3. Fachtagung des ÄKBV zur vernetzten Versorgung psychisch Kranker in München 18.11.2014

“Diagnostik ist mehr als Kodierung – der diagnostische Prozess als Schlüssel für Indikationsstellung und Handlungsentwurf”

(Prof. Dr. Peter Henningsen, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Technischen Universität München)

Übersicht

- Um welche Störungen soll es gehen?
- Diagnostischer Umgang und Behandlungsbahnung
- Vernetzte Versorgung

Um welche Störungen soll es gehen?

- Nicht: Psychische Störungen, die als solche für den Patienten u/o seine Angehörigen klar erkennbar sind
- Stattdessen: Psychische/ psychosomatische Störungen “im Gewand” eines primär körperlichen Problems

Körperbeschwerden

- Alltägliche (selbst limitierende) Körperbeschwerden
  - Zusammenhang mit eher körperlichen Faktoren
    (Muskel-)Kater, Rückenschmerz nach vielem Bücken, Schmerzen bei der Periode etc.
  - Zusammenhang mit eher psychischen Faktoren
    Kopf- u./o. Magenschmerz bei Ärger, Durchfall bei Angst
  - unklarer Zusammenhang

Gesundheit

Körperbeschwerden

- Alltägliche (selbst limitierende) Körperbeschwerden
  - Zusammenhang mit eher körperlichen Faktoren
    (Muskel-)Kater, Rückenschmerz nach vielem Bücken, Schmerzen bei der Periode etc.
  - Zusammenhang mit eher psychischen Faktoren
    Kopf- u./o. Magenschmerz bei Ärger, Durchfall bei Angst
  - unklarer Zusammenhang

Gesundheit

- Anhaltende Körperbeschwerden, die klar auf eine organische Ursache zurückgehen
  - Magenschmerz bei Magengeschwür, Lähmung bei Schlaganfall, Herzbeschwerden bei Rhythmusstörung etc.

Krankheit

Körperbeschwerden

- Anhaltende, durch Organpathologie nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden, die “ähnlich körperlich begründeten” sind
  - Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch/ Unterleib, Extremitäten)
  - Funktionsstörungen (Schwindel, Herz, Verdauung, Gefühlsstörungen, Bewegungsstörungen etc.)
  - Erschöpfung/ Müdigkeit

Krankheit, wenn…

Körperbeschwerden

- Anhaltende, durch Organpathologie nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden, die "ähnlich körperlich begründeten" sind
  - Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch/ Unterleib, Extremitäten)
  - Funktionsstörungen (Schwindel, Herz, Verdauung, Gefühlsstörungen, Bewegungsstörungen etc.)
  - Erschöpfung/ Müdigkeit

Krankheit, wenn…

- Körperbeschwerden, die nicht (so stark) erlebt wie berichtet und vorgeführt werden
  - Simulation/ Aggravation

Täuschung ohne Selbsttäuschung

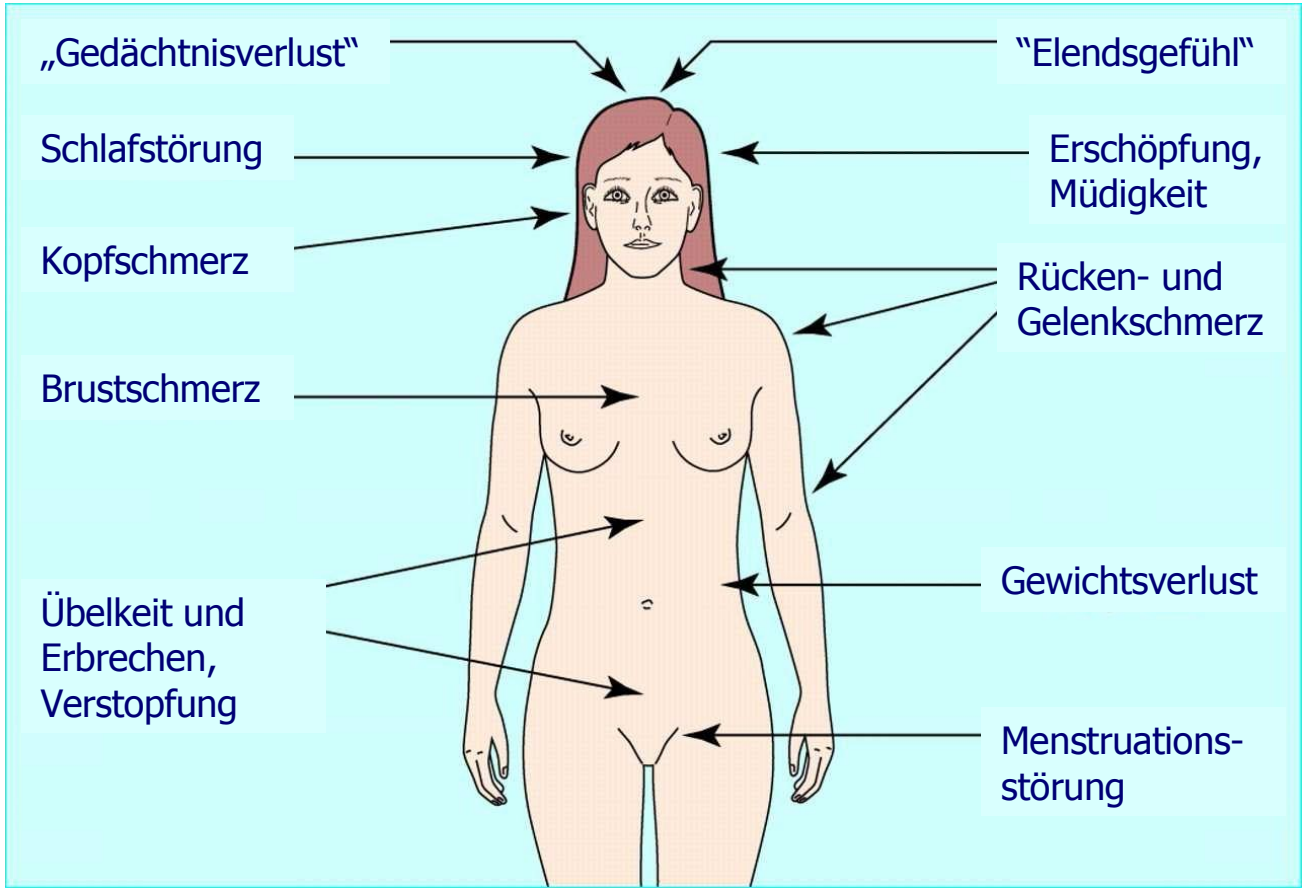
Wann sind anhaltende Körperbeschwerden ohne ausreichenden Organbefund "krankheitswertig"?

- Organische Erklärbarkeit angemessen ausgeräumt
  - Streit der Experten im Einzelfall
  - Frage von Kompetenz und Wissen
  - Zunehmende Sicherheit der Entscheidung bei wachsender Beschwerdezahl
  - Anfangs häufig "watchful waiting" in "Sowohl-als-auch"-Haltung
- Täuschung nicht anzunehmen/ ausgeschlossen
- Schweregrad erheblich/ Alltagsfunktionen beeinträchtigt

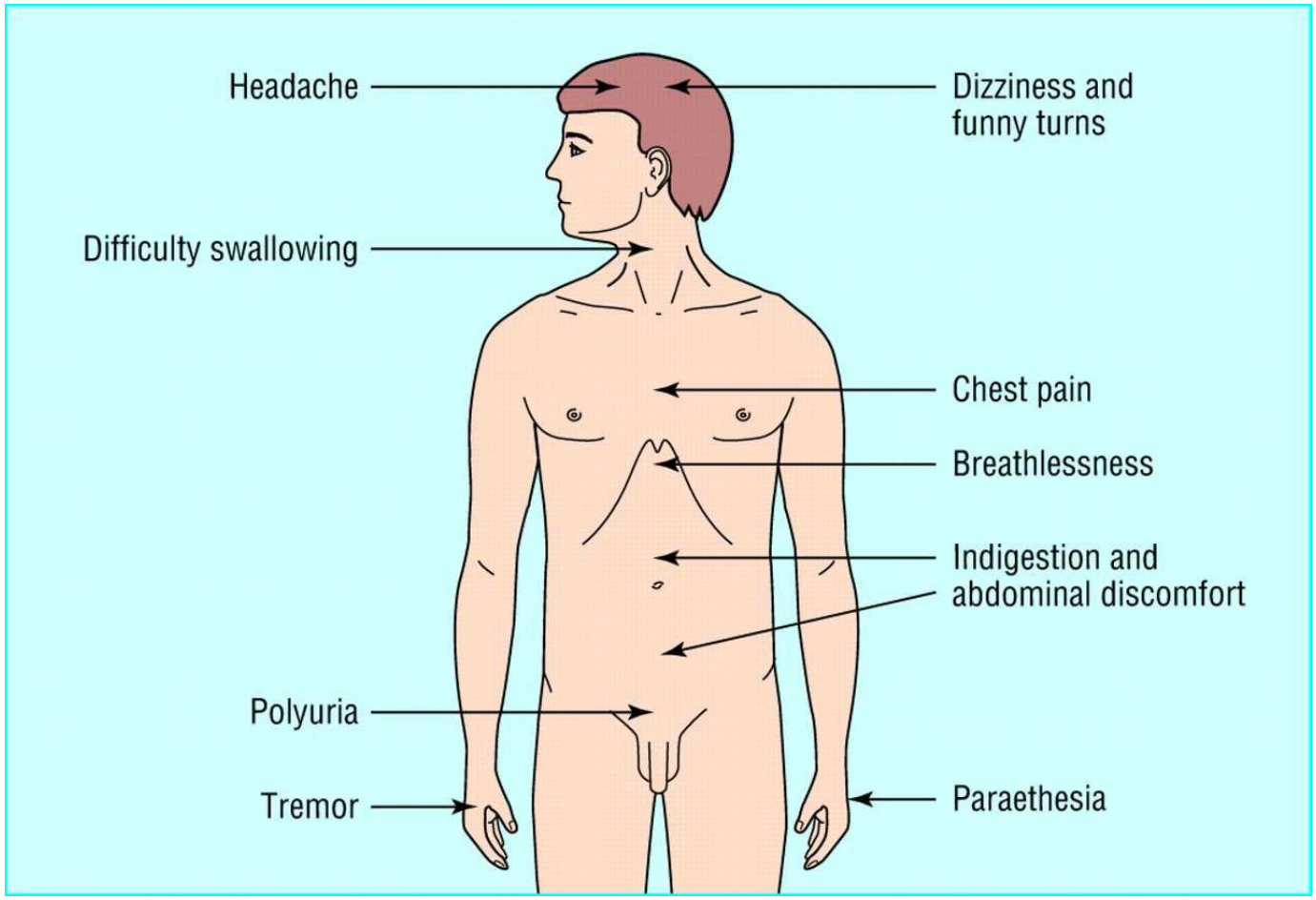
Somatoforme/ funktionelle Störungen

DD Körperbeschwerden iR v Dep/ Angststörgg.

Depression und Körper



Angst und Körper



Epidemiologie von somatoformen/ funktionellen Körperbeschwerden

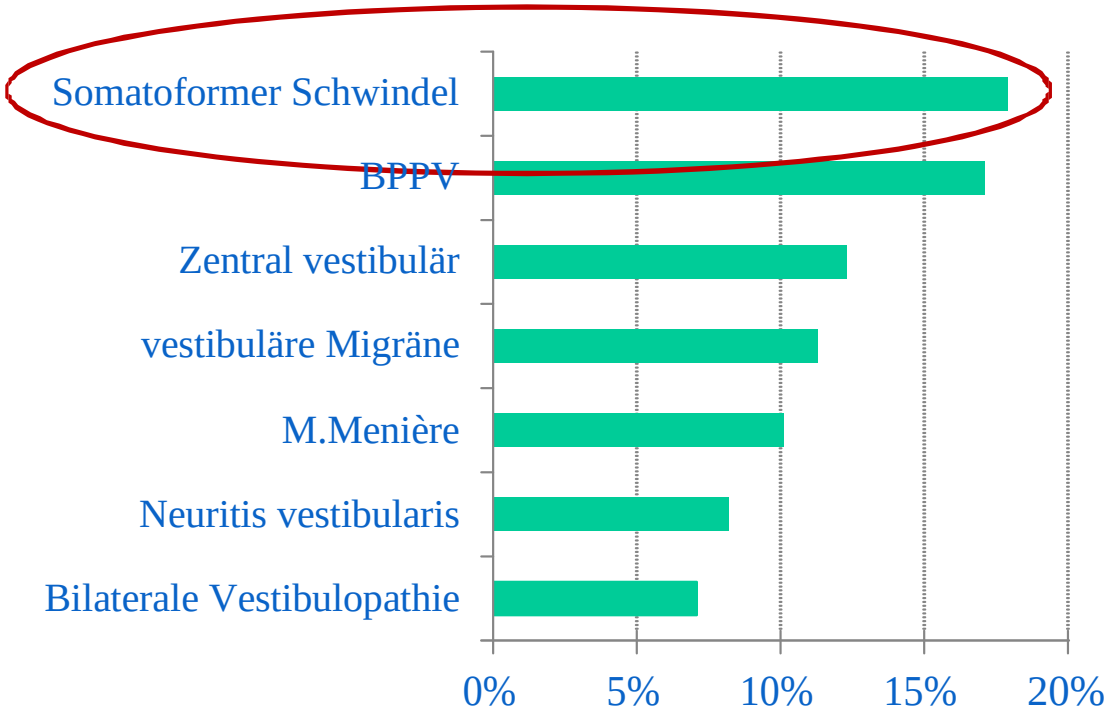
- Häufigkeit organisch unerklärter Körperbeschwerden
  - “Normale” Körperbeschwerden: 90% innerhalb 1 Woche
  - Hausärztliche Versorgung: 20-40%
  - Fachärzte: zwischen 5 und 50%
- Verlauf
  - Bei 75% aller Patienten, die wegen Körperbeschwerden zum Hausarzt gehen, kommt es innerhalb von 2 Wochen zu Besserung/ Rückbildung
  - Bestimmte Beschwerden chronifizieren besonders oft
  - Bei chronifizierten Beschwerden erfolgt erst nach 5-6 Jahren eine psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung/ Behandlung

Häufigkeit organisch unerklärter Körperbeschwerden als Besuchsanlässe von “high utilizern” in verschiedenen somatischen Fachambulanzen

Gastroenterologie	54% der Fälle
Neurologie	50% “
Kardiologie	34% “
Rheumatologie	33% “
Orthopädie	30% “
HNO	27% “
Gynäkologie	17% “
Dermatologie	2% “

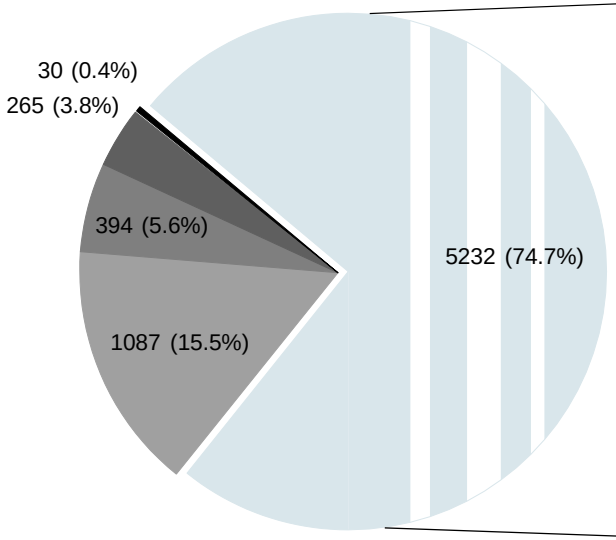
nach Reid et al., BMJ 2001

Schwindeldiagnosen am Deutschen Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen DSGZ München (n= 17718 Pat)



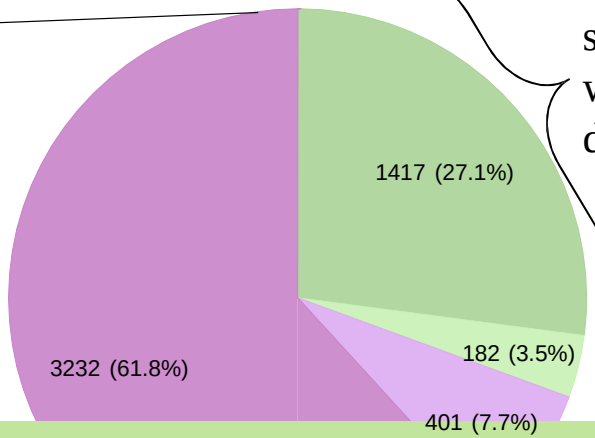
Primary care setting

Face-to-face contacts (n=7008)



Health problems
Prophylaxis
Health certificates
Procedures
Social problems

Health problems (n=5232)



30,6% symptoms without diagnosis

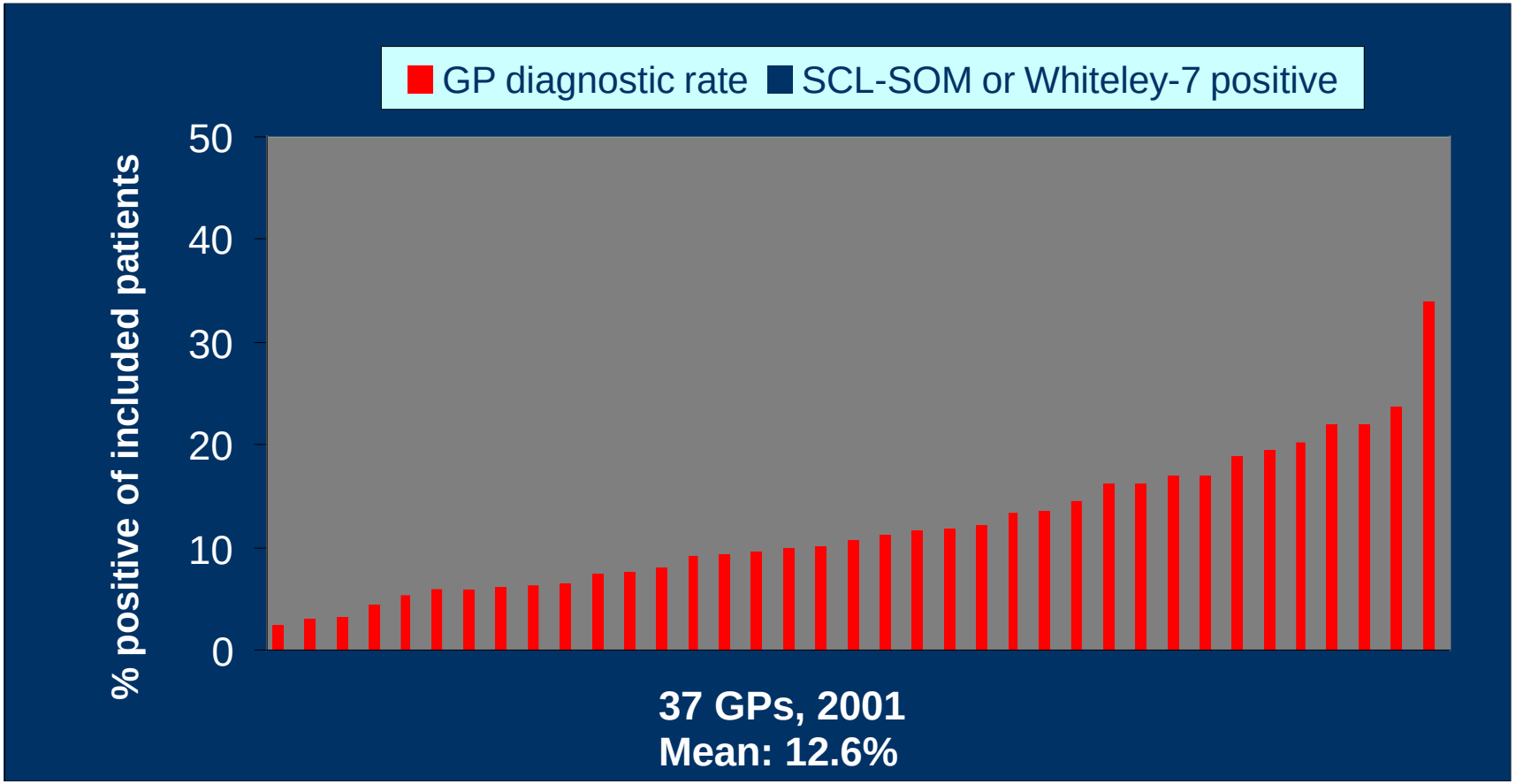
GPs expect
48% → disease
42% → resolve
11% → persistent MUS

Symptoms - physical
Symptoms - psychological
Diseases/disorders - psychiatric
Diseases/disorders - physical

(Rosendal, submitted 2014)

m.rosendal@alm.au.dk

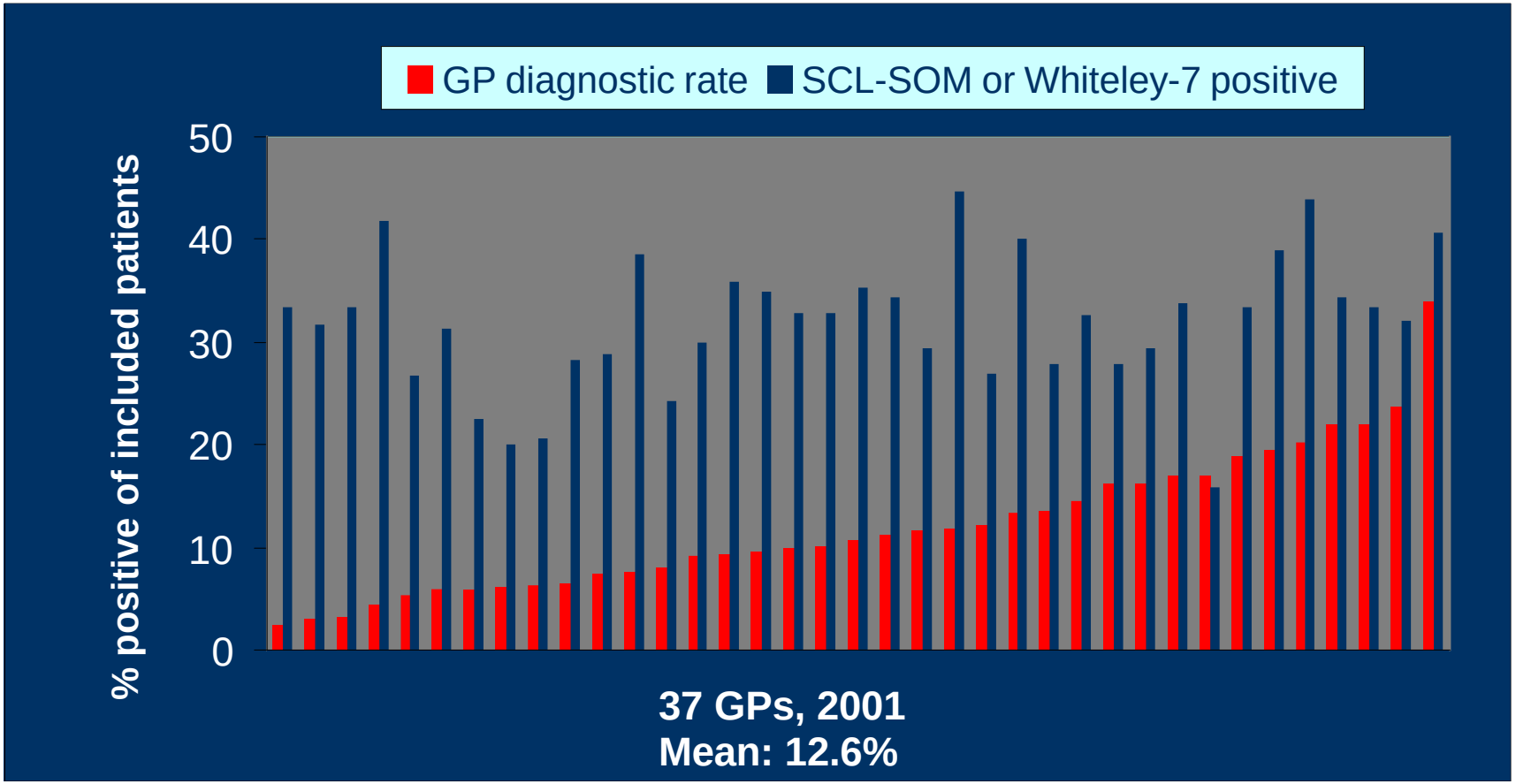
GP recognition of MUS



(Rosendal, BJGP 2003)

The Research Unit for General Practice
Aarhus University
m.rosendal@alm.au.dk

GP recognition of MUS



(Rosendal, BJGP 2003)

The Research Unit for General Practice
Aarhus University
m.rosendal@alm.au.dk

Aufgaben/ Möglichkeiten des Haus-/ Facharztes im Umgang mit Patienten mit somatoformen/ funktionellen Störungen

- Diagnostik und Therapieeinleitung
  - an Möglichkeit somatoformer/ funktioneller Störung denken!
  - diagnostischer Umgang als Beginn der Therapie

- Sekundärprävention - somatoforme Störungen sind (auch) Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen!
  - Aktivieren statt Schonen
  - Iatrogene Fixierung auf schwere organische Störung vermeiden
  - Dysfunktionales Krankheitsverhalten dämpfen

Diagnostischer Umgang als Beginn der Therapie

- Arzt-Patient-Beziehung ist bei somatoformen Störungen besonders am Anfang schwerer stabil zu gestalten als bei anderen Störungen
  - das liegt nicht nur am Patienten, der sich oft nicht ernstgenommen, als "eingebildeter Kranker" hingestellt fühlt

- Eigene (negative) Gefühlsreaktionen beim entstehenden Verdacht auf eine somatoforme Störung beachten
  - "Musterirritation", Unsicherheit (diagnostisch und therapeutisch)
  - Entscheidungsdruck ("entweder – oder")
  - Getäuscht-Fühlen, Entlarven-Wollen

- "Sowohl-als-auch"- Haltung ist sinnvoll
  - Ernstnehmen der Beschwerden
  - Frühzeitiges Interesse für psychosoziale Aspekte
  - Angemessenes Zutrauen zur eigenen therapeutischen Kompetenz

Zugang zur “psychosozialen Seite” des Patienten

- Zuhören und Nicht-Handeln
  - über 50% der Patienten mit unklaren Körperbeschwerden geben spontan Hinweise auf psychosoziale Faktoren
  - die meisten körperlichen Untersuchungen bei diesen Pat. werden auf Initiative des Arztes veranlasst (Ring et al. Soc Sci Med 2005)

Zugang zur “psychosozialen Seite” des Patienten

- Fragen
  - welche anderen (diagnostisch ungeklärten, beeinträchtigenden) Körperbeschwerden gab es in letzter Zeit?
  - wie geht es Ihnen mit Ihren Beschwerden? (Waren Sie in letzter Zeit niedergeschlagen, Freude verloren, sehr nervös?)
  - was glauben Sie selbst, was die Ursache Ihrer Beschwerden ist?

Umgang mit dem Patienten

- Sagen
  - Positive Erklärungen statt "Sie haben nichts"; Teufelskreismodelle anbieten
  - keine vorschnellen Verdachtsdiagnosen; "funktionell" statt "psychogen"
  - Emotionale Unterstützung geben (Erwartung derselben macht Druckerleben aus)

- Gesprächsrahmen setzen und einhalten
  - bei Chronifizierungstendenz: regelmäßige statt beschwerdegesteuerte Terminvergabe
  - Zeitrahmen des Gesprächs explizit machen und einhalten, ggf. explizit unterbrechen

Kooperation in der Praxis und mit den Kollegen

- Arzthelferinnen
  - Struktur für Kommunikation über "schwierige Patienten" schaffen: einzelfallbezogen und generell
  - Schulung der Arzthelferinnen über "schwierige" Patienten

- Physiotherapie
  - Abstimmung bzgl. Behandlungsplans und bzgl. Erklärungen für Pat. (auf "Privattheorien" der Krankengymnasten achten)

- Somatische Fachkollegen
  - bei doctor hoppern: gegenseitige Entwertungstendenz begrenzen
  - Abstimmung bzgl. Diagnostik, Behandlungsplan, Erklärungen für Pat. einzelfallbezogen wünschenswert (…), generell möglich

Kooperation mit ambulanter Psychotherapie

- Überweisung
  - nicht zwangsläufig notwendig, ggf. Effekt der eigenen therapeutischen Massnahmen abwarten
  - vor- und nachbereiten

- Kommunikation im ambulanten Setting
  - bei anhaltend somatisierenden Patienten ist Verständigung über die Behandlung zwischen Hausarzt, Fachärzten und Psychotherapeut wichtig – auch als "Neuanfang" für die "Beziehungsstörung im Gesundheitswesen"

AWMF S3-Leitlinie 051-001

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html

MEDIZIN

KLINISCHE LEITLINIE

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Rainer Schaefert, Constanze Hausteiner-Wiehle, Winfried Häuser, Joram Ronel, Markus Herrmann, Peter Henningsen

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen 4–10 % der Bevölkerung und 20 % der Hausarztpatienten. Sie verlaufen häufig chronisch, beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich und sind kostspielig. Für Behandler stellen sie eine Herausforderung dar, ungünstiges Behandlerverhalten kann den Verlauf negativ beeinflussen.

Methoden: Die Leitliniengruppe (29 medizinische/psychologische Fachgesellschaften, eine Patientenvertretung) analysierte über 4 000 Veröffentlichungen einer systematischen Literaturrecherche. Die Leitlinie wurde in zwei Online-Delphirunden und drei Konsensuskonferenzen verabschiedet.

Ergebnisse: Die Evidenzlage war wegen der weit gespannten Thematik heterogen und erreichte bei vielen Fragen nur mittleren Evidenzlevel; starker Konsens wurde meist erzielt. Empfohlen werden der Aufbau einer partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung, eine symptom-/bewältigungsorientierte Grundhaltung und Vermeiden stigmatisierender Kommentare. Biopsychosoziale Simultandiagnostik mit behutsamem Aufgreifen von Hinweisen auf psychosoziale Belastungen ermöglicht die Früherkennung einschließlich komorbider Erkrankungen und verringert das Risiko iatrogener Somatisierung. Bei leichteren Verläufen helfen Erarbeiten eines biopsychosozialen Erklärungsmodells und körperliche/soziale Aktivierung. Schwerere Verläufe erfordern ein kooperatives, koordiniertes Vorgehen mit regelmäßigen/beschwerdeunabhängigen Terminen, gestufter Aktivierung und Psychotherapie, vor allem kognitiv-behaviorale, daneben psychodynamisch-interpersonelle und hypnotherapeutische/imaginative Ansätze. Innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans bis zu multimodaler Therapie können körperorientierte/non-verbale und Entspannungsverfahren sowie befristete Medikation sinnvoll sein.

Schlussfolgerungen: Konsequente biopsychosoziale Simultandiagnostik ermöglicht Früherkennung. Die Therapie orientiert sich an der Erkrankungsschwere. Sie erfordert aktive Mitarbeit des Patienten und Kooperation aller Behandler, die vom Hausarzt koordiniert werden sollte.

► Zitierweise
Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P: Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(47): 803–13. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg; Dr. med. Schaefert
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München; PD Dr. med. Hausteiner-Wiehle, Dr. med. Ronel, Prof. Dr. med. Henningsen
Klinik Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken gGmbH; PD Dr. med. Häuser
Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg; Prof. Dr. med. Herrmann, MPH

Mit Ablaufen der S2e-Leitlinie „Somatoforme Störungen" (1) beschlossen Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) eine syndromübergreifende Neufassung. Unter ihrer Federführung erarbeiteten Vertreter von 28 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Patientenvertreter) und der Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachhochschulen (AWMF) *(eKasten 1)* 2008–2012 die neu vorgelegte S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (NFS)", deren offizielle Kurzfassung dieser Beitrag ist (2–4).

Methodik

Die Leitliniengruppe berücksichtigte alle Versorgungsbereiche und war bezüglich Geschlecht und hierarchischer Position ausgewogen besetzt. Beim konstituierenden Treffen wurden Schlüsselfragen zu allen klinisch relevanten Themen formuliert und auf neun Arbeitsgruppen aufgeteilt. Eine siebenköpfige Steuerungsgruppe *(eKasten 1)* führte anknüpfend an die S2e-Leitlinie von 2002 (1) eine systematische Literaturrecherche der Publikationen vom 1. 1. 2000 bis zum 1. 1. 2009 durch (Suchwörter: *eKasten 2*), die von den Arbeitsgruppen bis 05/2011 ergänzt und aktualisiert wurde (3). Nach Beurteilung von Ein-/Ausschlusskriterien *(eKasten 3)* und Studienqualität/-relevanz (e1) *(eTabelle 1)* wurden 761 Publikationen berücksichtigt *(Grafik 1)*. Die Arbeitsgruppen analysierten die Literatur, bewerteten die Evidenzlevels (EL) (e2) *(eTabelle 2)* und erarbeiteten 148 Empfehlungen, Statements und Quelltexte. Zu den wichtigsten Therapieformen wurden als statistisches Wirksamkeitsmaß exemplarische Numbers needed to treat (NNTs) ermittelt *(Tabelle 1)*. Die Leitlinie wurde in zwei Online-Delphiverfahren und drei Konsensuskonferenzen modifiziert und im meist starken Konsens (e3) *(eTabelle 3)* verabschiedet. Die zugehörigen Empfehlungsgrade (EG) leiten sich aus den Evidenzlevels ab; Auf-/Abwertungen waren im Konsensusverfahren möglich (e4) *(eGrafik)*. Empfehlungen, die aus Sicht der Leitliniengruppe trotz mangelnder Evidenz einen Standard darstellen, wurden als „Klinische Konsenspunkte (KKP)" gekennzeichnet (e5). Die konsentierte Leitlinien-Version war 02/2012 vier Wochen im Internet öffentlich kommentierbar. Sie

Schäfert R et al. Dt. Ärzteblatt 2012; 109: 803-13

Stuttgart 2013

AWMF S3-Leitlinie 051-001

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) ***(federführend)*** (Mandatsträger: Peter Henningsen)

Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) ***(federführend)*** (Mandatsträger: Peter Henningsen)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Mandatsträger: Markus Herrmann)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Mandatsträger: Volker Arolt)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) (Mandatsträger: Marcus Schiltenwolf)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) (Mandatsträger: Hubert Mönnikes)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Mandatsträgerin: Marianne Dieterich)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPFG) (Mandatsträgerin: Friederike Siedentopf)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO) (Mandatsträgerin: Astrid Marek)

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)/ AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin (Mandatsträger: Dirk Rösing)

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) /AK Psychologie und Psychosomatik (Mandatsträgerin: Anne Wolowski)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (Mandatsträgerin. Friederike Siedentopf)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Mandatsträger: Karl-Heinz Ladwig)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (Mandatsträger: Wolfgang Eich)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (Mandatsträger: Gerd Rudolf)

Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) (Mandatsträger: Ulrich Schultz-Venrath)

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) (Mandatsträgerin: Heide Glaesmer)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltens-medizin und Verhaltensmodi-fikation (DGVM) (Mandatsträger: Winfried Rief)

Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (Mandatsträgerin: Alexandra Martin)

Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) (Mandatsträgerin: Caroline Herr)

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) (Mandatsträger: Dennis Nowak)

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (Mandatsträger: Hubert Mönnikes)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) (Mandatsträger: Marcus Schiltenwolf)

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) (Mandatsträger: Uwe Gieler)

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI) (Mandatsträger: Uwe Gieler)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (Mandatsträgerin: Kirsten Mönkemöller)

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) (Mandatsträger: Wolfgang Deetjen)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) (Mandatsträger: Jürgen Matzat)

Diagnostik-Algorithmus

Ausgangspunkt: unklare Körperbeschwerden

somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik

Basis-Anamnese

- offene Fragen stellen
- Art, Lokalisation, Anzahl (!), Dauer, Intensität der Beschwerden
- Beschwerden über das Leitsymptom hinaus
- Verlaufsmuster
- Trigger
- Bewältigungsstrategien, subjektive Beeinflussbarkeit
- (beiläufige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen (!)
- aktuelle Funktionsfähigkeit im Alltag
- psychisches Befinden
- subjektive Ursachenannahmen
- dysfunktionale Annahmen und Verhaltensweisen

Somatische Diagnostik:
regelmäßige körperliche Untersuchung,
systematische Stufendiagnostik

- regelmäßige körperliche Untersuchung
- Systematische Stufendiagnostik: geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft
- verantwortlich begrenzen, Endpunkt festlegen
- entkatastrophisierend ankündigen (erwartbare Normalbefunde)
- Befunde besprechen
- kritisch geprüfte Ergänzungsdiagnostik bei neu auftretenden Beschwerden/ Warnsymptomen
- Patient vor unnötiger, gegebenenfalls schädigender Diagnostik schützen

fachärztliche Basistherapie/ psychosomatische Grundversorgung

Betreuung im Rahmen fester Termine
+ störungsorientierte Fach- bzw. fachgebundene Psychotherapie

Warnsignale abwendbar gefährlicher Verläufe? (Red flags)

ja → **sofortige Veranlassung geeigneter Interventionen**

nach Abwendung der Gefahr → **Diagnostische Wiedereinschätzung der Schwere des Verlaufs nach spätestens 3 Monaten**, ggf. Erweiterung der Diagnostik

nein → **Diagnostische Wiedereinschätzung der Schwere des Verlaufs nach spätestens 3 Monaten**, ggf. Erweiterung der Diagnostik

Diagnostik-Algorithmus

Ausgangspunkt: unklare Körperbeschwerden

somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik

	leichtere (unkomplizierte) Verläufe 50-75%	**schwerere (komplizierte) Verläufe (“yellow flags“): 10-30%**
Anzahl/ Art der Beschwerden	eine oder wenige Beschwerden (mono-/ oligosymptomatischer Verlauf)	mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf)
Häufigkeit/ Dauer der Beschwerden	selten bzw. kurz (längere beschwerdefreie Intervalle)	ohne oder nur mit seltenen/ kurzen beschwerdefreien Intervallen
Krankheitswahrnehmung	weitgehend adäquat	starke Krankheitsängste
Krankheitsverhalten	weitgehend adäquat, z.B. angemessenes Inanspruchnahme-verhalten	hohes, dysfunktionales Inanspruchnahmeverhalten, Schon- u. Vermeidungsverhalten
funktionelle Beeinträchtigung	gering	Arbeitsunfähigkeit >4 Wochen, sozialer Rückzug
psychosoziale (evtl. auch biographische) Belastung	leichtgradige oder nur kurzzeitige Stressoren	hohe Belastungen in Lebenssituation und Biographie (Traumatisierung)
psychische Komorbidität	keine relevante psychische Komorbidität	schwerere psychische Komorbidität (Depression, Angst, PTSD, Sucht, Persönlichkeitsstörung)
Behandler-Patient-Beziehung	kooperativ	(von beiden) als „schwierig“ erlebt, frustrierend, häufige Behandlungs-abbrüche
medizin-systemische und iatrogene Aspekte	keine iatrogenen Faktoren	iatrogene Faktoren (z.B. invasive Maßnahmen)

kung
de

usätzlich
nicht
d erklärte
en bzw.
eanteile?

ng

en

Vernetzung im diagnostisch-therapeutischen Umgang

- "Einstellungs-Voraussetzungen" u.a.
  - Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Problemen sind ernstzunehmen
  - Meine Kollegen und die Besonderheiten ihrer Praxen sind ernstzunehmen
  - Kooperativ-vernetzt ist vielen Patienten besser zu helfen als isoliert
  - Ich habe Zutrauen zu meiner eigenen diagnostisch-therapeutischen Komptenz
  - Ich kenne meine Grenzen und die Grenzen meiner Praxis

- Struktur-Voraussetzungen u.a:
  - Gegenseitige Kenntnis und Verabredung zur Kooperation
  - Pragmatisch gelingende Lösungen u.a. bzgl.
    - Screening von Patienten (Patient Health Questionnaire, PHQ-D)
    - Terminvergabe
    - Fallbezogene Rückkopplung mit Kollegen (tel., schriftlich)
    - Fallbesprechungen/ Qualitätszirkel

PHQ-D

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Nicht beeinträchtigt**	**Wenig beeinträchtigt**	**Stark beeinträchtigt**
a. Bauchschmerzen	☐	☐	☐
b. Rückenschmerzen	☐	☐	☐
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	☐	☐	☐
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	☐	☐	☐
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
f. Kopfschmerzen	☐	☐	☐
g. Schmerzen im Brustbereich	☐	☐	☐
h. Schwindel	☐	☐	☐
i. Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐
j. Herzklopfen oder Herzrasen	☐	☐	☐
k. Kurzatmigkeit	☐	☐	☐
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	☐	☐	☐
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	☐	☐	☐

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	☐	☐	☐	☐
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig" oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐	☐	☐	☐
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐	☐	☐	☐

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Universitätsklinikum Heidelberg (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, *JAMA*, 1999). Deutsche Übersetzung und Validierung der „Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)" durch B. Löwe et al., Hamburg-Eppendorf (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, *Arch Intern Med*, 2006)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	**Etwas erschwert**	**Relativ stark erschwert**	**Sehr stark erschwert**
☐	☐	☐	☐

Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen?	**JA**	**NEIN**
	☐	☐

Der Patient Health Questionnaire (PHQ-4) wurde entwickelt von Drs. Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B.W. Williams und Bernd Löwe.
© 2005 Pfizer Inc., Deutsche Version: Bernd Löwe et al., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2006.

Vernetzung im diagnostisch-therapeutischen Umgang

- Umsetzung im Alltag u.a.
  - Einübung der Gesprächstechniken (Diagnostik, Motivation, Überweisung)
  - Information/ Schulung der Praxismitarbeiter
  - Nachhaltigkeit durch erkennbaren Benefit für alle (Zufriedenheit…)

Vernetzung im diagnostisch-therapeutischen Umgang

Ein Beispiel aus Hamburg: Sofu-Net

Sofu-Net: Netzwerk für somatoforme Störungen

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Hausärzte
- Systematisches Screening bei Risikopatienten entsprechend der aktuellen Leitlinien
- Motivation der Patienten zur Psychotherapie
- Vermittlung an Psychotherapeuten/Kliniken

Psychotherapeuten
- Kurzfristige Terminvergabe
- Angebot maßgeschneiderter Therapiekonzepte gemäß eines gestuften Therapiemodells (leitlinienkonform)
- Enge Kommunikation mit dem Hausarzt: Informationen zum Status quo und notwendige Unterstützung (z.B. Medikation)

Kliniken
- Spezialisierte Behandlung auf qualitativ höchstem Niveau
- Zügige Vergabe von zeitnahen Therapieplätzen
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Psychoedukationsgruppe; Spezialsprechstunde somatoforme Beschwerden

Networking-Plattform
- Regelmäßige Qualitätszirkel: Interdisziplinäre Fallbesprechung
- Netzwerkkonferenzen: gemeinsame Entwicklung von Lösungen zur Optimierung der Netzwerkarbeit. Networking/Ausbau persönlicher Kontakte

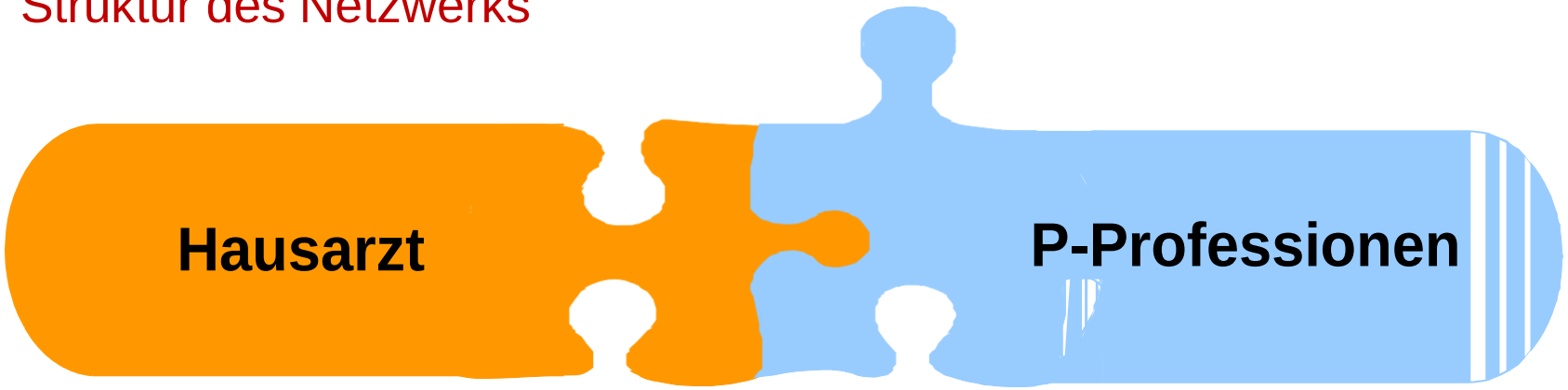
Fabisch AB et al.
Arzt u Krankenhaus 2012

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

SCHÖN KLINIK
Hamburg Eilbek

Struktur des Netzwerks



Screening → Weiterführende Diagnostik → Mitbehandlung (ambulant und ggf. stationär)

bei positivem Screening:
Erstgespräch nach
maximal 4 Wochen

Behandlungsbeginn
nach maximal 8 Wochen

http://www.psychenet.de/

Über diese Impressum Kontakt Presse Sitemap Mediencenter > Expertenbereich

psyche le {,;

Hamburger Netz psychische Gesundh

UOCR PSY(tl(H(I PARTNER PSY(Hl$(1t(OCSU'IOll[IT TOOLS ltlIFC rtNOCH

ll(HR CllfAHACH

H[UQ((IT(H

231121>11 psych-l btrn N;rcr*1
Ot Llt: ress Ge.11T'tet

231121>11 i::. Y•hcncl bcn. 001Kon!lfc:;:; m

M(ltl (RfAllA('I

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

SCHÖN KLINIK
Hamburg Eilbek

Barrieren und förderliche Aktivitäten

Barrieren

- Zeitliche Ressourcen der Hausärzte zu knapp
- Keine Vergütung für zusätzliche Aufgaben wie z.B. Motivation/ Psychoedukation/ Vermittlung von Patienten
- Geringe Behandlungsmotivation der Patienten
- Geringe interdisziplinäre Kommunikation
- Strukturelle Probleme: zu wenig Kapazitäten bei den P-Professionen, schlechte Erreichbarkeit von Psychotherapeuten
  (E-Mail-Verteilerliste!)
- Verhandlungen mit Kostenträgern: aktuell keine weiteren Verhandlungen geplant

Förderliche Bedingungen

- Hohe Akzeptanz des Screeninginstrumentes bei Patienten
- Regelmäßige Kommunikation mit HÄ und P-Professionen i.R. des Monitorings
- Etablierung von Netzwerkelementen, z.B. (Öffnung von) Qualitätszirkeln, Bereitstellung von Materialien (z.B. Screening-Tools, Info-Flyer, Booklet) **(Kurzbefund!)**
- Psychoedukationsgruppe

Kurzbefund

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Bericht an den überweisenden Arzt/ Therapiebericht

Sehr geehrte(r) Herr/ Frau _____

Vielen Dank für die Überweisung von/ wir berichten über

Frau/ Herrn _____ geb. am: _____

Diagnose: _____

Die Vorgespräche

- waren ausreichend als Krisenintervention ☐
- ergaben z.Zt. keine Indikation für eine Psychotherapie im engeren Sinne ☐
- ergaben, dass hier keine Psychotherapie gewünscht wurde ☐
- ergaben, dass eine stationäre/ tagesklinische Behandlung notwendig ist ☐
- ergaben die Notwendigkeit einer tiefenpsychologisch fundierten PT ☐
- ergaben die Notwendigkeit einer Verhaltenstherapie ☐

Nach den Vorgesprächen und bei gegebener Indikation

- wartet der Patient auf einen Therapieplatz bei mir ☐
- befindet sich der Patient seit dem _____ bis voraussichtlich _____
  in einer VT/ TP Kurzzeit/ Langzeitpsychotherapie mit _____Stunden/ Woche.

Aus meiner Sicht ist der Patient zum jetzigen Zeitpunkt: ☐

- arbeitsunfähig ☐
- arbeitsfähig

Die Einleitung folgender *Begleitmedikation* ist zu empfehlen

_____

Eine akute Gefährdung i.S. einer *Selbstverletzung/Suizidalität* ist aktuell: ☐

- nicht festzustellen ☐
- möglich

Mit freundlichen Grüßen

Fazit

- Diagnostik ist mehr als Kodierung…
  - …Wissen – Ernstnehmen - Zuhören – Sprechen – Untersuchen – Motivieren – Kooperieren – Begleiten - …
  - …Therapie

Danke !