

46. DEGAM – Kongress Rostock 20.-22.09.2012

Leitlinie Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Was ist evidenzbasiert an den Empfehlungen zur Gesprächsführung?

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes
Germendorfer Weg 21
16727 Oberkrämer OT Schwante
schwante@praxis-schwante.de

Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

S3-Leitlinie

227 Seiten stark

Insgesamt 148 Statements und Empfehlungen

mit Unterteilungen (a, b, c) entfallen auf

Empfehlungen: 118

Statements: 64

Außerdem:

**30 Tabellen mit Praxistipps zu verschiedenen Kapiteln
und weitere Tabellen**

Beispiel für Empfehlungen:

Evidenzgrad 1a

Empfehlung 111a: Bei schwerer verlaufenden ***schmerz-dominanten*** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. Fibromyalgiesyndrom) mit und *ohne* begleitendes depressives Syndrom sind **Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen** moderat wirksam (Evidenzgrad: 1a) und können im Rahmen eines auf die Art und Schwere der individuellen Beeinträchtigung des Patienten abgestimmten Gesamtbehandlungsplans gegeben werden.

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Konsens


Empfehlung 129a: Bei schwerer verlaufenden **schmerzdominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. Rücken-, Bauch-, Nacken-, Kiefergelenksschmerzen und Fibromyalgie-Syndrom) soll – unabhängig von einer psychischen Komorbidität – eine **zusätzliche, zeitlich befristete** Gabe von **Antidepressiva** erfolgen (Evidenzgrad: 1a; siehe auch ⇨ Empfehlung 111a). Es gibt allerdings keine ausreichende Datenlage für die Langzeitwirkung von Antidepressiva bzw. für die differentielle Wirksamkeit einzelner Antidepressiva-Typen.

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Beispiel für Statement:

Evidenzgrad 1b

 **Statement 56:** Die Schwere des Verlaufs nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ergibt sich aus der **Gesamtzahl der Beschwerden, ihrer erlebten Intensität** (Evidenzgrad 1b) und ihrer **drohenden Chronifizierung** (häufige bzw. anhaltende Beschwerden ohne oder nur mit seltenen Beschwerdeintervallen; Details zur Beschwerdedauer ➔NVL „Kreuzschmerz“, ➔S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“, ➔ S3-LL „Reizdarm-Syndrom“), aber **nicht** aus ihrer **Art oder Lokalisation** (Evidenzgrad 3).

Starker Konsens

Praxistipp 1: Die wesentlichen Ebenen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden: Versuch eines handlungsorientierten Störungsmodells

Beispiel für Praxistipp:

Ebene	Handlungsrelevante Aspekte
SUBJEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> • subjektive Krankheitserfahrung und die emotionale Bedeutung von Krankheit/ Gesundheit sind entscheidend für das individuelle „Krank-Sein“ • subjektive Ursachenvorstellungen und das Ausmaß der individuellen Funktionseinschränkung sind wichtiger als so genannte „objektive“ Untersuchungsbefunde
BIOPSYCHOSOZIAL	<ul style="list-style-type: none"> • eine Einordnung der Beschwerden als "somatisch" wäre eine Vernachlässigung psychosozialer Anteile, eine Einordnung als "psychisch" eine Vernachlässigung somatischer Anteile • für Disposition, Auslösung und Aufrechterhaltung spielen verschiedene psychosoziale, biologische, iatrogene/ medizinsystemische und soziokulturelle Faktoren eine Rolle • es gibt sowohl protektive/ salutogene als auch Risiko-Faktoren • zwischen all diesen Faktoren gibt es dynamische Wechselwirkungen • eine multifaktorielle Bedingungsanalyse ist nötig
KONTEXTBEZOGEN	<ul style="list-style-type: none"> • der individuelle Verlauf hängt von sich ständig verändernden äußeren und inneren Umständen ab • Beispiele: berufliche und private Lebenssituation, Interaktion mit Angehörigen und Behandlern sowie deren Verhalten, Einflüsse des Medizinsystems • eine sorgfältige Anamnese des individuellen Beschwerdekontexts ist nötig
INTEGRATIV: PSYCHO-SOMATISCH/ SOMATO-PSYCHISCH	<ul style="list-style-type: none"> • nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden repräsentieren gleichsam eine Brücken- Kategorie („Interface“), die den Dualismus zwischen „psychisch“ und „somatisch“ als unzureichend entlarvt • störungsorientierte und gut koordinierte, Fachgebiets-, Verfahrens- und Schulen-<i>übergreifende</i> Konzepte in Prävention, Diagnostik und Therapie sind nötig

Einteilungen der Leitlinie:

Kapitel:	Statements	<u>Empfehlungen</u>
• Ziele	4	
• Begriffe	7	
• <u>Epidemiologie</u>	15	<u>5</u>
• Haltung, Denk-u.Verh. B-P-B	2	<u>8</u>
• Gesprächsführung	1	<u>13</u>
• <u>Praxisorganisation</u>	1	<u>4</u>
• Anamnese	9	<u>25</u>
• somat. Diagnostik	2	<u>4</u>
• <u>Prognose</u>	1	<u>2</u>
• Therapie - Basis	3	<u>26</u>
• <u>fachgeb. PT</u>	3	<u>20</u>
• <u>Fehler</u>		<u>4</u>
• Prävention		<u>2</u>
• Reha	1	<u>1</u>
• <u>Sozialrecht</u>	1	<u>3</u>
• ethische Aspekte	7	

<u>Kapitel der Leitlinie:</u>	<u>Statements</u>	<u>Empfehlungen</u>
• Ziele	4	
• Begriffe	7	
• Epidemiologie	15	<u>5</u>
• a. Denk-u.Verh.	2	<u>8</u>
• B-		
• Gesprächsführung	1	<u>13</u>
• Praxisorgan	1	<u>4</u>
• Anamnese	9	<u>25</u>
• somat. Diagnostik		<u>4</u>
• Prognose		<u>2</u>
• Therapie - Basis	5	<u>26</u>
• fachgeb. PT	3	<u>20</u>
• Fehler		
• Prävention		
• Reha	1	<u>1</u>
• <u>Sozialrecht</u>	1	<u>3</u>
• ethische Aspekte	7	

Für Gesprächsführung relevante Bereiche

Einteilung der Evidenzgrade

Tabelle 1.8: Evidenz-Level in der evidenzbasierten Medizin für Studien zur Diagnose

Evidenzgrad	Studien zur Diagnose
1a	Systematische Übersicht über Level 1 diagnostische Studien oder diagnostische Entscheidungsregel, begründet auf 1b Studien, validiert in verschiedenen klinischen Zentren
1b	Validierungs- Kohortenstudie mit gutem Referenzstandard oder diagnostische Entscheidungsregel, validiert in einem Zentrum
1c	Alle oder-Keiner-Prinzip (absolute SpPins und SnNouts)
2a	Systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien
2b	Eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität
2c	Outcome-Studien, Ökologische Studien
3a	Systematische Übersicht über Level 3 diagnostische Studien
3b	Systematische Übersicht Nicht-konsequente Studie; oder ohne Konsistenz der angewendeten Referenzstandards
4	Fall-Kontrolle Studie, schlechte oder nicht unabhängige Referenzstandards
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen / Laborforschung

Einteilung der Evidenzgrade

Tabelle 1.9: Evidenz-Level in der evidenzbasierten Medizin für Studien zu Therapie/Ätiologie/Prävention

Evidenzgrad	Studien zur Therapie/Ätiologie/Prävention
1a	Systematische Übersicht über randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
1b	Ein RCT (mit engem Konfidenzintervall)
1c	Alle-oder-Keiner-Prinzip
2a	Systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien
2b	Eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität
2c	Outcome-Studien, Ökologische Studien
3a	Systematische Übersicht über Fall-Kontrollstudien
3b	Eine Fall-Kontroll-Studie
4	Fallserien oder Kohorten- / Fall-Kontroll-studien minderer Qualität
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen / Laborforschung

Grad der Evidenz
Leere Felder = ohne

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Epidemiologie**



Epidemiologie	bei Kinder und Jdgl. frühe Betreuung durch interdisz. Päd.Team	
Epidemiologie	Versorgung sollte einem biopsychosozialen Ansatz folgen	
Epidemiologie	Strukturierung der Versorgung: kooperativ Hausarzt/andere	1b
Epidemiologie	Strukturierung der Versorgung: entlang Behandlungsplan	1b
Epidemiologie	auch älteren Multimorbiden an somf.Beschwerden denken	3

Epidemiologie

Evidenzgrad 1b

Empfehlung 20: Die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte wie folgt **strukturiert** sein:

- **Kooperativ**, d.h. als enge **Kooperation** zwischen **Hausarzt** und **anderen Behandlern**, z.B. in Form einer psychiatrischen/ psychosomatischen Konsultation in der Hausarztpraxis in Gegenwart des Hausarztes (Evidenzgrad 1b).
- **Strukturiert und koordiniert**, d.h. entlang eines **Behandlungsplans** (Evidenzgrad 1b).

Empfehlungsstärke: ↑B

Starker Konsens

Empfehlungen aus dem Kapitel:

Haltung, Denk- und Verhaltensweisen, Behandler-Patienten-Beziehung

Haltung, B-P-B	Schulungen von B. wirken günstig auf die Kompetenz, verbessern die Behandlungsqualität	
Haltung, B-P-B	Balance in der Haltung wahren; Pole --> Praxistipps 2	
Haltung, B-P-B	"abwartendes Offenhalten" führt bei Patienten nicht zur Angst	1b
Haltung, B-P-B	eigene Einstellung zu Somf kritisch reflektieren (Wissenschaftlichkeit der Erklärungsmodelle Sowohl-als-auch-Haltung einnehmen	3b
Haltung, B-P-B	Haltung, Denk- und Verhaltensweisen und B-P-B beeinflussen Diagnostik und Therapie	4
Haltung, B-P-B	unangenehme Gefühle und dysfunktionale Motive und Verhaltensmuster d.B. in Bezug auf Pat. Können kritische reflektiert und therapeutisch genutzt werden	4
Haltung, B-P-B	B. eigene Motivation zur Diagnostik prüfen, Restunsicherheiten aushalten	4
Haltung, B-P-B	gelassene, empathische, aktiv-stützende, symptom- und bewältigungsorientierte Grundhaltung; tragfähige, Partnerschaftliche Beziehung. Einfühlung und profess. Distanz sind gefordert: situative Stimmigkeit	5

Evidenzgrad 1b

Empfehlung 34: Soweit entsprechend der Anamnese, dem klinischen Befund, dem Basislabor und dem Fehlen von Warnsymptomen eine bedrohliche, sofort klärungs- und behandlungsbedürftige Krankheit unwahrscheinlich ist, sollte eine Haltung des „**abwartenden Offenhaltens**“ (“**watchful waiting**“) anstelle einer sofortigen weitergehenden differenzialdiagnostischen Abklärung verfolgt werden. Diese Strategie führt bei Patienten erwiesenermaßen *nicht* zu einem Anstieg von Angst (Evidenzgrad 1b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Gesprächsführung**

Gesprächsführung	Beschwerden ausführlich und spontan schildern lassen und anerkennen	
Gesprächsführung	in Bezug auf psychosoziale Themen eher beiläufig und indirekt	
Gesprächsführung	emotionale und soziale des Patienten empathisch aufgreifen, als bedeutsam benennen	1b
Gesprächsführung	partnerschaftl. Gesprächsführung, Entscheidungen gemeinsam (SDM)	2b
Gesprächsführung	CAVE: Pat. Mit schwereren Verläufen oft lückenhafte und selektive Erinnerung	2b
Gesprächsführung	offene Fragen fördern die Motivation zur Zusammenarbeit	3
Gesprächsführung	positive Beschreibungen wählen, nicht verharmlosen, stigmatisieren	3b
Gesprächsführung	Verständnis durch aktives Nachfragen und Zusammenfassen-Lassen sichern	4
Gesprächsführung	aktives Zuhören, Bereitschaft zum Arbeitsbündnis	4
Gesprächsführung	Befundbesprechung = Schlüsselstellen zur Therapie, Beschwerden erklären, Patienten beruhigen, "universalität des Leidens"	4
Gesprächsführung	Hinweis auf Widersprüche kann hilfreich sein	5
Gesprächsführung	regelmäßige Bilanzierungsdialoge	5
Gesprächsführung	Beschwerdeklage mit Metaphern, Gedanken, Affekten anreichern, in den lebensweltlichen Kontext einordnen	5

Gesprächsführung

Evidenzgrad 1b

Empfehlung 41: Die **Gesprächsführung** *seitens des Behandlers* soll in Bezug auf psychosoziale Themen zunächst eher **beiläufig und indirekt** anstatt konfrontativ und frontal erfolgen, z.B. durch das Zulassen und Begleiten des Wechsels zwischen einer Thematisierung psychosozialer Belastungen und der Rückkehr zur Beschwerdeklage (⇒ [Praxistipp 9](#)).

Hinweise auf emotionale und soziale Probleme und Bedürfnisse *seitens des Patienten* sollen **empathisch aufgegriffen** und zumindest kurz als **bedeutsam** benannt („markiert“, „gespiegelt“) werden (Evidenzgrad: 1b).


Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

156 Patienten, 39 Praxen
Aiarzaguena et al. 2006

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Praxisorganisation**

Y = yellow flag
R = red flag

Praxisorganisation	Praxisteam in den gesamten Prozess einbeziehen	
Praxisorganisation	Regelmäßige, feste und zeitlich begrenzte Termine, nicht beschwerdegesteuert	
Praxisorganisation	Kooperation aufbauen, Netzwerke etablieren, gemeinsame Konzepte	1b
Praxisorganisation	Behandler soll Screening, PsySomGV, Koordination übernehmen	5

Praxisorganisation

Evidenzgrad 1b

Empfehlung 48: Vor allem bei schwereren Verläufen soll der Hausarzt bzw. der primär behandelnde somatische Facharzt – soweit möglich – eine gute **Kooperation mit Vor-/ Mitbehandlern, Konsiliaren und Kliniken** aufbauen, nicht zuletzt, um unnötige Mehrfachdiagnostik und -behandlung zu verhindern (Evidenzgrad: 1b):

- Mit den häufig beteiligten Kooperationspartnern (Internist, Neurologe/ Nervenarzt/ Psychiater, Physiotherapeut, Psychotherapeut, Orthopäde, Zahnarzt etc.) sollte ein **persönliches Netzwerk** aufgebaut und gepflegt werden, z.B. in Form eines themenzentrierten Qualitätszirkels.
- Innerhalb solcher Netzwerke soll eine Abstimmung eines **gemeinsamen Versorgungskonzeptes** erfolgen.
- Patienten-bezogene Kontaktaufnahmen sollten **stets mit diesen abgesprochen** sein.

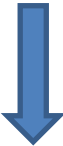
Empfehlungsstärke: ↑↑A

Starker Konsens

**81 Patienten, 36 Praxen
van der Feltz-Comelis et al. 2006**

Y = yellow flag
R = red flag

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Allgemeines diagnostisches Vorgehen**




Diagn.Vorgehen	Abwarten somatischer diagn. Ergebnisse kontraindiziert		Y
Diagn.Vorgehen	unnötigen Aktionismus vermeiden		Y
Diagn.Vorgehen	Parallel- oder Simultandiagnostik (somatisch und psychosozial)	1	
Diagn.Vorgehen	systematisch, gestuft, verantwortlich begrenzt, nicht redundant, mit dem Patienten vorbesprochen	4	

Allgemeines diagnostisches Vorgehen

Evidenzgrad 1

Empfehlung 54: Die Diagnostik soll als **Parallel- bzw. Simultandiagnostik somatischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren** erfolgen, ggf. unter (konsiliarischer) Hinzuziehung weiterer fachärztlicher und/oder psychotherapeutischer Kompetenz entsprechend der Leitsymptomatik (Evidenzgrad: 1):

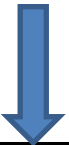
 Das **Abwarten der somatischen Ausschlussdiagnostik** trotz des Vorliegens (auch nur geringfügiger) Hinweise auf psychosoziale Belastungen ist **kontraindiziert!**

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Morriss et al. 2006

Y = yellow flag
R = red flag



Empfehlungen aus dem Kapitel: **Anamnese 1**


Anamnese	Somatische Erklärungsmodelle oft zu Beginn ärztlich gefördert		Y
Anamnese	ersten Hinweisen frühzeitig nachgehen (vor Abschluss somat. Diagn)		
Anamnese	komorbide psych.Kr. Abklären: Depression, Angst, Sucht, PTSD		
Anamnese	aktives Fragen nach begleit. Symtomen über das Leitsymptom hinaus	2	
Anamnese	Dysfunktionale Krankheits- und Gesundheitsannahmen und Verhaltensweisen frühzeitig erfragen	2	Y
Anamnese	Funk. im Alltag: Aktivität, Teilhabe, körperl. Folgeschäden (subj. Angaben in %)	2	
Anamnese	FB-Diagnostik ersetzt kein Gespräch	2	
Anamnese	bei schweren SomatFS erhöhtes Suizidrisiko beachten	2b	R
Anamnese	Riskikofaktoren für Suizidalität: spezifische und allgemeine	2b	R
Anamnese	Verlaufsmuster und Trigger (Stressoren), subjektiv erlebte Beeinflussbarkeit erfragen	3	

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Anamnese 2**

Anamnese	Häufige, anhaltende Beschwerden, fehlende Assoziationen mit leicht erkennbaren äußeren Belastungen sind Hinweis auf schwereren Verlauf	3
Anamnese	schon beim Erstkontakt nach aktueller Funktionsf. im Alltag und psych. Befinden fragen	3
Anamnese	ausreichend Zeit, Regeln der Gesprächsführung beachten	3
Anamnese	Patient soll mit eigenen Worten berichten	3
Anamnese	Ursachenüberzeugungen wichtig, ausdrücklich mitteilen	3
Anamnese	Umstände des ersten Auftretens erfragen	3
Anamnese	"beiläufige Hinweise" des Patienten beachten, Übersehen psychosoz. und psych Aspekte kann zu weitere iatrogener Somatisierung führen	4
Anamnese	orientierender Überblick über die aktuelle Lebenssituation	4
Anamnese	lebensgeschichtl. Belastungen, positive Ereignisse, Lebensleistungen, berufliche Entwicklungen erfragen, Angaben zu früheren Generationen	4
Anamnese	Inhalte der psychosomat., psychiatr. Psychologisch/psychotherap. A.	4
Anamnese	individuelle Ressourcen erfragen	5

Anamnese

Evidenzgrad 1b

 **Statement 56:** Die Schwere des Verlaufs nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ergibt sich aus der **Gesamtzahl der Beschwerden, ihrer erlebten Intensität** (Evidenzgrad 1b) und ihrer **drohenden Chronifizierung** (häufige bzw. anhaltende Beschwerden ohne oder nur mit seltenen Beschwerdeintervallen; Details zur Beschwerdedauer ➔NVL „Kreuzschmerz“, ➔S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“, ➔ S3-LL „Reizdarm-Syndrom“), aber **nicht** aus ihrer **Art oder Lokalisation** (Evidenzgrad 3).

Starker Konsens

Somatische Diagnostik

somat. Diagnostik	weitergeh. (app.) Untersuchungen sollen gut begründet, angekündigt, besprochen werden. Endpunkt der Diagnostik festlegen und einhalten	1b
somat. Diagnostik	Abweichungen/auffälligkeiten kritisch würdigen und zuordnen	5
somat. Diagnostik	angemessene Organdiagnostik bei entspr. Sympt notwendig	5
somat. Diagnostik	sorgfältige körperl. Untersuchung (in regelm. Abständen)	5

Prognose

Prognose	Schwere des Verlaufs nach Yellow- und Red-Flag-Kriterien einschätzen	
Prognose	progn. Günstige Kriterien nach greenFlag	4

Evidenzgrad 1b

Empfehlung 84: Darüber hinaus gehende **somatische (v.a. apparative) Untersuchungen** sollen gut **begründet**, im Voraus entkatastrophisierend **angekündigt** (unter Verweis auf die Unwahrscheinlichkeit eines pathologischen Befunds) und mit dem Patienten **besprochen** werden (Transparenz). Idealerweise soll ein **Endpunkt der somatischen Diagnostik** festgelegt und von Seiten des Arztes möglichst eingehalten werden (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Petri et al. 2007

van der Weijden et al. 2003

(567 Behandlerkontakte durch 21 HA)

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Therapie 1**

Therapie	Empfehlungen zu Hltung, B-P-B haben therapeutische Wirkung	
Therapie	Gabe von Antidepressiva, wenn indiziert	1a
Therapie	hausärztliche (ggf.fachärztliche) als einzige auf Grundlage psychosomat. GV sinnvoll	2
Therapie	hauärztliche Behandlung auch bei schwreeren Verläufen zentrales Element, stärkerer Strukturierung (Termine etc) "	2
Therapie	bei nicht schmerz-dominanten Antidepressiva zeitlich begrenzt	2
Therapie	primär verantwortl. Arzt koordiniert Einbeziehung weitere Behandlung	2
Therapie	mögliches Schon- und Vermeidungsverhalten thematisieren	2
Therapie	Gesundheitsbezogene Ängste, Sicherheit sichende Verhalten thematisieren	2a
Therapie	nach 3 Moanten Reevaluierung der Beschwerden Modifikation der Behandlung	2b
Therapie	in anschaulicher Weise erklären, an subj. Krnakheitsmodell anknüpfen	2b
Therapie	Beratung, längerfristige Begleitung, Versicherung und Beruhigung, Entkatastrophisierungen	2b
Therapie	Therapieziele zusammen erarbeiten, konkret und realistisch, SDM	2b
Therapie	sportl. Aktivitäten gut vorbereiten, motiv. Begleiten, Erholungsphasen beachten	2b

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Therapie 2**

Therapie	gemeinsames, abgestimmtes Behandlungskonzept	3
Therapie	Bedeutung zur Mitverantwortung	4
Therapie	AU kritisch abwägen	4
Therapie	fachpsychotherap. Mitbehandlung bei schweren Fällen, vorbereiten	4
Therapie	Motivation zur psychosozialen D. und Therapie als Mitbehandlung	4
Therapie	zeitlich begrenzte kompl.Heilmethoden in einem Gesamtplan	4
Therapie	Entwöhnung von opiodhaltigen Analgetika oder Benzodiazepinen (multimodaler Behandlungsplan)	4
Therapie	komplementäre Heilmethoden erfragen	5
Therapie	multimodale Th.Ansätze bei besonders schweren Fällen	5
Therapie	übende Verfahren (KG etc.) kann in einem Gesamtkonzept erwogen werden	5
Therapie	Schweregradgestuft, psychosomatische Grundversorgung	5
Therapie	Selbsthilfestrategien thematisieren	5
Therapie	Medikamente nur einsetzen, wenn zeitlich begrenzt zur Symptomlinderung, kontinuierlich überprüfen	5

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Fachgebundene und Fachpsychotherapie 1**

fachgebundene	keine Evidenz für GesprächsPT, konzBew, KunstTh, TanzTh, Heileurhythmie, können im Gesamtplan erwogen werden	
fachgebundene	störungsorientiert, ressourcenorientiert, schweregradgestuft	
fachgebundene	evaluierung nach etwas 3 Monaten	
fachgebundene	Entscheidungskriterien für die Durchführung PT ambulant, stat. etc.	
fachgebundene	stat. PT in Klinik mit multimodalem Konzept	
fachgebundene	gestufte körperl. Aktivität zusätzlich	
fachgebundene	leichtere Störungen nach Möglichkeit vom Hausarzt zu betreuen	
fachgebundene	ggf. zusätzliche Antidepressiva	1a

Empfehlungen aus dem Kapitel: **Fachgebundene und Fachpsychotherapie 2**

fachgebundene	zunächst Konsil mit entspr. Empfehlungsschreiben an HA	1
fachgebundene	anerkannte PT-Verfahren: kogn. Verhaltenstherapie	1
fachgebundene	Zusatzmaßnahem Empfehlungsschreiben an beh. Arzt	1
fachgebundene	psychodynamische PT	2
fachgebundene	Hypnose/imaginative	2
fachgebundene	funktionelle Entspannung	2
fachgebundene	im weitem Sinne (körper-)PT-Elemente als Zusatzverfahren	2
fachgebundene	bei nicht schmerz-dominante St. Antidepressiva zeitlich begrenzt	2
fachgebundene	operante Verhaltensth.	3
fachgebundene	PT bei schwereren Verläufen	4
fachgebundene	Fachgebundene PT idealerweise durch den HA	4
fachgebundene	keine ausreichenden Grundlagen für Bevorzugung Einzel/Gruppen PT	4

abschließende Bemerkungen

Evidenzbasiert \leftrightarrow Expertenbasiert

Evidenzbasiert = Literaturbasiert

**Bewertung der Literatur nach
Methodik, Umsetzung und Relevanz**

**Bewertung nach dem (statistischen)
Grad des Gesicherten**

Aufbau einer Hierarchie

Aufbau einer Hierarchie

Die höchste Evidenz hat den höchsten Impact

Die Experten sind heute evidenzbasiert

Die Experten sitzen oben.

Sie bestimmen, was geforscht wird.

**Cave! Manches, was wichtig ist, wird in der
Literatur nicht abgebildet.**

**Warum die Gesprächspsychotherapie
nicht anerkannt ist**

**Die verfügbaren Mittel sind begrenzt,
sowohl für Forschung als auch Versorgung**

Prof. em. Dr. J. Eckert, im Sept. 2012:

Forschungsantrag für GPT in 2003 DFG

Warum es z.B. keine Evidenz für Gesprächs-Psychotherapie gibt:

2003: Forschungsantrag Abgelehnt!!

Begründung (Gutachter 1):

„Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von psychotherapeutischen Interventionen, die sich bei der Bulimia nervosa als wirkungsvoll erwiesen haben. An der Spitze stehen die kognitiv-behavioralen Maßnahmen. Der Grund, weshalb nun auch noch die Gesprächspsychotherapie untersucht werden soll, bedarf bei dieser Sachlage einer triftigen Begründung.

Diese allerdings bleibt der Antragsteller – trotz zahlreicher intellektueller Wendungen – schuldig.“

Die intellektuellen Wendungen:

50% der Pat. profitieren nicht, weil sie von vornherein ablehnen, vorzeitig abbrechen oder die Sympt. sich nicht verändert oder sogar verschlechtert.

Gutachter 2 fand GPT von vornherein obsolet, da er sie für „ineffektiv“ hält.

Folgen der Abgelehnung

2006 hat der G-BA die GPT nicht in den Katalog der erstattungsfähigen Leistungen aufgenommen, weil die Wirkung nicht ausreichend nachgewiesen sei.

**Medizin steht zwischen dem nomothetischen und
idiographischen Anspruch.**

Sackett, D: interne und externe Evidenz !!