

Standardtherapie für Panikstörung mit/ohne Agoraphobie in der Hausarztpraxis

Usual Care for Panic Disorder with/without Agoraphobia in Primary Care

Autoren

Michael Sommer^{1,*}, Thomas S. Hiller^{1,*}, Jörg Breitbart¹, Nico Schneider¹, Tobias Teismann², Antje Freytag¹, Jochen Gensichen^{1,3}, für die „Jena-PARADISE“ Study Group

Institute

- 1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena
- 2 Fakultät für Psychologie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum
- 3 Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Schlüsselwörter

Angststörungen, Standardtherapie, Hausarzt

Keywords

anxiety disorders, standard of care, general practitioner

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-105058>

Online-Publikation: 2017 | Psychiat Prax

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jochen Gensichen, Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der LMU München, Pettenkoferstraße 8a/10, 80336 München
jochen.gensichen@med.uni-muenchen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Beschreibung der hausärztlichen Standardtherapie (Therapy As Usual, TAU) bei Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (PDA).

Methoden Schriftliche Befragung von 38 Hausärzten, die in einer Interventionsstudie 189 Patienten mit PDA behandelten.

Ergebnisse TAU beinhaltete eine Mischung aus psychosozialen (Besprechung psychosozialer Probleme, 83%) und pharmakologischen (SSRI, 62%) Interventionen.

Schlussfolgerung TAU erscheint weitgehend leitliniengerecht. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist studienbedingt eventuell eingeschränkt.

ABSTRACT

Objective To describe therapy as usual (TAU) for panic disorder with/without agoraphobia (PDA) in primary care.

Method Written survey of 38 general practitioners (GPs) who provided TAU to 189 patients with PDA as part of an interventional study. Data were analyzed descriptively.

Results The most common TAU-interventions were: exploration of psychosocial problems (83%), recommendation not to avoid anxiety-provoking stimuli (72%), prescription of SSRIs (62%). Common reasons for referrals were various psychiatric comorbidities and treatment-refractory anxiety (77%). GPs rarely used validated diagnostic tools such as structured interviews (18%) or questionnaires (14%).

Conclusions TAU mostly involved guideline-recommended psychosocial and pharmacological interventions. Study-related procedures may limit the generalizability of findings.

Einleitung

Unter hausärztlichen Patienten ist die Prävalenz der Panikstörung mit 4,7% deutlich erhöht [1]. Das hausärztliche Standardvorgehen bei Diagnostik und Therapie von Angststörungen („Therapy As Usual“, TAU) wurde oft als suboptimal und hetero-

gen kritisiert [2], jedoch selten empirisch untersucht. Die deutsche GAD-P-Studie [3] zeigte, dass bei generalisierter Angststörung zu 97% Psychopharmaka angewendet werden. In der britischen LAMP-Studie [4] bestand TAU bei Panikstörung am häufigsten aus der Gabe von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und Benzodiazepinen (BZD). Die vorliegende Studie hat das Ziel, TAU bei deutschen hausärztlichen Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (PDA) umfassend zu beschreiben.

* Beide Autoren haben zu gleichen Teilen beigetragen.

Methoden

Im Rahmen der Interventionsstudie „Jena-PARADIES“ [5] wurden 38 in der Regelversorgung tätige Hausärzte rekrutiert. Zur Rekrutierung wurden die bei der Kassenärztlichen Vereinigung registrierten Thüringer Hausärzte (n = 1251) postalisch eingeladen. Jeder Hausarzt nahm an einer 2,5-stündigen Fortbildung teil, die sich auf Symptomatik, grundlegende Diagnostik und Therapie bei Angststörungen bezog. Die Hausärzte behandelten 189 Patienten mit PDA 6 Monate lang ohne therapeutische Vorgaben.

Wir entwickelten einen TAU-Fragebogen unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie Angststörungen [6] und befragten die Hausärzte damit nach der Interventionsstudie zum „üblichen“ Vorgehen bei Patienten mit PDA. Mithilfe einer 5-stufigen Likert-Skala [7] erfolgte die retrospektive summarische Häufigkeitseinschätzung bzgl. Diagnostik, Therapie, Verlaufsbeurteilung und Überweisungsverhalten. Stichprobencharakteristika (► Tab. 1) wurden in der Hauptstudie erhoben [5]. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Ein positives Ethikvotum lag vor.

Ergebnisse

Der Fragebogenrücklauf betrug 95 % (36/38). Die Hausärzte gaben an, pro Jahr im Median 22 (IQR = 10–50) Patienten mit PDA zu behandeln. ► Abb. 1 zeigt von den Hausärzten durchgeführte Maßnahmen.

Diagnostik

Hinsichtlich Diagnostik und Verlaufsbeurteilung wurden am häufigsten explorative Gespräche genannt, seltener der Einsatz validierter Instrumente (► Abb. 1).

Therapie

Für 39 % der Hausärzte (14/36) war Pharmakotherapie die wesentliche Therapiensäule. Als primär genutzte Substanzen wurden genannt: SSRI (62 %; 22/36), BZD bei Bedarf (40 %; 14/36) und trizyklische Antidepressiva (18 %; 6/36). Nach Remission führten 53 % (19/36) eine Erhaltungstherapie für durchschnittlich 5,7 (SD = 3,7) Monate durch. Häufig genannte Maßnahmen bei fehlendem Therapieansprechen waren: Hinterfragen der Adhärenz (86 %; 31/36), Wechsel der Substanzklasse (44 %; 16/36), Erhöhen der Dosis (42 %; 15/36) und Einleiten einer Kombinationstherapie (11 %; 4/36).

Überweisungen

Die Hausärzte gaben an, die Hälfte der Patienten (Median = 11; IQR = 5–20) ausschließlich allein zu behandeln. Die häufigsten Gründe für Überweisungen waren psychiatrische Komorbiditäten und Therapieresistenz (► Abb. 1). Seltener war der Wunsch nach Diagnosesicherung (47 %; 17/36) oder Therapieeinleitung (36 %; 13/36). Die mittleren Wartezeiten auf Termine bei Fachspezialisten bezifferten die Hausärzte auf 16 (IQR = 12–25) Wochen bei Psychotherapeuten und 8 (IQR = 4–12) Wochen bei Psychiatern.

► Tab. 1 Charakteristika der Studienpopulation.

| Hausärzte (n = 36) | |
|---|------------------|
| Alter (Jahren), M (SD) | 51,37 (8,01) |
| Geschlecht männlich, n (%) | 19 (52,8) |
| Jahr der Praxisniederlassung, Median (IQR) | 2003 (1993–2006) |
| Spezialisierung, n (%) | |
| Facharzt für Allgemeinmedizin | 34 (94,4) |
| Praktischer Arzt | 1 (2,8) |
| Facharzt für Innere Medizin | 1 (2,8) |
| Qualifikation psychosomatische GV, n (%) | 25 (69,4) |
| Praxistyp, n (%) | |
| Einzelpraxis | 23 (63,9) |
| Gemeinschaftspraxis | 13 (36,1) |
| Standort, n (%) | |
| ländlich | 23 (63,9) |
| urban | 13 (36,1) |
| Patienten mit Panikstörung (n = 179) | |
| Alter (Jahre), M (SD) | 46,22 (14,95) |
| Geschlecht weiblich, n (%) | 138 (77,1) |
| Schulbildung (Jahre), Median (IQR) | 10 (10–12) |
| Berufstätigkeit in den letzten 6 Monaten, n (%) | 108 (60,3) |
| in Partnerschaft lebend, n (%) | 109 (60,9) |
| Ersterkrankungsalter, M (SD) | 31,63 (14,03) |
| Agoraphobie komorbid (F40.01), n (%) | 129 (72,1) |
| GV, Grundversorgung; IQR, Interquartilsabstand; M (SD), Mittelwert (Standardabweichung) | |

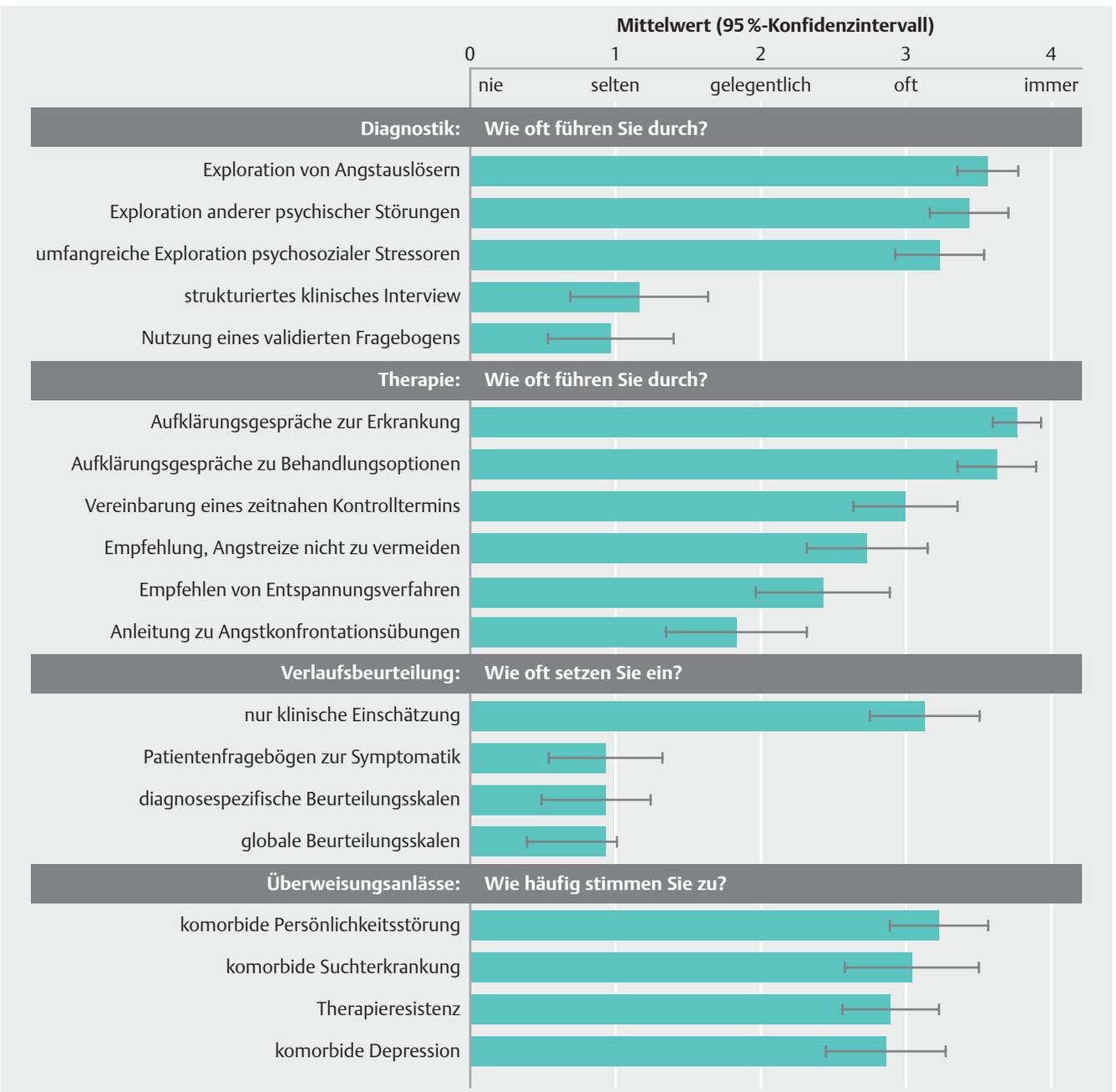
Diskussion

Ergebniszusammenfassung

Die vorliegende Studie liefert eine Beschreibung des hausärztlichen Standardvorgehens bei Patienten mit PDA. Retrospektive Einschätzungen der Hausärzte zeigten, dass psychosoziale Basisinterventionen und die Verordnung von SSRI die häufigsten Therapiemaßnahmen waren.

Vergleich zu Leitlinienempfehlungen

Die am häufigsten angewandten therapeutischen Maßnahmen erscheinen adäquat vor dem Hintergrund aktueller Leitlinienempfehlungen [6]. Dies kontrastiert mit den relativ häufigen Verordnungen von BZD, die nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen sollten. Für die Erhaltungstherapie wird ein längerer Zeitraum empfohlen (6–12 Monate) als nach Angaben der Hausärzte üblicherweise durchgeführt wird [6]. Der Einsatz validierter diagnostischer Instrumente wird empfohlen [6], von den Hausärzten jedoch selten berichtet.



► **Abb. 1** Hausärztliche Einschätzungen zur Häufigkeit von Maßnahmen bei Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie.

Vergleich zu relevanten Studien

Die über 15 Jahre zurückliegende GAD-P-Studie [3] zeigte, dass Patienten mit generalisierter Angststörung im Rahmen von TAU zu 15% Sedativa als Dauermedikation erhielten; nur 21% bekamen SSRI. Dies kontrastiert mit den hier gewonnenen Daten, denen zufolge 62% der Hausärzte Patienten mit PDA primär mit SSRI behandelten. Die Daten korrespondieren dagegen relativ gut mit der britischen LAMP-Studie [4], in welcher Hausärzte im Rahmen von TAU bei Patienten mit PDA am häufigsten SSRI einsetzten (bei 44% der Patienten) und BZD ebenfalls relativ häufig anwendeten.

Abgleich mit repräsentativen Daten, Generalisierbarkeit, Limitationen

Die Charakteristika der vorliegenden Stichprobe hausärztlicher Praxen sind entsprechenden repräsentativen Daten ähnlich (mittleres Alter 54,6 Jahre; 42% Frauen; 58% Einzelpraxen) [8, 9]. Die Charakteristika der Patientenstichprobe sind mit epidemiologischen Daten vergleichbar, etwa bezüglich des Geschlechterverhältnisses ($\varphi:\sigma=2:1$) und des Ersterkrankungsalters (26–31 Jahre) [10]. Dies legt nahe, dass die Ergebnisse auf deutsche Hausarztpraxen generalisierbar sind. Einschränkungen der Generalisierbarkeit könnten aber aufgrund der durchgeführten Kurzschulung bestehen. Diese vermittelte zwar nur

basale, jedem Hausarzt leicht zugängliche Therapieempfehlungen, jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass das „TAU-Verhalten“ der Hausärzte dadurch verändert wurde. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten TAU daher an ungeschulten Stichproben untersuchen bzw. ein Prä-Post-Design zur Abschätzung des Einflusses einer Kurzschulung auf das „TAU-Verhalten“ verfolgen.

Weitere Limitationen der vorliegenden Studie sind: mögliche Effekte sozialer Erwünschtheit, Rückschaufehler im Antwortverhalten und die relativ kleine Stichprobe.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit PDA sollten Hausärzte bei der Pharmakotherapie auf eine ausreichend lange Erhaltungstherapie bei SSRI-Einsatz sowie einen zurückhaltenden Einsatz von Benzodiazepinen achten. Wünschenswert ist ein verstärkter Einsatz validierter diagnostischer Instrumente in der Hausarztpraxis.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Löwe B, Gräfe K, Zipfel S et al. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res* 2003; 55: 515–519
- [2] Löffholm CA, Brännström L, Olsson M et al. Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter? *Int J Soc Welfare* 2013; 22: 25–34
- [3] Wittchen H-U, Hoyer J, Höfler M et al. Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten. Ergebnisse der GAD-P-Studie. *Fortschr Med* 2001; 119: 36–41
- [4] Lambert RA. Routine general practice care for panic disorder within the lifestyle approach to managing panic study. *Ment Illn* 2012; 4: 91–95
- [5] Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J et al. Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care – study protocol of a cluster randomised controlled superiority trial. *Trials* 2014; 15: 112
- [6] Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF); 2014: Im Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028I_S3_Angststörungen_2014-05_2.pdf (Stand: 09.05.2017)
- [7] Rohrmann B. Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Z Sozialpsychol* 1978; 9: 222–245
- [8] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Statistische Kerndaten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2014. KBV; 2015: Im Internet: http://www.kbv.de/media/sp/2014_12_31_Statistische_Kerndaten_BAR.pdf (Stand: 09.05.2017)
- [9] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2015. KBV; 2016: Im Internet: http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf (Stand: 06.04.2016)
- [10] Wittchen H-U, Jacobi F. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21, Angststörungen. Berlin: Robert Koch-Institut; 2004