

tet und im Bericht beschrieben werden, sodass klar ist, an welche weiteren unterstützenden Personen/Institutionen sich der Patient nach Abschluss der Verhaltenstherapie wenden kann.

Bei einem **Fortführungsantrag VT 3c** soll, daran wird noch einmal erinnert, neben einem **aktualisierten Bericht analog dem Fortführungsantrag VT 3b** zusätzlich ein **Ergänzungsbericht** erstellt werden.

Aus Letzterem soll deutlich werden, wie der Patient das bisherige Therapieergebnis beurteilt, welche Fortschritte, Erkenntnisse und Verhaltensänderungen er aus seiner Sicht bereits umsetzen kann und welche Erwartungen und Zielsetzungen er für die Fortführung der Behandlung hat. Ebenso, wie er seine Fähigkeiten zu einer weiteren Veränderung einschätzt. Der Therapeut sollte darüber hinaus dazu Stellung nehmen, ob das Erreichen dieser Ziele aus seiner Sicht zum dauerhaften Abbau der krankheitswertigen Symptomatik notwendig ist und ob diese Ziele im letzten Bewältigungsschritt tatsächlich noch erreicht werden können.

Die besonderen Umstände, die den Behandlungsprozess verzögert haben und eine Inanspruchnahme der Behandlung im Rahmen der Höchstgrenzen erforderlich machen, sollen mit ihren

Einflüssen auf die langfristige Prognose dargestellt werden. Dabei soll auch dargelegt werden, warum der Behandlungsfall trotz der besonderen Bedingungen noch als prognostisch günstig zu wertender Ausnahmefall einzuschätzen ist.

Weiterhin sollen die erlernten Bewältigungsstrategien und Selbsthilfefertigkeiten zur Überwindung der krankheitswertigen Symptomatik dargestellt werden. Ebenso die Schwierigkeiten bei der eigenverantwortlichen Bewältigung des noch vorliegenden Problemverhaltens und die therapeutischen Möglichkeiten, diese noch weitergehend zu beeinflussen.

Schließlich soll beschrieben werden, wie das Ende der Therapie strukturiert wird. Die Möglichkeiten, die sich durch eine Reduktion der Sitzungsfrequenz und/oder Halbierung der Sitzungen ergeben, sollen dabei mit einbezogen werden, damit ein ausreichend langer Zeitraum zur Stabilisierung zur Verfügung steht. Andere Hilfsquellen, an die der Patient zukünftig angebunden werden kann, sollen dargestellt werden. In einem Ausblick sollte eingeschätzt werden, ob sich wohl zukünftig beim Patienten noch eine psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit ergeben wird. □

BUNDESÄRZTEKAMMER

Mitteilungen

ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

„UAW-News – International“

Thrombozytopenie und Vaskulitis durch das Antiparkinsonmittel Pramipexol (Sifrol®)

Pramipexol (Sifrol®) ist ein Dopamin-2-Rezeptoragonist der 2. Generation (1) und ist zugelassen zur symptomatischen Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson, entweder allein oder in Kombination mit Levodopa, sowie seit Kurzem auch zur symptomatischen Therapie des mittelgradigen bis schweren idiopathischen Restless-legs-Syndroms. Er ist nach Cabergolin (Cabaseril®) der am zweithäufigsten angewandte Dopaminrezeptoragonist. Seine Verordnungs Häufigkeit lag 2004 bei 6 Mio. DDD, bei stark steigender Tendenz von plus 27,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr (2).

Italienische Autoren (3) berichten über einen 74-jährigen Mann, der seit drei Wochen Pramipexol in steigender Dosierung erhielt (zuletzt 1,4 mg/Tag). Wegen Hypertonie und Vorhofflimmern wurde der Patient seit längerer Zeit mit Doxazosin, Amiodaron und Warfarin behandelt. Zwei Wochen nach Therapiebeginn bemerkte der Patient erstmals Petechien und ein juckendes Exanthem über der rechten Gesäßhälfte und an beiden Unterschenkeln. Zu diesem Zeitpunkt war das Fibrinogen mit 345 mg/dl normal, die INR betrug 2,7. In den folgenden Tagen verschlechterte sich das Exanthem, und der Patient wurde stationär aufgenommen. Es bestanden eine geringe Leukozytose von 12 300/µl, ein massiv erhöhtes C-reaktives Protein von 117 mg/dl sowie eine Verminderung der Thrombozyten auf 25 000/µl. Im Urin fanden sich mehr als 100/µl dysmorphe Erythrozyten und granulierte Zylinder. Eine Hautbiopsie zeigte eine leukozytoklastische Vaskulitis. Nach Absetzen von Pramipexol kam es zu einer vollständigen Rückbildung des Exan-

thems sowie der Hämaturie, und die Thrombozytenwerte normalisierten sich. Eine Woche nach Beendigung der Pramipexolgabe konnte der Patient entlassen werden. Das C-reaktive Protein war im Normbereich, und die zuvor vorhandenen Antikörper gegen Plättchen-Glykoprotein IIb/IIIa konnten nicht mehr nachgewiesen werden. Die Autoren schlossen eine ganze Reihe anderer denkbarer Ursachen der Vaskulitis aus.

Im deutschen Spontanmeldesystem (gemeinsame Datenbank von BfArM und AkdÄ, Stand: 9. 2. 2006) sind 123 Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen nach Gabe von Pramipexol erfasst. 65,0 Prozent der Meldungen beziehen sich auf „psychische Störungen“ und 37,4 Prozent auf Störungen des ZNS. Nur 12,2 Prozent der Berichte betreffen das blutbildende und lymphatische System. Hierunter finden sich sechs Fälle einer Thrombozytopenie. Außerdem wird eine Meldung über das Auftreten einer Vaskulitis mit erhöhtem C-reaktiven Protein und Leukozytose ausgewiesen. Ein Bericht über eine Nephritis ist dagegen nicht verzeichnet. Es scheint sich also um eine doch eher sehr seltene UAW zu handeln, die in der Fachinformation (1) bislang nicht aufgeführt wird.

Bitte teilen Sie der AkdÄ alle beobachteten Nebenwirkungen (auch Verdachtsfälle) mit. Sie können dafür den in regelmäßigen Abständen im Deutschen Ärzteblatt auf der vorletzten Umschlagseite abgedruckten Berichtsbogen verwenden oder diesen aus der AkdÄ-Internetpräsenz www.akdae.de abrufen.

LITERATUR

1. Fachinformation Sifrol® 0,7 mg Tabletten. Stand April 2006.
2. Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2005. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006.
3. Famularo G, Minosola G, De Simone C, Nicotra GC: Vasculitis and nephritis caused by pramipexole, a second generation dopamine agonist. Clin Exp Rheumatol 2004; 22: 785.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Le-win-Platz 1, 10623 Berlin, Postfach 12 08 64, 10598 Berlin, Telefon: 0 30/40 04 56-5 00, Fax: 0 30/40 04 56-5 55, E-Mail: info@akdae.de, Internet: www.akdae.de □