Oft als Depression fehlgedeutet

Erkennen Sie die generalisierte Angststörung?

— Mit einer Lebensprävalenz von 5–6% zählt die generalisierte Angststörung (GAD) zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern. Sie ist mit einem breiten Spektrum von somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten assoziiert, vor allem mit Depressionen, Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Schmerzstörungen und somatoformen Störungen, berichtete Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dresden. Laut Wittchen wendet sich nur ein geringer Anteil der Patienten (5,2%) direkt wegen ihrer Angststörungen an einen Arzt; 58% suchen wegen ihrer somatischen Beschwerden und 24,9% wegen schmerzhafter Symptome ärztliche Hilfe.

Prof. Dr. Carlo Altamura, Mailand, wies darauf hin, dass die korrekte Diagnose GAD wegen der Vielzahl überlappender

Symptome schwierig sei. Die häufigste Fehldiagnose sei die Depression. Doch bei Berücksichtigung der spezifischen Symptome lassen sich die beiden Krankheitsbilder relativ einfach voneinander trennen (s. Tab. 1).

Bis zum Beginn einer adäquaten Therapie vergehen laut Altamura durch-

schnittlich acht Jahre. Je länger eine GAD unbehandelt bleibe, desto höher sei das Risiko für Komorbiditäten und desto geringer das Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie. Die GAD benötige eine spezifische und rasch wirksame Therapie. Laut Altamura verbessert der Kalziumkanalmodulator Pregabalin (Lyrica®) die

psychischen und somatischen Symptome der GAD schon innerhalb der ersten vier Tage. Ein weiterer Vorteil sei die gute Verträglichkeit: Pregabalin ist gewichtsneutral und hat keinen Einfluss auf die sexuelle Funktion. Da die Substanz primär renal eliminiert wird, hat sie nur ein geringes Interaktionspotenzial.

■ Abdol A. Ameri
Satellitensymposium, EPA-Kongress, München, 1. März 2010
(Veranstalter: Pfizer)

Tabelle 1

GAD oder Depression?

Symptom	GAD	Depression
Angst/Sorgen	✓	
Gedrückte Stimmung		✓
Verlust von Interessen und Freude		✓
Reizbarkeit	✓	
Muskelanspannung	✓	
Psychomotorische Agitation		✓
Arousal	✓	
Schuldgefühle		✓
Appetit- und Gewichtsveränderungen		✓
Suizidalität		✓

[nach: Prof. Dr. Carlo Altamura, Mailand]

Behandlung von Schmerzkranken auf dem Prüfstand

Bei Rückenschmerzen gibt es erhebliche Versorgungslücken

— Was prädestiniert einen Rückenschmerzpatienten zur Chronifizierung, und welche Folgen hat das für die Behandlung und last not least für die Kosten? Diesen Fragen geht das Projekt „Versorgungsatlas Schmerz“ nach, eine Kooperation zwischen der DAK und dem Pharmaunternehmen Grünenthal.

Versorgungsforschung schließt Lücken, die klinische Forschung lässt: „Wir untersuchen reale Patienten, nicht die artifizielle Klientel der klinischen Studien“, sagte Prof. Gerd Glaeske, Bremen, der die Studie wissenschaftlich begleitet. Grundlage sind die Daten von 4,2 Millionen DAK-Versicherten, die im Jahr 2006 wegen einer mit Schmerzen assoziierten Diagnose in ärztlicher Behandlung waren. Von ihnen hatte jeder Dritte unspezifische Rückenschmerzen und weitere 11% Bandscheiben- oder andere spezifische

Rückenschmerzen, vor allem durch Osteoporose.

Patienten mit spezifischen Rückenschmerzen suchten häufiger ärztliche Hilfe und nahmen mehr unterschiedliche Fachärzte in Anspruch, berichtete Glaeske. Bei der schmerztherapeutischen Betreuung taten sich erhebliche Lücken auf: Nicht einmal 3% der Patienten erhielten eine ambulante multimodale Therapie. Bemerkenswert auch, dass nur etwa zwei Drittel der Patienten Schmerzmittel verordnet bekamen. Ein großer Teil behandelte sich offenbar in Selbstmedikation.

Risikopatienten früh identifizieren

Hier sieht Glaeske erheblichen Verbesserungsbedarf, um „das Herumoszillieren der Patienten im System zu verringern“, da nicht adäquat behandelte Rückenschmerzpatienten nun einmal zur Chro-

nifizierung neigen. Und dann wird es richtig teuer: Die direkten Krankheitskosten bei chronifizierten spezifischen Rückenschmerzen sind etwa viermal so hoch wie ohne Chronifizierung. Glaeskes Team hat errechnet, dass sich 120 Millionen Euro pro Jahr einsparen ließen, wenn es – hypothetisch – gelänge, jeden einzelnen Chronifizierungsfall zu verhindern.

Dabei geht es nicht darum, jedem Patienten gleich die Maximalversorgung zukommen zu lassen, sondern gefährdete Patienten früh zu identifizieren und gezielt einer konsequenten Therapie zuzuführen, stellte Prof. Hans-Raimund Casser, DRK-Schmerzzentrum Mainz, klar. Modelle für eine interdisziplinäre Betreuung solcher Patienten gibt es bereits.

■ Manuela Arand
Quelle: Pressekonferenz, Berlin, 16. Februar 2010 (Veranstalter: Grünenthal und DAK)