

---

# PRESSEKONFERENZ

## Angststörungen – Vorstellung der neuen Behandlungsleitlinie

Mittwoch, 07.05.2014 | 12.00 Uhr

Heinrich-Böll-Stiftung

Schumannstraße 8 | 10117 Berlin

**SPERRFRIST: 07.05.2014 – 12.00 UHR**



## TEILNEHMER

### Steuerungsgruppe der S3-Leitlinie

- **Prof. Dr. med. Manfred E. Beutel**, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
- **Prof. Dr. med. Borwin Bandelow**, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Gesellschaft für Angstforschung (GAF), Stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen
- **Prof. Dr. med. Thomas Lichte**, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Arzt für Allgemeinmedizin, Professor für Allgemeinmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- **Dr. med. Sebastian Rudolf**, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT), Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Lübeck

### Patientenvertreter

- **Dipl.-Psych. Jürgen Matzat**, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)

### Moderation

- **Prof. Dr. med. Peter Falkai**, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

## ANGSTSTÖRUNGEN

Angststörungen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (siehe Kasten). Nach einer Erhebung in Deutschland haben 15% aller Befragten in den letzten 12 Monaten an irgendeiner Angststörung gelitten. Die verschiedenen Angststörungen werden im folgenden Kasten beschrieben:

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, „wahnsinnig“ 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 Agoraphobie verbunden.
<i>Agoraphobie</i> F40.0 <i>ohne Panikstörung</i> F40.00 <i>mit Panikstörung</i> F40.01	Bei der Agoraphobie 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, Behörden, 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.

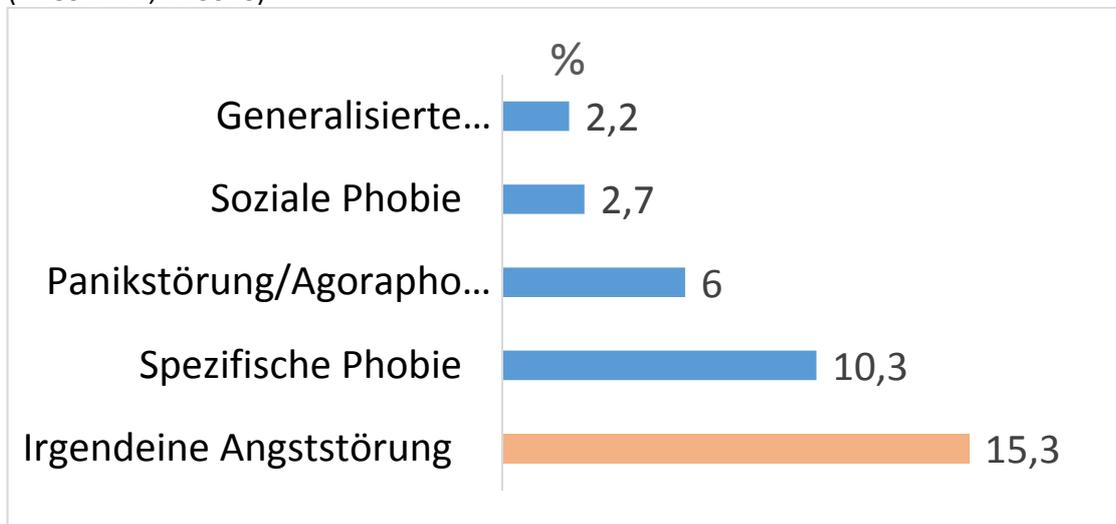
## ANGSTSTÖRUNGEN: HÄUFIGKEIT (12-MONATS-PRÄVALENZ)

Am häufigsten ist die „spezifische Phobie“ (Furcht vor einzelnen Objekten, wie Spinnen). Menschen mit spezifischen Phobien lassen sich aber selten therapieren.

Am häufigsten werden Menschen mit einer Panikstörung/Agoraphobie behandelt. Die Betroffenen leiden unter plötzlichen Panikattacken; sie meiden aus Angst vor Panikattacken Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel oder andere Situationen. In der Häufigkeit folgt die soziale Phobie (Angst, von anderen Menschen kritisch beurteilt zu werden). Mit 2,2% ist auch die generalisierte Angststörung häufig (Angst und Sorgen um alltägliche Gefahren).

Es wird geschätzt, dass sich weniger als die Hälfte der Menschen, die unter einer Angststörung leiden, behandeln lassen. Gründe hierfür sind: das Stigma, dass psychiatrischen Erkrankungen anhaftet, mangelnde Information über die Behandelbarkeit dieser Erkrankungen oder die Annahme, dass Angstsymptome wie Herzrasen, Zittern oder Schwitzen auf eine organische Erkrankung zurückgehen.

Quelle: Jacobi et al. (2014) 12-Monats-Prävalenz von Angststörungen (nach M-CIDI/DSM-IV TR) in der Bevölkerung, gewichtete Daten, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Robert-Koch-Institut (DEGS1-MH; N=5318)



## KOMORBIDITÄT

Angststörungen treten selten in reiner Form auf – häufig treten sie mit anderen psychischen Erkrankungen zusammen auf.

- Anderen Angststörungen
- Depressionen
- Somatoformen Störungen
- Zwangsstörungen
- Alkoholabhängigkeit u.a. Suchterkrankungen

## KOSTEN FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Durch Angsterkrankungen entstehen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem durch  
Direkte Kosten:

- Ambulante ärztliche Behandlung
- Medikamente
- Psychotherapie
- Stationäre Behandlung
- Inanspruchnahme von Notfallambulanzen
- Rehabilitation

Indirekte Kosten:

- Produktivitätseinschränkung
- Krankschreibungen
- Frühberentung

## DIE S3-LEITLINIEN ANGSTSTÖRUNGEN

Die Erstellung von Leitlinien wird in Deutschland von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) koordiniert. Unter deren Schirmherrschaft bildete sich eine Leitliniengruppe aus Ärzten (Fachärzte, Allgemeinärzte), Psychologen, psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten sowie Patientenvertretern. Zwanzig Fachgesellschaften waren an der Erstellung der Leitlinie beteiligt (siehe Kasten). Ziel der Leitlinienerstellung war die Verbesserung der Erkennung und Behandlung von Angststörungen in Deutschland.

Adressaten der Leitlinie sind Ärzte und Psychologen in der Praxis und in Kliniken sowie die an Angststörungen erkrankten Erwachsenen und deren Angehörige sowie Entscheidungsträger im Gesundheitswesen.

Um Empfehlungen zur Angstbehandlung zu erstellen, wurden bereits bestehende nationale und internationale Leitlinien ausgewertet. Zusätzlich wurden alle verfügbaren Studien zur Behandlung von Angsterkrankungen analysiert. Dabei wurden vor allem sogenannte randomisierte kontrollierte Studien untersucht. Analysiert wurden Studien zu Psychotherapien, Medikamenten, Entspannungsmaßnahmen, Selbsthilfemaßnahmen und andere Therapien.

Basierend auf den Referenzleitlinien und den eigenen Recherchen wurde eine Empfehlung zur Behandlung erstellt.

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

## DAS LEITLINIENTEAM

Im 6-jährigen Entwicklungsprozess waren 36 Personen an der Erstellung der Leitlinie beteiligt:

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.; Langa, 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.

Koordiniert wurde die Gruppe durch ein interdisziplinäres Redaktionsteam:

- Steuerungsgruppe: M.E. Beutel; B. Bandelow; T. Lichte; S. Rudolf
- Textredaktion: B. Bandelow
- Moderation: I. Kopp (AWMF)
- Koordination: J. Wiltink

## ZIELE DER S3-LEITLINIE ANGSTSTÖRUNGEN

- Die Erkennung und Behandlung von Angststörungen in Deutschland und die Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patienten durch die Entwicklung transparenter und nachvollziehbarer Standards für die verschiedenen Versorgungsebenen zu verbessern
- Empfehlungen zu prioritären Versorgungsproblemen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertretern abzustimmen, darzulegen und zu implementieren
- Die Empfehlungen entsprechend dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der Evidenzbasierung zu formulieren und zu aktualisieren
- Die Versorgungsabläufe für Menschen mit Angsterkrankungen und die dabei entstehenden Entscheidungssituationen zu benennen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren, und somit den Zugang der Patienten zu einer effektiven Therapie unter Berücksichtigung der differenziellen Indikation und der Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen zu fördern
- Therapieprozesse und -ergebnisse durch die besondere Berücksichtigung von Problemen wie Chronifizierung und Komorbidität zu verbessern
- Durch Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Disziplinen und Organisationen, sowie der Patientenvertreter einen effizienten Transfer der Empfehlungen in die Praxis zu ermöglichen
- Forschungsbedarf aufzuzeigen und daraus resultierende Aktivitäten anzuregen

## WAS IST EINE S3-LEITLINIE?

Es gibt zahlreiche Behandlungsleitlinien für jede Art von Erkrankungen. Eine S3-Leitlinie muss mehrere Qualitätsmerkmale erfüllen:

Anforderung	Erfüllt
Die Leitliniengruppe ist repräsentativ für den Adressatenkreis	✓
Systematische Suche nach Leitlinien zum gleichen Thema und Prüfung, ob einzelne Empfehlungen daraus übernommen bzw. adaptiert werden können	✓
Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege („Evidenz“) zu den relevanten klinischen Fragestellungen	✓
Eigene Literaturrecherche nach einer weitgehend standardisierten Methodik	✓
Die Suchstrategie sollte detailliert beschrieben sein	✓
Auswahlkriterien für die 'Evidenz' explizit dargelegt, insbesondere die Ausschlussgründe	✓
Die nach a priori festgelegten Kriterien recherchierte und ausgewählte ‚Evidenz‘ wird hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet	✓
Das Ergebnis der Bewertung führt zur Feststellung der Stärke der ‚Evidenz‘ („Evidenzgrad“).	✓
Methoden zur Formulierung der Empfehlungen sind klar beschrieben, dazu sind formale Konsensustechniken erforderlich	✓
Strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt	✓
Empfehlungsgrade A (starke Empfehlung), B (Empfehlung) oder O (offene Empfehlung)	✓
Angabe von Evidenz- und Empfehlungsgrad zu jeder Empfehlung	✓

## EVIDENZ- UND EMPFEHLUNGSGRADE

Bei der Beurteilung kamen genau festgelegte Evidenz- und Empfehlungsgrade zur Anwendung:

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

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.

## QUALITÄTSMERKMALE VON STUDIEN

Die Qualitätsmerkmale der Studien wurden genauestens überprüft:

- Diagnose nach DSM oder ICD
- Kontrollgruppe
- Behandlungsgruppen unterscheiden sich nur in Hinblick auf die zu untersuchende Therapie
- Optimaler Stichprobenumfang, vor allem Typ-II-Fehler
- Validierte Skalen
- ITT-Analyse
- Verblindung (insofern möglich)
- Korrekte statistische Auswertung
- Haupteffizienzkriterium genannt bzw. bei multipler Testung Bonferroni-Korrektur

## EMPFEHLUNGEN

Die Leitliniengruppe kam zu dem Schluss, dass Patienten mit Angststörungen, bei denen ein deutlicher Leidensdruck oder eine Einschränkung der Lebensqualität vorliegt, eine Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden soll. Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen daher insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit. Die Empfehlungen werden auf den Seiten 11 ff zusammengefasst.

## PSYCHOTHERAPIEN

In Deutschland werden von den Kostenträgern drei Arten von Psychotherapie erstattet: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch orientierte und analytische Psychotherapie (da zur tiefenpsychologischen/analytischen Psychotherapie nur Studien vorliegen, die den Begriff „psychodynamische Psychotherapie“ verwendeten, wird im Folgenden kurz von psychodynamischer Psychotherapie gesprochen).

Bei allen Angststörungen wird die kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, deren Wirksamkeit in zahlreichen kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Diese wird unter anderem (z.B. bei Panikstörung oder Agoraphobie) mit angeleiteten und gezielten Expositionen mit angstauslösenden Situationen kombiniert, darüber hinaus wird jedoch auf die individuellen gedanklichen und emotionalen Aspekte der Betroffenen gezielt eingegangen.

Wie Professor Manfred E. Beutel (Mainz) ausführt, gibt es in den letzten Jahren zunehmend auch Studien, die die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien bei der Panikstörung, der generalisierten Angststörung und der sozialen Phobie belegen: „Eine psychodynamische Psychotherapie wird daher empfohlen, wenn sich eine kognitive Verhaltenstherapie nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist, oder wenn dies der informierte Patient wünscht. Die Verhaltenstherapie erhielt den Empfehlungsgrad A, psychodynamische Psychotherapie den Empfehlungsgrad B.“

## MEDIKAMENTE

Professor Borwin Bandelow (Göttingen) erläutert: „Es werden in erster Linie Medikamente wie die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs) wegen ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit empfohlen. In zweiter Linie können Mittel wie trizyklische Antidepressiva oder Pregabalin verordnet werden. Von der Anwendung der Benzodiazepine, die derzeit noch sehr häufig bei Angsterkrankungen verordnet werden, wird wegen der Möglichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung abgeraten.“

## WAS HILFT NICHT GEGEN ANGSTSTÖRUNGEN?

Die Leitliniengruppe hat sich auch mit zahlreichen Behandlungsmaßnahmen auseinandergesetzt, die gelegentlich für die Behandlung von Angststörungen vorgeschlagen werden. So wurden zahlreiche Medikamente aus der Liste der empfohlenen herausgenommen. Auch hielten nicht alle psychotherapeutischen Maßnahmen der Qualitätsüberprüfung stand, so z.B. die interpersonelle Therapie und die klientenzentrierte Gesprächstherapie. Auch bestehen grundsätzliche Bedenken gegen eine Psychotherapie, die ohne persönlichen Kontakt mit dem Therapeuten nur über das Internet stattfindet.

## WEITERE EVALUIERTE THERAPIEMAßNAHMEN

- Interpersonelle Therapie
- Klientenzentrierte Gesprächstherapie
- Entspannungstherapien (Applied Relaxation u.a.)
- Internet-Therapie u.a.
- “Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) “
- Virtual Reality Therapy

## WO FINDEN DIE PATIENTEN HILFE?

Ziel der Leitlinie ist es, die Versorgung von Patienten mit Angststörungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Hausarztpraxis, fachspezifische ambulante Versorgung, Krankenhaus- und tagesklinische Versorgung und Rehabilitation) zu verbessern.

Angststörungen werden fachspezifisch von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychotherapeutisch tätigen Ärzten mit einer Facharztweiterbildung in einem nicht-psychotherapeutischen Fachgebiet und einer Zusatzweiterbildung „Psychotherapie, fachgebunden“ und von psychologischen Psychotherapeuten behandelt. 14% der Angstpatienten werden ausschließlich beim Hausarzt behandelt.

Professor Thomas Lichte, Allgemeinmediziner, ergänzt für den hausärztlichen Bereich: „Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten in der Hausarztpraxis. Wichtig sind hier vor allem die Erkennung von Angststörungen und korrekte Diagnosestellung einschließlich Abklärung möglicher somatischer Differenzialdiagnosen, Vermittlung der Diagnose an den Patienten, Einleitung der Therapie (Beratung, Medikation), ggf. Überweisung zum Facharzt oder psychologischen Psychotherapeuten zu weiterer Abklärung und Therapie und Koordination weiterer Behandlungen.“

## ENTSCHEIDUNGSFINDUNG ZUSAMMEN MIT DEM PATIENTEN

Jürgen Matzat, einer der Patientenvertreter in der Leitlinien-Arbeitsgruppe, betont: „Aus Patientensicht kann man nur begrüßen, dass hier nun der aktuelle Stand der Erkenntnis zusammengetragen ist. Bleibt nur zu hoffen, dass die Behandler dies auch zur Kenntnis nehmen und ihre Praxis daran orientieren. Erst dann hätten die Betroffenen etwas davon. Dabei liegt uns die Wahlfreiheit und die gemeinsame Entscheidung von Patient und Behandler darüber, welche Therapie zur Anwendung kommen soll, besonders am Herzen.“

## EMPFEHLUNGEN

Auf den folgenden Seiten werden die Empfehlungen der S3-Leitlinie Angststörungen aufgeführt.

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"> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Pharmakotherapie</li> </ul> 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										
<b>Psychotherapie und andere Maßnahmen</b>													
<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	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										
<b>Medikamente</b>													
<i>SSRIs</i>	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollen SSRIs (Citalopram, Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin) zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medikament</th> <th>Tagesdosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Citalopram<sup>1</sup></td> <td>20–40 mg</td> </tr> <tr> <td>Escitalopram<sup>2</sup></td> <td>10–20 mg</td> </tr> <tr> <td>Paroxetin</td> <td>20–50 mg</td> </tr> <tr> <td>Sertralin</td> <td>50–150 mg</td> </tr> </tbody> </table>	Medikament	Tagesdosis	Citalopram <sup>1</sup>	20–40 mg	Escitalopram <sup>2</sup>	10–20 mg	Paroxetin	20–50 mg	Sertralin	50–150 mg		
Medikament	Tagesdosis												
Citalopram <sup>1</sup>	20–40 mg												
Escitalopram <sup>2</sup>	10–20 mg												
Paroxetin	20–50 mg												
Sertralin	50–150 mg												
<i>SNRI</i>	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll der SNRI Venlafaxin zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A										
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Venlafaxin</td> <td>75–225 mg</td> </tr> </tbody> </table>	Venlafaxin	75–225 mg	Ia	A								
Venlafaxin	75–225 mg												
<i>TZA</i>	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										
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Clomipramin</td> <td>75–250 mg</td> </tr> </tbody> </table>	Clomipramin	75–250 mg										
Clomipramin	75–250 mg												

<sup>1</sup> Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT<sub>c</sub>-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei verminderter Leberfunktion 30 mg/Tag, bei älteren Patienten 20 mg/Tag

<sup>2</sup> Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT<sub>c</sub>-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10 mg/Tag

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG			
Therapieform	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
Psychotherapie und Pharmakotherapie	Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Pharmakotherapie</li> </ul> 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- 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
<b>Psychotherapie und andere Maßnahmen</b>			
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden.	Ia	A
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
Patientenselbsthilfe- und Angehörigengruppen	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	Expertenkonsens	KKP
<b>Medikamente</b>			
SSRIs	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SSRIs Escitalopram oder Paroxetin angeboten werden.	Ia	A
	<b>Medikament</b>	<b>Tagesdosis</b>	
	Escitalopram <sup>3</sup>	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 generalisierenden 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 generalisierenden Angststörung Buspiron angeboten werden.	Ib	0
	Buspiron	15–60 mg	

<sup>3</sup> Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT<sub>c</sub>-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10 mg/Tag

SOZIALE PHOBIE			
Therapieform	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
Psychotherapie und Pharmakotherapie	Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Pharmakotherapie</li> </ul> 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
	<b>Psychotherapie und andere Maßnahmen</b>		
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.	Ia	A
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
Patientenselbsthilfe- und Angehörigengruppen	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	Expertenkonsens	KKP
<b>Medikamente</b>			
SSRIs	Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin angeboten werden.	Ia	A
	<b>Medikament</b>	<b>Tagesdosis</b>	
	Escitalopram <sup>4</sup>	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 generalisierenden Angststörung Moclobemid angeboten werden.	Expertenkonsens	KKP
	Moclobemid	300–600 mg	

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

<sup>4</sup> Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QT<sub>c</sub>-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10 mg/Tag

## INTERESSENKONFLIKTE

Alle an der Leitlinienerstellung beteiligten Personen haben ihre potenziellen Interessenskonflikte offen gelegt. Das Leitliniengremium war bemüht, trotz dieser möglichen Einflüsse die Empfehlungen ausschließlich aufgrund der objektiven wissenschaftlichen Evidenzbeurteilung zu basieren. Die detaillierten Angaben der Leitlinienmitglieder (mit Angaben von Sponsoren usw.) liegen dem Leitliniensekretariat vor. Die Angaben beziehen sich auf die letzten 3 Jahre und die nahe Zukunft. Alle Informationen beruhen auf der unterzeichneten Selbstausskunft der einzelnen Personen auf einem Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenskonflikte, das den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften zur Beurteilung vorgelegt wurde. Diese hatten zu entscheiden, ob diese Interessenskonflikte mit der Mitgliedschaft in der Leitliniengruppe vereinbar waren. Ggf. wurde entschieden, dass das Mitglied aus der Abstimmung zu einem bestimmten Thema, das durch diesen Interessenskonflikt berührt wurde, ausgeschlossen wurde.

## FAZIT

Das Leitlinienteam hofft, dass durch die Verbreitung der Leitlinie die Erkennung und Behandlung von Angststörungen in der deutschen Bevölkerung verbessert wird. Dies erfordert, dass sich alle Behandler von Patienten mit Angsterkrankungen nach dieser Leitlinie richten. Auch Kostenträger und Entscheider im Gesundheitswesen sollten ihre Entscheidungen auf den Empfehlungen der Leitlinie basieren. Es wird eine Patientenform der Leitlinie für Patienten und deren Angehörige erscheinen.

## QUELLE

<sup>1</sup>Bandelow, B.; Wiltink, J.; Alpers, G.; 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](http://www.awmf.org/leitlinien.html) (2014)

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Prof. Dr. Borwin Bandelow, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen