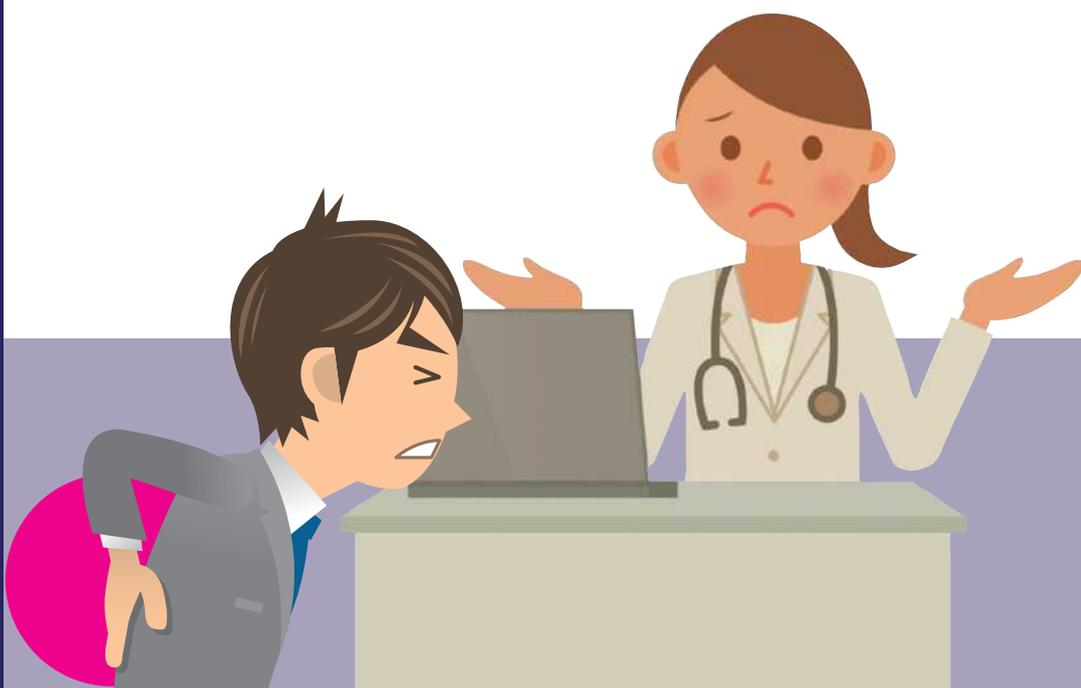


Hausteiner-Wiehle ■ Henningsen

Kein Befund und trotzdem krank?

Mehr Behandlungszufriedenheit im Umgang mit unklaren Körperbeschwerden – bei Patient *und* Arzt

Mit einem Geleitwort von Antonius Schneider



Constanze Hausteiner-Wiehle
Peter Henningsen

Kein Befund und trotzdem krank?

This page intentionally left blank

Constanze Hausteiner-Wiehle
Peter Henningsen

Kein Befund und trotzdem krank?

Mehr Behandlungszufriedenheit im Umgang mit
unklaren Körperbeschwerden – bei Patient *und* Arzt

Mit einem Geleitwort von
Antonius Schneider

PD Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle

Psychosomatischer Konsildienst

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, Prof.-Küntscher-Str. 8,
82418 Murnau

E-Mail: c.hausteiner-wiehle@tum.de

Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

Klinikum rechts der Isar der TU München, Langerstraße 3, 81675 München

E-Mail: p.henningsen@tum.de



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig! Wir freuen uns auf
Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über
QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Sonja Steinert, Projektleitung: Dr. Sandra Schmidt

Umschlagabbildung: © ようへい - Fotolia.com; © yskii - shutterstock.com

Abbildungen Innenteil: Abbildung Kap. 9, S. 151 © James Whithworth - cartoonstock.com (modifiziert)

Abbildung Kap. 10, S. 185 © Alexander Raths - Fotolia.com (modifiziert)

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

Auch als E-Book erhältlich: ISBN 978-3-7945-6890-1

ISBN 978-3-7945-3082-3

Wir widmen dieses Buch all den
Patientinnen und Patienten, die uns zum
Nachdenken gebracht haben.

This page intentionally left blank

Geleitwort

Unsere moderne Medizin ist von einem rasanten technischen Fortschritt gekennzeichnet, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Vor diesem Hintergrund ist es dem einzelnen Arzt bzw. Ärztin¹ beinahe unmöglich, mit all den Neuerungen Schritt zu halten. Der Spezialist verliert sich oft immer tiefer in den Details der Medizin, und der Generalist kann nur noch unter großem Aufwand den Überblick behalten. Dabei stellt sich die Frage, ob der technische Fortschritt in den letzten Jahren tatsächlich eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten oder sogar eine bedeutsame Verlängerung der Lebensspanne zur Folge hat. Denn trotz aller Erfolge der modernen Medizin beklagen sich die Patienten über zu wenig Zeit, die Ihnen die Ärzte entgegen bringen – und die Ärzte zweifeln viel stärker an ihrer eigenen Profession als in früheren Zeiten, obwohl heutzutage bessere Medikamente zur Verfügung stehen, die chirurgischen Verfahren optimiert und die diagnostischen Möglichkeiten erheblich ausgedehnt sind.

Es drängt sich der Verdacht auf, dass bei all den technischen Fortschritten die humanistischen Aspekte des „Patient-seins“ aus dem Blick geraten sind. Unsere moderne Medizin ist da am effektivsten, wo klare Organpathologien durch Bildgebung, Biopsien und Blutkulturen eindeutig abgrenzbar sind. Der Umgang mit vagen Symptomen und diagnostischer Unschärfe fällt uns dagegen immer schwerer. Dies vielleicht auch deswegen, weil wir – Ärzte und Patienten – der Illusion einer immer höheren diagnostischen und therapeutischen Sicherheit hinterherjagen, die uns die medizinisch-technischen Neuerungen versprechen. Dabei wird oft vergessen, dass sich bei einem erheblichen Anteil von körperlichen Beschwerden, die Patienten im praktisch-klinischen Alltag beklagen, keine organpathologisch eindeutig zuzuordnende Diagnose stellen lässt. Der Anteil variiert je nach klinischen Setting von circa 25 % in der hausärztlichen Praxis bis hin zu 50 % in spezialärztlichen Disziplinen, wie z. B. in gastroenterologischen Ambulanzen. Also auch in den Zeiten der modernen Medizin gehen die Menschen mit allen ihren Sorgen und Nöten zum Arzt, und die beklagten körperlichen Symptome sind oft unter anderem Ausdruck von seelischen Beschwerden, die sich organpathologisch weder verstehen noch eingrenzen lassen. Aber wie sollen wir das mit den Patienten kommunizieren? – wo doch wir Ärzte und Patienten von der Illusion der Eindeutigkeit in der Medizin getrieben werden! Vielleicht hilft die Rückbesinnung auf den zeitlosen

¹ Im weiteren Text wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit in der Regel das männliche Geschlecht verwendet. Gemeint sind stets selbstverständlich Menschen jeglichen Geschlechts.

Satz von Milton Erickson, dem Begründer der modernen Hypnotherapie: „Die moderne psychosomatische Medizin ist grundsätzlich der Auffassung, dass Symptome Formen von Kommunikation sind. Als solche sind Symptome häufig wichtige Anzeichen oder Hinweise auf Entwicklungsprobleme, die im Begriff sind, ins Bewusstsein zu treten.“

Dieses kommunikative Angebot der Patienten sollten wir Ärzte annehmen und aufnehmen, auch wenn dies nicht immer leicht fällt. Manche Patienten mit somatoformen Krankheitsbildern sind anstrengend, dies erschließt sich bereits aus dem diagnostischen Kriterium nach ICD-10: „Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“ Umso mehr ist es eine ärztliche Herausforderung, das Leid der Patienten anzunehmen und vorurteilslos mit ihnen an ihrem Krankheitserleben zu arbeiten. Um uns bei der Lösung dieser genuin ärztlichen Aufgabe im täglichen Alltag zu unterstützen, haben ausgewiesene Experten, die Psychosomatiker PD Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle und Prof. Dr. med. Peter Henningsen, für uns Ärzte das vorliegende Buch geschrieben. Manches mag dem Praktiker aus dem eigenen Erleben in der täglichen Arbeit bekannt vorkommen, was dem Umstand geschuldet ist, dass das Buch für alle geeignet sein soll, insbesondere jedoch für junge Kolleginnen und Kollegen. Aber auch den erfahrenen Praktiker bzw. Kliniker wird es zum Nachdenken anregen. In unterhaltsamer Weise werden die neuesten Erkenntnisse zu funktionellen bzw. somatoformen Krankheitsbildern nahe gebracht – und gleichzeitig kommunikative Strategien aufgezeigt, um unseren Patienten auf der Basis eines umfassenden Verständnisses von Medizin bestmöglich zu helfen. Es zeigt sich, dass weniger Technik manchmal mehr Medizin bedeutet und gute Gespräche heilend wirken können. Ein wesentlicher Kerngedanke ist dabei die Strategie der „Sowohl-als-auch“-Perspektive. Dieser Ansatz von Gleichzeitigkeit, der von Anfang an eine somatische und psychische Sicht der Erkrankung gleichermaßen ins Spiel bringt, stellt einen äußerst hilfreichen Paradigmenwechsel in der Kommunikation mit den Patienten dar. Viele Denkanstöße hierzu und die Praxistipps kommen spielerisch rüber und überraschen dann durch ihre Tiefgründigkeit. Dabei wird deutlich, dass dieses tiefgehende Verständnis auch uns Ärzten selbst hilft, denn es befreit uns aus dem innerlich gefühlten Zwang, stets heilen können zu müssen. Damit bietet es nicht nur einen Schutz vor Burn-out, es kann vielleicht auch helfen, dass wir Ärzte bessere Therapeuten für unsere Patienten werden. Ich habe das Buch mit viel persönlichem Gewinn gelesen – das wünsche ich Ihnen auch, und viel Freude beim Schmökern!

Prof. Dr. med. Antonius Schneider

Ärztlicher Direktor des Instituts für
Allgemeinmedizin, Fakultät für Medizin,
TU München/ Klinikum rechts der Isar

Vorwort

Translation ist heutzutage in aller Munde – meist ist damit im medizinischen Kontext die Übertragung von Grundlagenwissen auf die Patientenbehandlung gemeint. Mit diesem Buch versuchen wir uns auch an Translation – hier aber eher von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien zu praktisch unmittelbar nützlichem Handlungswissen – nicht primär für Patienten, sondern für ihre Behandler.

Der Umgang mit Patienten mit unklaren, also meist so genannten „nicht-spezifischen“, „funktionellen“ oder „somatoformen“ Körperbeschwerden ist für praktisch alle Behandler im Gesundheitswesen eine Herausforderung – und da geht es meistens nicht um prinzipielles Wissen, sondern um konkretes „Know-How“ an den verschiedenen Stellen dieses Umgangs: Was mache ich, wenn der erste Eindruck entsteht, dass das Problem eines Patienten in diese Richtung geht? Wie vermittele ich ihm oder ihr, warum eine erneute körperliche Untersuchung der Beschwerden eher schädlich als nützlich ist? Wie erkläre ich ihr, was sie hat? Wie berate ich ihn therapeutisch, wenn die Diagnose ausreichend gesichert ist? Wie kooperiere ich am besten mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Behandlern dieser Patientin?

Solche und ähnliche Fragen möchten wir in diesem Buch so praxisnah wie möglich beantworten. Damit können wir die eigene Erfahrung, auch die Einübung einzelner Gesprächs- und Verhaltensweisen natürlich nicht ersetzen – aber wir möchten neben konkretem Handlungswissen auch die Motivation vermitteln, dass es sich auch im eigenen Interesse lohnt, sich aktiv um den Umgang mit dieser großen Patientengruppe zu kümmern.

Für gelegentliche Rückkopplungen durch Sie, liebe Leserinnen und Leser, inwieweit uns das gelungen ist, wären wir dankbar!

München und Murnau, im März 2015

Peter Henningsen
Constanze Hausteiner-Wiehle

Danksagung

Dieses Buch hat nicht zwei Autoren, sondern viele.

Es ist das Ergebnis unserer jahrelangen Zusammenarbeit mit zahlreichen Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten, denen wir dafür herzlich danken möchten.

Ganz besonders danken wir **Rainer Schäfert** von der Universität Heidelberg, der mit seiner leidenschaftlichen Arbeit für bessere Arzt-Patient-Beziehungen wichtige Grundlagen für dieses Buch geliefert hat, und **Dorothea Wild** von Planetree Deutschland, der wir zahlreiche Impulse aus der Sicht von Betroffenen und Allgemeinmedizinerinnen verdanken.

Inhalt

I Zum Nachdenken

1	Warum wir dieses Buch geschrieben haben	3
2	Somatisierungsstörung, Chronic Fatigue, Fibromyalgie, Reizdarm & Co.....	5
2.1	Begriffsklärungen	5
2.2	Erscheinungsformen: Art, Lokalisation, Anzahl und Ausprägung	7
2.3	Zuständigkeiten.....	9
3	„Echt“ oder „eingebildet“, „körperlich“ oder „psychisch“: Lauter Entweder-Oder-Dilemmata	13
4	Multifaktorielle Genese: Ursächliche, auslösende und aufrechterhaltende sowie protektive Faktoren	20
5	Zum Zusammenhang zwischen NFS, körperlichen und psychischen Erkrankungen	26
5.1	NFS und „psychische“ Erkrankungen	27
5.2	NFS und „körperliche“ Erkrankungen	29

II Tipps für die Praxis

6	Eine Art „Gebrauchsanweisung“	35
7	Haltung, Gesprächsführung, Partizipation	36
7.1	Grundregeln der Gesprächsführung	36
7.2	Der Patient als Partner: Information und Partizipation	41
7.3	Motivieren und Verstärken	44
7.4	Empathie und Humor	49
7.5	Der Umgang mit „schwierigen Patienten“	53
7.6	Und was habe ich damit zu tun? Die Rolle des Arztes	56
7.7	Haltung, Gesprächsführung, Partizipation: Das Wichtigste in Kürze	62
8	Diagnostisches Vorgehen	63
8.1	Biopsychosoziale Simultandiagnostik	63
8.1.1	Ausführliche Beschwerdeanamnese	66
8.1.2	Psychosoziale Basisdiagnostik	68
8.1.3	Somatische Basisdiagnostik	70
8.1.4	Erweiterte psychosoziale Diagnostik	77
8.2	Mitteilung von geplanten Untersuchungen und von Befunden	80
8.3	Schweregradeinstufung, Klärung des Handlungsbedarfs, „Watchful Waiting“	85
8.4	Diagnosestellung und Diagnosemitteilung	88
8.5	Diagnostik: Das Wichtigste in Kürze	95
9	Therapieansätze	97
9.1	Wie wird die Behandlung „biopsychosozial“?	97
9.2	Was wünsche ich mir, wo will ich hin? Festlegen von Behandlungs- zielen	99

9.3	Woher kommt das alles? Arbeiten am Erklärungsmodell	104
9.4	Und was passiert da genau? Psychoedukation.	109
9.4.1	„Die moderne Wissenschaft sagt ...“	109
9.4.2	Patientenleitlinien.	109
9.4.3	Teufelskreismodelle	113
9.4.4	Übungen und Experimente.	113
9.4.5	Modelle, Abbildungen und Metaphern.	115
9.4.6	Vermittlung weiterer Informationsquellen und Hilfen.	116
9.5	Der Patient als sein eigener Arzt: Selbstwirksamkeit und Ressourcenorientierung	118
9.5.1	Ressourcen finden und fördern	119
9.5.2	Aufmerksamkeitslenkung/Ablenkung.	122
9.5.3	Achtsamkeit und Akzeptanz.	122
9.5.4	„Gesündere“ Gedanken und Verhaltensweisen	125
9.5.5	Körperliche und soziale Aktivierung.	130
9.5.6	Selbstwirksamkeit.	133
9.6	Über Gefühle sprechen	135
9.7	Ja, die Verhältnisse ...: Berücksichtigung der Lebensumstände	141
9.7.1	Der Einfluss der Angehörigen	142
9.7.2	Der Einfluss der Arbeit	145
9.7.3	Der Einfluss von Kultur und Geschlecht.	146
9.8	„Bei mir hilft überhaupt nichts“: Umgang mit besonders hartnäckigen Beschwerden.	151
9.9	Wie sinnvoll sind Medikamente und invasive Maßnahmen?	154
9.10	Komplementäre Behandlungsmethoden	158
9.11	Gestuftes und kooperatives Vorgehen, Überweisungen, Zusammenarbeit mit Kollegen	161
9.12	State of the Art: Psychotherapie bei schwereren Verläufen von NFS.	168
9.13	Praxisorganisation und die eigene „Psychohygiene“	174
9.13.1	Praxisorganisation	174
9.13.2	Die eigene Psychohygiene: Burnout-Prophylaxe für Ärzte	175
9.14	Therapieansätze: Das Wichtigste in Kürze.	177

III Zum Schluss

10	Versorgungsrealität und Zukunftsvision	181
	Literatur	186
	Anhang	196

| Zum Nachdenken

This page intentionally left blank

1 Warum wir dieses Buch geschrieben haben

Körperbeschwerden sind Alltag, nicht nur in der ärztlichen Praxis – jeder Mensch kennt sie und muss mit ihnen umgehen. 80 bis 90 Prozent von uns haben im Laufe einer Woche eine Körperbeschwerde, etwa Kopf- oder Rückenschmerzen, einen Schwindel oder eine Übelkeit (Hiller et al. 2006; Hausteiner-Wiehle et al., 2013) – aber nur der kleinste Teil von uns erlebt sich deshalb als krank. Zum Arzt geht man dann, wenn man durch körperliche Veränderungen beunruhigt ist, wenn bewährte Selbsthilfemaßnahmen nicht greifen oder wenn man sich in seiner Lebensqualität oder Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt fühlt – also nicht mehr nur „Befindlichkeitsstörungen“, sondern *Be-schwerden* hat: „Ich habe andauernd Kopfschmerzen“, „Ich bin völlig erschöpft“, „Ich habe immer Herzklopfen und traue mich schon gar nicht mehr aus dem Haus“, „Vor lauter Schwindel schaffe ich meinen Haushalt nicht mehr.“

Doch trotz einer (meist engagierten und sorgfältigen) Abklärung wird bei mindestens jedem fünften Patienten¹ mit körperlichen Beschwerden *keine somatische Erkrankung bzw. Störung* gefunden, die diese Beschwerden hinreichend erklären könnte – egal ob in Hausarzt-, in Facharztpraxen oder in Spezialsprechstunden an Kliniken (Henningsen et al. 2007). Auch Sie sind mit diesen Patienten sicherlich bestens vertraut.

Über das Phänomen „somatisch nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden“ ist in den letzten Jahren viel geredet und geschrieben worden. Die Gründe dafür liegen auf der Hand:

- Es handelt sich um eine große Patientengruppe. Circa 5–10 % der Allgemeinbevölkerung, 20–30 % der Patienten in der Hausarztmedizin und bis zu 50 % in spezialisierten Settings wie Rheuma- oder Schmerzambulanzen sind betroffen.
- Die Beschwerden können in jedem Lebensalter auftreten, d. h. bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen einschließlich älterer Menschen.
- Etwa 25 % der Betroffenen haben einen so starken Leidensdruck, dass sie nicht mehr zur Arbeit gehen oder Familie, Haushalt und Hobbys vernachlässigen.

¹ Da es sich natürlich um Patienten und Patientinnen ebenso wie um Ärzte und Ärztinnen handelt, verwenden wir im folgenden Text abwechselnd die männliche und die weibliche Form; im Plural und bei zusammengesetzten Wörtern benutzen wir der besseren Lesbarkeit wegen aber die allgemeine männliche Form, die natürlich Frauen einschließt.

- Es gibt tatsächlich bisher weder eine (oder mehrere) sicher nachgewiesene Ursache(n) noch eine wirklich durchschlagende Therapie für solche Beschwerden (wenngleich es eine Reihe guter Behandlungsansätze gibt, wie wir in diesem Buch zeigen werden).

In den Jahren 2007 bis 2013 haben wir zusammen mit vielen Kolleginnen und Kollegen (Vertreter von 29 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften und einem Patientenvertreter) die AWMF-S3-**Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“** entwickelt². Ihr Ziel war es, die recht unübersichtliche wissenschaftliche Literatur zum Thema zu sichten, zu bewerten und daraus unter Einbeziehung von 30 medizinischen Fachgesellschaften bzw. Patientenvertretern (also durch das Engagement einer großen und sehr heterogenen Gruppe von Experten) gemeinsam getragene, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen abzuleiten. Besonders positive Rückmeldungen haben wir zu den Praxistipps, den Praxismaterialien und zur Patientenleitlinie erhalten: Offenbar freuten sich viele Kollegen darüber, ganz konkrete Anregungen (bis hin zu Formulierungsvorschlägen) für den täglichen Umgang mit Betroffenen zu bekommen.

Deshalb haben wir dieses Buch geschrieben – wenn man so will eine „Rezeptsammlung“, die Appetit machen will auf die Versorgung von Menschen mit „unerklärten Körperbeschwerden“, und damit auf die Auseinandersetzung mit vielschichtigen Individuen (anstatt mit einzelnen Körperteilen).

Vielleicht werden Sie nach der Lektüre dieses Buches ja einige der üblichen Kategorisierungen hinterfragen, etwa, was „erklärt“ und was „unerklärt“, was „körperlich“ und was „psychisch“, oder was „gesund“ und was „krank“ ist (s. a. Kap. 3). Und vielleicht werden Sie uns dann auch zustimmen, dass viele der hier vorgestellten Anregungen im Grunde für den Umgang mit *allen* Patienten nützlich sind, und dass dieser Umgang auch sehr bereichernd sein kann – und zwar schon vom Erstkontakt an, wenn Sie noch gar nicht wissen, ob die Beschwerden Ihrer Patientin „unerklärt“ bleiben werden, oder wenn Sie sich vielleicht eingestehen müssen, dass Sie sich im ersten Moment sogar gewünscht haben, dass diese Patientin möglichst rasch wieder geht.

2 Ein Großteil der Aussagen und Tipps in diesem Buch beruht auf dieser Leitlinie (weshalb wir nur hier zu Beginn auf sie als unsere zentrale Quelle verweisen). Sie ist als umfangreiche Material- und Literatursammlung in ihrer Lang- und Kurzfassung (letztere auch als praktisches Faltblatt) frei im Internet zugänglich und außerdem als Buch erschienen (Hausteiner-Wiehle et al. 2013; www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html). Zusätzlich zitieren wir aus ausgewählten Original- und Übersichtsarbeiten.

2 Somatisierungsstörung, Chronic Fatigue, Fibromyalgie, Reizdarm & Co.

2.1 Begriffsklärungen

Das Feld der „somatisch nicht hinreichend erklärten Körperbeschwerden“ bzw. der **nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden** (NFS) (wir werden gleich erklären, warum wir diese Bezeichnung verwenden) zeichnet sich leider nicht gerade durch klare Begrifflichkeiten aus – im Gegenteil, hier herrscht eine fast babylonische Sprachverwirrung.

Fallbeispiel

Frau S. (41) leidet bereits seit mehreren Monaten an den meisten Tagen der Woche an Bauchschmerzen, Blähungen und Verstopfung. Ihr Partner sagt: „Stell Dich doch nicht so an. Das wird schon wieder“. „Das sind bloß Befindlichkeitsstörungen“, sagt ihre Hausärztin, zu der sie dann doch geht. Ein anderer Allgemeinarzt, den sie um eine zweite Meinung bittet, sagt: „Das ist etwas Nicht-Spezifisches“. Ein Gastroenterologe sagt: „Das sind funktionelle Beschwerden: Sie haben ein Reizdarmsyndrom“. Ein Psychosomatiker sagt: „Sie haben eine somatoforme Störung“.

Was hat die Frau denn nun? Ist sie überhaupt „krank“?

Viele Begriffe meinen im Grunde dasselbe, setzen aber unterschiedliche Akzente, was die Lokalisation, den Schweregrad oder die vermutete Pathogenese betrifft (Creed et al. 2010):

- Der Begriff „**medically unexplained (physical) symptoms**“ (MU[P]S) ist in englischsprachigen Ländern weit verbreitet. Er ist deskriptiv und leicht verständlich, ignoriert allerdings die Tatsachen, dass es auf psychosozialer Ebene oft durchaus (Mit-)Erklärungen für die Beschwerden gibt, und dass bei NFS sehr wohl im Gehirn und im Körper „etwas los“ ist (s. Kap. 3).
- Der Begriff „**nicht-spezifisch**“ betont die (zumindest vorerst) **fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden zu einer spezifischen Erkrankung**. Er wird, zumindest als vorläufige Bezeichnung oft von Allgemeinmedizinern bevorzugt, um eine vorschnelle Etikettierung als „Krankheit“ („Labeling“) und damit eine Medikalisierung, unnötige Diagnostik und Therapie zu verhindern.
- Die Bezeichnung **funktionell** nimmt an, dass überwiegend die **Funktion des betroffenen Organ(system)s** gestört ist (anstelle der Struktur), es also keinen eindeutigen pathologischen Befund gibt, das Problem aber dennoch im betroffenen Organ(system) liegt. Die einzelnen somatischen Fächer definie-

ren für spezielle Beschwerden **verschiedene funktionelle somatische Syndrome** (Tab. 2-1). Darüber hinaus existiert eine **Vielzahl unterschiedlicher Begriffsalternativen** für einzelne Syndrome (z. B. „myalgische Enzephalitis“ für das chronische Erschöpfungssyndrom; „Ökosyndrom“, „Idiopathic Environmental Intolerances“ oder anfangs sogar „Chemical AIDS“ für das multiple Chemikalienempfindlichkeitssyndrom; „chronische weit verbreitete Schmerzen“ bei Erwachsenen bzw. „Schmerzverstärkungssyndrom“ bei Kindern für das Fibromyalgiesyndrom).

- Die Bezeichnung „**somatoforme Störung**“ entstammt dem Kapitel zu psychischen Störungen in der Internationalen Krankheits-Klassifikation ICD-10 und erklärt diese Art von Körperbeschwerden damit zu einer **psychischen Störung**. Im engeren Sinn liegt sie vor, wenn nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden mindestens ein halbes Jahr persistieren und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen. Soweit somatische Störungen vorliegen, erklären sie weder Art und Ausmaß der Symptome noch Leiden und innerliche Beteiligung des Patienten. Außerdem muss nach ICD-10 die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome vorliegen in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen – und das trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Weder nicht-spezifische Beschwerden noch funktionelle Syndrome können ohne Weiteres mit somatoformen Störungen gleichgesetzt werden, da das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung sehr unterschiedlich sein kann.
- Die Bezeichnung „**psychosomatische Beschwerden**“ ist in der Laiensprache weit verbreitet, hat sich aber zur Bezeichnung von MUS bzw. in den Diagnosesystemen nicht durchgesetzt. Dabei benennt der Begriff „psychosomatisch“ (oder auch „somatopsychisch“) die Verbindung bzw. die Wechselwirkung von biologischen und psychosozialen Mechanismen besonders gut.
- Neuere Vorschläge sind:
 - „**Somatic symptom disorder**“ (also „Störung mit somatischen Symptomen“; das ist die neue Bezeichnung für somatoforme Störungen im Klassifikationssystem der amerikanischen Psychiater DSM-5): Hier wird nicht mehr nach der Erklärbarkeit der Beschwerden gefragt (!), sondern nur mehr nach Leidensdruck (A-Kriterium), begleitenden psychobehavioralen Auffälligkeiten (B-Kriterium) und Chronizität (C-Kriterium) (American Psychiatric Association 2013):
 - **A – Somatische Symptome:** multiple somatische Symptome oder ein schweres Symptom, welche Leid verursachen
 - **B – Fehlattraktionen, übermäßige Sorgen oder Beschäftigtsein mit Symptomen und Krankheit:** Mindestens 2 der folgenden Symptome müssen zutreffen:
 - hohes Maß an Krankheitsängstlichkeit
 - Normale Körpersymptome werden als bedrohlich oder schädlich bewertet.