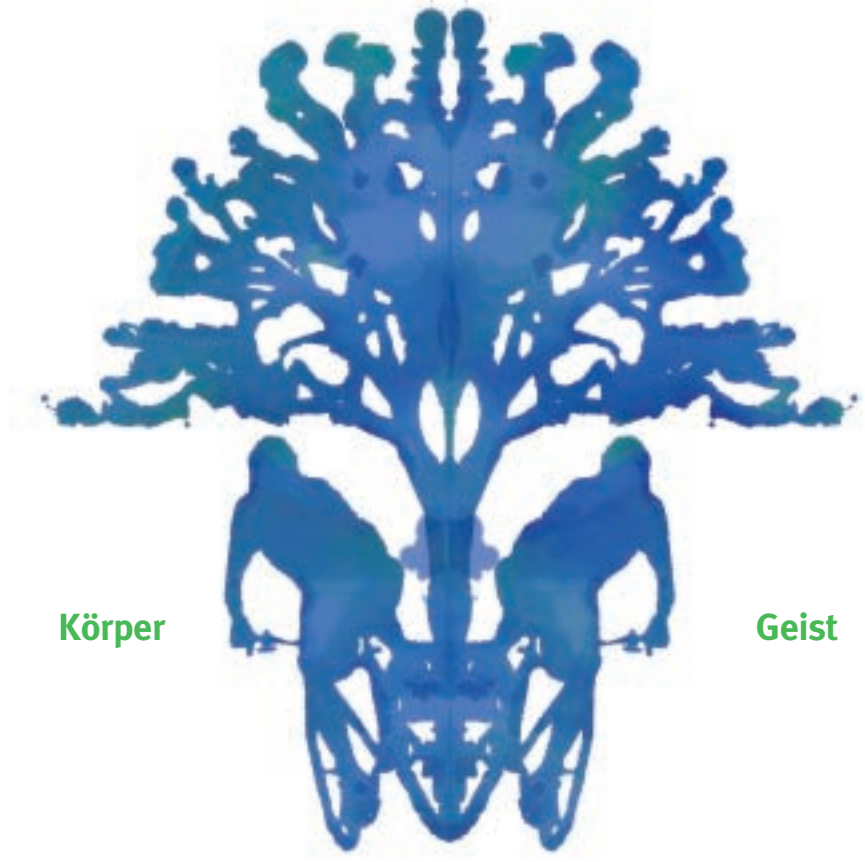
AXURA®. Länger ich.
Länger miteinander.

NEU AXURA® 20 mg 1 x tgl.

AXURA®. Länger ich.


AXURA®
Memantine

Langfristig für



Körper

Geist

ZELDOX®
(Ziprasidon)

The mind and body antipsychotic

- Antipsychotisch hochwirksam in der Akut- und langfristigen Therapie^{1,2}
- Hervorragendes metabolisches Profil* – gewichtsneutral^{3,4}

Wichtig für die Wirkung: Mit den Mahlzeiten einnehmen.
Zieldosis 120-160 mg/Tag.^{5**}

1. Simpson GM, Glick ID, Weiden PJ, et al. Randomized, controlled, double-blind multicenter comparison of the efficacy and tolerability of ziprasidone and olanzapine in acutely ill inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Am J Psychiatry. 2004 Oct;161(10):1377-87.
2. Sacchetti E, Galluzzo A, Valicchi P, et al. Comparative efficacy and safety of ziprasidone and clozapine in treatment-refractory schizophrenia: results of a randomized, double-blind, 18-week trial. Presented at the 159th American Psychiatric Association Annual Meeting, 2006 May 20-25; Toronto, Canada. 3. Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. Am J Psychiatry. 1999;156(11):1686-96. 4. Lieberman JA, Stroup ST, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 2005 Sept;353(12):1209-23. 5. Shayegan DK, Stahl SM. Atypical antipsychotics: matching receptor profile to individual patient's clinical profile. CNS Spectr. 2004 Oct;9:6-14.

*Weight, cholesterol, glycosylated haemoglobin and triglycerides ** Siehe Fachinformation. Optimaler Dosissbereich. Der vollständige Dosissbereich beträgt 40-160mg/Tag.

In der
Depressionsbehandlung
gibt es viele Wege ...



... und einen
besonders erfolgreichen!

Efectin® – der bewährte Weg aus der Depression:

- ◆ Weltweit die Nr. 1 von allen Antidepressiva¹
- ◆ Mehr als 12 Jahre Erfahrung
- ◆ Über 20 Millionen Patienten²
- ◆ Erfolgreich in der Langzeitbehandlung³

Weil Linderung allein zu wenig ist.

Efectin® ➤



Efectin® ER ➤



⁴

Wyeth

www.wyeth.at

www.nein-zur-depression.at

1) IMS Midas, YTD 6/06. 2) IMS Midas, YTD 6/07. 3) Keller M. et al. PREVENT Study: Outcomes from the 2-Year and Combined Maintenance Phases. J Clin Psychiatry 2007; 68:1246-1256.

4) Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. 5) Laut Fachinformation.

EFFECTIN®
simply effective⁵

**NEUE Indikation in
Bipolar-I-Störung!**



ABILIFY® ist für die Behandlung von Schizophrenie und mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Patienten angezeigt, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprechen¹.

FACHINFORMATION

ABILIFY 5 mg Tabletten
ABILIFY 10 mg Tabletten
ABILIFY 15 mg Tabletten
ABILIFY 30 mg Tabletten
ABILIFY 10 mg Schmelztabletten
ABILIFY 15 mg Schmelztabletten

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika, ATC-Code: N05AX12

QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Jede Tablette enthält 5 mg/10 mg/15 mg/30 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil: 67 mg/62,18 mg/57 mg/186,54 mg Lactose je Tablette. Jede Schmelztablette enthält 10 mg/15 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil: 2 mg/3 mg Aspartam (E951) je Schmelztablette.

Sonstige Bestandteile: Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat 5 mg Tabletten.

Referenz:

1. Fachinformation Abilify®.

Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132)/10 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid (E172)/15 mg Tabletten: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172)/30 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid (E172). **Schmelztabletten:** Calciumtrimetasilicat, Croscarmellose-Natrium, Crospovidon, Siliciumdioxid, Xylitol, Mikrokristalline Cellulose, Aspartam (E951), Acesulfam Kalium, Vanille-Aroma künstlich (enthält Vanillin und Ethylvanillin), Weinsäure, Magnesiumstearat 10 mg Schmelztabletten: Eisen(III)-oxid (E172), 15 mg Schmelztabletten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172)

ANWENDUNGSGEBIETE

ABILIFY ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. ABILIFY ist für die Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Patienten angezeigt, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprechen (siehe Fachinformation Abschnitt Pharmakodynamische Eigenschaften).

GEGENANZEIGEN

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile.

PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER

Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.
Hunton House Highbridge Business Park, Oxford Road
Uxbridge – Middlesex UB8 3HU – Vereinigtes Königreich

Kontakt in Österreich: BRISTOL-MYERS SQUIBB GesmbH, Wien, Tel. +43 1 601 43 0

VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT

NR, apothekenpflichtig.

Stand: März 2008

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

Supporting relationships, improving lives

Ciprallex® 5 mg/10 mg – Filmtabletten

ATC-Code: N 06 AB; **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 5 mg bzw. 10 mg Escitalopram (als Oxalat); **Hilfsstoffe:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses was-serfreies Siliciumdioxid, Talk, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat; Tablettenhülle: Hypromellose, Macrogol 400, Titandioxid (E-171); **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Episoden einer Major Depression. Behandlung von Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie. Behandlung von sozialer Angststörung (Sozialphobie). Behandlung von generalisierter Angststörung. Behandlung von Zwangsstörung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Escitalopram oder einen der anderen Be-standteile. Gleichzeitige Behandlung mit nicht selektiven, irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern); **Zulassungsinhaber und Hersteller:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kopenhagen – Valby, Dänemark; Vertrieb: Lundbeck Austria GmbH, Dresdner Straße 82, 1200 Wien; Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit an-deren Mitteln, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Seroquel 25 mg - Filmtabletten, Seroquel 100 mg - Filmtabletten Seroquel 150 mg - Filmtabletten, Seroquel 200 mg - Filmtabletten Seroquel 300 mg - Filmtabletten, Seroquel 3-Tage Startpackung Seroquel 4-Tage Startpackung

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika

QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Seroquel 25 mg enthält 25 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat)

Seroquel 100 mg enthält 100 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat)

Seroquel 150 mg enthält 150 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat)

Seroquel 200 mg enthält 200 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat)

Seroquel 300 mg enthält 300 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat)

Die Seroquel 3-Tage Startpackung enthält 6 Seroquel 25 mg - Filmtabletten und 2 Seroquel 100 mg - Filmtabletten. Die Seroquel 4-Tage Startpackung enthält 6 Seroquel 25 mg - Filmtabletten, 3 Seroquel 100 mg - Filmtabletten und 1 Seroquel 200 mg - Filmtablette. Liste der sonstigen Bestandteile, Kern: Povidon, Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium Typ A, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat. Überzug: Hypromellose, Macrogol 400, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172) (25 mg-, 100 mg- und 150 mg - Filmtabletten), Eisenoxid rot (E172) (25 mg - Filmtabletten). **ANWENDUNGSGEBIETE:** Behandlung der Schizophrenie. Behandlung der mittelgradigen bis schweren manischen Episode. Es wurde nicht nachgewiesen, dass Seroquel das Wiederauftreten von manischen oder depressiven Episoden verhindert. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Gabe von Cytochrom P450 3A4 - Inhibitoren wie HIV-Proteasehemmern, Antimykotika vom Azoltyp, Erythromycin, Clarithromycin und Nefazodon ist kontraindiziert. **INHABER DER ZULASSUNG:** AstraZeneca Österreich GmbH, Schwarzenbergplatz 7, A-1037 Wien. E-mail: info.at@astrazeneca.com. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.

Informationen zu den Abschnitten „Nebenwirkungen“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ sind der veröffentlichten Fachinformation (z.B. Austria Codex) zu entnehmen.

CYMBALTA 30 (60) mg magensaftresistente Hartkapseln

2. Qualitative und quantitative Zusammensetzung Der arzneilich wirksame Bestandteil in CYMBALTA ist Duloxetine. Jede Hartkapsel enthält 30 (60) mg Duloxetine als Duloxetinhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Sucrose (Saccharose). Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete** Zur Behandlung von depressiven Episoden. Zur Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie bei Erwachsenen.

Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antidepressiva ATC-Code: N06AX21. **4.3 Gegenanzeigen** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung von CYMBALTA mit nichtselektiven, irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.5). Lebererkrankung, die zu einer Leberfunktionseinschränkung führt (siehe Abschnitt 5.2). CYMBALTA darf nicht in Kombination mit Fluvoxamin, Ciprofloxacin oder Enoxacin (d.h. starken CYP1A2-Inhibitoren) angewendet werden, da die Kombination zu einem erhöhten Plasmaspiegel von Duloxetine führt (siehe Abschnitt 4.5). Schwere Nierenfunktionseinschränkung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) (siehe Abschnitt 4.4). Der Beginn einer Behandlung mit CYMBALTA ist bei Patienten mit unkontrolliertem Bluthochdruck, der die Patienten der möglichen Gefahr einer hypertensiven Krise aussetzen könnte, kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.4 und 4.8). **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile** Kapselinhalt: Hypromellose, Hypromelloseacetatsuccinat, Sucrose, Zucker-Stärke-Pellets, Talkum, Titandioxid (E 171), Triethylcitrat. Kapselhülle: 30 mg: Gelatine, Natriumdodecylsulfat, Titandioxid (E 171), Indigocarmin (E 132), essbare Bedruckungstinte grün. 60 mg: Gelatine, Natriumdodecylsulfat, Titandioxid (E 171), Indigocarmin (E 132), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), essbare Bedruckungstinte weiß. Essbare Bedruckungstinte grün enthält: synthetisches Eisen(II,III)-oxid (E 172), synthetisches Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Propylenglycol, Schellack. Essbare Bedruckungstinte weiß enthält: Titandioxid (E 171), Propylenglycol, Schellack, Povidon. Farbe Kapseloberseite: 30 (60) mg: undurchsichtig blau (blau). Farbe Kapselunterseite: 30 (60) mg: undurchsichtig weiß (grün). **7. Inhaber der Zulassung** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. **Rezept- und apothekenpflichtig.** Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

Zeldox 10 mg/ml Suspension zum Einnehmen

Zusammensetzung: 1 ml enthält Ziprasidon Hydrochloridmonohydrat entsprechend 10 mg Ziprasidon.

Sonstige Bestandteile: 1 ml enthält 1,36 mg Methylparahydroxybenzoat und 0,17 Propylparahydroxybenzoat. **Hilfsstoffe:** Gereinigtes Wasser, Xylitol (E 967), Natriumchlorid, hochdisperses Siliciumdioxid, Kirschcharoma, Xanthangummi (E 415), Methylparahydroxybenzoat (E 218), Natriumcitrat (E 331), Citronensäure wasserfrei (E 330), Polysorbat 80 (E 433), Propylparahydroxybenzoat (E 216). **Anwendungsgebiete:** Ziprasidon ist indiziert zur Behandlung von Schizophrenie. Ziprasidon ist indiziert zur Behandlung von manischen oder gemischten Episoden mittleren Schweregrades im Rahmen von bipolaren Störungen (die Prävention von Episoden bipolarer Störungen wurde nicht nachgewiesen – siehe Abschnitt 5.1). Der verschreibende Arzt muss die Möglichkeit einer QT-Verlängerung unter Ziprasidon in Betracht ziehen (siehe Abschnitt 4.3 und 4.4). **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Ziprasidon oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannte QT-Intervall-Verlängerung. Angeborenes QT-Syndrom. Kürzlich vorangegangener akuter Myokardinfarkt. Dekompensierte Herzinsuffizienz. Herzrhythmusstörungen, die mit Antiarrhythmika der Klassen IA oder III behandelt werden. Gleichzeitige Behandlung mit Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern, wie Antiarrhythmika der Klasse IA und III, Arsentrioxid, Halofantrin, Levomethadylacetat, Mesoridazin, Thioridazin, Pimozid, Sparfloxazin, Gatifloxazin, Moxifloxazin, Dolasetronmesylat, Mefloquin, Sertindol oder Cisaprid. (Siehe Abschnitt 4.4 und 4.5). **Zulassungsinhaber:** Pfizer Corporation Austria

Ges.m.b.H., Wien. Abgabe: NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Juni 2007. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung entnehmen Sie bitte der Austria-Codex-Fachinformation.**

ZELDOX® 20 mg/40 mg/60 mg/80 mg – Hartkapseln

Zusammensetzung: Jede Hartkapsel enthält 20 mg / 40 mg / 60 mg / 80 mg Ziprasidon (als Hydrochloridmonohydrat). **Hilfsstoffe:** Inhalt: Lactose-Monohydrat, prägelatinierte Maisstärke, Magnesiumstearat. Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E171), Natriumlaurylsulfat (Natriumdodecylsulfat), Indigotin (E132) – außer 60 mg-Kapseln. Drucktinte: Schellack, wasserfreier Ethylalkohol, Isopropylalkohol, n-Butylalkohol, Propylenglykol, gereinigtes Wasser, Ammoniumhydroxid, Kaliumhydroxid, Eisenoxid schwarz (E172). **Anwendungsgebiete:** Ziprasidon ist indiziert zur Behandlung von Schizophrenie. Ziprasidon ist indiziert zur Behandlung von manischen oder gemischten Episoden mittleren Schweregrades im Rahmen von bipolaren Störungen (die Prävention von Episoden bipolarer Störungen wurde nicht nachgewiesen – siehe Abschnitt 5.1). Der verschreibende Arzt muss die Möglichkeit einer QT-Verlängerung unter Ziprasidon in Betracht ziehen (siehe Abschnitt 4.3 und 4.4). **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Ziprasidon oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannte QTIntervall-Verlängerung. Angeborenes QT-Syndrom. Kürzlich vorangegangener akuter Myokardinfarkt. Dekompensierte Herzinsuffizienz. Herzrhythmusstörungen, die mit Antiarrhythmika der Klassen IA oder III behandelt werden. Gleichzeitige Behandlung mit Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern, wie Antiarrhythmika der Klasse IA und III, Arsentrioxid, Halofantrin, Levomethadylacetat, Mesoridazin, Thioridazin, Pimozid, Sparfloxazin, Gatifloxazin, Moxifloxazin, Dolasetronmesylat, Mefloquin, Sertindol oder Cisaprid. (Siehe Abschnitt 4.4 und 4.5). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antipsychotikum, Indolderivate; ATC-Code N05A E04. **Name des pharmazeutischen Unternehmers:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** Juni 2007. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen.**

EFECTIN® 50 mg – Tabletten

Z.Nr.: 1-20626. **Pharmakologische Klasse:** Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI), Antidepressivum, Anxiolytikum, ATC-Code: N06AX16. **Zusammensetzung:** (Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge) 1 Tablette enthält 56,56 mg Venlafaxin Hydrochlorid entsprechend 50,0 mg Venlafaxin. **Hilfsstoffe:** Laktose 36,6 mg; Magnesiumstearat; Natriumstärkeglykolat; Cellulose, Eisenoxid gelb und Eisenoxid braun als Farbstoffe. **Anwendungsgebiete:** Depressionen verschiedenen Schweregrades, einschließlich depressiver Verstimmungen mit begleitender Angstsymptomatik und Depressionen im höheren Lebensalter (Altersdepression), Erhaltungstherapie zur Verhinderung eines Rückfalls, sowie Dauerbehandlung zur Verhinderung des Wiederauftretens neuer depressiver Erkrankungen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Präparates, insbesondere Laktose-Intoleranz, gleichzeitige Einnahme eines MAO-Hemmers (siehe „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“), schwere Hypertonie, engwinkliger grüner Star, Miktionsstörungen infolge Abflussbehinderungen (z.B. Prostataleiden), schwere Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezeptpflichtig, wiederholte Abgabe verboten, apothekenpflichtig. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Wyeth-Lederle Pharma GmbH, A-1150 Wien, Storchengasse 1. Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.
AUT-EFX131-0106

EFFECTIN® ER 75 mg und 150 mg – Kapseln

Z.Nr.: 1-23042 und 1-23043. **Pharmakologische Klasse:** Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI), Antidepressivum, Anxiolytikum, ATC-Code: N06AX16. **Zusammensetzung:** (Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge) 1 Kapsel enthält 84,85 mg bzw. 169,70 mg Venlafaxin Hydrochlorid entsprechend 75 mg bzw. 150 mg Venlafaxin. **Hilfsstoffe:** Zellulose, Hydroxypropylmethylzellulose, Ethylzellulose, E171, E172 (gelbes und rotes Eisenoxid), Gelatine, Tinte zur Beschriftung der Kapseln. **Anwendungsgebiete:** Depressionen verschiedenen Schweregrades, einschließlich depressiver Verstimmungen mit begleitender Angstsymptomatik und Depressionen im höheren Lebensalter (Altersdepression), Erhaltungstherapie zur Verhinderung eines Rückfalls, sowie Dauerbehandlung zur Verhinderung des Wiederauftretens neuer depressiver Erkrankungen, Generalisierte Angststörung, Sozialphobie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Präparates, gleichzeitige Einnahme eines MAO-Hemmers (siehe „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“), schwere Hypertonie, engwinkliger grüner Star, Miktionsstörungen infolge Abflussbehinderungen (z.B. Prostataleiden), schwere Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezeptpflichtig, wiederholte Abgabe verboten, apothekenpflichtig. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Wyeth-Lederle Pharma GmbH, A-1150 Wien, Storchengasse 1. Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. AUT-EFX132-0106

ABILIFY 5 mg Tabletten, ABILIFY 10 mg Tabletten, ABILIFY 15 mg Tabletten ABILIFY 30 mg Tabletten, ABILIFY 10 mg Schmelztabletten ABILIFY 15 mg Schmelztabletten

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika, ATC-Code: N05AX12

QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Jede Tablette enthält 5 mg / 10 mg / 15 mg / 30 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil: 67 mg / 62,18 mg / 57 mg / 186,54 mg Lactose je Tablette. Jede Schmelztablette enthält 10 mg / 15 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil: 2 mg / 3 mg Aspartam (E951) je Schmelztablette. Sonstige Bestandteile: Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat, 5mg Tabletten: Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132) / 10 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172 / 15 mg Tabletten: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) / 30 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172. Schmelztabletten: Calciumtrimetasilicat, Croscarmellose-Natrium, Crospovidon, Siliciumdioxid, Xylitol, Mikrokristalline Cellulose, Aspartam (E951), Acesulfam-Kalium, Vanille-Aroma künstlich (enthält Vanillin und Ethylvanillin), Weinsäure, Magnesiumstearat, 10 mg Schmelztabletten: Eisen(III)-oxid (E 172), 15 mg Schmelztabletten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) **ANWENDUNGSGEBIETE:** ABILIFY ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. ABILIFY ist für die Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Patienten angezeigt, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprachen (siehe Fachinformation Abschnitt Pharmakodynamische Eigenschaften). **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER:** Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd., Hunton House Highbridge Business Park, Oxford Road, Uxbridge - Middlesex UB8 1HU - Vereinigtes Königreich. Kontakt in Österreich: BRISTOL-MYERS SQUIBB GesmbH, Wien, Tel. +43 1 60143 - 0. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **Stand:** März 2008. Weitere Angaben zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen..

**Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung
bei folgenden Sponsoren:**

Golden Sponsorpaket:



Silber Sponsorpaket:



Weitere Sponsoren:

