

S3-Leitlinie

Behandlung von Angststörungen

Kurzversion

Bandelow, B.; Wiltink, J.; Alpers, G.W.; Benecke, C.; Deckert, J.; Eckhardt-Henn, A.; Ehrig, C.; Engel, E.; Falkai, P.; Geiser, F.; Gerlach, A.L.; Harfst, T.; Hau, S.; Joraschky, P.; Kellner, M.; Köllner, V.; Kopp, I.; Langs, G.; Lichte, T.; Liebeck, H.; Matzat, J.; Reitt, M.; Rüddel, H.P.; Rudolf, S.; Schick, G.; Schweiger, U.; Simon, R.; Springer, A.; Staats, H.; Ströhle, A.; Ströhm, W.; Waldherr, B.; Watzke, B.; Wedekind, D.; Zottl, C.; Zwanzger, P.; Beutel M.E.¹

Textredaktion: B. Bandelow

Steuerungsgruppe: Beutel, M.E.; Bandelow, B.; Lichte, T.; Rudolf, S.

Webseite: www.awmf.org/leitlinien.html

Stand: 15.4.2014

Kontakt: info-angstleitlinie@unimedizin-mainz.de

Dieses Dokument ist mit Hyperlinks ausgestattet: Klicken auf Querverweise, Seitenzahlen oder Abschnitte im Inhaltsverzeichnis führt zu der gewünschten Stelle

Schnelleinstieg

Ich möchte die wichtigsten Ergebnisse in Tabellenform lesen

Tabelle 1, S. 5

Ich möchte die Empfehlungen in der Kurzform lesen

S. 9 ff

¹Zitierweise: Bandelow, B.; Wiltink, J.; Alpers, G. W.; Benecke, C.; Deckert, J.; Eckhardt-Henn, A.; Ehrig, C.; Engel, E.; Falkai, P.; Geiser, F.; Gerlach, A.L.; Harfst, T.; Hau, S.; Joraschky, P.; Kellner, M.; Köllner, V.; Kopp, I.; Langs, G.; Lichte, T.; Liebeck, H.; Matzat, J.; Reitt, M.; Rüddel, H.P.; Rudolf, S.; Schick, G.; Schweiger, U.; Simon, R.; Springer, A.; Staats, H.; Ströhle, A.; Ströhm, W.; Waldherr, B.; Watzke, B.; Wedekind, D.; Zottl, C.; Zwanzger, P.; Beutel M.E. *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. www.awmf.org/leitlinien.html (2014)

Die S3-Leitlinie Angststörungen wird herausgegeben von:

APK	Aktion psychisch Kranke
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVVP	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
DASH	Deutsche Angst-Selbsthilfe
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPPR	Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychologie und Psychosomatische Rehabilitation
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGVM	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
GAF	Gesellschaft für Angstforschung

Impressum

Verantwortlich für die S3-Leitlinie (Redaktion): Prof. Dr. med. Borwin Bandelow, Dipl.-Psych. – Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, von-Siebold-Str. 5, 37075, Göttingen; Prof. Dr. rer. nat. Georg W. Alpers; Prof. Dr. phil. Cord Benecke; Prof. Dr. med. Manfred E. Beutel, Dipl.-Psych.; Prof. Dr. med. Jürgen Deckert; Prof. Dr. med. Annegret Eckhardt-Henn; Dr. med. Christian Ehrig; Dr. med. Kerstin Engel; Prof. Dr. med. Peter Falkai; Prof. Dr. med. Franziska Geiser, Dipl.-Psych.; Prof. Dr. Alexander L. Gerlach; Prof. Dr. phil. Stephan Hau, Dipl.-Psych.; Dipl.-Psych. Timo Harfst; Prof. Dr. med. Peter Joraschky; Prof. Dr. med. Michael Kellner; Prof. Dr. med. Volker Köllner; Univ.-Doz. Dr. med. Gernot Langs; Prof. Dr. med. Thomas Lichte; Dr. rer. nat. Heinz Liebeck; Dipl.-Psych. Jürgen Matzat; Dipl.-Psych. Markus Reitt; Dr. med. Sebastian Rudolf; Prof. Dr. med. Heinrich Peter Rüdell; Hr. Gerhard Schick; Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger; Dr. Regine Simon; Prof. Dr. med. Andreas Ströhle; Dipl.-Psych. Anne Springer; Prof. Dr. med. Hermann Staats; Dr. Walter Ströhm; Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr; Prof. Dr. phil. Birgit Watzke; Dr. med. Dirk Wedekind; PD Dr. med. Jörg Wiltink, Dipl.-Psych.; Dipl.-Soz.-Päd. Christian Zottl; Prof. Dr. med. Peter Michael Zwanzger.

Methodische Unterstützung des Koordinations- und Redaktionsteams und Moderation: Prof. Dr. med. Ina Kopp – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Besondere Hinweise

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der S3-Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Bei der Verordnung von nicht für eine Indikation zugelassenen Medikamenten müssen die „Off Label Use“-Kriterien berücksichtigt werden (nachgewiesene Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit von zugelassenen Medikamenten, begründete Aussicht auf Erfolg wegen in klinischen Studien nachgewiesener Wirkung, günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis). Die Patienten sind auf den Umstand des „Off Label Use“ hinzuweisen; eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist erforderlich.

Irrtümer und Druckfehler sind vorbehalten. In keinem Fall haften die Autoren der Leitlinie für Schäden, die durch eine Behandlung entstehen.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die in dieser Leitlinie verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet. Der Text ist selbstverständlich geschlechtsneutral und wertfrei zu verstehen.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Leitlinienredaktion unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Leitlinienredaktion reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Inhalt

1.1	Evidenz- und Empfehlungsgrade	9
1.2	Diagnostik.....	10
1.3	Erkennen von Angststörungen	10
1.4	Differenzialdiagnostik	11
1.5	Verlaufsdiagnostik	11
1.6	Allgemeine Therapieprinzipien	11
1.6.1	Indikation.....	11
1.6.2	Behandlungsziele	12
1.6.3	Patientenorientierte Behandlung	12
1.6.4	Wahl eines Medikaments.....	12
1.6.5	Therapie bei komorbiden psychischen Störungen	12
1.6.6	Management bei Suizidgefahr	12
1.6.7	Einbezug von Angehörigen	12
1.6.8	Wirtschaftliche Verordnung.....	12
1.7	Spezielle Behandlung der verschiedenen Angststörungen.....	13
1.7.1	Panikstörung/Agoraphobie.....	13
1.7.2	Generalisierte Angststörung	16
1.7.3	Soziale Phobie.....	19
1.7.4	Spezifische Phobien.....	22
2	LITERATUR	23

1 S3-Leitlinie: Kurzfassung der Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen

Die deutsche S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen (Panikstörung/Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobie) bei Erwachsenen wurde unter Beratung und Moderation durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von einem Gremium erstellt, das 20 Fachverbände und andere Organisationen aus den Bereichen Psychotherapie, Psychologie, psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Allgemeinmedizin sowie Patientenvertreter und Selbsthilfeorganisationen umfasst. Die Empfehlungen dieser Leitlinie basieren auf einer Sichtung der Evidenz der verfügbaren randomisierten klinischen Studien zu Angststörungen nach ICD/DSM und einer Synthese der Empfehlungen anderer Leitlinien.

Die wichtigsten Empfehlungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst (Erläuterung der Empfehlungs- und Evidenzgrade: Tabelle 2 und 3).

Tabelle 1. Kurzfassung der Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen

PANIKSTÖRUNG UND AGORAPHOBIE			
Therapieform	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
<i>Psychotherapie und Pharmakotherapie</i>	Patienten mit Panikstörung /Agoraphobie soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.	Ia	A
	In Fällen, in denen eine Psycho- und Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden. Evidenz für eine Kombination wurde identifiziert für KVT sowie für SSRIs und Imipramin.	Expertenkonsens	KKP
Psychotherapie und andere Maßnahmen			
<i>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)</i>	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll eine KVT angeboten werden	Ia	A
<i>Psychodynamische Psychotherapie</i>	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht ²	IIa	B
<i>Sport (Ausdauertraining; z.B. dreimal pro Woche 5 km laufen)</i>	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann Sport (Ausdauertraining) als ergänzende Maßnahme zu anderen Standardtherapien empfohlen werden	Expertenkonsens	KKP
<i>Patientenselbsthilfe- und Angehörigengruppen</i>	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	Expertenkonsens	KKP
Medikamente			
SSRIs	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollen SSRIs (Citalopram, Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin) zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Citalopram ³	20–40 mg	
	Escitalopram ⁴	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
	Sertralin	50–150 mg	
SNRI	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll der SNRI Venlafaxin zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A
	Venlafaxin	75–225 mg	Ia
TZA	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte das trizyklische Antidepressivum Clomipramin zur Behandlung angeboten werden, wenn SSRIs oder der SNRI Venlafaxin nicht wirksam war oder nicht vertragen wurden.	Ia	B
	Clomipramin	75–250 mg	

² Siehe Sondervotum der bvvp (Abschnitt 8.8 in der Langfassung)

³ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT_c-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei verminderter Leberfunktion 30 mg/Tag, bei älteren Patienten 20 mg/Tag

⁴ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT_c-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10 mg/Tag

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG			
Therapieform	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
<i>Psychotherapie und Pharmakotherapie</i>	<p>Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Pharmakotherapie <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.</p>	Ia	A
	In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.	Expertenkonsens	KKP
Psychotherapie und andere Maßnahmen			
<i>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)</i>	Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden.	Ia	A
<i>Psychodynamische Psychotherapie</i>	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht. ⁵	IIa	B
<i>Patientenselbsthilfe- und Angehörigengruppen</i>	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	Expertenkonsens	KKP
Medikamente			
<i>SSRIs</i>	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SSRIs Escitalopram oder Paroxetin angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Escitalopram ⁶	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
<i>SNRI</i>	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SNRIs Duloxetin oder Venlafaxin angeboten werden.	Ia	A
	Duloxetin	60–120 mg	
	Venlafaxin	75–225 mg	
<i>Kalziummodulator</i>	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte Pregabalin angeboten werden.	Ia	B
	Pregabalin	150–600 mg	
<i>Trizyklisches Anxiolytikum</i>	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Opipramol angeboten werden.	Ib	0
	Opipramol	50–300 mg	
<i>Azapiron</i>	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Buspiron angeboten werden.	Ib	0
	Buspiron	15–60 mg	

⁵ Siehe Sondervotum der bvvp (Abschnitt 8.8 in der Langfassung)

⁶ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT_c-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10 mg/Tag

SOZIALE PHOBIE			
Therapieform	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
<i>Psychotherapie und Pharmakotherapie</i>	Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.	Ia	A
	In Fällen, in denen eine Psycho- und Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.	Expertenkonsens	KKP
Psychotherapie und andere Maßnahmen			
<i>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)</i>	Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.	Ia	A
<i>Psychodynamische Psychotherapie</i>	Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht. ⁷	Ib	B
<i>Patientenselbsthilfe- und Angehörigengruppen</i>	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	Expertenkonsens	KKP
Medikamente			
<i>SSRIs</i>	Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Escitalopram ⁸	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
	Sertralin	50–150 mg	
<i>SNRI</i>	Patienten mit einer sozialen Phobie soll der SNRI Venlafaxin angeboten werden.	Ia	A
	Venlafaxin	75–225 mg	
<i>RIMA</i>	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer sozialen Phobie Moclobemid angeboten werden.	Expertenkonsens	KKP
	Moclobemid	300–600 mg	

⁷ Siehe Sondervotum der bvvp (Abschnitt 8.8 in der Langfassung)

⁸ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT_c-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10 mg/Tag

SPEZIFISCHE PHOBIE

Psychotherapie und andere Maßnahmen			
Therapieform	Anmerkung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
<i>KVT (Exposition)</i>	Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine KVT/Expositionstherapie angeboten werden.	Ia	A

1.1 Evidenz- und Empfehlungsgrade

Die Evidenz für die jeweiligen Therapieformen wird in Kapitel 1 (S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) dargelegt. Die in diesen Leitlinien verwendeten Evidenzkategorien werden in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2. Evidenzgrade (nach Eccles, & Mason, 2001)

Evidenzgrad	Definition
Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Aufgrund der Evidenzkategorien wurden Empfehlungen ausgesprochen (Tabelle 3). Die Kategorien basieren nur auf der Wirksamkeit der Therapieformen, ohne Berücksichtigung ihrer Vor- und Nachteile (z.B. bei Medikamenten in Hinblick auf unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen). Die Empfehlungsgrade beziehen dagegen auch die zusätzlichen Faktoren der klinischen Beurteilung ein:

- Durchführungs- und Auswertungsqualität der Studien (siehe Abschnitt 2.3.4, S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**). Bei hier identifizierten methodischen Mängeln wurde der Evidenzgrad herabgestuft (z.B. bei einem RCT mit moderaten Mängeln von Ib auf IIb; bei gravierenden Mängeln auf IV).
- Klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien
- Klinische Relevanz der Effektstärken
- Abwägung von Nutzen und Schaden (erwünschte und unerwünschte Effekte)
- Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe
- Umsetzbarkeit im Alltag
- Ethische und rechtliche Erwägungen
- Ökonomische Erwägungen („Kostenminimierungsprinzip“ – bei sonst in aller Hinsicht gleichwertigen Alternativen sollte die kostengünstigere gewählt werden)

Die Vergabe der Empfehlungsgrade enthält explizit und implizit wertende Elemente und erfolgte im Rahmen eines strukturierten Konsensusverfahrens (nominaler Gruppenprozess) durch die Leitliniengruppe.

Es wird zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden, deren unterschiedliche Stärke durch die Formulierung („soll“, „sollte“, „kann“) und Symbole (A, B, 0) ausgedrückt wird. Empfehlungen gegen eine Intervention werden entsprechend sprachlich ausgedrückt, bei Verwendung der gleichen Symbole. In der Regel bestimmt zunächst die Qualität der Evidenz den Empfehlungsgrad (siehe Tabelle 3), aufgrund der oben genannten Faktoren können sich jedoch Abweichungen ergeben.

Tabelle 3. Empfehlungsgrade

Empfehlungsgrad	Positive Empfehlung	Negative Empfehlung
A	„ Soll “-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).	„ Soll nicht “: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen Ia und Ib abgeraten.
B	„ Sollte “-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.	„ Sollte nicht “: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen II und III abgeraten.
0	„ Kann “-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.	Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzkategorie IV oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III abgeraten.

Sofern die Evidenzlage keine eindeutigen Bewertungen zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zuließ, wurden Empfehlungen im Expertenkonsens formuliert und als solche ausgewiesen. In solchen Fällen wird die Empfehlung als „**Klinischer Konsenspunkt**“ (**KKP**) gekennzeichnet.

Dies gilt auch für bestimmte Fragestellungen, für die keine systematische Evidenzauflistung durchgeführt wurde.

1.2 Diagnostik

Angststörungen sollten in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) (DIMDI, 2013) diagnostiziert werden (WHO, 1991). Eine Kurzbeschreibung der häufigsten Angststörungen findet sich in Tabelle 4. Der genaue Wortlaut ist der ICD-10 GM zu entnehmen. Die vorliegende Leitlinie gibt nur für die folgenden Angsterkrankungen Empfehlungen ab: Panikstörung/Agrophobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie und spezifische Phobie. Nur für diese Diagnosen existieren ausreichende Studien zur Behandlung.

In der Primärversorgung wird häufig die Diagnose „F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt“ gestellt; allerdings soll auf diese Kategorie verzichtet werden, wenn ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auftreten, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen. Dann sollen stattdessen beide Diagnosen gestellt werden.

In der ICD finden sich noch weitere Klassifizierungen: „F40.8 Sonstige phobische Störungen“, „F41.3 Andere gemischte Angststörungen“, „F41.8 Sonstige spezifische Angststörungen“, und „F41.9 Angststörung, nicht näher bezeichnet.“

Tabelle 4. Kurzbeschreibung der häufigsten Angststörungen nach ICD-10 (WHO, 1991)

Angststörung ICD-10-Klassifikation	Beschreibung
<i>Panikstörung</i> F41.0	Plötzlich auftretende Angstanfälle mit den körperlichen Ausdrucksformen der Angst (Herzrasen, unregelmäßiger Herzschlag, Schwitzen, Zittern, Beben, Mundtrockenheit, Atemnot, Erstickungsgefühl, Enge im Hals, Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust, Übelkeit oder Bauchbeschwerden, Schwindel-, Unsicherheit-, Ohnmachts- oder Benommenheitsgefühle, Gefühl, dass Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder dass man selbst "nicht richtig da" ist, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Taubheits- oder Kribbelgefühle) sowie Angst, die Kontrolle zu verlieren, „wahn-sinnig“ oder ohnmächtig zu werden und Angst zu sterben. Diese Panikattacken treten plötzlich auf und nehmen während ca. 10 Minuten an Stärke zu. Die Panikattacken können aus heiterem Himmel auftreten – in der Mehrzahl der Fälle ist jedoch die Panikstörung mit einer Agrophobie verbunden.
<i>Agrophobie</i> F40.0 <i>ohne Panikstörung</i> F40.00 <i>mit Panikstörung</i> F40.01	Bei der Agrophobie mit Panikstörung tritt zu den beschriebenen Panikattacken die Angst vor Orten hinzu, an denen im Falle des Auftretens einer Panikattacke eine Flucht schwer möglich wäre oder peinliches Aufsehen erregen würde. Am häufigsten treten Angstanfälle in Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln oder in engen Räumen (z.B. Fahrstühlen) auf. Angst vor dem Alleinsein ist ebenfalls häufig. Die Anwesenheit von Begleitpersonen reduziert die Angst.
<i>Generalisierte Angststörung</i> F41.1	Die Patienten leiden unter den körperlichen Ausdrucksformen der Angst (Zittern, Herzrasen, Schwindel, Übelkeit, Muskelverspannungen usw.) sowie unter Konzentrationsstörungen, Nervosität, Schlafstörungen und anderen psychischen Symptomen. Im Gegensatz zur Panikstörung treten diese Symptome allerdings nicht gleichzeitig in Form eines Anfalls, sondern in wechselnder Kombination als unterschwelliger Dauerzustand auf. In der Regel können die Patienten nicht angeben, wovor sie eigentlich Angst haben. Die Patienten werden aber auch durch ständigen Sorge gequält, z.B. dass ihnen oder ihren Verwandten Unfälle zustoßen oder sie erkranken könnten. Zudem machen sich die Patienten meistens Sorgen über ihre permanente Besorgtheit („Meta-Sorgen“).
<i>Soziale Phobie</i> F40.1	Die Patienten haben vor Situationen Angst, in denen sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen - z.B. haben sie Angst vor dem Sprechen in der Öffentlichkeit, vor Vorgesetzten, Behördengängen, Kontakten mit dem anderen Geschlecht und anderen Situationen. Dabei befürchten sie, sich peinlich oder ungeschickt zu verhalten oder negativ bewertet zu werden.
<i>Spezifische (isolierte) Phobie</i> F40.2	Hierbei beschränkt sich die Phobie auf einzelne, umschriebene Situationen, die sich meistens auf Gegebenheiten der Natur beziehen (z.B. Katzenphobie, Blutphobie oder Höhenangst).
<i>Angst und depressive Störung, gemischt</i> F41.2	Gleichzeitiges Bestehen von Angst und Depression, wobei weder das eine noch das andere vorherrscht. Allerdings darf die Störung nicht stark ausgeprägt sein, dass die Kriterien einer Angststörung oder einer Depression erfüllt werden.

1.3 Erkennen von Angststörungen

Angststörungen werden oft nicht erkannt, wobei eine Rolle spielt, dass Patienten häufiger über Schmerzen, Schlafstörungen oder andere somatische Beschwerden als über Angst als Leitsymptom klagen (Sartorius et al.,

1996; Wittchen et al., 2002). Daher erscheint es sinnvoll, Patienten mit Verdacht auf eine Angststörung kurze Fragen zu stellen (Tabelle 5).

Tabelle 5. Beispiele für Fragen bei Verdacht auf Vorliegen einer Angststörung

Angststörung	Fragen
<i>Panikstörung/Agoraphobie</i>	Haben Sie plötzliche Anfälle, bei denen Sie in Angst und Schrecken versetzt werden, und bei denen Sie unter Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot, Todesangst u.a. leiden? Haben Sie in den folgenden Situationen Angst oder Beklemmungsgefühle: Menschenmengen, enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel? Vermeiden Sie solche Situationen aus Angst?
<i>Generalisierte Angststörung</i>	Fühlen Sie sich nervös oder angespannt? Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen? Haben Sie das Gefühl, ständig besorgt zu sein und dies nicht unter Kontrolle zu haben? Befürchten Sie oft, dass ein Unglück passieren könnte?
<i>Soziale Phobie</i>	Haben Sie Angst in Situationen, in denen Sie befürchten, dass andere Leute negativ über Sie urteilen könnten, Ihr Aussehen kritisieren könnten oder Ihr Verhalten als dumm, peinlich oder ungeschickt ansehen könnten?
<i>Spezifische Phobie</i>	Haben Sie starke Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen, wie Insekten, Spinnen, Hunden, Katzen, Naturgewalten (Gewitter, tiefes Wasser), Blut, Verletzungen, Spritzen oder Höhen?

1.4 Differenzialdiagnostik

Zu den häufigen somatischen Differenzialdiagnosen der Angsterkrankungen gehören unter anderem:

- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)
- Herz-Kreislaufkrankungen (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Synkopen, Arrhythmien)
- Neurologische Erkrankungen (komplex-partielle Anfälle, Migräne, Migraine accompagnée, Multiple Sklerose, Tumoren u.a.)
- Endokrine Störungen (Hypoglykämie, Hyperthyreose, Hyperkaliämie, Hypokalziämie, akute intermittierende Porphyrie, Insulinom, Karzinoid, Phäochromozytom)
- Weitere Krankheitsbilder (periphere Vestibularisstörung, benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, u.a.)

Zum Ausschluss einer organischen Ursache der Beschwerden sollten wenigstens folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Ausführliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte (Ca⁺⁺, K⁺), Schilddrüsenstatus (TSH)
- EKG mit Rhythmusstreifen
- Ggf. Lungenfunktion
- Ggf. kraniale Bildgebung (MRT, CT)
- Ggf. EEG

1.5 Verlaufsdiagnostik

Die Wirkung einer Behandlung sollte durch eine klinische Untersuchung oder entsprechende Skalen regelmäßig überprüft werden (siehe Abschnitt 4.7, S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**)(Expertenkonsens; KKP).

1.6 Allgemeine Therapieprinzipien

Die Behandlung soll nach den folgenden allgemeinen Therapieprinzipien erfolgen (Expertenkonsens; KKP):

1.6.1 Indikation

Als Indikation für eine Behandlung gelten Bestehen einer Angststörung nach ICD-10 und/oder

- Ein mittlerer bis schwerer Leidensdruck des Patienten
- Psychosoziale Einschränkungen
- Mögliche Komplikationen einer Angsterkrankung (wie Suchterkrankungen u.a.)

1.6.2 Behandlungsziele

Ziele der Behandlung sind:

- Angstsymptome und Vermeidungsverhalten zu reduzieren
- Die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren
- Die Einschränkung der Bewegungsfähigkeit zu bessern
- Die soziale Integration zu verbessern
- Die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen
- Die Lebensqualität zu verbessern

1.6.3 Patientenorientierte Behandlung

Bei der Auswahl einer Behandlungsform sind zu berücksichtigen:

- Die Präferenz des Patienten
- Eventuell für den Patienten entstehende Kosten
- Der Zeitaufwand für den Patienten
- Wartezeiten

1.6.4 Wahl eines Medikaments

Bei der Auswahl eines Medikaments soll zusätzlich zum Empfehlungsgrad (Tabelle 1) berücksichtigt werden:

- Alter
- Gegenanzeigen
- Nebenwirkungsprofil einschl. Absetzphänomene
- Wechselwirkungen
- Warnhinweise
- Toxizität bei Überdosierung
- Suizidrisiko
- Notwendige Untersuchungen im Verlauf (EKG, Labor)
- Ggf. frühere Erfahrung des Patienten mit bestimmten Medikamenten (insbesondere Einnahmeverlässlichkeit, Wirksamkeit, unerwünschte Wirkungen und Absetzphänomene und Präferenz)

Die aktuelle Fachinformation eines Medikaments soll verwendet werden.

1.6.5 Therapie bei komorbiden psychischen Störungen

Bei komorbiden Störungen soll die Therapieform so gewählt werden, dass die komorbide Erkrankung mitbehandelt wird. Insbesondere soll bei komorbider Depression eine leitliniengerechte antidepressive Therapie erfolgen. Beim Vorliegen von Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen können diese gegenüber der Angsterkrankung in den Vordergrund treten; sie sollen mitbehandelt werden.

1.6.6 Management bei Suizidgefahr

Bei Patienten mit einer Angststörung kann das Suizidrisiko erhöht sein. Patienten sollten in Hinblick auf Suizidideen exploriert werden. Bei Vorliegen akuter Suizidalität muss eine Vorstellung beim Facharzt bzw. eine Klinikweisung erfolgen.

1.6.7 Einbezug von Angehörigen

Mit Einverständnis des Patienten können die Angehörigen in die Behandlung mit einbezogen werden, nach folgenden Prinzipien:

- Verständnis für die Symptome des Patienten schaffen
- Psychoedukation über Angststörungen
- Einbindung in die Therapie (so sollten Angehörige nicht Vermeidungsverhalten durch Trost verstärken, sondern dessen Abbau fördern)
- Unterstützung durch die Angehörigen bei der Durchführung der Therapie (z.B. regelmäßige Einnahme der Medikamente, regelmäßige Durchführung der Psychotherapie)

1.6.8 Wirtschaftliche Verordnung

Ohne die Qualität der Behandlung einzuschränken, sollte eine möglichst wirtschaftliche Verordnung erfolgen.

1.7 Spezielle Behandlung der verschiedenen Angststörungen

In Klammern wird der Evidenz- und Empfehlungsgrad angegeben (siehe Tabelle 2, S. 9.)

1.7.1 Panikstörung/Agoraphobie

- Patienten mit Panikstörung /Agoraphobie soll angeboten werden (Ia/A):
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie

Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.

- Bei Komorbidität mit Depression soll eine leitliniengerechte antidepressive Therapie erfolgen (Expertenkonsens/KKP).

1.7.1.1 Psychotherapie

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention soll die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität zum Behandlungserfolg beiträgt.

1.7.1.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

- Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden (Ia/A).
- Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden (Expertenkonsens). Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).
- Bei Patienten mit einer Panikstörung soll die KVT beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten Expositionselemente (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen) beinhalten (Expertenkonsens/KKP).
- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte Expositionstherapie in Begleitung eines Therapeuten angeboten werden (Expertenkonsens/KKP), d.h. der Therapeut sollte die Exposition nicht nur in der Therapiesitzung theoretisch durchsprechen, sondern bei den Expositionsübungen anwesend sein.
- Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie (Expertenkonsens).
- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP).
- Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP).

1.7.1.1.2 Nichttherapeutengestützte KVT

- In Deutschland darf eine Psychotherapie ohne vorherigen Kontakt mit einem Psychotherapeuten/Arzt von Angesicht zu Angesicht aus rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden. Nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet dürfen daher als Monotherapie nicht angeboten werden.
- Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.1.1.3 Psychodynamische Psychotherapie

- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (IIa/B).⁹
- Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (KKP).
- Bei Patienten mit einer Panikstörung /Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).

⁹ Sondervotum des bvvp: siehe Abschnitt 8.8

1.7.1.2 Pharmakotherapie

Eine Pharmakotherapie soll nach allgemeinen medizinischen Standards durchgeführt werden.

- Patienten mit einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie soll eine pharmakologische Behandlung mit Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin oder Venlafaxin angeboten werden (Ia/A).
- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte das trizyklische Antidepressivum Clomipramin zur Behandlung angeboten werden, wenn SSRIs oder der SNRI Venlafaxin nicht wirksam war oder nicht vertragen wurden (Ia/B).
- Benzodiazepine sind bei Panikstörung/Agoraphobie wirksam (Ia; Leitlinienadaptation). Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollen Benzodiazepine dennoch aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung etc.) nicht angeboten werden (KKP). In Ausnahmefällen (z.B. schwere kardiale Erkrankungen, Kontraindikationen für Standardmedikamente, Suizidalität u.a.) können Benzodiazepine unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet angewendet werden.

Tabelle 6. Medikamente für die Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie

Substanzklasse	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
SSRIs	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollen SSRIs (Citalopram, Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin) zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Citalopram ¹⁰	20–40 mg	
	Escitalopram ¹	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
SNRI	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll der SNRI Venlafaxin zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A
	Venlafaxin	75–225 mg	Ia
TZA	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte das trizyklische Antidepressivum Clomipramin zur Behandlung angeboten werden, wenn SSRIs oder der SNRI Venlafaxin nicht wirksam war oder nicht vertragen wurden.	Ia	B
	Clomipramin	75–250 mg	

1.7.1.2.1 Aufklärung des Patienten

Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass die Wirkung von Antidepressiva mit einer Latenz von etwa 2 Wochen (Bereich 1–6 Wochen) einsetzt.

Der Patient sollte auf unerwünschte Wirkungen hingewiesen werden (insbesondere schwerwiegende bzw. häufige). Näheres ist der aktuellen Fachinformation zu entnehmen. Insbesondere sind zu nennen:

- Bei der Behandlung mit SSRIs oder SNRIs: Unruhe und Schlaflosigkeit in den ersten Tagen der Behandlung; sexuelle Dysfunktionen; Absetzphänomene
- Bei der Behandlung mit TZAs: anticholinerge Wirkungen, Sedierung, Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Wirkungen
- Bei der Behandlung mit Benzodiazepinen (wenn sie in begründeten Ausnahmefällen angewendet werden): Abhängigkeitsentwicklung, Toleranz, Verlängerung der Reaktionszeit, Stürze

Mögliche Wechselwirkungen, absolute und relative Kontraindikationen und eventuelle Warnhinweise müssen beachtet werden. Der Patient soll hierüber informiert werden.

¹⁰ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden.

1.7.1.2.2 Dosierung

- Dosierungen gehen aus Tabelle 6 hervor. Die SSRIs und SNRIs haben eine flache Dosis-Response-Kurve, d.h. dass schätzungsweise 75% der Patienten bereits auf die initiale (niedrige) Dosis reagieren. In manchen Fällen können Dosierungen am oberen Ende des indizierten Dosisbereichs notwendig sein und sollten bei Bedarf auch angeboten werden. Bei manchen Patienten kann es sinnvoll sein, mit der Hälfte der empfohlenen Dosis zu beginnen. Bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen können Dosierungsanpassungen erforderlich sein. Um Überstimulierung und Schlaflosigkeit zu verhindern, sollte die Dosis morgens oder mittags gegeben werden.
- Trizyklische Antidepressiva sollten in einer niedrigen Dosierung begonnen und alle 3–5 Tage erhöht werden. Die Dosis sollte so lange erhöht werden, bis der höchste empfohlene Bereich erreicht ist, wenn eine anfängliche Behandlung mit einer niedrigen oder mittleren Dosis nicht erfolgreich war. Bei älteren Patienten werden niedrigere Dosen verwendet.
- Benzodiazepin-Dosierungen sollten so niedrig wie möglich, aber auch so hoch wie notwendig unter den oben genannten Einschränkungen verabreicht werden (Anwendung nur in begründeten Ausnahmefällen).

1.7.1.2.3 Behandlung von akuten Panikattacken

- Im Falle einer akuten Panikattacke ist selten eine spezifische Behandlung notwendig. Oft tritt die Beruhigung bereits durch die Anwesenheit eines Arztes oder Psychologen ein. In begründeten Ausnahmefällen kann durch die Gabe eines Benzodiazepins (z.B. Lorazepam 1,0–2,5 mg) der Angstzustand rasch beendet werden.

1.7.1.2.4 Dauer der medikamentösen Behandlung, Erhaltungstherapie; Rezidivprophylaxe

- Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll nach Eintreten der Remission eine Pharmakotherapie noch 6–12 Monate fortgeführt werden (Expertenkonsens/KKP). Die Dauer kann verlängert werden, wenn ein Absetzversuch zu einem Wiederauftreten der Angstsymptomatik führt, wenn der Krankheitsverlauf besonders schwer war oder wenn sich aus der Anamnese des Patienten Hinweise auf eine lange Behandlungsnotwendigkeit ergeben (Expertenkonsens /KKP).
- Die Behandlung mit SSRIs und SNRIs soll in der Erhaltungstherapie in der gleichen Dosis fortgeführt werden, die in der Akuttherapie erfolgreich war (Expertenkonsens/KKP).
- Die Behandlung mit SSRIs, SNRIs und TZAs sollte bei Beendigung langsam reduziert werden, um Absetzphänomene zu vermeiden.

1.7.1.2.5 Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen

- Bei älteren Patienten sollten TZA wegen einer erhöhten Empfindlichkeit für unerwünschte Wirkungen (anticholinerge Wirkungen, Herz-Kreislaufwirkungen) oder mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten mit Vorsicht verordnet werden.
- Die Patienten müssen über mögliche Risiken durch bestimmte Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit hingewiesen werden.

1.7.1.3 Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Psycho- oder Pharmakotherapie

In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP). Evidenz für eine Kombination wurde identifiziert für KVT sowie für SSRIs und Imipramin (Imipramin ist nicht für die Panikstörung/Agoraphobie zugelassen).

1.7.1.3.1.1 Nichtansprechen einer Psychotherapie

Es gibt keine kontrollierten Studien zu der Fragestellung, ob bei Nichtansprechen auf ein Psychotherapieverfahren eine Umstellung auf eine andere Psychotherapiemethode erfolgreich ist.

1.7.1.3.1.2 Nichtansprechen einer Pharmakotherapie

Bei Nichtansprechen einer Pharmakotherapie sollte eine Psychotherapie angeboten werden.

In der Tabelle 7 werden Strategien zum Vorgehen bei Nichtansprechen einer Standard-Pharmakotherapie aufgeführt.

Wenn der Patient nicht oder nur geringfügig auf die Therapie anspricht, sollte zunächst die Dosierung angepasst und ggf. die Therapieadhärenz geprüft werden, bevor zu einem anderen Medikament gewechselt oder eine Kombination mit einem weiteren Medikament erwogen wird.

Für die in der Tabelle aufgeführten alternativen Medikamente besteht zum Teil keine ausreichende Evidenz in Form von kontrollierten Studien. Die Beschreibung der Studienlage zum Vorgehen bei Therapieresistenz findet sich bei Bandelow et al. (2008). Bei Verwendung von Medikamenten, die für eine Indikation nicht zugelassen

sind, sind medizinrechtliche Fragen zu berücksichtigen. Nur wenn das Vorgehen durch ausreichende Evidenz gestützt ist, darf ein Arzt nicht zugelassene Medikamente verordnen. Der Patient ist darüber zu informieren.

Tabelle 7. Stufenplan der medikamentösen Behandlungsalternativen bei Nichtansprechen oder Unverträglichkeit eines Medikaments in der Behandlung von Angststörungen (modifiziert nach Bandelow et al., 2008)

Stufe	Vorgehen
Wechsel von einem Standardmedikament zu einem anderen	Umsetzen von einem SSRI auf einen anderen Umsetzen von SSRI auf SNRI oder umgekehrt Umsetzen auf TZA Umsetzen auf Pregabalin (nur GAD)
Wechsel zu Nicht-Standard-Medikamenten	
<i>Umsetzen auf Medikamente, die bei anderen Angststörungen zugelassen sind</i>	Umsetzen auf Pregabalin Umsetzen auf Moclobemid, Opipramol, Hydroxyzin Umsetzen auf Benzodiazepine (nur in begründeten Ausnahmefällen)
<i>Umsetzen auf Medikamente, die nicht für Angststörungen zugelassen sind, aber aufgrund von RCTs wirksam sind</i>	Panikstörung: Mirtazapin, Quetiapin, Phenelzin ¹¹ , Valproat, Inositol GAD: Quetiapin. In therapieresistenten Fällen: Zugabe von Risperidon oder Olanzapin zu einer Antidepressivatherapie SAD: Mirtazapin, Gabapentin, Pregabalin, Olanzapin
<i>Umsetzen auf Medikamente/Kombinationen, die aufgrund von offenen Studien wirksam sind</i>	Panikstörung: Kombinationen von SSRIs und TZAs, Olanzapin-Monotherapie, Kombination eines SSRIs mit Olanzapin oder TZAs, Augmentation eines SSRIs mit Pindolol, Kombination von Valproat und Clonazepam. In therapieresistenten Fällen waren Olanzapin, zusätzliche Gabe von Fluoxetin zu einem TZA, Zugabe eines TZA zu Fluoxetin und die Zugabe von Olanzapin zu einem SSRI in offenen Studien wirksam. GAD: Ziprasidon Soziale Phobie: Levetiracetam, Topiramal, Tranylcypromin. In therapieresistenten Fällen: Zugabe von Buspiron zu einem SSRI
<i>Umsetzen auf Medikamente/Kombinationen, die aufgrund von Einzelfallberichten wirksam waren</i>	Panikstörung: In therapieresistenten Fällen war die Zugabe von Lithium zu Clomipramin oder die Kombination von Valproat und Clonazepam wirksam

1.7.1.4 Sport

- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann Sport (Ausdauertraining, z.B. dreimal pro Woche 5 km laufen) als ergänzende Maßnahmen zu anderen Standardtherapien empfohlen werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.1.5 Selbsthilfegruppen

- Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Panikstörung/Agoraphobie. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.2 Generalisierte Angststörung

- Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll angeboten werden (Ia/A):
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie

Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.

- Bei Komorbidität mit Depression soll eine leitliniengerechte antidepressive Therapie erfolgen (Expertenkonsens/KKP).

1.7.2.1 Psychotherapie

1.7.2.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie

- Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden (Ia/A).

¹¹ nur über Auslandsapotheke erhältlich (z.B. aus Belgien, England, Spanien oder Irland)

- Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden (Expertenkonsens). Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).
- Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie (Expertenkonsens). Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP). Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP).
- Applied Relaxation kann für Patienten mit einer generalisierten Angststörung als zusätzliches Therapiemodul im Rahmen einer KVT angeboten werden (KKP).

1.7.2.1.2 Psychodynamische Psychotherapie

- Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (IIa/B).¹²
- Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Bei Patienten mit einer GAD sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.2.2 Pharmakotherapie

Eine Pharmakotherapie soll nach allgemeinen medizinischen Standards durchgeführt werden.

- Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll die pharmakologische Behandlung mit Escitalopram, Paroxetin, Venlafaxin oder Duloxetin angeboten werden (Ia/A).
- Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte Pregabalin angeboten werden (Ia/B). Patienten mit einer Polytoxikomanie sollen nicht mit Pregabalin behandelt werden.
- Wenn Therapien der Empfehlungskategorien A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Bupiron angeboten werden (Ib/0).
- Wenn Therapien der Empfehlungskategorien A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Opipramol angeboten werden (Ib/0).
- Benzodiazepine sind bei generalisierter Angststörung wirksam (Ia; Leitlinienadaptation). Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen Benzodiazepine dennoch aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung etc.) nicht angeboten werden (KKP). In Ausnahmefällen (z.B. schwere kardi-ale Erkrankungen, Kontraindikationen für Standardmedikamente, Suizidalität u.a.) können Benzodiazepine unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet angewendet werden.
- Das TZA Imipramin ist nicht für die Behandlung der generalisierten Angststörung zugelassen. Wenn solche Medikamente verordnet werden (Off-Label-Gebrauch), sind medizinrechtliche Fragen zu beachten. Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte Imipramin im Rahmen eines Therapieversuchs angeboten werden, wenn andere Therapien mit der Empfehlung A nicht wirksam waren oder nicht vertragen wurden (Ib/B).
- Quetiapin ist in Deutschland nicht für die Behandlung der generalisierten Angststörung zugelassen. Wenn Therapien der Empfehlungskategorien A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Quetiapin im Rahmen eines Therapieversuchs Patienten mit einer generalisierten Angststörung angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).
- Wenn bei dem Patienten erhebliche depressive Symptome bestehen, was bei der generalisierten Angststörung häufig der Fall ist, sollte ein Antidepressivum verwendet werden oder aber die anxiolytische Therapie mit einem Nicht-Antidepressivum durch ein Antidepressivum ergänzt werden (Expertenkonsens/KKP).
- Mögliche Wechselwirkungen, absolute und relative Kontraindikationen und eventuelle Warnhinweise müssen beachtet werden.

¹² Sondervotum des bvvp: siehe Abschnitt 8.8

Tabelle 8. Medikamente für die Behandlung der generalisierten Angststörung

Substanzklasse	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
SSRIs	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SSRIs Escitalopram oder Paroxetin angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Escitalopram ¹³	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
SNRI	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SNRIs Duloxetin oder Venlafaxin angeboten werden.	Ia	A
	Duloxetin	60–120 mg	
	Venlafaxin	75–225 mg	
Kalziummodulator	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte Pregabalin angeboten werden.	Ia	B
	Pregabalin	150–600 mg	
Trizyklisches Anxiolytikum	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Opipramol angeboten werden.	Ib	0
	Opipramol	50–300 mg	
Azapiron	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Buspiron angeboten werden.	Ib	0
	Buspiron	15–60 mg	

1.7.2.2.1 Aufklärung des Patienten

Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass die Wirkung von Antidepressiva mit einer Latenz von etwa 2 Wochen (Bereich 1–6 Wochen) einsetzt.

Der Patient soll auf unerwünschte Wirkungen hingewiesen werden (insbesondere schwerwiegende bzw. häufige). Insbesondere sind zu nennen:

- Bei der Behandlung mit SSRIs oder SNRIs: Unruhe und Schlaflosigkeit in den ersten Tagen der Behandlung; sexuelle Dysfunktionen; Absetzphänomene
- Bei Behandlung mit Pregabalin: Schwindel, Benommenheit. Absetzphänomene und Überdosierungen bei Patienten mit Polytoxikomanie
- Bei der Behandlung mit TZAs oder Opipramol: anticholinerge Wirkungen, Sedierung, Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Wirkungen
- Bei der Behandlung mit Benzodiazepinen (wenn sie in begründeten Ausnahmefällen angewendet werden): Abhängigkeitsentwicklung, Toleranz, Verlängerung der Reaktionszeit, Stürze

Der Patient soll über mögliche Wechselwirkungen, absolute und relative Kontraindikationen und eventuelle Warnhinweise unterrichtet werden.

1.7.2.2.2 Dosierung

- Dosierungen gehen aus Tabelle 8 hervor. Die SSRIs und SNRIs haben eine flache Dosis-Response-Kurve, d.h. dass schätzungsweise 75% der Patienten bereits auf die initiale (niedrige) Dosis reagieren. In manchen Fällen können Dosierungen am oberen Ende des indizierten Dosisbereichs notwendig sein und sollten bei Bedarf auch angeboten werden. Bei manchen Patienten kann es sinnvoll sein, mit der Hälfte der empfohlenen Dosis zu beginnen. Bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen können Dosierungsanpassungen erforderlich

¹³ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden.

sein. Um Überstimulierung und Schlaflosigkeit zu verhindern, sollte die Dosis morgens oder mittags gegeben werden.

- Die Behandlung mit Pregabalin sollte in einer niedrigen Dosierung begonnen und alle 3–5 Tage erhöht werden.
- Trizyklische Antidepressiva sollten in einer niedrigen Dosierung begonnen werden und alle 3–5 Tage erhöht werden. Die Dosis sollte so lange erhöht werden, bis der höchste empfohlene Bereich erreicht ist, wenn eine anfängliche Behandlung mit einer niedrigen oder mittleren Dosis nicht erfolgreich war. Bei älteren Patienten werden niedrigere Dosen verwendet.
- Wenn in begründeten Ausnahmefällen Benzodiazepine angewendet werden, sollen die Dosierungen so niedrig wie möglich, aber auch so hoch wie notwendig eingestellt werden.

1.7.2.2.3 Dauer der medikamentösen Behandlung, Erhaltungstherapie; Rezidivprophylaxe

- Um Rückfälle zu vermeiden, sollte die Behandlung nach eingetretener Remission noch mindestens 6–12 Monate weitergeführt werden (Leitlinienadaptation/KKP); die Dauer kann verlängert werden, wenn ein Absetzversuch zu einem Wiederauftreten der Angstsymptomatik führt, wenn der Krankheitsverlauf besonders schwer war oder wenn sich aus der Anamnese des Patienten Hinweise auf eine lange Behandlungsnotwendigkeit ergeben.
- Die Behandlung mit SSRIs, SNRIs, TZAs oder Pregabalin sollte bei Beendigung langsam reduziert werden, um Absetzphänomene zu vermeiden.
- Die Behandlung mit Benzodiazepinen sollte, wenn diese in begründeten Ausnahmefällen angewendet wurde, in der Regel nur für wenige Wochen durchgeführt werden. Nach längerer Behandlung sollten Benzodiazepine sehr langsam (ggf. über mehrere Wochen) ausgeschlichen werden, um Entzugsphänomene zu vermeiden.

1.7.2.2.4 Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen

Bei älteren Patienten sollten TZA wegen einer erhöhten Empfindlichkeit für unerwünschte Wirkungen (anticholinerge Wirkungen, Herz-Kreislaufwirkungen) oder mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten mit Vorsicht verordnet werden.

Die Patienten müssen auf mögliche Risiken durch bestimmte Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit hingewiesen werden.

1.7.2.3 Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Psycho- oder Pharmakotherapie

In Fällen, in denen eine Psychotherapie bzw. Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Patienten mit einer generalisierten Angststörung die jeweils andere Therapieform angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).

Wenn der Patient nicht oder nur geringfügig auf die Pharmakotherapie anspricht, sollte zunächst die Dosierung angepasst und ggf. die Therapieadhärenz geprüft werden, bevor zu einem anderen Medikament gewechselt wird oder eine Kombination erwogen wird. In der Tabelle 7 werden Strategien zum Vorgehen bei Nichtansprechen einer Standard-Pharmakotherapie aufgeführt. Bei Off-Label Use sind medizinrechtliche Fragen zu beachten.

1.7.2.4 Selbsthilfegruppen

- Es fehlen randomisierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei generalisierter Angststörung. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.3 Soziale Phobie

- Patienten mit sozialer Phobie soll angeboten werden (Expertenkonsens/KKP):
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie

Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.

- Bei Komorbidität mit Depression soll eine leitliniengerechte antidepressive Therapie erfolgen (Expertenkonsens/KKP).

1.7.3.1 Psychotherapie

1.7.3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie

- Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden (Ia/A).
- Die KVT soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden (Ib/B). Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP). Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).
- Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).

1.7.3.1.2 Nichttherapeutengestützte KVT

- In Deutschland darf eine Psychotherapie ohne vorherigen Kontakt mit einem Psychotherapeuten/Arzt von Angesicht zu Angesicht aus rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden. Nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet dürfen daher als Monotherapie nicht angeboten werden.
- Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme therapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen über das Internet angeboten werden (KKP).

1.7.3.1.3 Psychodynamische Psychotherapie

- Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (Ib/B).¹⁴
- Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (KKP).
- Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).

1.7.3.2 Pharmakotherapie

Eine Pharmakotherapie soll nach allgemeinen medizinischen Standards durchgeführt werden.

- Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Paroxetin, Sertralin oder Escitalopram oder der SNRI Venlafaxin angeboten werden (Ia/A)(Tabelle 9).
- Die Studienlage zu Moclobemid ist inkonsistent (Expertenkonsens). Moclobemid kann Patienten mit einer sozialen Phobie angeboten werden, wenn Therapien der Empfehlungskategorie A unwirksam waren oder nicht vertragen wurden (KKP).
- Benzodiazepine sind bei der sozialen Phobie wirksam (Ib). Patienten mit einer sozialen Phobie sollen Benzodiazepine dennoch nicht angeboten werden (KKP).
- Benzodiazepine sind bei sozialer Phobie wirksam (Ib; Leitlinienadaptation). Patienten mit einer sozialen Phobie sollen Benzodiazepine dennoch aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung etc.) nicht angeboten werden (KKP). In Ausnahmefällen (z.B. schwere kardiale Erkrankungen, Kontraindikationen für Standardmedikamente, Suizidalität u.a.) können Benzodiazepine unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet angewendet werden.
- In Ausnahmefällen (z.B. schwere kardiale Erkrankungen, Kontraindikationen für Standardmedikamente, Suizidalität, kurzfristige Behandlung vor Prüfungssituationen, Bewerbungsgesprächen u.a.) können Benzodiazepine unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung angewendet werden.
- Mögliche Wechselwirkungen, absolute und relative Kontraindikationen und eventuelle Warnhinweise müssen beachtet werden.

¹⁴ Sondervotum des bvvp: siehe Abschnitt 8.8

Tabelle 9. Medikamente für die Behandlung der sozialen Phobie

Substanzklasse	Empfehlung	Evidenz-kategorie	Empfeh-lungsgrad
SSRIs	Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Escitalopram ¹⁵	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
	Sertralin	50–150 mg	
SNRI	Patienten mit einer sozialen Phobie soll der SNRI Venlafaxin angeboten werden.	Ia	A
	Venlafaxin	75–225 mg	
RIMA	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer sozialen Angststörung Moclobemid angeboten werden.	Expertenkon-sens	KKP
	Moclobemid	300–600 mg	

1.7.3.2.1 Aufklärung des Patienten

Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass die Wirkung von Antidepressiva mit einer Latenz von etwa 2 Wochen (Bereich 1–6 Wochen) einsetzt.

Der Patient sollte auf unerwünschte Wirkungen hingewiesen werden (insbesondere schwerwiegende bzw. häufige). Insbesondere sind zu nennen:

- Bei der Behandlung mit SSRIs oder SNRIs: Unruhe und Schlaflosigkeit in den ersten Tagen der Behandlung; sexuelle Dysfunktionen; Absetzphänomene
- Bei der Behandlung mit Benzodiazepinen (wenn sie in begründeten Ausnahmefällen angewendet werden): Abhängigkeitsentwicklung, Toleranz, Verlängerung der Reaktionszeit, Stürze
- Bei Behandlung mit Moclobemid: Unruhe, Schlafstörungen, trockener Mund, Kopfschmerzen, Schwindel

Der Patient sollte über mögliche Wechselwirkungen, absolute und relative Kontraindikationen und eventuelle Warnhinweise unterrichtet werden.

Patienten mit einer Suchtanamnese sollen keine Benzodiazepine erhalten.

1.7.3.2.2 Dosierung

Dosierungen gehen aus Tabelle 9 hervor. Die SSRIs und SNRIs haben eine flache Dosis-Response-Kurve, d.h. dass schätzungsweise 75% der Patienten bereits auf die initiale (niedrige) Dosis reagieren. In manchen Fällen können Dosierungen am oberen Ende des indizierten Dosisbereichs notwendig sein und sollten bei Bedarf auch angeboten werden. Bei manchen Patienten kann es sinnvoll sein, mit der Hälfte der empfohlenen Dosis zu beginnen. Bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen können Dosierungsanpassungen erforderlich sein. Um Überstimulierung und Schlaflosigkeit zu verhindern, sollte die Dosis morgens oder mittags gegeben werden.

Benzodiazepin-Dosierungen sollten so niedrig wie möglich, aber auch so hoch wie notwendig unter den oben genannten Einschränkungen verabreicht werden.

1.7.3.2.3 Dauer der medikamentösen Behandlung, Erhaltungstherapie; Rezidivprophylaxe

- Um Rückfälle zu vermeiden, sollte die Behandlung nach eingetretener Remission noch mindestens 6–12 Monate weitergeführt werden (Ia/A); die Dauer kann verlängert werden, wenn ein Absetzversuch zu einem Wiederauftreten der Angstsymptomatik führt, wenn der Krankheitsverlauf besonders schwer war oder wenn sich aus der Anamnese des Patienten Hinweise auf eine lange Behandlungsnotwendigkeit ergeben.
- Die Behandlung mit Benzodiazepinen (nur in begründeten Ausnahmefällen) sollte in der Regel nur für wenige Wochen durchgeführt werden. Nach längerer Behandlung sollten Benzodiazepine sehr langsam (ggf. über mehrere Wochen) ausgeschlichen werden.

¹⁵ Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden.

- Die Behandlung mit SSRIs und SNRIs sollte bei Beendigung langsam reduziert werden, um Absetzphänomene zu vermeiden.
- Eine Behandlung mit Benzodiazepinen (wenn sie in begründeten Ausnahmefällen angewendet wurde) sollte langsam ausgeschlichen werden, um Entzugsphänomene zu vermeiden.

1.7.3.2.4 Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen

Bei älteren Patienten sollten TZAs wegen einer erhöhten Empfindlichkeit für unerwünschte Wirkungen (anticholinerge Wirkungen, Herz-Kreislaufwirkungen) oder mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten mit Vorsicht verordnet werden.

Die Patienten sollten über mögliche Risiken durch bestimmte Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit hingewiesen werden.

1.7.3.3 Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Psycho- oder Pharmakotherapie

In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).

Wenn der Patient nicht oder nur geringfügig auf eine Pharmakotherapie anspricht, sollte zunächst die Dosierung angepasst und ggf. die Therapieadhärenz geprüft werden, bevor zu einer anderen Behandlungsoption mit hohem Empfehlungsgrad gewechselt wird oder eine Kombination erwogen wird. In der Tabelle 7 werden Strategien zum Vorgehen bei Nichtansprechen einer Pharmakotherapie aufgeführt.

1.7.3.4 Selbsthilfegruppen

- Es fehlen Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei sozialer Phobie.
- Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.4 Spezifische Phobien

1.7.4.1 Psychotherapie

- Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine Expositionstherapie angeboten werden (Ia/A).
- Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. In RCTs zu spezifischen Phobien wurden 1–5 Therapiesitzungen (Sitzungsdauer 1–3 Zeitstunden) durchgeführt. Die Therapiedauer sollte entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (Expertenkonsens/KKP).
- Wenn eine *in-vivo*-Exposition nicht verfügbar oder möglich ist, sollte Patienten mit einer spezifischen Phobie eine Virtuelle-Realität-Expositionstherapie – wenn verfügbar – angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).
- Bei der Virtuelle-Realität-Expositionstherapie kann es in ca. 10% der Fälle zu einer Kinetose mit Übelkeit kommen.

1.7.4.2 Pharmakotherapie

Die vorliegenden Studien reichen zum Nachweis der Wirksamkeit von Medikamenten bei einer spezifischen Phobie nicht aus.

2 Literatur

- Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(4):248-312.
- DIMDI. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). 2013:vol 2013).
- Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001;5(16):1-69.
- Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30(30):38-43.
- WHO. World Health Organisation. Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organisation, 1991.
- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 8:24-34.