

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überprüft

DIAGNOSE-ALGORITHMUS. **AUSGANGSPUNKT: UNKLARE KÖRPERBESCHWERDEN**
OHNE KÖRPERLICH KLAR DEFINIERTE ERKRANKUNGEN, DIE DIE BESCHWERDEN HINREICHEND ERKLÄREN

Allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie:
bewusste Haltung und Gesprächsführung, Behandler-Patient-Beziehung und Praxisorganisation

somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik

Basis-Anamnese

offene Fragen; Anzahl (!), Dauer und Intensität der Beschwerden; Verlaufsmuster, Trigger, Bewältigungsstrategien, subjektive Beeinflussbarkeit; (belläufige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen; aktuelle Funktionsfähigkeit im Alltag; psychisches Befinden; subjektive Ursachenannahmen; dysfunktionale Annahmen und Verhaltensweisen

somatische Diagnostik
geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft

bei Hinweisen auf psychosoziale Belastung: **erweiterte Anamnese**
v.a. aktuelle Lebenssituation, Umstände des ersten Auftretens, Ressourcen, lebensgeschichtliche Belastungen, Lebensleistungen, berufl. Entwicklung

Therapie der Grunderkrankung

Besteht eine **körperlich klar definierte** Erkrankung?

Besteht eine (**andere**) **psychische** Erkrankung (v.a. Depression, Angst, Sucht, PTSD)?

Bestehen **zusätzlich** somatisch nicht hinreichend erklärte Beschwerden bzw. Beschwerdeanteile?

(primäre/ komorbide) **nicht-spezifische, funktionelle, somatoforme Körperbeschwerden**

ggf. **Diagnose einer definierten funktionellen und/oder somatoformen Störung nach ICD-10**

Bestehen Charakteristika eines schwereren Verlaufs?

polysymptomatischer Verlauf; häufige bzw. anhaltende Beschwerden; dysfunktionale Krankheitsannahmen/ Verhaltensweisen, z.B. katastrophisierendes Denken, hohe gesundheitsbezogene Angst, hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- o. Vermeidungsverhalten; deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit, z.B. Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, körperliche Folgeschäden; mäßige bis hohe psychosoziale Belastung, z.B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte; psychische Komorbidität; „schwierige“ Behandler-Patient-Beziehung

haus- bzw. somatisch fachärztliche Basistherapie/ psychosom. Grundversorgung

haus- bzw. somatisch fachärztliche Betreuung + gestufte Aktivierung + Psychotherapie

Gibt es Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe?
CAVE: somatische und psychische Komplikationen, Suizidalität!

Sofortige Veranlassung geeigneter Interventionen

Diagnostische Wiedereinschätzung der Schwere des Verlaufs nach spätestens 3 Monaten; ggf. Anpassung/ Erweiterung der somatischen und psychosozialen Diagnostik

Therapie-Algorithmus: **GESTUFTE, KOOPERATIVE UND KOORDINIERT E THERAPIE**

Beachtung allgemeiner Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie

haus- bzw. somatisch fachärztliche Basistherapie/ psychosomatische Grundversorgung

Verlaufsbeurteilung des Behandlungserfolgs nach spätestens 3 Monaten

Bestehen Charakteristika eines schwereren Verlaufs?

weiteres Vorgehen im Rahmen **fester, zeitlich begrenzter, nicht beschwerdegesteuerter Termine und klarer Absprachen mit dem Patienten** sowie **Leitlinien-gerechte Behandlung** eventueller Begleiterkrankungen

Weiterführen der (haus-)ärztlichen Basistherapie, ggf. psychosoziale Mitbetreuung

Gibt es Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe?
CAVE: somatische und psychische Komplikationen, Suizidalität!

sofortige Veranlassung geeigneter Interventionen

HAUSÄRZTLICHE BZW. SOMATISCH-FACHÄRZTLICHE BETREUUNG

Aufbau einer tragfähigen Beziehung; stärkere Strukturierung von Setting und Inhalten; Einbeziehung weiterer Behandler; gemeinsames Erarbeiten konkreter + realistischer Therapieziele u. -maßnahmen; Thematisierung von Selbsthilfestrategien, Gesundheitsängsten, Sicherheitssuchendem, Schon- und Vermeidungsverhalten; gestufte körperliche Aktivierung ohne Überlastung und ohne übermäßige Schonung; Bewahren des Patienten vor iatrogenen Schädigungen; behutsame Vorbereitung einer (Überweisung zur) Psychotherapie

STÖRUNGS-/RESSOURCENORIENTIERTE FACHGEBUNDENE/ FACHPSYCHOTHERAPIE

Aufbau einer tragfähigen Beziehung; kontextbezogenes Vorgehen, v.a. unter Einbeziehung von Komorbidität, Soziallage, Arbeitsfähigkeit; initial Orientierung am Symptom und seiner Bewältigung, am subjektiven Erklärungsmodell sowie an individuellen Ressourcen; später ggf. Orientierung an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren einschl. biographischer und Persönlichkeitsfaktoren; psychotherapeutische Begleitung der gestuften körperlichen Aktivierung

bei **Schmerzdominanz**: Zeitlich befristete Gabe eines Antidepressivums
bei **fehlender Schmerzdominanz**: Antidepressiva nur bei entsprechender psychischer Komorbidität

evtl. allgemeine **Zusatzmaßnahmen** (Risiko-Nutzen-Abwägung! KEINE MONOTHERAPIE!)

evtl. (körper-)psychotherapeutische **Zusatzmaßnahmen** (Risiko-Nutzen-Abwägung! KEINE MONOTHERAPIE!)

Bestehen mögliche Indikationen für eine (teil-)stationäre Therapie? V.a. Suizidalität; Selbst- oder Fremdgefährdung; schwere körperliche u./o. psychische Symptome bzw. Komorbidität; Erfolglosigkeit ambulanten Therapien; hohe biographische Belastung; geringe soziale Unterstützung bzw. große Konflikte im familiären/ beruflichen Umfeld; Notwendigkeit von einem multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Behandlungsregie; Wunsch des Patienten

(teil-)stationäre Behandlung

nach etwa 3 Monaten: **gemeinsame** Verlaufsbeurteilung des Behandlungserfolgs und ggf. Anpassung des Behandlungsplans

Diese Leitlinie soll Standards für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschland setzen. Allerdings bleiben diagnostische und therapeutische Verantwortung letztlich beim Behandler selbst, da sie nicht vollends standardisiert werden können bzw. sollen. Darüber hinaus unterliegt die Medizin einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben dieser Leitlinie jeweils nur dem Wissensstand zur Zeit ihrer Entstehung entsprechen. Daher bitten wir, im Interesse der fortlaufenden Verbesserung der Empfehlungen, mögliche Fragen oder Anregungen der Steuerungsgruppe mitzuteilen (www.funktionell.net bzw. redaktion@funktionell.net). Die Steuerungsgruppe, die Mandatsträger und alle Autoren und Berater haben das © Urheberrecht an der Leitlinie und weiteren der Leitlinie zugeordneten Materialien. Die AWMF erhält mit dem Einreichen der Leitlinie durch die Fachgesellschaften ein Nutzungsrecht für die elektronische Publikation im Informationssystem "AWMF online".

NICHT-SPEZIFISCHE, FUNKTIONELLE UND SOMATOFORME KÖRPERBESCHWERDEN: „Leitlinie für den Schreibtisch“

1 BEGRIFFE: Diverse, teils umstrittene Bezeichnungen und Parallelklassifikationen!
Medically unexplained (physical) symptoms (MUS, MUPS) -- nicht-spezifische Beschwerden (oft im Kontext der Allgemeinmedizin; ICPC-2) -- funktionelle Beschwerden bzw. Syndrome (z.B. Chronisches Müdigkeitssyndrom, Fibromyalgiesyndrom, Reizdarmsyndrom; z.T. in ICD-10) -- Somatoforme Störungen (in ICD-10 und DSM-IV)

2 HÄUFIGKEIT:

Frauen : Männer ca. 2-3 : 1	in der somatischen Medizin (Haus- und Facharztpraxis, Notaufnahme, Allergie-Ambulanz, Rheuma-Station etc.) ca. 20%	Unabhängig von Herkunft und Alter , also z.B. auch bei Migranten, Kindern, und älteren Menschen.
---------------------------------------	--	--

3 KLINISCHES BILD: Körperliche Beschwerden ohne hinreichend erklärenden somatischen Befund. Oft Kombination mehrerer Beschwerden. Typische Manifestationen:

Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch / Unterleib, Extremitäten)	Erschöpfung / Müdigkeit	Funktionsstörungen (z.B. Herz/ Kreislauf, Atmung, Verdauung, Urogenitalsystem)	wenn gesundheitsbezogene Ängste und Befürchtungen dominieren: DD Hypochondrie
---	--------------------------------	---	--

➤ Häufig starke psychosoziale Belastung und hohe psychische Komorbidität: Depression, Angst, Sucht, PTSD, Persönlichkeitsstörungen! Cave: Suizidalität!
 ➤ Häufig schwierige Arzt-Patient-Beziehungen: Viele Arztbesuche/ Arztwechsel, Mehrfachdiagnostik, Therapieabbrüche, Wechsel aus Hoffnung und Enttäuschung auf beiden Seiten

4 ALLGEMEINE ZIELE + GRUNDSÄTZE IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

- Patienten haben ein **Recht darauf**, mit ihren **subjektiven Beschwerden** auch ohne Erklärbarkeit durch somatische Krankheitsfaktoren **ernst genommen** zu werden.
- Die meisten Betroffenen akzeptieren die nicht hinreichende somatische Erklärbarkeit ihrer Beschwerden, solange sie sich der **emotionalen Unterstützung und medizinischen Sorgfalt** ihres Behandlers sicher sein können.
- Die (auch unausgesprochene) Vermutung des Arztes, „nichts“ zu finden, aber eine gleichzeitige Überdiagnostik führen oft dazu, dass sich Patienten **verunsichert** fühlen.
- Die Erreichung **bestmöglicher Lebensqualität** ist wichtiger als Beschwerdereduktion und Ursachenklärung.
- **iatrogene Fixierung** (z.B. auf somatische Ursachen) und **Chronifizierung** müssen unbedingt vermieden

5 DER EINFLUSS DES BEHANDLERS: HALTUNG, GESPRÄCHSFÜHRUNG, PRAXISORGANISATION

⊗ SCHÄDLICH	☺ NÜTZLICH
Einseitig „somatisierende“ oder aber „psychologisierende“ Haltung; gereizt, wertend oder deutend	gelassene, geduldige, empathisch begleitende, aktiv-stützende Grundhaltung; interessiert, aber nicht wertend
Fokus auf Beseitigung der Beschwerden; diagnostische Einordnung um jeden Preis	Fokus auf Beschwerden, Kontext, Lebensqualität bzw. Leistungsfähigkeit und auf Möglichkeiten der Bewältigung
Berührungängste mit psychosozialen Themen	Vertrauen in eigene psychologische Fähigkeiten
Eindruck erwecken, ohnehin zu wissen, was der Patient will; kurz angebunden sein; unerreichbare Ziele setzen	Partnerschaftliche, offene Gesprächsführung; alltagssprachliche Metaphern; Entscheidungen gemeinsam („partizipativ“) treffen; realistische Ziele formulieren; regelmäßige Bilanzgespräche
Psychosoziale Hinweise übersehen, überhören, ignorieren oder aber dem Patienten aufdrängen	Psychosozialen Hinweisen Raum geben; beiläufig nachfragen, aber nichts erzwingen; nach weiteren Beschwerden und Kontextfaktoren fragen (Arbeit, Partnerschaft, Rentenbegehren etc.)
Dem Patienten die Beschwerden absprechen („Sie haben nichts“, „Das ist doch völlig normal“)	Aufgreifen von Sorgen; Anerkennen der Beschwerden ohne verfrühte Etikettierung als „Krankheit“; biopsychosoziales Erklärungsmodell etablieren; Positives anbieten (Stressreaktion, Teufelskreis)
Unüberlegtes Anordnen exzessiver Diagnostik aus rechtlichen oder anderen Gründen, wenn eigentlich unauffällige Testergebnisse erwartet werden	Geplante, nicht redundante, zeitlich geraffte Organdiagnostik; Thematisieren (noch) fehlender somatischer Erklärungen und diagnostischer Wahrscheinlichkeiten; offene Diskussion von (wahrscheinlich unauffälligen) Testergebnissen; Unwahrscheinlichkeit ersterer organischer Erkrankungen versichern, trotzdem Sorgfalt und Wachsamkeit zeigen („abwartendes Offenhalten“).

Unstrukturiertes Vorgehen; spontane, beschwerdegesteuerte, notfallmäßige Termine ohne Regeln oder zeitliche Begrenzung	Klares Setting; regelmäßige Einbestellung; zeitliche Begrenzung; beidseitiges Einhalten von Absprachen, Grenzen und Regeln; Informationsaustausch im Praxisteam
Einseitig somatisches oder psychosoziales Vorgehen in Diagnostik und Therapie; fehlende Kommunikation der verschiedenen Behandler	Simultane Berücksichtigung psychosozialer und somatischer Aspekte („Sowohl-als-auch statt „Entweder-oder“) in Diagnostik und Therapie; adäquate Therapie von Begleiterkrankungen; idealerweise in Kooperation mit weiteren Behandlern; Kontakt zu Psychosomatik, Qualitätszirkel, Balintgruppe, Inter-/ Supervision)

6 Klinische Charakteristika leichter bzw. schwererer Verläufe

Kriterium/ Verlauf	Für einen leichteren Verlauf sprechen...	Für einen schwereren Verlauf sprechen...
Anzahl der Beschwerden	eine oder wenige Beschwerden (mono-/ oligosymptomat. Verlauf)	mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf)
Häufigkeit/ Dauer der Beschwerden	selten bzw. kurz (längere beschwerdefreie Intervalle)	häufig bzw. anhaltend (ohne oder nur mit seltenen/kurzen beschwerdefreien Intervallen)
Annahmen/ Verhaltensweisen hinsichtlich Krankheit/ Gesundheit	weitgehend adäquat, z.B. angemessenes Inanspruchnahmeverhalten	dysfunktional, z.B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Ängste, hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- und Vermeidungsverhalten
Funktionelle Beeinträchtigung	weitgehend normale Funktionsfähigkeit „Befinden“ entspricht weitgehend dem „Befund“	deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; Arbeitsunfähigkeit > ca. 4 Wochen, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, evtl. körperliche Folgeschäden
Psychosoziale (evtl. auch biographische) Belastung	gering (z.B. weitgehend normale Stimmung oder Lebensqualität)	mäßig bis hoch (z.B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte)
Psychische Komorbidität	keine relevante psychische Komorbidität	häufig (v.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, PTSD)
Behandler-Patient-Bez.	weitgehend unkompliziert	(von beiden) als „schwierig“ erlebt

7 Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe

Suizidalität
Besonders schwere psychische Komorbidität: z.B. schwere depressive Entwicklung (majore depressive Episode); Angstsymptomatik, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt
 Hinweise auf **ernstes selbstschädigendes** und/ oder **iatrogen schädigendes** Verhalten
Schwerste Ausprägung der Beschwerden und körperlicher **Folgeschäden:** Fixierung von Fehlhaltungen, starke Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit bis hin zur Einstiefung geschonter Gelenke und Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit
 Auftreten **bekannter Warnsignale** somatisch definierter Erkrankungen (☞ Leitlinien somatischer Fächer)

8 Mögliche günstige Prognosefaktoren

- Aktive Bewältigungsstrategien (z.B. körperliches Training, positive Lebenseinstellung, Motivation für Psychotherapie)
- Gesunde Lebensführung (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung)
- Sichere Bindungen
- Soziale Unterstützung
- Gute Arbeitsbedingungen
- Gelingende Behandler-Patient-Beziehungen
- Biopsychosozialer, entkatastrophisierender Ansatz der Behandler unter Vermeidung unnötiger Diagnostik
- Frei zugängliches, aber dennoch auf Selbstverantwortung und Prävention setzendes Gesundheitssystem

9 STUFENTHERAPIE: STÖRUNGS-, RESSOURCEN- UND SCHWEREGRADORIENTIERT:

- ★ **leichtere Verläufe:** Versicherung und Beruhigung, positive Erklärung;-aktive Information über biopsychosoziale Zusammenhänge; Körperliche und soziale Aktivierung; Ressourcenaktivierung; ggf. symptomatische Maßnahmen
- ★ **schwerere Verläufe:** strukturiertes Vorgehen: Einbeziehen weiterer Behandler bzw. Behandlungselemente, gestufte körperliche Aktivierung, behutsame Vorbereitung einer Psychotherapie; Störungs- und Ressourcenorientierte Psychotherapie
- ★ **sehr schwere Verläufe mit (Gefahr einer) Chronifizierung:** Multidisziplinäre, multimodale, am ehesten tagesklinische oder stationäre Behandlung