



Arzneiverordnung
in der Praxis
Sonderheft

Empfehlungen zur Therapie von Angst- ...und Zwangs- störungen



ARZNEIMITTELKOMMISSION
DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT





Evidenz in der Medizin

Die Wirksamkeit eines Arzneimittels bzw. einer therapeutischen Maßnahme kann nur dann als nachgewiesen gelten, wenn hierzu Belege, d. h. eine ausreichende „Evidenz“, aus validen klinischen Prüfungen vorliegen. In der Wertigkeit haben Nachweise zum Erreichen bedeutender therapeutischer Ziele wie Reduktion von Morbidität und Letalität Vorrang vor Surrogatparametern wie z. B. Senkung von LDL-Cholesterin oder Blutdruck. Der Wirksamkeitsnachweis sollte wichtigste Grundlage für eine therapeutische Entscheidung sein.

Die Therapieempfehlungen versuchen daher, insbesondere mit den „*Kategorien zur Evidenz*“ transpa-

rent zu machen, für welchen Wirkstoff und für welche Indikation die Wirksamkeit belegt ist. Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen können aber nur eine Grundlage der ärztlichen Therapieentscheidung sein, bei der eine Vielzahl individueller Gegebenheiten des einzelnen Patienten berücksichtigt werden muß. Hinzu kommt, daß es nicht für alle therapeutischen Maßnahmen Belege zur Wirksamkeit gibt bzw. geben kann. Auch für diese Situation finden sich in den Therapieempfehlungen Hinweise. Letztlich ist der Arzt hier gefordert, auf der Basis bislang vorliegender Kenntnisse und Erfahrungen das für den Patienten Richtige zu tun.

Kategorien zur Evidenz

-  Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews. Positive Aussage gut belegt.
-  Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.
-  Negative Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews. Negative Aussage gut belegt.
-  Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen

Inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
sowie der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)

AVP-Sonderheft Therapieempfehlungen

1. Auflage, Dezember 1999

INHALT

VORWORT	2
GRUNDLAGEN	2
Vorbemerkungen zur Pathologie und Pathophysiologie	2
Definition und Klassifikation	2
Diagnostik	2
THERAPIE	6
Indikationsstellung zur Therapie	6
Therapieziel	6
Nichtmedikamentöse Therapie	6
Pharmakotherapie	6
LITERATUR	14
ANHANG	15
Zur Methodik der Leitlinienerstellung	15

VORWORT

Angsterkrankungen sind in der hausärztlichen Praxis häufig. So fand sich in einer Studie der WHO in deutschen Allgemeinarztpraxen z. B. für die generalisierte Angststörung eine Prävalenz von 8,5 % (1). Für den Hausarzt ist es somit wichtig, entsprechende körperliche oder psychische Symptome als möglichen Ausdruck einer Angsterkrankung zu erkennen. Die hier vorliegende Therapieempfehlung nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien gibt hierzu Hinweise und versucht, insbesondere anhand ihrer Kategorisierung zur „Evidenz“ aufzuzeigen, für welche

Arzneistoffe die Wirksamkeit in der Therapie von Angststörungen durch klinische Studien hinreichend gesichert ist. Obwohl der Hausarzt als erster Anlaufpunkt und Kenner des sozialen Umfeldes für die Behandlung von Patienten mit Angststörungen prädestiniert ist, werden differentialdiagnostische Probleme, die exakte Klassifizierung der Angststörung oder auch Fragen nach der individuell besten therapeutischen Strategie Anlaß sein, die Kooperation mit dem jeweiligen Spezialisten zu suchen.

Diese Empfehlungen repräsentieren den Konsens der jeweiligen Fachmitglieder, der allgemeinmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission.

Prof. Dr. med. R. Lasek

Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen
(Vorsitzender)

Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft

1. LINDEN M, MAIER W, ACHBERGER M, HERR R, HELMCHEN H, BENKERT O: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 1996; 67: 205-215.

GRUNDLAGEN

Vorbemerkungen zur Pathologie und Pathophysiologie

Eine Untersuchung in deutschen Allgemeinarztpraxen ergab, daß 8–9 % aller dort behandelten Patienten an einer generalisierten Angststörung und 2–3 % an einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie leiden (1).

Die Ätiologie der Angsterkrankungen wird kontrovers diskutiert. Es erscheint wahrscheinlich, daß Angsterkrankungen dann entstehen, wenn eine Vulnerabilität im Sinne einer erhöhten Angstbereitschaft besteht und äußere Faktoren hinzukommen. Zu diesen äußeren Einflüssen können traumatische Kindheitserfahrungen, Erziehungsstile, belastende Lebensereignisse (wie z. B. Ehescheidung), Modellernen,

Fehlconditionierungen (im Sinne der Verhaltenstheorie) und andere gehören. Für die Vulnerabilität können genetische Faktoren bestimmend sein, die sich in neurobiologischen Veränderungen des Zentralnervensystems äußern. Zu den neurobiologischen Veränderungen, die bei Angstpatienten gefunden wurden, gehören auch Dysfunktionen der Serotonin- oder Noradrenalin-Neurotransmission.

Definition und Klassifikation

Während für die Angststörungen früher eine Vielzahl von uneinheitlichen Begriffen wie „Angstneurose“, „Herzphobie“, „vegetative Dysfunktion“ o. a. verwendet wurde, liegen nach der Einführung der modernen Klassifikations-

schemata DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD-10 (International Classification of Diseases (2); Tabelle 1) jetzt Kriterien vor, die präzisere Diagnosen und die Zuordnung geeigneter Therapieverfahren zu den einzelnen Krankheitsbildern ermöglichen.

Diagnostik

Am Anfang der Diagnostik steht das ärztliche Gespräch. Die von Angstpatienten geschilderten körperlichen Ausdrucksformen der Angst, wie zum Beispiel Herzrasen, Engegefühl in der Brust, Luftnot, Schwindel, Parästhesien u. a., machen es notwendig, daß zunächst organische Krankheitsbilder (z. B. eine koronare Herzkrankheit)

Tabelle 1: Einteilung (nach ICD-10 (2, 3)) und Kriterien von Angststörungen (s. a. Abschnitt Diagnostik)

Angststörung	ICD-10
<i>Phobische Störungen</i>	
Agoraphobie	F40
Furcht vor oder Vermeiden von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen allein oder mit weiter Entfernung von Zuhause	ohne Panikstörung mit Panikstörung F40.0 F40.01
Sozialphobie	F40.1
Furcht vor oder Vermeiden von sozialen Situationen, bei denen die Gefahr besteht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen (Reden in der Öffentlichkeit, Konferenzen, Parties, Essen vor anderen)	
Spezifische (isolierte) Phobie	F40.2
Furcht vor oder Vermeiden von speziellen Situationen oder Objekten, wie z. B. Höhe, Fliegen, Donner, Anblick von Blut, Tieren wie z.B. Spinnen, Insekten, Katzen	
<i>Andere Angststörungen</i>	
Panikstörung (episodische paroxysmale Angst)	F41.0
nicht auf spezifische Situationen begrenzte, anfallartig auftretende Angstattacken mit psychischen und körperlichen Symptomen (s. Diagnostik)	
Generalisierte Angststörung	F41.1
über mindestens 6 Monate anhaltende, nicht auf spezifische Situationen begrenzte Angst mit psychischen und körperlichen Symptomen (s. Diagnostik)	
Angst und depressive Störung gemischt	F41.2
gleichzeitiges Bestehen leichterer Angst- und depressiver Symptome, begleitet von vegetativen Beschwerden	
<i>Zwangsstörung</i>	
Zwangsstörung	F42
Patienten leiden an den meisten Tagen und mindestens zwei Wochen lang an Zwangsgedanken (und Grübelzwang und/oder Zwangshandlungen, Zwangsritualen).	

ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose einer Angsterkrankung gestellt werden kann (s. a. Abbildung 1). Bei der Differentialdiagnostik der Angststörungen ist zu beachten, daß diese

auch gleichzeitig mit anderen psychischen Erkrankungen bestehen können (Komorbidität). Eine Übersicht zur Differentialdiagnostik der Angststörungen findet sich in Tabelle 2.

Die wichtigsten Symptome und Kriterien zur Diagnostik und Differentialdiagnostik der einzelnen Angst- und Zwangsstörungen sind im folgenden aufgeführt.

Panikstörung

(episodische paroxysmale Angst)

Patienten mit einer Panikstörung leiden unter plötzlich auftretenden Angst- anfällen mit den folgenden Symptomen:

- Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag
- Schwitzen
- Zittern oder Beben
- Mundtrockenheit
- Atemnot
- Erstickungsgefühl, Enge im Hals
- Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust
- Übelkeit oder Bauchbeschwerden
- Schwindel-, Unsicherheits-, Ohnmachts- oder Benommenheits- gefühle
- Gefühl, daß Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder daß man selbst „nicht richtig da“ ist
- Angst, die Kontrolle zu verlieren, „wahnsinnig zu werden“ oder ohn- mächtig zu werden
- Angst zu sterben
- Hitzewallungen oder Kälteschauer
- Taubheits- oder Kribbelgefühle

Diese Panikattacken treten plötzlich auf und nehmen während ca. 10 Minuten an Stärke zu. Auch die früher als „Hyperventilation“ oder „Herzneurose“ bezeichneten Fälle fallen unter diese Kategorie. Meist befürchten die Patienten das Vorliegen einer organischen Krankheit.

Differentialdiagnose: Auch im Rahmen einer *ängstlich-agitierten Depression* können Panikattacken auftreten. In der Anamnese müssen daher die typischen Symptome einer Depression (wie z. B. depressive Stimmung, Interessenverlust, Schuldgefühle, Suizidgedanken u. a.) erfragt werden. Panik- attacken können auch bei der

Sozialphobie auftreten (s. u.). Zum komplexen Symptombild einer *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung* („*Borderline-Störung*“) gehören ebenfalls Angstanfälle und Phobien. Die psychotische Angst *schizophrener* Patienten läßt sich meist leicht abgrenzen.

Agoraphobie

Die Panikattacken können aus heiterem Himmel auftreten – in der Mehrzahl der Fälle ist jedoch die Panikstörung mit einer Agoraphobie verbunden. Bei der Panikstörung mit Agoraphobie 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. Das Vermeiden der angstauslösenden Situationen führt nicht selten zu erheblichen Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit und Lebensqualität.

Sozialphobie

Die Patienten haben vor Situationen Angst, in denen sie meinen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Beispielsweise haben sie Angst vor dem Sprechen in der Öffentlichkeit, vor Vorgesetzten, Behördengängen oder vor Kontakten mit dem anderen Geschlecht. Dabei befürchten sie, sich peinlich oder ungeschickt zu verhalten oder negativ bewertet zu werden. Soziale Situationen werden vermieden.

Die Übergänge von der Schüchternheit zur behandlungsbedürftigen Sozialphobie sind fließend. Vom individuellen Leidensdruck muß abhängig ge-

Tabelle 2: Differentialdiagnostisch bedeutsame Erkrankungen

Psychiatrische Erkrankungen

- affektive Störungen (z. B. Depression)
- Anpassungsstörungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörung)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung („*Borderline-Störung*“)
- Psychosen (z. B. Schizophrenie)
- organisch bedingte psychische Störungen (z. B. Alzheimer-Demenz)

Alkoholentzug

Störungen durch illegale Drogen

(z. B. Ecstasy, Cannabis, LSD, Amphetamine)

Entzugssyndrome

(z. B. Opiat-, Benzodiazepinentzug)

Neurologische Erkrankungen

(z. B. Migräne, Multiple Sklerose, Epilepsie)

Internistische Erkrankungen

(z. B. koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Lungenembolie, Hypoglykämie, Hyperthyreose)

macht werden, ob die Störung Krankheitswert hat.

Differentialdiagnose: Patienten mit Sozialphobie berichten auch über Panikattacken, die aber nicht aus heiterem Himmel auftreten wie bei der **Panikstörung**, sondern in den typischen sozialen Situationen. Patienten mit **Agoraphobie** haben auch Angst in Menschenansammlungen; das gilt aber für größere, anonyme Menschenmengen. Patienten mit Sozialphobie meiden solche Situationen nicht, haben dagegen aber in kleineren, überschaubaren Menschengruppen Angst, z. B. auch bei Verwandten oder Arbeitskollegen. Wenn ein Patient angibt, Außenkontakte zu meiden, muß das Vorliegen einer **Depression** ausgeschlossen werden. Bei der Sozialphobie wird die kritische Bewertung durch andere Menschen befürchtet; bei der Depression ist aber der Verlust der Freude der Grund für die Meidung von Begegnungen mit Bekannten. Wenn ein Patient berichtet, daß er Angst davor hat, beobachtet zu werden, muß außerdem das Vorliegen einer **Psychose** ausgeschlossen werden.

Spezifische (isolierte) Phobie

Hierbei beschränkt sich die Phobie auf bestimmte Objekte und Situationen (Tabelle 1).

Generalisierte Angststörung

Die Patienten leiden ebenfalls unter den körperlichen Ausdrucksformen der Angst (Zittern, Herzrasen, Schwindel, Übelkeit, Muskelverspannungen usw.) sowie unter Konzentrationsstörungen, Nervosität, Schlafstörungen und anderen psychischen Symptomen. In der Regel können die Patienten nicht angeben, wovor sie eigentlich Angst

haben. Die Patienten werden oft durch eine ständige Furcht gequält, daß ihnen oder ihren Verwandten Unfälle zustoßen oder sie erkranken könnten.

Differentialdiagnose: Im Gegensatz zur **Panikstörung** treten die Symptome allerdings nicht gleichzeitig in Form eines Anfalls, sondern in wechselnder Kombination als unterschwelliger Dauerzustand auf. Die generalisierte Angststörung läßt sich manchmal schwer von einer **Depression** unterscheiden, da Symptome wie Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen u. a. bei beiden Erkrankungen vorkommen.

Angst und depressive Störung gemischt

Dieses Krankheitsbild wird in der Allgemeinarztpraxis häufig angetroffen. Dabei sind depressive und Angstsymptome gleichzeitig vorhanden, ohne daß allerdings die Symptomatik ausgeprägt genug ist, um für die Diagnose einer Depression oder Angststörung auszureichen.

Zwangsstörung

Der Patient leidet unter Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. **Zwangsgedanken** sind sich ständig wiederholende, als unerträglich und sinnlos empfundene Gedanken, die man zu ignorieren oder zu unterdrücken versucht: eine Mutter, die ihr Kind über alles liebt, wird von dem Gedanken gequält, das Kind in der Wiege zu erwürgen (solche Gedanken werden allerdings nie in die Tat umgesetzt). Beispiele für **Zwangshandlungen** sind sich mehr als 50mal am Tag die Hände zu waschen (Waschzwang), Bleistifte der Länge nach penibel zu ordnen (Ordnungszwang), Lichtschalter und Herdplatten

5mal zu kontrollieren (Kontrollzwang). Diese Zwangshandlungen sind nicht selten so zeitraubend, daß sie zu erheblichen beruflichen Schwierigkeiten führen. Auch körperliche Beeinträchtigungen sind möglich (z. B. wenn die Hände mit einer Bürste bis zur blutigen Hautabschürfung gerieben werden). Wenn der Patient willentlich versucht, von der Zwangshandlung Abstand zu nehmen, leidet er unter unerträglichen Ekel- oder Angstgefühlen („Das Symptom reduziert Angst“).

Differentialdiagnose: Zwangssymptome können im Rahmen einer **anankastischen Depression** auftreten. Besonders wenn die Zwangssymptome bizarr erscheinen, ist an das Vorliegen einer **Psychose** zu denken.

THERAPIE

Indikationsstellung zur Therapie

Die jeweilige Indikationsstellung für psycho- und pharmakotherapeutische Maßnahmen muß für die einzelnen Angsterkrankungsformen unterschiedlich gewichtet werden und hängt vom objektiven Ausmaß der Symptome und den psychosozialen Konsequenzen (wie Einschränkung der Handlungs- und Bewegungsfreiheit, familiäre Probleme, sozialer Rückzug, Alkoholmißbrauch oder sekundäre Depressionen) ab.

Therapieziel

Ziel der Behandlung ist es, die wiederkehrenden, zermürbenden Angstzustände zu reduzieren und die Einschränkung der Bewegungsfähigkeit zu bessern. Nicht selten kann durch eine geeignete Behandlung eine dauerhafte Angstfreiheit erreicht werden.

Nichtmedikamentöse Therapie

Patienten mit Angststörungen brauchen in jedem Fall ausführliche stützende *Gespräche und emotionale Zuwendung*. Mit der einfachen Mitteilung, daß es sich bei der Störung nicht um eine organische, sondern um eine seelische Krankheit handelt, läßt sich der Patient meist nicht nachhaltig beruhigen. Deswegen ist eine genaue Aufklärung über die zugrundeliegenden physiologischen Mechanismen wichtig. Bei Patienten mit Angsterkrankungen

empfiehlt sich eine *psychotherapeutischen Behandlung*.

Psychotherapie und medikamentöse Behandlung müssen bei der Behandlung der Angststörungen als gleichberechtigt angesehen werden. Die Ansicht, daß Psychotherapie und Medikamente nicht gleichzeitig angewendet werden sollten, kann nicht mehr aufrechterhalten werden. In einigen kontrollierten Studien konnte gezeigt werden, daß gerade die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie erfolgreicher war als eine Monotherapie (4, 5). In letzter Zeit setzte sich deswegen eine pragmatische Vorgehensweise durch, bei der – individuell auf den Patienten abgestimmt – Psycho- und Pharmakotherapie nebeneinander durchgeführt werden. Die Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapieformen ist Gegenstand kontroverser Diskussionen.

Die Anwendung von *verhaltenstherapeutischen* Verfahren bei den Angststörungen ist durch kontrollierte Untersuchungen gut belegt. So ist zum Beispiel eine *Expositionstherapie* (wie z. B. „Flooding“ – Reizüberflutungstherapie) bei spezifischer Phobie, Agoraphobie, Sozialphobie oder Zwangsstörung sehr wirksam (6, 7, 8). Hierbei wird der Patient „*in vivo*“ mit den angstauslösenden Situationen konfrontiert (z. B. Fahrstuhlfahren bei Agoraphobie, Anfassen schmutziger Gegenstände bei Zwangsstörung).

Auch für die *kognitive Verhaltenstherapie* existieren zahlreiche Wirksamkeitsnachweise (9).

In der Praxis werden häufiger psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch orientierte Verfahren angewendet.

Zum Wirkungsnachweis existieren meist nur Einzelfallberichte, aber kaum kontrollierte Studien.

Für Methoden wie *autogenes Training*, *Hypnose* und *Biofeedback* fehlen die Belege der Wirksamkeit.

Auch bei einer psychotherapeutischen Behandlung kann es zu unzureichendem Therapieerfolg, Rezidiven oder sogar Verschlechterungen kommen.

Pharmakotherapie

I. Allgemeines

Die medikamentöse Behandlung darf nicht Ersatz für das *ärztliche Gespräch* sein. Vor Beginn der Behandlung sollte der Arzt den Patienten genau über die Entstehung der körperlichen Ausdrucksformen der Angst aufklären. Patienten mit Angsterkrankungen sind nicht selten gegenüber einer Behandlung mit Medikamenten skeptisch eingestellt. Sie befürchten mögliche Nebenwirkungen oder eine Abhängigkeitsentwicklung – auch bei Medikamenten ohne Suchtpotential.

Die Therapie von Angsterkrankungen unterliegt einem ausgeprägten *Placeboeffekt*. Es wird dennoch nicht empfohlen, Arzneimittel oder Präparate zu verordnen, deren Wirkung nicht über die Placebowirkung hinausgeht, da dieser Effekt oft nicht dauerhaft anhält und dadurch außerdem dem Patienten die Behandlung mit einem wirksamen Arzneimittel vorenthalten wird. Die vertragsärztliche Verordnung von Präparaten, deren Wirkung nicht durch

kontrollierte Studien nachgewiesen ist, kann zudem erhebliche Kosten für Gesundheitssystem und Gesellschaft verursachen (10, 11).

Dauer der Behandlung

Da Angst- und Zwangserkrankungen häufig in Phasen verlaufen und auch Spontanbesserungen auftreten, muß die Pharmakotherapie in Regel über **3–12 Monate**, selten auch länger, durchgeführt werden.

II. Wirkstoffe

Den Vorschlägen zur Therapie der einzelnen Angst- und Zwangsstörungen sei die Beschreibung der bei diesen Erkrankungen angewendeten Arzneistoffe mit ihren wichtigsten unerwünschten Wirkungen, Kontraindikationen, Anwendungsbeschränkungen und Wechselwirkungen (s. Tabelle 3) beige stellt.

Antidepressiva

Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren, NSMRI (trizyklische Antidepressiva)

↑↑ Die Behandlung von Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Zwangsstörung) mit NSMRI (Tabelle 3) ist bewährt und insbesondere für Imipramin und Clomipramin gut belegt (4, 12, 13).

Gerade zu Beginn der Behandlung wird allerdings die Compliance durch Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, orthostatische Regulationsstörungen, Tachykardie u. a. eingeschränkt.

Die Dosierung sollte einschleichend und ebenso hoch erfolgen wie bei der Depressionsbehandlung. Eine Unterdosierung kann zu einem Therapie mißerfolg führen, ohne daß wesentlich weniger Nebenwirkungen auftreten als bei ausreichender Dosierung. Da bei Antidepressiva die Wirkung oft mit einer **Latenz von 1–3 Wochen** (in einigen Fällen auch länger) einsetzt, besteht die Möglichkeit, daß der Patient das Medikament in dieser Periode absetzt, insbesondere dann, wenn er vorher nicht über einen möglichen verzögerten Wirkungseintritt und die unerwünschten Wirkungen, die besonders in den ersten Tagen der Behandlung eine Rolle spielen, aufgeklärt wurde.

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren, SSRI

↑↑ Die Wirksamkeit der SSRI bei Angststörungen (Panikstörung, Zwangsstörung) ist durch zahlreiche Studien nachgewiesen (4, 12).

Zu Beginn der Behandlung treten Nebenwirkungen wie leichte Übelkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit u. a. auf, wodurch die Compliance manchmal eingeschränkt wird. Die Wirkung setzt wie bei den NSMRI zwischen 1 und 3 Wochen (in manchen Fällen auch später) nach Beginn der Behandlung ein.

Reversibler MAO-Inhibitor

Der reversible selektive MAO-A-Inhibitor Moclobemid hat nicht die schwerwiegenden Neben- und Wechselwirkungen der alten, irreversiblen MAO-Inhibitoren. Die Wirkung setzt zwischen 1 und

3 Wochen (in manchen Fällen auch später) nach Beginn der Behandlung ein.

↑ Die Wirksamkeit von Moclobemid bei der Sozialphobie ist nachgewiesen (14, 15).

Für andere Angststörungen gibt es noch keine Wirksamkeitsbelege.

Irreversibler MAO-Inhibitor

Wegen der Möglichkeit schwerer Neben- und Wechselwirkungen sollte der irreversible MAO-Inhibitor Tranylcypromin nur vom Facharzt eingesetzt werden, wenn mehrere andere Behandlungsmöglichkeiten nicht erfolgreich waren.

Benzodiazepine

↑↑ Die Wirksamkeit der Benzodiazepine bei den Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Sozialphobie) ist durch zahlreiche Studien nachgewiesen (4, 13, 16).

Die angstlösende Wirkung der Benzodiazepine setzt sofort ein. Benzodiazepine verfügen über eine unterschiedliche Wirkungsdauer. In der Regel sollten zur anxiolytischen Behandlung Wirkstoffe mit mittlerer bis langer Wirkungsdauer eingesetzt werden (Tabelle 3). Benzodiazepine sind wenig toxisch, werden daher gut vertragen und können mit anderen Medikamenten kombiniert werden. Bei längerdauernder Behandlung kann es allerdings bei prädisponierten Personen zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommen. Daher sollte eine Behandlung in der Regel nicht länger als 8–12 Wochen durchgeführt werden. In besonderen Fällen

Tabelle 3: Wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen von Wirkstoffen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen

	Wichtige unerwünschte Wirkungen	Wichtige Kontraindikationen bzw. Anwendungsbeschränkungen	Wichtige Wechselwirkungen
Antidepressiva			
NSMRI z. B. Imipramin, Clomipramin	Sedierung, Blutdruckabfall, anticholinerge Wirkungen (Mundtrockenheit, Sehstörungen, Harnverhaltung, Verstopfung, Verwirrtheit, Delir, Tremor), Gewichtszunahme, EKG-Veränderungen, Sexualstörungen, zerebrale Krampfanfälle, u. a.	Harnverhalten, Engwinkelglaukom, Myokardinfarkt, AV-Block II° und III°, Herzinsuffizienz, Erregungsleitungsstörungen, Prostatahypertrophie, Leber- und Nierenschäden, Epilepsie, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen u. a.	ZNS-dämpfende Psychopharmaka, MAO-Inhibitoren, chinidinähnliche Antiarrhythmika, anticholinerg wirkende Arzneimittel, enzyminduzierende Substanzen (z. B. Carbamazepin, Phenobarbital), Antihypertonika u. a.
SSRI z. B. Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram	Übelkeit, Erbrechen, Unruhe, Angst, Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme, gestörte Sexualfunktion u. a.	Schwere Nierenfunktionsstörungen, Leberfunktionsstörungen, Epilepsie, Diabetes mellitus, Herz- oder Ateminsuffizienz, Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Substanzen u. a.	ZNS-dämpfende Psychopharmaka, trizyklische Antidepressiva, Tryptophan, Diazepam, Lithium, Digitoxin, Warfarin u. a. Irreversible MAO-Inhibitoren 2 Wochen vor der Behandlung absetzen; nach einer SSRI-Behandlung irreversible MAO-Inhibitoren frühestens nach 1–5 Wochen (je nach Präparat) einsetzen
reversibler MAO-A-Inhibitor Moclobemid	Unruhe, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Sedierung, Schwindel, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit u. a.	Schwere Lebererkrankungen u. a.	Pethidin, Selegelin, Clomipramin, Cimetidin u. a.
Benzodiazepine			
mittlere Wirkdauer: Alprazolam, Lorazepam, Bromazepam, Clotiazepam, Metaclozepam, Oxazepam	Sedierung, Schwindel, Reaktionsverminderung, Gedächtnis-, Sprachstörungen, Ataxie, Muskelschwäche, Atemdepression, Suchtentwicklung u. a.	Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom u. a.	ZNS-dämpfende Psychopharmaka, Muskelrelaxanzien, Cimetidin, Antihypertonika u. a.
lange Wirkdauer: Chlordiazepoxid, Clobazam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Nordazepam, Prazepam			
5-HT_{1A}-Agonist			
Buspiron	Benommenheit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Nervosität, Schwindelgefühl, Erregung u. a.	Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, akutes Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis u. a.	MAO-Inhibitoren. Keine ausreichenden Erfahrungen über die gleichzeitige Einnahme mit anderen ZNS-wirksamen Medikamenten, Antihypertensiva, Antidiabetika, Antikoagulanzen, Kontrazeptiva, Herzglykoside u. a.

kann eine jahrelange Gabe jedoch gerechtfertigt sein. Sind Suchtentwicklungen aus der Anamnese bekannt (z. B. Alkoholmißbrauch), sollte von einer Verordnung Abstand genommen werden.

Die Behandlung mit Benzodiazepinen kann auch dann gerechtfertigt sein, wenn andere Behandlungen nicht wirksam waren oder aufgrund von Nebenwirkungen nicht vertragen wurden. Auch zur Überbrückung der Zeit bis zum Wirkungseintritt der Antidepressiva sind Benzodiazepine geeignet oder bei kurzen Belastungen wie z. B. Fliegen.

5-HT_{1A}-Agonist

↑↑ Der 5-HT_{1A}-Agonist Buspiron ist bei der generalisierten Angststörung wirksam (13).

↓↓ Bei der Panikstörung zeigte Buspiron in Doppelblindstudien (4) keine Wirksamkeit.

Für andere Angststörungen liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor.

Neuroleptika

In Deutschland werden Angststörungen nicht selten mit Neuroleptika behandelt. Es kommen niedrigpotente Neuroleptika, wie z. B. Sulpirid, zum Einsatz oder aber hochpotente Substanzen, wie Fluspirilen, wobei dann sehr viel niedrigere Dosen verwendet werden als in der Schizophreniebehandlung üblich. **Der Einsatz von Neuroleptika bei Angststörungen muß kritisch gesehen werden.**

↔ Die in den 70er und 80er Jahren durchgeführten klinischen Studien zum Einfluß von Neuroleptika auf Patienten mit „Angstneurosen“ sind methodisch unzureichend.

Die Behandlung mit Neuroleptika darf nicht länger als etwa 3 Monate durchgeführt werden, da es sonst zu teilweise **irreversiblen Spätdyskinesien** (unwillkürliche Bewegungen) kommen kann. In der Angstbehandlung sind aber nicht selten längere Behandlungen notwendig. Niedrigdosierte Neuroleptika sollten in der Regel nur dann als Alternativstrategie verwendet werden, wenn andere Behandlungsmethoden nicht ansprechen oder wegen Nebenwirkungen nicht durchgeführt werden können.

Betarezeptorenblocker

In der Vorstellung, daß diese Wirkstoffe durch eine Blockade peripherer Betarezeptoren vegetative Symptome der Angst wie Herzrasen, Tremor usw. abschwächen können, werden sie nicht selten bei Angststörungen eingesetzt.

↓↓ In Doppelblindstudien konnte jedoch keine Wirksamkeit bei Sozialphobie gesichert werden (16).

Da Patienten mit Angststörungen nicht selten unter labilem Blutdruck oder orthostatischer Dysregulation leiden, kann es ggf. zur Verstärkung dieser Störungen kommen.

Homöopathische Zubereitungen

↔ Für homöopathische Zubereitungen gibt es keine Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Angst- oder Zwangsstörungen

Phytotherapeutika

In Deutschland werden bei Angsterkrankungen sehr häufig Phytotherapeutika verordnet. Zur Anwendung kommen Johanniskraut-, Kava-Kava-, Baldrianpräparate.

↔ Für diese Präparate gibt es keinen gesicherten, den anderen Wirkstoffgruppen – wie z. B. Antidepressiva oder Benzodiazepinen – vergleichbaren Wirksamkeitsnachweis bei Angst- oder Zwangserkrankungen.

Nicht selten kommt es nach anfänglichen (Placebo-)Erfolgen zu einem Therapieversagen, wodurch das Vertrauen in den Arzt eingeschränkt wird. Die Begründung für den Einsatz besteht oft in der erhofften geringen Nebenwirkungsrate. Die Anwendung kann daher und in Anbetracht der teilweise erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem nicht empfohlen werden. Keines der verfügbaren Angstmedikamente kann als ideal für alle Patienten angesehen werden. Tabelle 4 stellt den Nutzen und die Risiken der verfügbaren Medikamente einander gegenüber. Die Therapie sollte unter sorgfältiger Abwägung auf den individuellen Patienten abgestimmt werden.

III. Spezielle Therapie-vorschläge für die einzelnen Angststörungen

In Tabelle 5 sind Behandlungsvorschläge für die einzelnen Angsterkrankungen aufgeführt.

Panikstörung und Agoraphobie

Bei **akuten** Panikanfällen hilft meist schon ein beruhigendes Gespräch. In schweren Fällen können schnellfreisetzung Benzodiazepin-Präparate, wie z. B. Lorazepam-Sublingualplättchen, ggf. auch Diazepam-Tropfen, eingesetzt werden. Bei starker Hyperventilation kann die CO₂-Rückatmung in eine Plastiktüte durchgeführt werden.

Bei der **langfristigen** Behandlung der Panikstörung kommen in erster Linie Antidepressiva (SSRI und NSMRI) zum Einsatz (4, 17, 18). Bei Therapieresistenz können Benzodiazepine verwendet werden, wenn sich in der Anamnese keine Hinweise auf eine Abhängigkeitsentwicklung (Hochdosisabhängigkeit) finden. Auch zur Überbrückung der Zeit bis zum Wirkungseintritt der Antidepressiva können kurzfristig Benzodiazepine gegeben werden. Wenn andere Mittel versagen, kann unter fachärztlicher Kontrolle ein Versuch mit Tranylcypromin unternommen werden. Unter den nichtmedikamentösen Verfahren hat sich vor allem bei Patienten mit Agoraphobie die **Expositionstherapie** bewährt. Panikattacken, die „aus heiterem Himmel“, d. h. nicht in den typischen Agoraphobie-Situationen, auftreten, können mit Hilfe der kogni-

tiven Verhaltenstherapie behandelt werden.

Generalisierte Angststörung

↑↑ Bei der generalisierten Angststörung werden NSMRI (z. B. Imipramin) eingesetzt (13). Auch für Buspiron existieren Wirksamkeitsnachweise (13).

Bei Therapieresistenz können in schweren Fällen Benzodiazepine verwendet werden (13). Im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung ist die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt worden, wenn auch die Erfolge weniger deutlich sind als bei den anderen Angststörungen (19).

Sozialphobie

↑ In klinischen Prüfungen konnte für Moclobemid eine Wirksamkeit bei Sozial-

phobie gezeigt werden, obgleich nicht in allen Studien eine gegenüber Placebo bessere Wirkung nachgewiesen werden konnte (14, 15). SSRI sind wahrscheinlich ebenfalls effektiv (20, 21, 22).

In schweren Fällen oder zur kurzfristigen Überbrückung können Benzodiazepine eingesetzt werden (16).

Im Bereich der Verhaltenstherapie konnte die Wirksamkeit der Reizüberflutungstherapie und der kognitiven Therapie gezeigt werden (23).

Spezifische Phobie

Eine Verhaltenstherapie, bei der der Patient mit dem angstauslösenden Stimulus konfrontiert wird, ist bei spezifischen Phobien sehr oft erfolgreich. Nur in seltenen, schwer ausgeprägten Fällen ist eine Pharmakotherapie erforderlich.

Tabelle 4: Medikamentöse Behandlung von Angststörungen: Vor- und Nachteile

Wirkstoffe/Wirkstoffgruppe	Vorteile	Nachteile
<i>NSMRI</i>	keine Abhängigkeit; ausreichend Studien vorhanden	Wirklatenz 1–3 Wochen, anticholinerge Wirkungen, EKG-Veränderungen, Gewichtszunahme
<i>SSRI</i>	keine Abhängigkeit, ausreichend Studien vorhanden	Wirklatenz 1–3 Wochen, Übelkeit, sexuelle Störungen
<i>Benzodiazepine</i>	schnelle Anxiolyse; ausreichend Studien vorhanden; wenig toxisch	Abhängigkeitspotential
<i>Moclobemid</i>	Keine Abhängigkeit; gut verträglich; keine sexuellen Störungen	Wirklatenz 1–3 Wochen, Wirkung nur bei Sozialphobie nachgewiesen
<i>Buspiron</i>	keine Abhängigkeit, günstiges UAW-Profil	Wirkung nur bei generalisierter Angst
<i>Neuroleptika</i>	keine Abhängigkeit	methodisch unzureichende Studien; evtl. irreversible Spätdyskinesien bei hochpotenten Neuroleptika; Behandlungsdauer max. 3 Monate

Zwangsstörung

Zwangsstörungen lassen sich schwerer behandeln als die übrigen Angsterkrankungen. Oft muß man sich mit einer nur partiellen Reduktion der Symptome zufrieden geben. Die Wirksamkeit der Antidepressiva kann manchmal besonders lang sein. In der Regel ist eine sehr lange Behandlungsdauer erforderlich. In einigen Fällen ist eine erheblich höhere Dosis erforderlich als bei der Behandlung von Depressionen.

↑↑ Das NSMRI-Antidepressivum Clomipramin ist das Mittel der Wahl bei Zwangserkrankungen (12). Ebenfalls wirksam sind SSRI, wie z. B. Fluoxetin oder Fluvoxamin (12).

Auch die Verhaltenstherapie spielt eine entscheidende Rolle in der Behandlung von Zwangsstörungen (8).

Angst und depressive Störung gemischt

Die Erfahrungen mit der Behandlung dieses Störungsbildes sind begrenzt, kontrollierte Studien liegen kaum vor. Am ehesten kommen für die medikamentöse Behandlung die bei den anderen Angststörungen genannten Antidepressiva in Frage.

Vorgehen bei therapieresistenten Fällen

Kommt es unter einer Standardtherapie bei ausreichender Dosierung und Behandlungsdauer (mindestens 6 Wo-

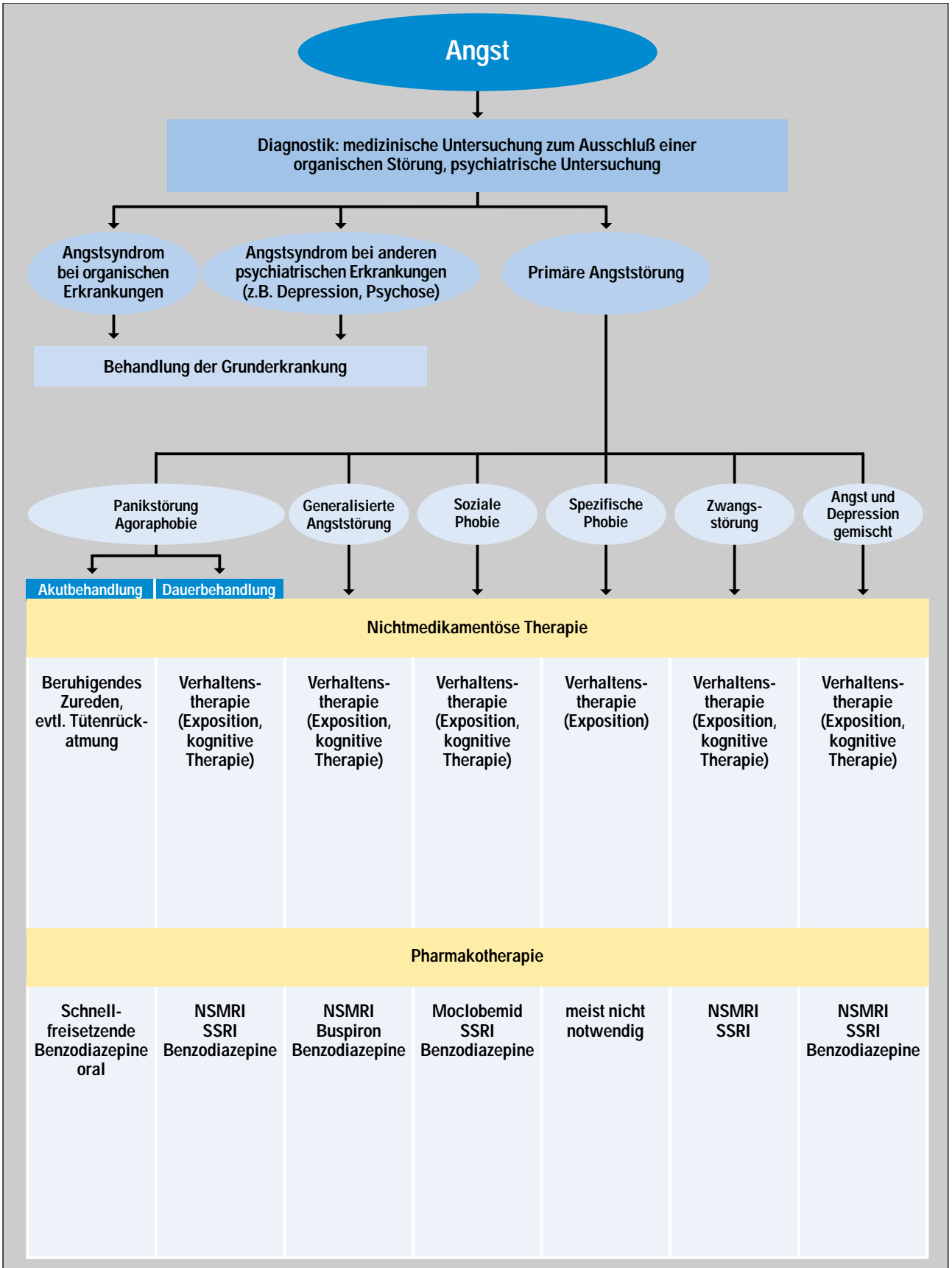
chen) und adäquater psychotherapeutischer Begleitung nicht zu einem Therapieerfolg, so sollte zunächst eine Umstellung der Medikation erfolgen (z. B. von SSRI auf NSMRI oder umgekehrt). Eine Kombination mit Benzodiazepinen kann erwogen werden, allerdings unter Einhaltung der entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, auf den reversiblen MAO-Inhibitor Moclobemid, den irreversiblen MAO-Inhibitor Tranylcypromin oder Buspiron auszuweichen. In Einzelfällen war eine Kombination aus Clomipramin und Lithium erfolgreich.

Tabelle 5: Vorschläge zur medikamentösen Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen

Diagnose	Behandlungsmöglichkeit
Panikstörung, Agoraphobie	Akutbehandlung: Schnelfreisetzende Benzodiazepin-Präparate wie z. B. Lorazepam-Sublingualplättchen 1–2,5 mg, ggf. Diazepam-Tropfen Dauerbehandlung: NSMRI, z. B. Clomipramin 75–200 mg/die oder Imipramin* 75–200 mg/die oder SSRI: Fluvoxamin* 100–300 mg/die oder Paroxetin 20–50 mg/die oder Sertralin* 50 mg/die oder Citalopram* 20–60 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Alprazolam 1,5–8 mg/die
Generalisierte Angststörung	NSMRI, z. B. Imipramin* 75–200 mg/die oder Buspiron 15–60 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Diazepam 5–15 mg/die
Soziale Phobie	Moclobemid 300–600 mg/die oder SSRI, z. B. Paroxetin 20–40 mg/die <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Alprazolam 1,5–8 mg/die
Zwangsstörung	NSMRI, z. B. Clomipramin 75–300 mg/die oder SSRI, z. B. Fluoxetin 20–80 mg/die oder Fluvoxamin 100–300 mg/die
Angst und Depression gemischt	NSMRI/SSRI <i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben oder zur Überbrückung:</i> Benzodiazepine, z. B. Diazepam 5–15 mg/die

* In Deutschland zum Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht für diese Indikation zugelassen.

Abbildung 1: Synopsis zur Diagnostik und Therapie der Angst- und Zwangsstörungen





LITERATUR

1. MAIER W, LINDEN M, SARTORIUS N: Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Ergebnisse und Schlußfolgerungen einer WHO-Studie. Deutsches Ärzteblatt 1996; 93: 47–50.
2. WHO: Weltgesundheitsorganisation – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. (Hrsg.): Forschungskriterien. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, 1994.
3. MÜBIGBRODT H, KLEINSCHMIDT S, SCHÜRMANN A, FREYBERGER H-J, DILLING H: Psychische Störungen in der Praxis, Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10. Göttingen: Verlag Hans Huber, 1996.
4. BANDELOW B, SIEVERT K, RÖTHEMEYER M, HAJAK G, BROOCKS A, RÜTHER E: Panikstörung und Agoraphobie: Was wirkt? Fortschr Neurol Psychiatr 1995; 63: 451–64.
5. TELCH M: Combined pharmacological and psychological treatments for panic sufferers. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1988.
6. BARLOW D: Effectiveness of behavior treatment for panic disorder with and without agoraphobia. In: Wolfe B, Maser J, eds. Treatment of panic disorder. A consensus development conference. Washington: American Psychiatric Press, 1994; 105–20.
7. HEIMBERG RG: Cognitive-behavioral group treatment: description, case presentation, and empirical support. In: Stein MB, ed. Social Phobia – clinical and research perspectives. Washington: American Psychiatric Press, 1995; 293–323.
8. JAMES IA, BLACKBURN IM: Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry 1995; 166: 444–50.
9. CLARK D: Cognitive therapy for panic disorder. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
10. BANDELOW B, SIEVERT K, RÖTHEMEYER M, HAJAK G, RÜTHER E: What treatments do patients with panic disorder and agoraphobia get? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1995; 245: 165–71.
11. DUPONT RL, RICE DP, MILLER LS, SHIRAKI SS, ROWLAND CR, HARWOOD HJ: Economic costs of anxiety disorders. Anxiety 1996; 2: 167–72.
12. PICCINELLI M, PINI S, BELLANTUONO C, WILKINSON G: Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. Br J Psychiatr 1995; 166: 424–43.
13. VOLZ HP, MÖLLER HJ, STURM Y: Generalisierte Angsterkrankungen. Psychopharmakotherapie 1994; 1: 102–06.
14. IMCTGMSP THE INTERNATIONAL MULTICENTER CLINICAL TRIAL GROUP ON MOCLOBEMIDE IN SOCIAL PHOBIA: Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo-controlled clinical study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1997; 247: 71–80.
15. NOYES R JR., MOROZ G, DAVIDSON JR ET AL.: Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. J Clin Psychopharmacol 1997; 17: 247–54.
16. BANDELOW B, BROOCKS B: Die medikamentöse Behandlung der sozialen Phobie. In: Buchheim (ed.): Psychotherapie und Psychopharmaka. Stuttgart, New York: Schattauer, 1997.
17. NIH NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH: Consensus Development Conference Statement: Treatment of Panic Disorder September 25–27, 1991; 1–26.
18. BOERNER RJ: Pharmakotherapie der Angststörungen. In: Möller H-J (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart: Enke, 1998.
19. HARVEY AG, RAPEE RM: Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 1995; 18: 859–70.
20. KATZELNICK DJ, KOBAK KA, GREIST JH, JEFFERSON JW, MANTLE JM, SERLIN RC: Sertraline for social phobia: placebo-controlled crossover study. American Journal of Psychiatry 1995; 152: 1368–71.
21. STEIN M, PITTS CD, OAKES R, GERGEL I: Efficacy of paroxetine in the treatment of patient disability in social phobia (Poster Abstract). European Neuropsychopharmacology 1997; 7 (suppl 2): S187.
22. VAN VLIET I, DEN BOER JA, WESTENBERG HGM: Psychopharmacological treatment of social phobia – a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. Psychopharmacology 1994; 115: 128–34.
23. HEIMBERG RG, DODGE CS, HOPE DA, KENNEDY CR, ZOLLO L, BECKER RE: Cognitive-behavioral treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. Cognitive Therapy and Research 1990; 14: 1–23.

Zur Methodik der Leitlinienerstellung

Die Erarbeitung der Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erfolgt unter wesentlicher Berücksichtigung der *„Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997“*, publiziert im Deutschen Ärzteblatt 1997; 94: A-2154-2155.

1. Adressaten

Die Empfehlungen/Leitlinien wurden vorrangig für niedergelassene, hauptsächlich im allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Bereich tätige Ärzte konzipiert.

2. Ziele der Empfehlungen/Leitlinien

Wichtigstes Ziel der Empfehlungen/Leitlinien ist es, soweit möglich Transparenz zu schaffen, welche therapeutischen Ziele (Senkung von Letalität, Morbidität, symptomatische Besserung, Beeinflussung von Surrogatparametern) mit den einzelnen Maßnahmen der Pharmakotherapie nach Aussage klinischer Studien zu erreichen sind. Diese Transparenz ist Voraussetzung für eine rationale und wirtschaftliche Arzneitherapie und dient der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist sich

dabei bewußt, daß derartige Empfehlungen/Leitlinien niemals allen Einzelfällen in der medizinischen Praxis gerecht werden können. Sie sind als eine solide Plattform der therapeutischen Vernunft zu verstehen, die aber selbständiges und verantwortliches ärztliches Handeln im Individualfall weder einschränken noch ersetzen kann.

3. Evidenz-gestützte Kategorisierung

Der Belegtheitsgrad wichtiger pharmakotherapeutischer Aussagen wird anhand von 4 Stufen kategorisiert (s. 2. Umschlagseite: Kategorien zur Evidenz).

4. Autoren/Herausgeber

Die Therapieempfehlungen/Leitlinien werden herausgegeben von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Sie werden von den entsprechenden Fach- und allgemeinmedizinischen Mitgliedern nach einem festgelegten Verfahren erarbeitet und vom Vorstand der Arzneimittelkommission im Konsens verabschiedet. Details siehe: Lasek R, Müller-Oerlinghausen B: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 1997; 91 (4): 375–383

5. Erstellung und Konsensusprozeß

Zur Beschreibung des Erarbeitungs- und Abstimmungsprozesses wird ebenfalls auf die ausführliche Darstellung verwiesen in:

Lasek R, Müller-Oerlinghausen B: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 1997; 91 (4): 375–383.

6. Abstimmungsprozeß mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften

Die hier vorliegenden Therapieempfehlungen wurden inhaltlich abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP).

7. Implementierung und Dissemination

Auf der Grundlage der ausführlichen Evidenz-gestützten Therapieempfehlung werden eine Kurzfassung (Handlungsleitlinie) *„für den Praxisschreib-tisch“* und eine Patienteninformation erstellt. Es ist zentrales Anliegen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die wissenschaftlich fundierten Therapieempfehlungen einem möglichst großen Ärztekreis als Leitfaden für die eigene therapeutische

Praxis zugänglich zu machen. Diese Intention wird unterstützt durch die Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, in der es heißt: *„Es wird empfohlen, insbesondere die von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erstellten und in „Arzneiverordnung in der Praxis“ veröffentlichten Therapieempfehlungen in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen.“*

Ärzte, die die Therapieempfehlungen der AkdÄ nicht kostenfrei über ihre

kassenärztlichen Vereinigungen gestellt bekommen, können sie gegen eine Gebühr erhalten (siehe letzte Umschlagseite).

8. Evaluation

Eine Evaluierung der Therapieempfehlung/Leitlinie hinsichtlich ihres Einflusses auf Arzneiverordnung, Kosten und Beeinflussung verschiedener therapeutischer Ziele wird angestrebt.

9. Aktualisierung

Eine zweijährliche Überarbeitung und Herausgabe der Empfehlungen ist vorgesehen.

10. Träger/Finanzierung

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist ein wissenschaftlicher Fachausschuß der Bundesärztekammer und wird finanziert von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Hinweis

Die Dosierungsangaben sind Empfehlungen. Sie müssen dem einzelnen Patienten und seinem Zustand angepaßt werden. Die angegebenen Dosierungen wurden sorgfältig überprüft. Da wir jedoch für die Richtigkeit dieser Angaben keine Gewähr übernehmen, bitten wir Sie dringend, die Dosierungsempfehlungen der Hersteller zu beachten.

Patienten sind über Nutzen und Risiken einer Pharmakotherapie aufzuklären. Der Arzt sollte aufgrund der Unterschiede im Haftungsrecht den Patienten auch über eine Verschreibung in einer in Deutschland nicht zugelassenen Indikation informieren und dies dokumentieren.

IMPRESSUM

Herausgeber

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Redaktion

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vertreten

durch den Vorstand;

Prof. Dr. med. D. Höffler (v.i.S.d.P.),

Prof. Dr. med. R. Lasek,

J. D. Tiaden, Arzt und Apotheker

Anschrift der Redaktion

Geschäftsstelle der

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Postfach 41 01 25

50861 Köln

Telefon: 02 21 / 40 04 -517

Telefax: 02 21 / 40 04 -539

ISSN 0939-2017

Realisation und Vertrieb

nexus GmbH

Friesenplatz 5

50672 Köln

Telefon: 02 21 / 25 72 817

Telefax: 02 21 / 25 73 084

Layout & Satz

Jentzsch + Jentzsch

Düsseldorf

© Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Köln 1999

Die Therapieempfehlungen einschließlich Handlungsleitlinie sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als in den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen Genehmigung der AkdÄ.

AUS DER LEITLINIENARBEIT DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

Weiterhin sind folgende Therapieempfehlungen erschienen:

Empfehlungen zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen, 2. Auflage (EB)



Empfehlungen zur Therapie von Rückenschmerzen

Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen



Empfehlungen zur Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Empfehlungen zur Therapie von chronischen Kopf- und Gesichtsschmerzen, 2. Auflage (EB)



Empfehlungen zur Therapie der Depression

Empfehlungen zur Therapie der Demenz



Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie (EB)

Empfehlungen zur Therapie von degenerativen Gelenkerkrankungen



Empfehlungen zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz (EB)

Empfehlungen zur Primär- und Sekundärprävention des ischämischen Insults (EB)



Empfehlungen zur Therapie von akuten Atemwegsinfektionen (EB)

(EB) = Evidenz-basiert

Die *Therapieempfehlungen* können zusammen mit dem Arzneimittelbulletin *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)* gegen eine jährliche Schutzgebühr von derzeit DM 58,- (AiP/Studenten: DM 35,-) bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft abonniert werden. (Korrespondenzadresse siehe Impressum)