


DEGAM

Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst

DEGAM-Praxisempfehlung

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.





Die Praxisempfehlungen zur hausärztlichen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung. DEGAM-Praxisempfehlungen verstehen sich als Hilfen für die Verbreitung von Leitlinien, deren Themen in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung sind.

Diese Praxisempfehlungen ersetzen nicht die S3 Leitlinie Angststörungen (AWMF_Reg-Nr. 051-028) der DGPM, sondern stellen durch den konkreten Bezug zum hausärztlichen Versorgungsalltag eine Grundlage für die gemeinsame Entscheidung von Hausärzten und Hausärztinnen und deren Patienten und Patientinnen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung dar.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

Peggy Borchers, Franziska Brosse
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung
leitlinien@degam.de

© DEGAM 2021

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

Hauptautorin

Dr. Iris Veit, Bahnhofstr. 204, 44629 Herne
info@irisveit.de

Stand 07/2021



Revision geplant

in Abhängigkeit von Änderungen der Evidenzlage

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie der Herausgeberin. Sie übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Inhalt

1	Zielsetzung	5
2	Empfehlungen	7
2.1	Definition und Erkennen der häufigsten Angststörungen	7
2.2	Diagnostik von Angststörungen	9
2.3	Therapeutisches Vorgehen	12
3	Kurzübersicht Vorgehen	13
4	Hinweise zur hausärztlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angst	14
5	Empfehlungen zur Psychotherapie	18
6	Empfehlungen zur Pharmakotherapie	19
7	Literatur	24

1 Zielsetzung

In der hausärztlichen Praxis treffen wir nicht nur auf Patientinnen und Patienten mit manifesten (oder erst noch zu erkennenden) Angststörungen, sondern auch auf viel mehr Patienten mit Angst und chronischen Krankheiten [1] und nicht spezifischen Körperbeschwerden oder Patienten in besonderen, angstauslösenden Lebenssituationen [2,3]. Anders als die bezuggebende S3 Leitlinie Angststörungen versucht die folgende Praxisempfehlung Hinweise für die hausärztliche Beratung und Betreuung beider Gruppen zu geben: Hausärztinnen und Hausärzte begegnen Patientinnen und Patienten in einem Spektrum von real nachvollziehbarer Angst bis zu pathologischer Angst, die die Kriterien einer ICD-10 Diagnose erfüllt.

Insbesondere bei komorbider psychiatrischer Erkrankung (z.B. Depression, Sucht, somatoforme Störung) ist es wichtig, Angststörungen zu erkennen, um durch rechtzeitige Intervention einer Chronifizierung vorzubeugen. Hausärztinnen und Hausärzte leisten dabei eine nicht zu unterschätzende Arbeit. Sie erkennen über die Hälfte der häufig hinter somatischen Symptomen versteckten Angsterkrankungen [3,4].

Die S3-Leitlinie Angststörungen wurde nach ihrer Fertigstellung breiter in der DEGAM diskutiert. Im Rahmen eines Workshops auf dem DEGAM-Kongress 2014 konstituierte sich eine DEGAM-Arbeitsgruppe Angsterkrankungen, die seither kontinuierlich an diesem Thema arbeitet und das vorliegende Manual für die hausärztliche Praxis erstellt hat. (Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind: Ilka Aden, Martin Beyer, Günther Egidi, Bernhard Lache, Thomas Lichte, Hans-Michael Mühlenfeld, und Iris Veit, federführend). Die Arbeitsgruppe sah es als ihre Aufgabe an, über die Inhalte der S3-Leitlinie hinaus einen Gesprächs- und Betreuungsansatz für die hausärztliche Praxis hinzuzufügen und einige Diskussionspunkte zu den pharmatherapeutischen Empfehlungen der S3 Leitlinie aus hausärztlicher Sicht vorzubringen.

Ziel ist es, die Versorgung von ängstlichen Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Praxis weiter zu verbessern. Diese Praxisempfehlung versteht sich damit als Implementierungsinstrument der vorliegenden S3-Leitlinie Angststörungen, damit diese möglichst breit wahrgenommen wird und evidenzbasiertes Wissen zur Anwendung kommt. Dazu wurden die für die hausärztliche Praxis wichtigen Inhalte der S3-Leitlinie so aufbereitet, dass der Bezug zur hausärztlichen Patientenversorgung möglichst deutlich wird.

Für die gemeinsame Entscheidungsfindung in Bezug auf die Diagnose und die damit verbundenen Interventionen will diese Praxisempfehlung Hausärztinnen und Hausärzten eine Hilfestellung und einen zeitlichen Rahmen geben. In der hausärztlichen Versorgung hat sich das Offenhalten der Diagnose als ein hilfreiches Prinzip erwiesen, das auch der quartären Prävention (Vermeidung von Schäden durch ärztliche Tätigkeit) dient.

Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst in der hausärztlichen Praxis gibt diese Praxisempfehlung Empfehlungen in Bezug auf eine erfolgreiche hausärztliche Behandlung im familiären Kontext und die Begleitung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen im longitudinalen Verlauf [5,6].

Für die hausärztliche Praxis lassen sich unter Berücksichtigung des primärärztlichen Versorgungskontextes die folgenden Behandlungsziele für Patientinnen und Patienten mit Angst formulieren:

- rechtzeitiges Erkennen von Angststörungen und komorbider psychiatrischer Erkrankungen, um zu spezifischen Behandlungsmaßnahmen zu motivieren;
- die Vorbeugung einer Verschlechterung komorbider, chronischer Erkrankungen sowie der Chronifizierung unspezifischer Körperbeschwerden;
- eine Vermeidung der Entstehung von Agoraphobie und Panikstörung;
- die Vermeidung einer somatischen, iatrogenen Fixierung durch zu viel Diagnostik;
- die Verhinderung der Entstehung einer Sucht als untauglichem Versuch, die aus der Angst resultierenden Spannungen zu dämpfen;
- eine Aktivierung der Patienten mit dem Ziel der Wiederaufnahme der Alltagsaktivität, ggf. der beruflichen Tätigkeit und der sozialen Teilhabe;
- die Ermutigung der Patienten, mit ihrer Angst zu leben – oder sogar einen Weg aus der Angst heraus zu finden.
- Je nach Lebenssituation ergeben sich individuelle Ziele, die mit den Patienten besprochen werden sollen [7].

2 Empfehlungen

Nachfolgend werden für die hausärztliche Versorgung besonders relevante Inhalte der Leitlinie dargestellt und kommentiert. Es wird jeweils der Bezug zu den Empfehlungen der S3-Leitlinie Angststörungen genannt (mit Verweis auf Kapitel und Seite), gefolgt von einem ergänzenden Kommentar oder einer Zusammenfassung in Bezug auf die hausärztliche Versorgung.

Prävalenz von Angststörungen in der hausärztlichen Praxis

Angststörungen kommen in der Hausarztpraxis häufig vor [8]. Die Punkt-Prävalenz liegt zwischen 6 und 8%. Frauen sind doppelt so häufig betroffen, der Altersgipfel liegt zwischen 18 und 34 Jahren.

2.1 Definition und Erkennen der häufigsten Angststörungen

S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 1.2 Diagnostik und Kapitel 1.3 Erkennen von Angststörungen, S. 17-18 Tabelle 5. Kurzbeschreibung der häufigsten Angststörungen nach ICD-10 (WHO, 1991) Tabelle 6. Beispiele für Fragen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Angststörung

Panikstörung F41.0

DEGAM-Praxisempfehlung:

Definition Panikstörung für die hausärztliche Versorgung

Plötzlich auftretende Angstanfälle mit den körperlichen Ausdrucksformen der Angst, die über ca. 10 Minuten zunehmen. Sie hören auch von alleine nach max. 2 Stunden wieder auf. 2/3 der Fälle sind mit einer Agoraphobie verbunden. Patienten beruhigen sich durch Anwesenheit eines Arztes.

Aufgreif-Frage:

- „Haben Sie plötzliche Anfälle, bei denen Sie unter Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot, Todesangst u. a. leiden?“

Agoraphobie F40.0 (ohne Panikstörung F40.00, mit Panikstörung F40.01)

DEGAM-Praxisempfehlung:

Definition Agoraphobie für die hausärztliche Versorgung

Angst vor Orten, an denen im Falle des Auftretens einer Panikattacke oder anderem Kontrollverlust eine Flucht schwer möglich ist oder peinliches Aufsehen erregen würde (Menschenmengen, Bus, Bahn, Kino, Kaufhaus, enge Räume, öffentliche Plätze oder beim Reisen). Häufig Folge von Panikattacken. Angst vor dem Alleinsein ist ebenfalls häufig. Vermeidungsverhalten führt zu sozialem Rückzug. Manchmal werden körperliche Symptome (z.B. Diarrhoe) als Begründung des Rückzugs vorge-

schoben.

Aufgreif-Fragen:

- „Haben Sie in den folgenden Situationen Angst oder Beklemmungsgefühle: Menschenmengen, engen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln? Vermeiden Sie solche Situationen aus Angst?“

Generalisierte Angststörung F41.1

DEGAM-Praxisempfehlung:

Definition Generalisierte Angststörung für die hausärztliche Versorgung

Die Patienten leiden unter den körperlichen Ausdrucksformen der Angst als Dauerzustand sowie unter Nervosität, Konzentrations- u. Schlafstörungen. Im Vordergrund stehen Sorgen, die einen großen Teil des Tages ausmachen.

Aufgreif-Fragen:

- „Fühlen Sie sich nervös und angespannt?“
- „Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen?“

Soziale Phobie F40.1

DEGAM-Praxisempfehlung:

Definition Soziale Phobie für die hausärztliche Versorgung

Die Patienten haben Angst vor Situationen, in denen sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen verbunden mit der Furcht, negativ bewertet zu werden. Ein sozialer Rückzug droht.

Aufgreif-Frage:

- „Haben Sie Angst in Situationen, in denen Sie befürchten, dass andere Leute negativ über Sie urteilen könnten, Ihr Aussehen kritisieren könnten oder Ihr Verhalten als dumm, peinlich oder ungeschickt ansehen könnten?“

Spezifische (isolierte) Phobie F40.2

DEGAM-Praxisempfehlung:

Definition Spezifische (isolierte) Phobie für die hausärztliche Versorgung

Ängste vor einzelnen umschriebenen Situationen oder Objekten (z.B. Katzenphobie, Blutphobie oder Höhenangst). Vermeidungsverhalten!

Aufgreif-Frage:

- „Haben Sie starke Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen, wie ...?“

DEGAM-Praxisempfehlung:**Hinweis auf angrenzende hausärztliche Beratungsanlässe**

Hypochondrie (Patienten leiden an der anhaltenden Befürchtung, ernsthaft krank zu sein), funktionelle Körperbeschwerden einschließlich Umwelt bezogener Körperbeschwerden und die posttraumatische Belastungsstörung sind nicht Gegenstand der Leitlinie Angststörungen.

Sie werden u.a. in der S3-Leitlinie funktionelle Körperbeschwerden beschrieben [9].

2.2 Diagnostik von Angststörungen

S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 1.2 Diagnostik, S. 17

Die S3-Leitlinie empfiehlt: Angststörungen sollten in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) diagnostiziert werden.

DEGAM-Praxisempfehlung:**Kommentar zur Kodierung in der hausärztlichen Praxis**

Das Kodieren einer F-Diagnose verlangt neben ausreichender diagnostischer Sicherheit auch die Berücksichtigung der Tatsache, dass eine solche Diagnose Schaden kann beispielsweise hinsichtlich des Abschlusses einer Lebens- oder Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. bei einer Verbeamtung. Die Kodierung einer R- oder Z-Diagnose kann im Einzelfall eine Alternative darstellen. Andererseits eröffnet nur eine F-Diagnose den Zugang zu einer umfassenden Versorgung.

DEGAM-Praxisempfehlung:**Hilfestellungen zur Anamnese in der hausärztlichen Praxis**

Bei der Erstanamnese soll eine differenzialdiagnostische Abklärung zu körperlichen Erkrankungen (Schilddrüsendysfunktion, Hypoglykämien, Hyperparathyreoidismus, Arrhythmien, COPD, Krampfanfällen und Phäochromocytom) und Folgen von Medikamenten vorgenommen und nach möglichen vegetativen Störungen (z.B. Schlafstörungen) sowie weiteren psychischen Erkrankungen (insbesondere posttraumatische Belastungsstörung, Depression und Süchte) gefragt werden.

Um das Ausmaß der Ängste zu klären, haben sich u.a. folgende Fragen bewährt:

- „Haben Sie noch weitere Ängste?“
- „Hat sich Ihr Alltagsleben dadurch verändert?“

- „Machen Sie sich häufig oder ständig Sorgen?“
- „Haben Sie das Gefühl, dies nicht unter Kontrolle zu haben?“
- „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“

Im hausärztlichen Versorgungskontext sind eine biografische und soziale Anamnese, die die Herkunftsfamilie und die Lebensgeschichte erfasst, gut möglich. Dabei sind insbesondere traumatische Erfahrungen, psychische Erkrankungen von frühen Bezugspersonen, Verlusterfahrungen und erlerntes Verhalten in der Herkunftsfamilie zu beachten [10/11].

Eine biografische Anamnese hilft, später ressourcenorientiert zu intervenieren und die Selbstkompetenz der Patienten zu erhöhen.

S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 4.2 Case Finding/Screening, S. 57

DEGAM-Manual: Kommentar zum Case Finding

Das eigene emotionale Erleben der Hausärztinnen und Hausärzte in der Begegnung mit Patienten hat für das Case-Finding neben der eigentlichen Anamnese eine große Bedeutung. Fühlt der Arzt/die Ärztin sich selber verunsichert und zu einem defensiven Verhalten gedrängt? Fühlt er/sie sich bedrängt durch ein anklammerndes Patientenverhalten mit häufiger Inanspruchnahme und nicht vereinbarten Terminen? Die Reflexion des eigenen Erlebens sollte dazu führen, Angstgefühle der Patienten durch die genannten Aufgreiffragen anzusprechen. Zur Erkennung von Depression im hausärztlichen Versorgungskontext kann der Zwei-Fragen-Test [12] benutzt werden:

- 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Bei Präsentation nicht spezifischer Körperbeschwerden gibt die Frage: „Haben Sie noch weitere körperliche Beschwerden?“ Hinweise auf eine mögliche Somatisierungsstörung.

Standardisierte psychometrische Fragebögen wie der PHQ-D [13] oder der HADS-D können als ergänzendes diagnostisches Instrument eingesetzt werden, ein Einsatz in der Hausarztpraxis ist bislang jedoch nicht ausreichend untersucht. Die DEGAM hält im hausärztlichen Versorgungsbereich die Evidenz für ein Screening auf Angst-Erkrankungen für ungenügend.

Die S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 4.5 Differenzialdiagnostik, S. 58 schlägt als Minimaldiagnostik vor:

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

- Ausführliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte (C++, K+), Schilddrüsenstatus (TSH)
- EKG mit Rhythmusstreifen
- Ggf. Lungenfunktion
- Ggf. cranielle Bildgebung (MRT, cCT)
- Ggf. EEG“

DEGAM-Praxisempfehlung: Kommentar zur Diagnostik

Aus Sicht der DEGAM adressiert die Formulierung dieser Empfehlung der S3-Leitlinie Angststörungen nicht ausreichend die Gefahr einer durch diese Diagnostik möglicherweise erzeugten somatischen Fixierung.

Für die hausärztliche Praxis erscheint eine auf den individuellen Fall zugeschnittene Diagnostik sinnvoller, die wesentlich die Anamnese und das eigene Erleben berücksichtigt. Dabei sind neben der Gefahr einer iatrogenen Fixierung und damit Chronifizierung die meist ungenügenden Testeigenschaften der genannten Untersuchungen zu bedenken.

Die DEGAM schlägt vor, [1] soviel technische Diagnostik durchzuführen bzw. zu veranlassen, bis Hausarzt/ Hausärztin und Patient/Patientin sich ausreichend sicher sind, [2] Anamnese und körperliche Untersuchung ggfs. zu wiederholen, [3] bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten/der Patientin über den Endpunkt der Diagnostik das mögliche Ergebnis zu benennen und [4] in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie nach 6 Wochen ohne ausreichende Besserung der Symptomatik zur psychiatrischen, psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Fach-Behandlung zu überweisen. Hierbei sind der mögliche Vorteil einer effektiveren Behandlung und der mögliche Nachteil, dass es dadurch zu einer Unterbrechung der Arzt-Patient-Beziehung kommen kann, gegen einander aufzuwiegen.

S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 4.7 Schweregradbestimmung und Verlaufsdagnostik, S. 59

DEGAM-Praxisempfehlung: Kommentar zur Schweregradbestimmung von Ängsten

Aus hausärztlicher Sicht können die folgenden Kriterien, die sich an die S3 Leitlinie funktionelle Körperbeschwerden anlehnt, hilfreich zur Abschätzung des Schweregrades von Ängsten sein:

- **Erhebliche Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe sowie der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**
- **Komorbide psychische Störungen und posttraumatische Belastungsstörung**
- **Suizidalität**
- **Zahlreiche körperliche Beschwerden**

2.3 Therapeutisches Vorgehen

Verlaufsorientierte hausärztliche Behandlung ängstlicher Patienten

Wichtiger Wirkfaktor ist die Arzt-Patient-Beziehung, die die Erfahrung von Geborgenheit und Akzeptanz (Probleme weder verurteilen noch bagatellisieren) sowie die Förderung von Selbstkompetenz ermöglicht [14,15,16,17,18,19]. Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung und eine regelmäßige, geplante Wiedereinbestellung können Patienten stabilisieren.

Hausärzte reflektieren dysfunktionale Beziehungs- und Verhaltensmuster [20,21,22,23, 24]:

auf der Seite der Patientin oder des Patienten:

Anklammerndes Verhalten, Forderung nach immer mehr Diagnostik, Vermeidungsverhalten und Schonhaltung;

auf der Seite der Hausärztin oder des Hausarztes:

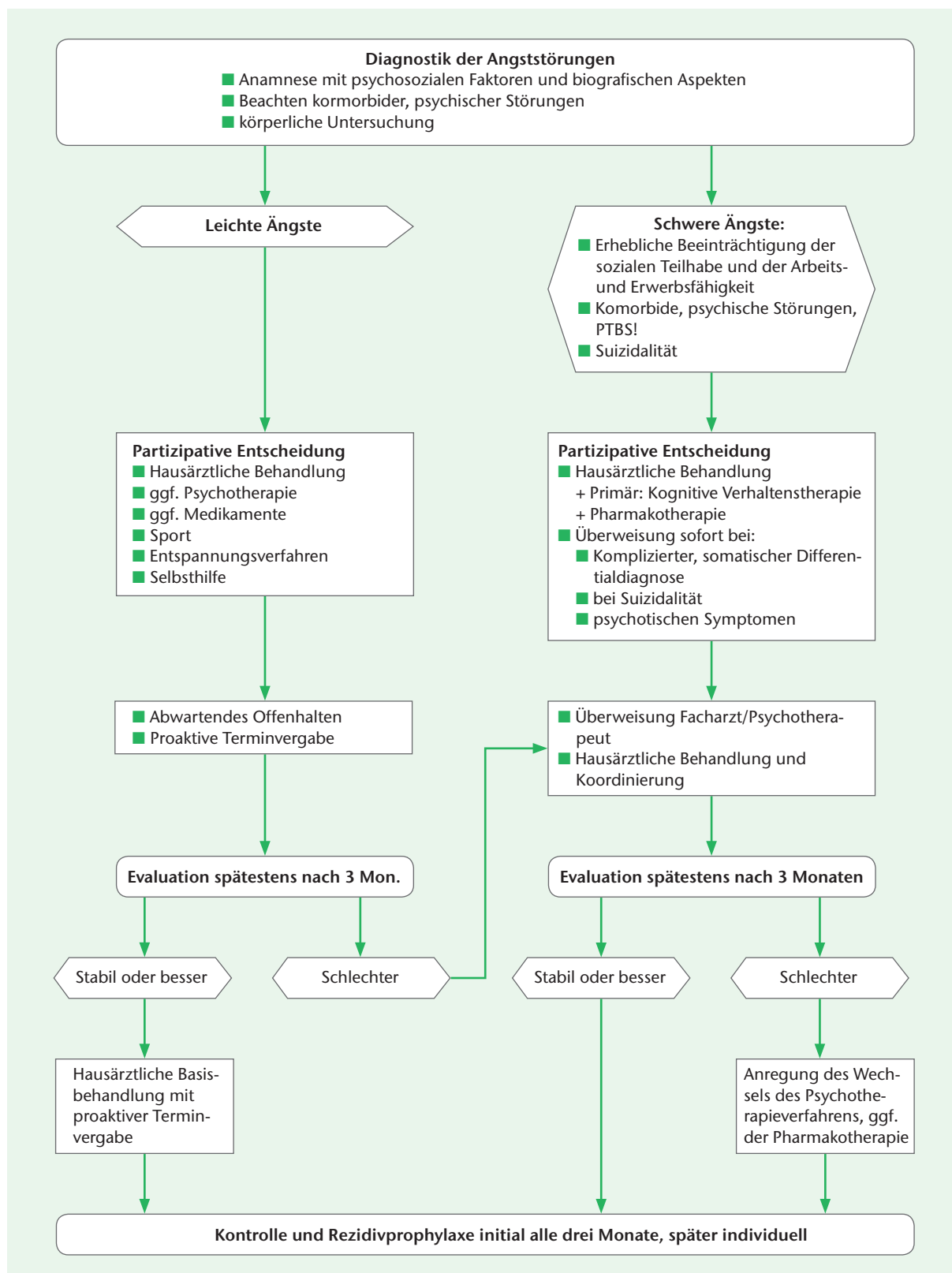
- eigene Ängste, etwas zu übersehen oder juristisch belangt zu werden [25] - sowie Ängste, durch das Setzen von Grenzen Patienten zu verlieren und zu brüskieren;
- das Ergebnis kann dann sein, dass Patienten mit unerfüllbaren Wünschen nach Nähe irgendwann lästig werden, und dass Krankheiten übersehen werden, oder dass ein Vermeidungsverhalten unterstützt wird und zu lang andauernder Arbeitsunfähigkeit, iatrogenen Fixierung [26] oder zu Chronifizierung von Ängsten und möglicherweise zu Süchten führt.

Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) ist bei ängstlichen Patienten besonders kritisch zu sehen [27], weil es eine Unzulänglichkeit der Versorgung im Rahmen der GKV suggerieren, einer ausufernden Diagnostik Vorschub leisten und damit Ängste verstärken kann.

Nach spätestens 3 Monaten wird eine Überprüfung als sinnvoll erachtet, bei der über eine erweiterte Therapie abhängig vom Verlauf entschieden werden kann [9] (siehe Algorithmus, S.13).

3 Kurzübersicht Vorgehen

Behandlungsabläufe in Abhängigkeit vom Schweregrad der Angststörung



4 Hinweise zur hausärztlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angst

Vorbedingung für die hausärztliche Behandlung: die Atmosphäre lässt Intimität zu, Unge-störtheit, zeitweiser Ausschluss von Angehörigen, ggf. Übersetzer, ausreichend Zeit

	Beispiele für eine haus-ärztliche Intervention	Vorschläge zur praktischen Umsetzung
1	Herstellung einer Patient-Arzt-Beziehung, die Geborgenheit sowie eine „sichere Basis“ vermittelt und die Selbstständigkeit und Selbstkontrolle des Patienten fördert [14,18].	Offene Fragen und aktives Zuhören unter Zulassen von Pausen [28,29]
2	Stabilisieren, beruhigen und Halt geben.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Angstatacke: Talking down - Suggestive Strategien einsetzen ■ Bei Panikattacken/Phobien: Einsatz einzelner Tabletten mit Lorazepam als „Pill in the Pocket“ zur Förderung der Selbstkontrolle.
3	Gemeinsame Suche nach kritischen Lebensereignissen und psychosozialen Problemen [10,30].	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Wann fingen diese Beschwerden/Ihre Ängste an, und was hatte sich da in Ihrem Leben geändert?“ Aktuelle Beziehungssituation mit belastenden und unterstützenden Beziehungen: ■ „Was sagt Ihre Frau/Ihr Mann dazu, woher Ihre Beschwerden/Ängste rühren?“ ■ „Was sagen Ihre Arbeitskollegen/Ihr Chef?“
4	Angst ansprechen, Verständnis bekunden, ggf. Ungereimtheiten benennen [2,14,31].	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Ich sehe, dass Sie sehr ängstlich sind.“ ■ ggf. „Ich sehe, dass Sie viel Schlimmes erlebt haben.“ ■ ggf. „Ich kann verstehen, dass dieses Erlebnis Ihnen Angst gemacht hat.“ ■ „Ich wundere mich, dass...“
5	Erklärungsmodell der Patientinnen und Patienten erfragen	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Was ist Ihre Vorstellung, woher die Beschwerden kommen?“

	Beispiele für eine hausärztliche Intervention	Vorschläge zur praktischen Umsetzung
6	Gründliche, ggf. wiederholte körperliche Untersuchung	Die körperliche Untersuchung bei somatisch empfundenen Beschwerden signalisiert den Patienten, dass sie ernst genommen werden. Sie vermittelt ihnen Akzeptanz und Sicherheit und verdeutlicht die ärztliche Sichtweise einer Einheit von Körper, Seele und Geist.
7	Technische Untersuchungen nicht zur Beruhigung einsetzen. Endpunkt der Diagnostik partizipativ festlegen. Hinzuziehung weiterer Ärzte gemeinsam besprechen [22,24,32].	<ul style="list-style-type: none"> ■ So viel Diagnostik, bis der Arzt/die Ärztin selber sicher ist. ■ Negative Wirkung des Absicherungsverhaltens thematisieren: „Immer mehr Diagnostik wird Ihre Ängste wachsen lassen.“ ■ Vorher äußern, dass die Diagnostik vermutlich keine Erklärung für die geäußerten Beschwerden liefern wird [33].
8	Keine katastrophisierende Befundmitteilung, Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auf negative Suggestionen achten und vermeiden wie: „Noch geht es Ihnen gut!“, „Ihr Knie sieht aus wie ein Trümmerfeld!“ ■ Vermittlung einer Einsicht, wie Gefühl und Körperreaktion zusammenhängen (z.B. Stressmodell, Teufelskreis der Angst). ■ Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen ■ Thematisierung des Einsatzes des Internets ■ Aufklärung über Verlauf und Behandlungswege ■ Suggestive Fähigkeiten nutzen und sprachlich positive Bilder schaffen: „Bald werden Sie wieder Mut fassen und sich Änderungen zutrauen.“
9	Beschwerdeunabhängige Terminvergabe [15,34] und eine aufmerksame Haltung sowohl gegenüber dem emotionalen Erleben als auch gegenüber den körperlichen Symptomen	Versicherung des Patienten, dass er im Falle bedrohlicher Ängste am selben Tag einen Termin bekommt, gekoppelt mit proaktiver Terminvergabe: „Kommen Sie in 2 Wochen wieder, damit wir gemeinsam überprüfen können, wie sich die Beschwerden/Ängste entwickelt haben.“

	Beispiele für eine hausärztliche Intervention	Vorschläge zur praktischen Umsetzung
10	Fokussierung auf ängstliche Beobachtung der Symptome vermeiden [35]	Keine Beschwerdeprotokolle! Keine selbständige RR-Messung! Keine Äußerungen wie: „Kommen Sie wieder, wenn Sie Beschwerden haben!“ Stattdessen proaktive Wiedereinbestellung zu Folge-terminen.
11	Vermeidungsverhalten reduzieren! Keinen sozialen Rückzug und Schonhaltung unterstützen!	<ul style="list-style-type: none"> ■ So viel Diagnostik, bis der Arzt/die Ärztin selber sicher ist. ■ Negative Wirkung des Absicherungsverhaltens thematisieren: „Immer mehr Diagnostik wird Ihre Ängste wachsen lassen.“ ■ Vorher äußern, dass die Diagnostik vermutlich keine Erklärung für die geäußerten Beschwerden liefern wird [33].
12	Ressourcenorientierung [36]	Gemeinsames Suchen nach salutogenen Ressourcen, <ul style="list-style-type: none"> ■ „Wo waren Sie schon mal mutig?“ ■ „Was hilft Ihnen beim Aushalten der Angst?“, Konstruktive Erinnerungen stärken. Dabei auf Kenntnisse aus der Anamnese zurückgreifen.
13	Empfehlung von körperlicher Aktivität, Entspannungsverfahren und Selbsthilfegruppen. Beratung zu Schlafhygiene und Suchtmitteln. Ermutung zu Gesprächen mit Vertrauenspersonen, aber zeitlich begrenzt.	Ratschläge vermeiden in Form von: „Machen Sie doch Sport!“ Formulierungstechniken nutzen wie: <ul style="list-style-type: none"> ■ „Wissenschaftlich ist bewiesen, dass regelmäßige Bewegung nützlich ist.“ ■ „Nach meiner Erfahrung...“ ■ „Mit welcher Sportart werden Sie sich demnächst mehr bewegen?“ <p>Hausärztinnen und Hausärzte stellen Verbindungen zum Erleben der Patienten und ihren inneren Bildern her und ermutigen sie zu eigenen Ideen. Sie regen die Pflege guter Beziehungen an bzw. die Aufnahme sozialer Kontakte (örtliche Selbsthilfegruppen und sozialpsychiatrische Angebote, Nachbarschaftshilfe).</p>

	Beispiele für eine hausärztliche Intervention	Vorschläge zur praktischen Umsetzung
14	Fakultativ: Einsatz von Techniken verschiedener Psychotherapiemethoden zur Selbstberuhigung und -kontrolle	Wie zum Beispiel „Gedankenstopp“-Techniken. Unterstützung einer Konfrontationsbehandlung (bei spez. Phobien, Agoraphobie) oder Praxisteam basierte Konfrontationsbehandlung bei Panikstörung [37].
15	Gemeinsam Ziele festlegen [38] Partizipative Entscheidungsfindung [39] zu Behandlungswegen und Einsatz von Psychotherapie, Medikamenten	<ul style="list-style-type: none">■ „Was wäre anders, wenn Sie diese Beschwerden nicht hätten?“■ „Woran würden andere die Änderung merken?“■ „Wofür würde es sich lohnen, wieder gesund zu sein?“■ „Was ist Ihnen wichtig für die nächsten Tage/Wochen?“

5 Empfehlungen zur Psychotherapie

S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 6.1 Panikstörung/Agoraphobie und 6.2 Generalisierte Angststörung, 6.1.1 Psychotherapie S. 86 ff. und 6.2.1 Psychotherapie S. 122 ff

DEGAM-Praxisempfehlung:

Kommentar zum Einsatz von Psychotherapie

Die S3-Leitlinie empfiehlt kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapieverfahren und aufgrund des besseren Wirksamkeits-Nachweises den primären Einsatz einer kognitiven Verhaltenstherapie. Bei Versagen eines Therapieverfahrens kann der Wechsel zum anderen erfolgen. Dies ist die Grundlage für hausärztliche Empfehlungen an ihre Patienten. Die Empfehlung und Zuweisung zu einer speziellen psychotherapeutischen Behandlung ist abhängig von der Schwere der Angsterkrankung, den Präferenzen der Patienten und der individuellen Versorgungssituation.

6 Empfehlungen zur Pharmakotherapie

S3-Leitlinie Angststörungen zur medikamentösen Therapie von Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie

SSRIs	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollen SSRIs (Citalopram, Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin) zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Citalopram ²	20–40 mg	
	Escitalopram ³	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
	Sertralin	50–150 mg	
SNRI	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie soll der SNRI Venlafaxin zur Behandlung angeboten werden.	Ia	A
	Venlafaxin	75–225 mg	Ia A
TZA	Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte das trizyklische Antidepressivum Clomipramin zur Behandlung angeboten werden, wenn SSRIs oder der SNRI Venlafaxin nicht wirksam waren oder nicht vertragen wurden.	Ia	B
	Clomipramin	75–250 mg	

S3-Leitlinie Angststörungen zur medikamentösen Therapie von Patienten mit einer generalisierten Angststörung

SSRIs	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SSRIs Escitalopram oder Paroxetin angeboten werden.	Ia	A
	Medikament	Tagesdosis	
	Escitalopram ²	10–20 mg	
	Paroxetin	20–50 mg	
SNRI	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SNRIs Duloxetin oder Venlafaxin angeboten werden.	Ia	A
	Duloxetin	60–120 mg	
	Venlafaxin	75–225 mg	
Kalziummodulator	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte Pregabalin angeboten werden.	Ia	B
	Pregabalin	150–600 mg	
Trizyklisches Anxiolytikum	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Opipramol angeboten werden.	Ib	0
	Opipramol	50–300 mg	
Azapiron	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Buspiron angeboten werden.	Ib	0
	Buspiron	15–60 mg	

S3-Leitlinie Angststörungen zur medikamentösen Therapie von Patienten mit einer sozialen Phobie

SSRIs	Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin angeboten werden.		Ia	A
	Medikament	Tagesdosis		
	Escitalopram ²	10-20 mg		
	Paroxetin	20-50 mg		
	Sertralin	50-150 mg		
SNRI	Patienten mit einer sozialen Phobie soll der SNRI Venlafaxin angeboten werden.		Ia	A
	Venlafaxin	75-225 mg		
RIMA	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer sozialen Phobie Moclobemid angeboten werden.		Expertenkonsens	KKP
	Moclobemid	300-600 mg		

DEGAM-Praxisempfehlung:**Zusammenfassung zur medikamentösen Therapie von Angststörungen für die Anwendung in der hausärztlichen Praxis**

Um für den Einsatz in der Hausarztpraxis eine übersichtliche, einfache Orientierung auch unabhängig von einer sicheren Differenzierung der Angststörungen zu ermöglichen, hat die DEGAM-AG Angsterkrankungen unter den Gesichtspunkten breite Einsatzmöglichkeit, Verträglichkeit, Preis und Vermeidung von Benzodiazepinen die folgende kritisch wertende Zusammenfassung der in der S3-Leitlinie Angststörungen ausführlich dargestellten Substanzgruppen erstellt.

Arzneimittel-Gruppe*	Zulassungen	Besonderheit
SSRI, SNRI		
	NW: Unruhe, Erbrechen, initiale Angststeigerung, Kopfschmerzen, gastrointestinale Blutungen, sexuelle Störungen, besonders initial erhöhtes Suizidrisiko, Gewichtsveränderungen, Hyponatriämie.	
Sertralin 50-200 mg	Zulassung nur für Panikstörung und soziale Phobie, nicht für GAD	Gute Verträglichkeit [40]
Paroxetin 20-50 mg	Zulassung für alle Angststörungen	Nicht bei unter 18-jährigen, bei älteren Menschen maximal 40 mg

Arzneimittel-Gruppe*	Zulassungen	Besonderheit
Escitalopram 10-20 mg Citalopram 20-40 mg	Zulassung für GAD, Panikstörung und soziale Phobie Zulassung nur für Panikstörung, allerdings in doppelter Dosis identisch wirksam wie das Enantiomer Escitalopram	Sehr enger Bereich zwischen Wirkung und UAW. Wegen Risiko für QT-Syndrom sind EKG-Kontrollen erforderlich. Bei älteren Patienten Dosis halbieren, nicht bei Jugendlichen unter 18
Venlafaxin 75-375 mg	Zulassung für alle Angststörungen	Schlechtere Verträglichkeit [41] - u.a. hohes Risiko kardialer UAW, Albträume
Trizyklische Antidepressiva UAW: anticholinerge UAW, Tremor, Herzrhythmusstörungen, Gewichtszunahme, Verschlechterung der Kognition bei alten Menschen		
Clomipramin Beginn mit 10, meist 50-100, maximal 150 mg	Zulassung nur für Panikstörung	Einsatz auch bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen in angepasster Dosis möglich
Sedierender Effekt erwünscht:		
Mirtazapin 15-45 mg	Off-label-use	Bei Patienten mit komorbider Depression kein off-label-use. Ein Vorteil ist das fehlende Suchtpotenzial.
Lorazepam 1-2,5 mg	Nicht zur Angstbehandlung, aber im akuten Angstanfall, großzügiger bei Patienten mit schweren organischen Erkrankungen mit ungünstiger Prognose bzw. in palliativer Situation	Gefahr der Suchterzeugung! nicht mehr als eine N1-Verordnung oder einzelne Tabletten begrenzte Verschreibungsdauer zu Beginn kommunizieren, Rezepte persönlich aushändigen

Kommentare in Bezug auf den hausärztlichen Versorgungskontext:

SSRI haben eine flache Dosis-Response-Kurve (in 75% Ansprechen bereits bei unterer Ziel-Dosis). Auch bei den trizyklischen Antidepressiva sind häufig bereits Dosierungen unterhalb der

angegebenen Dosis wirksam. In der hausärztlichen Praxis werden diese Medikamente daher eher vorsichtig eindosiert, mit niedrigen Dosen beginnen, alle 3–5 Tage erhöhen, um das Risiko unerwünschter Wirkungen zu vermindern. Die vergleichsweise hohe Kontaktdichte in der Hausarzt-Praxis und die oft jahrelange persönliche Kenntnis der Patienten stellen hier nach Einschätzung der DEGAM insofern wichtige Vorteile dar, als dadurch ermöglicht wird, in rascher Kontaktfolge das Ansprechen der Therapie zu evaluieren und erforderlichen Falles die Dosis zu erhöhen.

Die Aussage der S3-Leitlinie Angststörungen, Trizyklika seien schlechter verträglich als SSRI, ist nach Auffassung der DEGAM-AG Angsterkrankungen nicht ausreichend belegt. Jedoch muss bei der Differenzialindikation bedacht werden, dass sich die beiden Substanzklassen im Spektrum an unerwünschten Wirkungen sowie in den Kontraindikationen unterscheiden.

Bei Patienten mit generalisierter Angststörung kann die DEGAM-AG Angsterkrankungen den Empfehlungen zu Pregabalin (S3 LL Angststörungen, S. 133, 6.2.2.3.) für die hausärztliche Praxis nicht folgen:

Pregabalin hat ein ausgeprägtes Suchtpotenzial (E8910) [42,43,44]. Daher sieht die DEGAM-AG Angsterkrankungen die Empfehlung zum Einsatz von Pregabalin bei Patienten mit Angststörungen [45,46,47] ,sehr kritisch.

Escitalopram hat eine identische Wirkung wie Citalopram. Formal ist der Einsatz von Citalopram bei generalisierter Angststörung aber off-label wegen der fehlenden beantragten Zulassung [48]. Inzwischen hat sich der Preis von Escitalopram-Generika dem von Citalopram weitgehend angenähert, weshalb die DEGAM-AG Angsterkrankungen hier keine prioritäre Entscheidung mehr sieht.

Weitere in der S3-Leitlinie Angststörungen benannte Substanzen wie Duloxetin, Moclobemid und Buspiron gehören nach Auffassung der DEGAM-AG Angststörungen eher zum Kompetenzbereich von Gebietsärzten [41].

S3-Leitlinie Angststörungen, Kapitel 5 Therapie, 5.1.2.7 Dauer der Behandlung, S. 71

DEGAM-Praxisempfehlung:

Dauer der Behandlung

Basierend auf einem Expertenkonsens empfiehlt die S3-Leitlinie Angststörungen, die Behandlung 6-12 Monate nach Remission fortzusetzen. Nach neuer Untersuchung [49] sollte eine Behandlung mindestens ein Jahr fortgesetzt werden.

Hausärzte werden in der Regel individuell und gemeinsam mit dem Patienten über eine Beendigung der Behandlung entscheiden. Für die gemeinsame Entscheidungsfindung ist die Information hilfreich, dass mehr als die Hälfte der behandelten Patienten nach Absetzung der antidepressiven Therapie für den Beobachtungszeitraum eines Jahres keinen Rückfall haben, ein Drittel aber doch. Die Dosis der Antidepressiva sollte langsam reduziert werden, um Absetzphänomene zu vermeiden.

**DEGAM-Praxisempfehlung:
Einbeziehung von Angehörigen**

Im Einverständnis der Patienten tragen Hausärztinnen und Hausärzte im sozialen Umfeld und der Familie zum Verständnis für die Erkrankung bei und berücksichtigen, dass Angehörige sowohl eine unterstützende als auch eine belastende Funktionen haben können.

**DEGAM-Praxisempfehlung:
Einbeziehung des Teams**

Hausärztinnen und Hausärzte beziehen die medizinischen Fachangestellten (MFA) in die Behandlung ein. Auch die MFAs werden in das Erkennen und Behandeln ängstlicher Beziehungsmuster der Patienten eingebunden und können wichtige Aufgaben zur Beruhigung und Ermutigung von Patientinnen und Patienten wahrnehmen. Strukturen, wie das ganze Behandlungsteam eingebunden und sich austauschen kann, sollten eingerichtet werden.

7 Literatur

1. Gensichen J, Rosemann T. Das Chronic Care-Modell: Elemente einer umfassenden Versorgung für Patienten mit chronischen Krankheiten. *Z Allg Med.* 2007; 83:483-6.
2. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med.* 2009; 7: 112-20.
3. Sartorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50: 819–24.
4. Maier W, Linden M, Sartorius N. Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: Ergebnisse und Schlußfolgerungen einer WHO-Studie. *Dtsch Arztebl.* 1996; 93(18): A-1202 / B-1026 / C-962.
5. van Boeijen C, van Oppen P, van Balkom A, et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice a randomised controlled trial. *British J Gen Pract.* 2005; 55: 763–769.
6. Garcia-Campayo J, Claraco LM, Sanz-Carrillo C, Arevalo E, Monton C. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002; 24: 101-105.
7. Epstein R M, Franks P, Fiscella K et al. Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 2005; 61: 516-28.
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams J et al. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Ann Intern Med.* 2007; 146: 317-325.
9. S3-Leitlinie funktionelle Körperbeschwerden (AWMF-Reg-Nr. 051-001)
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>.
10. Francis JL, Moitra E, Dyck I: The impact of stressful life events on relapse of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2012; 29: 386-91.
11. Hunsley J. Anxiety Disorders and the Family. How families affect psychiatric disorders. *Can Fam Physician.* 1991; 37: 421–427.
12. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997; 12: 439-445.
13. Herr N, Williams J, Benjamin S, McDuffie J. Does This Patient Have Generalized Anxiety or Panic Disorder? *JAMA* 2014; 312: 78-84.
14. Beck RS Daughtridge R Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract;* 2002; 15: 25-38.
15. Roter D, Hall J, Merisca R, Nordstrom B, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a metaanalysis. *Med Care.* 1997; 36: 1138–61.
16. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study on primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad-Med.* 2012; 87: 1243-9.
17. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* 1995; 152: 1423-33.
18. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns.* 2004; 54: 299-306.

19. Eisenberger NI, Master SL, Inagaki TK. Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2011; 28: 11721-26.
20. Veit I. Ärger in der Arzt-Patient-Beziehung. *Z Allg Med.* 2014; 90: 182–186.
21. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. Could this be something serious? Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med.* 2007; 22: 1731-9.
22. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ.* 2004; 328-444.
23. Hausteiner-Wiehle C, Grosber M, Bubel E, et al. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med.* 1991; 6: 241-24.
24. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res.* 2005; 59: 255-260.
25. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, et al. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making.* 2003; 23: 226-31.
26. Hinson VK, Haren WB. Psychogenic movement disorders. *Lancet Neurol.* 2006; 5: 695-700.
27. Egidi G. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Positionspapier zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/IGeL_DEGAM_Positionspapier_2007.pdf
28. Anderson M, Hartz A, Nordin T, et al. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med.* 2008; 40: 111-8.
29. Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med.* 2004; 80: 53-57.
30. Aiarzaguena JM, Gaminde I, Grandes G, et al. Somatisation in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2009; 10: 73.
31. Pauli P, Alpers GW. Memory bias in patients with hypochondriasis and somato-form pain disorder. *J Psychosom Res.* 2002; 52: 45–53.
32. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ.* 2004; 328: 1057.
33. Petrie KJ, Müller JT, Schirmbeck F, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ.* 2007; 334: 352.
34. Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, et al. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract.* 2011; 28: 444-55.
35. Hausteiner C, Bornschein S, Zilker T, et al. Dysfunctional cognitions in idiopathic environmental intolerances (IEI)—an integrative psychiatric perspective. *Toxicol Lett.* 2007; 171: 1-9.
36. Petzold TD. Salutogene Kommunikation zur Anregung der Selbstheilungsfähigkeit bei langwieriger Erkrankung. Petzold & Bahrs: Chronisch krank und doch gesund 2013; Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim: 263-278.

37. Gensichen J., Hiller Thomas S., Breitbart J., et al. Patienten mit Panikstörungen in der Primärversorgung Effekte eines Praxisteam-unterstützten Übungsprogramms. Eine Cluster-randomisierte Studie. Dtsch. Ärzteblatt Int. 2019; 116: 159-66
38. Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog – eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO) G+G Wissenschaft 2011; 11: 7-15.
39. Bieber C, Muller KG, Blumenstiel K. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibro-myalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2006; 63: 357-366.
40. Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. BMJ 2011; 342: d1199
41. https://www.iqwig.de/download/G09-01_Abschlussbericht_Kurzfassung_Kosten-Nutzen-Bewertung-von-Venlafaxin-Duloxetin-Bupropion-und-Mirtazapin.pdf
42. Schwan S, Sundstrom A, Stjernberg E, et al. A signal for an abuse liability for pregabalin results from the Swedish spontaneous adverse drug reaction reporting system. Eur J Clin Pharmacol. 2010; 66: 947-53.
43. Caster O, Edwards IR, Noren GON, Lindquist M. Earlier discovery of pregabalin's dependence potential might have been possible. Eur J Clin Pharmacol. 2010; 67: 319–320.
44. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Aus der UAW-Datenbank Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin (Lyrica®). Dtsch Ärztebl 2011;108; 25-38.
45. Schwan S, Sundstrom A, Stjernberg E, et al. A signal for an abuse liability for pregabalin results from the Swedish spontaneous adverse drug reaction reporting system. Eur J Clin Pharmacol. 2010; 66: 947-53.
46. Caster O, Edwards IR, Noren GON, Lindquist M. Earlier discovery of pregabalin's dependence potential might have been possible. Eur J Clin Pharmacol. 2010; 67: 319–320.
47. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Aus der UAW-Datenbank Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin (Lyrica®). Dtsch Ärztebl 2011;108; 25-38.
48. <https://www.fachinfo.de/suche/fi/011463> - letzter Zugriff am 28.9.2017
49. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, van Balkom A. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. BMJ. 2017; 358: 3927