



**JETZT NEU**

## Therapie der Epilepsie

Bestellformular:  
siehe Seite 23

 Westermayer Verlag

ISSN 1869-6597

3344

Papier aus chlorfrei gebleichtem Zellstoff

Gebühr bezahlt

# neuro aktuell



**LA-MED**  
2014



## Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

### Inhalt

#### Editorial

Das duale Gesundheitssystem in Deutschland zeigt seine Vorzüge 3

#### Arzneimittel

Arzneimittelverordnungsreport 2015: Wo das Geld der Versicherten bleibt 6

#### Kommentare

Seit Januar ist das Pflegestärkungsgesetz II in Kraft 9

Ist Alzheimer-Demenz bei M. Parkinson mit neuem Antikörper zu verhindern? 9

#### Epilepsie

Neue Kanalkrankheiten bei Epilepsien und klinische Konsequenzen 10

#### Schmerz

Morphinbase – nicht nur aus exogenen Quellen? 17

#### Depression

Gute Alternative zu Antidepressiva? Neue Studie zeigt überraschende Langzeitauswirkungen von MBCT auf Depressionen 21

#### Kurz berichtet

DGPPN sieht positives Signal für Menschen mit psychischen Erkrankungen 22

Wettschuld um Masernvirus: Impfgegner muss doch nicht zahlen 22

„Pille danach“ rezeptfrei: Abgabe in Apotheken bisher reibungslos 24

Opsoklonus-Myoklonus-Syndrom: Auszeichnung für deutschen Forscher 24

Suizid-Rate von über 60-Jährigen steigt weiter 25

Barmer GEK: Schmerzpatienten unterversorgt 25

Demenz: Zahl der Neuerkrankungen in 30 Jahren fast halbiert 26

Schmerzgesellschaft hält Cannabinoide durchaus für Therapie geeignet 27

#### Neuro-Quiz

Wann führt mangelnde Aufklärung zur Haftung der Klinik? 28

Kongress / Ausschreibung 28

News 29

Für Sie gelesen 34

Forum 37

#### Neurologie

Die DGN informiert: Was der Neurologe über Zika-Virus-Infektionen wissen sollte 37

#### Neuro Forschung

Alzheimer: Beta-Amyloid-Plaques und körpereigene Abwehrzellen 39

Niedriger Blutdruck unter antihypertensiver Therapie fördert weiteren kognitiven Verlust 40

Publikationsbias: Psychotherapie bei Depressionen hilft weniger gut als bislang gedacht 41

Stellenmarkt 42

Zuletzt

Chinesin spricht nach Schlaganfall nur noch Englisch 43

Impressum 43

### Ein Vergleich

## Klinische Symptomatik von Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS und Angststörungen

Hannah Cholemkery, Frankfurt am Main

Neuere epidemiologische Studien zeigen, dass in der psychiatrischen Praxis immer mehr Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) zu Diagnostik und Behandlung vorgestellt werden. Frühere Studien zu Prävalenzraten bewegten sich im Bereich von 0,01% bis 0,07%, während man heute davon ausgeht, dass etwa 1% aller Kinder von einer ASS betroffen sind (Baird et al. 2006). Ähnliche Prävalenzraten wurden für Erwachsene gefunden (Brugha et al. 2011). Mit der steigenden Anzahl diagnostizierter Kinder erhöht sich auch die Notwendigkeit, dieses Störungsbild differenzialdiagnostisch gut von anderen (kinder- und jugend-)psychiatrischen Störungen abzugrenzen.

Fortsetzung auf Seite 3



Vergleich mit den Nachbarländern

## Das duale Gesundheitssystem in Deutschland zeigt seine Vorzüge

**Sehr geehrte Frau Kollegin,**

**sehr geehrter Herr Kollege,**

laut einer neuen Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts (WIP) der PKV (Private Krankenversicherung) stellt sich heraus, dass wir den Vergleich mit unseren leistungsfähigsten Nachbarländern nicht zu scheuen brauchen. Die Autorin Verena Finkenstädt hat die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland mit der in den Niederlanden und der Schweiz verglichen, welche oft als Referenz für ein vorbildliches Gesundheitssystem genannt werden (*PKVpublik*).

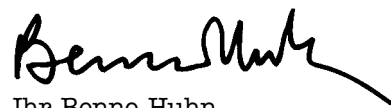
Bekanntlich ist der niedergelassene Arzt im Krankheitsfall der erste Ansprechpartner. Die ambulante Versorgung hat damit eine Schlüsselfunktion in jedem Gesundheitswesen. Sie bestimmt den weiteren Weg des Patienten durch das Versorgungssystem. Versorgungseinschränkungen sind somit in diesem Bereich für alle Patienten direkt erlebbar. Zwar hat in allen drei Ländern die Bevölkerung uneingeschränkt Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung, unabhängig von Gesundheitszustand und Einkommen, jedoch haben die Systeme in der Schweiz und den Niederlanden deutlich höhere Zugangshürden. So geben in Umfragen ca. drei Viertel der befragten Deutschen in einer Untersuchung des *Commonwealth Fund* an, dass sie noch am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten. In den Niederlanden waren es 63 Prozent. Bei der Frage nach den Wartezeiten zum Facharzt antworten 72 Prozent der Deutschen, in weniger als vier Wochen einen Facharzttermin zu erhalten, in den Niederlanden waren es 75 Prozent. Allerdings ist einschränkend zu berücksichtigen, dass die Niederlande ein Hausarztmodell haben, und Fachärzte nur an Kliniken praktizieren. Patienten können dort also nicht direkt, wie in der Bundesrepublik zum Facharzt gehen, sondern müssen sich überweisen lassen, mit der Folge, dass viel weniger Patienten den Facharzt aufsuchen. In der Schweiz müssen die Versicherten zunächst Zuzahlungen bei jedem einzelnen Arztkontakt leisten. Solche obligatorischen Selbstbehalte können durchaus eine Hürde zum Arztbesuch sein, weil ja ein relativ hoher Anteil der Arztkosten aus eigener Tasche finanziert werden muss.

Die Befürworter der deutlich stärkeren Rationierung des Zugangs zu einer ambulanten medizinischen Versorgung in den Niederlanden und in der Schweiz führen als Argument das daraus resultierende kostengünstigere Gesundheitssystem an. Wenn man aber von den Kaufkraftstandards (KKS), also der durchschnittlichen Kaufkraft eines Euro ausgeht, liegt Deutsch-

land bei ihren pro-Kopf-Ausgaben im Mittelfeld: In der Schweiz werden pro Einwohner mit 736 Euro fast 30 Prozent mehr für die Gesundheit als hierzulande ausgegeben, in den Niederlanden sind es mit 304 Euro allerdings fast 47 Prozent weniger. Dabei sind dort aber die Kosten für die fachärztliche Versorgung nicht enthalten. Zudem ist die Bevölkerung in den Niederlanden deutlich jünger, nimmt also entsprechend weniger medizinische Leistungen in Anspruch.

Fazit: Das deutsche Gesundheitssystem ist mit seinem kostenlosen Zugang zu Fachärzten, freier Arztwahl, geringen Wartezeiten für alle, und das bei moderaten Arztkosten – trotz der höchsten Zahl von Arztkontakten/Einwohner in Europa –, gar nicht so schlecht, als dass es einer Erneuerung durch eine „Bürgerversicherung“ bedürfte, wie sie vom Gesundheitsexperten der SPD, Lauterbach, seit langem lautstark – besonders zur Verhütung einer „Zwei-Klassen-Medizin“ – gefordert wird.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

## Klinische Symptomatik von Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS und Angststörungen

### Autismus-Spektrum-Störungen: Symptomatik – Komorbidität – Differenzialdiagnosen

Gekennzeichnet sind Autismus-Spektrum-Störungen durch eine Triade der Beeinträchtigungen in der wechselseitigen sozialen Interaktion, der Kommunikation sowie durch stereotyp auftretende Verhaltensweisen und ausgedehnte Beschäftigungen mit eng umgrenzten Interessen (Zugfahrplänen, Geografie o. ä.). Entscheidend für die Diagnostik ist, dass es sich bei den Beeinträchtigungen um frühe, situationsübergreifende und tiefgreifende Auffälligkeiten handelt. Während nach ICD-10 noch zwischen Frühkindlichem Autismus (F84.0, Beeinträchtigung in allen drei Symptombereichen mit einer auffälligen Entwicklung vor dem 3. Lebensjahr), Asperger Syndrom (F84.5, Kriterien entsprechen Autismus, es liegt jedoch keine sprachliche oder kognitiv auffällige Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren vor) und dem Atypischen Autismus (F84.1, Manifestationsalter ist verspätet und/oder einer der Störungsbereiche bleibt unauffällig) unterschieden wird, werden die Subtypisierungen im DSM-5 vom Terminus der „Autismus-Spektrum-Störungen“ abgelöst. Die Symptomtriade wird zu einer Symptomdyade (Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation; stereotyp, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten) zusammengefasst. Man kann

davon ausgehen, dass diese Klassifizierung auch in der ICD-11 Anwendung finden wird.

Neben der Kernsymptomatik besteht bei den ASS eine Vielzahl an Begleitsymptomen und Komorbiditäten. Studien zeigen, dass etwa 70% der Betroffenen mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose aufweisen (Lai et al. 2014; Simonoff et al. 2008). Die Komorbiditäten unterscheiden sich dabei im Entwicklungsverlauf. Während wir im Vorschulalter besonders häufig Entwicklungsverzögerungen, Schlaf-/Essstörungen, Regulationsstörungen und (auto-)aggressive Verhaltensweisen finden, imponieren vor allem die Aufmerksamkeitsstörungen als eine der häufigsten Komorbiditäten im Schulalter. Zusätzlich zeigen sich oppositionelle Verhaltensweisen, Lernstörungen und Tic-Störungen. Im Entwicklungsverlauf kommt es durch die häufig ungeschickt anmutenden Interaktionsversuche, das schmerzhaft bewusste eigene Andersartigkeitsgefühl und durch ein wachsendes Bedürfnis nach Beziehungen in Kombination mit zahlreichen Zurückweisungen insbesondere bei normal begabten Jugendlichen zu komorbiden Angststörungen und Depressionen. In Adoleszenz und Erwachsenenalter findet man gehäuft Zwangs-, Ess- und psychotische Störungen. Komorbide Erkrankungen beeinflussen den Entwicklungsverlauf und das Funktionsniveau der Betroffenen erheblich. Für die Behandlungsplanung ist die Diagnostik assoziierter Störungen daher von besonderer Wichtigkeit. Zusätzlich ist es jedoch – auch im Hinblick auf die Behandlung – von Bedeutung, die ASS-Symptomatik von anderen Störungsbildern sorgfältig abzugrenzen. So weisen beispielsweise die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen ebenfalls deutliche Auffälligkeiten im Symptombereich der wechselseitigen Interaktion auf. Kinder mit selektivem Mutismus oder Jugendliche mit einer sozialen Phobie zeigen starke Beeinträchtigungen in ihren kommunikativen Fähigkeiten und wirken deshalb nicht selten ebenso ungelent und psychopathologisch auffällig bezüglich Mimik, Gestik, Sprachmelodie und Art der Kontaktaufnahme. Zwangs-, Tic-, Intelligenz- oder stereotype Bewegungsstörungen überlappen mit den ASS im Bereich der repetitiv-stereotypen Verhaltensweisen. Um spezifisch behandeln zu können, ist eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abgrenzung dementsprechend unerlässlich.

---

### **ADHS: Symptomatik – Komorbidität – Differenzialdiagnosen**

---

Auch die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS, F90) beginnen frühzeitig. Erste Symptome finden sich meist bereits in den ersten fünf bis sechs Lebensjahren. Die Schwierigkeiten treten in mehreren Lebensbereichen (z. B. Schule und Familie) über mindestens sechs Monate hinweg auf. ADHS ist gekennzeichnet durch Unaufmerksamkeit (symptomatisch z. B. in leichter Ablenkbarkeit, Flüchtigkeitsfehlern und geringer Persistenz bei kognitiven Aufgaben beobachtbar), vermehrter motorischer Aktivität

und erhöhter Impulsivität, welche Alter und Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechen und sowohl die psychosoziale als auch die kognitive Funktionsfähigkeit deutlich beeinträchtigen. Beeinträchtigungen hinsichtlich der Kernsymptomatik bestehen bei 30 bis 70% der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter hinein. Insbesondere im Kindergartenalter manifestieren sich die ADHS-Symptome durch die typische plan- und rastlose Aktivität, schnelle Handlungswechsel mit geringer Ausdauer und eine mangelnde Regelakzeptanz. Durch die Kombination aus Impulsivität, schwankender Aufmerksamkeit und motorischer Unruhe ist eine erhöhte Unfallgefahr gegeben. Beständige Freundschaften zu schließen, fällt betroffenen Kindern oft schwer. In der Grundschule imponieren oppositionelle Verhaltensweisen (mangelnde Regelakzeptanz, Stören im Unterricht, geringe Frustrationstoleranz), welche in der symptomatischen Trias begründet sind. Die Hausaufgabensituation führt häufig zur Eskalation, ein niedriger Selbstwert ist die Folge der zahlreichen negativen Rückmeldungen. In der Adoleszenz kommt es bei ADHS oftmals zur Leistungsverweigerung. Es wird eine besondere Präferenz für soziale Randgruppen, in der Kombination mit erhöhter Risikobereitschaft und Substanzmissbrauch, beschrieben. Entsprechend dem Entwicklungsverlauf finden sich im Kindesalter und in der Adoleszenz oftmals komorbide Störungen des Sozialverhaltens, Tic-Störungen, Ängste, depressive Erkrankungen, Zwangsstörungen und affektive Störungen. Eine erhöhte Komorbidität bezüglich Lese- und Rechtschreibstörungen sowie Dyskalkulie erschwert den schulischen Verlauf noch zusätzlich.

Die Komorbidität zwischen ASS und ADHS ist wechselseitig. Phänomenologisch finden sich auch bei ADHS Beeinträchtigungen in der Interaktion, eine unzureichende Beachtung und fehlerhafte Interpretation mimischer Ausdrücke und sozialer Hinweisreize, desweiteren Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen und zu pflegen, sowie ein atypisches Reagieren auf Zuwendung und Ansprache. Etwa 20 bis 50% der Patienten mit ADHS erfüllen auch die Kriterien einer ASS. 30 bis 80% der Personen mit ASS zeigen ebenfalls Symptome eines ADHS, wobei Symptome des unaufmerksamen Subtypus ohne Hyperaktivität überwiegen. Genetische, bildgebende und neuropsychologische Befunde deuten auf einen ätiopathogenetischen Zusammenhang beider Störungsbilder hin (Banaschewski, Poustka & Holtmann 2011).

Die hohe Symptomüberlappung und Komorbidität muss zunächst in der Diagnostik berücksichtigt werden. Hierbei sind Anamnese, Leistungsdiagnostik und Verhaltensbeobachtungen aus verschiedenen Kontexten (Schule, Eltern, Kliniker) notwendig. Phänomenologisch imponieren bei den ASS stärkere Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und der Gebrauch stereotyper, sich wiederholender Muster oder idiosynkratischer verbaler Äußerungen sowie ein detailorientierter Wahrnehmungsstil und eine fehlende Sprunghaftigkeit im Denken und Handeln. Im Kleinkind-

alter fehlen das spontane Imitieren und phantasievolle Spielen. Eine Faszination von allem Neuen wird man hingegen bei autistischen Kindern kaum finden und Aufmerksamkeitsauffälligkeiten drücken sich eher im Abschweifen oder im Hyperfokussieren (zwinghaftes Beendenmüssen einer Aufgabe) als in geringer Persistenz und dem Beginnen immer neuer Aufgaben aus.

Cave: ASS gelten in der ICD-10 als Ausschlusskriterium für die Diagnose einer ADHS. Dieser Ausschluss wird im DSM-5 bereits aufgehoben. Das Vorliegen der jeweils assoziierten komorbiden Symptomatik sollte dennoch geprüft und bei Vorliegen auch diagnostiziert werden.

---

### Angststörungen: Symptomatik – Komorbidität – Differenzialdiagnosen

---

Ebenfalls in der differenzialdiagnostischen Abgrenzung berücksichtigt werden müssen die Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Angststörungen umfassen hierbei eine Gruppe sehr heterogener Erkrankungen, die sich sowohl bezüglich ihrer primären Angst- und Vermeidungsthematik als auch hinsichtlich ihrer Prävalenz im Entwicklungsverlauf deutlich unterscheiden. So muss zunächst zwischen Angst als passagere Entwicklungsphase (z. B. Angst vor Ablehnung durch Gleichaltrige in der Adoleszenz) und Angststörungen unterschieden werden. Angststörungen sind gekennzeichnet durch unrealistische und übertriebene Ängste, die mindestens vier Wochen anhalten und zu einer deutlichen Beeinträchtigung des Kindes führen. Dabei sind sie oft Entwicklungsphasen-untypisch, behindern die weitere Entwicklung des Kindes und haben weitreichende Konsequenzen auf schulische Leistungen und soziale Beziehungen. Das klinische Erscheinungsbild ist geprägt durch physiologische Symptome (z. B. Tachykardie, Schwitzen, Erröten), intensive Angst, dysfunktionale Kognitionen und Vermeidung der angstausslösenden Situation. Die häufigsten Komorbiditäten bestehen bei einer Angsterkrankung mit anderen Angststörungen. Hinsichtlich der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu den ASS sind insbesondere die Soziale Phobie/Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F40.1, F93.2) und der Selektive Mutismus (F94.0) von Bedeutung (Cholemkery et al. 2014). Die Kernsymptomatik der sozialen Angststörungen besteht in der Angst vor Bewertungen in sozialen Situationen. Diese drückt sich in großer Befangenheit, Verlegenheit und der übertriebenen Sorgen über eigenes Verhalten gegenüber anderen Personen aus. Oft besteht ein deutliches Ausmaß an Angst in neuen, fremden Situationen. Der Selektive Mutismus ist durch eine emotional bedingte Selektivität des Sprechens bei vorhandener Sprachkompetenz gekennzeichnet. In über 90% der Fälle tritt eine komorbide Störung mit sozialer Ängstlichkeit auf, wobei noch unklar ist, ob der Mutismus einen Vorläufer der sozialen Angst darstellt oder eine Extremvariante bildet. Die sozialen Ängste imponieren ebenso wie die ASS durch einen reduzierten Blickkontakt, reduzierte Mimik/Gestik, Schwierigkeiten in der Gestaltung sozialer Interaktionen (z. B. Small Talk),

sozialen Rückzug, Angespanntheit in Gruppen, starre Motorik, Beharren auf Ritualen und Unwohlsein in neuen Situationen. Die Defizite in der sozialen Kompetenz äußern sich oftmals in unbeholfenen, hölzern wirkenden Verhaltensweisen.

Abgrenzung: Als Aspekt einer Autismus-spezifischen und differenziellen Diagnostik ist insbesondere die frühkindliche Anamnese der Symptomatik hilfreich, um Symptomüberlappungen sorgfältig zuzuordnen. Die Kernsymptomatik muss frühzeitig aufgetreten sein und sowohl zeitlich über den Entwicklungsverlauf als auch situationsübergreifend persistieren, um eine ASS diagnostizieren zu können. Außerhalb von sozialen Anforderungssituationen (z. B. im familiären Rahmen) ist für sozial ängstliche Menschen ein adäquates Interaktions- und Kommunikationsverhalten meist möglich. Neben dem frühkindlichen Bindungs- und Spielverhalten ist die Erfassung von Einschränkungen hinsichtlich Perspektivübernahme und kognitiver Empathie (bei ASS) sowie physiologischer Symptome (z. B. Erröten bei Sozialer Phobie) hilfreich.

---

### Fazit

---

Gemeinsames Vorkommen: ASS, Angststörungen und ADHS weisen eine hohe Komorbidität auf.

Bezüglich der Differenzialdiagnostik ist das Wissen um kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen mit psychopathologisch überlappender Symptomatologie für jede Diagnosestellung unerlässlich. Für die weitere Prognose ist es notwendig, assoziierte, komorbide Psychopathologien zu diagnostizieren, um sie in der Behandlung berücksichtigen zu können.

### Literatur beim Verlag

Dr. phil. nat. Hannah Cholemkery, Leitende Psychologin  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters der JW Goethe-Universität Frankfurt  
Deutschordenstraße 50 · 60528 Frankfurt am Main  
E-Mail: hannah.cholemkery@kgu.de

---