

[Anzeige]

neuro aktuell



LA-MED



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Die Benachteiligung von in MVZ und Praxis angestellten Ärzten muss endlich beseitigt werden! 3

Kommentar

Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode – nur nicht die Finger verbrennen 8

Gutachten

Aus sozialrichterlicher Sicht – Beweisfragen richtig stellen und beantworten 11

Finanzen

Ab Februar 2014 verpflichtend auch in der Praxis – Umstellung auf SEPA mit IBAN und BIC 14

Spastik

Ressourcenverbrauch und Kosten der Spastik bei MS in Deutschland – Ergebnisse der MOVE 1-Studie 15

Neuro Quiz

Definiert das neue Manual DSM-V ADHS neu? 17

Parkinson

Okulomotorikstörungen als differenzialdiagnostisches Instrument bei Parkinson-Syndromen 18

Geriatric

Altersspezifische Operationen zur Verbesserung der Lebensqualität 22

ADHS

Ein Fallbericht – Schizophrenie oder adulte ADHS? 26

Neuro Forschung

Schizophrenie und Hippocampus – körperliche Aktivität und kognitives Training können Schizophrenie günstig beeinflussen 31

Lithium – eine erstaunliche therapeutische Substanz 32

Mit drei Lebensregeln kann man Schlaganfall zuverlässig vorbeugen 35

Neue nicht-invasive Behandlung bei essenziellem Tremor erfolgversprechend? 35

Wie unterscheiden sich psychogene Pseudosynkopen von Synkopen oder epileptischen Reaktionen? 36

Schlaganfallfolgen – Schutz vor tödlichen Blutgerinnseln durch IPK? 37

Bei der Versorgung von Hirnaneurysmen besteht heute weitgehender Konsens 38

Für Sie gelesen 41

News 43

Forum 49

Letzte Seite

Risiko bei chirurgischen Eingriffen – schwarzer Freitag im OP 51

Impressum 51

Häufig nicht ausreichend erkannt

Angst in der Neurologie

Angst ist ein universeller und auch nützlicher Teil des menschlichen Verhaltensrepertoires. Sie hat viele Erscheinungsformen, von der existenziellen Verunsicherung bis zur Notfallreaktion, die sich in Kampf oder Flucht äußert. Angst resultiert in erster Linie aus einem Erleben von Bedrohung und Ungewissheit. Dies ist die adaptive Signalfunktion der Angst; sie kündigt eine Situation an, die das persönliche Wohlbefinden oder die persönliche Integrität bedroht und dadurch zu einem Bewältigungshandeln motiviert.

Ängste können aber auch zu häufig und zu intensiv auftreten, oder sie treten in Situationen auf, die keinen offenkundigen Anlass zu Angst liefern. In diesen Fällen beeinträchtigen sie die Lebensqualität und führen zu persönlichem Leidensdruck.

Angst ist ein Symptom vieler Krankheiten und kann auch selbst im Zentrum der Erkrankung stehen. In letztem Fall liegt eine Angstkrankheit, eine emotionale Störung, vor. Dabei lassen sich verschiedene Störungsbilder unterscheiden.

Fortsetzung auf Seite 3

[Anzeige]

Die Benachteiligung von in MVZ und Praxis angestellten Ärzten muss endlich beseitigt werden!

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

die Zahl der außerhalb der Kliniken, in der kassenärztlichen Medizin im Angestelltenverhältnis arbeitenden Ärzte nimmt ständig zu. Das Arbeitsrecht wurde aber dieser Entwicklung bisher noch nicht ausreichend angepasst. Diskrepanzen zwischen Zulassungsverordnung und Arbeitsrecht erschweren vor allem den jungen Ärzten, die nicht auf Dauer in der Klinik arbeiten, sich aber auch nicht für eine Praxisgründung hoch verschulden wollen, eine Angestelltentätigkeit bei einem Vertragsarzt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).

So arbeiten laut Bundesärztekammer inzwischen mehr als 20.000 Ärzte, das ist fast jeder siebte Arzt, als Angestellter in der kassenärztlichen Medizin. Die Hälfte hiervon in Arztpraxen. Dazu waren laut KV Ende 2012 etwa 9.000 angestellte Fachärzte in Praxen tätig. Hinzu kommt eine wachsende Zahl ambulanter Weiterbildungsassistenten. Die Bundesärztekammer registriert seit 2007 (seitdem ist die Anstellung von Ärzten in Praxen möglich) jährlich 2.000 angestellte Ärzte mehr.

Aber insbesondere das Zulassungsrecht hinkt dieser Entwicklung hinterher. Die bestehenden Regelungen wurden bisher lediglich soweit ergänzt, dass sie auch für angestellte Ärzte in der ambulanten Medizin gelten können. Berücksichtigt wurde dabei bis heute nicht, dass angestellte Ärzte aus dem Arbeitsrecht bestimmte Ansprüche herleiten können, die sich stellenweise mit dem Zulassungsrecht beißen.

So muss die KV Vertretungen genehmigen. Problematisch wird es meist auch, wenn ein angestellter Arzt – aus welchem Grund auch immer – freigestellt wird. Nach dem Arbeitsrecht stehen z. B. einer angestellten Ärztin und Mutter drei Erziehungsjahre mit Rückkehrgarantie an ihren Arbeitsplatz zu. Zwar sieht die Ärztezulassungsverordnung auch eine Möglichkeit vor, im Zusammenhang z. B. mit einer Entbindung und Erziehungszeiten von bis zu 36 Monaten einen Assistenten zu beschäftigen. Die KV muss aber die Beschäftigung des Assistenten genehmigen.

Vor allem junge Ärzte, die gerne als Angestellte in Medizinischen Versorgungszentren arbeiten, können sich nur schwer in dem Wirrwar gesetzlicher Regelungen der Selbstverwaltung orientieren. Darauf wies erneut Ende September 2013 der Bundesverband der Medizinischen Versorgungszentren (BMVZ) hin. In diesem Zusammenhang forderte Dr. Bernd Köppl, Vorstands vorsitzender des BMVZ, die neue Bundesregie-

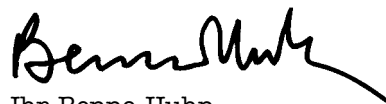
rung auf, die rechtlichen Benachteiligungen für MVZ zu korrigieren. Dazu zähle die Aufhebung der Trägerschaftseinschränkung sowie die rechtliche Klarstellung des Status des Ärztlichen Leiters im MVZ. Auch müssten die Rechte von Angestellten mit dem Berufsrecht von Ärzten harmonisiert werden, denn das Arztrecht ist derzeit nur auf den Arzt in einer Einzelpraxis zugeschnitten.

In einer Umfrage des Verbandes unter den Mitgliedern hielten es zudem 88 Prozent für eines der wichtigsten Verbandsziele, Änderungen bei den Plausiprüfungen durch die KVen zu fordern. Auch müssen unterschiedliche Maßstäbe bei Bemessung der Wochenarbeitszeit für Angestellte (40 Stunden) und Vertragsärzte (60 Stunden z. B. in Bayern) den Realitäten angepasst werden. Sonst wird man die neue Ärztegeneration, die zum größten Teil in einem Angestelltenverhältnis arbeiten will, kaum für eine Vertragsarztstätigkeit gewinnen können.

Zu Unmut bei KVen und Vertragsärzten gegenüber MVZ dürfte wohl auch der Umstand beitragen, dass mit zunehmender Zahl angestellter Ärzte auch die Beiträge zu den ärztlichen Versorgungswerken schrumpfen und so die Renten der Vertragsärzte auf lange Sicht gefährdet werden könnten.

Solange also insbesondere auch die ärztliche Selbstverwaltung, in erster Linie die KVen, nicht alles unternehmen, um der heranwachsenden Ärztegeneration eine befriedigende Tätigkeit auch als angestellte Ärzte beim Vertragsarzt oder im MVZ zu bieten, wird es zu einem weiteren Austrocknen der Kassenarztpraxis kommen.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Angst in der Neurologie

Andreas Dinkel, München

Zu den wichtigsten Angststörungen zählen Panikstörung, Agoraphobie, Spezifische Phobie und die Generalisierte Angststörung. Das zentrale Merkmal der Panikstörung sind wiederholte Anfälle eines starken Angsterlebens, das „aus heiterem Himmel“ eintritt. Während des Angstanfalls treten typischerweise vielfältige körperliche Symptome auf, verbunden mit einer katastrophisierenden Bewertung dieser Symptome. Kennzeichnend für die Agoraphobie ist die Vermeidung angstbesetzter Orte und Situationen; setzt die Person sich diesen Situationen aus, tritt typischerweise Angst bis hin zur Panik auf. Entscheidend ist dabei, dass die Person verschiedene Situationen und Orte als angstausslösend erlebt und sie daher vermeidet. Han-

delt es sich nur um eine einzelne, umschriebene Situation, die vermieden wird, spricht man von einer spezifischen Phobie. Bei der Generalisierten Angststörung stehen Sorgen und Befürchtungen im Vordergrund, die verschiedene Lebensbereiche der Person betreffen. Neben diesen kognitiven Symptomen erleben die Betroffenen häufig auch körperliche Beschwerden wie Anspannung und Unruhe. Einzelne Angstsymptome, auch eine einzelne Panikattacke, stellen noch keine Angststörung dar. Um Störungswert zu haben, müssen bestimmte Merkmale bezüglich Symptomzahl, Zeitverlauf und Funktionsbeeinträchtigung im Alltag erfüllt sein. Die konkreten diagnostischen Kriterien der genannten und weiterer Angststörungen finden sich im ICD-10 im Kapitel V, Abschnitt F4 (Dilling et al. 2011).

Ängste sind häufige Phänomene in der Neurologie

Ängste und Angsterkrankungen sind häufige Phänomene im Bereich der Neurologie. Sie lassen sich wie folgt einteilen (nach Henningsen 2005):

- ▶ Angstsymptome als Reaktion auf bedrohlich erlebte diagnostische Untersuchungen (z. B. Platzangst im Magnetresonanztomographen)
- ▶ Angstsymptome als Manifestation neurologischer Krankheiten (z. B. Auren bei Temporallappen-Epilepsie, iktale Angst), d. h. Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- ▶ Angstsymptome oder -störungen als Nebenwirkung neurologisch notwendiger Medikamente
- ▶ Angststörungen mit Symptomen, die auf eine neurologische Erkrankung hinweisen, ohne dass eine organische Schädigung nachweisbar wäre
- ▶ Angstsymptome und -störungen als psychische Reaktion auf die Diagnose und das Leben mit einer neurologischen Erkrankung
- ▶ Koinzidenz und unabhängige Komorbidität von Angststörungen (vorbestehende oder inzidente) und neurologischer Erkrankung

Besonders wichtig sind die letzten drei der genannten Punkte. Diese betreffen zwei unterschiedliche diagnostische Herausforderungen in der Neurologie: zum einen die Differenzialdiagnostik, zum anderen die Komorbiditätsdiagnostik.

Differenzialdiagnostik

In der neurologischen Praxis wird man nicht erstaunt sein, von Patienten eine oder mehrere der folgenden Beschwerdeäußerungen zu hören: Taubheit oder Kribbeln; schwindlig oder benommen; wacklig oder schwankend; nervös; zitternde Hände; zittrig; Schwächegefühl; weiche Knie oder Beine.

Bei diesen Beschwerden handelt es sich um 8 von 21 Symptomen, die in einem bekannten Angstfragebogen, dem *Beck-Angst-Inventar* (Margraf & Ehlers 2007), aufgeführt sind. Dieser Fragebogen erlaubt zwar nicht die Diagnose einer Angststörung (eine Diagnose ist nie nur aufgrund einer Selbstausskunft von Patienten in einem Fragebogen zu stellen), ermöglicht es aber, die Intensität und den Schweregrad einer subjektiven Be-

lastung durch Ängste abzubilden. Die Angst des Patienten wird dabei eben häufig durch neurologische, wie die oben genannten, Symptome manifest.

Henningsen (2005) bezeichnet diesen Fall als „pseudoneurologische Angststörung“. Differenzialdiagnostisch geht es in erster Linie um die Abgrenzung einer neurologischen Erkrankung zu einer Panikstörung, da diese Angststörung sich im Vergleich zu den anderen am deutlichsten mit somatischen Angstsymptomen äußert.

Eine Panikstörung umfasst nicht nur neurologische körperliche Symptome, sondern auch internistische (z.B. Herzrasen, Erstickungsgefühle). Es kann jedoch sein, dass Patienten einen bestimmten Beschwerdekomples als dominant erleben. Sind dies Beschwerden wie Schwindel, Taubheit oder Kribbeln, kann es sein, dass diese Patienten in der Neurologie vorstellig werden. Sind die Beschwerden durch die neurologische Routinediagnostik erklärbar, ist der Fall geklärt. Sind sie es nicht, sollte eine psychosomatische differenzialdiagnostische Erörterung stattfinden, bevor weiterführende diagnostische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Hierfür ist es hilfreich, die berichteten Beschwerden als „präsentiertes Problem“ zu begreifen, als möglicherweise offenkundiger Teil eines größeren Beschwerdekompleses. Fokussiert der Patient nur die präsentierten neurologischen Probleme, da diese als besonders bedrohlich eingeschätzt werden, kann es sein, dass weitere Körperbeschwerden weniger deutlich wahrgenommen werden. Oder Patienten erleben weitere Körperbeschwerden nicht im Sinne einer syndromalen Zugehörigkeit. In beiden Fällen kann es sein, dass diese weiteren Beschwerden vom Patienten nicht spontan berichtet werden. Die Konsequenz hieraus ist, bei neurologisch nicht erklärbaeren „präsentierten Symptomen“ aktiv nach weiteren Körperbeschwerden, der kognitiven Bewertung dieser Beschwerden (z. B. bedrohliche Bewertung „Ich bekomme einen Schlaganfall“ oder „Ich werde ohnmächtig“) und dem subjektiven Erleben des Patienten (z. B. Angstgefühl) zu fragen.

Ergibt diese weiterführende Exploration, dass das Beschwerdemuster und der Zeitverlauf der Symptome nicht kompatibel mit einer Angststörung sind, liegt möglicherweise eine andere psychische Störung vor. Angstsymptome und einzelne Panikattacken können beispielsweise auch bei somatoformen Störungen oder bei Depressionen auftreten. Kommt man hingegen zu dem Ergebnis, dass ein Angstsyndrom vorliegt, gilt es zu beurteilen, ob das Syndrom Ausdruck eines medizinischen Krankheitsfaktors ist, also unmittelbar durch eine organische Krankheit begründet ist. Ist dies nicht der Fall, liegt eine Angststörung vor (vgl. Henningsen 2005).

In einigen Fällen können zusätzliche Parameter herangezogen werden, um zwischen einer „pseudoneurologischen Angststörung“ und einer neurologischen Erkrankung zu differenzieren. In der Tabelle sind als Beispiel Merkmale zur Differenzierung einer Panikattacke und einem fokalen Anfall mit iktaler Angst dargestellt. ▶

	Panikattacke	Fokaler Anfall mit iktaler Angst
Bewusstsein	Wach	Wach, kann eintrüben
Dauer	5 - 10 min	0,5 - 2 min
Déjà-vu, Halluzinationen	Sehr selten	> 5 %
Automatismen	Sehr selten	Häufig, mit Progression zu komplex-partiellen Anfällen
Agoraphobie	Häufig	Nicht vorhanden, außer bei komorbider interiktaler Angst
Erwartungsangst	Sehr häufig	Kann auftreten, aber untypisch
EEG interiktal	Normal	Oft auffällig
EEG ikthal	Normal	In der Regel auffällig

Tabelle: Differenzialdiagnostik Panik vs. Fokaler epileptischer Anfall (nach Beyenburg et al. 2005)

Komorbiditätsdiagnostik

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Aktuelle Daten legen nahe, dass die 12-Monats-Prävalenz von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung Europas bei 14% liegt. Dies bedeutet, dass 61,5 Millionen Menschen in Europa von irgendeiner Angststörung betroffen sind. Dies sind mehr als 7-mal so viele im Vergleich zu Schlaganfall und mehr als 100-mal so viele im Vergleich zu Multipler Sklerose (Wittchen et al. 2011).

Angesichts dieser hohen Prävalenz von Angststörungen ist es nicht unwahrscheinlich, dass auch in der neurologischen Praxis Patienten erscheinen, die – unabhängig von neurologischen Symptomen und Erkrankungen – eine vorbestehende Angsterkrankung aufweisen.

Ferner gilt es zu bedenken, dass Patienten mit einer chronischen Erkrankung eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höhere Prävalenz psychischer Störungen aufweisen (Härter et al. 2007). Für die formale Diagnose einer Angststörung ist keine Ursachenattribution erforderlich, es handelt sich um eine deskriptive Statusdiagnostik. Somit besagt die erhöhte Prävalenz psychischer Störungen bei körperlich Kranken nicht per se, dass die psychische Störung als psychologische Reaktion auf die körperliche Erkrankung entstanden ist – wengleich dies durchaus möglich ist. Daneben kann es sich, wie oben erwähnt, um eine Koinzidenz handeln, die psychische Störung somit unabhängig von der körperlichen Erkrankung aufgetreten sein.

Unabhängig von der konkreten Ätiopathogenese ist das komorbide Vorliegen einer Angststörung (oder einer anderen psychischen Störung) mit einer schlechteren Lebensqualität bei neurologischen und anderen Erkrankungen assoziiert (Baumeister et al. 2005; Carson et al. 2000; Kanner et al. 2010).

Nicht nur neurologische Erkrankungen, auch einzelne neurologische Symptome sind häufig mit Angst assoziiert. Eine Studie der deutschen Allgemeinbevölkerung zeigte, dass 28,3% derjenigen, die über Schwindel klagten, auch unter einer klinisch relevanten Angstsymptomatik litten. Eine komorbide Angstsymptoma-

tik war zudem mit einer erhöhten Anzahl an Arztbesuchen aufgrund von Schwindel assoziiert (Wiltink et al. 2009).

Die Prävalenz von Angststörungen, d.h. klinischen Diagnosen, in der Neurologie ist hoch. Eine Studie in neurologischen Ambulanzen, also an unausgelesenen Patienten mit unterschiedlichen neurologischen Diagnosen, erbrachte eine Prävalenz von 46,6% für Ängste oder Depressionen. Vergleichbare Prävalenzen fanden sich für Patienten in stationärer neurologischer Behandlung: Jefferies et al. (2007) berichten eine Prävalenz von 51,3% für psychische Störungen; unter einer Angststörung litten 12,7%. Hohe Prävalenzraten zeigen sich auch, wenn spezifische neurologische Erkrankungen fokussiert werden. Bei 14,5% der Patienten in Epilepsie-Ambulanzen fanden sich Angststörungen (Kanner et al. 2012). Noch höhere Raten an Angststörungen werden für Parkinson-Patienten berichtet: 25,3% (Dissanayaka et al. 2010) bei Parkinson-Patienten aus neurologischen Ambulanzen; 34,5% in einer internationalen Multi-Center-Studie mit ambulanten Patienten (Leentjens et al. 2011). Eine Studie in Schwerpunktpraxen für Bewegungsstörungen zeigte, dass 43,3% der Parkinson-Patienten an einer Angststörung litten (Pontone et al. 2009).

Von Bedeutung ist, dass klinische Angststörungen, aber auch selbstberichtete Angstbeschwerden, mit Merkmalen neurologischer Erkrankungen und ihrer Behandlung assoziiert sind. Beispielsweise sind beim M. Parkinson motorische Fluktuationen und Gangunsicherheit mit Angst korreliert (Dissanayaka et al. 2010; Leentjens et al. 2011; Pasma et al. 2011). Ferner liegen Ergebnisse vor, wonach Angst mit einer verstärkten Wahrnehmung unerwünschter Nebenwirkungen einer anti-epileptischen Medikation verbunden ist (Gómez-Arias et al. 2012; Kanner et al. 2012). Dies verdeutlicht die klinische Relevanz komorbider Angststörungen für die neurologische Praxis.

Recht wenig beachtet wurden in der Forschung bisher umschriebene, krankheitsassoziierte Ängste. Am bekanntesten ist dabei Sturzangst, vor allem bei M. Parkinson (Rahman et al. 2011). Neuere Studien zeigen ferner, dass Rezidiv- oder Progredienz-Ängste häufig auftreten. Diese wurden bei Patienten nach Schlaganfall (Townend et al. 2006), nach Subarachnoidalblutung (Noble et al. 2011) sowie bei Parkinson- und Multiple Sklerose-Patienten beschrieben (Berg et al. 2011). Im Unterschied zu klassischen Angststörungen handelt es sich hierbei um Ängste mit einem Realbezug. Allerdings können auch diese im Prinzip realistischen und angemessenen Ängste ein Ausmaß erreichen, das die Lebensqualität beeinträchtigt und behandlungsbedürftig ist.

Aufgrund der weiten Verbreitung, der Folgen für die Lebensqualität der Patienten und der möglichen Interaktionen mit Symptomen neurologischer Erkrankungen und ihrer Behandlung ist eine Diagnostik komorbider Angststörungen angezeigt. Dies bedeutet, dass bei neurologischen Patienten nicht nur differenzialdiagnostisch eine Angststörung ausgeschlossen werden,

sondern dass die klinische Untersuchung auch die Exploration psychischer Beschwerden, insbesondere somatischer, kognitiver und emotionaler Symptome von Ängsten, umfassen sollte.

Eine Hilfe können hierbei Beschwerdebögen für Patienten sein, die sich als Screening einsetzen lassen. Es gibt zahlreiche Fragebögen zur Erfassung von Angstbeschwerden. Ein Fragebogen, der in der letzten Zeit eine weite Verbreitung gefunden hat, ist der (von Pfizer verlegte und lizenzfrei einsetzbare) Gesundheitsfragebogen für Patienten (Löwe et al. 2002). Dieser ist modular aufgebaut und erfasst verschiedene Facetten von Ängsten wie auch andere psychische Syndrome.

Schwierigkeiten bei der Angstdiagnostik in der Neurologie

Angststörungen und andere psychische Erkrankungen werden in der Neurologie, wie auch in anderen somatischen Fachgebieten, häufig nicht ausreichend erkannt. Dies hat mit verschiedenen Faktoren zu tun.

Patienten, die mit Angstsymptomen oder einer Angststörung in die Neurologie kommen, haben häufig eine somatisch geprägte Ursachenvorstellung und sind nicht ohne Weiteres bereit, z. B. ihren Schwindel als ein Angstsymptom oder als ein Teilausdruck einer Angststörung anzusehen. Patienten mit einer neurologischen Erkrankung spielen Ängste möglicherweise herunter, da sie eine Stigmatisierung als „psychisch krank“ befürchten. Auch kann es sein, dass das Wissen über psychische Erkrankungen gering ausgeprägt ist und Symptome nicht in Zusammenhang mit Angsterkrankungen gebracht werden.

Auch auf Seiten des Neurologen und der Neurologin können persönliche Einstellungen und fehlendes Wissen das Erkennen einer Angststörung behindern. Zudem mag auch das Zutrauen in die eigene psychosoziale Kompetenz eine Rolle spielen, ob Ängste und andere psychische Beschwerden in der Anamnese exploriert werden.

Ferner haben Setting-Faktoren einen Aufforderungscharakter und legen bestimmte Verfahrensweisen nahe. So führt selbstverständlich alleine die Tätigkeit in der Neurologie automatisch dazu, mit einer neurologischen Sichtweise an die Symptome heranzugehen. Auch ein Bemühen um eine juristische Absicherung kann dazu führen, den neurologischen Untersuchungspfad lange weiter zu verfolgen und alternative Perspektiven erst spät oder gar nicht ins Auge zu fassen. Schließlich liegt eine Schwierigkeit auch in der Phänomenologie der Ängste, wie sie bei neurologischen Patienten auftreten. Verschiedentlich wurde berichtet, dass diese häufig untypisch sind und nicht dem klassischen Bild z. B. der Panikstörung oder Generalisierten Angststörung entsprechen. Dementsprechend fanden mehrere Studien einen recht hohen Anteil an untypischen Störungsbildern, die als „Nicht näher bezeichnete Angststörung“ diagnostiziert wurden (Carson et al. 2000; Leentjens et al. 2011; Pontone et al. 2009).

Therapeutische Strategien

Die erste Wahl bei der Behandlung von Angststörungen ist Psychotherapie. Dies ist ein kurativer Ansatz zur Behandlung von Ängsten. Die stärkste empirische Evidenz besteht dabei für die Verhaltenstherapie. Zwar beträgt die Erfolgsrate nicht 100%, jedoch kann einem signifikanten Anteil an Betroffenen dadurch effektiv geholfen werden. Etwa 30% der psychotherapeutisch behandelten Patienten zeigen jedoch einen chronischen Verlauf (Durham et al. 2012; Taylor et al. 2012). Erste Wahl bei der pharmakologischen Behandlung von Angststörungen sind Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), wobei die Langzeitwirkung der psychopharmakologischen Behandlung begrenzt ist (Farach et al. 2012; Ravindran & Stein 2010). Eine Kombinationsbehandlung aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie erbringt langfristig keinen Vorteil; für einzelne Angsterkrankungen konnte eine etwas erhöhte kurzfristige Wirksamkeit der Kombinationsbehandlung gezeigt werden (Hofmann et al. 2009).

Empirische Evidenz zur psychotherapeutischen Behandlung von Ängsten bei neurologischen Erkrankungen liegt kaum vor. Aus klinischer Perspektive wird auch hier verschiedentlich Verhaltenstherapie als Mittel der Wahl empfohlen, alternativ die Behandlung mit SSRIs (Mula 2013). Solange keine ausreichende spezifische Evidenz vorliegt, erscheint es angemessen, die Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen als Orientierung für die Behandlung von Ängsten neurologischer Patienten heranzuziehen.

Für den konkreten ärztlichen Umgang mit Angstpatienten in der Neurologie hat Henningsen (2005) sieben therapeutische Prinzipien formuliert:

1. An die Möglichkeit einer Angst- oder einer anderen psychischen Erkrankung denken.
2. Zügige diagnostische Sicherung.
3. Keine Beruhigungsdiagnostik, d. h. keine weitergehende somatische Diagnostik zur Beruhigung des Patienten, obwohl bereits ausreichende diagnostische Sicherheit besteht.
4. Positive Aufklärung, d. h. keine negative Information („Sie haben nichts“), sondern Information darüber, dass keine neurologische Erkrankung vorliegt, verbunden mit einer Erläuterung der bestehenden Symptomatik.
5. Vermeidung vermeiden, d. h. den Patienten zu dozierten Aktivitäten ermutigen und bestehendes Vermeidungsverhalten nicht verstärken.
6. Angst im Gespräch thematisieren.
7. Wiedereinbestellung auch bei Überweisung zum Psychotherapeuten, Psychosomatiker oder Psychiater.

Für die Umsetzung dieser Empfehlungen sind psychotherapeutische Grundkenntnisse, z. B. im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung, sicherlich hilfreich.

Literatur beim Verlag

Dr. rer. nat. Andreas Dinkel, Dipl. Psych.
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar · Technische Universität München
Langerstr. 3 · 81675 München
Tel.: 089/41407490 · Fax: 089/41404845 · E-Mail: a.dinkel@tum.de