

Inhalt

<i>Anton Tölk</i> Editorial	135
<i>Hans Rittmannsberger</i> Nachruf.....	137
<i>Bernhard Lindenbauer</i> Substitutionstherapie bei Opiatabhängigkeit	141
<i>Heidi Kastner</i> Substitution – ja, aber wie?	155
<i>Robert Frühwirth</i> Behandlungsverbesserung für MigrantInnen.....	165
<i>Stefan Strotzka, Asita Sepandj, Georg Psota</i> Psychiatrie stellt sich vor: „Die Schimmel warten schon ...“	169

Medieninhaber und Herausgeber:
Österreichische Gesellschaft für gemeindenähe Psychiatrie

Redaktion:

Alfred Grausgruber, Werner Leixnering, Susanne Mair, Hans Rittmannsberger,
Friederike Roithmeier-Ebner, Anton Tölk, Thomas Zaunmüller

Redaktionelle Leitung und für den Inhalt verantwortlich:

Univ.-Prof. Prim. Dr. Hans Rittmannsberger
Prim. Dr. Anton Tölk

Redaktionsadresse, Anzeigen und Verwaltung:

ATZ etb-Verlag Kartonia
Freileben 12, A-4121 Altenfelden
Tel.: 07282/20570
Fax: 07282/20570-13

Wissenschaftlicher Beirat:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Danzinger (Graz), Prim. Dr. Gerd Eichberger (Tulln),
Univ.-Prov. Dr. Heinz-Eberhard Gabriel (Wien), Prim. Dr. Rainer Gross (Hollabrunn),
Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber (Innsbruck), Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter
Kapfhammer (Graz), Univ.-Prof. Dr. Heinz Katschnig (Wien), Dr. Günther Klug (Graz),
Univ.-Prof. Dr. Otto Michael Lesch (Wien), Univ.-Prof. Dr. Ulrich Meise (Innsbruck),
Prim. Dr. Theodor Meißel (Tulln), Dr. Jan Pfeffer (Prag), Prim. Dr. Thomas Platz
(Klagenfurt), Mag. Christian Rachbauer (Linz), Prim. Dr. Stephan Rudas (Wien),
Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata (Wien), Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky (Wien)

Preise:

Einzelheft € 6,-, Jahresabonnement (4 Hefte) € 20,-
Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn bis zum 1. Oktober keine
Abbestellung erfolgt. Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für gemeinde-
nahe Psychiatrie ist im Mitgliedsbeitrag von € 25,- das Jahresabonnement enthalten.
Studierende/Auszubildende erhalten eine Ermäßigung von 50%.

Bankverbindung: Oberbank Linz, BLZ: 15000, Kto.-Nr.: 482-6178/00
ZVR 490551465

Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen die Meinung des Verfassers dar und decken sich nicht unbedingt mit jener der Redaktion. Bei der Zusammenstellung von Texten und Abbildungen wurde mit größter Sorgfalt vorgegangen. Trotzdem können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden. Verlag, Herausgeber und Autoren können für fehlerhafte Angaben und deren Folgen keine Haftung übernehmen. Für Verbesserungsvorschläge, Anregungen und Hinweise auf Fehler sind Verlag und Herausgeber dankbar. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Reproduktionen, fotomechanische Wiedergabe und Nachdruck von Texten, Textteilen und Abbildungen können ausnahmslos nur mit Zustimmung der Redaktion erfolgen.

Editorial

Sehr geehrte Leserin!
Sehr geehrter Leser!

Mit großer Trauer haben wir zur Kenntnis genommen, dass unser Kollege Michael Haberfellner Anfang August an seiner schweren Erkrankung verstorben ist. Haberfellner hat die psychiatrische Landschaft in Oberösterreich prägend mitgestaltet und wir wollen ihm hier in einem würdigen Nachruf gedenken.

Das Redaktionsteam der Gemeindenahen Psychiatrie ist bemüht, diese Zeitung aktuell und interessant zu gestalten. So haben wir uns in dieser Ausgabe unter der Rubrik „pro und kontra“ der Suchtgiftentwöhnung gewidmet. Fast 10 Prozent der Bevölkerung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine stoffgebundene Abhängigkeit.

Bernhard Lindenbauer gibt einen Überblick über entsprechende Behandlungsmöglichkeiten und setzt sich im Speziellen mit der Substitutionstherapie auseinander, welche ursprünglich das Erreichen der Abstinenz zum Ziel hatte. Erst allmählich kam es zu einem Paradigmenwechsel, in welchem das Verweilen in einem therapeutischen Setting über einen längeren Zeitraum in den Vordergrund rückte. Der Stellenwert der psychosozialen Betreuung wurde aufgewertet, wichtig ist es, die drogenbedingten Todesfälle zu reduzieren. Wenn man bedenkt, dass es in Europa jährlich bis zu 8.000 drogeninduzierte Todesfälle gibt (die Dunkelziffer ist wahrscheinlich höher), wird einem die Bedeutung von guten Behandlungsansätzen bewusst. Eine besondere Wichtigkeit erhalten gute Behandlungskon-

zepte immer dann, wenn enge Familienangehörige drogenabhängig geworden sind. Darum ist es wichtig, diverse Therapiekonzepte rational und nicht emotional zu diskutieren.

Heidi Kastner setzt sich kritisch mit der Substitutionstherapie auseinander. Die von ihr angeführten Argumente stimmen nachdenklich und zeigen auf, dass gerade für die Behandlung von Drogenkranken der Stein der Weisen noch nicht gefunden worden ist. Schlimm wird es, wenn die retardierten Morphine missbräuchlich intravenös verabreicht werden, weil die Galenik vieler eingesetzter retardierter Morphine Talkum enthalten. Gelangt dieses in den Blutkreislauf, können schwerwiegende Gesundheitsschäden auftreten. Weiters hat sich für die retardierten Morphine ein beträchtlicher Schwarzmarkt entwickelt, wodurch sich ein neuer Problemkreis aufgetan hat.

Migration hat in Form von Völkerwanderungen seit Jahrtausenden stattgefunden. Für das 21. Jahrhundert müssen wir wieder mit vermehrter Migration durch Flucht aus umweltbedingten, sozialen und kriegsbedingten Ursachen rechnen, daher kommt der transkulturellen Psychiatrie eine immer größere Bedeutung zu. Robert Frühwirth hat gemeinsam mit einem multiprofessionellen Team an der Nervenlinik Linz eine Interkultu-

relle Ambulanz aufgebaut. Ein wesentlicher Teil des Konzeptes ist die fixe Anwesenheit von Dolmetschern, besser bezeichnet als Sprach- und Kulturvermittler.

Die Serie „Psychiatrie stellt sich vor“ widmet sich diesmal dem Gerontopsychiatrischen Zentrum des PSD Wien, welches seit nunmehr acht Jahren besteht. Strotzka, Sepandj und Psota zeigen auf, dass mit guter sozialpsychiatrischer Betreuung Pflegeheimweisungen von dementen Patienten um Jahre hinausgeschoben werden können. Ein Verbleib in den vertrauten vier Wänden ist im Sinne von Lebensqualität ein bedeutender Therapieerfolg.

Ich wünsche Ihnen viele
Anregungen beim Lesen

Ihr Anton Tölk

Nachruf

Priv. Doz. Prim. Dr. Egon Michael Habererfellner

19. 7. 1957 – 6. 8. 2009

Die „Gemeindenaher Psychiatrie“ trauert um Michael Habererfellner, der lange Jahre Mitglied ihres Redaktionsteams war – ein kleiner Teil seines enorm breiten Spektrums von Aktivitäten, denen Michael mit Energie und Begeisterung nachgegangen ist.

Nach dem Besuch des Realgymnasiums in Linz und dem Medizinstudium in Innsbruck absolvierte Michael den Turnus und schloss daran die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie im Wagner-Jauregg-Krankenhaus in Linz.

Relativ kurz nach Abschluss der Ausbildung verließ er die Klinik, um eine Stelle als Kassenarzt zu übernehmen. Er übernahm Funk-

tionen in der Landesvertretung und bei pro mente Oberösterreich, wo er maßgeblich am Aufbau des mobilen Krisendienstes beteiligt war. Der Eintritt in die Praxis war für ihn auch Startschuss zu einer umfangreichen wissenschaftlichen Tätigkeit, wobei er sich unter anderem mit vielen versorgungsrelevanten Problemstellungen der psychiatrischen Praxis auseinandersetzte. Diese wissenschaftliche Tätigkeit mündete schließlich in der Habilitation an der Paracelsus-Privat-Universität in Salzburg im Jahre 2006.

Aus der Kassenpraxis wechselte er in die Leitung der Rehabilitationsklinik Bad Hall, die er von Beginn an organisierte und führte. Er konnte bei den Kostenträgern die An-

erkennung des Modells und den weiteren Ausbau dieser Einrichtungen erreichen. Er war Geschäftsführer der Gesellschaft „pro mente Reha“ und plante den Neubau der Klinik in Bad Hall, deren Eröffnung er noch erleben durfte.

Allein diese ungewöhnliche Karriere zeigt, dass Michael es liebte, die Dinge etwas anders zu machen als andere – er war ein eigenständiger Denker, geistreich, kreativ und mit einem glänzenden Humor gesegnet. Ob es nun um eine wissenschaftliche Fragestellung ging, um die Errichtung einer Wand in seinem Haus oder um das nächste Urlaubsziel – Micheal liebte es, abseits der üblichen Wege unterwegs zu sein.

Dass er sterben sollte, kam für ihn, wie für alle anderen, völlig überraschend und er wurde innerhalb von wenigen Tagen vom Lebenslustigen und das Leben Genießenden zum Todgeweihten. Nachdem er die Prognose seiner Erkrankung

erfahren hatte, bereitete er sich mit der gleichen Energie, die er für sein Leben zur Verfügung hatte, aufs Sterben vor und es war sein erfülltes Leben, das ihm den Abschied leichter machte. Unser Mitgefühl gilt seiner Frau und seinem Sohn.

Wie viel wir an ihm verloren haben, wird schon darin sichtbar, dass so viele Aufgaben, um die er sich angenommen hat, nun zurückbleiben und neu zu übernehmen sind – allein dadurch sind wir um vieles ärmer geworden. Vor allem aber vermissen wir seine Person, seine offene, gut gelaunte Wesensart, seine Umsicht und Energie, die verlässliche und produktive Kooperation mit ihm und die vielen Momente, wo wir mit ihm herzlich lachen konnten.

Michael, danke für so vieles! Wir werden Dich nicht vergessen!

Prim. Univ. Prof.
Dr. Hans Rittmannsberger



Cipralex®
bei Depression & Angst.

**Vertrauen kann man
nicht kopieren!**



Lundbeck



Cipralex®
escitalopram

Stark¹
Schnell²
Verträglich³

www.depression.at

1, 2, 3. Moore et al. Int Clin Psychopharmacol 2005; Klein et al Psychopharmacology 2007; Lepola et al. Int Clin Psychopharmacol 2004; Montgomery S.A. et al. Int Clin Psychopharmacol 21:297-309, 2006; 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.

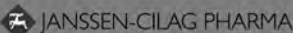


Time-out für orale Therapie ...

... schon ab dem 2. Rückfall

Risperdal® CONSTA™ bei Schizophrenie:

Risperdal® CONSTA™ ist die Erfolgsstrategie für Ihre Schizophrenie-Patienten.



Risperdal® CONSTA™

CONSTAner Schutz schon ab dem 2. Rückfall

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

FACHKURZINFORMATION RISPERDAL CONSTA: **Bezeichnung des Arzneimittels:** RISPERDAL CONSTA 25mg, RISPERDAL CONSTA 37,5mg und RISPERDAL CONSTA 50mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer verzögert freisetzenden Suspension zur intramuskulären Injektion. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält 25 mg, 37,5 mg oder 50 mg Risperidon, 1 ml der hergestellten Suspension enthält 12,5 mg, 18,75 mg oder 25 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile: 1 ml der hergestellten Suspension enthält 3 mg Natrium. **Anwendungsgebiete:** RISPERDAL CONSTA ist indiziert zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Patienten, die zur Zeit mit oralen Antipsychotika stabilisiert sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Antipsychotika, ATC Code: N05AX08. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Poly-(DL-lactidglycolid) (75/25); Lösungsmittel: Polysorbat 20, Carmellose Natrium (40mPa.s), Natriummonohydrogenphosphat, Citronensäure (wasserfrei), Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **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 sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Last Update: Juli 2008

© Janssen-Cilag 2008/09/02/21

Bernhard Lindenbauer

Substitutionstherapie bei Opiatabhängigkeit

Epidemiologie

9,9% der Bevölkerung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine stoffgebundene Abhängigkeit (Jacobi et al. 2004).

Für Europa wird eine Prävalenz der Opioidabhängigkeit von 0,9% angegeben – entsprechend den Angaben von UNODC kann man für Österreich von 50.000 bis 70.000 Betroffenen mit der Diagnose einer Opioidabhängigkeit ausgehen (UNODC World Drug Report 2004).

Hervorzuheben ist aber, dass sich 2003 in Österreich nur 6.413 Opioidabhängige in Behandlung im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden befanden

(EMCCDA 2005) – $\frac{2}{3}$ sind noch unbehandelt, ca. 70 – 80% sind Hepatitis-C und 50% Hepatitis-B positiv.

Im Jahr 2003 wurden in Österreich 189 drogenbezogene Todesfälle erfasst (Haas et al. 2005). Unbestritten ist die hohe Mortalitätsrate von Opioidabhängigen, die 13 – 17 mal höher ist, verglichen mit der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung (Hickman et al. 2003).

Demgegenüber stehen 878 Verkehrstote im Jahre 2004 (931 Verkehrstote 2003) und 1.500 Todesfälle durch Selbstmord im Jahre 2004.

In Österreich sind zurzeit etwa 6.000 – 7.000 Personen HIV-infi-

ziert. Zwanzig Prozent der Neuinfektionen erfolgten durch intravenösen Drogenkonsum. Es wird auch von einer sehr hohen Hepatitis-C Prävalenz unter den i.v.-Opioidabhängigen ausgegangen, wobei diese bei ungefähr 80% liegt (Gombas et al. 2000).

Definition und Diagnose der Opiatabhängigkeit

Als international anerkannter und gebräuchlicher Standard hat sich die Diagnose nach dem ICD-10 Codierungssystem der Weltgesundheitsorganisation etabliert.

Kriterien der Abhängigkeit – ICD-10:

- 1 Ein starker Wunsch oder Zwang, Substanzen zu konsumieren.
- 2 Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
- 3 Substanzkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechend positiven Erfahrung.
- 4 Ein körperliches Entzugssyndrom.
- 5 Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.

- 6 Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz.
- 7 Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
- 8 Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Eine sichere Diagnose kann gestellt werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der angeführten Kriterien vorhanden waren (Dilling et al. 1993).

Bei Vorliegen dieser Diagnose ist nach internationalem Standard eine Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden einzuleiten. Demgegenüber besteht in der Verordnung zur Substitutionstherapie von 2006 eine zumindest 2-jährige Dauer der Abhängigkeit – wodurch Drogenabhängige von der Substitutionstherapie ausgeschlossen werden und den Risiken der Drogenbeschaffung unnötig ausgesetzt sind.

Eine exakte Diagnostik ist als Grundvoraussetzung für eine adäquate Therapie anzusehen und erfordert auch die Erfassung der Komorbiditäten. Wobei sich vor allem der Addiction Severity-Index eignet – vor allem zur Erfassung der psychiatrischen und somatischen Komorbidität, der sozialen und forensischen Situation. So kann ab-

geleitet werden, dass PatientInnen, die primär ein Problem mit der entsprechenden Substanz haben, gut in Allgemeinordinationen aufgehoben sind, während andere mit hoher psychiatrischer Komorbidität, sozialen Defiziten und/oder forensischen Problemen in eine multidisziplinäre Spezialeinrichtung mit entsprechender Infrastruktur von PsychiaterInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen eingebettet werden sollen.

Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden

Methadon

Methadon wird international seit 1965 zur Behandlung der Opioidabhängigkeit (in Österreich seit 1987 zur Erhaltungstherapie zugelassen) verwendet, es handelt sich dabei um einen Opioidrezeptor-Agonisten mit einer Halbwertszeit von 24 bis 36 Stunden (Dole & Nyswander 1965).

Verabreicht wird Methadon in Österreich in Form einer Siruplösung und ist nach wie vor die am meisten verwendete Substanz in der Erhaltungstherapie.

Die positiven Auswirkungen einer Erhaltungstherapie mit Methadon sind eindeutig und gut belegt (Mattick et al. 2003).

Grundsätzlich ist von einer individuellen Dosierung auszugehen. Wie zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, hängt der Therapieerfolg vor allem von einer adäquaten Dosierung ab; höhere Dosen Methadon sind für ein erfolgreiches Verbleiben in der Therapie ausschlaggebend. So erzielen Dosen von 60 – 100 mg täglich und höher bessere Ergebnisse in der Retention und der Vermeidung eines weiteren zusätzlichen Opioidkonsums (Dole & Nyswander 1965). In der Langzeitanwendung ist Methadon aber mit Nebenwirkungen behaftet. (Bell & Zador 2000).

Nebenwirkungen bzw. Unverträglichkeitsreaktionen treten in einer Häufigkeit von etwa 20% auf und können sein:

- Obstipation
- Gewichtszunahme
- Libidoverlust
- Starkes Schwitzen
- Schwindel
- Gelenksschmerzen
- Stimmungsschwankungen
- Antriebslosigkeit
- Depressionen

Nachteilig sind ein protrahiertes Entzugssyndrom und damit einhergehend eventuell erhöhte Rückfallquoten im Rahmen der Entzugstherapie. Weiters besteht neben der verstärkten Sedierung eine Kardiotoxizität mit potentieller Erhöhung des QTc-Intervalls –

vor allem in Verbindung mit Neuroleptika. Weiters induziert Methadon ein verlängertes neonatales Entzugssyndrom. Zusätzlich ist unter Methadon ein vermehrter Beikonsum mit Alkohol zu verzeichnen.

Aufgrunddessen wurden im Sinne einer Diversifikation der Therapie weitere Möglichkeiten einer Therapie entwickelt.

Orale retardierte Morphine

Retardierte Morphine sind reine Opioid-Agonisten und stehen entweder in Tabletten- oder Kapselform zur Verfügung. Für die Erhaltungstherapie sind nur Morphineprodukte mit retardierter Galenik geeignet, da ein rasches An- und Abfluten der Plasmaspiegel vermieden werden sollte.

In Österreich besteht seit Oktober 1998 eine Zulassung. Zusätzliche Zulassungen bestehen in Bulgarien, Slowenien und demnächst in UK.

Eine einmal-tägliche Dosierung ist bei retardierten Morphinen mit einer Halbwertszeit von 24 Stunden möglich, wobei zu bedenken ist, dass „rapid-Metabolizer“ trotzdem einer zweimal-täglichen Dosierung bedürfen, da hier eine einmal-tägliche Dosierung zu Entzugsbeschwerden, Rückfällen und einer

Destabilisierung führt und höhere Einmaldosierungen nur mit einer höheren Sedierung der Patienten beim Anfluten verbunden ist – gleiches gilt natürlich für Methadon.

Vergleichbar mit Methadon ist die Erhaltungstherapie mit retardierten Morphinen auch hinsichtlich der Retentionsrate, die laut Eder et al. bei beiden Therapievarianten, allerdings im Rahmen eines kontrollierten Therapiesettings über einen Studienzeitraum von 15 Wochen, über 80% liegt (Eder et al. 2005).

Günstig ist die höhere Akzeptanz, geringere Sedierung und geringere Nebenwirkungsrate im Vergleich zu Methadon. Wenngleich im Vergleich zu Methadon, Buprenorphin oder auch LAAM deutlich weniger wissenschaftliche Untersuchungen vorliegen (Woody 2005).

Folgende Produkte sind in Österreich registriert:

Substitol®retard (Morphinsulfat)

Es hat eine Halbwertszeit von bis zu 24 Stunden und ist in Kapselform erhältlich. Die Kapseln (beinhalten kleine Morphinpellets, die mit Retardmantel überzogen sind) stehen in einer Dosierung von 120 mg und 200 mg zur Verfügung.

Compensan®retard (Morphinhydrochlorid)

Das Medikament hat ebenfalls eine Halbwertszeit von 24 Stunden und liegt in Tablettenform vor, die in der Dosierung von 100 mg, 200 mg und 300 mg registriert sind. Die Tabletten selbst sind von einem Retardmantel überzogen. Die Behandlung mit retardierten Morphinen zeigt neben Effektivität auch eine Steigerung des Wohlbefindens der PatientInnen (Kraigher et al. 2005; Mitchell et al. 1999).

Folgende Nebenwirkungen können auftreten (Tassain et al. 2003):

- Obstipation
- Mundtrockenheit
- verminderter Appetit
- Schwindelgefühl und Schwäche
- Schlaflosigkeit
- Übelkeit

Sollten PatientInnen retardierte Morphine auflösen und injizieren, so kommt es durch die Histaminausschüttung neben dem Auftreten von Kopfschmerzen auch zu einem Juckreiz am gesamten Körper. Es wurde vereinzelt das Auftreten eines Cor-Pulmonale durch chronisch rezidivierende Lungenembolien (PE) beobachtet. Die PE entsteht durch Talkumpartikel, die zu Mikroembolien führen können. Ein ähnliches Phänomen beobachtet man zunehmend bei Buprenorphin in Ländern, wo dies häufig verschrieben wird (EMCCDA 2005; Jenkinson et al. 2005).

Eine Aufklärung der PatientInnen über die Risiken sowie eine Kontrolle auf Einstichstellen ist daher indiziert.

Bei Fortbestehen einer i.v. Administration und bei Verdacht auf missbräuchliche Verwendung (inklusive Handel am Schwarzmarkt) ist eine Therapieänderung notwendig.

Eine supervidierte Einnahme in der Apotheke wird zu Beginn der Behandlung generell bevorzugt. Bei stabilen PatientInnen sollte durchaus eine Mitgaberegulung möglich sein und bei PatientInnen, die „rapid-metabolizer“ sind, ist dies unabdingbar. Nicht geeignet für die Mitgabe sind polytoxikomane PatientInnen (z.B. mit gleichzeitigem Benzodiazepin-Konsum) oder PatientInnen mit entsprechend auffälligem psychopathologischen Querschnittsbefund.

Die durchschnittliche tägliche Dosierung mit oralen retardierten Morphinen in der Erhaltungstherapie liegt bei 600 mg +/- 200 mg, mit ebenso individueller Dosisanpassung.

Buprenorphin

Buprenorphin ist ein partieller m-Rezeptor-Agonist und ein k-Rezeptor-Antagonist. Die Plasmahalbwertszeit beträgt 6 bis 8 Stunden

und aufgrund der langsamen Dissoziation vom Rezeptor ist eine Wirkung von bis zu 72 Stunden vorhanden.

Buprenorphin wurde in Österreich 1999 als Medikament zur Erhaltungstherapie zugelassen und ist als Darreichungsform in Form von Sublingual-Tabletten (Subutex® 2 mg und 8 mg) erhältlich. Eine adäquate Dosierung liegt im Mittel bei 16 mg pro Tag, wobei bei einer höheren Dosis von besserer Retention und einer Reduzierung des Heroinkonsums berichtet wird (Schottenfeld et al. 1993; Ling et al. 1998).

Die Erhaltungstherapie mit Buprenorphin hat sich, wie durch zahlreiche Studien belegt, als eine effektive Methode zur Behandlung der Opioidabhängigkeit erwiesen (Mattick et al. 2004).

PatientInnen differenzieren zwischen der zentralen Dämpfung von Heroin und vor allem Methadon im Unterschied zur Wachheit unter Buprenorphin. Dieses klarere Zustandsbild, das einem Zustand ohne Opiode nahe kommt, wird von einzelnen PatientInnen aber schwer toleriert (Fischer et al. 1999; Pani et al. 2000).

Bei der Behandlung mit Buprenorphin können folgende Nebenwirkungen auftreten (Lintzeris et al. 2001):

- Kopfschmerzen
- Obstipation
- Schlaflosigkeit
- Müdigkeit und Schwächegefühl
- Übelkeit
- Schwindel
- Schwitzen

Mittlerweile kam es in Frankreich und vor allem in Finnland zu einem zunehmenden missbräuchlichen pernasalen oder i.v. Konsum mit Todesfällen. Aufgrunddessen wurde zusätzlich ein Kombinationsprodukt – Buprenorphin mit Naloxone (Suboxone® – Ratio 2 mg: 0,5 mg oder 8 mg: 2 mg) – entwickelt und zugelassen, was eine i.v. Injektion oder pernasalen Konsum durch Auslösung einer Entzugssymptomatik hintanhaltend soll. Durch die im Gegensatz zu Methadon geringe atemdepressive Wirkung ist unter Suboxone eine geringere Gefährdung vorhanden. Durch die Klarheit unter Suboxone eignet sich das Medikament vor allem zur beruflichen oder schulischen Integration. Weiters ist das Präparat durch die erhöhte Sicherheit das Mittel der Wahl bei riskantem Konsumverhalten.

Ärztliche Heroinverschreibung

Die ärztliche Heroinverschreibung ist in Österreich als Therapie noch nicht zugelassen und sei daher an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Eine Heroin-gestützte Erhaltungstherapie scheint vor allem für schwerabhängige PatientInnen geeignet zu sein, bei denen andere Therapieansätze versagt haben (Perneger et al. 1998; Rehm et al. 2001; Ferri et al. 2005).

Projekte mit ärztlicher Heroinschreibung laufen beispielsweise in der Schweiz, Deutschland, den Niederlanden und Spanien.

Dosissteigerung

Die Dosissteigerung sollte unter Berücksichtigung des klinischen Zustandsbildes langsam und schrittweise erfolgen, wobei auch toxikologische Harnuntersuchungen zur Objektivierung eines Zusatzkonsums und einer entsprechenden Dosisanpassung zur Rückfallprophylaxe, zu Hilfe genommen werden sollten. Es muss aber betont werden, dass im Verlauf Dosisanpassungen durchaus flexibel, entsprechend dem klinischen Bild und auch unter Berücksichtigung der Zusatzmedikation vorgenommen werden können und müssen.

Bei Buprenorphin sollte keine zu langsame Induktion stattfinden, da durch die gemischte Rezeptoraffinität häufig initial ein gemäßigtes Entzugssyndrom auftritt und dieses so kurz wie möglich bestehen sollte.

Ziele der Behandlung

Ursprünglich stand im Vordergrund der Substitutionstherapie das Erreichen der Abstinenz.

Aufgrund eines Paradigmenwechsels erfolgte eine Änderung der Therapieziele auf:

- Verweilen in ambulanten Behandlungsverhältnissen (Retentionsrate).
- Beendigung oder signifikante Reduktion des Konsums illegaler Substanzen.
- Reduktion des Risikos einer Überdosierung.
- Reduktion der durch Blut übertragbaren Erkrankungen.
- Verbesserung der Volksgesundheit und der sozialen Funktion, sowie Senkung der Kriminalitätsrate.
- Langzeitziel: schrittweise Medikamentenreduktion, eventuell über Jahre, unter stabilem psychopathologischen Status.

Medikamenteninteraktion

Im Falle von Interaktionen sind entweder höhere Dosierungen, die Aufteilung in Teildosen oder auch eine Dosisreduzierung angebracht. Generell nicht indiziert (Ausnahme – akute Interventionen) ist im Rahmen der Therapie der Opioidabhängigkeit die Zusatzmedikation von Benzodiazepinen – vor allem ist von einer Langzeitver-

ordnung abzuraten – da deren Einnahme unter anderem mit einem erhöhten Risiko einer tödlichen Intoxikation verbunden ist (Darke et al. 2000).

Einige Antibiotika (Erythromycin, Clarithromycin, Ciprofloxacin) können zu bedeutenden Wechselwirkungen führen, da sie eine Erhöhung des Opioidspiegels bewirken.

Beim Einsatz von Medikamenten zur antiretroviralen Therapie kann es durch reduzierte Opioidspiegel häufig zum Auftreten von Entzugserscheinungen kommen, wodurch eine Erhöhung bzw. eine zweimal-tägliche Dosierung der Erhaltungsmedikation indiziert ist.

Es gibt auch Hinweise für Wechselwirkungen mit Antiarrhythmika und hormonellen Kontrazeptiva, wobei es hier zu einer Verlängerung der Wirkdauer des synthetischen Opioids kommt.

Carbamazepin verringert den Opioidspiegel, einzelne Selektive – Serotonin – Wiederaufnahmehemmer erhöhen ihn.

Vorsichtig einzusetzen sind Neuroleptika bei Methadon bzgl. etwaiger QT-Verlängerungen und dem Auftreten massiver Nebenwirkungen bei Neuroleptikagabe. Es wird aber darauf hingewiesen, dass nach exakter Diagnostik eine spezifische Therapie somatischer-, psy-

chiatrischer Komorbidität einzuleiten ist, da nur eine adäquate Behandlung dieser Zusatzkrankungen eine Behandlung der Opioidabhängigkeit ermöglicht und die Voraussetzung einer psychosozialen Stabilisierung ermöglicht.

Mitgaberegulung

Verschriebene Opiode werden normalerweise täglich in der betreuenden Institution oder in der Apotheke eingenommen.

Es ist aber auch möglich, bei entsprechender Stabilisierung und fehlendem Beikonsum den PatientInnen die Dosen für max. 1 Woche auszufolgen.

Eine Mitgaberegulung gilt insbesondere für Personen, die einer beruflichen Tätigkeit nachgehen, an einer regelmäßigen Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahme teilnehmen oder denen aus anderen berücksichtigungswürdigen, nachgewiesenen Gründen eine tägliche Einnahme in der Apotheke nicht zugemutet werden kann oder aber durch Medikamenteninteraktionen eine zweimal-tägliche Dosierung nötig ist.

Daneben gilt es natürlich auch, die Eigenverantwortung der PatientInnen zu stützen und in der Folge eine verantwortungsvolle Medikamenteneinnahme zu ermöglichen.

In den ersten drei Wochen der Therapie sollte dennoch von dieser abgesehen werden (Chutuape et al. 2001; Stitzer et al. 1992).

Bei Unregelmäßigkeiten oder verschlechtertem psycho-pathologischem Befund wird eine neuerliche täglich supervidierte Einnahme empfohlen.

Eine besondere Sorgfaltshaltung ist in Österreich bei der Mitgabe von retardierten Morphinen geboten, um zum einen eine Selbstschädigung durch missbräuchliche Verwendung (etwa einer intravenösen Applikation) und zum anderen eine Verbreitung am Schwarzmarkt hintanzuhalten – ähnliche Probleme bestehen bei Buprenorphin.

Sozialarbeiterische Beratung und psychotherapeutische Betreuung

Eine additive Betreuung zur Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden ist sinnvoll, da die Substanzabhängigkeit eine multifaktorielle Ätiologie aufweist, allerdings ist die differentielle Indikation nach Beurteilung der individuellen Situation zu wählen. Anhaltende Erfolge bei psychiatrischen Erkrankungen sind insgesamt wesentlich von supportiven Begleitmaßnahmen abhängig.

Psychosoziale Betreuung

Bei PatientInnen mit einer entsprechenden Anamnese und Defiziten im Sozialbereich ist eine additive psychosoziale Betreuung unbedingt angezeigt.

Psychotherapeutische Betreuung

PatientInnen sollten bestärkt werden, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, allerdings auch unter der Voraussetzung, dass eine stabile psychopharmakologische Einstellung besteht, damit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Psychotherapie geschaffen werden können. Es muss allerdings angemerkt werden, dass nur ein geringer Prozentsatz der PatientInnen auch eine anhaltende Änderungsmotivation für eine Psychotherapie aufweist und oftmals mehrere Anläufe unternommen werden müssen. Speziell der kognitive, behavioristische Therapieansatz hat sich in Untersuchungen als effizient erwiesen, allerdings gilt es wiederum in Abhängigkeit der individuellen Situation der Betroffenen die Psychotherapierichtung zu wählen (Scherbaum et al. 2005).

Labormethodik Urintoxikologie

Harntoxikologische Untersuchungen sind wesentlich, denn sie stellen neben der Objektivierung, dass Opioide konsumiert wurden, auch eine rechtliche Absicherung für den Beginn einer Erhaltungstherapie dar und sind vor allem in einem therapeutischen Setting mit strukturierten Abnahmen relevant. Es ist aber anzumerken, dass ein Harntest, je nach konsumierter Substanz, für Tage und Wochen positiv bleiben kann – wodurch deren Wertigkeit abnimmt (Dolan et al. 2004).

Folgende Problematik ergibt sich bei der Anwendung von retardierten Morphinen:

Heroin wird rasch zu Morphin metabolisiert und daher ist der Zusatzkonsum von Heroin bei harntoxikologischer Befunderhebung nicht ausreichend sicher von einem zusätzlichen Morphinpräparat unterscheidbar (Mitchell et al. 2003). Es ist daher eine zusätzliche Kontrolle nach Einstichstellen nötig, auch um eine etwaige i.v. Fehlverwendung der verschriebenen Medikation auszuschließen.

Es sind zwar Tests für den Nachweis von 6-MAM (Monoacetylmorphin) erhältlich, diese sind aber noch nicht praxistauglich – einerseits ist 6-MAM lediglich 24 – 36 h

nachweisbar, andererseits werden häufig falsch positive Ergebnisse erhoben.

Größere Relevanz hat die klinische Beurteilung der PatientInnen, denn Zusatzkonsum ist meist problemlos erhebbar – und dessen Konsequenz impliziert therapeutische Maßnahmen.

Serumtoxikologie

Eine Basisblutuntersuchung ist hinsichtlich des Ausschlusses infektiöser Erkrankungen, wie beispielsweise eine Hepatitis-B, C oder eine HIV-Infektion, aber auch um eine Basisinformation über den Gesamtzustand der PatientInnen zu erhalten, wesentlich.

Gefängnis / Justiz

Bei Inhaftierung sollte entsprechend des Krankheitsbildes entweder eine Therapie eingeleitet oder die etablierte Therapie mit den entsprechenden Opioiden fortgesetzt zu werden (Dolan et al. 2005).

Ein Behandlungsangebot bzw. die Fortführung der Therapie ist umso wichtiger, als die Prävalenz der Suchterkrankung bei inhaftierten Männern zwischen 10% und 48% liegt und die weiblicher Inhaftierter bei 30% – 60% (Fazel et al. 2006).

Im Rahmen des Österreichischen Suchtmittelgesetzes besteht die Möglichkeit, einer Inhaftierung zu entgehen, wenn die Behandlung „Therapie statt Strafe“ durch das Gericht befürwortet wird.

Lt. EMCDDA (2007a) ist das Angebot von Drogenbehandlungen in Haftanstalten nach wie vor geringer als außerhalb der Gefängnisse, obwohl die Prävalenz des Drogenkonsums unter Haftinsassen in der Regel höher ist. In vielen Ländern Europas ist die Entgiftung die vorherrschende und zuweilen auch die einzige verfügbare Behandlungsoption. Eine Substitutionsbehandlung wird in den meisten Ländern angeboten – wobei die Durchführung unterschiedlich gehandhabt wird. Mit Unterstützung der WHO und des UNODC wurde ein praktischer Leitfaden für die Substitutionsbehandlung in Haftanstalten veröffentlicht (Kastelic et al. 2008). Einige Forschungsarbeiten belegen, dass sich die opioidgestützte Substitutionsbehandlung in Haftanstalten positiv auf das Risikoverhalten und die Mortalität auswirkt (Dolan et al. 2003).

In einer jüngeren Untersuchung der Forschungsstudien über Substitutionsprogramme in Haftanstalten kamen die Autoren zu dem Schluss, dass positive Ergebnisse nur dann erzielt werden, wenn eine ausreichende Dosierung erfolgt und die Behandlung während der

gesamten Haftzeit durchgeführt wird (Stallwitz und Stöver, 2007). Weitere zentrale Elemente der in diesem Bereich erbrachten Leistungen sind eine sorgfältige Vorbereitung auf die Entlassung und die Herstellung von Kontakten zu Behandlungseinrichtungen außerhalb der Haftanstalten, um zu gewährleisten, dass die während der Haft erzielte Verbesserung des Gesundheitszustands nicht anschließend wieder zunichte gemacht wird.

Aus Haftanstalten entlassene Drogenkonsumenten sind besonders gefährdet. So wurden im Rahmen einer Studie in dieser Gruppe 8 bis 10-mal höhere Mortalitätsraten festgestellt als erwartet. Insgesamt stellt die Prävention von Überdosierungen nach wie vor einen Bereich dar, in dem verstärkt Investitionen getätigt werden müssen. Studien haben ferner gezeigt, dass die Gesamtmortalität, d.h. unter Berücksichtigung von Krankheiten, Unfällen und Gewalttaten, unter Drogenkonsumenten bis zu 50-mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Daher sind Investitionen in Studien vonnöten, um ein besseres Verständnis der Ursachen und des Ausmaßes der drogenbedingten Gesamtmortalität zu ermöglichen und die unterschiedlichen Risiken zu untersuchen, wie sie beispielsweise für Drogenkonsumenten bestehen, die aus der Haft entlassen werden oder eine stationäre Behandlung abbrechen.

Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden durch Allgemeinmediziner

Im Sinne einer Erweiterung der Behandlungsangebote sollte eine Betreuung mit synthetischen Opioiden durch die Hausärzte möglich sein. Ein Teil der PatientInnen ist durchaus gut geeignet, von praktischen ÄrztInnen betreut zu werden. Ein wesentlicher Faktor dabei ist allerdings die Voraussetzung, dass eine standardisierte Kenntnis durch Weiterbildung erworben wurde.

Zur Auswahl der PatientInnen ist wesentlich, dass eine genaue Diagnostik wichtig ist und diejenigen, die deutliche psychiatrische Komorbidität aufweisen, besser an einer Spezialeinrichtung betreut werden sollten. Ebenso muss überlegt werden, dass die Anzahl der betreuten PatientInnen mit Opioidabhängigkeit bei der Beurteilung der Qualität eine wichtige Rolle spielt. Es scheint erwiesen, dass bei einer PatientInnenanzahl von mehr als 30 Personen pro Monat eine entsprechende Behandlungsqualität ohne qualifiziertes Zusatzpersonal schwer gewährleistet werden kann (Cicero et al. 2005).

Gesundheitsökonomische Aspekte

Es gilt als erwiesen, dass nicht nur die gesundheitlichen, sondern auch die ökonomischen Folgen des fortschreitenden Konsums illegaler Drogen beträchtlich sind. Es ist daher bei Anwendung einer adäquaten Therapie von Einsparpotentialen, vor allem im Bereich der Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie in der Verringerung kriminellen Verhaltens, auszugehen (Ahrens et al. 2003).

Die Folgekosten liegen im internationalen Vergleich zwischen 0,2% und 1,1% des Bruttosozialprodukts, wobei den größten Anteil der verursachten Kosten die Gruppe der indirekten Kosten (Kosten des Produktivitätsausfalls) darstellt. Des weiteren sind die verursachten Kosten infolge von kriminellen Handlungen beträchtlich (Rehm 1999). Die ambulante Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden ist aus gesundheitsökonomischer Sicht klar allen anderen Interventionen überlegen, wobei die Behandlung mit Buprenorphin oder ret. Morphinen im Vergleich zur Therapie mit Methadon teurer ist, jedoch konnten in ökonomische Evaluationsstudien keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtbehandlungskosten erhoben werden (Doran et al. 2003; Harris et al. 2005).

Rosenheck et al. (2001) kommen zu dem Ergebnis, dass durch Buprenorphin – bei den ret. Morphinen muss ähnliches vermutet werden – im Gegensatz zu Methadon wegen der Attraktivität für bestimmte PatientInnengruppen die Gesamtzahl der in Therapie befindlichen Opioidabhängigen erhöht wird. Es ist hinlänglich erwiesen, dass die Haltequote bei ret. Morphinen höher als bei Methadon ist.

Nicht nur aus ökonomischen Gründen ist die ambulante Variante der Behandlung der Substanzabhängigkeit zu bevorzugen, denn die Kosten einer stationären Behandlung für eine Woche sind bis zu 24-mal höher als die einer ambulanten Behandlung im gleichen Zeitraum bzw. entsprechen die Kosten einer 3-wöchigen stationären Behandlung dem einer 8-wöchigen ambulanten Behandlung (Gossop & Strang 2000; Frei et al.1998).

Allerdings muss unbedingt für spezielle Indikationen ein stationäres Setting möglich sein, insbesondere für PatientInnen mit hoher Komorbidität.

Drogenbedingte Todesfälle

Bei den drogenassoziierten Todesfällen finden sich bei 91% eine Mischintoxikation – demgegenüber lediglich bei 6% eine isolier-

te Opioidintoxikation. Bzgl. den Opioiden wird in Österreich zu meist Morphin nachgewiesen.

Der Nachweis von 6-MAM einem Metaboliten von Heroin ist nur 24 – 36 Stunden nachweisbar, daher ist der Nachweis von Heroin zu meist nicht mehr möglich. Durchschnittlich werden in Europa jährlich etwa 7.000 bis 8.000 drogeninduzierte Todesfälle gemeldet, wobei diese Zahl angesichts der bekannten Tatsache, dass nicht alle Fälle gemeldet werden, als Mindestschätzung zu betrachten ist.

Opioide und vor allem Heroin sind die am häufigsten mit Überdosierungen in Zusammenhang gebrachten Drogen, obwohl auch andere Drogen und Alkohol nachgewiesen werden. In Österreich werden vorwiegend Morphine gemeinsam mit Benzodiazepinen und event. Alkohol nachgewiesen, wobei aufgrund der raschen Umwandlung von Heroin in Morphine keine verlässliche Aussage bzgl. der Verwendung von Heroin möglich ist. Es besteht zwar eine chemische Unterscheidungsmöglichkeit zwischen Heroin und Morphin, allerdings ist der Nachweis von 6-MAM mit häufig falsch positiven Ergebnissen verbunden bzw. nur 24 – 36 h möglich. In Deutschland wird sehr häufig Methadon nachgewiesen, in Finnland gehäuft Buprenorphin.

Insgesamt findet sich in überwiegenden Fällen ein Mischkonsum, vorwiegend mit Benzodiazepinen und es handelt sich zumeist um Menschen, die an keiner Substitutionstherapie teilnehmen, wodurch die Dringlichkeit für eine vermehrte Aufnahme in die Substitutionstherapie naheliegend ist, dem aber häufig zu restriktive Bedingungen für den Therapiebeginn und der Substanzwahl im Wege stehen.

Die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle ging in den ersten Jahren dieses Jahrzehnts zurück und hat sich nun stabilisiert. Die Gründe für diese Entwicklung sind unklar und es sind weitere Forschungsarbeiten sowohl zu den mit Überdosierungen in Zusammenhang stehenden Faktoren als auch zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen nötig. Bei den Todesfällen spielen Opioide, vor allem Heroin oder den Metaboliten, eine Rolle. Auf sie entfallen 55% bis nahezu 100% dieser Todesfälle. Im Rahmen einer von der EBDD durchgeführten Erhebung, an der sich neun Länder beteiligten, wurde festgestellt, dass bei 60% bis 90% der opioidinduzierten Todesfälle im toxikologischen Bericht mehr als eine Droge erwähnt wurde. Dies legt den Schluss nahe, dass ein erheblicher Teil aller drogeninduzierten Todesfälle im Zusammenhang mit dem polyvalenten Drogenkonsum steht. Die meisten Opfer tödlicher Opioid-Überdo-

sierungen (60% bis 95%) sind männlich und 20 bis 40 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter in den meisten Ländern bei Mitte 30 liegt. Die Substitutionstherapie ist durch die Substitutionsverordnung von 2006 geregelt.

Als Substitutionspräparate sind dabei Methadon, Subutex bzw. Suboxone und bei nachvollziehbarer bzw. objektivierbarer Unverträglichkeit oder beim Auftreten massiver Nebenwirkungen ret. Morphine zur Behandlung zugelassen. Im Entwurf zur Novelle der Substitutionsverordnung aus 2009 wurde dem gehäuften Benzodiazepinkonsum Rechnung getragen und daher die Verordnung mittels Suchtgift-dauerrezept zugelassen.

Korrespondenz

OA Dr. Bernhard Lindenbauer
Landesneuroklinik Wagner-Jauregg
Wagner-Jauregg Weg 15
4020 Linz

Heidi Kastner

Substitution – ja, aber wie?

Es ist müßig und auch keineswegs Ziel dieses Aufsatzes, die Sinnhaftigkeit der Substitutionsbehandlung in Frage zu stellen oder deren Stellenwert in der Behandlung der Opiatabhängigkeit zu thematisieren. Lt. WHO ist Drogenabhängigkeit definiert als ein Zustand psychischer und/oder körperlicher Abhängigkeit von einer zentralnervös wirksamen Substanz, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird. Substitution kann, in Kombination mit anderen therapeutischen und überwachenden Verfahren, die direkt und indirekt mit der Drogenbeschaffung verbundene Kriminalität eindämmen, sie kann die v.a. seit der Verbreitung der HIV-Infektion vermehrt thematisierten hohen gesundheitlichen Risiken der Applikation reduzieren und kann

den von der Sucht Betroffenen, befreit von der ausschließlichen Beschäftigung mit der Beschaffung der benötigten Substanz, eine Wiedereingliederung in ein sozial kompatibles Leben erleichtern.

Während naturgemäß viele (nicht nur illegale) Substanzen eine Abhängigkeit begründen können, ist die Substitution nur bei Opiatabhängigkeit als therapeutische Option indiziert. Ein für diese Behandlungsform geeignetes Mittel muss mehreren Kriterien genügen: es muss eine lange Wirkdauer haben, es soll in einer nicht intravenös applizierbaren Form vorliegen und idealerweise bei der Überprüfung im Harn von anderen, illegal und als Beikonsum eingesetzten Substanzen, gut differenzierbar sein.

In Österreich wurde 1987 der erste „Erlass zur oralen Substitutionsbehandlung von i.v. Drogenabhängigen“ herausgegeben, der 1991 und 1998 gefolgt wurde von den Erlassen zur „oralen Substitutionsbehandlung von Suchtkranken“. Mit der 2007 beschlossenen Novelle zur bestehenden Substitutionsverordnung wurden unter anderem die Einschlusskriterien neu definiert. In der ursprünglich gültigen Verordnung wurde eine mehr als einjährige Opiatabhängigkeit gefordert, ebenso wie mehrere gescheiterte Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen; sonst galt noch eine bestehende HIV-Infektion, eine Schwangerschaft oder die Lebenspartnerschaft mit einer ebenfalls opiatabhängigen Person als Indikation zur Aufnahme in die Substitution. Mit der 2007 erlassenen Verordnung wurde die Zielsetzung der Behandlung neu definiert: nunmehr gilt es, das Risikoverhalten des Abhängigen zu reduzieren, die Abstinenz schrittweise wiederherzustellen bzw. die Risiken bei einer comorbiden schweren Erkrankung oder einer Schwangerschaft zu mindern. Einschränkungen bestehen bei Personen, die kürzer als zwei Jahre an einer Opiatabhängigkeit leiden, bei solchen, die noch nicht das 20. Lebensjahr vollendet haben (hier ist die Indikation mit besonderer Sorgfalt zu stellen bzw. die Möglichkeit einer Abstinenzbehandlung genau zu prüfen) und bei Personen, die das

18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben: hier ist ein speziell qualifizierter Facharzt beizuziehen. Mit § 23c wird vom Gesetzgeber die Wahl des Substitutionsmittels geregelt: an erster Stelle stehen Methadon und Buprenorphin in oraler Darreichungsform. Nur bei Unverträglichkeit dieser Substanzen sind auch andere Substitutionsmittel (wie z.B. retardierte Morphine) zulässig.

Auf den ersten Blick scheint somit alles klar und eindeutig geregelt: nachdem eine Opiatabhängigkeit nach den gültigen diagnostischen Kriterien zugeschrieben wurde, kann neben begleitenden therapeutischen Maßnahmen auch die Substitution zur Behandlung eingesetzt werden, wobei speziell bei jungen Patienten besonderes Augenmerk zu legen ist auf die Möglichkeit einer primär abstinenzorientierten Therapie. Sollte die Entscheidung für eine Ersatzdrogenbehandlung fallen, so stehen, in Analogie zu den Regelungen in den meisten anderen europäischen Staaten, zwei alternativ einsetzbare Substanzen zur Verfügung, eine Abweichung von der Behandlungsrichtlinie wäre mit einer medizinisch dokumentierten (und nachvollziehbaren) Unverträglichkeit für beide Substanzen zu begründen.

Methadon, das seit über 40 Jahren international in der Ersatzdrogen-

behandlung eingesetzt wird, erfüllt alle Anforderungen an ein solches Präparat: es handelt sich dabei um ein synthetisches Opiat, das sich von den natürlichen Opiaten v.a. durch seine lange Wirkdauer (24 – 36 Stunden) unterscheidet. Der Opiatagonist bindet an dieselben Rezeptoren wie Morphin oder Heroin, wirkt aber in weit geringerem Ausmaß dämpfend, d.h. er reduziert nicht Aufmerksamkeit, Reaktionszeit und Konzentrationsfähigkeit und ist im Harn gut von anderen Opiaten unterscheidbar. Allerdings wirkt er auch nicht (suchtverstärkend) euphorisierend und lässt somit den von den Süchtigen gesuchten „Kick“ oder „flash“ vermissen. Da Methadon die am längsten in dieser Indikation eingesetzte Substanz darstellt, gibt es hier auch aus einer Vielzahl an Anwendungsjahren Untersuchungen zur Verträglichkeit, die eine ubiquitär replizierbare Unverträglichkeitsrate von 10% belegen. Folgt man der gesetzlichen Regelung, wären somit diese 10% mit Buprenorphin zu behandeln (oder umgekehrt diejenigen mit Buprenorphin-Unverträglichkeit mit Methadon), insgesamt müsste sich der Anteil von Drittsubstanzen an der Substitution jedenfalls unter 10% bewegen.

Die 10%ige Unverträglichkeitsrate für Methadon entstammt (auch) einer deutschen Untersuchung, die

Zahlen wären also, falls man von einer grenzübergreifend weitgehend identen genetischen Ausstattung und somit Verträglichkeit ausgeht, in Österreich durchaus als gültig anzusehen.

Relativ verwundert steht man dann vor den im Österreichischen Drogenbericht 2008 veröffentlichten Daten, die für das Jahr 2007 einen mehr als 30%igen (!) Anteil retardierter Morphine an der Substitution ausweisen, wobei der Hauptanteil der Verschreibung retardierter Morphine in Wien zu finden ist („Wien ist anders“ hat also auch hier seine Berechtigung, dürfte sich aber vermutlich eher auf die dort gängige Verschreibungspraxis und nicht auf eine etwaige genetisch begründete Andersartigkeit und damit dramatisch divergierende Unverträglichkeitsrate beziehen).

Nach den im Substitutionsregister (in dem im Jahr 2008 11.119 Personen erfasst waren) eingelangten Meldungen wurden schon bei den *Erstbehandlungen* im Jahr 2008 in 32% Buprenorphin, in 32% Methadon, *aber in 25% retardierte Morphine* (in erster Linie Substitol® retard) verschrieben. Noch drastischer wird der massive (und durch die gesetzliche Verordnung nicht gestützte) Anstieg der seit der Erstzulassung von Substitol® retard im Oktober 1998 zu verzeichnenden Verschreibung dieser Subs-

tanz, die die Substitutionslandschaft in Österreich dramatisch veränderte, wenn man die Drogenberichte der Länder näher betrachtet: in Vorarlberg stieg ihr Anteil von <5% im Jahr 1998 auf 45% im Jahr 2002, in Oberösterreich von <5% 1998 auf 45% im Jahr 2001 und 57% im Jahr 2002, in Wien von <5% 1998 auf 35% im Jahr 2001 und >50% im Jahr 2003 und in Kärnten von <5% 1998 auf >50% im Jahr 2003.

Noch interessanter wird diese Entwicklung, wenn man bedenkt, auf welcher Studienbasis die Indikationserweiterung des als Schmerzmittel zugelassenen Präparats Mundidol® retard erfolgte. Angeführt wird eine von der Fa. Mundipharma initiierte Anwendungsbeobachtung, die 1999 in Wien, Linz und Klagenfurt mit insgesamt 40 PatientInnen durchgeführt wurde. Dem internationalen Standard entsprechend sollte eine solche Indikationserweiterung allerdings nur auf Basis von kontrollierten Studien erfolgen, die es bis heute nicht gibt, weshalb Länder wie z.B. die Schweiz, Frankreich, Deutschland und Australien zwar retardierte Morphine in der Substitution einsetzen, dies allerdings nur in einem sehr kleinen und streng kontrollierten Rahmen tun. Der Status der Substitution mit retardierten Morphinen entspricht in diesen Ländern somit dem Status zwischen 1993 (erstmaliger Ein-

satz von Mundidol® retard im AKH Wien) und Oktober 1998 (Zulassung von Substitol® retard) in Österreich. Hier folgte, entgegen jeder „good clinical practice“, der stationären Phase ein unkontrollierter „Feldversuch“ mit aktuell ca. 3.000 PatientInnen.

Jetzt ist es natürlich eine Sache, die medizinische Sinnhaftigkeit einer gesetzlich festgelegten Behandlungsform (oder die gesetzliche Vorschreibung der Medikamentenwahl) zu hinterfragen, eine andere Sache ist es aber, sich über eine gesetzliche Regelung hinwegzusetzen und diese schlichtweg zu ignorieren. Nichts anderes bedeutet aber die oben angeführte Zahl von 25% Anteil retardierter Morphine an der Erstbehandlung, bei der naturgemäß noch keine Unverträglichkeit für die beiden first-line-Substanzen feststehen kann. Zusammen mit dem mehr als 30%igen Anteil dieser Substanzen in der Substitution insgesamt, der mit den bekannten Unverträglichkeitsraten nicht in Einklang zu bringen ist, stellt sich also die berechtigte Frage, warum hier von ärztlicher Seite ein bestehendes Gesetz offenbar schlichtweg ignoriert wird.

Wenn man sich einer Antwort auf die oben gestellte Frage annähert, so ist es hilfreich, die als Begründung für die (irreguläre) Verschreibung immer wieder ins Treffen

geführte „hohe Akzeptanz“ der retardierten Morphine zu thematisieren. In der intendierten Darreichungsform weisen diese Substanzen eine Halbwertszeit von 24 Stunden auf, unterscheiden sich also nicht wesentlich von Methadon. Umgeht man allerdings diese „intendierte Darreichungsform“ bzw. wird die als Kapsel dargebotene Galenik zweckentfremdet und zur i.v. Applikation missbraucht, dann bewirkt die Substanz genau das, was der Süchtige seiner Erkrankung entsprechend mit Macht sucht: den „kick“ der plötzlichen Anflutung und das „high“ der Heroineinnahme, aber nicht das mit der Ersatzbehandlung eigentlich angestrebte Ziel der kontinuierlichen Wirkung und Sättigung der Opiatrezeptoren bei zeitgleicher Minimierung der Applikationsrisiken. Nicht ohne Grund wird selbst von den im Epizentrum der Verschreibung retardierter Morphine Tätigen der i.v. Konsum als ein gravierendes Problem der Substitol® retard-Behandlung thematisiert (s. Dr. H. Haltmayer; 1. Steirischer Suchthilfekongress 26. 9. 2006). Dr. Hans Haltmayer et al. analysierten im Jahr 2000 die rückgetauschten Spritzen (753 Proben = 7 Tage) im Ganslwirt in Wien, mit folgendem Ergebnis: „In 17% der Spritzen konnten Reste von Heroin festgestellt werden, in 37% der Spritzen fand sich reines Morphin (Substitutionsmittel bzw. Schmerzmittel aus der pharmazeu-

tischen Produktion), in 11% fanden sich Gemische und in 28% Kokain.“ Das Ergebnis des Jahres 2003 lautet: „In 2% der Spritzen konnten Reste von Heroin festgestellt werden, in 28% der Spritzen fand sich reines Morphin (Substitutionsmittel bzw. Schmerzmittel aus der pharmazeutischen Produktion) und in 41% Kokain.“

Dr. Giacomuzzi et al. führten in Innsbruck zwischen 2000 und 2003 über 4.000 Harnanalysen durch. Das Ergebnis: „64% der Harnanalysen lieferten ein positives Testergebnis auf Morphine, was bedeutet, dass Morphine intravenös konsumiert wurden.“

Die missbräuchliche, d.h. intravenöse Verwendung von retardierten Morphinen ist vielen Personen, einschließlich der Pharmafirma, nachweislich schon seit Jahren bekannt. Im §2(8) der 457. Verordnung des Bundesministeriums ist der Begriff „schwerwiegender Arzneimittelmisbrauch“ exakt definiert. Sowohl Missbrauch von Arzneimitteln als auch schwerwiegende Nebenwirkungen sind nach dem Arzneimittelgesetz für ÄrztInnen, ApothekerInnen und Vertreiber von Arzneimitteln meldepflichtig. Warum dieser Meldepflicht in den letzten 5 Jahren in Bezug auf die missbräuchliche Verwendung und mögliche Nebenwirkungen beim intravenösen Konsum von retardierten Morphinen (davon >95%

Substitol® retard) nicht nachgekommen wurde, sollte vielleicht durch die zuständigen Behörden geklärt werden.

Neben der Problematik der inadäquaten Anwendung der Substitutionssubstanz, die ja eigentlich (nur) die im Substitutionsprogramm Befindlichen betreffen würde, kommt aber mit der missbräuchlichen Verwendung fast zwingend ein zweites Problem ins Spiel:

Wie für jedes andere Suchtgift hat sich mittlerweile für retardierte Morphine ein beträchtlicher Markt entwickelt. Von Seiten der Ermittlungsbehörden wird Substitol® retard als die derzeit meistgehandelte Substanz bezeichnet, es existiert ein riesiger Schwarzmarkt, auf dem retardierte Morphine in beträchtlichen Mengen gehandelt werden, retardierte Morphine stellen für viele Substituierte, die hohe Dosen einfordern, diese unkritisch verschrieben bekommen, die Hälfte davon selbst (oft genug intravenös) konsumieren und die andere Hälfte verkaufen, eine ganz wesentliche Einnahmequelle dar, über die sie ohne eigene Leistung (abgesehen von der Abholung in der Apotheke) und auf Kosten des Gesundheitswesens verfügen können. Und die Kosten für diese Behandlungsform (die natürlich in einem direkten Bezug stehen zu den Gewinnen der Herstellerfirma) sind hoch: allein im Strafvollzug (einem relativ überschaubaren

und daher gut berechenbaren pool) lagen die Substitutionskosten im Jahr 2007 für Methadon bei 960,87 Euro, für Substitol® retard aber bei 3.111,32 Euro, von 708 substituierten Insassen waren 333 mit Methadon, 255 mit Substitol® retard und 101 mit Subutex® behandelt; ein schließlich erfolgreicher Versuch, die Verschreibung im eigenen Wirkungsbereich wieder ordnungskonform zu gestalten, führte anfänglich zu erheblichen ost-lastigen Protesten.

Der Schwarzmarkthandel mit retardierten Morphinen wurde, wie oben schon ausgeführt, in den letzten Jahren zu einem lukrativen Geschäft für mehrere Interessensgruppen. In Wien wurden 2003 ca. 2.900.000 Stück Substitol® retard an SubstitutionspatientInnen abgegeben, was bedeutet, dass ein Betrag von 5.600.000 Euro dafür aufgewendet wurde. Auf dem Schwarzmarkt in Wien werden die Tabletten je nach Dosierung zu einem Stückpreis zwischen 20 und 40 Euro gehandelt; zwischen Wien, wo aufgrund der Verschreibungspraxis und des daraus resultierenden großen Angebots der Stückpreis in der Szene relativ niedrig liegt und den Bundesländern, wo (bei restriktiverer Verschreibung bzw. ordnungskonformerem Vorgehen) pro Tablette bis zu 50 Euro bezahlt werden, gibt es eigene Kurierdienste, d.h. die Substanz gelangt häufig in die Hände derer,

die weder in ärztlicher Kontrolle stehen noch über lange erworbene umfangreiche Dosierungserfahrungen verfügen. Für viele erfolgt der Einstieg in die Opiatkarriere heute häufiger über Drogenersatzmittel als über Heroin, wobei v.a. sehr junge, probierlustige Personen davon betroffen sind, die mit dem „Medikament“ eine vermeintlich ungefährliche Substanz applizieren und, und hier kann das Thema zu einer Frage von Leben und Tod werden, ohne jegliche Erfahrung im Umgang mit Opiaten, ohne Respekt vor der atemdämpfenden Wirkung dieser Substanz, v.a. bei zusätzlichem Alkoholkonsum und in grandioser Ignoranz der Gefahren, ihre Abenteuerlust immer wieder auch mit dem Leben bezahlen.

Lt. einer Meldung der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalt verzeichnete die Steiermark im Jahr 2008 einen dramatischer Anstieg an Suchtgifttoten: elf Menschen starben durch Drogen – 2007 waren es insgesamt 16, alle elf starben nach einer Überdosis der Ersatzdroge Substitol® retard. 95% der Grazer Drogenopfer waren nicht im Substitutionsprogramm. Substitol® retard habe Heroin als „Marktführer“ auf dem steirischen Suchtgiftmarkt abgelöst. Neben jenen, die Substitol® retard verschrieben bekämen, konsumierten es auch viele, die es am Schwarzmarkt kaufen. Besonders sie seien gefährdet, an einer Überdosis zu sterben, be-

tonte der Suchtkoordinator der Stadt Graz, Ulf Zeder. In Wien werde meist die gesamte Wochenration an die Abhängigen abgegeben und oft weiterverkauft, weil dort die Abgabe lockerer gehandelt werde als in der Steiermark. „Da schaut es so aus, dass normalerweise Tagesrationen zu verschreiben wären und diese Tagesrationen müssten auch vor dem Apotheker eingenommen werden. Leider wissen wir aus unseren Erhebungen, dass dem besonders in Wien nicht so ist, sondern dass meist eine gesamte Wochenration abgegeben wird“, wurde von Georg Tkaletz, Leiter der Suchtmittelabteilung im Landespolizeikommando, berichtet.

Ähnliche Verhältnisse finden sich auch in Oberösterreich: von insgesamt 19 Suchtgifttoten in den Jahren 2005 und 2006 verstarben 15 an retadierten Morphinen bzw. einer Mischintoxikation mit dieser Substanz, 14 davon waren nicht im Substitutionsprogramm, die Toten lagen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren. Im Vergleich dazu war im genannten Zeitraum ein Todesfall auf Heroin zurückzuführen.

Allein aus den Meldungen der schon zitierten öffentlich-rechtlichen Medienanstalt und aus den Meldungen fast aller Printmedien ließen sich noch unzählige Beispiele für das tödliche Ende eines Risikoverhaltens anführen, das von einem florierenden Schwarzmarkt

gestützt, von niedrigen Preisen erleichtert und von einer beträchtlichen Ignoranz mancher daran Beteiligten ermöglicht wird. Dem in diesem Kontext häufig gehörten Vorwurf, mit „Zeitungsmeldungen“ Panikmache zu betreiben und das Image einer wertvollen Substanz beschädigen zu wollen, kann man nur mit Verwunderung entgegen, dass wohl jede andere Substanz, die medial (fundierte und unwidersprochen) dermaßen angegriffen würde, schon längst Studien gegen die aufgestellten Anschuldigungen beibringen hätte müssen oder vom Markt genommen worden wäre und dass nichts leichter wäre, als die immerhin tödliche dieser Substanz zugeschriebene Nebenwirkung durch handfeste Untersuchungsdaten der Drogentoten zu widerlegen (entgegen der landläufigen Meinung ist retardiertes Morphin in der Obduktion sehr wohl von Heroin differenzierbar), wenn man das wollte oder wenn es der Faktenlage nach möglich wäre.

Gar nicht berührt wurde dabei bisher ein weiteres Gefährdungsmoment, nämlich das Faktum, dass die Galenik des in der Substitution großteils eingesetzten retardierten Morphins Talkum enthält, ein fettiges und als Schmier- und Gleitmittel eingesetztes Pulver, das sich bei der Zubereitung zur i.v. Injektion in einer „Wachsschicht“ auf der Injektionslösung absetzt und durch den gängigen

Einsatz von Zigarettenfiltern nicht vollständig entfernt werden kann. Beim intravenösen Konsum von retardierten Morphinen gelangt somit Talkum in den Blutkreislauf, was gemäß einer Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) zu schweren irreversiblen Gesundheitsschäden führen kann. Dieser Umstand ist schon seit Jahren bekannt und wurde durch die ÖBIG Studie 2004 präzise und sachlich präsentiert. Bereits 1998 hatte die Fa. Mundipharma in einem Schreiben vor diesen Gefahren gewarnt, die zu erwartende Reaktion der zuständigen Stellen blieben aber aus.

Stattdessen bemüht man sich nach Kräften, den florierenden Schwarzmarkt als nicht beweisbaren Mythos zu bagatellisieren, die potentiell letale Nebenwirkung als typisches Problem habituierter Drogenkonsumverhaltens zu bezeichnen und die offensichtlich nicht ausreichende Abgabesicherheit zu negieren.

Überhaupt nicht thematisiert wird die Tatsache, dass die fast ein Drittel des gesamten Substitutionsvolumens betreffende Verschreibung retardierter Morphine nicht durch die gesetzliche Verordnung gedeckt ist, einer gesetzlichen Regelung also klar zuwiderläuft. Niemand stellt die Frage, was die verschreibenden Ärzte wohl zu einem derart regelwidrigen Verhalten veran-

lasst und schon gar nicht wird hinterfragt, warum Länder mit einem durchaus vergleichbaren Betreuungsstandard (Substitol® retard wurde außer in Österreich nur noch in Bulgarien und Slowenien indiziert) bisher retardierte Morphine nicht in der Substitutionsbehandlung zugelassen haben bzw. ob es dafür wohl Gründe gibt, die nicht etwa in einer menschenverachtenden Ignoranz der Bedürfnisse Drogensüchtiger zu suchen wären.

Sehr treffend wurde die Problematik von einem Opiatabhängigen, den ich zur Begutachtung nach dem SMG zugewiesen bekam, zusammenfassend beschrieben: er kenne in seiner 10jährigen Drogenerfahrung niemand, der, obwohl substituiert, retardierte Morphine ordnungskonform einnehme, was man bei einer derart einfachen missbräuchlichen Verwendung und der leichten Möglichkeit zum lukrativen Missbrauch von einem Süchtigen wohl auch nicht erwarten könne. Es erschrecke ihn allerdings, dass auch ganz jungen, oftmals noch unter 18jährigen Probierkonsumenten, die eigentlich zur Beratung eine Beratungsstelle aufsuchen, sofort und ohne eigene Forderung Substitol® retard als Dauersubstitution angeboten würde, womit man sie in eine unwiderstehliche Versuchungssituation bringe, der wohl keiner mit der an sich vernünftigen Ablehnung begegnen könne. Am meis-

ten erschrecke ihn aber der Umstand, dass die Verhältnisse ja auch an höherer Stelle bekannt sein müssten, auch immer wieder in den Medien thematisiert würden und dass keine Gegenmaßnahmen gesetzt würden. Er vermute, dass man den Toten wohl nicht sonderlich nachtrauere, da man sich bei jedem verstorbenen Drogenabhängigen à la longue ja hohe Kosten im Gesundheitswesen erspare.

Literatur

- Änderung der Verordnung über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften. BGBl. II Nr. 374/1997, zuletzt geändert durch die Verordnung BGBl. II Nr. 227/2006, gültig mit 1. März 2007
- Anfragebeantwortung BM für Justiz 4606/AB XXIII. GP
- Bericht zur Drogensituation 2004, ÖBIG
- Bericht zur Drogensituation 2007, ÖBIG
- Bericht zur Drogensituation 2008, ÖBIG
- Giacomuzzi S. et al.: Zur Lebensqualität bei pharmakologischer Substitutionsbehandlung im Rahmen des ambulanten Methadonprogramms, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 24 2001, Nr. 1, 5-10
- Haltmayer H.: Nutzen und Risiko der Substitutionsbehandlung, Vortrag 1. Steirischer Suchthilfekongress 26. 9. 2006
- Suchtbericht 2007: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion

Korrespondenz

Prim. Dr. Heidi Kastner
Landesneuroklinik Wagner-Jauregg
Wagner-Jauregg Weg 15
4020 Linz

Living in the **Green Box**

Es ist schön **ER**ster zu sein!

Wer seit 12 Jahren als echtes Original im Rampenlicht steht,
glänzt durch profunde Erfahrung!



AUT-EPX06-0209

**Efectin® ER –
als Ersttherapie frei verschreibbar bei:**

- ◆ Depression
- ◆ Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe
- ◆ Generalisierter Angststörung (GAD)
- ◆ Sozialphobie (SAD)

Weil Linderung allein zu wenig ist.



Wyeth

www.wyeth.at
www.nein-zur-depression.at
www.nein-zur-angst.at

¹⁾ Laut Fachinformation.

EFFECTIN® ER
*simply effective*¹⁾

Robert Frühwirth

Behandlungsverbesserung für MigrantInnen

Die Interkulturelle Ambulanz in der Nervenlinik Linz

In der Nervenlinik Linz Psychiatrische Abteilung 1 gibt es seit 1. 1. 2005 als spezifische ambulante Behandlungseinrichtung die Interkulturelle Ambulanz.

Die psychiatrische Behandlung dieser zunehmenden Patientengruppe stellte die involvierten Professionen vor eine schwierige Aufgabe. Das wesentliche Kommunikationsmedium stellt die sprachliche Verständigung dar, welche aufgrund der Sprachbarriere häufig schwer bis gar nicht möglich ist. Die Zuhilfenahme von Angehörigen, Freunden und Bekannten als „Dolmetscher“ ist jedoch aus verschiedenen Gründen eine unbefriedigende Notlösung. Es kann hier das Vertrauensverhältnis nicht ausreichend gegeben sein oder die

übersetzende Person kann selbst in die Problematik einbezogen sein (z.B. Partnerprobleme, Erziehungsprobleme u.s.w.) Die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit dieser Hilfspersonen kann schwierig sein und manchmal sind auch deren Deutschkenntnisse ungenügend.

Besonders ungünstig sind Konstellationen, wo z.B. die minderjährige Tochter für die Eltern übersetzen soll. Kinder kommen dadurch in eine Erwachsenenrolle, die weder dem Alter, noch dem Stand in der Familie entspricht und aus therapeutischer Sicht äußerst problematisch zu beurteilen ist. Die Kinder der betroffenen Patienten müssen dann auch bei z.B. Behörden- oder Arztterminen zum Übersetzen mitgehen und werden da-

durch von den Erwachsenen verinnahmt. Es entstehen dadurch auch immer wieder in Behandlungsgesprächen unangenehme Situationen und wichtige Themen werden dadurch oft gar nicht angesprochen oder verfälscht übersetzt. Es hat sich auch die emotionale Einfärbung und Wortgetreue als immer wieder inadäquat erwiesen, sodass sich diese Übersetzungsvariante als eher ungeeignet erwiesen hat.

Die Zuhilfenahme von Personal mit Fremdsprachenkenntnissen ist ebenfalls keine befriedigende Lösung, da die jeweiligen Personen in dieser Zeit von ihrem eigentlichen Arbeitsplatz weggehen müssen.

Dies führte dazu, dass eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe ein Konzept für ein verbessertes Behandlungsetting entwickelte. Das Ergebnis ist die seit 1. 1. 2005 bestehende Interkulturelle Ambulanz (kurz IKA).

Ein wesentlicher Teil des Konzeptes ist die fixe Anwesenheit von Sprach- und Kulturvermittlern (kurz SKV) bei jedem Patientenkontakt. Vor dem Start der IKA bzw. von Patientenkontakten wurde eine Schulung zu psychiatrischer Gesprächsführung und Exploration durchgeführt. Die SKV müssen eine strikt neutrale Position einnehmen, jedoch ist eine wert-

schätzende und empathische Grundhaltung für die Gesprächsathmosphäre und den Gesprächsverlauf sehr wichtig. Es besteht auch die Möglichkeit zur Supervision bzw. zum Informationsaustausch vor und nach den Patientenkontakten.

Mittlerweile hat sich für die Hauptsprachen Türkisch, Serbokroatisch und Russisch ein fixer SKV-Pool entwickelt, sodass durch die kontinuierliche Zusammenarbeit im IKA-Staff eine gute Vertrauensbasis und „Eingespiltheit“ entstanden ist. Für andere Sprachen (Albanisch, Persisch ...) gibt es eine Dolmetscherliste, wobei auch hier zu einzelnen Dolmetschern gute Kontakte aufgebaut wurden.

Außer den SKV besteht der IKA-Staff in unterschiedlicher Stundenanzahl aus jeweils einem Vertreter verschiedener Berufsgruppen, welche eng untereinander zusammenarbeiten. Vertreten sind die Berufsgruppen Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Krankenpflegepersonal.

Die IKA ist eine Terminambulanz. Akute Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen werden über das Ambulanzzentrum versorgt. Die Patienten kommen über Weitervermittlung durch das Ambulanzzentrum, mit Überweisungen von Ärzten für Allgemeinmedizin,

Fachärzten und anderen Krankenhäusern, sowie Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Flüchtlinge und Migranten und über Mundpropaganda auch von selbst.

Behandelt werden erwachsene Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen mit verschiedenen schweren und/oder komplexen psychiatrischen und psychosomatischen Störungsbildern. Die mangelnden Deutschkenntnisse sind für sich alleine kein Behandlungsgrund in der IKA. Ausgenommen sind auch Patienten mit Demenzerkrankungen (Geriatric), Patienten unter 19 Jahren (Jugendpsychiatrie) und Patienten mit Drogenproblemen (Drogenambulanz).

In einer ersten fachärztlichen Untersuchung erfolgt Diagnostik und weitere Therapieplanung. Es können Zuweisungen an andere Berufsgruppen des IKA-Staff erfolgen (z.B. Psychotherapie, Klin. Sozialarbeit ...) oder diese auch zu Kontrollterminen beigezogen werden.

Beim Ersttermin wird auch entschieden, ob der Patient eine stationäre, tagesklinische, weitere ambulante oder weitere externe Behandlung braucht. Die Inanspruchnahme von Mitgliedern des IKA-Staffs ist immer nur bei vorangehender fachärztlicher Untersuchung und anschließender interner Zuweisung möglich.

Eine externe Überweisung zur z.B. ausschließlichen Psychotherapie über die IKA ist nicht möglich.

Nach fast 4 Jahren Behandlungserfahrung können wir sagen, dass das Behandlungsangebot der Interkulturellen Ambulanz eine wichtige Verbesserung im Behandlungs- und Beratungsangebot für Migranten und Flüchtlinge darstellt. Der Wegfall der Sprachbarriere und die sehr gute Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturvermittlern bringen sowohl für die Behandler, als auch für die Patienten eine wesentliche Verbesserung der Behandlungsqualität. Die Spezialisierung und Erfahrung des Behandlungsteams hinsichtlich Besonderheiten verschiedener Kulturen trägt ebenfalls zum Behandlungserfolg bei. Die Patienten nehmen das Angebot sehr gerne an und zeigen sich dafür auch immer wieder sehr dankbar.

Korrespondenz

Robert Frühwirth
robert.fruewirth@gespag.at



Ich dachte, ich könnte etwas verpassen.

Mit ZYPREXA® habe ich wieder mehr Kontrolle.

Mit Zyprexa® können Sie Ihre Patienten langfristig stabilisieren und wieder ins Leben zurückführen.^{1,2,3}

In internationalen Therapie-
richtlinien als 1. Wahl zur Phas-
senprophylaxe empfohlen
(CANMAT, NICE*)



AT 17-05848, Januar 2008

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, schizotypen und verwandten Störungen an 1481 Patienten mit depressiven Begleitsymptomen unterschiedlichen Schweregrades (Ausgangswert durchschnittlich 16,6 auf der Montgomery-Åsberg-Depressionskala) erwies sich Olanzapin (-6,0) in einer prospektiven Analyse der Depressions-score-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: Tablettentkern: Lactose-Monohydrat, Hydroxypropylcellulose, Croscopolon, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. Tablettentfilm 2,5 (5; 10) mg: Hypromellose, Farbmischung weiß (Hypromellose, Titandioxid E 171, Macrogol, Polyborat 80), Karminschwartz, essbare blaue Tinte (Schellack, Makrogol, Indigocarmin E132). Tablettentfilm 15 mg: Hypromellose, Farbmischung hellblau (Titandioxid E 171, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Farbstoff Indigo-carmin (E132), Karminschwartz, Schmelztabletten: Gelatine, Mannitol, Aspartam, Natriumthyl-4-hydroxybenzoat, Natriumpoly-4-hydroxybenzoat. PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER: Eli Lilly Nederland B.V., Grooteslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

1. Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):1011-1017. 2. Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1261-1271. 3. Namyoshi MA et al. *J Affective Disord* 2002;69:109-118.

* Yatham LN et al. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007*. Bipolar disorders 2006;8:721-739. * National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London July 2006.

Lilly

ZYPREXA
Olanzapin
PERSPEKTIVEN FÜR DAS LEBEN

Stefan Strotzka, Asita Sepandj, Georg Psota

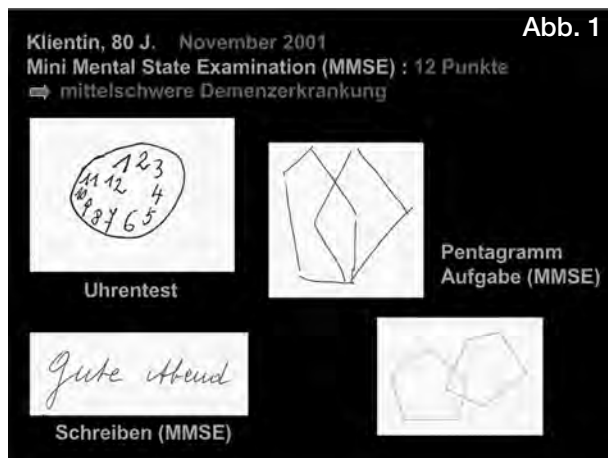
„Die Schimmel warten schon ...“

Acht Jahre GerontoPsychiatrisches Zentrum des PSD Wien

Im November 2001, zwei Monate nach Eröffnung des GerontoPsychiatrischen Zentrums des PSD Wien in der Sechsschimmelgasse kam eine 80-jährige Klientin in Begleitung ihres Neffen zur Untersuchung. Sie war von Beruf Schneiderin, verwitwet, kinderlos und ihr Neffe war der einzige verbliebene Verwandte.

Kurz vor dem Besuch im Zentrum wurde in ihre Wohnung eingebrochen, sie war daraufhin sehr verwirrt und der Neffe machte sich große Sorgen um seine Tante. Bei der neuropsychologischen Untersuchung stellte sich

heraus, dass die Klientin an einer mittelschweren Demenz erkrankt war. In der Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975) erreichte sie 12 von 30 möglichen Punkten und hatte große Probleme beim Zeichnen einer Uhr im Uhrentest (Abb. 1).

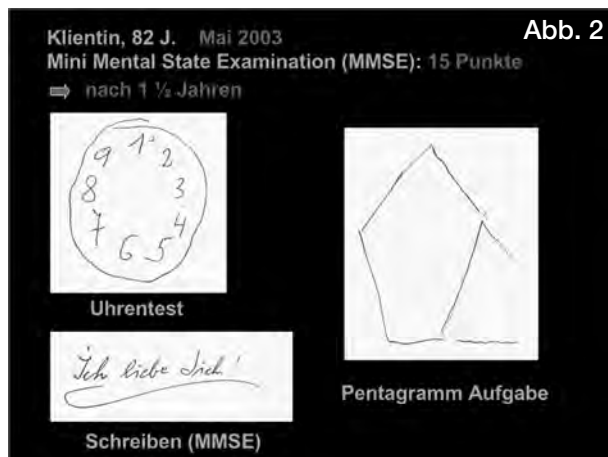


Sie war ein humorvoller, fröhlicher, sehr freiheitsliebender Mensch und so versuchte das Team des Zentrums ihren Wunsch, möglichst lange in der vertrauten Umgebung der eigenen Wohnung bleiben zu können, zu erfüllen. Die Klientin bekam eine antidementive Therapie und wurde eingeladen, einmal in der Woche immer am Donnerstag um zehn Uhr zum Gedächtnistraining zu kommen. Aufgrund der fortgeschrittenen Demenzerkrankung war es für sie nicht mehr möglich, den richtigen Wochentag zu erkennen. Zum Glück gab es aber einen sehr netten Bekannten, der am Donnerstag in der Früh bei ihr anrief und sie mit den Worten „Die Schimmel warten schon ...“ an den Termin erinnerte. Die Sechsschimmelgasse im 9. Wiener Gemeindebezirk ist eine relativ steile Gasse, die Legende besagt, dass sechs Schimmel nötig waren, um die Fuhrwerke nach oben zu ziehen.

Die Wohnung der Klientin lag glücklicherweise im selben Bezirk, die Gegend war ihr von Jugend an vertraut, tief im Altgedächtnis verankert und so fand sie ohne Probleme den Weg. Sie hatte etwa 20 Minuten zu gehen und kam immer zu Fuß, beim Eintreffen im Zentrum freute

sie sich sehr darüber, alle MitarbeiterInnen des Teams wieder zu treffen.

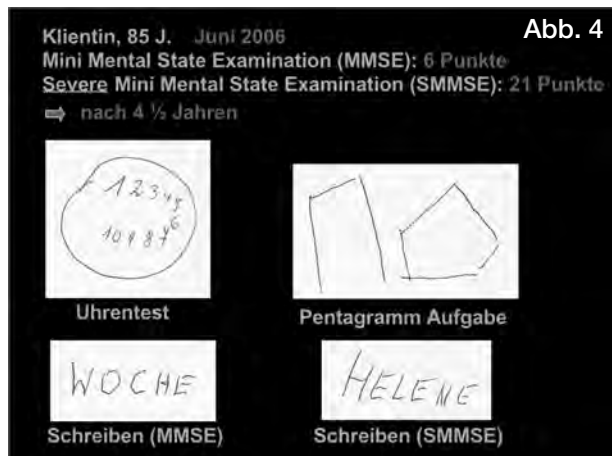
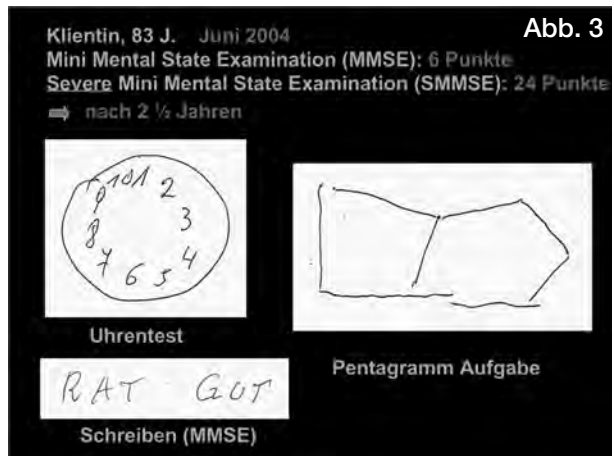
So kam die Klientin über zwei Jahre regelmäßig jeden Donnerstag zum individuell abgestimmten 45-minütigen Gedächtnistraining, in regelmäßigen Abständen gab es zusätzlich ein Gespräch mit dem behandelnden Psychiater, der die antidementive Therapie optimierte. Sowohl der Neffe als auch der nette Bekannte, der telefonisch an den Donnerstag-Termin erinnerte und sich in einer bezaubernden Art und Weise um die Klientin kümmerte, kamen immer wieder zu Angehörigen-Beratungsgesprächen und wurden bei kleineren Problemen auch telefonisch unterstützt. Nach 1 ½ Jahren zeigte sich bei einer Kontrolluntersuchung erfreulicherweise eine Verbesserung in der Mini Mental State Examination (MMSE) von 12 auf 15 Punkte (Abb. 2).



Zwei Jahre nach dem Erstkontakt wurde die Klientin in ihrem Stiegenhaus überfallen, es folgte ihr jemand, der die Handtasche raubte. Von diesem Zeitpunkt an kam sie nicht mehr zum Gedächtnistraining, es gab dann Hausbesuche und mittlerweile auch Unterstützung von Heimhilfen und Besuchsdiensten. Bei einer Kontrolluntersuchung nach 2 ½ Jahren erreichte sie im MMSE-Test nur mehr sechs von 30 möglichen Punkten und befand sich somit im Bereich einer schweren Demenzerkrankung (Abb. 3).

Inzwischen war ihr netter Bekannter gestorben, der Neffe kümmerte sich weiterhin um seine Tante, kam zwei bis drei Mal pro Woche auf Besuch und eine 90-jährige körperlich und geistig fitte Wohnungsnachbarin schaute täglich vorbei. So war es auch in diesem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz noch möglich für die Klientin, weiterhin in ihrer eigenen Wohnung zu leben. Im Juni 2006, vier-einhalb Jahre nach

dem ersten Besuch im Zentrum, kam sie zum letzten Mal zu einer Untersuchung, auch zu diesem Zeitpunkt erzielte sie im MMSE-Test wieder sechs Punkte (Abb. 4). Die Klientin übersiedelte erst im Jänner 2007 in ein Pflegeheim und konnte somit nach dem Erstkontakt noch mehr als fünf Jahre in den vertrauten vier Wänden bleiben.



Bilanz nach acht Jahren

Das GerontoPsychiatrische Zentrum ist eine ambulante sozialpsychiatrische Einrichtung der Psychosozialen Dienste in Wien. Im Team arbeiten fünf Frauen und drei Männer aus den Fachbereichen Psychiatrie, Psychologie, Diplomkrankenpflege und Sekretariat. Sie sind insgesamt 220 Wochenstunden beschäftigt, dies entspricht ungefähr sechs Vollzeitarbeitskräften („sechs Schimmeln“). Die HauptzuweiserInnen sind MitarbeiterInnen des „Fonds Soziales Wien“, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für Psychiatrie u. Neurologie, weiters gibt es Zuweisungen von Einrichtungen des PSD Wien und aus Wiener Spitälern. Etliche KlientInnen kommen auch über Mundpropaganda ins Zentrum.

In den ersten acht Jahren wurden mehr als 2.800 KlientInnen (etwa 20% über Hausbesuche) mit einem Durchschnittsalter von fast 80 Jahren betreut. Zwei Drittel waren an einer Demenz erkrankt, bei etwa 20% wurde ein Mild Cognitive Impairment (MCI) diagnostiziert, eine leichte kognitive Beeinträchtigung mit einer wahrscheinlichen demenziellen Entwicklung. Diese MCI-PatientInnen wurden oft bereits nach einem halben Jahr telefonisch oder brieflich zu einer neuropsychologischen Kontrolluntersuchung eingeladen, ansonsten gab

es meistens Jahreskontrollen (650x erste Kontrollen, 350x zweite Kontrollen, 200x dritte Kontrollen, 100x vierte Kontrollen, 60x fünfte Kontrollen, 30x sechste Kontrollen, 15x siebente Kontrollen, 7x achte Kontrollen und 3x neunte Kontrollen). Drei Personen kamen also mit der Erstuntersuchung schon zehn Mal zu einer neuropsychologischen Untersuchung. Bei diesen etwa 1.400 Kontrollen blieb bei ca. 60% der KlientInnen die kognitive Leistung gleich, ca. 30% verschlechterten sich nach einem Jahr und bei ca. 10% kam es sogar zu einer Verbesserung. Wenn man bedenkt, dass ein Drittel an einer mittelschweren oder schweren Demenz erkrankt war und das durchschnittliche Alter etwa 80 Jahre betrug, ist es bemerkenswert, dass nur 5% der PatientInnen nach jeweils einem Jahr in ein Pflegeheim übersiedelten.

Insgesamt wurden in den ersten acht Jahren mehr als 3.500 neuropsychologische Untersuchungen (60% Erstuntersuchungen, 40% Kontrollen) durchgeführt. Daraus wird ersichtlich, dass regelmäßige Kontrollen im GerontoPsychiatrischen Zentrum einen sehr hohen Stellenwert haben. Die Testungen finden in einer guten und entspannten Atmosphäre in einem freundlich gestalteten Raum statt und werden von der überwiegenden Mehrheit der KlientInnen angenehm erlebt (Strotzka, 2004; Auer et al. 2008).

In einer Untersuchung von 68 demenzten Menschen, die über vier Jahre ins Zentrum kamen, zeigte sich von der Erstuntersuchung bis zur vierten Kontrolle lediglich eine durchschnittliche Verschlechterung im MMSE-Test von 23,7 auf 20,2 Punkte, also ein Minus von 3,5 Punkten. So blieb bei 40% die kognitive Leistung über vier Jahre sogar ganz gleich bzw. verbesserte oder verschlechterte sich nur geringfügig um ein bis zwei Punkte. Bei der Hälfte verschlechterte sich die Leistung um drei bis acht Punkte und nur bei 7 Personen (10%) gab es eine nach der Literatur zu erwartende Verminderung der kognitiven Leistung im MMSE-Test von mehr als neun Punkten. Klinische Studien zeigen, dass ohne Behandlung eine Verschlechterung der Demenz von durchschnittlich 3 – 4 Punkten allein in einem Jahr in der Mini Mental State Examination zu erwarten ist (Schneider, 2001).

Die PatientInnen verschlechterten sich nach vier Jahren im Schnitt also nur in dem Ausmaß, wie man es bereits nach einem Jahr erwarten würde. Welche Personen befinden sich nun in dieser Gruppe und wie lässt sich das erfreuliche Ergebnis erklären?

Das durchschnittliche Alter der PatientInnen (70% Frauen, 30% Männer) beträgt bei der vierten Kontrolle 81 Jahre, etwa die Hälfte

befinden sich von der ersten Testung bis zur vierten Kontrolle im leichten Demenzstadium, 15% bleiben über die vier Jahre im mittelschweren Demenzbereich, ein Viertel verschlechtert sich vom leichten zum mittelschweren Stadium und 5% vom mittelschweren zum schweren Stadium. Bei der überwiegenden Mehrheit der Personen wird eine Alzheimer Demenz (34% später Beginn F00.1, 50% gemischte Form F00.2, 4% früher Beginn F00.0) diagnostiziert.

Fast die Hälfte (43%) lebt alleine in der Wohnung, 43% mit dem Ehepartner, 10% mit Kind oder Enkel zusammen und drei Personen wohnen in einem betreuten Wohnheim. Genau die Hälfte der Menschen haben zwei bis vier Kinder, ein Drittel ein Kind und nur elf (16%) haben keine Kinder. Bei vielen PatientInnen wird sowohl von den Kindern als auch den Ehepartnern sehr viel Betreuungsarbeit geleistet. Etwa die Hälfte der Personen hat noch keine Heimhilfe, 20% gehen in ein Tageszentrum und ein Drittel nimmt die Hilfe von Heimhilfen in Anspruch, zwei haben eine 24-Stunden Betreuung. Bei der PflegegeldEinstufung konnte für 39 Personen (57%) eine Erhöhung um insgesamt 92 Pflegestufen erreicht werden (7x Erhöhung um eine Stufe, 19x zwei Stufen, 7x drei Stufen, 5x vier Stufen, 1x sechs Stufen). So waren vor dem Besuch im Zen-

trum nur 29% auf Pflegegeld eingestuft, danach erhalten 68% eine finanzielle Unterstützung durch Pflegegeld. Nur 9% der 68 dementen Personen bekamen bei der Erstuntersuchung eine antidementive Therapie, nach der ärztlichen Behandlung im Zentrum wurden 97% mit modernen Antidementiva therapiert. 13 PatientInnen (19%) wurden sogar mit der Kombinationstherapie (Acetylcholinesterasehemmer + Memantine) behandelt.

Die 68 Personen kamen in den vier Jahren im Durchschnitt 13x ins Geronto Psychiatrische Zentrum (Minimum: 5x, Maximum: 95x) und es gab mit durchschnittlich 28 Telefonkontakten (Minimum: 6x, Maximum: 115x) mehr als doppelt so viele Telefongespräche wie Ambulanzbesuche. Bei neun PatientInnen fanden insgesamt 20 Hausbesuche statt. Für das relativ erfolgreiche Abschneiden dieser Gruppe nach vier Jahren Betreuung gibt es sicherlich keine einfache und alleinige Erklärung. Ein guter Mix aus antidementiver Therapie, ausführlicher Angehörigenberatung, sozialen Kontakten und Gedächtnistraining in Tageszentren macht vermutlich den Erfolg aus.

Resümee

Neben der konkreten Arbeit für die Menschen war es Mitarbeitern des Zentrums immer ein großes Anliegen, das erarbeitete Wissen einer größeren Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Auf vielen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen wurden die neuesten Erkenntnisse aus der Demenzforschung und der praktischen Arbeit im GerontoPsychiatrischen Zentrum vorgestellt.

Der erstmals in der Zeitschrift „Psychopraxis“ präsentierte „Schnelle Uhren-Dreier“ („Drei Wörter Uhrentest“, Strotzka et al. 2003) ist mittlerweile ein weit verbreiteter Screening-Test zur Demenzerkennung in Österreich. Das Verfahren wurde zunächst von Pharmafirmen großflächig verteilt und inzwischen veröffentlichte auch das Niederösterreichische Hilfswerk den Test und verwendet ihn in der täglichen Arbeit. Die ebenfalls in der Zeitschrift „Psychopraxis“ vorgestellte deutschsprachige Übersetzung der Severe Mini Mental State Examination (Strotzka et al. 2005), ein Test für den schweren, fortgeschrittenen Demenzbereich, wird inzwischen auch an interessierte ÄrztInnen und PsychologInnen verteilt.

Neben vielen anderen PraktikantInnen absolvierten auch die Mitarbeiterinnen des im Jahr 2007 eröffneten GerontoPsychiatrischen Zentrums Graz (Klug et al. 2007) zur Weiterbildung einige Praktika im Wiener Zentrum, das als Modell für die Grazer Einrichtung diente (Strotzka et al. 2004). Möglicherweise kann dieser Artikel einen kleinen Beitrag dazu leisten, dass auch in anderen Städten dringend benötigte sozialpsychiatrisch orientierte Gerontopsychiatrische Zentren entstehen. Das Team der Einrichtung der Psychosozialen Dienste in Wien wird auch in den kommenden Jahren versuchen, demenzkranken Menschen ein möglichst langes Leben in der vertrauten Umgebung der eigenen vier Wände zu ermöglichen.
„Die Schimmel warten schon ...“

Literatur

- Auer, S, Strotzka, S, Weber, S et al. (2008): Leistungstestung von Menschen mit Demenz. Psychopraxis, 02/08: 16-21
- Folstein, MF, Folstein SE, Mc Hugh, PR (1975): „Mini-Mental State“ – A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. Journal of Psychiatric Research, 12: 189-198
- Klug, G, Hermann, G, Fuchs-Nieder, B et al. (2008): Geriatric psychiatry home treatment (GHT): A pilot study on outcomes following hospital discharge for depressive and delusional patients. Archives of Gerontology and Geriatrics, 47: 109-120
- Schneider, LS (2001): Cornerstones in the Management of Alzheimer's disease, 15 Supplement 1: S8-S18
- Strotzka, S, Psota, G, Sepandj, A (2003): Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Psychopraxis, 04/03: 16-24
- Strotzka, S (2004): 30 Jahre Mini-Mental State Examination – Eine kritische Würdigung. Psychopraxis, 05/04: 24-34
- Strotzka, S, Psota, G, Sepandj, A (2004): Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GPZ) des PSD Wien. Neuropsychiatrie, 18 (S1): 45-50
- Strotzka, S, Sepandj, A, Psota, G (2005): Severe Mini Mental State Examination – Neuropsychologie für schwer demente Menschen. Psychopraxis, 06/05: 10-15

Korrespondenz

Mag. Stefan Strotzka
Klinischer Psychologe
GerontoPsychiatrisches Zentrum
des PSD Wien
Sechsschimmelgasse 21
A-1090 Wien
Tel.: 01 310 00 16



Stimmungstief ade! **Hilfe aus der Natur**



„Eines Tages saß die Traurigkeit in einer Ecke und erzählte der Verzweiflung, dass die Kraft sie verlassen hatte.“

Wer kennt sie nicht? Die Niedergeschlagenheit, wenn sich die kleinen und größeren Belastungen des Lebens summieren und man sich überfordert und leer fühlt. Freilich ist nicht jedes Stimmungstief eine Depression und nicht jede depressive Verstimmung braucht eine medikamentöse Behandlung - schon gar keine „schweren Geschütze“.

Oft helfen bereits milde pflanzliche Präparate aus der Apotheke über den Blues hinweg. Johanniskraut etwa hebt die Stimmung und kann zum Beispiel als Tee oder in Form von Dragees eingenommen werden.

Kommen Sie zu uns. Wir beraten Sie gerne.



Apotheke **Eine Frage der Gesundheit**



Schizophrenie in Bewegung

Lebensstadien – Psychiatrie - Kultur

Die subjektive Seite der Schizophrenie - XII. Tagung
24. – 26. Februar 2010, Wien

Hörsaalzentrum C 1, Universitätscampus im Alten AKH, Hof 2

Mit Vorträgen von

Norman Sartorius, Sigrid Steffen, Thomas Bock, Michaela Amering, Georg Psota,
Michael Krausz, Dieter Naber, Steffi Riedel-Heller, Johannes Wancata, Evelin Gottwalz,
Wolfgang Maier, Brigitte Schmid-Siegel, Thomas Becker, Andreas Heinz, Christa Straßmayr,
Harald Freyberger, Anne Karow, Christian Horvath, Ralf Gössler, Volkmarr Aderhold, Dortje Kal,
Gyöngyiver Sielaff, Martin Lambert, Gabriele Sachs, Jörg Fegert, Antje Müller, Ingo Schäfer,
Antonia Croy, Heinz Katschnig

Information und Anmeldung unter
<http://lubis.lbg.ac.at>



Ludwig Boltzmann Institut
für Sozialpsychiatrie

Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Wien,
in Kooperation mit den Universitätskliniken für Psychiatrie in Hamburg und Greifswald

Koordination: Michaela Amering, Heinz Katschnig, Michael Krausz

Fachkurzinformation – Cipralex® 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 wasserfreies 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 Bestandteile. Gleichzeitige Behandlung mit nicht selektiven, irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern); **Zulassungsinhaber und Hersteller:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Copenhagen – Valby, Dänemark; **Vertrieb:** Lundbeck Austria GmbH, Dresdner Straße 82, 1200 Wien; Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachkurzinformation – 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: Indigocarmin, Aluminiumsulfat (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:** Calciumtrimetasilicid, 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:** Aripiprazol 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 1HU - Vereinigtes Königreich. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig.

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.

FACHKURZINFORMATION RISPERDAL® CONSTATM

Bezeichnung des Arzneimittels: RISPERDAL CONSTA 25mg, RISPERDAL CONSTA 37,5mg und RISPERDAL CONSTA 50mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer verzögert freisetzenden Suspension zur intramuskulären Injektion. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält 25 mg, 37,5 mg oder 50 mg Risperidon. 1 ml der hergestellten Suspension enthält 12,5 mg, 18,75 mg oder 25 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile: 1 ml der hergestellten Suspension enthält 3 mg Natrium. **Anwendungsgebiete:** RISPERDAL CONSTA ist indiziert zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Patienten, die zur Zeit mit oralen Antipsychotika stabilisiert sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Antipsychotika, ATC Code: N05AX08. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Poly-(DL-lactidglycolid) (75:25); Lösungsmittel: Polysorbat 20, Carboxymethylcellulose, Calciumhydrogencarbonat, Natriummonohydrogenphosphat, Citronensäure (wasserfrei), Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien. **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig:** Rp., apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Juli 2008

QUELLEN: 1) Fachinformation Seroquel®. 2) Estimate based in IMS APDL and Prescription data.

FACHKURZINFORMATION: BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: 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 8 Seroquel 25 mg - Filmtabletten und 1 Seroquel 200 mg - Filmtablette. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern - Povidon, Calciumhydrogencarbonat, Ethylen-Diämin, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylcellulose-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 - Filmtablett) **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Schizophrenie. Behandlung der mittelepisodischen 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 Cyclosporin P450 3A4 - Inhibitoren wie HIV-Proteasehemmern, Antimykotika vom Azolyl-, Echinocystin-, Clotrimazol- und Nifedipin-Hemmer, Clonidine und Verapamil-Hemmer. **INHABER DER ZULASSUNG:** AstraZeneca Österreich GmbH, Schwarzenbergplatz 7, A-1027 Wien E-mail: info.austria@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 zu B. Austria Cobergo zu entnehmen.

Hinweise für Autoren

Ziele der Zeitschrift

„Gemeindenaher Psychiatrie“ ist das Organ der Österreichischen Gesellschaft für gemeindenaher Psychiatrie und des Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit (pro mente austria). Sie ist inhaltlich für sozialpsychiatrische Themen im weitesten Sinne offen. Vielfalt der Meinungen und Autoren ist erwünscht.

Manuskripte

Manuskripte sind per Post oder E-Mail an den Herausgeber zu senden:

Univ.-Prof. Prim. Dr. Hans Rittmannsberger

c/o Landes-Nervenklinik

Wagner-Jauregg-Weg 15

A- 4020 Linz

E-Mail: hans.rittmannsberger@gespag.at

Typen der Beiträge

1 Wissenschaftliche Arbeiten

Diese orientieren sich an den üblichen Kriterien wissenschaftlicher Arbeiten (z.B. Fragestellung, Material und Methodik, Ergebnisse, Diskussion, Literatur).

2 Praxisberichte

Diese Abteilung ist Berichten gewidmet, die von Theorie und Methodik weniger aufwändig gestaltet, für die tägliche Praxis aber interessant und belangvoll sind. Dazu gehören auch Berichte aus Vereinen, die im psychosozialen Feld tätig sind und von Veranstaltungen.

3 Stellungnahmen zu aktuellen Geschehnissen

4 Buchbesprechungen

Gestaltung der Beiträge

Beiträge sollen mit einer Zusammenfassung (max. zehn Zeilen; nur bei wissenschaftlichen Arbeiten) versehen sein. Das Literaturverzeichnis ist alphabetisch nach dem Erstautor zu ordnen. Die Literaturangaben im Text erfolgen durch Nennung des Erstautors und der Jahreszahl der Publikation.

Im Literaturverzeichnis soll in folgender Form zitiert werden:

Amering M, Schmolke M (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Müller D, Roder V, Brenner D (2007): Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrener Erkrankte. Nervenarzt 78:62-73

Die Beiträge sollen mit der vollständigen Korrespondenzadresse des Erstautors (inkl. Berufsbezeichnung und Angabe des Arbeitsplatzes, aber keine Namenskürzel) versehen werden.

Offenlegung laut Mediengesetz

„Gemeindenaher Psychiatrie“ ist die Zeitschrift der „Österreichischen Gesellschaft für gemeindenaher Psychiatrie“ mit Sitz in Linz. Sie befindet sich zu 100 % im Besitz dieser Gesellschaft.

Die Zeitschrift dient der Publikation von wissenschaftlichen Beiträgen, Praxisberichten und Buchbesprechungen aus dem psychiatrischen und psychosozialen Themenbereich.