

# Psychosomatische Medizin

Bei vielen Krankheitsbildern stellt die Erfassung biopsychosozialer Zusammenhänge die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung dar. Als Ergänzung zur symptom- und krankheitsorientierten Mikroanalyse ist es wesentlich, sich einen Überblick über die Gesamtsituation – Makroanalyse – des Betroffenen zu verschaffen.

Die Therapie erfolgt nach Schweregrad abgestuft (stepped care).

Von Christian Fazekas\*

## Aktuelle Entwicklungen

### Bio-psycho-soziale Ätiologien

In den letzten Jahren hat die Entwicklung in der Psychosomatischen Medizin zu einer Fülle an empirischen Befunden geführt. Diese machen heute deutlicher denn je, was mit dem biopsychosozialen Modell beschrieben wird. Aus diesem Modell allein wird jedoch nicht der Anspruch abgeleitet, konkrete Theorie und Praxeologie und damit ärztliche Praxis begründen zu können. Vor diesem Hintergrund sind nationale und internationale Leitlinien zu Krankheitsentitäten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen erarbeitet worden, die Empfehlungen im Sinn psychosomatischer Medizin beinhalten. Diese Leitlinien befassen sich mit so unterschiedlichen Körperbeschwerden und Krankheiten wie Brustschmerz, chronische Herzinsuffizienz, chronischer Unterbauchschmerz, Diabetes mellitus, Essstörungen, Fibromyalgie, funktionelle Anfälle, Neurodermitis, Reizdarmsyndrom, Schwindel oder Tinnitus. Zusätzlich sind auch Leitlinien zu spezifischen biopsychosozialen Versorgungsbereichen wie etwa jenem der Psychoonkologie entstanden. Diese Vielfalt

verdeutlicht, in welcher Breite sich Psychosomatische Medizin verankert hat. Somit berücksichtigt die Medizin bio-psycho-sozio-ökologische Ätiologien - jedoch jeweils mit unterschiedlicher Gewichtung dieser Faktoren - bei einzelnen Krankheitsbildern und in der Folge beim einzelnen Patienten. Ein exklusiv psychogener Ansatz, wie er historisch in Teilen der klassischen Psychosomatik dominant war, greift demnach aus heutiger Sicht konzeptuell ebenso zu kurz wie eine Reduktion der Psychosomatik auf den psychosozialen Faktor.

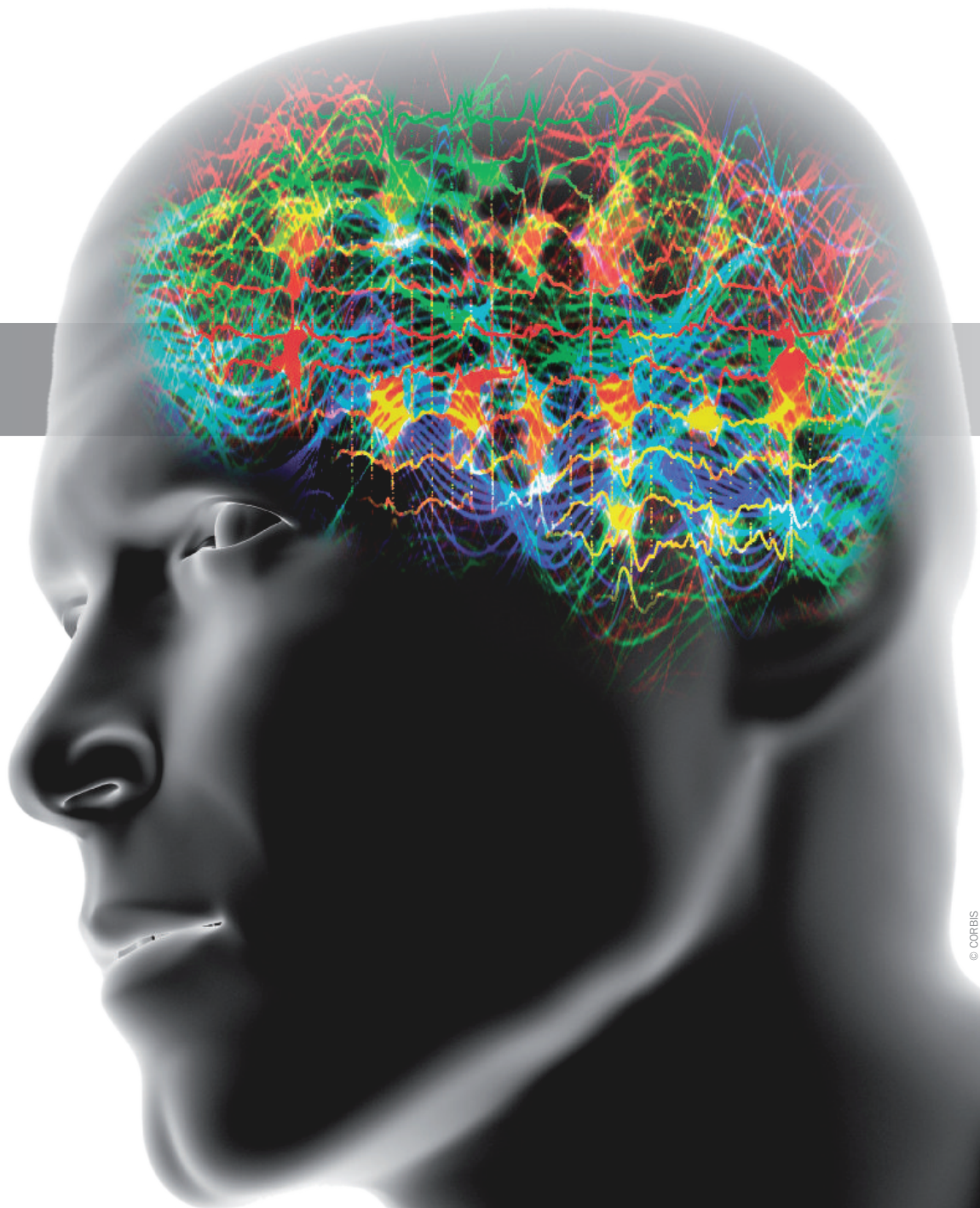
### Biologische Dimension

Die diagnostische und therapeutische Beachtung der biologischen Dimension in der Psychosomatik ist aus bio-psycho-sozialer Perspektive unverzichtbar und begründet diesen Bereich als medizinisches Fachgebiet. Dabei ist anzumerken, dass sich unser Verständnis des „biologischen Faktors“ als erblich vermittelt und insofern scheinbar unbeeinflussbar von psychosozialen Faktoren gewandelt hat. Aufgrund der wechselseitigen Einflüsse von Genetik, Epigenetik und Individuum-Umwelt-Interaktionen werden heutzutage die genetischen

Grundlagen als teilweise modulierbar und weniger schicksalhaft erachtet, als dies bis vor Kurzem noch angenommen wurde. Auch der prägende Einfluss von frühen Beziehungserfahrungen auf Stressresistenz und Neuroplastizität und der nachhaltige Einfluss von biographisch frühen Belastungen auf das Morbiditätsrisiko – etwa hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung im Erwachsenenalter –, werden mit epigenetischen Veränderungen im Gehirn in Verbindung gebracht. Psychosomatische Medizin als fächerübergreifender Ansatz berücksichtigt daher auch die Entwicklungsdimension über die gesamte Lebensspanne hinweg.

### Arzt-Patient-Beziehung

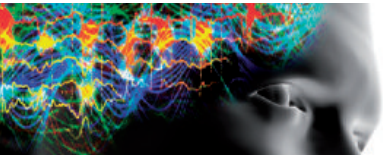
Besonders in der Psychosomatischen Medizin wird deutlich, dass das intersubjektive Geschehen für den diagnostischen und therapeutischen Prozess zwischen Patient und Arzt von hoher Bedeutung ist. Diese zwischenmenschliche Beziehungsdynamik ist natürlich in der gesamten Medizin wirksam und kann Behandlungsergebnisse beeinflussen wie am Beispiel „adherence“ bei Diabetes mellitus gezeigt wurde. Die Bedeutung des



© CORBIS

ärztlichen Gesprächs wird auch von Seite der Patienten hoch bewertet. Einer aktuellen Studie zufolge wünschen sich 40 Prozent der Österreicher, ihr Arzt könnte ihnen mehr Zeit im Rahmen des ärztlichen Gesprächs zur Verfügung stellen. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, dass 40 Prozent der Patienten in der Allgemeinmedizin von einer psychischen Komponente, die sie bei sich selbst registrieren, im Kontext ihrer körperlichen wie psychischen Anliegen berichten.

Aufgrund des großen Vertrauensvorschlusses in die Arzt-Patient-Beziehung erscheint es nachvollziehbar, dass Patienten das, was ihnen im Kontext ihrer Beschwerden relevant erscheint, in das ärztliche Gespräch mit einbringen möchten, um zu informieren und Antworten zu ►►



►► bekommen beziehungsweise Resonanz zu finden. Ist eine solche Interaktion möglich, fördert dies die Selbstregulationskompetenz des Patienten. Insgesamt kommt in der Psychosomatischen Medizin der Förderung von Selbstregulationskompetenz der Patienten bereits in der psychosomatischen Grundversorgung ein zunehmend hoher Stellenwert zu. Außerdem haben sich psychotherapeutische Behandlungsverfahren als wirksam erwiesen, wobei insgesamt mittlere Effektstärken (0,88) berichtet werden, die somit in der Größenordnung vieler etablierter medizinischer Interventionen liegen wie zum Beispiel Aortokoronare Bypass-Operation (0,80).

### Definitionen des Fachgebietes

Aktuelle Definitionen des Fachgebietes Psychosomatische Medizin nehmen darauf Bezug, dass es bei vielen Krankheitsbildern Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist, biopsychosoziale Zusammenhänge mit zu erfassen und mit zu behandeln. Hierfür ist ein abgestuftes Versorgungskonzept vorgesehen, wie dies auch dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2012) zu entnehmen ist. Dabei ist psychosomatische Grundversorgung als eine grundlegende ärztliche Aufgabe zu verstehen, welche bei Bedarf die gezielte und frühzeitige Einbeziehung der spezialisierten psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsebene ermöglicht.

### Kurzdefinition Psychosomatische Grundversorgung

„In der Psychosomatischen Grundversorgung soll der Arzt bei der Untersuchung und Behandlung die biologischen, psychologischen und sozialen Anteile im Krankheitsgeschehen in eine Gesamtdiagnose integrieren und diese Aspekte hinsichtlich ihrer ätiologischen Bedeutung gewichten. Er kann die Indikation zu somatischen Verfahren, aber auch zu psychotherapeutischen Verfahren stellen und die Stellung dieser Verfahren im Gesamtbehandlungsplan entsprechend dem aktuellen Krankheitsgeschehen bestimmen“ (Janssen & Kruse 2009).

### Kurzdefinition

#### Psychosomatische Medizin

„Mit dem klinischen Fachgebiet Psychosomatische Medizin wird ein Bereich innerhalb der Medizin benannt, der sich wissenschaftlich und in seinem Versorgungsauftrag mit jenen Krankheitsbildern befasst, bei denen es für eine erfolgreiche Behandlung Voraussetzung ist, ihre Genese und Aufrechterhaltung der Symptomatik unter bio-psycho-sozialen, kulturellen und ökologischen Zusammenhängen und Wechselwirkungen zu begreifen.“

Die subjektiv, individuell erlebte Lebenswelt des betroffenen Menschen, seine körperlich-leiblichen Beschwerden und seine soziale Einbindung werden als beeinflussbare Prozesse komplexer dynamischer Systeme erkannt.

Psychosomatik berücksichtigt die subjektive und die objektive Seite von Gesundheit und Kranksein sowie das Beziehungserleben und Beziehungsgestalten des Menschen über seine gesamte Lebensspanne hin und ist damit relevant für die Förderung von Selbstheilung. Psychosomatische Medizin ist sowohl fachspezifisch als auch fächerübergreifend angelegt. Auf der Basis psychosomatischer Haltung werden Differentialdiagnosen und Therapiepläne erstellt. Psychosomatik umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention, die kurative und rehabilitative Medizin“ (Leitner et al. 2013).

### Krankheitsbilder

Den genannten Definitionen zufolge beinhaltet Psychosomatische Medizin einen Zugang, der sich nicht auf einzelne Krankheitsbilder reduzieren lässt. In der folgenden Systematik werden daher vier Kernbereiche der psychosomatischen Versorgung spezifiziert.

#### Körperbeschwerden

##### ohne klinischen Befund

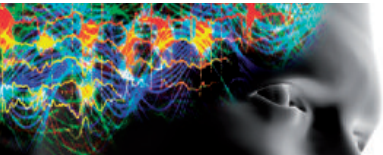
Hinsichtlich körperlicher Beschwerden ohne hinreichend erklärenden somatischen Befund sind nach wie vor unterschiedliche diagnostische Bezeichnungen

wie funktionelle Beschwerden (zum Beispiel Fibromyalgie-Syndrom, Reizdarm-Syndrom) und somatoforme Störungen oder auch medically unexplained symptoms (MUS) gebräuchlich. In der jüngsten S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften; [www.funktionell.net](http://www.funktionell.net)) zu diesem Thema wird nunmehr für diese Krankheitsgruppe die Verwendung des dreiteiligen Begriffs „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (NFS) vorgeschlagen. Die Bezeichnung „nicht-spezifisch“ resultiert aus dem Anliegen, einer vorschnellen Etikettierung dieser (oft vorübergehenden) Körperbeschwerden als spezifische Krankheit vorzubeugen. Außerdem soll mit der Bezeichnung NFS eine terminologische Vereinheitlichung der bislang in unterschiedlichen Fachgebieten verwendeten Begriffe „funktionell“ (zum Beispiel Innere Medizin) beziehungsweise „somatoform“ (zum Beispiel Psychiatrie) erzielt werden.

Die Häufigkeit dieser NFS in der somatischen Medizin wird in der Hausarztpraxis auf circa 20 Prozent geschätzt, während sie in somatischen Spezialambulanzen/-praxen 50 Prozent erreichen kann. In der Allgemeinbevölkerung sind unter den vier bis zehn Prozent der Betroffenen mehrheitlich Frauen. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt in etwa 2:1.

Neben der uneinheitlichen Terminologie dürfte vor allem die mangelnde „Greifbarkeit“ dieser Beschwerden dazu beitragen, dass die NFS insofern eine typische psychosomatische Herausforderung mit sich bringen, weil eine ausschließlich somatisch orientierte Abklärung zu kurz greift und eine Chronifizierung dieser Beschwerden begünstigt. Dass eine solche ausschließlich auf körperliche Ursachenfindung abzielende Vorgangsweise nach wie vor nicht unüblich ist, lässt sich daraus ableiten, dass die Gruppe der NFS in verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen - etwa in den Niederlanden oder in Großbritannien - zu den diagnostisch teuersten Kategorien zählt. Deswegen wird die Gruppe der NFS als Beispiel ►►





►► für ärztliches Handeln im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung und der spezialisierten psychosomatischen Medizin in den nachfolgenden Kapiteln zu Symptomatik, Diagnostik und Therapie näher beschrieben. Bei Körperbeschwerden ohne klinischen Befund handelt es sich aus der Perspektive der psychosomatischen Medizin jedoch keineswegs um den umfassendsten und vielfältigsten Kernbereich der psychosomatischen Versorgung. Dieser wird mit der Beschreibung „Psychosoziale Faktoren bei körperlichen Krankheiten“ zusammengefasst und kann im Rahmen dieses Beitrags im Folgenden nur kurz skizziert werden.

### **Psychosoziale Faktoren bei körperlichen Krankheiten**

Psychosoziale Aspekte sind bei der Genese, Aufrechterhaltung und Behandlung einer Vielzahl von körperlichen Krankheiten als Risiko- und als protektive Faktoren beteiligt. Inwieweit diese beim einzelnen Patienten für eine erfolgreiche Behandlung zu beachten sind, lässt sich grundsätzlich erst nach einer Simultandiagnostik biologischer und psychosozialer Faktoren einschätzen.

Die Bedeutung der psychosozialen Dimension ist bei vielen körperlichen Krankheiten als hoch einzustufen – handelt es sich dabei um Gefäßerkrankungen, etwa die koronare Herzkrankheit (KHK), endokrinologische Störungen, etwa Diabetes mellitus II oder bestimmte Krankheiten mit Beteiligung des Immunsystems wie etwa Neurodermitis. Bei der KHK erklären neun modifizierbare Risikofaktoren, die mit dem Lebensstil in enger Verbindung stehen, 90 Prozent des Herzinfarkttrisikos, wie die Interheart Study gezeigt hat. Dass die Beachtung des Lebensstils des Patienten innerhalb der Medizin an Bedeutung gewinnt, begründen auch Studien, die den korrelativen Einfluss einer Kombination der vier Lebensstilfaktoren Alkohol, Nikotin, Ernährung und Bewegung auf das Mortalitätsrisiko untersucht haben. Wenn die Extremgruppen (vier positive versus vier negative Verhaltensmuster) bei gesunden Probanden im mittleren Le-

bensalter miteinander verglichen werden, so entspricht dieser Einfluss der unterschiedlichen Mortalität bei einer Altersdifferenz von 14 Jahren.

Klinisch relevante psychosoziale Faktoren bei körperlichen Krankheiten lassen sich jedoch keineswegs auf den Lebensstil reduzieren, der selbst oft nur Ausdruck schwieriger Verhältnisse und privater und/oder beruflicher aktueller und/oder biographischer Konfliktlagen ist. In dieses Kerngebiet psychosomatischer Versorgung fallen auch viele medizinische Spezialbereiche, etwa jenes der Psychoneuroimmunologie, das heute über weite Strecken nachvollziehbar werden lässt, wie psychosoziale Stressoren die Heilung von künstlich gesetzten Wunden um bis zu 60 Prozent verzögern können, wie dies in einer Studie mit feindselig agierenden Partnern gezeigt worden ist.

Solche psychosozialen Stressoren können auch in Familiensystemen bestehen und Störungen begünstigen (zum Beispiel frühe Ernährungsstörungen im Kontext der Mutter-Kind-Situation). Ebenso sind im Rahmen dieses Kernbereichs psychosomatischer Versorgung jene Störungen anzuführen, die bei Vorliegen belastender psychosozialer Einflussfaktoren zur Chronifizierung dieser Krankheiten beitragen: So ist etwa nach einem akuten Bandscheibenvorfall unter solchen Randbedingungen die Wahrscheinlichkeit, eine chronische Schmerzstörung zu entwickeln, signifikant erhöht. Wenn fast jede zweite 45 bis 49-jährige Person in Österreich (48 Prozent) von chronischen Wirbelsäulenbeschwerden betroffen ist, erscheint auch dieser Zusammenhang als relevant.

### **Körperliche Krankheiten und psychosoziale Auswirkungen**

Die Zunahme an chronischen Krankheiten, die auch als Erfolg der Akutmedizin zu werten ist, hat Konsequenzen für die Betroffenen und für das Gesundheitssystem. Einerseits ist dabei an mögliche unmittelbare psychosoziale Auswirkungen von chronischer Krankheit zu erinnern,

etwa im Langzeitverlauf bei Multipler Sklerose mit dem Auftreten einer körperlichen Behinderung oder einer möglichen hirnorganisch bedingten Veränderung der Persönlichkeit. Gleichzeitig tritt bei circa 20 Prozent der Patienten mit einer chronischen Erkrankung psychische Behandlungsbedürftigkeit im Kontext der Bemühungen um Krankheitsbewältigung auf, etwa als ursprünglich depressive Reaktion, die sich als Depression manifestieren kann. Wenn bis zu 80 Prozent der Gesundheitsausgaben auf Patienten mit chronischen Krankheiten entfallen, muss erwähnt werden, dass eine subjektiv gelungene Krankheitsbewältigung nicht nur mit einem günstigeren Krankheitsverlauf sondern auch mit einer geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einhergeht, wie etwa am Beispiel Diabe-



tes mellitus gezeigt wurde.

### **Biopsychosoziale Komplexität**

Während die drei zuvor genannten Kernbereiche psychosomatischer Versorgung einen unmittelbaren Konnex zwischen biologischen und psychischen beziehungsweise psychosozialen Faktoren implizieren, wird mit dem Begriff „biopsychosoziale Komplexität“ das gleichzeitige Bestehen von Interventionsbedürftigkeit auf den genannten drei Ebenen angesprochen, ohne dass ein solcher unmittelbarer Konnex zwischen den einzelnen Belastungsfaktoren vorliegen muss. Es könnten also bei einem biopsychosozial hoch komplexen Patienten eine oder mehrere organische Erkrankungen vorliegen; ätiologisch unabhängig davon kann eine psychische Störung bestehen und der Betroffene kann zusätzlich sozial iso-

liert und in Armut leben. Die Konsequenz daraus ist, dass es bei solchen Patienten zu kurz greift, nur einen der Bereiche mit Interventionsbedarf zu beachten. Daher ist es wesentlich, sich einen Überblick über die Gesamtsituation des Betroffenen zu verschaffen, also auch eine sogenannte Makroanalyse – als Ergänzung zur symptom- und krankheitsorientierten Mikroanalyse durchzuführen. Die Konsequenz hoher biopsychosozialer Komplexität betrifft in der Regel die Einbeziehung anderer medizinischer Fachbereiche beziehungsweise Gesundheitsberufe, indem solche zusätzlichen Interventionen entweder eingeleitet oder zumindest angeregt beziehungsweise empfohlen werden. Auch bei dieser Patientengruppe gibt es einen ökonomischen Aspekt. So haben Kathol und Clark (2005) für die USA gezeigt, dass auf zwei Prozent der Bevölkerung mit der höchsten Fallkomplexität circa ein Drittel der Gesundheitskosten im Gesundheitssystem entfallen.

### **Wichtige Symptome**

In der Psychosomatischen Medizin muss die körperliche Leitsymptomatik schon insofern variieren, als bei diversen Krankheiten – etwa einem Diabetes mellitus Typ I oder Typ II – eine Aggravierung des Verlaufs und damit der Symptomatik im Kontext psychosozialer Faktoren auftreten kann (Kernbereich 2 in der beschriebenen Systematik). Doch auch im zuerst genannten Kernbereich psychosomatischer Versorgung, den sogenannten „nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (NFS), die im Folgenden näher dargestellt werden, findet sich eine hohe Vielfalt an wichtigen Symptomen. Diese sollten differenzialdiagnostisch jedenfalls an die zu selten diagnostizierten NFS denken lassen.

Über längere Zeiträume betrachtet ist bei NFS häufig ein Wechsel der Intensität der Beschwerden beziehungsweise ein prozesshafter Verlauf in der Ausprägung der Symptomatik zu beobachten. Die Symptome reichen von Müdigkeit/Erschöpfung, Schlafstörung, Konzentrati-

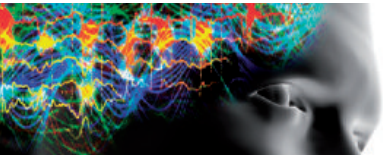
onsstörung, Schweißausbrüchen, Zittern über diverse Schmerzzustände, deren Lokalisation eventuell wechselt (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauch-/Unterbauchschmerzen, Brustschmerzen, Beschwerden an Armen und Beinen) bis hin zu Störungen mit Verbindung zu den Funktionen einzelner Organsysteme. Derartige Beschwerden betreffen die Verdauung (zum Beispiel Übelkeit, Symptome eines Reizmagen oder Reizdarms), die Atmung (zum Beispiel Hyperventilationssyndrom), das Herz-Kreislaufsystem (zum Beispiel Palpitation, atypischer Brustschmerz), das Urogenitalsystem (zum Beispiel Beckenbodenmyalgie, Reizbläsensymptomatik), das Nervensystem (zum Beispiel Sensibilitätsstörungen, Lähmungen), die Sinnesorgane (zum Beispiel Schwindel, Tinnitus), das muskuloskeletale System (zum Beispiel Fibromyalgie-Syndrom) oder die Haut (zum Beispiel Pruritus). Relativ häufig treten mehrere der genannten Symptome gemeinsam auf. Begleitende gesundheitsbezogene Ängste sind keineswegs selten, die oft mit Sorgen hinsichtlich einer schweren körperlichen Erkrankung in Verbindung stehen.

### **Diagnose**

#### **Grundhaltung**

Der Arzt-Patient-Beziehung kommt bei NFS eine wichtige Rolle bei der Diagnostik und Therapie zu, wobei in verschiedenen Leitlinien der Aufbau einer tragfähigen, partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung empfohlen wird. Häufig wird die Arzt-Patient-Interaktion von beiden Seiten jedoch als schwierig erlebt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn kein gemeinsam getragenes Verständnis der unklaren Körperbeschwerden und der begleitenden Belastungsfaktoren entwickelt werden kann. Eine vorschnelle Festlegung auf eine vermutete Diagnose oder die Beurteilung der Körperbeschwerden als entweder somatisch oder psychisch soll vermieden werden. Als Grundhaltung des Arztes wird stattdessen eine „Sowohl-als-auch-Position“ empfohlen. In der Gesprächsführung erweist sich eine offene, ►►





▶▶ interessierte, das Bestehen der Körperbeschwerden und die damit in Verbindung stehenden Belastungen anerkennende Ausrichtung als hilfreich. Die meisten Patienten können eine nicht hinreichend gegebene somatische Erklärbarkeit ihrer Beschwerden in dieser Phase akzeptieren, wenn sie sich sowohl der medizinischen Sorgfalt in der Abklärung sicher sind als auch Empathie hinsichtlich ihrer aktuellen Lebenssituation im ärztlichen Gespräch erfahren.

### Biopsychosoziale Diagnostik

Der Diagnostik-Algorithmus bei unklaren Körperbeschwerden beginnt mit einer biopsychosozialen Anamnese und organischer Basisdiagnostik. Zu Beginn soll sich der behandelnde Arzt die Beschwerden ausführlich und spontan schildern lassen („Annehmen der Beschwerdeklage“). Eine darauf aufsetzende Erhebung der Körperbeschwerden (Art, Lokalisation, Anzahl, Dauer, Intensität und Verlaufsmuster) soll auch nach weiteren Symptomen im Bereich anderer Organsysteme fragen. Die psychosoziale Basis-Anamnese kann abwartend offen miterhoben werden, indem etwa Hinweise auf Auswirkungen der Körperbeschwerden auf den Alltag und auf psychosoziale Belastungen aufgegriffen und vertieft werden („tangentialer Gesprächsführung“).

Das Krankheits-/Gesundheitsverhalten und das Ursachenmodell des Patienten (subjektive Krankheitstheorie) sind zusätzliche relevante Themen für eine biopsychosoziale Anamnese. Die organische Basisdiagnostik inkludiert die körperliche Untersuchung und Routineabklärung der Symptomatik, wobei je nach Symptomkonstellation auch eine zusätzliche (fach-) spezifische Abklärung indiziert sein kann. Eine verständliche Kommunikation mit dem Patienten zu den gemeinsam getragenen diagnostischen Schritten fördert dessen Orientierung und ein gemeinsames Verständnis der Problematik als bio-psycho-soziales Geschehen. Bei chronischen Verläufen sind außerdem bisherige diagnostische und therapeutische

Bemühungen zu evaluieren.

### Beurteilung des Schweregrades einer NFS

Leichte Verläufe sind in der Regel mono- oder oligosymptomatisch. Bei längerem Bestehen werden typischerweise symptomfreie oder symptomarme Intervalle berichtet. Hingegen weisen folgende klinische Charakteristika auf schwerere Verläufe hin („yellow flags“):

- mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf);
- häufige beziehungsweise anhaltende Beschwerden;
- dysfunktionale Gesundheits-/Krankheitswahrnehmung (zum Beispiel starke gesundheitsbezogene Ängste, katastrophisierendes Denken);
- deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; sozialer Rückzug; Arbeitsunfähigkeit > vier Wochen;
- mäßige bis hohe psychosoziale Belastungen;
- psychische Komorbidität (zum Beispiel Depression, Angststörung);
- Arzt-Patient-Beziehung wird (beiderseitig) als schwierig erlebt.

### Differentialdiagnose

Differentialdiagnosen zu NFS sind in erste Linie klar definierte körperliche Erkrankungen. Die somatische Abklärung ist daher jedenfalls sorgfältig durchzuführen, selbst wenn massive psychosoziale Belastungsfaktoren oder scheinbare Bedingungsfaktoren für das Auftreten von NFS vorliegen. Sollte keine körperliche Ursache vorliegen, ist eine Überdiagnostik, die den Patienten in seinem Verständnis „es ist alles organisch“ bestätigt, zu vermeiden. Differentialdiagnostisch sind psychische Erkrankungen ebenfalls in Erwägung zu ziehen - vor allem Depression, Angst, Sucht oder die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD).

Auch wenn eine körperliche oder psychische Grunderkrankung diagnostiziert wird, können jedoch zusätzlich somatisch nicht hinreichend erklärte Beschwerden bestehen, die ebenfalls die Diagnose einer NFS begründen können. Aus der ar-

beitshypothetischen Diagnose einer NFS kann auch die Diagnose einer definierten Störung, etwa einer Fibromyalgie, eines Reizdarmsyndroms oder einer Somatisierungsstörung resultieren. Dissoziative Störungen, hypochondrische Störungen sowie sexuelle Funktionsstörungen sind hier ebenfalls anzuführen. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass das Auftreten von unklaren Körperbeschwerden noch nicht unbedingt einen spezifischen Krankheitswert hat und diese Beschwerden auch ohne Intervention vorübergehen können. Gerade deswegen wurde die Bezeichnung „nicht-spezifisch“ in den dreiteiligen Begriff NFS aufgenommen.

## Therapie

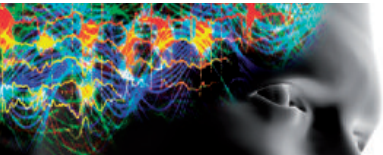
### Management

Die Therapie erfolgt nach Schweregrad abgestuft (stepped care). Bei einem leichten Verlauf von NFS sollte die Behandlung vom Hausarzt/somatischen Facharzt im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen. Dies wird grundsätzlich auch für schwerere Verläufe empfohlen, jedoch in diesem Fall idealerweise in Kooperation mit einem psychosomatisch-psychotherapeutisch spezialisierten Behandler, wobei dem Hausarzt/somatischen Facharzt die Rolle als Koordinator dieser Kooperation zukommt. Suizidalität, schwerste Ausprägungen der Beschwerden, eine hohe biographische Belastung, ausgeprägte psychische Komorbidität oder unzureichender Behandlungserfolg im niedergelassenen/ambulanten Setting nach sechs Monaten sind Indikationen für eine (teil-)stationäre Aufnahme.

### Schlüsselempfehlungen

Zentrales Behandlungselement ist ein partnerschaftliches Vorgehen mit dem Ziel, ein gemeinsam getragenes Verständnis der Körperbeschwerden und realistische therapeutische Ziele entwickeln zu können. Bei leichter NFS wird eine angemessene Beratung und empathische Begleitung einschließlich der Versicherung, dass ein gefährlicher Verlauf höchst unwahrscheinlich ist, als wirksam erachtet. Der Behandler kann außerdem ▶▶





► Beschreibungen der Beschwerden nach dem „Sowohl-als-auch-Prinzip“ anbieten wie etwa „körperlicher Stress“, darf die Beschwerden jedoch nicht verharmlosen, etwa mit der Formulierung: „Sie haben nichts“.

Grundsätzlich erfordert die Therapie der NFS die aktive Mitarbeit des Patienten. Bei schwereren Verläufen ist auf eine stärkere Strukturierung des Settings und der Gesprächsinhalte zu achten. So sollten beschwerdeunabhängig regelmäßige, zeitlich begrenzte Termine vereinbart werden. Körperliche beziehungsweise sportliche Aktivierung hat bei NFS hohe Evidenz hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ist behutsam anzuregen. Ähnliches gilt bei sozialem Rückzug für eine soziale Reaktivierung. Bei schwereren Verläufen ist die psychosomatisch-psychotherapeutische Beratung beziehungsweise Behandlung mit einzubeziehen.

Solche spezialisierten psychotherapeutischen Behandlungsangebote werden von Ärzten mit ÖÄK-Diplom Psy-3 und Psychotherapeuten jeweils bezogen auf vier Haupttraditionen (analytische, verhaltenstherapeutische, systemische und humanistische Tradition) angeboten, wobei die höchste Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung für ein störungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen gegeben ist. Bei psychischer Komorbidität werden Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen mit zeitlicher Begrenzung empfohlen, ebenso bei einer schwerer verlaufenden

Schmerz-dominanten NFS. Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making) ist bei schwereren Verläufen ein Behandlungsplan zu erstellen, der Differentialindikationen zur Therapie berücksichtigt. Die Kooperation aller beteiligten Behandler ist erforderlich (cooperative care). Eine Wiedereinschätzung der Schwere des Verlaufs einer NFS - gegebenenfalls mit einer Anpassung/Erweiterung sowohl der somatischen und psychosozialen Diagnostik als auch der therapeutischen Maßnahmen - wird nach spätestens drei Monaten sowie jeweils nach weiteren drei Monaten empfohlen.

### Diagnose und Therapie: wichtige Fallgruben

Ein „Psychologisieren“ bei unklaren Körperbeschwerden ist grundsätzlich zu vermeiden, weil es in die Dichotomie-Falle „entweder es ist körperlich oder psychisch“ führt. Eine Überdiagnostik oder redundante Mehrfachdiagnostik sollte vermieden werden und ist mit dem Risiko einer iatrogenen Chronifizierung verbunden. Geringfügig von der Norm abweichende Befunde sind so zu besprechen, dass sie nicht zu einer Überbewertung führen (Nocebo-Effekt).

Bei der Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Patienten mit NFS können Gefühle von Hilflosigkeit, Ärger und Frustration beziehungsweise Widerstand und Abwehr schon allein deswegen entstehen, weil das ärztliche Handeln hinsichtlich des

„Problems“ nicht analog einer klar fassbaren Krankheit vor sich gehen kann. Anfänglich kann der Arzt vom Patienten auch idealisiert werden, manchmal einhergehend mit unrealistischen Erwartungen an eine rasche Symptomlinderung und in der Folge einer Tendenz zu Behandlungsabbrüchen. Nachdem diese Patienten in ihrem Umfeld häufig mit Unverständnis und negativen Reaktionen hinsichtlich ihrer leidvoll erlebten unklaren Körperbeschwerden konfrontiert sind, erscheint es besonders wichtig, eine gelungene, tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen. ◀◀

#### Literatur beim Verfasser

PD Dr. Christian Fazekas,  
Universitätsklinik für Medizinische Psychologie  
und Psychotherapie/Medizinische Universität  
Graz; Auenbruggerplatz 2/8, 8036 Graz;  
Tel.: 0316/385/83045;  
E-Mail: christian.fazekas@medunigraz.at

#### Lecture Board:

Univ. Prof. Dr. Anton Leitner,  
Donau-Universität Krems/Fakultät für Gesundheit  
und Medizin, Department für Psychotherapie  
und Biopsychosoziale Gesundheit

Univ. Prof. Dr. Gerhard Schüssler,  
Medizinische Universität Innsbruck/Universitätsklinik  
für Medizinische Psychologie

#### Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie  
und Psychotherapie/Medizinische Universität



## › Psychosomatische Medizin

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Fachpunkte im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden. Schicken Sie diese Seite entweder per Post oder Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH  
z. H. Frau Claudia Chromy,  
1010 Wien, Nibelungengasse 13,  
Fax: 01/512 44 86/24  
Wir ersuchen Sie, uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 10. April 2015 zu retournieren.

**Auch online** unter:  
[www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium](http://www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium)



### Fragen:

- 1) Welcher Aspekt findet sich nicht in der Kurzdefinition „Psychosomatische Medizin“? (eine Antwort richtig)**
- a) Gesundheitsförderung und Prävention
  - b) Beachtung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen
  - c) Beachtung von kulturellen und ökologischen Zusammenhängen
  - d) Beachtung des Beziehungserlebens des Menschen
  - e) Einbeziehung von esoterischen Angeboten
  - f) Förderung der Selbstheilung
- 2) Welche Aussage zu NFS ist richtig? (eine Antwort richtig)**
- a) Die Häufigkeit von NFS in der Allgemeinmedizin beträgt circa zehn Prozent
  - b) Die Häufigkeit von NFS in der Allgemeinbevölkerung liegt bei unter zwei Prozent
  - c) Die Abkürzung NFS steht für „Nicht spezifische funktionelle Störung“
  - d) NFS zählen in Europa zu den teuersten diagnostischen Kategorien
  - e) Die Behandlung der NFS erfordert immer die Einbeziehung eines Spezialisten
  - f) NFS verlaufen immer chronisch
- 3) Was ist als Hinweis auf eine günstige Verlaufsform bei NFS zu werten? (eine Antwort richtig)**
- a) Beschwerden vorrangig im muskuloskeletalen System
  - b) Kein Hinweis auf Suizidalität
  - c) Monosymptomatischer Verlauf
  - d) Keine beschwerdefreien Intervalle
  - e) Psychische Komorbidität
  - f) Hauptsymptom Schwindel
- 4) Welches Kriterium ist keine Indikation für eine stationäre Aufnahme bei NFS? (eine Antwort richtig)**
- a) Schwerste Ausprägungen der Beschwerden
  - b) Ausgeprägte psychische Komorbidität
  - c) Suizidalität
  - d) Wunsch des Angehörigen
  - e) Unzureichender Behandlungserfolg im extramuralen Setting
  - f) Hohe biographische Belastung
- 5) Welche therapeutische Maßnahme wird bei NFS nicht empfohlen: (eine Antwort richtig)**
- a) Psychotherapeutische Intervention
  - b) Förderung körperlicher Aktivierung
  - c) Förderung sozialer Aktivierung
  - d) Antidepressive Behandlung bei psychischer Komorbidität
  - e) Psychopharmakologische Behandlung bei schmerz-dominantem schwierigen Verlauf
  - f) Chirurgisches Vorgehen
- 6) Welcher Punkt ist kein Beleg für eine gelungene Arzt-Patient Beziehung bei NFS? (eine Antwort richtig)**
- a) Zu Beginn des Arzt-Patient-Kontaktes Annehmen der „Beschwerdeklage“ des Patienten
  - b) Gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich therapeutischen Vorgehens
  - c) Konsequentes Fortsetzen der organischen Abklärung auf Wunsch des Patienten
  - d) Verständliche Besprechung der Bedeutung der erhobenen Befunde
  - e) Empathisches Anerkennen einer subjektiv (und intersubjektiv) schwierigen Lebenssituation des Patienten im ärztlichen Gespräch
  - f) Bei Kooperation mit einem psychotherapeutischen Behandler Beibehaltung der ursprünglichen Arzt-Patient-Beziehung

Mehr als zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: ○

### Absender:

**Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!**

Name: \_\_\_\_\_

Meine ÖÄK-Arztnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für \_\_\_\_\_

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.  
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30                  | 31–40                 | 41–50                 | 51–60                 | > 60                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |