

Panikstörung

Zuletzt bearbeitet: 20. Nov. 2024

Zuletzt revidiert: 19. Nov. 2024

Zuletzt revidiert von: Jonas Klaus

Ausdruck von DEXIMED, 12. Dez. 2024 - gedruckt von Daniel Mueller

Definition:

Psychische Störung aus der Gruppe der Angsterkrankungen mit wiederkehrenden, plötzlichen Angstanfällen (Panik) und körperlichen Symptomen der Angst. Oft in Begleitung einer Agoraphobie, einer spezifischen Angst vor Orten und Situationen, in denen eine Flucht schwierig wäre.

Inzidenz:

Relativ häufig mit einer Lebenszeitprävalenz von 1–6 %. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (2:1).

Symptome:

Plötzlicher, unvorhersehbarer Angstanfall mit vielseitigen körperlichen Symptomen (Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Hyperventilation, Erstickungsgefühl, Brustenge etc.) und Angst vor Kontrollverlust und dem Tod. Vermeidungsverhalten und Agoraphobie mit Angst vor spezifischen Orten, z. B. Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel oder enge Räume (z. B. Fahrstühle).

Befunde:

Sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung ohne Hinweise auf organische Ursachen.

Diagnostik:

Einsatz technischer Untersuchungen bei Hinweisen auf organische Ursachen, darüber hinaus zurückhaltender Einsatz. Psychopathologischer Befund und standardisierte psychiatrische Testung.

Therapie:

In leichten Fällen ggf. abwartendes Offenhalten und proaktive Terminvergabe. Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) und Pharmakotherapie mit vergleichbarer Wirkung, eine Kombination ist möglich. Begleitung durch Selbsthilfe, körperliche Aktivität und psychosoziale Interventionen.

Allgemeine Informationen

Diagnostik

Diagnostische Kriterien

Diagnostisches Vorgehen (Stufenplan)

- Offenes Interview mit Angaben von Patient*innen
- Screeningfragen
- Strukturierte Befunderhebung
- Anamnese
- Fremdanamnese
- Differenzialdiagnostik
- Diagnosestellung und Schweregradbeurteilung

Diagnostische Kriterien

- Diagnosestellung anhand der ICD10-Kriterien empfohlen
- Kurzbeschreibung Panikstörung (F41.0)
 - plötzlich auftretende Angstanfälle mit körperlichen Ausdrucksformen der Angst
 - Angst, die Kontrolle zu verlieren, wahnsinnig oder ohnmächtig zu werden und zu sterben.
 - plötzlicher Beginn und Symptomzunahme über ca. 10 min, meist mit Agoraphobie verbunden
- Kurzbeschreibung Agoraphobie mit Panikstörung
 - Zusätzliche Angst vor Orten, an denen eine Flucht schwierig oder peinlich/aufsehenerregend wäre.
 - Angstanfälle meist in Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln oder in engen Räumen (z. B. Fahrstühle)
 - Die Anwesenheit von Begleitpersonen reduziert die Angst (Angst vor dem Alleinsein).

Screening (Case Finding)

DEGAM-Praxisempfehlung: Panikstörung ³

Definition Panikstörung (F41.0) für die hausärztliche Versorgung

- Plötzlich auftretende Angstanfälle mit den körperlichen Ausdrucksformen der Angst
- Zunahme der Symptome über ca. 10 Minuten und spontanes Ende nach max. 2 Stunden
- in 2/3 der Fälle mit Agoraphobie verbunden

- Patient*innen beruhigen sich durch Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes.

Aufgreiffrage

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

Definition Agoraphobie (F40.0) für die hausärztliche Versorgung

- Häufige Folge von Panikattacken
- Angst vor Orten, an denen im Falle des Auftretens einer Panikattacke oder anderem Kontrollverlust eine Flucht schwer möglich ist bzw. peinliches Aufsehen erregen würde.
 - Menschenmengen, Bus, Bahn, Kino, Kaufhaus, enge Räume, öffentliche Plätze oder beim Reisen
 - auch: Angst vor dem Alleinsein
- Das Vermeidungsverhalten führt zu sozialem Rückzug.
 - Zum Teil werden körperliche Symptome (z. B. Diarrhö) als Begründung des Rückzugs vorgeschoben.

Aufgreiffrage

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

Differenzialdiagnosen

Somatische Differenzialdiagnosen ¹

- Lungenerkrankungen
 - z. B. [Asthma bronchiale](#), [COPD](#), respiratorische Insuffizienz
- Herz-Kreislaufferkrankungen
 - [Angina pectoris](#), [Myokardinfarkt](#), Synkopen, Arrhythmien
- Neurologische Erkrankungen
 - [epileptische Anfälle](#), [Migräne](#), [Multiple Sklerose](#), Tumoren, andere Schwindelursachen
- Endokrine Störungen
 - [Hypoglykämie](#), [Hyperthyreose](#), [Hyperkaliämie](#), [Hypokalzämie](#), [Insulinom](#), Karzinoid, [Phäochromozytom](#)

- Weitere Krankheitsbilder
 - periphere Vestibularisstörung, [benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel](#),
 - Medikamentennebenwirkungen

Psychiatrische Differenzialdiagnosen ¹

- Andere Angststörung
- [Somatisierungsstörung](#)
- [Depression](#)
 - ggf. mit sekundären Panikattacken ⁷
- Anpassungsstörungen
- [Posttraumatische Belastungsstörung](#)
- Emotional-instabile [Persönlichkeitsstörung](#) („Borderline-Persönlichkeitsstörung“)
- [Alkoholabhängigkeit](#) oder -entzug
- Psychose (z. B. bei [Schizophrenie](#))

Anamnese

Beschwerden

- Zeitlicher Verlauf ^{1, 7}
 - plötzlich auftretende Anfälle
 - Zunahme der Symptome über ca. 10 min
 - Dauer bis zu 2 Stunden
- Symptome der Panikattacke ^{1, 3, 7}
 - körperliche Symptome der [Angst](#)
 - Herzrasen und Palpitationen
 - Zittern
 - Schwitzen
 - Atemnot und Erstickungsgefühl
 - Enge im Hals
 - Mundtrockenheit
 - Schmerzen
 - Druck- oder Engegefühl in der Brust
 - Übelkeit
 - Schwindel oder Benommenheit
 - Gangunsicherheit
 - Hitzewallungen oder Kälteschauer
 - Hyperventilation

- Taubheits- oder Kribbelgefühle
 - Derealisation: Gefühl, dass Dinge unwirklich sind („wie im Traum“).
- Angstsymptome
 - Angst vor Kontrollverlust
 - Angst vor Ohnmacht
 - Todesangst
- Agoraphobie
 - Angst oder Beklemmungsgefühle in spezifischen Situationen, meist in Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln
 - Entsteht oft im Laufe einer Panikstörung.
- Suizidalität
 - Suizidideen sollen aktiv exploriert werden. ¹

Weiterführende Anamnese

- Ursachen und Auslöser ^{1, 3}
 - auslösende Situationen
 - aktuelle Belastungsfaktoren
 - traumatische Erfahrungen
 - Lebensumstände
 - komorbide psychische Störungen
- Psychosoziale Faktoren ¹⁻²
 - hoher Leidensdruck
 - Vermeidungsverhalten
 - sozialer Rückzug
 - berufliche Einschränkungen
 - hohe Beanspruchung ärztlicher Hilfe
- Ergänzung durch Fremdanamnese (Angehörige, Bezugspersonen) ¹

Klinische Untersuchung

Körperliche Untersuchung

- Betroffene schildern primär oft organbezogene Symptome. ¹
- Sorgfältige, symptomorientierte körperliche Untersuchung
 - Hinweise auf mögliche (organische) Differenzialdiagnosen
 - Signalisiert Patient*innen mit somatische empfundenen Beschwerden Sicherheit und, dass sie ernst genommen werden.

Kurzfragebögen zum Case Finding

- Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)
- Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety
 - Gesundheitsfragebogen für Patient*innen [☞](#) und Kurzanleitung zur Auswertung [☞](#)
 - Sensitivität von 81 % und Spezifität von 99 % ⁸
- Näheres zum Einsatz von Fragebögen siehe Artikel [Angst](#).

Ergänzende Untersuchungen in der Hausarztpraxis

- Weiterführende Untersuchungen dienen dem Ausschluss einer organischen Ursache. ¹
 - Während die DGPM-Leitlinie ¹ eine allgemeine Basisdiagnostik bei Angststörungen empfiehlt, wird von der DEGAM-Praxisempfehlung ³ aufgrund der Gefahr einer somatischen Fixierung ein individualisiertes Vorgehen bevorzugt.
 - DEGAM-Praxisempfehlung zur Durchführung technischer Untersuchungen ³
 - Bis sich Hausärzt*innen und Patient*innen ausreichend sicher sind.
 - ggf. Wiederholung von Anamnese und körperlicher Untersuchung
 - gemeinsame Entscheidungsfindung über Endpunkt der Diagnostik
 - Negative Auswirkungen von Absicherungsverhalten kann mit Patient*innen thematisiert werden („Immer mehr Diagnostik wird Ihre Ängste wachsen lassen.“). ³
- Labordiagnostik ¹
 - [Blutbild](#), [Blutzucker](#), Elektrolyte, Schilddrüsenstatus ([TSH](#), [FT3](#), [FT4](#))
- [EKG](#) ¹
- Ggf. Sauerstoffsättigung ¹

Diagnostik bei Spezialist*innen

- Weiterführende Diagnostik zum Ausschluss (organischer) Differenzialdiagnosen abhängig von den Verdachtsdiagnosen ¹
 - zerebrale Bildgebung (MRT, CT)
 - EEG
 - [Belastungs-EKG](#)

- 24-Std-EKG bzw. -RR
- [Echokardiografie](#)
- Röntgen-Thorax
- apparative Schwindeldiagnostik
 - Elektronystagmografie, Videonystagmografie, Kalorik, Vestibularisprüfung
- Spezielle psychiatrische Diagnostik ¹
 - [psychopathologischer Befund](#)
 - strukturierte bzw. halbstrukturierte Interviews
 - symptomspezifische Skalen für Panikstörung und Agoraphobie (Schweregradbestimmung)
 - Panik und Agoraphobie-Skala (PAS): Fremdbeurteilung
 - Panik und Agoraphobie-Skala (PAS): Selbstbeurteilung
 - Panic Disorder Severity Scale (PDSS): Fremdbeurteilung

Indikationen zur Überweisung/Klinikeinweisung

- Primäre hausärztliche Behandlung, insbesondere bei leichten Ängsten (partizipative Entscheidungsfindung)
 - proaktive Terminvergabe und Evaluation spätestens nach 3 Monaten ³
- Überweisung zur psychiatrischen, psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bei schweren Ängsten (z. B. Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Teilhabe, komorbide psychische Störungen) ³
- Sofortige Überweisung oder Klinikeinweisung bei: ³
 - [Suizidalität](#)
 - psychotischen Symptomen
 - komplizierter, somatischer Differenzialdiagnose

Therapie

Therapieziele

- Angst und Vermeidungsverhalten reduzieren.
- Die soziale und berufliche Integration verbessern.
- Die Lebensqualität verbessern.
- Rückfälle verhindern.

Leitlinie: Behandlung von Angststörungen ¹

Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie

- Indikationen zur Behandlung
 - mittlerer bis schwerer Leidensdruck
 - psychosoziale Einschränkungen
 - mögliche Komplikationen, z. B. Suchterkrankung
- Menschen mit Panikstörung/Agoraphobie soll Folgendes angeboten werden (Ia/A):
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie
- Dabei soll die Präferenz der informierten Patient*innen berücksichtigt werden.
- Im Informationsgespräch sollen folgende Aspekte eine Rolle spielen:
 - Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen, Verfügbarkeit.
- Mitbehandlung von komorbiden Störungen
 - Bei Komorbidität mit Depression soll eine leitliniengerechte antidepressive Therapie erfolgen (Expertenkonsens/KKP).
- Maßnahmen bei Nichtansprechen (Psycho- oder Pharmakotherapie)
 - Wechsel auf die jeweils andere Therapieform oder Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie (Expertenkonsens/KKP)

- Verlauforientierte hausärztliche Behandlung ³
 - Wirkfaktor Arzt-Patient-Beziehung
 - Vermittlung einer Erfahrung von Geborgenheit und Akzeptanz
 - Vermeidung von Verurteilung oder Bagatellisierung
 - Förderung von Selbstkompetenz und Selbstmanagement
 - regelmäßige, geplante Wiedereinbestellungen zur Stabilisierung
- Abwartendes Offenhalten und proaktive Terminvergabe ³
 - Versicherung, dass die Patient*innen im Falle bedrohlicher Ängste kurzfristig einen Termin bekommen.
 - Der Termin zur Verlaufskontrolle ist unabhängig von den Beschwerden („Kommen Sie in 2 Wochen wieder, damit wir gemeinsam überprüfen können, wie sich die Beschwerden/Ängste entwickelt haben.“).

- Psychoedukation (z. B. Stressmodell, Teufelskreis der Angst, schriftliche Patienteninformationen)
- Positive Bilder und Suggestionen nutzen („Bald werden Sie wieder Mut fassen und sich Änderungen zutrauen.“).

Behandlung von akuten Panikattacken

- Meist ist eine Beruhigung durch Anwesenheit von Ärzt*innen oder Psycholog*innen ausreichend. ¹⁻²
 - auch in schweren Fällen mit Hyperventilation ²
 - Nur sehr selten ist eine spezifische Therapie notwendig. ¹⁻²
- In Ausnahmefällen Beendigung des Angstzustandes durch Benzodiazepine ² (z. B. Lorazepam ² 1,0—2,5 mg)

Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ^{1, 9}

- Bei Panikstörung/Agoraphobie soll eine KVT angeboten werden (Ia/A). ¹
- Wirksamkeit
 - am besten belegte Wirksamkeit bei Panikstörung ^{2, 9}
- Dauer der Therapie
 - individuelle Anpassung abhängig von Schweregrad, Komorbidität und psychosozialen Faktoren ¹
- Behandlungsstrategien
 - Einzel- oder Gruppentherapie anhand empirisch fundierte Behandlungsprotokolle (Manuale) ¹
 - bei Vermeidungsverhalten bzw. Agoraphobie Aufnahme von Elementen einer Expositionstherapie
 - Konfrontation mit auslösenden Situationen in therapeutischer Begleitung ¹⁻²
 - Elemente der KVT ²
 - Psychoedukation
 - Abbau von Absicherungsverhalten
 - kognitives Reframing
 - interne Dialoge und Gedankenstopp
 - Reaktionsexposition in sensu und in vivo (paradoxe Intervention)
 - Rückfallprophylaxe
- KVT-basierte Internetintervention ^{1, 10}
 - Anleitung zur Selbsthilfe

- Kann zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn angeboten werden (Expertenkonsens/KKP). ¹

Psychodynamische Psychotherapie

- Bei Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn eine KVT nicht wirksam oder nicht verfügbar ist oder eine Präferenz des informierten Patienten besteht (IIa/B). ¹
- Wirksamkeit
 - keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise aus Studien ²
- Dauer der Therapie
 - individuelle Anpassung abhängig von Schweregrad, Komorbidität und psychosozialen Faktoren ¹

Medikamentöse Therapie

Leitlinie: Behandlung von Angststörungen — Medikamentöse Therapie ¹

Allgemeines zur Pharmakotherapie

- Aufklärung von Patient*innen über:
 - Wirkeintritt mit einer Latenz von ca. 2 Wochen (1—6 Wochen)
 - Nebenwirkungsprofil einschl. Absetzphänomene
 - Wechselwirkungen und Toxizität bei Überdosierung
 - notwendige Untersuchungen im Verlauf (EKG, Labor)
- Dauer der Therapie
 - Fortführung über 6—12 Monate nach Eintreten einer Remission
 - Verlängerung, wenn ein Absetzversuch zu einem Wiederauftreten der Angstsymptomatik führt.
 - Langsame Reduktion (SSRI [☑](#), SNRI, TZA), um Absetzphänomene zu vermeiden.
- Patientinnen im konzeptionsfähigen Alter sollen über mögliche Risiken durch bestimmte Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit hingewiesen werden.

SSRI und SNRI

- Patient*innen mit einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie soll eine pharmakologische Behandlung mit Citalopram [☑](#), Escitalopram [☑](#), Paroxetin [☑](#), Sertralin [☑](#) oder Venlafaxin [☑](#) angeboten werden (Ia/A).

- Beispiele unerwünschter Wirkungen: Unruhe, Schlaflosigkeit, sexuelle Dysfunktionen, Absetzphänomene
- Ca. 75 % der Patient*innen reagieren bereits auf initiale (niedrige) Dosis.
- Citalopram [☑](#) (SSRI [☑](#))
 - Tagesdosis 20—40 mg
- Escitalopram [☑](#) (SSRI [☑](#))
 - Tagesdosis 10—20 mg
- Paroxetin (SSRI [☑](#))
 - Tagesdosis 20—50 mg
- Sertralin [☑](#) (SSRI [☑](#))
 - Tagesdosis 50—150 mg
- Venlafaxin [☑](#) (SNRI)
 - Tagesdosis 75—225 mg

Trizyklische Antidepressiva (TZA)

- Patient*innen mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte das trizyklische Antidepressivum Clomipramin [☑](#) zur Behandlung angeboten werden, wenn SSRI [☑](#) oder der SNRI Venlafaxin [☑](#) nicht wirksam waren oder nicht vertragen wurden (Ia/B).
 - Beispiele unerwünschter Wirkungen: anticholinerge Wirkungen, Sedierung, Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Wirkungen
- Clomipramin [☑](#)
 - Tagesdosis 75—250 mg
 - Therapiebeginn in niedrigerer Dosis und Steigerung alle 3—5 Tage
 - Dosisreduktion und vorsichtige Verordnung bei älteren Patient*innen

Benzodiazepine

- Benzodiazepine [☑](#) sind wirksam (Ia), sollen jedoch aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung etc.) nicht angeboten werden (KKP).
 - Beispiele unerwünschter Wirkungen: Abhängigkeitsentwicklung, Toleranz, Verlängerung der Reaktionszeit, Stürze
- In Ausnahmefällen können Benzodiazepine [☑](#) unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet angewendet werden.
- Dosierung so niedrig wie möglich, aber auch so hoch wie notwendig (z. B. Lorazepam 1,0 mg)

Wirksamkeit

- Eine Cochrane-Metaanalyse von 2023 fand Evidenz für eine überlegene Wirksamkeit von SSRI, SNRI (Venlafaxin [\[1\]](#)), TZA und Benzodiazepinen gegenüber Placebo mit geringen Unterschieden zwischen den Wirkstoffklassen. ¹¹
 - leicht überlegene Evidenzlage für Paroxetin und Fluoxetin [\[2\]](#) gegenüber Sertralin [\[3\]](#) innerhalb der SSRI [\[4\]](#)
- Ein weiteres systematisches Review mit Metaanalyse fand hohe Remissionsraten bei geringem Risiko für unerwünschte Ereignisse für die Behandlung mit SSRI [\[5\]](#), insbesondere Sertralin [\[6\]](#) und Escitalopram [\[7\]](#). ^{4, 12}

Nicht empfohlene Medikamente

- Benzodiazepine [\[8\]](#)
 - Sind aufgrund des Abhängigkeitsrisikos und wegen möglicher Nebenwirkungen wie Schläfrigkeit und Konzentrationsstörungen nicht zu empfehlen. ¹
 - In Ausnahmefällen (z. B. schwere kardiale Erkrankungen, Kontraindikationen für Standardmedikamente, palliative Situation, [Suizidalität](#)) können Benzodiazepine [\[9\]](#) unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung zeitlich befristet angewendet werden.
 - Die Behandlung sollte in der Regel nur für wenige Wochen durchgeführt werden.
 - Nach längerer Behandlung sollten Benzodiazepine [\[10\]](#) sehr langsam (ggf. über mehrere Wochen) ausgeschlichen werden.
 - Dosierungsbeispiel: Lorazepam [\[11\]](#) 1–2,5 mg im akuten Angstanfall
 - nicht mehr als eine N1-Verordnung oder einzelne Tabletten
 - Die begrenzte Verschreibungsdauer zu Beginn kommunizieren.
 - Rezepte persönlich aushändigen.
- Buspiron
 - 5 HT1A-Agonist
 - bei Panikstörung nicht wirksamer als Placebo und weniger wirksam als das TZA Imipramin [\[12\]](#)
- Moclobemid [\[13\]](#)
 - reversibler MAO-Hemmer (RIMA)
 - inkonsistente Ergebnisse zur Wirksamkeit bei Panikstörung
 - in Deutschland für diese Indikation nicht zugelassen
- [Cannabinoide](#)

- Eine von der BKK Mobil Oil unterstützte, an der Universität Bremen erarbeitete Expertise (Neufassung März 2021) kommt nach umfassender Sichtung der Datenlage zur Einschätzung, dass [Angststörungen](#) unter die „möglichen Indikationen“ für den therapeutischen Einsatz von Cannabinoiden fallen. ¹³
- Diese Einschätzung stützt sich auf:
 - Studien an Schmerzpatient*innen, bei denen Angstsymptome unter den Cannabis-Präparaten Dronabinol, Nabilon [\[1\]](#) oder Nabiximols (Näheres siehe Artikel [Cannabinoid-haltige Arzneimittel](#)) zurückgingen. ¹⁴
 - Eine kleine Studie, an der 24 von [sozialer Phobie](#) Betroffene teilnahmen. Diese erhielten randomisiert entweder Cannabidiol [\[1\]](#) (CBD, Näheres siehe Artikel [Cannabinoid-haltige Arzneimittel](#)) oder Placebo. Im daraufhin durchgeführten Provokationstest, bei dem die Patient*innen eine Rede halten mussten, zeigten die mit CBD Behandelten niedrigere Angstwerte als die der Placebogruppe. ¹⁵ Der potenzielle therapeutische Nutzen von Cannabinoiden bei Panikstörungen ist jedoch weiterhin unklar.
- CBD ist im Vergleich zu den infrage kommenden Antidepressiva [\[1\]](#) besser verträglich und mit einem niedrigeren Risiko für Arzneimittelinteraktionen assoziiert. Ob das bei ausgewählten Personen einen Behandlungsversuch mit CBD rechtfertigt, ist kontrovers. ¹³
- Weitere Medikamente mit unzureichenden oder inkonsistenten Wirksamkeitsdaten (Stand September 2021) ¹⁻²
 - Reboxetin [\[1\]](#) (Noradrenalin [\[1\]](#)-Wiederaufnahmehemmer, NaRI)
 - Mirtazapin [\[1\]](#) (Noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum, NaSSA)
 - Antikonvulsiva (Valproat, Gabapentin [\[1\]](#))
 - Inositol (intrazellulärer Second-Messenger-Präkursor)
 - Bupropion [\[1\]](#) (Noradrenalin [\[1\]](#)-Dopamin [\[1\]](#)-Wiederaufnahmehemmer, NDRI)
 - Propranolol [\[1\]](#) (Betablocker)

Weitere Therapien

Selbsthilfe

- Selbsthilfe mit Büchern oder Audiomaterial therapiebegleitend oder überbrückend (Anleitung zur Selbsthilfe) ¹
- Symptومتagebücher (Selbstmonitoring hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs, der Frequenz, der auslösenden Situationen)

- Selbsthilfe- und Angehörigengruppen ¹

Körperliche Aktivität

- Sport als ergänzende Maßnahme kann empfohlen werden (Expertenkonsens/KKP). ¹
 - insbesondere Ausdauertraining (z. B. 3 x/Woche 5 km Laufen)
- Sportliches Ausdauertraining war in einer Studie wirksamer als Placebo, jedoch weniger wirksam als Clompramin. ²

Einbezug von Angehörigen

- Bei Zustimmung der Patient*innen können Angehörige einbezogen werden. ¹
 - Verständnis für die Störung und Symptome schaffen.
 - Abbau von Vermeidungsverhalten fördern.
 - Unterstützung bei der Therapie (z. B. regelmäßige Einnahme der Medikamente)

Alternative Medizin

- Für die meisten Methoden der alternativen Medizin mangelt es an Nachweisen für die Wirksamkeit bei Angstzuständen (Ia).
- Es gibt einige Hinweise darauf, dass Akupunktur, Massage (nur bei Kindern), Tanz- und Bewegungstherapie, Meditation und Musiktherapie sinnvoll sein können.
- Für pflanzliche Arzneimittel und die Homöopathie fehlt der Wirksamkeitsnachweis.

Praktische Ratschläge zum Verhalten bei einer Panikattacke

- Ggf. in eine Tüte atmen bei [Hyperventilation](#).
- Im Rahmen der KVT erlernte Strategien anwenden.
- Entspannungstechniken anwenden.

Verlauf, Komplikationen und Prognose

Verlauf

- Eine Panikstörung hat üblicherweise einen chronischen, phasenhaften Verlauf. ¹
 - Längere Perioden ohne Panikattacken können vorkommen.

- Oft deutliche Abnahme von Angstsymptomen im Verlauf der 5. Lebensdekade ^{1, 16}

Komplikationen

- Risiko für psychische und organische Komorbiditäten ¹⁻²
 - z. B. [Alkohol](#)- und/oder Medikamentenmissbrauch
- Erhöhtes Suizidrisiko ¹

Prognose

- Eine unbehandelte Panikstörung kann chronisch verlaufen und das Leben stark beeinträchtigen. ¹⁷
- Psychotherapie und Pharmakotherapie
 - Hinsichtlich der Wirksamkeit gleichwertig, die Kombination ist überlegen. ¹⁻²
- Gute Prognose unter Psycho- und/oder Pharmakotherapie in einer longitudinalen Studie ¹⁷
 - 87 % der Patient*innen waren frei von Panikattacken nach Behandlungsende.
 - 96 % der Patient*innen waren nach 2 Jahren in Remission.
 - 77 % der Patient*innen waren nach 5 Jahren in Remission.
 - 67 % der Patient*innen waren nach 7 Jahren in Remission.
- Rückfälle ¹⁷
 - häufig bei Abbruch der Pharmakotherapie (55–70 %)
 - Rückfallrisiko unter Frauen höher als unter Männern
 - Behandlung mit (erneuter) kognitiver Verhaltenstherapie und/oder Pharmakotherapie

Verlaufskontrolle

- Verlaufskontrolle des Behandlungserfolgs anhand regelmäßiger Untersuchungen, ggf. unter Verwendung entsprechender Skalen ¹
 - z. B. initial alle 3 Monate, später individuell ³

Patienteninformationen

Patienteninformationen in Deximed

- [Panikstörung](#)

Patientenleitlinie

- Behandlung von Angststörungen [↗](#)

Patientenorganisationen

- Deutsche Angst-Hilfe e. V. [↗](#)
 - Was tun bei Panikattacken? [↗](#)

Weitere Informationen

- Gesundheitsfragebogen für Patient*innen (PHQ-D) [↗](#) und Kurzanleitung zur Auswertung [↗](#)











Quellen

Leitlinien

- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. AWMF-Leitlinie Nr. 051-028, Stand 2021. register.awmf.org [↗](#)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). DEGAM-Praxisempfehlungen: Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst. Stand 2021. www.degam.de [↗](#)

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. AWMF-Leitlinie Nr. 051-028, Stand 2021. register.awmf.org [↗](#)
2. Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.) Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 11. Auflage. München, 2015. Urban & Fischer in Elsevier.
3. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst. DEGAM-Praxisempfehlung, Stand 10/2016. www.degam.de [↗](#)

4. Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, et al. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;376:e066084. Published 2022 Jan 19.
[doi.org](#) 
5. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014;85(1): 77-87.
[link.springer.com](#) 
6. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1568-1578.
[doi.org](#) 
7. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICD-10-GM Version 2024. Stand: 15.09.2023, zuletzt abgerufen: 09.11.2024.
[klassifikationen.bfarm.de](#) 
8. Herr NR, Williams JW Jr, Benjamin S, et al. Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?: The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA*. 2014;312(1):78-84. doi:
10.1001/jama.2014.5950
DOI 
9. Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa TA. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue 10. Art: No.: CD011170.
[www.ncbi.nlm.nih.gov](#) 
10. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue 3. Art: No.: CD011565.
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](#) 
11. Guaiana G, Meader N, Barbui C, et al. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;11(11):CD012729. Published 2023 Nov 28.
[doi.org](#) 
12. Weih M. Das hilft bei Panikstörungen am besten. *InFo Neurologie* 24, 10 (2022).
[doi.org](#) 
13. Glaeske G, Muth L (Hrsg.). Cannabis-Report 2020. Bremen 2021.
[www.socium.uni-bremen.de](#) 
14. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015; 313: 2456–73. PMID: 26103030

PubMed [↗](#)

15. Bergamaschi MM, Queiroz RHC, Chagas MHN, et al. Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology* 2011; 36: 1219–26. PMID: 21307846

PubMed [↗](#)

16. Olaya B, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Haro JM. Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *J Affect Disord* 2018; 241: 627-633. PMID: 30172214

PubMed [↗](#)

17. Sawchuk CN, Veitengruber JS. Panic disorders. *BMJ Best Practice*. Last reviewed: 18 Oct 2024. Last updated: 14 Jul 2023 (abgerufen am 18.11.2024).

bestpractice.bmj.com [↗](#)

Autor*innen

- Jonas Klaus, Dr. med., Arzt in Weiterbildung Neurologie, Hamburg

Frühere Autor*innen

- Die ursprüngliche Version dieses Artikels basiert auf einem entsprechenden Artikel im norwegischen hausärztlichen Online-Handbuch Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL).