
3711/AB XXIV. GP

Eingelangt am 18.01.2010

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger diplômé
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag^a. Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0368-I/5/2009

Wien, am 18. Jänner 2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3830/J der Abgeordneten Mag. Johann Maier und GenossInnen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Prof. Steven Laureys ist Senior-Autor einer belgischen Studie (Erstautorin: Schnakers C), bei der tatsächlich gezeigt wurde, dass PatientInnen auf Intensivstationen bzw. in Rehabilitationszentren in einem Prozentsatz von 43% (44 von 103) die Diagnose „vegetative State“ bzw. „minimally conscious state“ zu Unrecht bekommen haben. Dies bedeutet, dass sich insbesondere im großen Sektor der neurologischen Rehabilitationsmedizin, aber auch in der anästhesiologisch geführten Intensivmedizin, offensichtlich und nach wie vor in den letzten 15 Jahren (seit der Publikation der englischen und amerikanischen diesbezüglichen Studien (Andrews K. bzw. Childs NL)) nicht sehr viel geändert hat.

Solche Fehldiagnosen passieren sicherlich insbesondere dann, wenn wesentliche Differenzialdiagnosen des Wachkomas („vegetative State“, apallisches Syndrom) den untersuchenden ÄrztInnen nicht ausreichend geläufig sind. In der Tabelle werden die wesentlichen Differenzialdiagnosen eines Wachkomas aufgelistet, im klinischen Bereich bedarf es dazu neurologischer fachärztlicher Expertise, gegebenenfalls untermauert durch elektrophysiologische und bildgebende Zusatzuntersuchungen.

Differenzialdiagnose des Wachkomas (Vegetative State, apallisches Syndrom) (modifiziert n. Schmutzhard 2002):

- Koma
- Hirntod
- locked-in-Syndrom
- paramedian diencephales Syndrom
- akinetischer Mutismus
- minimally conscious state
- psychogenes Koma
- katatoner Stupor
- schwerste periphere neuromuskuläre Erkrankung

Grundsätzlich können Fehldiagnosen nie ausgeschlossen werden, dennoch dürfen sie nicht passieren. In der ärztlichen Ausbildung sind alle Inhalte zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik enthalten, um eine hohe medizinische Qualität zu garantieren.

Frage 2:

Die Österreichische Wachkoma Gesellschaft (www.wachkoma.at) gibt eine Prävalenz (Anzahl der erkrankten Personen) der WachkomapatientInnen in allen Stadien der Erkrankung, stationär aber auch privat betreut, von 10 pro 100.000 EinwohnerInnen an, das ergibt rund 830 Erkrankte. Davon weisen laut Wachkoma Gesellschaft 1-2 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen, also zwischen 80 und 170 Personen, das Vollbild der Erkrankung auf. Die Prävalenz im stationären Bereich wird mit 5 pro 100.000 EinwohnerInnen angegeben (rund 415 Personen).

Bei einem Durchschnittsalter von unter 60 Jahren werden diese knapp 400 Menschen in unterschiedlichen Langzeitpflegeeinrichtungen betreut und gepflegt. Neu kommen pro Jahr etwa 70 bis 80 PatientInnen dazu. Bei optimaler Rehabilitation und Betreuung ist mit einer durchschnittlichen Überlebensdauer von drei bis fünf Jahren zu rechnen. Das mit einer enormen Streubreite. So ist im Langzeitbereich gerade bei jungen PatientInnen eine Überlebensdauer von 15 bis 20 Jahren nicht selten.

Eine genaue Aufschlüsselung dieser Schätzwerte auf Bundesländer konnte von meinem Ressort nicht eruiert werden.

Frage 3:

Die Diagnose Wachkoma / apallisches Syndrom (Vegetative State) hat in Österreich eine lange Tradition (Gerstenbrand F, Jellinger K, Pateisky K: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und Grenzgebiete 1963; 21:177-185; Gerstenbrand F: Das apallische Syndrom (1967)).

Die moderne österreichische Medizin hält sich an die klaren Definitionskriterien der Multi-Society Task Force on persistent vegetative state (Zitate siehe oben).

Die wichtigsten diagnostischen Kriterien für das Vollbild eines Wachkomas sind:

- fehlende Wahrnehmung seiner Selbst oder der Umwelt
- fehlendes spontanes oder reflektorisches Öffnen der Augen
- fehlen jeglicher sinnvoller und reproduzierbarer Kommunikation
- weder sicheres optisches Fixieren, noch reproduzierbares Verfolgen äußerer Reize
- keine emotionelle Reaktion auf angesprochen Werden
- fehlende verbale Kommunikation bei ungerichteten verbalen Äußerungen

Der Schlafrhythmus ist typischerweise häufig vorhanden, Primitivreflexe, wie Saug-, Schluck-, Kau- und Greifreflex sind ebenfalls häufig erhalten. Blutdruckregulation und Herz-Kreislauf-Funktionen sind intakt. Betroffene sind in der Regel komplett blasen- und mastdarminkontinent. Auf äußere Reize treten Wälzbewegungen auf und oft überschießende vegetative Symptome, wie Schwitzen, Speichelfluss, beschleunigter Herzschlag, etc. Typisch sind die Beugstellung der Arme mit Faustschluss sowie die Streckstellung der Beine und Füße, woraus bei unzureichender Betreuung häufig - oft schmerzhafte – Kontrakturen folgen.

Diese Kriterien entsprechen in summa dem Vollbild des Wachkomas. Praktisch treten - wie bereits erwähnt - in der Regel jedenfalls partielle - Remissionen ein, im Einzelfall leider meist beschränkt auf frühe Remissionsstadien.

Frage 4:

Die Betreuung und die medizinisch fachgerechte Versorgung der betroffenen PatientInnen liegen in der Verantwortung der sie betreuenden ÄrztInnen. Es sollte selbstverständlich sein, dass sogenannte WachkomapatientInnen longitudinal (d. h. „kontinuierlich“) betreut werden, um frühzeitig die Evolution des Krankheitsbildes aus einem Wachkoma (apallisches Syndrom, vegetative State) in ein „minimally conscious state“ oder in eine weitere Remission rechtzeitig zu erfassen und die notwendigen medizinischen und rehabilitativen Schritte einzuleiten.

Eine Überprüfung der Diagnose von Wachkomapatienten in Krankenanstalten fällt in den Kompetenzbereich der einzelnen Träger.