



# Gemeinsam durch die Angst

## Ein Übungsprogramm in Hausarztpraxen

### DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

**Der Hausarzt ist für Patienten mit Angststörungen in der Regel die erste Anlaufstelle. Am Universitätsklinikum Jena wird derzeit ein hausärztliches Übungsprogramm für diese Patienten entwickelt. Mit dessen Hilfe können sich die Betroffenen ihrer Angst aktiv entgegen stellen.**

*Paul Thiel, Thomas S. Hiller, Monika Storch, Nico Schneider, Juliana J. Petersen, Jochen Gensichen*

Für fast alle Patienten mit Angststörungen ist der Hausarzt ein wichtiger Ansprechpartner, und in einem Drittel aller Fälle wird die Angststörung ausschließlich durch ihn behandelt. Die Betroffenen lehnen es teilweise ab, einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufzusuchen, unter anderem aus Furcht vor einer Stigmatisierung. So kommt es häufig erst spät zu einer fachspezialistischen Behandlung. Die aktuelle „Jena-Paradies“-Studie des Universitätsklinikums Jena soll die Behandlung von Angststörungen in Hausarztpraxen erleichtern.

### „Wie aus heiterem Himmel“ – ein Fall aus der Praxis

„Herr Doktor, ich habe Angst, einen Herzinfarkt zu bekommen“, sagt die 34-jährige Frau M. mit zitternder Stimme zu ihrem Hausarzt. Frau M. hat drei Kinder im Alter von drei, vier und sieben Jahren und arbeitet als Verkäuferin in einem großen Einkaufsmarkt. Vor einiger Zeit habe sich ihr Mann von ihr getrennt und sei aus beruflichen Gründen ausgewandert. Auf Nachfrage berichtet Frau M., dass die Symptome vor sechs Monaten begonnen hätten. „Wie aus dem nichts heraus“ seien während der Arbeit plötzlich Herzrasen und Schweißausbrüche aufgetreten. „Ganz schwindelig“ sei ihr immer geworden. Frau M. sei damals

notärztlich in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht worden, wo ein akuter Herzinfarkt ausgeschlossen worden sei. Auch die folgende ambulante, kardiologische und internistische Abklärung habe keinen Hinweis auf eine organische Ursache ergeben.

Heute stellt sich Frau M. ratlos und Hilfe suchend bei ihrem Hausarzt vor. Sie berichtet über fast täglich auftretende, plötzliche Anfälle, die mit Brustschmerz, Atemnot, Schweißausbruch und Schwindel einhergingen. Dabei habe sie Angst, „die Kontrolle zu verlieren“ und einen Herzinfarkt zu bekommen oder „verrückt zu werden“.

Der Hausarzt vermutet, dass den anfallsartigen körperlichen Symptomen bei Frau M. eine psychische Störung zugrunde liegt. Er erklärt der Patientin, dass alle körperlichen Befunde unauffällig waren und dass die Beschwerden möglicherweise durch eine Angsterkrankung verursacht werden. Mit Hilfe der ICD-10-Checklisten diagnostiziert er eine Panikstörung. Mit einem zusätzlichen Kurzfragebogen bestimmt er die Symptomstärke. Dann informiert er die Patientin ausführlich über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten. Angesichts der starken Belastung vereinbart er mit ihr auch den Start einer Pharmakotherapie mit einem SSRI. Darüber hinaus emp-

fielt er der Patientin eine ambulante Verhaltenstherapie bei einem Psychotherapeuten.

### Jeder siebte Erwachsene leidet an einer Angststörung

Von einer Angsterkrankung (ICD-10: F40-F43) geht man aus, wenn es bei einem Patienten zu unangemessen starken Angstreaktionen auf objektiv ungefährliche Reize kommt. Die 12-Monats-Prävalenz aller Angststörungen beträgt 14,5 Prozent in der bundesdeutschen Bevölkerung. Bei verschiedenen körperlichen Erkrankungen treten Angststörungen häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung, so bei Migräne/Kopfschmerz, gastrointestinalen Erkrankungen, Herzkrankheiten, Atemwegserkrankungen Arthritis oder bei Allergien. Auch bei anderen psychischen Erkrankungen wie Depression oder Substanzabhängigkeit besteht oftmals zusätzlich eine Angststörung.

Die „Jena-Paradies“-Studie konzentriert sich auf die „Panikstörung“ (wie-





© Gina Sanders/fotolia.com

derholte Panikattacken), bei der häufig eine zusätzliche „Agoraphobie“ (angstbedingtes Vermeidungsverhalten) vorliegt. Unter hausärztlichen Patienten beträgt die Prävalenz der Panikstörung etwa fünf Prozent.

Eine Panikstörung ist gekennzeichnet durch spontan auftretende Episoden intensiver Furcht (sog. Panikattacken), die für die Betroffenen zum Anlass starker Sorgen und Befürchtungen werden. Die Patienten missdeuten ihre stark ausgeprägten, physiologischen Angstsymptome (u.a. Herzrasen, Schwindel oder Atemnot) häufig als Zeichen einer schweren körperlichen Erkrankung. Vollkommen verunsichert kommen sie dann in die Hausarztpraxen oder nehmen die medizinische Notversorgung unangemessen oft in Anspruch.

In etwa der Hälfte aller Fälle geht die Panikstörung mit einer zusätzlichen Agoraphobie einher. Für eine Agoraphobie ist kennzeichnend, dass sich die Patienten vor bestimmten Alltagssituationen fürchten (z.B. alleine reisen, Einkaufen, öffentliche

**Tab 1: Diagnostische Kriterien für Panikstörung und Agoraphobie**

PANIKSTÖRUNG (ICD-10: F41.0)	
<b>A</b>	Wiederholte Panikattacken, – die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind – und oft spontan auftreten (d.h. die Attacken sind nicht vorhersagbar).
<b>B</b>	Eine Panikattacke ist dabei definiert als: einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen mit abruptem Beginn, die innerhalb von wenigen Minuten ein Maximum erreicht und mindestens einige Minuten dauert. Dabei treten mindestens vier Symptome aus folgenden Bereichen auf: – Vegetative Symptome (z.B. erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbruch) – Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen (z.B. Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl) – Psychische Symptome (z.B. Angst vor Kontrollverlust, Angst zu sterben) – Allgemeine Symptome (z.B. Hitzewallungen, Kribbelgefühle).
AGORAPHOBIE (ICD-10: F40.0)	
<b>A</b>	Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei verschiedenen Situationen (z.B. Menschenmengen, öffentliche Plätze, allein Reisen).
<b>B</b>	Mindestens zu einem Zeitpunkt waren mindestens 2 Angstsymptome (gemäß Kriterium B der Panikstörung) in den gefürchteten Situationen vorhanden.
<b>C</b>	Deutliche emotionale Belastung durch Vermeidungsverhalten oder Angstsymptome und Einsicht der Betroffenen, dass diese übertrieben oder unvernünftig sind.
Ausschlussvorbehalt: Angstsymptome bzw. Vermeidungsverhalten sind nicht Folge einer körperlichen Störung oder einer anderen psychischen Störung wie etwa einer organischen psychischen (F0), halluzinatorisch-wahnhaften (F2), affektiven (F3), zwanghaften (F42) oder somatoformen (F45) Störung.	
Diese Tabelle wurde erstellt in Anlehnung an: Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2010 und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.	

**Tab. 2: Internationale Dosierempfehlungen für die Pharmakotherapie bei Panikstörung (mg/Tag)**

Wirkstoff	Initialdosis	Therapeutische Dosis	Maximaldosis
<b>SSRI</b>			
Citalopram	10	20 - 30	60
Escitalopram	5	10	20
Fluoxetin	20	20	60
Fluvoxamin	50	100 – 150	300
Paroxetin	10	20 – 40	60
Sertralin	50	100	200
<b>SNRI</b>			
Venlafaxin retard	37,5	75 – 150	225
<b>TZA</b>			
Clomipramin	25	100 – 150	250
Imipramin	25	100 – 150	300
Quelle: Batelaan NM, Van Balkom AJLM, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. Int J Neuropsychopharmacol. 2012;15:403-15.			

Verkehrsmittel), weil die verunsichernden Angstsymptome dort erneut auftreten könnten. Diese Situationen werden nur mit starkem Unbehagen ertragen, nur noch in Begleitung vertrauter Personen aufgesucht oder ganz vermieden. Das Vermeidungsverhalten kann das Berufs- und Privatleben bis zum vollkommenen sozialen Rückzug einschränken. Grundsätzlich sind sich die Betroffenen der Unangemessenheit ihrer Angstreaktionen bzw. ihres Vermeidungsverhaltens bewusst. Das unterscheidet sie unter anderem von akut psychotischen Patienten.

## Angststörungen erkennen

Die Kurse der „Psychosomatischen Grundversorgung“ vermitteln Basisdiagnostik und -therapie für alle verbreiteten psychischen Erkrankungen. Die Versorgung von Angststörungen in der Hausarztpraxis beginnt mit dem Erkennen der Erkrankung. **Tabelle 1** gibt wichtige Kriterien an, die bei der Diagnose von Panikstörung und Agoraphobie nach ICD-10 zu berücksichtigen sind an.

Patienten mit Panikstörung präsentieren sich in der Hausarztpraxis in der Regel mit körperlichen Symptomen, die anfallsartig und wiederholt auftreten. Dabei handelt es sich um die physiologischen Anteile einer typischen, sympathikogenen Stressreaktion, die für körperlich gesunde Personen ungefährlich ist. Die Patienten erleben solche Panikattacken jedoch subjektiv häufig als (lebens-)bedrohlich. Aus Furcht vor dem erneuten Auftreten dieser Angstsymptome kann es im Verlauf zur Vermeidung von angstauslösenden Situationen und Aktivitäten (Agoraphobie) kommen.

Zu berücksichtigen ist, dass die sympathikogenen Stressreaktionen auch durch körperliche Erkrankungen verursacht werden können (u.a. KHK, Stoffwechselerkrankungen, Endokrinopathien, Tumorerkrankungen, Anämien, Herzrhythmusstörungen). Die Befunde der allgemeinen Anamnese und der körperlichen Untersuchung sind differenzialdiagnostisch wichtig. Bei daraus resultierendem Verdacht sind Labordiagnostik und bildgebende Verfahren zur weiteren Klärung indiziert. Ferner können Angstsymptome

## FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Angststörungen sind häufig, subjektiv stark beeinträchtigend und führen zu erheblichen Kosten.
- Leitlinien empfehlen einen ambulanten Therapiestart mit den Elementen: Beratung, Psychoedukation hinsichtlich Angst und Angststörungen, Anleitung zur Angst-Konfrontationsbehandlung und Einsatz von Selbsthilfe-Manualen.
- Bei Nichtansprechen einer Therapie sollten Psychiater und Psychotherapeuten zeitnah aktiv mit einbezogen werden.
- Die aktuelle Studie „Jena-Paradies – der Angst entgegen, freier leben!“ bietet Hausärzten ein sicheres, wirksames und praktikables Vorgehen an.
- Interessierte Hausarztpraxen sind herzlich dazu eingeladen, ab jetzt an der Studie teilzunehmen (E-Mail: [Jena-Paradies@med.uni-jena.de](mailto:Jena-Paradies@med.uni-jena.de)).

auch als Begleiterscheinung anderer psychischer Störungen auftreten.

Sind jedoch die Angstsymptome nicht vollständig durch eine andere Erkrankung erklärbar, sollten die diagnostischen Kriterien für Angststörungen (ICD-10) anamnestisch überprüft werden. Praktisch ist hierbei die Verwendung von Diagnose-Checklisten (z.B. Hiller W et al., Internationale Diagnosen-Checklisten für ICD-10 (IDCL), Verlag Hans Huber, Bern 1995). Zur weiteren Beurteilung der Symptomstärke können Fragebogen eingesetzt werden. Die „Overall Anxiety Severity and Impairment Scale“ (OASIS) ist ein zeitökonomischer und aussagekräftiger Fragebogen für den Einsatz in der Primärversorgung und wird demnächst auch als deutsche Version zur Verfügung stehen.

## Behandlung der Panikstörung

Eine S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen wird derzeit unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) erarbeitet und soll 2013 erscheinen. Aktuelle Praxisleitlinien (DGPPN 2000) empfehlen die ambulante Therapie der Panikstörung mit/ohne Agoraphobie in der Primärversorgung. Die essenziellen Behandlungsbausteine sind demnach: Beratung, Psychoedukation über Angst und Angststörungen, Anleitung zu Angst-Konfrontationsübungen in vivo und der Einsatz von Selbsthilfe-Manualen. Die „Jena-Paradies“-Studie will die Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie durch eine Anpassung

dieser Bausteine an die hausärztliche Situation erleichtern. Voraussetzung ist die Stärkung des Patienten durch eine vertrauensvolle und stabile Arzt-Patienten-Beziehung. In der Behandlung geht es nicht darum, den Patienten in unkontrollierter Weise mit angstauslösenden Situationen zu überfordern. Vielmehr steuert der Patient seine Behandlung aktiv selbst. Hausarzt und Patient entwickeln den schrittweise intensivierenden Behandlungsplan gemeinsam (partizipative Entscheidungsfindung). Mit zugewandter und beratender Begleitung des Hausarztes durchläuft der Patient dann individuell relevante Angst-Konfrontationsübungen.

Die geschulten Medizinischen Fachangestellten (MFA) des Hausarztes beobachten den Symptomverlauf mittels regelmäßiger Anrufe. Anhand einer Checkliste berichten sie die Befunde knapp an den Hausarzt. Diese Checkliste steht im Zentrum der Kommunikation zwischen Hausarzt, Patient und MFA. Alle kennen sie gleichermaßen. Sie ermöglicht es, die Situation des Patienten rasch zu erfassen und sicher an den Arzt zu berichten, sodass er sofort reagieren kann. Bleibt die Verbesserung im Rahmen der hausärztlichen Behandlung aus, sollten Psychiater oder Psychotherapeuten zeitnah aktiv miteinbezogen werden.

## Psychotherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist ein psychotherapeutisches Verfahren, für das überzeugende Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Die strukturierten

Methoden der KVT sind bei Panikstörung bzw. Agoraphobie auch in ambulanten Selbsthilfetherapien klinisch wirksam. Dies wird zumeist auf die Effektivität der Angst-Konfrontation zurückgeführt. Mithilfe der Konfrontationsübungen stellt sich der Patient den angstauslösenden Reizen in kontrollierter Weise. Bei der Panikstörung ist insbesondere die Konfrontation mit den sog. „interozeptiven Reizen“ (als Übung z.B. 60-sec-Hyperventilation) relevant, bei der Agoraphobie insbesondere die Konfrontation mit den sog. „situativen Reizen“ (z.B. alleine Zug fahren). Wichtig sind therapeutische Nachbesprechungen der Übungen, um das neue Erleben und den damit verbundenen Lernerfolg bei den Patienten zu festigen: Die als (lebens-)bedrohlich bewerteten Reize werden nun wieder angemessen beurteilt.

### Medikamentöse Therapie

Es liegt ausreichende Evidenz für den Einsatz eines Antidepressivums (SSRI, TZA oder Venlafaxin) bei Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie vor. Dosierung und Anwendung entsprechen weitgehend denen des Einsatzes bei einer Depression (**Tab. 2**).

Zu Beginn einer antidepressiven Behandlung ist auf das langsame Eindosieren zu achten, da sonst panikähnliche Symptome auftreten können. Eine kurzzeitige Therapie mit Benzodiazepinen kann der oftmals initial medikamentenbedingten Verschlechterung vorbeugen (max. 14 Tage). Eine längerfristige Therapie mit Benzodiazepinen birgt ein Abhängigkeitsrisiko und ist, aufgrund der einhergehenden Dämpfung, mit einem psychotherapeutischen Vorgehen schwerer zu kombinieren.

Die antidepressive Pharmakotherapie ist grundsätzlich gut mit psychotherapeutischen Verfahren, wie der KVT, kombinierbar. Eine ausschließliche Pharmakotherapie wird in der Regel nur dann durchgeführt, wenn keine psychotherapeutischen Ressourcen verfügbar sind. Bei sehr schweren Störungsbildern sollte stets eine sofortige Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie durch Fachspezialisten angestrebt werden.

*Literatur bei den Verfassern*

*Dr. med. Paul Thiel, Thomas S. Hiller, Monika Storch, Nico Schneider,  
Dr. med. Juliana J. Petersen, Prof. Dr. med. Jochen Gensichen*

**Korrespondierender Autor:**

Prof. Dr. Jochen Gensichen  
Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität,  
Institut für Allgemeinmedizin  
Bachstraße 18, 07743 Jena  
E-Mail: Jochen.Gensichen@med.uni-jena.de



*Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert*



Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung  
(Förderkennzeichen 01GY1146)

**ACHTUNG:**  
**Hier muss der  
Dummy durch  
eine Anzeige  
ersetzt werden !!**