

Nervenärztliche Sprechstunde

An das Asperger-Syndrom denken

Menschen mit Asperger-Syndrom sehen sich mit einer Vielzahl von Vorurteilen konfrontiert, von denen sich oft auch Mediziner nicht vollends frei machen können. Die Ausprägungen der Erkrankung sind vielfältig und nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen. Testpsychologische Verfahren für die Diagnose im Erwachsenenalter sind momentan noch nicht verfügbar, sodass es sich um eine klinische Diagnose handelt.

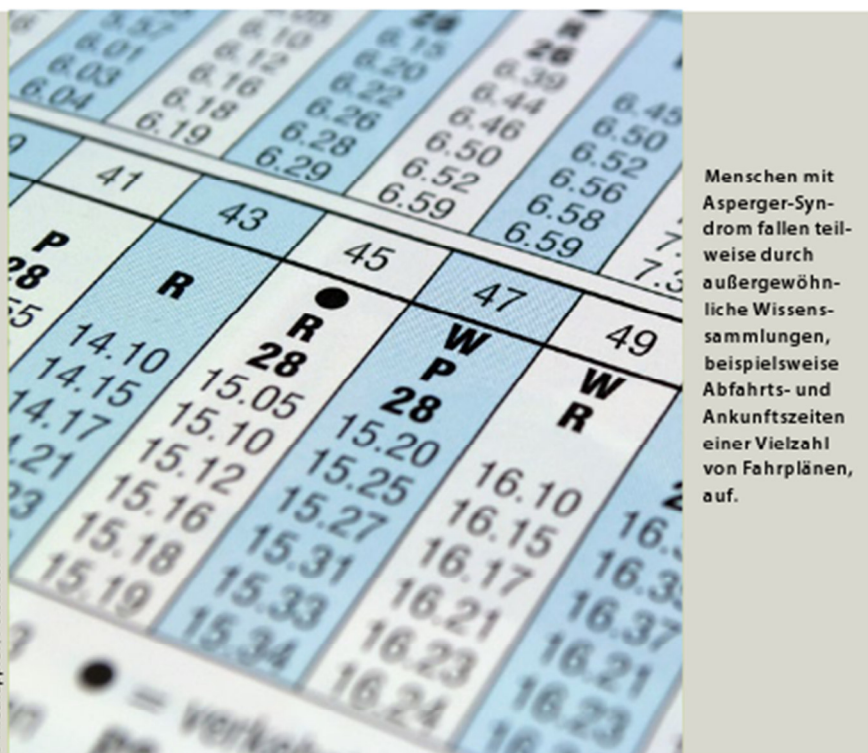
Sie denken jetzt „Asperger-Syndrom (...), das ist doch wieder eine von den medial aufgewerteten Erkrankungen, die jetzt alle haben wollen, die im Leben nicht klar kommen“, oder „das würde ich doch in meiner Praxis sofort erkennen, denn die können doch nicht ordentlich reden, können nicht ihren Lebensunterhalt verdienen und verheiratet sind sie allemal nicht, denn fühlen können sie ja nicht (...). So dachte ich auch bis ich mich 2005 mit dieser Erkrankung ernsthaft auseinandersetzte. Seitdem haben sich in meiner nervenärztlichen Sprechstunde 120 Patienten vorgestellt, von denen zwei Drittel ein Asperger-Syndrom hatten. Es handelt sich hier um eine angeborene,

hirnorganische Störung, bei der es zu einer fehlerhaften Vernetzung von Hirnstrukturen kommt, die unter anderem für die spontane, nicht planbare, nicht kognitiv gesteuerte Kommunikation verantwortlich sind. Ab dem dritten Lebensjahr kommt es zu klinischen Auffälligkeiten, damit fällt die Erkrankung primär in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Krisenzeiten sind die Abschnitte sozialer Veränderungen wie Kindergarten- oder Schuleintritt, Start in das Berufsleben sowie die Folgen jahrelanger Stressbelastungen ab dem 40. Lebensjahr. Es gibt seltene syndromale Formen. Der Erbgang der Erkrankung ist noch nicht eindeutig

geklärt, psychodynamische Erklärungsmodelle wurden verworfen.

Erstaunlicherweise werden nicht alle Patienten im Kindesalter diagnostiziert, sondern erreichen unsere Sprechstunden im Erwachsenenalter wegen Erschöpfungszuständen, Depressionen oder fehlender Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Wegen der hohen Dunkelziffer und uneinheitlicher diagnostischer Einschlusskriterien können nur Anhaltswerte für die Häufigkeit angegeben werden, sie liegen zwischen $<0,1\%$ und 1% , Männer sollen häufiger betroffen sein als Frauen. Gegenwärtig gibt es kein Testverfahren, das die Diagnose Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter untermauern könnte, es ist also im Wesentlichen eine klinische Diagnose. Mit steigendem Lebensalter wird die Diagnosestellung schwieriger: Durch Lebenserfahrung lernen viele Betroffene sich angepasster zu verhalten. Sie beschreiben, dass sie bewusst in ihrem Erfahrungsschatz nach ähnlichen Situationen suchen und diese abgleichen; ein spontanes, intuitives Verhalten bleibt ihnen aber lebenslanglich verschlossen. Des Weiteren entfallen die Möglichkeiten zur Fremdanamnese: Auffälligkeiten müssen seit früher Kindheit (etwa ab dem Kindergartenalter) kontinuierlich nachweisbar sein.

Zu den spezifischen Schwierigkeiten, die das Asperger-Syndrom mit sich bringt, kommt die hohe Wahrscheinlichkeit, an einer komorbiden psychiatrischen Störung zu erkranken. Es handelt sich um depressive Episoden, Angststörungen, Schlafstörungen, ADHS und mit zunehmendem Lebensalter um intensive, schwer fassbare Erschöpfungszustände. Ein Teil der Patienten ist von Traumatisierungen geprägt, die ihre



perger-Patienten. Werden diese Inhalte thematisiert, können die Patienten geradezu aufblühen.

Sensorische Überempfindlichkeiten

Besonders gegenüber Geräuschen, Gerüchen, Licht oder Berührungen mit Phänomenen der Reizüberflutung ist eine Überempfindlichkeit häufig.

Neben einer sorgfältigen Verhaltensbeobachtung (siehe „Red Flags“) sowie einer somatischen, psychiatrischen und vegetativen Anamnese beinhaltet das Gespräch die explizite Erörterung autismspezifischer Themenbereiche. Der zeitliche Aufwand für die ambulante Diagnostik liegt bei zwei Terminen mit insgesamt 1,5 bis 2 Stunden.

Behandlungsmöglichkeiten

Für die meisten Patienten stellt es eine große Erleichterung dar, wenn die Ursache ihrer Schwierigkeiten benannt wer-

den kann. Die Einbindung der Angehörigen ist der nächste Schritt: Oft beginnt eine neue Ära für ganze Familien, wenn die Fragen nach Schuld und Versagen oder Erziehungsfehlern ersetzt werden können durch verständnisvolles, geduldiges Übersetzen und Anleiten.

Es gibt keinen spezifischen medikamentösen Ansatz. Eine medikamentöse Behandlung kommt nur im Sinne der syndromorientierten Behandlung infrage bei massiver Reizüberflutung oder ausgeprägter Rigidität mittels atypischer Neuroleptika oder selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). In der Regel muss man mit kleineren Dosen therapieren, da Nebenwirkungen schlecht toleriert werden. Formel ist die Behandlung off-label. Die Komorbiditäten werden leitlinienkonform behandelt. Sinnvoll ist zusätzlich ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei einem mit dem Asperger-Syndrom vertrauten Thera-

peuten, damit die Patienten die Gelegenheit haben, gezielt dazuzulernen. Ein tiefenpsychologisches oder analytisches Vorgehen führt nicht zum Ziel. Sozialmedizinisch müssen der Grad der Behinderung sowie die Wohn- und Arbeitsplatzsituation geklärt werden.

Auch wenn sich in letzter Zeit einiges getan hat, sind die Versorgungsstrukturen für Asperger-Patienten außerordentlich schlecht. Dies betrifft nicht nur das Wissen um die Erkrankung bei Medizinern, sondern auch Möglichkeiten der Diagnostik und Psychotherapie sowie Wohnsituation, begleitende Dienste und geeignete Arbeitsplätze. □

AUTORIN

Dr. med. Sybille Ochs, Taufkirchen
 Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie

Leserbrief an die Redaktion

Kafkaeske Gesundheitsbürokratie

Zum Artikel „Bürokratieexzess stoppen“ über die Verordnung von Medikamentenstückzahlen, die über die größte vom Hersteller vorgesehene Packung hinausgehen, NEUROTRANSMITTER 2013; 24(10), berichtet Kollege Dr. Schönbrunn von eigenen Erfahrungen.

Herzlichen Dank, dass sie sich eines Problems annehmen, das in unserer Gemeinschaftspraxis in letzter Zeit zu einigem Stress bei Inhabern und Mitarbeitern geführt hat. Viele Apotheken in unserer Region akzeptieren Rezepte über größere Mengen als 1 x N3 nicht mehr und schicken die Patienten mit dem Rezept in die Praxis zurück. Dies führt natürlich zu erheblichen Mehrbelastungen unserer Mitarbeiter auch durch unvermeidliche Beschwerden und Diskussionen an der Anmeldung. Verwirrung wird auch dadurch gesät, dass die Apotheken sich in dieser Hinsicht sehr unterschiedlich verhalten. Dass die neue Regelung unsinnig ist, da im Rezeptausdruck die Menge unmissverständlich und kaum fälschbar enthalten ist, bedarf keiner

Diskussion. Ich meine jedoch nicht, dass wir regelhaft dazu übergehen sollten, nur noch maximal N3-Packungen zu verschreiben. In diesem Fall tragen wir den Irrsinn einer aufgeblähten Kontrollbürokratie im Gesundheitswesen auf dem Rücken unserer Patienten aus. Wir haben sicherlich alle viele Patienten, die langfristig größere Mengen eines Präparates einnehmen müssen (z. B. Parkinson- und Epilepsiepatienten) und aufgrund der ebenso unsinnigen Arzneimittelbudgets ihr Rezept nicht vom Hausarzt vor Ort erhalten. Diese zum Teil gehbehinderten Patienten müssten erhebliche zusätzliche Wege auf sich nehmen, um ihr Rezept zu bekommen. Nimmt man den bürokratischen Aufwand durch andere Regelungen der Kassenbürokratie hinzu – beispielhaft seien die ständigen Probleme mit KG- und Logopädierezepten genannt, bei denen irgendeine Markierung fehlt oder sachlich völlig unbegründet bei chronisch Kranken die Weiterführung einer Langzeitgenehmigung verweigert wird – muss man feststellen, dass der Bürokratieaufwand in unseren Praxen inzwischen jedes vernünftige Maß überschritten hat. Die of-

fensichtliche Sinnlosigkeit und die ständige, fast exponentielle Zunahme dieses Teils unserer Alltagsarbeit wirkt sich demotivierend auf Ärzte und Fachpersonal aus. Dass es sich hierbei um ein generelles Problem handelt, verdeutlicht eine Untersuchung der Universität Heidelberg, in der niedergelassene Ärzte am häufigsten über Bürokratie als Belastung ihres beruflichen Alltags klagten noch vor dem Mangel an Freizeit und „Fließbandmedizin“.

Ich würde es begrüßen, wenn der BVDN den Bürokratieabbau als vordringliches Ziel seiner Aktivitäten sehen würde. Die Arbeitsbedingungen in unseren Praxen, die durch eine kafkaeske Gesundheitsbürokratie und eine immer stärkere Einschränkung der Therapiefreiheit gekennzeichnet sind, hindern junge Kollegen weit mehr als die finanzielle Situation an einer Niederlassung. Honorarverteilung ist natürlich wichtig, die Arbeitszufriedenheit wird aber immer bedeutsamer und nicht allein durch das Honorar bestimmt.

Dr. med. Ekkehard Schönbrunn, Giesen
 E-Mail: E.Schönbrunn@web.de

perger-Patienten. Werden diese Inhalte thematisiert, können die Patienten geradezu aufblühen.

Sensorische Überempfindlichkeiten

Besonders gegenüber Geräuschen, Gerüchen, Licht oder Berührungen mit Phänomenen der Reizüberflutung ist eine Überempfindlichkeit häufig.

Neben einer sorgfältigen Verhaltensbeobachtung (siehe „Red Flags“) sowie einer somatischen, psychiatrischen und vegetativen Anamnese beinhaltet das Gespräch die explizite Erörterung autismspezifischer Themenbereiche. Der zeitliche Aufwand für die ambulante Diagnostik liegt bei zwei Terminen mit insgesamt 1,5 bis 2 Stunden.

Behandlungsmöglichkeiten

Für die meisten Patienten stellt es eine große Erleichterung dar, wenn die Ursache ihrer Schwierigkeiten benannt wer-

den kann. Die Einbindung der Angehörigen ist der nächste Schritt: Oft beginnt eine neue Ära für ganze Familien, wenn die Fragen nach Schuld und Versagen oder Erziehungsfehlern ersetzt werden können durch verständnisvolles, geduldiges Übersetzen und Anleiten.

Es gibt keinen spezifischen medikamentösen Ansatz. Eine medikamentöse Behandlung kommt nur im Sinne der syndromorientierten Behandlung infrage bei massiver Reizüberflutung oder ausgeprägter Rigidität mittels atypischer Neuroleptika oder selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). In der Regel muss man mit kleineren Dosen therapieren, da Nebenwirkungen schlecht toleriert werden. Formel ist die Behandlung off-label. Die Komorbiditäten werden leitlinienkonform behandelt. Sinnvoll ist zusätzlich ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei einem mit dem Asperger-Syndrom vertrauten Thera-

peuten, damit die Patienten die Gelegenheit haben, gezielt dazuzulernen. Ein tiefenpsychologisches oder analytisches Vorgehen führt nicht zum Ziel. Sozialmedizinisch müssen der Grad der Behinderung sowie die Wohn- und Arbeitsplatzsituation geklärt werden.

Auch wenn sich in letzter Zeit einiges getan hat, sind die Versorgungsstrukturen für Asperger-Patienten außerordentlich schlecht. Dies betrifft nicht nur das Wissen um die Erkrankung bei Medizinern, sondern auch Möglichkeiten der Diagnostik und Psychotherapie sowie Wohnsituation, begleitende Dienste und geeignete Arbeitsplätze. □

AUTORIN

Dr. med. Sybille Ochs, Taufkirchen
 Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie

Leserbrief an die Redaktion

Kafkaeske Gesundheitsbürokratie

Zum Artikel „Bürokratieexzess stoppen“ über die Verordnung von Medikamentenstückzahlen, die über die größte vom Hersteller vorgesehene Packung hinausgehen, NEUROTRANSMITTER 2013; 24(10), berichtet Kollege Dr. Schönbrunn von eigenen Erfahrungen.

Herzlichen Dank, dass sie sich eines Problems annehmen, das in unserer Gemeinschaftspraxis in letzter Zeit zu einigem Stress bei Inhabern und Mitarbeitern geführt hat. Viele Apotheken in unserer Region akzeptieren Rezepte über größere Mengen als 1 x N3 nicht mehr und schicken die Patienten mit dem Rezept in die Praxis zurück. Dies führt natürlich zu erheblichen Mehrbelastungen unserer Mitarbeiter auch durch unvermeidliche Beschwerden und Diskussionen an der Anmeldung. Verwirrung wird auch dadurch gesät, dass die Apotheken sich in dieser Hinsicht sehr unterschiedlich verhalten. Dass die neue Regelung unsinnig ist, da im Rezeptausdruck die Menge unmissverständlich und kaum fälschbar enthalten ist, bedarf keiner

Diskussion. Ich meine jedoch nicht, dass wir regelhaft dazu übergehen sollten, nur noch maximal N3-Packungen zu verschreiben. In diesem Fall tragen wir den Irrsinn einer aufgeblähten Kontrollbürokratie im Gesundheitswesen auf dem Rücken unserer Patienten aus. Wir haben sicherlich alle viele Patienten, die langfristig größere Mengen eines Präparates einnehmen müssen (z. B. Parkinson- und Epilepsiepatienten) und aufgrund der ebenso unsinnigen Arzneimittelbudgets ihr Rezept nicht vom Hausarzt vor Ort erhalten. Diese zum Teil gehbehinderten Patienten müssten erhebliche zusätzliche Wege auf sich nehmen, um ihr Rezept zu bekommen. Nimmt man den bürokratischen Aufwand durch andere Regelungen der Kassenbürokratie hinzu – beispielhaft seien die ständigen Probleme mit KG- und Logopädierezepten genannt, bei denen irgendeine Markierung fehlt oder sachlich völlig unbegründet bei chronisch Kranken die Weiterführung einer Langzeitgenehmigung verweigert wird – muss man feststellen, dass der Bürokratieaufwand in unseren Praxen inzwischen jedes vernünftige Maß überschritten hat. Die of-

fensichtliche Sinnlosigkeit und die ständige, fast exponentielle Zunahme dieses Teils unserer Alltagsarbeit wirkt sich demotivierend auf Ärzte und Fachpersonal aus. Dass es sich hierbei um ein generelles Problem handelt, verdeutlicht eine Untersuchung der Universität Heidelberg, in der niedergelassene Ärzte am häufigsten über Bürokratie als Belastung ihres beruflichen Alltags klagten noch vor dem Mangel an Freizeit und „Fließbandmedizin“.

Ich würde es begrüßen, wenn der BVDN den Bürokratieabbau als vordringliches Ziel seiner Aktivitäten sehen würde. Die Arbeitsbedingungen in unseren Praxen, die durch eine kafkaeske Gesundheitsbürokratie und eine immer stärkere Einschränkung der Therapiefreiheit gekennzeichnet sind, hindern junge Kollegen weit mehr als die finanzielle Situation an einer Niederlassung. Honorarverteilung ist natürlich wichtig, die Arbeitszufriedenheit wird aber immer bedeutsamer und nicht allein durch das Honorar bestimmt.

Dr. med. Ekkehard Schönbrunn, Giesen
 E-Mail: E.Schönbrunn@web.de