

[Anzeige]

neuro  
aktuellLA-  
MED

Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

**Inhalt****Editorial**

„Homosexualität ist weder eine Entwicklungsstörung noch ein Erkrankung“ 3

**Gesundheitswesen**

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Wie geht es weiter mit der ASV? 6

**Neuro Forschung**

Neuroprothetik: Nerv trifft Chip 9

Amyotrophe Lateralsklerose: Neue Erkenntnisse zur Pathogenese 10

Clusterkopfschmerz: Neuartiges Stimulationsverfahren 11

**Kommentare**

Wartezeiten und Zwei-Klassen-Medizin 12

MDK beurteilt Arbeitsfähigkeit nach Aktenlage 12

Beipackzettel: Häufigkeitsschätzungen von Nebenwirkungsdaten – eine wenig sinnvolle „Studie“ 15

**Neuro Recht**

Nachweis und Anerkennung seelischer Störungen im Schadensersatzrecht 15

**Dystonie**

Kortikale Plastizität und der Einfluss von Botulinumtoxin bei Dystonien 18

**Multiple Sklerose**

Ansätze zur Individualisierung einer Therapie: Prävention von Nebenwirkungen der Mitoxantron-Therapie bei Multipler Sklerose 20

**Demenz**

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen: Haus- und fachärztliche Schnittstelle in der ambulanten Versorgung von Demenzkranken 22

**Neuro Quiz**

Das neue DSM-V – was ändert sich bei der Schizophrenie? 24

**Schizophrenie**

Spezielle Behandlungsansätze für erstmals schizophrene Erkrankte 24

**Begutachtung**

Bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Leitfaden für die Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit 28

**Kurz berichtet**

Für Sie gelesen 35

**Broschüren**

Ausschreibung / Preise / News 38

**Aktuelle Urteile**

Forum 45

**Letzte Seite**

Telemedizin-Forschungsprojekt: Selbstbestimmtes Wohnen im Alter 47

**Impressum**

47

Keine Angst vor der Panik

**Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen**

Laut epidemiologischen Studien gehören Angsterkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von über 25% zu den häufigsten psychischen Störungen (Kessler et al. 2005). Dabei sind Frauen doppelt so oft wie Männer davon betroffen. Klinisch unterscheidet man zwischen der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, der Generalisierten Angststörung (GAS), der sozialen Phobie und der spezifischen Phobie. Der folgende Beitrag befasst sich insbesondere mit dem klinischen Erscheinungsbild der Angsterkrankungen und möglichen therapeutischen Strategien bei der Behandlung dieses Leidens.

**Klinische Symptomatik**

Die **Panikstörung** ist charakterisiert durch plötzliche, wiederholt auftretende Panikattacken. Intensive Angstgefühle werden von körperlichen Symptomen wie z. B. Herzrasen, Schwindel oder Übelkeit begleitet. Meist klingen die Symptome nach zehn bis 30 Minuten ab.

Fortsetzung auf Seite 3

[Anzeige]

## „Homosexualität ist weder eine Entwicklungsstörung noch eine Erkrankung“

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

so las man es in einer Presseerklärung der DGPPN im Juli letzten Jahres anlässlich des Christopher-Street-Days, des „Feiertags“ der Homosexuellen. Und der Regierungssprecher der neuen großen Koalition konstatierte anlässlich des Comingouts des ehemaligen Profifussballers Thomas Hitzelsperger: „Wir leben in einem Land, in dem niemand Angst haben sollte, seine Sexualität zu bekennen nur aus Furcht vor Intoleranz.“ So könnten wir also jetzt am 10. März ganz entspannt des 20. Jahrestages der Aufhebung des berüchtigten § 175 StGB gedenken. Aber ist es mit unserer Toleranz inzwischen wirklich so weit her?

Man höre sich nur an den Stammtischen und auf den Fußballplätzen um: Das Hauptschimpfwort ist „schwule Sau“. Der tapfere Außenminister der letzten Bundesregierung hat als einer der ersten Politiker versucht, seine Homosexualität weltweit zusammen mit seinem Partner zu leben. Man musste sich aber nur einmal die Mienen jener Minister ansehen, in deren Ländern die gleichgeschlechtliche Liebe unter Strafe steht und sogar mit dem Tod bedroht wird (Saudi-Arabien, Afghanistan), wenn sie sich mit ihm zum gemeinsamen Foto aufstellten.

Im Übrigen können wir der DGPPN nur zustimmen, dass sämtliche sog. reparativen Verfahren – für deren Wirksamkeit es keinerlei empirische Evidenzen gibt, mit denen aber Gleichgeschlechtlichkeit „korrigiert“ werden soll – schärfstens abzulehnen sind. Wie eigentlich nicht anders zu erwarten, sehen wir bei bisexueller Orientierung deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung Angststörungen, Depressionen und auch Suchtverhalten, bei den Jugendlichen und jungen Homosexuellen eine bis zu dreifach höhere Suizidrate. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist ein derart erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf direkt oder indirekt erfahrene Diskriminierung zurückzuführen. Im Verlauf dieser Debatte meldete sich Anfang Januar auch der frühere Arbeitsminister Norbert Blüm in der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“ zu Wort und polemisierte heftig gegen die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, das Ehegattensplitting auch auf homosexuelle Paare anzuwenden. Er sprach – in typischem Stammtischjargon – von einer „hastenden gerichtlichen Assimilation an die launische Wechselhaftigkeit dessen, was gerade ‚in‘ ist“. Unser Ziel als Nervenärzte muss es sein, psychischen Folgeerkrankungen aufgrund von Stigmatisierung vorzubeugen und bei psychischen Erkrankungen keine besonderen Therapieangebote zu machen, sondern vielmehr als Therapeuten, die einen wertfreien und geschützten Raum bieten, zur Verfügung zu stehen. Homosexualität gehört zum normalen Leben und bedarf keiner speziellen Therapie!

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

## Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen

Swantje Notzon, Münster, und Peter Zwanzger, Wasserburg am Inn

In Folge entwickeln Patienten häufig starke Erwartungsängste, erneut eine Panikattacke zu erleiden (Angst vor der Angst, Phobophobie). Sie beginnen Situationen zu vermeiden (Agoraphobie), aus denen sie im Falle einer plötzlichen Panikattacke nicht oder nur schwer flüchten können (z. B. Bus, volle Kaufhäuser). Typisches Symptom der **Generalisierten Angststörung** sind exzessive Sorgen, die als unkontrollierbar empfunden werden („pathologisches Sorgen“). Begleitet werden sie von einer unspezifischen, körperlichen Symptomatik, z. B. Verspannungen, Schmerzen, Nervosität. Die Sorgeninhalte sind nicht anders als bei Personen ohne GAS. Patienten sorgen sich oft mehrere Stunden am Tag, überschätzen Gefahren und unterschätzen eigene Ressourcen.

Angst vor der prüfenden Bewertung durch andere Menschen steht bei der **sozialen Phobie** im Vordergrund. Kernsymptom ist die Befürchtung, sich in der Öffentlichkeit peinlich oder lächerlich zu verhalten. Scham spielt eine zentrale Rolle. Die angstausslösenden Situationen werden vermieden oder unter großer Angst ertragen. Sozialphobische Ängste können sich auf eine einzelne soziale Situation beschränken (isolierte soziale Phobie) oder aber fast alle sozialen Kontakte (generalisierte soziale Phobie) umfassen. Bei der **spezifischen Phobie** lösen spezifische Objekten oder Situationen Angstreaktionen aus. Die Auslöser können oft gut vermieden werden. Damit ist u. a. zu erklären, weshalb Patienten nur selten Hilfe suchen. Im medizinischen Bereich sind besonders die Blut-Spritzen-Verletzungs-Phobie (ca. 3% der Bevölkerung) und die Zahnarztphobie (ca. 3 bis 5%) relevant.

### Therapie

Von allergrößter Bedeutung sind die Aufklärung über das Krankheitsbild und die Vermittlung eines psycho-

somatischen Störungsmodells. Eine erste Symptomreduktion ist erreichbar mit Maßnahmen wie z. B. Reduktion des Koffeinkonsums, verbesserter Schlafhygiene, Entspannungsverfahren, Sport und allgemeiner Stressreduktion. Die Vermittlung des Prinzips des Nichtvermeidens ist Voraussetzung für das Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen. Viele Patienten benötigen jedoch eine spezifische psychotherapeutische und/oder medikamentöse Angsttherapie (Dengler & Selbmann 2000; Rupprecht & Hampel 2006).

## Psychotherapie

Unter den psychotherapeutischen Verfahren hat sich die kognitive Verhaltenstherapie (VT) als die Methode der Wahl erwiesen. Zunächst wird ein individuelles Störungsmodell unter Einbeziehung persönlicher Lernerfahrungen und der Biographie erarbeitet. Hilfreich sind Modelle wie der sog. Teufelskreis der Angst (Margraf & Schneider 1989, 1990) oder das Vulnerabilität-Stress-Modell. Mit dem Teufelskreismodell lässt sich der Aufschaukelungsprozess bei Panikattacken veranschaulichen. Das Vulnerabilität-Stress-Modell erklärt, wie Anspannungsniveau, individuelle Vulnerabilität und Stressoren mit der Entstehung von Angst in Zusammenhang stehen. Bei der sehr effektiven Expositionstherapie setzen sich Patienten den angstbesetzten Situationen oder Objekten aus, ohne dass sie Vermeidungsverhalten oder Sicherheitsstrategien (z. B. Handy mitnehmen) anwenden dürfen. Ziele sind die Habituation, Veränderungen in der Bewertung der Angstsituation und der Aufbau neuer Verhaltensmuster. Die Expositionstherapie ist für Patienten emotional sehr belastend und gelingt nur nach sorgfältiger Vorbereitung. Ein anderes methodisches Vorgehen sieht die systematische Desensibilisierung vor. Nach dem Erlernen einer Entspannungstechnik (z. B. progressive Muskelentspannung nach Jacobsen) werden die Patienten angeleitet, sich schrittweise immer stärkeren phobischen Reizen auszusetzen und im ständigen Wechsel die Entspannungsübung durchzuführen.

- ▶ Die Panikstörung ohne Agoraphobie kann effektiv mittels In-vivo-Konfrontation mit internen Reizen, insbesondere körperlichen Symptomen, behandelt werden. Dabei werden die befürchteten Symptome (z.B. Atemnot durch Hyperventilation, Herzrasen durch schnelles Treppensteigen) provoziert. Bei der Agoraphobie steht die Reizkonfrontation mit den angstausslösenden Situationen im Vordergrund.
- ▶ Die Modifikation automatischer dysfunktionaler Gedanken und Sorgen ist zentrales Element in der GAS-Behandlung. Eine verhaltenstherapeutische Maßnahme ist die sog. „Sorgenkonfrontation“. Statt gedanklicher Sprünge zwischen Sorgenthemen zu machen, werden Patienten angeleitet, ihre Gedanken „zu Ende“ zu denken.
- ▶ Ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung der sozialen Phobie ist die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, in der soziale Kompetenzen trainiert werden.

- ▶ Die spezifische Phobie kann in der Regel durch eine Expositionstherapie behandelt werden.

Eine psychodynamische Therapie kann auch hilfreich sein, wobei ihre Bedeutung vor allem in der Sekundärprävention durch das Erarbeiten wesentlicher psychischer Entstehungsfaktoren besteht.

## Pharmakotherapie

Die medikamentöse Behandlung stellt den zweiten Baustein in der Therapie von Angsterkrankungen dar (siehe Tabelle).

Panikstörung		
Substanzgruppe	Substanz	Dosierung
SNRI	Venlafaxin	37,5 - 225 mg
SSRI	Paroxetin	10 - 50 mg
	Citalopram	10 - 60 mg
	Escitalopram	5 - 20 mg
Trizyklische Antidepressiva	Clomipramin	75 - 250 mg
Generalisierte Angststörung		
Substanzgruppe	Substanz	Dosierung
Antiepileptika	Pregabalin	75 - 600 mg
Antihistaminika	Hydroxyzin	37,5 - 75 mg
Azapirone	Buspiron	15 - 60 mg
SNRI	Venlafaxin	37,5 - 225 mg
	Duloxetin	30 - 120 mg
SSRI	Paroxetin	20 - 50 mg
	Escitalopram	10 - 20 mg
Trizyklische Antidepressiva	Opipramol	50 - 200 mg
Soziale Phobie		
Substanzgruppe	Substanz	Dosierung
MAO-Hemmer	Moclobemid	300 - 600 mg
SNRI	Venlafaxin	37,5 - 225 mg
SSRI	Paroxetin	20 - 50 mg
	Escitalopram	10 - 20 mg
Akute Angstzustände		
Benzodiazepine	Alprazolam	0,25 - 1 mg
	Lorazepam	0,5 - 2,5 mg

Tabelle: Übersicht Pharmakotherapie

**Panikstörung:** Zur Therapie der Panikstörung besteht derzeit eine Zulassung in Deutschland für die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) Paroxetin, Citalopram und Escitalopram sowie für den kombinierten Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin. Im Einzelfall, z. B. bei schweren oder therapieresistenten Verläufen, können auch trizyklische Antidepressiva (TZAs) wie Clomipramin eingesetzt werden.

**GAS:** Substanzen der ersten Wahl bei GAS sind Antidepressiva wie die SSRIs Paroxetin oder Escitalopram, die SNRIs Venlafaxin und Duloxetin sowie das Antikonvulsivum Pregabalin. Eine Zulassung besteht auch für Buspiron, einen Agonisten am Serotonin-1<sub>A</sub>-Rezeptor.

**Soziale Phobie:** Aufgrund unterschiedlicher Behandlungsansätze sollte zwischen isolierter und generalisierter sozialer Phobie unterschieden werden. Bei umschriebenen Ängsten kann der Einsatz von Betablockern oder Benzodiazepinen sinnvoll sein. Dabei wird der Angstkreis durch die Reduktion der somatischen Symptome durchbrochen. Bei der generalisierten Form stellen Antidepressiva die Therapie der Wahl dar. Eine Zulassung besteht für Paroxetin, Escitalopram, Venlafaxin und Moclobemid.

Benzodiazepine sind bei allen Angsterkrankungen zwar für die Akutbehandlung geeignet, sollten jedoch wegen des Abhängigkeitsrisikos nicht langfristig verordnet werden (s. u.).

Die Kombinierbarkeit von Psychotherapie und Psychopharmaka wird kontrovers diskutiert. Grundsätzlich sind die Ansprechraten vergleichbar. Jedoch mehren sich Befunde, dass viele Patienten von der kombinierten Therapie aus VT und Antidepressiva profitieren (Zwanzger et al. 2008a). Dieser Vorteil wird insbesondere in der Akuttherapie deutlich (Barlow et al. 2000). Durch Benzodiazepine wird dagegen nach aktueller Studienlage die erfolgreiche Durchführung von Expositionen beeinträchtigt.

### Empfehlungen für die Praxis

Im Erstkontakt ist es wichtig, in stressfreier Atmosphäre die körperlichen Sorgen ernst zu nehmen, eine somatische Ausschlussdiagnostik durchzuführen und über das Krankheitsbild aufzuklären (Zwanzger et al. 2008b). Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, können kurzfristig Benzodiazepine gegeben werden. Empfohlen werden z. B. 1 bis 2,5 mg Lorazepam sublingual (z. B. Tavor® Expidet®) oder 0,25 bis 1 mg Alprazolam. Bei der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva ist der Wirkeintritt um zwei bis vier Wochen verzögert. Während der ersten Behandlungstage kommt es häufig zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Paniksymptomatik (sog. „Jitteriness“). Hier hilft in der Regel die Wahl einer niedrigen Startdosis (z. B. Paroxetin 10 mg), um die Nebenwirkungen deutlich zu mildern. Eine offene und ausführliche Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen ist im Vorfeld wichtig.

Die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva sollte entsprechend den Empfehlungen der Behandlung von Depressionen frühestens nach sechs Monaten beendet werden. In komplizierteren Fällen, bei Therapieresistenz oder Rezidiven muss länger behandelt werden. Ein Absetzen sollte grundsätzlich langsam über mehrere Wochen und unter ärztlich-psychotherapeutischer Begleitung erfolgen (Zwanzger et al. 2008b). Für Neuroleptika, insbesondere das Depotpräparat Fluspirilen, gibt es keine Wirksamkeitsnachweise.

### Fazit

Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Störungen. Die Ätiologie ist komplex mit

biologischen und psychosozialen Einflussfaktoren. Unbehandelt ist der Verlauf häufig chronisch, das Risiko für weitere psychische Erkrankungen nimmt zu. Durch eine frühzeitige und zielgerichtete Therapie sind Angsterkrankungen gut behandelbar. Psychotherapeutische sowie medikamentöse Therapieverfahren sind gleichermaßen wirksam. Unter den psychotherapeutischen Verfahren kommt der kognitiven Verhaltenstherapie die entscheidende Bedeutung zu. Die Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung sind je nach Angststörung unterschiedlich und beinhalten den Einsatz von Antidepressiva, Antikonvulsiva sowie kurzfristig und zur Akutbehandlung Benzodiazepine.

#### Literatur beim Verlag

Dr. med. Swantje Notzon  
Westfälische Wilhelms-Universität · Münster

Prof. Dr. med. Peter Zwanzger  
Inn-Salzach-Klinikum · Wasserburg am Inn

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Peter Zwanzger  
Ärztlicher Direktor · Inn-Salzach-Klinikum  
83512 Wasserburg am Inn  
Tel.: 08071/71215 · E-Mail: peter.zwanzger@kbo.de

## gesundheitswesen

### Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

## Wie geht es weiter mit der ASV?

Vor zwei Jahren wurde der Paragraph 116b des Sozialgesetzbuches V neu gefasst: Niedergelassene Fach- und Klinikärzte sollen durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen zu den gleichen Konditionen wie Kliniken behandeln können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte einheitliche Qualitätsstandards vorgeben. Auf der MEDICA in Düsseldorf nahm Dr. Regina Klakow-Franck, Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses, dazu Stellung, in welchem Maß die ASV schon vertragsärztliche Realität ist.

Ziel war, dass bisher ausschließlich von Kliniken vorgehaltene Versorgungsangebot nicht einfach nur für Vertragsärzte zu öffnen, sondern daraus einen neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereich zu entwickeln. Die ASV-Richtlinie des G-BA regelt verbindlich die Anforderungen, die grundsätzlich für schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen gleichermaßen gelten. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden dürfen, werden für jede Erkrankung abschließend festgelegt. Der G-BA sollte außerdem eine einheitliche Vergütungssys-