

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit einer gewissen Verzögerung – es gab einfach zu wenige Fallbeispiele für die laufenden Facharztprüfungen – können wir Ihnen nun doch die ersten beiden Vignetten, in diesem Falle von der Probeprüfung, die 2001 in Ischl von einigen couragierten, bereits fertig ausgebildeten Psychiaterinnen absolviert wurde, vorlegen. Die jetzt und in Zukunft abgedruckten Vignetten dürfen bei den nächsten Facharztprüfungen nicht verwendet werden.

Wir hoffen nun sehr, mit der Veröffentlichung dieser Fallbeispiele in der „Psychiatrie und Psychotherapie“ prüfungsentäglichend wirken zu können.

Sollten Sie als Fachärztin/Facharzt über diesen Artikel stolpern, möchten wir die Gelegenheit nicht versäumen, Sie ein zu laden, neue Vignetten nach dem Muster der oben beschriebenen zu verfassen und streng vertraulich ein zu reichen. Für weitere Auskünfte zum Verfassen und Einreichen von Fallvignetten stehen einerseits Frau Mag. Blebann als Sekretärin der ÖGPP, andererseits Frau Prim. Dr. Margit Wrobel und Frau Angelina Waltner (a.waltner@arztakademie.at) zur Verfügung. Die bei den Prüfungen verwendeten Fallvignetten werden honoriert.

Prim. Dr. Margit Wrobel

Prim. Univ.-Prof. Dr. C. Stuppäck

Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann

für die Prüfungskommission der ÖGPP

Fallvignette 1

Schlüsselproblem:

Untergewicht mit Angst vor Gewichtszunahme

Schlüsselkompetenz:

Diagnostik mit Anorexia nervosa

Es handelt sich um eine 18-jährige Jus-Studentin. Sie ist ledig und wohnt bei den Eltern. Sie hat keinen Freund. Zurzeit wiegt sie 36 kg bei einer Körpergröße von 162 cm. Sie ist eine äußerst erfolgreiche Studentin, die Matura hat sie gerade mit Auszeichnung bestanden. Sie kommt in Begleitung der Mutter in die Ambulanz. Im Gespräch stellt sich heraus, dass sie nur der Mutter zuliebe mitgekommen ist. Sie wisse, dass sie untergewichtig ist, doch sie habe sich in den vergangenen Wochen bereits bemüht, mehr zu essen. Es sei alles kein Problem. Eine Woche später kommt die Patientin zur medizinischen Kontrolle. Es wird Blut abgenommen und die Patientin wird erneut gewogen. Nun hat sie 35,6 kg. Im Gespräch stellt sich heraus, dass sie vor etwa 3 Jahren begonnen hat, die Nahrungsaufnahme ein-

zuschränken. Sie hat sich mit damals 65 kg zu dick gefühlt und sei von ihren Freundinnen gehänselt worden. Sie ist zur Vegetarierin geworden, sonst esse sie alles, nur in geringen Mengen. Sie ist stolz darauf, dass sie sich so gut in der Hand habe. Sie habe nie die Kontrolle über das Essen verloren und noch nie erbrochen, um Gegessenes wieder loszuwerden. Selten nehme sie Laxantien, da sie an Verstopfung leide. Früher sei sie täglich für etwa 2 Stunden ins Fitness-Studio gegangen, jetzt habe sie die Kraft nicht mehr dazu. Sie könne sich beim Lernen in letzter Zeit schlechter konzentrieren, es sei ihr ständig kalt und die Haare würden ihr ausgehen. Sie hat eine weite Hose an und mehrere Pullover übereinander. Die Finger hat sie in den zu langen Ärmeln versteckt. Seit 2 Jahren hat sie keine Menstruation mehr. Sie möchte zwar nicht mehr weiter abnehmen, aber sie kann sich nicht vorstellen, zuzunehmen. Die Patientin nimmt keine Medikamente ein, die Stimmungslage ist leicht gereizt.

Frage 1:

Wie ist die Diagnose bei dieser Patientin (nach ICD-10) und wie begründen Sie dies? (Nennen Sie die 4 Hauptkriterien für die Diagnose.)

Frage 2:

Auf welche möglichen organischen Komplikationen werden Sie bei dieser Patientin achten? (einschließlich der bereits geschilderten) Nennen Sie wenigstens 5 Symptome.

Frage 3:

Welche Komplikationen können lebensbedrohlich sein? (betrifft einen Laborwert)

Frage 4:

Gibt es etablierte Nachweise für die Wirksamkeit bestimmter Psychopharmaka bei dieser Erkrankung?

Frage 5:

Was sind Prinzipien einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung bei dieser Erkrankung? Nennen Sie 4 wichtige Bereiche.

Antwort zu Frage 1:

Diagnostische Kriterien (4 Hauptkriterien A, B, C, D)

- A. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden oder BMI (kg/m²) von 17,5 oder weniger.
- B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: Vermeidung hochkalorischer Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: selbst induziertes Erbrechen, selbst induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivität, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
- C. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- D. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido/Potenzverlust.
- E. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Wachstumsschritte verzögert oder gehemmt.

Auswertung: Richtige Nennung der 4 Hauptkriterien = 1 Punkt

Antwort zu Frage 2:

Bei der AN steht das Starvationssyndrom im Vordergrund: Hypothermie, Haarausfall, Ödeme, Lanugo-Behaarung, Bradykardie, Hypotonie, Akrozyanose, oft Gelbfärbung der Haut durch Hypercarotinämie, Kältegefühl, Schwäche-

gefühl, verzögerte Magenentleerung, Hypercholesterinämie und eine in den meisten Fällen reversible zerebrale Atrophie („Pseudoatrophie“) mit Erweiterung der Liquorräume und Reduktion der grauen und weißen Substanz. Ein hypogonadotroper Hypogonadismus mit primärer oder sekundärer Amenorrhoe und eine Hyperkortisolämie sind neben der Mangelernährung als Hauptverursacher für eine Knochendichteverminderung und Osteoporose zu nennen. Mit Ausnahme der Knochendichteminderung sind die körperlichen Folgesymptome in den meisten Fällen mit Gewichtszunahme vollständig reversibel.

Auswertung: Richtige Nennung von wenigstens 5 der unterstrichenen Symptome = 1 Punkt

Antwort zu Frage 3:

Hypokaliämie

Auswertung: Richtige Antwort = 1 Punkt

Antwort zu Frage 4:

Es gibt keine etablierte medikamentöse Therapie. Es gibt zahlreiche Fallberichte und offene Untersuchungen über erfolgreiche medikamentöse Therapien. In letzter Zeit werden vermehrt atypische Antipsychotika (Risperidon, Olanzapin) in offenen Untersuchungen erfolgreich eingesetzt.

Auswertung: Richtige Antwort = NEIN = 1 Punkt

Antwort zu Frage 5:

Psychotherapie stellt bei Anorexia nervosa heute die Therapie erster Wahl dar. Allen Therapieverfahren ist gemeinsam, dass die Autonomie der Patientin so wenig wie möglich eingeschränkt werden soll. Als erster Schritt muss mit der Patientin an der Therapiemotivation gearbeitet werden, da sie häufig – wie in diesem Fall – nur den „Eltern zuliebe“ einer Therapie zustimmen. Neben einer regelmäßigen medizinischen Kontrolle und einem Gewichtsbauprogramm ist die Erarbeitung der Funktionalität und möglicher zugrundeliegender Problembereiche in der Therapie wichtig. Die Dauer einer Psychotherapie bei Anorexia nervosa liegt meist bei 1 bis 2 Jahren und auch mehr.

Auswertung: Nennung der 4 unterstrichenen Bereiche = 1 Punkt

Literatur

- 1) Möller HJ (Hrsg)(2000) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart
- 2) Reich G, Cierpka M (Hrsg)(1997) Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart

Fallvignette 2

Schlüsselproblem:

Vergesslichkeit und Verwirrtheit

Schlüsselkompetenz:

Abklärung einer Demenz

Die 74-jährige Frau E.-P. (verwitwet, 2 Söhne) kommt in Begleitung eines Sohnes in die Ordination. Die Angehörigen beobachten seit 2 Jahren eine zunehmende Vergesslichkeit und zuletzt auch Verwirrtheit der Patientin, die nach wie vor allein lebt, jedoch täglich mindestens 2x von Söhnen oder Schwiegertöchtern besucht und betreut wird und die Wohnung seit über einem Jahr nicht mehr allein verlassen hat. Die kognitiven Störungen begannen ohne ersichtlichen Auslöser schleichend und schritten stetig voran. Es gäbe keine Schwankungen der Leistungsfähigkeit, keine Halluzinationen, keine Wahnbildungen. Die Patientin schläft immer gut, ja eher zu viel. In den letzten Monaten wäre das Gangbild unsicherer und kleinschrittiger geworden. Die Patientin, die keinerlei Medikamente einnimmt, war angeblich nie ernstlich krank. Auf die Halsnarbe angesprochen, erinnert sie eine Schilddrüsenoperation wegen Schilddrüsenüberfunktion als junges Mädchen. Der Sohn erzählt, dass die Patientin seit einem Jahr unter Beinödemen leide und wegen einer Erysipels am Unterschenkel vor 6 Monaten 1 Woche an der Hautklinik stationär war. Außerdem wäre sie in den letzten 3 Monaten 2x auf der Straße, jeweils in Begleitung, zusammengefallen und auf die Notfallaufnahme im AKH gekommen, wo nichts gefunden worden wäre und sie jeweils nach einigen Stunden wiederum entlassen worden wäre.

Im psychopathologischen Status ist die Patientin grob desorientiert (sie weiß lediglich hier in Wien/Österreich zu sein), in der Aufmerksamkeit schwankend, unkonzentriert, leicht ablenkbar; es bestehen deutliche Wortfindungsstörungen, der Ductus ist weitschweifig, das Denkziel wird häufig verfehlt; die Patientin klagt über Schwindel, kalte Hände und Füße; die Stimmung ist leicht depressiv, die Affizierbarkeit eher in beiden Skalenbereichen gesteigert (affektinkontinent), der Antrieb leicht herabgesetzt; die Psychomotorik und Mimik verarmt; die Patientin leugnet Gedächtnisstörungen zu haben.

Im Mini-Mental-State werden nur 10 Punkte erreicht, im Gedächtniskurztest zeigt sich eine schwerste Störung des episodischen Gedächtnisses. Im neurologischen Status bestehen keine Herdhinweise und kein Parkinsonsyndrom (kein Rigor, kein Tremor, geringe Hypomimie und Akinese).

An Befunden liegt ein CCT vor (deutliche Atrophie im Bereich der Sylvischen Furche links; verkalktes kleines

Meningeom [Durchmesser 2,5 cm] am Kleinhirn; periventriculär beginnende Leukoaraiose; sonst kein Herdbefund). Ein 16 Monate alter Blutbefund zeigt bei normalem Blutbild und normalen Nierenwerten sowie normalen Elektrolyten gering erhöhte Werte der GPT, LDH, HBDH und CK sowie deutlich erhöhtes Serumcholesterin (353 mg %).

Frage 1:

An welche Verdachtsdiagnosen müssen Sie denken?

Frage 2:

Welche somatischen Ursachen der Demenz müssen unbedingt ausgeschlossen werden?

Frage 3:

Wie gehen Sie diagnostisch weiter vor?

Frage 4:

Welche psychosozialen Maßnahmen müssen angesprochen bzw. eingeleitet werden?

Antwort zu Frage 1:

Es liegt ein dementielles Syndrom vor. Der klinische Verlauf spricht am ehesten für eine Demenz vom Alzheimerstyp, jedoch müssen andere, insbesondere behandelbare, Demenzursachen ausgeschlossen werden. Dies ist dank Vorliegen einer CCT bereits teilweise geschehen, also Hirntumore, Subduralhämatom, Hydrozephalus aresorptivus bereits ausgeschlossen.

Auswertung: Nennung der unterstrichenen Diagnose = 1 Punkt

Antwort zu Frage 2:

Insbesondere ist bei der Anamnese einer Schilddrüsenoperation bei Hyperthyreose in der Jugend, bei anamnestisch Kollapszuständen, kalten Extremitäten und einem deutlich erhöhten Serumcholesterin an eine Hypothyreose zu denken.

Auswertung: Nennung der unterstrichenen Diagnose = 1 Punkt

Antwort zu Frage 3:

Die vorliegenden Blutbefunde sind älteren Datums und müssen wiederholt werden. Außerdem müssen T3, T4 und TSH sowie Parathormon, Vitamin B 12, Folsäure und Luesserologie bestimmt werden. Tatsächlich lag bei dieser Patientin eine lebensbedrohliche Hypothyreose (TSH > 80) vor.

Auswertung: Nennung von 4 der unterstrichenen Bereiche = 1 Punkt

Antwort zu Frage 4:

1. Information der Angehörigen über die Erkrankung,
2. Aufklärung über wohnortnahe mobile soziale Dienste (Essen auf Rädern, Heimhilfe, Tageszentren, ...),
3. Information über das der Patientin sicher zustehende Pflegegeld zur Finanzierung solcher Dienste.

Auswertung: Nennung von 2 Bereichen = 1 Punkt

FACHKURZINFORMATIONEN

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, schizoauffektiven und verwandten Störungen an 1481 Patienten mit depressiven Begleitsymptomen unterschiedlichen Schweregrades (Ausgangswert durchschnittlich 16,6 auf der Montgomery-Asberg-Depressionsskala) erwies sich Olanzapin (-6,0) in einer prospektiven Analyse der Depressionsscore-Änderung vom Ausgangspunkt zum Endpunkt (sekundäre Fragestellung) gegenüber Haloperidol (-3,1) als signifikant überlegen (p=0,001). Pharmakotherapeutische Gruppe: Neuroleptikum, ATC Code N05A. Gegenanzeigen: Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Olanzapin oder einen der Hilfsstoffe. Patienten mit bekanntem Risiko eines Engwinkelglaukoms. Hilfsstoffe: Filmtabletten: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Hydroxypropylcellulose, Crospovidon, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. Tablettenfilm 2,5 (5, 10) mg: Hypromellose, Farbmischung weiß (Hypromellose, Titandioxid E 171, Macrogol, Polysorbat 80), Karnaubawachs, essbare blaue Tinte (Schellack, Makrogol, Indigocarmin E132). Tablettenfilm 15 mg: Hypromellose, Farbmischung hellblau (Titandioxid E 171, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Farbstoff Indigocarmin (E132)), Karnaubawachs. Schmelztablett: Gelatine, Mannitol, Aspartam, Natriummethyl-4-hydroxybenzoat, Natriumpropyl-4-hydroxybenzoat. PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

1. Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):1011-1017. 2. Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1263-1271. 3. Namjoshi 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.

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

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

Zeldox® 20 mg/ml – Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung

Zusammensetzung: Jede Durchstichflasche enthält 20 mg Ziprasidon (als Mesilat). Nach Rekonstitution enthält 1 ml Injektionslösung 20 mg Ziprasidon (als Mesilat). **Hilfsstoffe:** Pulver: Natrium-B-cyclodextrin-sulfobutylether. **Lösungsmittel:** Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Ziprasidon Injektionslösung ist indiziert für die Akuttherapie von Erregungszuständen bei Patienten mit Schizophrenie für die Dauer von bis zu höchstens drei aufeinanderfolgenden Tagen, wenn eine orale Therapie nicht geeignet ist. Die Behandlung mit Ziprasidon Injektionslösung sollte sobald wie möglich beendet und auf orales Ziprasidon umgestellt werden. Der verschreibende Arzt muss die Möglichkeit einer QT-Verlängerung unter Ziprasidon in Betracht ziehen (siehe Abschnitt 4.3 Gegenanzeigen und 4.4 Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung). **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Ziprasidon oder einen der Hilfsstoffe. Bekannte QT-Intervall-Verlängerung. Angeborenes QT-Syndrom. Vorangegangener akuter Myokardinfarkt. Dekompensierte Herzinsuffizienz. Herzrhythmusstörungen, die mit Antiarrhythmika der Klassen IA oder III behandelt werden. Gleichzeitige Behandlung mit Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern, wie Antiarrhythmika der Klasse IA und III, Arsenitrioxid, Halofantrin, Levomethadylacetat, Mesoridazin, Thioridazin, Pimozid, Sparfloxacilin, Gatifloxacin, Moxifloxacin, Dolasetronmesylat, Mefloquin, Serindol oder Cisaprid (siehe Abschnitt 4.4 Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und 4.5 Wechselwirkungen mit anderen Mitteln). **Zulassungsinhaber:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Juni 2007. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung entnehmen Sie bitte der Austria-Codex-Fachinformation.**

Zeldox 10 mg/ml Suspension zum Einnehmen

Zusammensetzung: 1 ml enthält Ziprasidon Hydrochloridmonohydrat entsprechend 10 mg Ziprasidon. **Sonstige Bestandteile:** 1 ml enthält 1,36 mg Methylparahydroxybenzoat und 0,17 Propylparahydroxybenzoat. **Hilfsstoffe:** Gereinigtes Wasser, Xylitol (E 967), Natriumchlorid, hochdisperses Siliciumdioxid, Kirscharoma, Xanthangummi (E 415), Methylparahydroxybenzoat (E 218), Natriumcitrat (E 331), Citronensäure wasserfrei (E 330), Polysorbat 80 (E 433), Propylparahydroxybenzoat (E 216). **Anwendungsgebiete:** Ziprasidon ist indiziert zur Behandlung von Schizophrenie. Ziprasidon ist indiziert zur Behandlung von manischen oder gemischten Episoden mittleren Schweregrades im Rahmen von bipolaren Störungen (die Prävention von Episoden bipolarer Störungen wurde nicht nachgewiesen – siehe Abschnitt 5.1). Der verschreibende Arzt muss die Möglichkeit einer QT-Verlängerung unter Ziprasidon in Betracht ziehen (siehe Abschnitt 4.3 und 4.4). **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Ziprasidon oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannte QT-Intervall-Verlängerung. Angeborenes QT-Syndrom. Kürzlich vorangegangener akuter Myokardinfarkt. Dekompensierte Herzinsuffizienz. Herzrhythmusstörungen, die mit Antiarrhythmika der Klassen IA oder III behandelt werden. Gleichzeitige Behandlung mit Arzneimitteln, die das QT-Intervall verlängern, wie Antiarrhythmika der Klasse IA und III, Arsenitrioxid, Halofantrin, Levomethadylacetat, Mesoridazin, Thioridazin, Pimozid, Sparfloxacilin, Gatifloxacin, Moxifloxacin, Dolasetronmesylat, Mefloquin, Serindol oder Cisaprid. (Siehe Abschnitt 4.4 und 4.5). **Zulassungsinhaber:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Juni 2007. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung entnehmen Sie bitte der Austria-Codex-Fachinformation.**

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



Otsuka Pharmaceuticals



Bristol-Myers Squibb

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika, ATC-Code: N05AX12. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 5mg / 10mg / 15mg / 30mg Aripiprazol. Jede Schmelztablette enthält 10mg / 15mg Aripiprazol. **Sonstige Bestandteile:** Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat / 5mg Tabletten: Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132) / 10 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172 / 15 mg Tabletten: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) / 30 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172. **Schmelztablettchen:** Calciumtrimetasilicat, Croscarmellose-Natrium, Crospovidon, Siliciumdioxid, Xylitol, Mikrokristalline Cellulose, Aspartam (E951), Acesulfam-Kalium, Vanille-Aroma künstlich (enthält Vanillin und Ethylvanillin), Weinsäure, Magnesiumstearat. 10 mg Schmelztablettchen: Eisen(III)-oxid (E 172), 15 mg Schmelztablettchen Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **ANWENDUNGS- GEBIETE:** ABILIFY ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. **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.

Referenzen: 1. Potkin SG et al. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 681-690. 2. Kasper S et al. *Int J Neuropsychopharmacology* 2003; 6: 325-337. 3. Kern RS et al. *Psychopharmacol* 2006; 187: 312-320. 4. McQuade RD et al. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(suppl 18): 47-56. 5. Kane JM et al. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 763-771. 6. Hanssens L et al. Poster presented at the American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (NR361) 7. Hanssens L et al. American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (Abs 361) 8. Pigott TA et al. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1048-1056. 9. Kerwin R et al. American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (Abs 929) 10. Hanssens L et al. Poster presented at the American Psychiatric Association 159th Annual Meeting, Toronto, Canada, May 20-25. (NR360) 11. Hanssens L et al. Poster presented at the AEP 14th European Congress of Psychiatry, Nice, France, March 4-8, 2006.