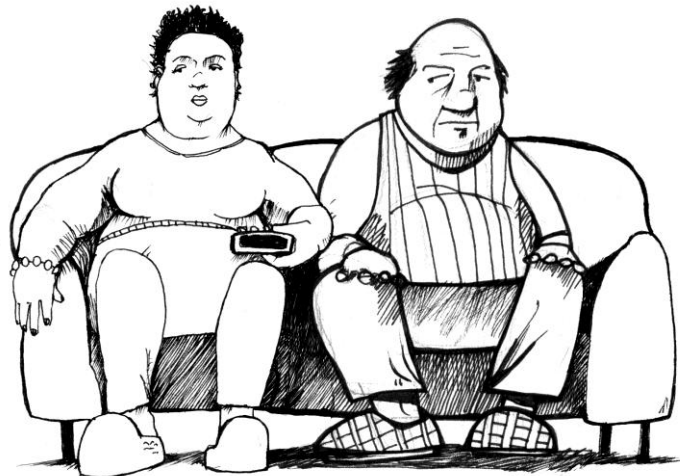




Oft im Duett: Depression und Diabetes

Presseinformation



Weitere Info für Ärzte: www.mddm.at (Kennwort: mddm)

Inhalt

1. Herzlich willkommen – Infos auf einen Blick
2. Jeder zweite Typ2-Diabetiker depressiv?
3. MDDM und die Kunst, Diabetiker zu gesundem Lebensstil zu motivieren
Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak, Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz
4. MDDM und die Kunst, Diabetiker zu demaskieren
Prim. Dr. Heidemarie Abrahamian, Privates Institut für Medizin & NLP GmbH, Wien
5. MDDM und die Kunst, Diabetiker ganzheitlich zu behandeln
Prim. Dr. Andreas Walter, ärztlicher Leiter der 5. Medizinischen Abteilung mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt am Geriatriezentrum am Wienerwald
6. Was ist die IFPA?
7. Patientenbericht
Eveline Pizsa
8. Pressefotos
9. Beilagen:
 - Patientenbroschüre
 - MDDM Information
 - Statistik

**1. Herzlich willkommen
zum
Pressefrühstück**

Anlässlich des Weltdiabetestages am Sonntag, 14. November 2010
vom 27.-30. Oktober in Salzburg

**Einladung zum Pressefrühstück
Oft im Duett: Depression und Diabetes**

Wann? Mittwoch, 10. November, 10 Uhr

Wo? Österreichischer Journalistenclub (ÖJC), Blutgasse 3, 1010 Wien (hinter
dem Stephansdom)

Die „**MDDM**-Studie* (**M**ajor **D**epression - **D**iabetes **M**elitus), publiziert im Journal of Neuropsychiatric Diseases and Treatment, wurde an sieben österreichischen Diabetesambulanzen und Schwerpunktpraxen durchgeführt. Sie bestätigt, dass nur wenn beide Krankheiten – Depression und Diabetes Typ 2 - adäquat behandelt werden, eine gute Stoffwechseleinstellung gelingen kann. Parallel zur Besserung der depressiven Symptomatik, gemessen anhand des Becks Depression Inventory (BDI), kam es zu einer signifikanten Abnahme des HbA1c, des Gewichts und des Nüchternblutzuckers innerhalb von sechs Monaten.

** Abrahamian H et al. Diabetes mellitus and co-morbid depression: treatment with milnacipran results in significant improvement of both diseases. Neuropsychiat. Dis. Treat. 2009; 5 261-266*

Auf dem Podium:

- **Univ. Prof. Dr. Hermann Toplak**, Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz: „Obwohl von höchster klinischer Relevanz, bleibt ein Großteil der depressiven Diabetiker unerkannt. Die Folge: Erschwerte Therapiebedingungen.“
- **Prim. Dr. Heidemarie Abrahamian**, Privates Institut für Medizin & NLP GmbH, Wien: „Bei Typ-2-Diabetikern sollte ein Depressions-Screening zum Standard gehören. Als schnell durchführbare, einfache Methode hat sich in der Praxis die SKID-Formel - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV - etabliert.“
- **Prim. Dr. Andreas Walter**, ärztlicher Leiter der 5. Medizinischen Abteilung mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt am Geriatriezentrum

am Wienerwald: „Nicht jedes Antidepressivum ist für Diabetiker geeignet. Diabetiker stehen üblicherweise wegen ihrer Grunderkrankung unter Dauermedikation. Deshalb ist es von besonderer Wichtigkeit, dass das Antidepressivum ein möglichst geringes Interaktionspotenzial aufweist.“

- **Patientin Eveline Pizsa:** „Ich bin vor 13 Jahren an Diabetes erkrankt. Es war für mich sehr schwer, den Therapieplan umzusetzen, da ich gleichzeitig mit Depressionen zu kämpfen hatte. Nachdem ich wegen der Depressionen in therapeutischer Behandlung bin, habe ich auch den Diabetes tadellos im Griff.“

Auf der Presse-CD befinden sich:

- Pressemappe als DOC und PDF
- Bilder in Druckqualität: Referenten, Illustrationen, Logos

2. Jeder zweite Typ2-Diabetiker depressiv?

Menschen mit Typ2-Diabetes leiden doppelt so häufig an Depression wie Stoffwechselgesunde. Umgekehrt erhöht eine Depression das Risiko an Diabetes zu erkranken. Kommen beide Erkrankungen zusammen, potenzieren sich die negativen Folgen für die Lebensqualität und die Lebensdauer der Betroffenen.

„Obwohl von höchster klinischer Relevanz, bleibt ein Großteil der depressiven Diabetiker unerkant“, so Univ. Prof. Dr. Hermann Toplak, Stoffwechselexperte an der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz. Das liegt oft daran, dass die Symptome der Depression fälschlicherweise der Grunderkrankung Diabetes zugeschrieben werden. Zum anderen sind stark übergewichtige Personen daran gewöhnt, seelische Probleme zu verbergen. Depressive Symptome sind daher beim übergewichtigen Diabetiker mitunter schwer zu erkennen. Die Folgen sind fatal. Nach dem Motto „Bringt doch alles nichts“ sind depressive Diabetiker weder motiviert, Bewegung zu betreiben, noch sich gesund zu ernähren oder die für eine gute Stoffwechseleinstellung notwendigen Vorkehrungen zu treffen. Auch die korrekte Medikamenteneinnahme leidet darunter.

Das Screening von Typ2-Diabetikern nach Depression sollte zum Standard gehören.

Die Auswertung einer aktuellen Erhebung bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten in Österreich zeigt, dass fast 50 Prozent der Typ2-Diabetiker depressive Symptome aufweisen.

„Die Daten demonstrieren anschaulich, wie dringend erforderlich ein Depressions-Screening bei Internisten und Allgemeinmedizinern ist“, so Prim. Dr. Heidemarie Abrahamian, Privates Institut für Medizin & NLP GmbH, Wien. Es ist schwierig einen Diabetiker dazu zu bringen, seine Masken abzulegen“, weiß sie aus Erfahrung. „Doch erst dann können wir ihm helfen.“ Daher sollte beim Typ-2-Diabetiker, wie in Deutschland, routinemäßig ein Depressions-Screening durchgeführt werden. Als einfache Screeningmethode hat sich im medizinischen Alltag die **SKID**-Formel etabliert (**S**trukturiertes **K**linisches Interview für **D**SM-IV).

Depressionen kompetent behandeln

„Nicht jedes Antidepressivum ist für Diabetiker geeignet“, so Primar Dr. Andreas Walter, ärztlicher Leiter der 5. Medizinischen Abteilung im Geriatriezentrum am Wienerwald. Er umreißt das Anforderungsprofil eines spezifischen Antidepressivums für Typ2-Diabetiker:

o Gewichtsneutralität:

Typ2-Diabetiker sind oft übergewichtig. Daher sollte das Antidepressivum den Stoffwechsel negativ beeinflussen.

o Sexualität:

Viele Diabetiker haben Probleme mit ihrer Sexualität. Diese sollten durch das Antidepressivum nicht noch zusätzlich verstärkt werden.

o Kardiovaskuläre Sicherheit

Diabetes und Depression sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK. Das Antidepressivum muss „herzneutral“ sein.

o Wechselwirkungen

Diabetiker haben von Haus aus „viel zu schlucken.“ Ein Antidepressivum, das nicht im CYP450-System verstoffwechselt wird, ist vorzuziehen.

o Wirksamkeitsnachweis

Idealerweise sollte die Wirksamkeit des gewählten Antidepressivums bei Diabetikern in einer Studie nachgewiesen sein.

Der Hintergrund:

Die Studie **MDDM (Major Depression - Diabetes Melitus)**, publiziert im Journal of Neuropsychiatric Diseases and Treatment, May 2009, wurde an sieben österreichischen Kliniken durchgeführt. Sie bestätigt, dass erst die erfolgreiche Behandlung der Depression die gewünschte Qualität der Stoffwechseleinstellung ermöglicht. Eingeschlossen wurden die Daten von 33 Patienten, deren Diabetes mit Metformin (Diabetex®) und deren Depression mit Milnacipran (Ixel®) behandelt wurde. Parallel zur Besserung der depressiven Symptomatik, gemessen anhand des Beck Depression Inventory (BDI), kam es innerhalb von sechs Monaten zu einer signifikanten Abnahme des HbA1c, des Gewichts und des Nüchternblutzuckers.

Anschließend an die Studie wurde eine Initiative ins Leben gerufen, die Ärzte in der Umsetzung dieser Ergebnisse in ihrer täglichen Praxis unterstützt.

Weitere Info auch unter www.mddm.at (Kennwort: mddm).

3. MDDM und die Kunst, Diabetiker zu gesundem Lebensstil zu motivieren

Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak, Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz:

Besteht ein Zusammenhang zwischen Diabetes Mellitus und Major Depression?

Auf der einen Seite reagieren viele Patienten auf die Diagnose „Diabetes“ mit Angst vor der Veränderung ihres Lebensstils und mit Bedauern und Traurigkeit. Häufiger ist jedoch, dass die Depression Ursache von Diabetes Mellitus Typ II ist. Oder gehen wir noch einen Schritt zurück: Sehen wir die Depression als Ursache von Adipositas und Adipositas als Ursache von Diabetes. Bei etwa einem Viertel der Patienten mit Adipositas I und mehr als der Hälfte der Adipositas III-Patienten verbirgt sich eine Form der Depression.



Also ist falsches Essverhalten eine Folge der Manischen Depression?

Häufig dient Nahrungsaufnahme der Kompensation von Stress und mit Stress assoziierten Reaktionen. In unserer Gesellschaft ist es an der Tagesordnung, sich selber auszubeuten. Wir fühlen uns immer mehr wie ein Hamster im Laufrad. Wir registrieren, dass wir jedes Jahr ein bisschen schneller laufen und immer öfter nehmen wir das Gefühl wahr, es nicht mehr auszuhalten. Es ist zu viel! In dieser Situation sollte man Luft, Geschwindigkeit rausnehmen und versuchen, sich selbst zu innerer Ruhe zu begeben. Das schaffen die meisten jedoch nicht, sie greifen zu anderen Kompensationsmechanismen: Nahrungsaufnahme, eventuell Alkohol, Nikotin. Das kann schon fast suchtartigen Charakter haben. Und jetzt kommt das eigentlich Faszinierende: Im Laufe der Zeit wird aus dem frühen Kompensationsmechanismus, ein Belohnungssystem. Essen und Trinken als Belohnung, um den inneren Druck auszuhalten. Die Folgen: höheres Gewicht, ungesunderer Lebenswandel – und noch mehr Stress. Zusätzlich werden sie unfähig, ihre Prozesse selber zu steuern, Projekte zu planen und umzusetzen. Sie befinden sich somit in der ersten Phase der Depression. Das Burn-out-Syndrom äußert sich ähnlich, allerdings fühlt sich nicht jeder ausgebrannt, der eine solche Depression hat.

Worin besteht die Schwierigkeit in der Therapie?

Bei Diabetes-Patienten mit Major Depression mangelt es oft an Motivation, den Lebensstil zu verändern. Der Patient sagt zwar „ja, ich will etwas tun!“ Aber er setzt es nicht um. Wie kann ich jene Patienten besser erkennen, wie kann ich ihnen besser helfen? Bei Professor Walcher habe ich gelernt, dass Menschen Formen der Depression in sich tragen, ohne sich selbst darüber bewusst zu sein (er nannte dies „larvierte Depression“). Sie kommen wegen ihres schlecht eingestellten Diabetes oder wegen ihrer Gewichtsprobleme und Essstörungen. Das kann man auf der technischen Ebene nicht lösen. Sagt man diesem Patienten, er soll weniger essen und sich mehr bewegen, sagt dieser zwar „ja“ – aber er schafft es nicht. Hier bedarf es viel Fingerspitzengefühl, um zuerst die Depression zu behandeln. Dann hat der Patient Energie für die nötigen

Lebensstiländerungen und nimmt auch seine Medikamente regelmäßig ein. Die Folge: bessere Blutzuckerwerte und somit ein deutlich gesenktes Risiko, an Schäden wie koronare Herzkrankheiten, zum Beispiel Herzinfarkt oder Schlaganfall, zu erkranken.

Univ. Prof. Dr. Hermann Toplak **Mein Lebenslauf**

Geboren am 4. Juni 1960 in Graz, studierte ich ab 1978 Medizin in Graz und promovierte 1984. Neben dem Turnus im Fachbereich Chirurgie und Innere Medizin im Landeskrankenhaus Rottenmann, arbeitete ich zweieinhalb Jahre lang als Assistenzarzt im Stoffwechsellabor der Universitäts-Kinderklinik in Graz und in Bern und landete schließlich an der Univ. Klinik für Innere Medizin in Graz, wo ich 1995 habilitierte. Von 1994 bis 1997 absolvierte ich die Ausbildung zum Facharzt in Endokrinologie und Stoffwechsel. Seit 1997 bin ich als Universitätsprofessor für Innere Medizin in der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz tätig.

Von Anfang an war ich in die Betreuung von Diabetespatienten involviert. Schnell erweiterte ich die Betrachtungsweise auf den Lipidstoffwechsel und die Folgen der Fettspeicherung: Übergewicht und Adipositas. Im Jahre 1995 begann auch mein Engagement in der ärztlichen Aus- und Fortbildung (aktuell: Leiter der Teaching Unit Innere Medizin, daneben Fortbildungsreferent der Ärztekammer für Steiermark).

Begleitend entstand Interesse an den kausalen Ursachen von Gewicht und Adipositas sowie der Problematik der Diabeteseinstellung und so war ich auch Haupt-Initiator von interdisziplinären Round Tables zum Thema „Diabetes und Depression“. Diese mündeten in Initiativen wie dem MDDM Projekt, bei dem Internisten und Psychiater eine fruchtbare Zusammenarbeit zum Thema begründen.

4. MDDM und die Kunst, Diabetiker zu demaskieren

Prim. Dr. Heidemarie Abrahamian, Privates Institut für Medizin & NLP GmbH, Wien:



Diabetes Mellitus und Major Depression - in welchem Zusammenhang stehen diese Erkrankungen?

Häufig reagieren Patienten auf die Diagnose „Diabetes“ mit depressiver Stimmungslage, die sich durchaus in einer längerfristigen Episode manifestieren kann. Die Gewissheit, seine Gewohnheiten verändern zu müssen, verunsichert. Allerdings verstärkt eine Depression auch das Risiko, an Diabetes zu erkranken. Ursache ist der ungesunde Lebensstil, bedingt durch die Gleichgültigkeit, die der Patient sich selbst und seinem Leben gegenüber an den Tag legt. Das ist allerdings nicht Neues. Das kann man schon in der Medizinliteratur aus dem 19. Jahrhundert nachlesen: Süßer Harnfluss geht häufig mit Traurigkeit einher. Gram bringt Diabetes hervor. Im Laufe der Zeit in Vergessenheit geraten, hat man das Thema in den 90er Jahren wieder aufgegriffen. Für mich war das ein entscheidender Impuls, meine Psychotherapieausbildung zu beginnen. Ich wollte mich mit psychischen Veränderungen befassen, die bahrend für chronische Erkrankungen sind, um die Patienten optimal zu therapieren.

Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Therapie von depressiven Diabetikern?

Depressive Diabetiker sind schwer motivierbar, nehmen ihre Medikamente unregelmäßig bis gar nicht ein und leiden häufiger unter den massiven Folgeerscheinungen des schlecht behandelten Diabetes: Durchblutungsstörungen, Nierenprobleme, Bluthochdruck, Sehstörungen, Herzinfarkt und Schlaganfall. Ist die Depression jedoch behandelt, verbessert sich die Stoffwechselsituation des Diabetikers enorm. Spätschäden sind häufig verhinderbar.

Woran erkennen Sie, ob der Diabetiker depressiv ist?

In dem ich dem Patienten bestimmte Fragen stelle: Was macht Ihnen Freude im Leben? Was macht Ihnen Spaß? Wenn ihm dann lange nichts einfällt, ist das ein Signal – da liegt was im Argen. Oder: Fühlen Sie sich manchmal ausgebrannt? Häufig stehen die Patienten massiv unter Druck, leiden an Angstzuständen, Schlafstörungen, kompensieren ihre Frustration mit Essen. Das äußert sich in Essstörungen, aus denen das Übergewicht – eines der höchsten Risikofaktoren für Diabetes Mellitus Typ 2 – resultiert: Binge-Eating-Syndrom, Bulimie, Night-eating-disorder. Es ist schwierig einen Diabetiker dazu zu bringen, seine Masken abzulegen. Doch: Erst dann können wir ihm helfen.

Welche Präventivmaßnahmen könnten vor Diabetes schützen?

Abgesehen von Bewältigungsstrategien bei Stress, sollten schon die Kinder in der Schule lernen, was gesunde Ernährung bedeutet. Ich würde die Einführung des Schulfaches „Gesundes Leben“ begrüßen. Mit Ernährungslehre, Kochkursen, Bewegungsprogrammen und, und, und. Ich habe auch schon versucht, den Wiener Stadtschulrat mit meiner Idee zu begeistern. Bisher ohne Erfolg.“

Primaria Dr. Heidemarie Abrahamian Mein Lebenslauf

Nach einer umfassenden internistischen Ausbildung absolvierte ich zusätzlich die Ausbildung in den Additivfächern Endokrinologie mit Stoffwechselerkrankungen, Intensivmedizin und Nephrologie. Meine besonderen Schwerpunkte sind Diabetes mellitus und endokrinologische Erkrankungen.

Ich war in leitender Funktion als Oberärztin 23 Jahre im Krankenhaus Hietzing tätig. Seit November 2009 leite ich als Abteilungsvorständin die Interne Abteilung im Otto Wagner Spital. Ich bin Mitbegründerin des Privaten Instituts für Medizin & NLP GmbH, Wien: www.mednlp.com.

Schon früh im Lauf meiner Karriere zeigte ich Interesse für individuelle psychosoziale Vulnerabilitäten der Menschen und mögliche Assoziationen mit dem somatischen „Kranksein“. Im Rahmen weiterer Ausbildungen für Psychosomatik und Psychotherapie konnte ich mein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Psyche und Soma vertiefen.

Auch die Wissenschaft kam nicht zu kurz. Bisher wurden 9 wissenschaftliche Publikationen als Erstautorin und 11 Publikationen als Co-Autorin in renommierten internationalen Fachjournalen wie auch eine Arbeit in Lancet publiziert.

Außerdem gibt es zahlreiche Publikationen in nationalen Fachjournalen und mehr als 100 Vorträge bei nationalen und internationalen Kongressen und für die österreichische Ärztekammer im Rahmen der Fortbildung von Ärzten.

Ich bin seit 30 Jahren verheiratet. In meiner Freizeit beschäftige ich mich mit dem Schachspiel, das ich bereits als Kind erlernte, der Malerei und Ausflügen mit meinen zwei Chihuahas.

5. MDDM und die Kunst, Diabetiker ganzheitlich zu behandeln

Prim. Dr. Andreas Walter, ärztlicher Leiter der 5. Medizinischen Abteilung mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt am Geriatriezentrum am Wienerwald:



Wie sehen Sie den Zusammenhang zwischen Major Depression und Diabetes Mellitus?

Viele Menschen kompensieren Frustration, Stress und Angst durch Essen. Da wir in einer Überflusgesellschaft leben, wird diesem Verhalten auch keine Grenze gesetzt. Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen – das sind Lebensstilfaktoren, die Stoffwechselstörungen und kardiovaskuläre Probleme, wie Diabetes Mellitus Typ 2, begünstigen. Ich schätze, dass bei 30 bis 40 Prozent der Diabetiker die Depression das Hauptproblem ist. Wird diese behandelt, verbessert sich die Stoffwechselsituation des Patienten enorm. Allerdings ist es für Internisten oft schwierig, den Diabetiker zu demaskieren und ihn ganzheitlich – eben seinen Körper und seine Seele - zu behandeln. Der Diabetiker sucht in der Regel nur den Internisten, aufgrund seiner Stoffwechselprobleme auf. Er kommt nicht zum Psychiater. Hier ist viel Fingerspitzengefühl gefragt.

Wie kann die Compliance des Patienten verbessert werden?

Wichtig ist der interdisziplinäre Austausch. Behandelnde Internisten sollten verstärkt darauf achten, dass beim Patienten eine latente Depression vorliegen kann. Wird diese nicht behandelt, ist die Compliance des Patienten nicht gegeben. Er vergisst seine Medikamente, ignoriert seine Diät und sein Bewegungsprogramm. Die Spätfolgen des unbehandelten Diabetikers sind enorm: Herzinfarkt, Schlaganfall, die Gefahr der Erblindung und des Nierenversagens. All diese Komplikationen können jedoch bei entsprechender Behandlung weitgehend vermieden werden.

Wo liegt die Problematik bei der Wahl des richtigen Antidepressivums?

Bei Patientinnen/Patienten mit einem Diabetis Mellitus und einer zusätzlichen Diagnose einer Depression sollte die umfassende antidepressive Behandlung mit einem hochwirksamen und gut verträglichen Antidepressivum erfolgen: Aus der Erfahrung des Facharztes der Psychiatrie ist festzustellen, dass bestimmte Antidepressiva bei dieser Indikation in Bezug auf Gewichtszunahme bzw. Stoffwechselsituation neutraler sind, und insbesondere kein kardiovaskuläres Risiko und möglichst keinen Einfluss auf den Lebermetabolismus (keine Interaktionen im Cytochromsystem P450) haben sollten. Das duale Antidepressivum Milnacipran (Ixel) hat diese Anforderungen, durch die durchgeführten Anwendungsstudien belegt, vielversprechend erfüllt.

Prim. Dr. Andreas Walter
Mein Lebenslauf

Ich bin am 20. März 1961 in Wien geboren und habe auch in Wien Medizin studiert. Zwei Jahre nach meiner Promotion, bin ich in die Schweiz übersiedelt, dort konnte ich an zwei Kliniken im Raum Zürich Erfahrungen in der Psychiatrie sammeln. Das war für mich so interessant, dass ich meine Pläne, Dermatologe oder Internist zu werden, aufgab. Ganz klar sah ich meine Zukunft in dem spannenden Umfeld der Psychiatrie und entschied, in dieser Disziplin meine Facharztausbildung anzustreben. Zurück in Wien, absolvierte ich zunächst die Gegenfächer Innere Medizin und Neurologie. 1998 begann ich als Konsiliarfacharzt mit dem Aufbau einer psychiatrischen Ambulanz im Geriatriezentrum am Wienerwald, zuständig für mehr als 3000 Patienten. Im Jahre 2003 wurde ich dann in den Vorstand der 1. gerontopsychiatrischen Abteilung der Geriatrie Wienerwald gerufen. Nebenbei etablierte ich in meiner Privat- und Wahlarztordination die Behandlung von depressiven Erkrankungen und Angststörungen aller Altersgruppen. Das IFPA (Interdisziplinäres Forum für Psychopharmakotherapie im Alter) wurde - als Kooperationsprojekt zwischen drei Psychiatern, einer klinischen Pharmazeutin und einem Internisten - von mir mitbegründet und widmet sich der Psychopharmakotherapie beim älteren Patienten, insbesondere im Hinblick auf das Thema Nebenwirkungen und Interaktionen von Psychopharmaka.

6. Was ist die IFPA?

Interdisziplinäre Forum für Psychopharmako-Therapie im Alter (IFPA)

Das IFPA (Interdisziplinäres Forum für Psychopharmakotherapie im Alter) hat sich zur Aufgabe gemacht, über den Bereich der psychiatrisch-psychopharmakologischen Behandlung von psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter zu informieren.

Die Mitglieder sind:

Mag. Martina Anditsch, Klinische Pharmazeutin der Krankenhausapotheke des Donauspitals Wien

Chefarzt. Dr. Georg Psota, Leiter der Psychosozialen Dienste in Wien

Priv. Doz. Dr. Michael Rainer, Leiter der Memory Clinic im SMZ-Ost Wien

Prim. Dr. Andreas Walter, Vorstand der Gerontopsychiatrischen Abteilung des Geriatriezentrums am Wienerwald

Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Fasching, Vorstand der 5. Medizinische Abteilung mit Rheumatologie, Stoffwechselerkrankungen und Rehabilitation im Wiener Wilhelminenspital

Warum hat sich ein derartiges Expertenforum konstituiert?

Studienergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der über 70-Jährigen im Durchschnitt mehr als sechs Medikamente täglich einnimmt. Dabei wurden 82 Prozent der allgemeinmedizinischen, aber nur 66 Prozent der psychotropen Medikation als indiziert eingestuft. Weiters spielen Nebenwirkungen eine große Rolle: sie führen zu weiterer Polypragmasie, da die Nebenwirkung des einen Medikaments mit einem neuen therapiert wird. Außerdem bedingen Arzneimittelinteraktionen etwa vier Prozent der Spitalweisungen älterer Menschen.

Das Ziel des IFPA?

Die Evidenz auf dem Gebiet der Psychopharmako-Therapie im Alter zu durchforsten, in eine praxisorientierte Hilfestellung umzuwandeln und für die Kollegen sowohl im niedergelassenen wie stationären Bereich leicht zugänglich zu machen.

In welcher Form agiert das IFPA?

Das IFPA fungiert als Bindeglied zwischen diversen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, veranstaltet oder beteiligt sich an Symposien zu Themengebieten der gerontopsychiatrischen Pharmakotherapie. Depression im höheren Lebensalter geplant. Das IFPA hat eine Patienten-Informationen-Broschüre erarbeitet und präsentiert Stellungnahmen in einschlägigen Fortbildungsmedien. Zusätzlich hat das IFPA ein Kompendium bzw. Booklet über die Nebenwirkungen und Interaktionen sämtlicher Psychopharmaka in Österreich erarbeitet, welches auch bereits in der 2. Auflage im Internet unter der Adresse www.psychopharmaka-austria.at erhältlich ist.

7. Patientenbericht

Eveline Piza

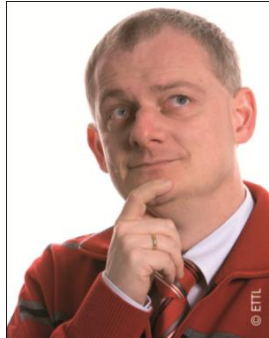
„Ich bin vor 13 Jahren an Diabetes erkrankt. Es war für mich sehr schwer, den Therapieplan umzusetzen, da ich gleichzeitig mit Depressionen zu kämpfen hatte. Nachdem ich wegen der Depressionen in therapeutischer Behandlung bin, habe ich auch den Diabetes tadellos im Griff.“

Vor 13 Jahren bekam ich die Diagnose Diabetes. Das war für mich sehr schwer zu verkraften. Ich fragte mich warum und warum ich. Der Therapieplan war für mich dann auch schwer umzusetzen, da ich langsam in eine Depression rutschte. Ich saß zu hause herum ohne auf die Zeit zu achten, war traurig und kapselte mich auch sozial ab. In dieser Zeit wurde ich auch pensioniert und die Arbeit beschäftigte mich nicht mehr von früh bis spät. Heute bin ich mir ganz sicher, dass die Depression ursächlich mit meiner Diabetes zusammen spielte. Jahre später erst sprach ich über meinen Kummer auch mit meiner Ärztin. Dann wurde ich auf Antidepressiva eingestellt und schlussendlich durch eine Diabetesschulung bei einer Kur in Alland auch zu einer Psychotherapie geführt. Damit ging und geht es mir nun wesentlich besser und seitdem konnte ich auch den Therapieplan für meine Diabetes erfolgreich umsetzen. Heute geht es mir dank der richtigen Medikamenteneinstellung gut und ich kann auch gut mit meiner Diabetes Erkrankung umgehen.

8. Pressefotos

Für die redaktionelle Berichterstattung stellen wir Ihnen diese Bilder gerne honorarfrei zur Verfügung. Sie finden sie in drucktauglicher Qualität auf der beiliegenden CD.

Univ. Prof. Dr. Hermann Toplak



© Wustinger

Prim. Dr. Heidemarie Abrahamian



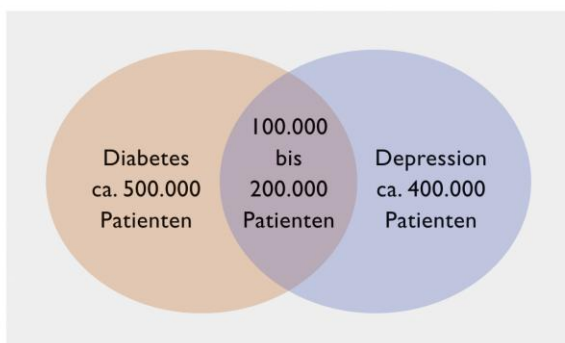
© privat

Prim. Dr. Andreas Walter



© privat

Schnittgrafik



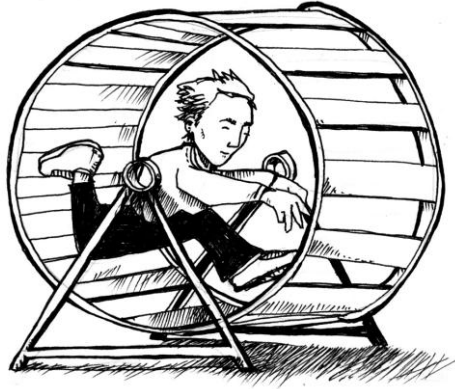
© mddm

Sofamann



© Artur Bodenstein/mddm

Hamsterrad



© Artur Bodenstein/mddm

Illustration Bewegung



© Artur Bodenstein/mddm

Sofapärchen



© Artur Bodenstein/mddm

Illustration mit Maske



© Artur Bodenstein/mddm



© mddm