

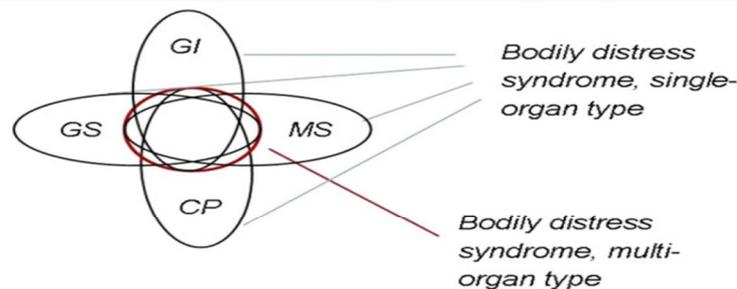
Dr.med.Reto Schwenke

Funktionelle Syndrome Einstieg in den Ausstieg aus dem Somatoformen Teufelskreis

Jeder Hausarzt kennt den Moment, wo er in seiner Computer-Wartezimmerliste einen Namen eines Patienten erkennt, der bei ihm ein Gefühl der Unlust und Abwehr hervorruft. Genau diese Patienten gehören überproportional häufig zur Gruppe der somatoformen Krankheiten. Sie sind häufig sehr anstrengend zu betreuen und nehmen oft sehr viel Zeit in Anspruch. Als Arzt hat man auch häufig das Gefühl nicht erfolgreich zu sein. Was kann der Hausarzt tun um zu einem befriedigenden Arzt-Patienten Verhältnis bei dieser Patientengruppe zu gelangen?

Kasuistik: Eine 45 jährige Patientin kommt zum ersten Mal in die Praxis und beschreibt immer wieder Episoden mit nächtlicher Atemnot und auch etwas Husten. Dann würde sie Schweißausbrüche bekommen und Herzrasen, thorakale Beklemmungen und ein Gefühl als wären die Schleimhäute der Atemwege stark ausgetrocknet. In letzter Zeit würde die Atemnot auch bei Belastung auftreten. Oft hätte sie auch sehr starkes Herzklopfen und einen sehr schnellen Puls. Die Atmung sei auch öfter schmerzhaft und ihr Bauch würde sich oft mit Blähungen, Druck im Oberbauch, Durchfall und Obstipation im Wechsel und Völle- und Sättigungsgefühl kurz nach dem Beginn der Mahlzeit bemerkbar machen. Sie ist Nichtraucherin, die bisherige Anamnese auf pulmonale, kardiale und gastrointestinale Krankheiten leer.

Funktionelle Körperbeschwerden – Welche?
Bodily distress syndrome (BDS)



BDS Typen:

- GI = **g**astrointestinal
- MS = **m**uskuloskelettale Schmerzen
- CP = **c**ardio-**p**ulmonal
- GS = **g**eneral **s**ymptoms: Müdigkeit/ Erschöpfung

Diagnost. Übereinstimmung (%):

- Reizdarmsyndrom (95%)
- Fibromyalgiesyndrom (93%)
- Nicht-kardialer Brustschmerz (91%)
- Chronic Fatigue Syndrom (91%)

Erkennen der somatoformen Genese. Die wichtigste Voraussetzung um diesen Patienten helfen zu können ist die Erkennung der somatoformen Beschwerdeursache möglichst bereits in der Erstkonsultation. Dazu ist die zahlenmäßige Erfassung einer Vielzahl von Beschwerden/Symptomen ein wesentlicher Bestandteil der Diagnosestellung (1). Wenn der Arzt bereits im Erstgespräch mit einer Vielzahl von Symptomen verschiedenster Organbereiche und Leidqualitäten (Schmerz, Atemnot, Palpitationen, vegetative Symptome) konfrontiert wird, sollte bereits der Groschen fallen. Eine Herangehensweise, die über das übliche somatische Untersuchen und Behandeln hinausgeht, sollte dann umgehend eingeschlagen werden.

Vorgehensweise bei der Erstkonsultation. In dieser ersten Konsultation sollte bereits eine Gesprächs- und Fragetechnik zur Anwendung kommen die über das somatische Einengen der Beschwerden deutlich hinaus geht und vor dem Patienten eine somatoforme Kausalitätskette bereits andeutet (2,3). Folgende Fragen sind hilfreich um das Erstgespräch zu einer vollständigen Bestandsaufnahme zu erweitern und mit dem Patienten in ein Betreuungsbündnis einzusteigen (Siehe Kasten 1) (4).

- 1) **Was/Wo (Symptomatik)?** Symptome diffus, häufig wechselnd, Diskrepanz zwischen Befund und Befinden. Nichtpassen organischer Verteilungsmuster.
- 2) **Wie/Wie beeinflussbar?** (subjektive Beeinflussbarkeit)
- 3) **Seit wann?** (Auslösesituation) Typische Auslösesituation, Versuchungs- Verführungs- Versagenssituation, Verluste, Entmächtigungen? Narzistische Kränkung? Kritische Lebensereignisse?
- 4) **Welche Erfahrung im Umgang mit dem Gesundheitssystem?** Doctors hopping, Koryphänen-Killer, high utilizer.
- 5) **Wie ist das Erleben der Beschwerden/Stimmung?** Ängstlich besorgte oder depressiv resignierte Stimmung?
- 6) **Woher kommen die Beschwerden?** Interaktionsverhalten des Pat.? Hartnäckige Forderung nach US+TH trotz mehrfachen negativen Vor.-US. Weigerung psychische US zu diskutieren.
- 7) **Wie leben Sie?** (Lebenssituation) Psychosoziale Faktoren: familiäre+ Soziale Faktoren, primärer und sekundärer Krankheitsgewinn. Biographische Belastungen: karge emotionale Kontakte, fehlende Unterstützung, Autonomie?, Traumatisierung? Modelllernen?
- 8) **Was kann ich für sie tun?** (Behandlungserwartung, Auftrag) Nichtpassen kognitiver Schemata, affektive Irritation, negative Gegenübertragungsgefühle, passive Veränderungserwartung des Pat.

Kasten 1

Durch die Erweiterung der Anamnese hat man dem Patienten signalisiert, daß man seine Beschwerden ernst nimmt und kann ihm nun ein Betreuungsangebot und zeitlichen Ablaufplan anbieten.

Wagen wir uns festzulegen?

„Medizinisch“ „organisch“ oder „somatisch nicht/nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ sind körperliche Beschwerden, für die auch nach systematischer Abklärung keine hinreichende somatische Krankheitsursache gefunden wird. Der Nachweis zentralnervöser funktioneller oder struktureller Veränderungen ist mit dieser Bezeichnung jedoch vereinbar.

Die häufigsten Erscheinungsformen somatisch nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden sind:

Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation

Störungen von Organfunktionen einschließlich so genannter vegetativer Beschwerden

Erschöpfung/ Müdigkeit.

Der Begriff „nicht -spezifische Körperbeschwerden“ wird überwiegend in der Allgemeinmedizin verwendet. Er betont die (vorläufig, oft aber auch dauerhaft) fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden, mit denen Patienten ihre Ärzte, v.a. ihren Hausarzt, aufsuchen.

Darüber hinaus soll er eine zu frühe diagnostische Etikettierung als „Krankheit“ v.a. in solchen Fällen verhindern, in denen die Beschwerden aufgrund fehlender Progredienz, fehlender Signalwirkung für eine somatische Erkrankung oder fehlender Beeinträchtigung von Lebensqualität oder Funktionsfähigkeit des Patienten keinen eigenen Krankheitswert besitzen.

Der Begriff „funktionell“ deutet an, dass hier überwiegend die Funktion des aufgrund der Beschwerden betroffenen Organ(system)s (z.B. des Herzens bei Herzbeschwerden, des Darms bei Verdauungsstörungen) bzw. der zentralnervösen Verarbeitung von Beschwerdewahrnehmungen gestört ist.

Der Begriff wird zum Teil auch so interpretiert, dass die Beschwerden eine bestimmte Funktion für den Organismus bzw. für die Person haben (z.B. Signal für Rückzug).

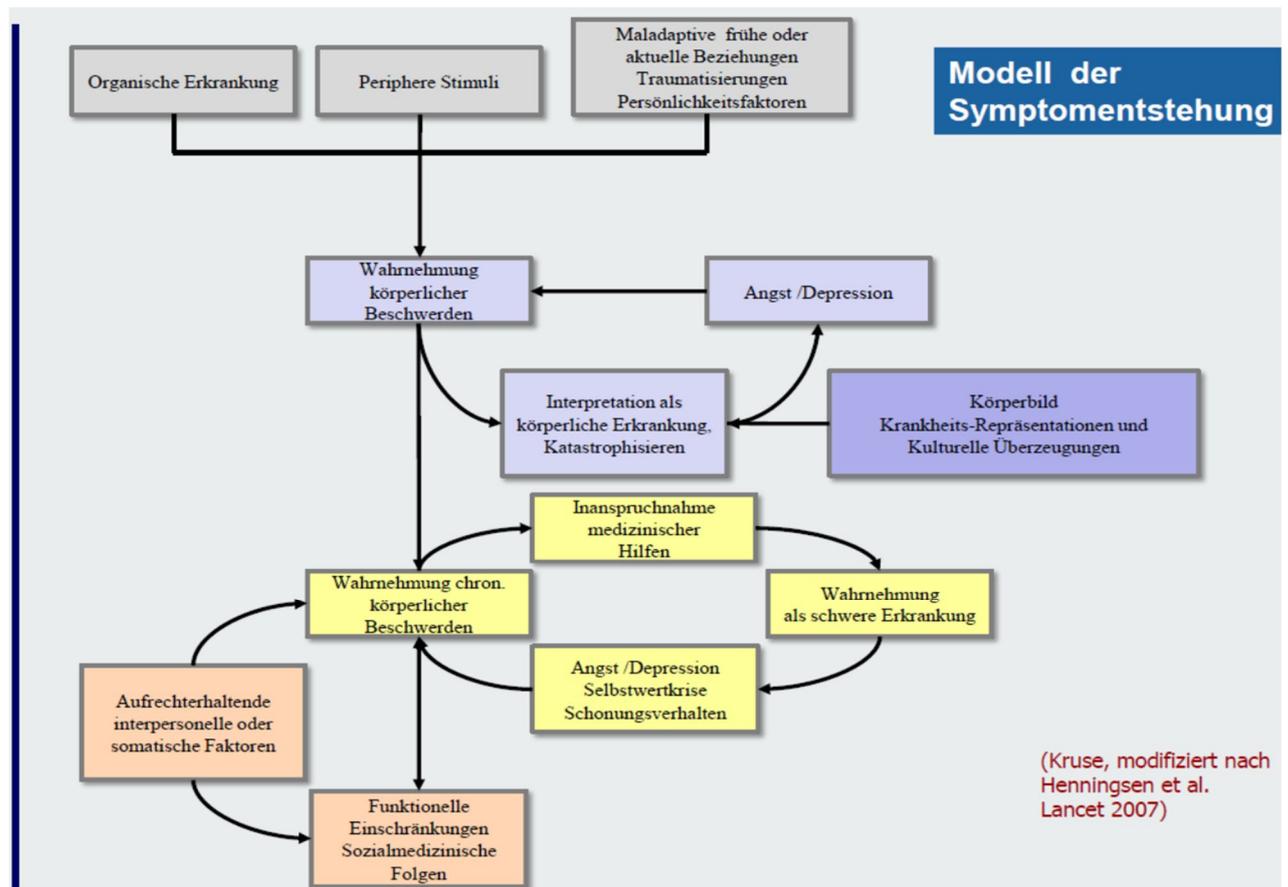
Aktuelle Klassifikation somatoformer Störungen nach ICD -10

F 45.0 Somatisierungsstörung ¹		DSM-IV 300.81 Somatisierung sstörung	- multiple Symptome jedweder Art oder Lokalisation (≥ 6 aus ≥ 2 Bereichen) , wiederholt auftretend und häufig wechselnd - seit mindestens 2 Jahren: meist lange und komplizierte „Patientenkarrieren“ - Verlauf: chronisch und fluktuierend - häufig Störungen des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens
F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung ¹		DSM-IV 300.81 Undifferenzierte somatoforme Störung	- die körperlichen Beschwerden sind zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig, das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung ist aber nicht erfüllt
F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung F45.30 Herz und Kreislaufsystem F45.31 Oberes Verdauungssystem F45.32 Unteres Verdauungssystem F45.33 Atmungssystem F45.34 Urogenitalsystem F45.37 Mehrere Organe u. Systeme F45.38 Sonstige Organe u. Systeme F45.39 Nicht näher bezeichnetes Organ oder System	Viele Gemeinsamkeiten mit dem Konzept einzelner funktioneller Syndrome, etwa dem Reizdarm- Syndrom	Kein Äquivalent in DSM-IV! Dadurch ist die manchmal durchaus hilfreiche Zuordnung zu symptom- tragenden Organsyste- men erschwert.	die Symptome werden so geschildert, als beruhen sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines weitgehend oder vollständig vegetativ innervierten und kontrollierten Organs Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen: objektivierbare Symptome der vegetativen Stimulation: z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. subjektive Beschwerden nicht-spezifischer und wechselnder Natur (flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden), die vom Pat. einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.

<p>F45.4 Anhaltende Schmerzstörung¹</p> <p>F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren</p>	<p>Viele Überlappungen mit dem „Fibromyalgie- Syndrom“ und anderen schmerz- dominanten funktionellen Syndromen</p>	<p>DSM-IV 307.8X Schmerz- störung</p>	<p><i>Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40):</i> - andauernder (mehr als 6 Monate), schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann - der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht - Auftreten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt - meist beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung</p> <p><i>Chron. Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41):</i> -andauernde (≥ 6 Monate) Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben; -psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die</p>
--	--	---	--

F45.8/9 Sonstige/nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen		DSM-IV 300.81 Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	-alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens klassifiziert werden, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, die auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers begrenzt sind und mit belastenden Ereignissen oder Problemen eng in Verbindung stehen.
F 48.0 Neurasthenie	Weitgehend identisch mit dem „Chronic Fatigue Syndrome“	Kein Äquivalent in DSM-IV!	Zwei Hauptformen: 1. Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben 2. Gefühle körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. - Zusätzlich oft andere unangenehme körperliche Empfindungen (Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst). -beträchtliche kulturelle Unterschiede
F44.4-7 Konversionsstörungen (Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung) ² (eigene ICD-10 Kategorie)		DSM-IV 300.11 Konversionsstörung (dem Kapitel „Somatoforme Störungen“ zugeordnet)	- am häufigsten vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperglieder -große Ähnlichkeit mit fast jeder Form von Ataxie, Apraxie, Akinesie, Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie, Anfällen oder Lähmungen (Pseudoneurologische Symptomatik) - Ausdruckskrankheit“: Ein auslösender Konflikt muss erkennbar sein und drückt sich im Symptom im Sinne einer Kompromisslösung aus

Die neue Bezeichnung im DSM-V ist aller Voraussicht nach (Stand: April 2011) “complex somatic symptom disorder” (CSSD), welches vorliegt, wenn über mindestens 6 Monate eine oder mehrere belastende bzw. das Funktionsniveau beeinträchtigende Körperbeschwerden vorliegen –unabhängig von der Frage ihrer Erklärbarkeit – und psychobehaviorale Kriterien wie eine übermäßige Beschäftigung mit den Beschwerden, z.B. in Form von ausgeprägten gesundheitsbezogenen Ängsten, einer Überzeugung von der medizinischen Ernsthaftigkeit der Beschwerden oder eine übermäßige Beschäftigung damit erfüllt sind.



Diagnostik bei somatoformen Störungen:

Geplanter, zeitlich geraffter und nicht redundanter Ausschluss organischer Ursachen

Primäres Erkennen der somatoformen Genese und Stellen der Diagnose (ohne Zwang zur genauen Zuordnung)

Verfolgen der gelebten Anamnese und bei Befundveränderung erneuter Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe immer wieder nötig

Bereits in der Erstkonsultation Anamnese über Leitsymptom hinaus erweitern

Ursachenüberzeugung des Patienten erfragen

Beachtung nicht ausdrücklich geäußerter Behandlungsanliegen

Psychiatrische Anamnese und soziale Kontextfaktoren bei Erstkonsultation bereits erfragen

Fragebogen:

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?



Beschwerden	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen			
Rückenschmerzen			
Schmerzen Arme, Beine, Gelenke			
Menstruationsschmerzen			
Schmerzen/Probleme Geschlechtsverkehr			
Kopfschmerzen			
Schmerzen im Brustbereich			
Schwindel			
Ohnmachtsanfälle			
Herzklopfen/Herzrasen			

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?



Beschwerden	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Kurzatmigkeit			
Verstopfung, nervöser Darm, Durchfall			
Übelkeit, Blähungen, Verdauungsbeschwerden			
Müdigkeit / Gefühl, keine Energie zu haben			
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf			

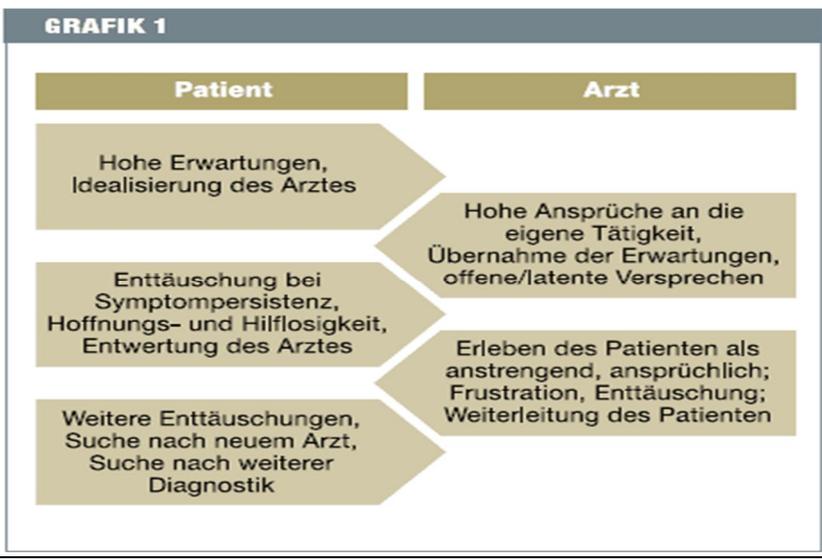
Das weitere Vorgehen kann sich in 4 Phasen abspielen:



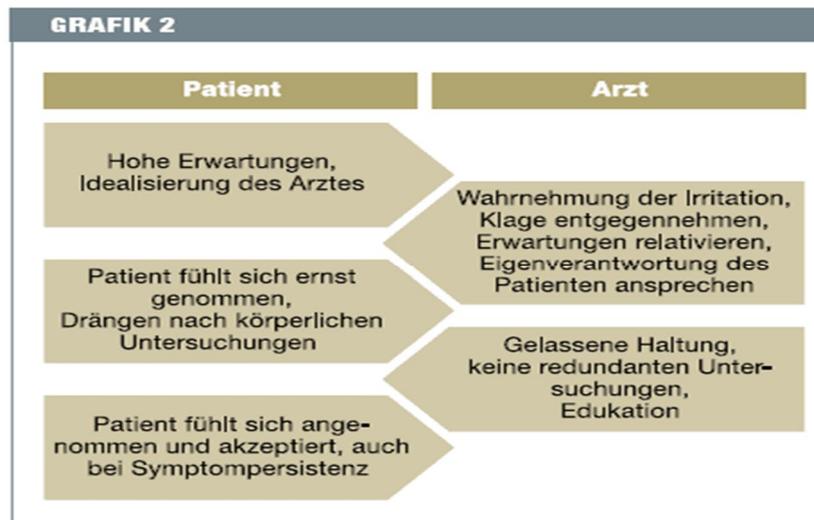
Hausärztliche Intervention. Es ist essentiell dem Patienten mitzuteilen, daß die Therapie ein Weg ist, den man miteinander beschreiten kann um eine Linderung seine Beschwerden herbei zu führen, keinesfalls darf der Arzt sich in die Rolle des Heilers drängen lassen, der jetzt irgendeine Therapie hervorzaubert und alle Probleme lösen kann. Dies ist für das weitere Betreuungsbündniss essentiell um die Übertragung und Gegenübertragungsspirale mit Genesungswunsch-Heilversprechen- ausbleibende Besserung- Frustration und Unzufriedenheit- erneuter Arztwechsel, unbedingt zu verhindern.

Vor dem Gesprächsbeginn.....

Darstellung der Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patient



Vorgehensweise zur Entlastung der schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung



Beim Behandler werden in der Arbeit mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden häufig unangenehme Gefühle („Gegenübertragung“) ausgelöst (Rosendal et al. 2005b; Sauer & Eich 2007):

- ☐ Hilflosigkeit: Unsicherheit (diagnostisch und therapeutisch), Ratlosigkeit, Scheitern (depressiv-ängstlicher Pol);
- ☐ Gefühl, erst idealisiert, dann entwertet zu werden (Selbstwert-Thematik);
- ☐ Entscheidungsdruck („entweder – oder“), Getäuscht-Fühlen, Entlarven-Wollen; sich unter Druck gesetzt fühlen (Little et al. 2004; Salmon et al. 2005), Machtkampf, Ohnmachtserleben, Gefühl des Manipuliertwerdens (Unterwerfung vs. Kontroll-Konflikt);
- ☐ Langeweile, Ungeduld, Enttäuschung, Wut, Ärger; Frustration (Lin et al. 1991); Ablehnung des Patienten; Wunsch, sich zu entziehen (aggressiver Pol);
- ☐ Enttäuschung: Vermissen von Dankbarkeit.

Eigene unangenehme Gefühle in der Behandler-Patient-Interaktion können ein unspezifischer diagnostischer Hinweis auf das Vorliegen eines schwereren Verlaufs nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sein (Hausteiner-Wiehle et al. 2011), aber natürlich auch ganz andere, unabhängige Ursachen haben.

Gegenübertragungsreaktionen sollten dem Patienten nicht mitgeteilt werden.

Iatrogene Chronifizierungsfaktoren



Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> – einseitiges „Entweder-oder-Modell“ – fehlende Kooperation
Diagnostik	– Übergehen psychologischer bzw. sozialmedizinischer Faktoren
Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> – „katastrophisierende“ Informationsvermittlung – fehlende („Sie haben nichts“) od. stigmatisierende Diagnosemitteilung („alles psychisch“) – mangelnde Psychoedukation – ungenügende Einbeziehung des Patienten
Behandlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> – unstrukturiertes Vorgehen – mangelnde Behandlungsplanung
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung passiver Therapiekonzepte – lange, unreflektierte Krankschreibung – fehlende/ zu späte/ unzureichend vorbereitete Überweisung in die psychosoziale Med. – ausbleibende multimodale Therapie
Medikation	<ul style="list-style-type: none"> – Medikamentenverordnung ohne Sichtung und Sortieren der laufenden Medikation – Verschreibung suchtfördernder Medikamente – alleinige Psychopharmakotherapie

Institut für häusliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

1 Erstkontakt:

Aufbau einer empathischen Beziehung, Paralleldiagnostik

- Annehmen der Beschwerdeklaage (aktives Zuhören)
Trigger, Verschlechterung/ Verbesserung
- Biopsychosoziale Paralleldiagnostik

Somatische Diagnostik:	Psychosoziale Diagnostik:
<ul style="list-style-type: none"> • Befund-Zusammenschau • systematische Stufendiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - verantwortl. begrenzen: Endpunkt festlegen - entkatastrophisierend ankündigen: erwartbare Normalbefunde • körperliche Untersuchung (regelmäßig) • kritisch geprüfte Ergänzungsdiagnostik bei neu auftretenden Beschwerden/ Warnsymptomen • Patient vor unnötiger, ggf. schädigender Diagnostik schützen 	<ul style="list-style-type: none"> • psychisches Befinden • psychosoziale Belastungen • Funktionsfähigkeit im Alltag

- Psychosoziale Aspekte markieren/ spiegeln (tangentele Gesprächsführung)
- Erfragen der subjektiven Krankheitstheorie,
→ Aufbau eines biopsychosozialen Erklärungs- und Behandlungsmodells
- Symptom- und Ressourcen-Tagebuch mitgeben

Im Gegenteil muss der Patient vom ersten Tag an in die Pflicht genommen werden an seiner Beschwerdelinderung aktiv beteiligt zu sein. Zusammen sollten möglichst zeitlich gestreckt und nicht redundant eventuell notwendige diagnostische Prozeduren geplant werden und mit einfachen Bildern und Erklärungen der Funktionskreisläufe des Körpers, erste Grundlagen zum Verstehen der Entstehungsweise somatoformer Beschwerden vermittelt werden. Der Patient sollte motiviert werden die Selbstaufmerksamkeit zu reduzieren und die Aufmerksamkeit vermehrt der Umwelt und Umgebung zu widmen.

Frühzeitig erweiterte biopsychosoziale Anamnese



8 Fragen

- 1) **Was/Wo (Symptomatik):**
 - Symptome diffus, häufig wechselnd, Diskrepanz zwischen Befund und Befinden. Nichtpassen organischer Verteilungsmuster
- 2) **Wie/Wie beeinflussbar? (subjektive Beeinflussbarkeit)**
 - Typische Auslösesituation, Versuchungs-Verführungs- Versagenssituation, Verluste, Entmächtigungen? Narzistische Kränkung? Kritische Lebensereignisse
- 3) **Seit wann? (Auslösesituation)**
- 4) **Welche Erfahrung im Umgang mit dem Gesundheitssystem?**
 - Doctors hopping, Koryphäen-Killer, high utilizer
- 5) **Wie ist das Erleben der Beschwerden/Stimmung?**
 - Ängstlich besorgte oder depressiv resignierte Stimmung?

35 Schäfer R, Benedikt G Früherkennung und Behandlung funktioneller Beschwerden in der Allgemeinärztl. Praxis Notfall&Hausarztmedizin 2005;31 (12)

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IuH)e.V.

Frühzeitig erweiterte biopsychosoziale Anamnese



8 Fragen

- 6) **Woher kommen die Beschwerden?**
 - Interaktionsverhalten des Pat.? Hartnäckige Forderung nach US+TH trotz mehrfachen negativen Vor.-US. Weigerung psychische US zu diskutieren
- 7) **Wie leben Sie? (Lebenssituation)**
 - Psychosoziale Faktoren: familiäre+ Soziale Faktoren, primärer und sekundärer Krankheitsgewinn
 - Biographische Belastungen: karge emotionale Kontakte, fehlende Unterstützung, Autonomie?, Traumatisierung? Modelllernen?
- 8) **Was kann ich für sie Tun? (Behandlungserwartung, Auftrag)**
 - Nichtpassen kognitiver Schemata, affektive Irritation, negative Gegenübertragungsgefühle, passive Veränderungserwartung des Pat.

36 Schäfer R, Benedikt G Früherkennung und Behandlung funktioneller Beschwerden in der Allgemeinärztl. Praxis Notfall&Hausarztmedizin 2005;31 (12)

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IuH)e.V.

Dazu kann man an Hand des Teufelskreises der Wahrnehmung (Diagramm 1) mit und für den Patienten machbare Strategien entwickeln die Symptompräsentation des Körpers auszuhalten und durch den gezielten Einsatz von Interventionsstrategien wie Entspannungsverfahren (Muskelrelaxation nach Jacobson), kurzen Traumreisen mit Vorstellung einer angenehmen Situation (plätschernder Alpenbach) oder aktiven Handlungen (Bewegung, Lesen, Kochen, Handarbeiten, Telefonieren etc.) einen Ausstieg aus dem Beschwerdeteufelskreis zu ermöglichen. Eine zeitnahe Wiedereinbestellung sollte terminiert werden, um dem Patienten einen nicht beschwerdegetriggerten Arztzugang zu ermöglichen (5).



Diagramm 1

Die hausärztliche Intervention in Schlagworten:

_Sowohl als auch Haltung an Stelle Entweder-oder Haltung

Gelassene Haltung und Empathie, Ernst nehmen

Den Druck des Patienten nicht übernehmen

Geduldig-interessiert, begleitend und aktiv stützend

Klares Setting, definierte Rahmenbedingungen, zeitlich begrenzte Termine (15-20 Min)

Feste regelmäßige Terminvergabe ohne Leidenstermine (alle 2-4 Wochen)

Evtl. Behandlungsvereinbarung mit Festlegung realistischer Behandlungsziele therapeutischer Maßnahmen, kleine Behandlungsschritte, Bilanzgespräche

Erklärungsmodelle des Patienten erfragen?

Hilfestellung mit Umdeutungen/ Umetikettierungen

Einbettung in Psychosomatische Möglichkeiten

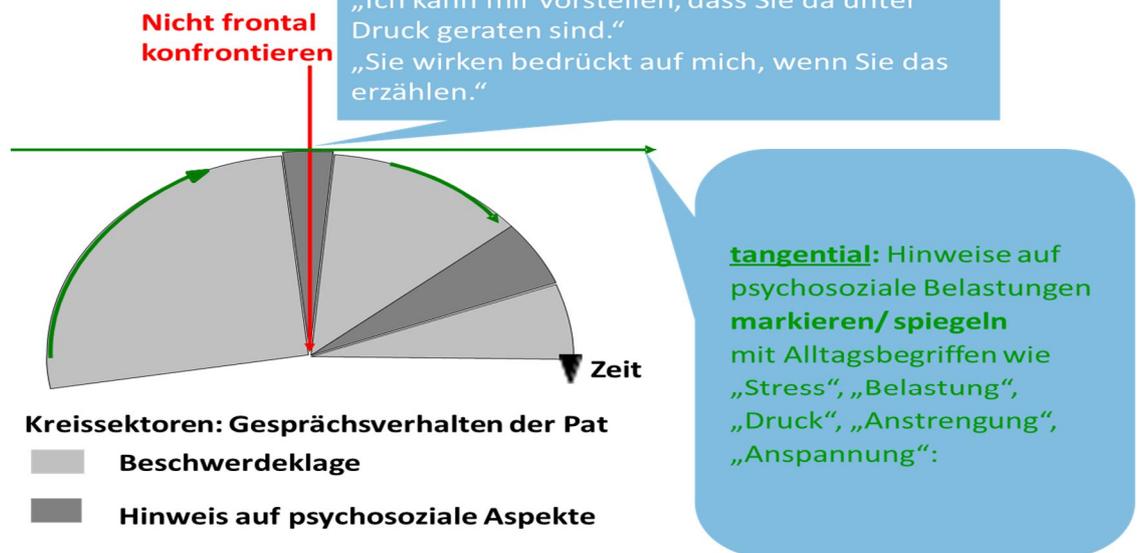
Beschreibung am „Teufelskreismodell“

Fokus auf die übermäßige Selbstaufmerksamkeit und Fehlinterpretation physiologischer Körpersignale (Kein Ereignis hat irgendeine Macht über mich, ausser der, die ich ihm in meinen Gedanken gebe. Anthony Robbins)

Regelmäßiges Hinführen auf dosiertes aktivieren statt schonen

Ernst nehmende Fragen, Konkretisierungsfragen, offene Fragen

Gesprächsführung



39 (Salmon et al. 2004, Ring et al. 2005, Schäfert et al. 2008)

Hilfreiche Formulierungen im Interesse einer empathischen, balancierten Grundhaltung:

Zuversicht vermitteln: „Es gibt im Moment keinerlei Hinweise, dass es eine schwerwiegende körperliche Ursache für Ihren Juckreiz gibt.“ „Funktionelle Beschwerden, wie sie bei Ihnen vorliegen betreffen viele Patienten. Sie sind oft unangenehm, aber zum Glück nicht gefährlich. Wir kennen heute gute erprobte Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen helfen werden, dass Ihr Alltag bald wieder besser funktioniert.“

Hohe Ansprüche und Erwartungen relativieren, Druck oder Idealisierungen seitens des Patienten nicht übernehmen: „Vielleicht sind Sie da zu ehrgeizig. Es ist vielleicht schon ein guter Fortschritt, wenn Sie in einem Monat wieder ... können.“ „Meiner Erfahrung nach sollten Sie sich da nicht zu viel auf einmal vornehmen.“ „Wie wäre es, wenn Ihr erstes Ziel darin besteht, wieder selbständig einzukaufen? Wir gehen dann einfach in vielen kleinen Schritten vorwärts.“

Transparenz hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen vermitteln: „Wir werden diesen Test durchführen, weil ...“. „Ich erwarte ein unauffälliges Ergebnis, das heißt ...“. „Ich interpretiere das Laborergebnis deshalb so, weil ...“. „Meiner Ansicht nach sollten wir die apparativen Untersuchungen damit abschließen; sie bringen uns keine wesentlichen Informationen mehr.“

Gespräch nicht bei medizinischen Themen bewenden lassen, psychosoziale Aspekte erfragen: „Inwieweit sind Sie durch Ihre Beschwerden im Alltag beeinträchtigt?“, „Ein Aspekt, den wir neben den körperlichen Untersuchungsergebnissen nicht aus den Augen verlieren sollten, ist die Frage, wie es Ihnen mit all den Schmerzen überhaupt in Ihrem Alltag geht.“, „Haben Sie Zusammenhänge zwischen Ihren Beschwerden und ihrem seelischen Befinden festgestellt?“

Psychosoziale Aspekte erfragen, die mit der Beschwerdesymptomatik in Verbindung stehen könnten: „Viele meiner Patienten mit ähnlichen Beschwerden wie Ihren berichten mir, dass sich diese unter Stress und Belastung nochmal verschlechtern; kennen Sie das auch von sich?“, „Nachdem ich Ihnen jetzt ein sinnvolles Vorgehen bei der Labordiagnostik erklärt habe, möchte ich noch einmal nachfragen: Sie hatten beim letzten Mal Probleme am Arbeitsplatz?“

Körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren: „Und wie könnte diese Beobachtung wiederum mit Ihren Gangproblemen zusammenhängen?“ „Wir konnten ja in letzter Zeit einige Belastungen in ihrer Lebenssituation identifizieren und Sie haben angefangen, mehr auf Ihre Bedürfnisse zu achten. Wie haben sich denn Ihre körperlichen Beschwerden in der Zwischenzeit entwickelt?“

Dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen, sondern seine subjektive Krankheitstheorie erfragen: „Ich sehe, dass es Ihnen mit diesen Bauchschmerzen wirklich schlecht geht. Ich höre, dass Sie mit ihren Beschwerden schon einen langen Leidensweg hinter sich haben. Wahrscheinlich haben Sie auch schon oft überlegt, wo ihre Beschwerden eigentlich herkommen. Was sind denn Ihre Vermutungen?“ „Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz, da kommen viele, auch persönliche Dinge zusammen. Was sind denn Ihrer Meinung nach die wichtigsten Auslöser?“

Erklärungsansätze des Patienten nicht voreilig und unkritisch übernehmen: „Ich kann Ihre Überlegungen aus Ihrer Sicht gut nachvollziehen. Ich denke aber, es ist noch zu früh, sich auf Ursachen festzulegen.“ „Meiner Erfahrung nach ist es so, dass es das meiste nicht die eine Ursache gibt, sondern dass da oft mehrere Dinge zusammen kommen.“ „Vielleicht würde ich mir das an Ihrer Stelle auch so erklären. Aus wissenschaftlicher Sicht sollte man die Bedeutung von ... allerdings relativieren.“ „Wir sollten offen bleiben, viele mögliche Krankheitsfaktoren zu berücksichtigen, vor allem diejenigen, die wir beeinflussen können.“

Engagement und Verbindlichkeit zeigen (und einhalten!): „Da können Sie sich auf meine Zusagen verlassen.“ „Ich werde mich in Ihrem Interesse mit dem Kollegen kurzschließen.“ „Ich werde mich bis zu unserem nächsten Termin über entsprechende Möglichkeiten informieren.“ „Ich werde da im Labor nachfragen.“

Impuls zu (zu) raschem Handeln nicht nachgeben: „Lassen Sie uns da nichts überstürzen“. „Wir sollten uns die Zeit nehmen, den Verlauf der nächsten Wochen zu beobachten.“ „So ein Röntgenbefund ändert sich nicht so schnell. Da sind körperliche Nachuntersuchungen für die nächsten Monate aussagekräftiger.“

Gesprächstherapeutische Techniken aus der Systemischen Einzeltherapie

a) Betonung von Ressourcen

- Was ist wohl der erste Schritt um dieses Ziel zu erreichen?
- Ist es in der Vergangenheit schon einmal vorgekommen, daß Sie von sich aus aufgeräumt haben? Wie haben Sie das gemacht? Was war anders als sonst?
- Sie haben mir viel von Ihren Beschwerden erzählt, es ist keine Hoffnung auf eine baldige Besserung. Wir sollten die Hoffnung auf eine Besserung aufgeben und ein neues Ziel formulieren. Wir sollten überlegen wie Sie zukünftig am besten mit den Beschwerden zurechtkommen! Pessimistische Zukunftsperspektive betonen, Patienten herausfordern Therapeuten vom Gegenteil zu überzeugen.

b) Zirkumskriptes Fragen

- Wenn ich ihre Frau jetzt fragen könnte, was wohl das Ziel einer Behandlung sein könnte, was würde sie sich als ersten Schritt wohl wünschen?
- Woran könnte Ihre Frau erkennen, daß Sie sich nicht mehr depressiv oä. verhalten.
- Sie haben bereits einige Erfahrungen mit Therapeuten gesammelt, wie müßte ich mich nach ihrer Meinung verhalten, um eine Behandlung hier zu einem schnellen und kompletten Mißerfolg werden zu lassen.
- Wenn ich ihren Mann/Tochter/Mutter fragen würde....
- Wie sieht das aus der Perspektive Ihrer Tochter/Schwester/Vater etc. aus.

- Wenn Ihre Mutter anwesend wäre, was würde Sie sagen?
- Wenn ich heimlich anwesend wäre was würde ich sehen?

c)Behandlungszielfragen: (Es sollten Ziele formuliert werden)

- Was würde sich in Ihrem Leben am meisten ändern?
- Wen würde denn eine erfolgreiche Behandlung am meisten tangieren?
- Wie würde derjenige wohl reagieren?
- Wer erwartet am ehesten einen Erfolg der Behandlung?
- Wer wünscht ihn sich am meisten?
- Wer würde ihn wohl bedauern?
- Was glaubt wohl Ihre Frau/Eltern, wie lange die Behandlung dauern wird?
- Was für Auswirkungen wird ein Behandlungserfolg auf ihre Arbeit haben?
- Was wird sich in ihrem Leben verändern, wenn sie die Beschwerden nicht mehr haben?
- Was beobachtet Ihr Mann/Frau an Ihrem Verhalten, wenn sie sich „depressiv“ fühlen?
- Wie muss ich mir das vorstellen, wenn Sie den ganzen Tag verzweifelt sind?
- Was würde ich sehen wenn ich unsichtbar im Hause wäre?
- Wenn man einen Film von Ihrem Leben drehen würde, wie würde das aussehen?
- Fragen nach dem Ablauf bestimmter Verhaltensweisen: Wenn Sie morgens aufstehen und..... was sagt ihr Partner?

d) Fragen nach Erklärungen:

- ❖ Wie erklären Sie sich das?
- ❖ Wie erklärt das wohl ihr Mann? Krankheit und Beziehung.?
- ❖ Es mag verrückt klingen, aber stellen Sie sich mal vor, Sie könnten Ihre Beschwerden bewußt herbeiführen. Was müßten Sie unternehmen?
- ❖ Beziehungskrise: Bitte sagen Sie mir ohne groß nachzudenken, was wird der wahrscheinlichste Effekt der Intervention sein: Zusammenbleiben oder Trennung.

e) Quantifizierung der Beschwerden (Konzentration auf Tagesphasen wo der Patient keine oder nur geringe Beschwerden angibt- alle Bereiche abklopfen was da anders ist)

- ✓ Wenn Sie es in Stunden oder Minuten ausdrücken, wieviel Stunden oder Minuten sind Sie depressiv oä. Am Tag?
- ✓ Wann am Tag zeigen Sie diese depressive Seiten- eher morgens oder abends?
- ✓ Wann kann man das weniger beobachten?
- ✓ Wann zeigen Sie Ihre Fröhlichkeit am stärksten?
- ✓ Wie viele Stunden oder Minuten am Tag kann ein Außenstehender die Depression wohl wahrnehmen? Was ist dann anders?
- ✓ Wann haben Sie zuletzt ihre Fröhlichkeit gezeigt?
- ✓ Wenn es Ihnen 24 h am Tag schlecht geht, woher wissen Sie dann daß sie sich schlecht fühlen?
- ✓ Gab es eine Zeit, die anders war?
- ✓ Was haben Sie damals anders gemacht? Wie war es Ihnen möglich?
- ✓ Machen Sie so etwas zum Teil heute auch schon?
- ✓ Was wäre nötig, damit Sie das morgen machen könnten? Was wäre der erste Schritt?

f) Fragen nach Unterschieden?

- Wer steht ihnen denn in ihrer Familie am nächsten? Wer kommt dann?
- Wie sieht das aus der Perspektive ihres Mannes aus?
- Würde der das genauso sehen oder anders?

- Wer leidet am meisten unter den Symptomen? Wer dann?
- Wer kann sich am ehesten vorstellen, daß die Behandlung zum Erfolg führt?

e) Hypothetische Fragen

- Wenn Ihre Tochter demnächst ausziehen wird, wie wird sich dann ihr Verhältnis verändern?
- Wenn sich ihre Fröhlichkeit wieder so zeigt wie früher, wer wird am ehesten das bemerken?
- Wenn die Beschwerden in den nächsten Jahren so bleiben, was wird das für eine Folge auf die Beziehung zu Ihrem Mann/Frau haben?
- Was wäre wenn alles noch viel schlimmer würde?
- Wünschbare Alternativen in Fragen einbetten: Angenommen das Problem ist gelöst wie sieht dann wohl ein Film über Ihr Leben aus? Beschreiben Sie mir das bitte?

Die Intervention

a) Umformulierungen/ Umdeutungen (eine alternative Interpretation der Wirklichkeit, die genauso gut zutrifft wie die ursprünglichen Auffassungen.

Negative Formulierungen neutral kommentieren.

b) Umetikettieren:

- Starrköpfig- innerlich gefestigt
- hysterisches Agieren- anregend lebendig
- passiv sein- Dinge so zu akzeptieren wie sie sind
- gefühllos sein- sich vor Verletzungen schützen
- verführerisch sein- auf andere Menschen anziehend und liebenswürdig wirken wollen
- umherirren-alle Möglichkeiten erforschen wollen
- kontrollieren wollen- Struktur und Überblick in seine Umwelt bringen wollen
- widerspenstig sein- seinen eigenen Weg im Leben suchen wollen
- sich selbst abwerten, sich eigene Fehler eingestehen

c) Positive Konnotation (die positive Symptombewertung)

Es werden Vorgänge als funktional angesehen, die der Patient als dysfunktional empfindet. Symptome dem Patienten als wichtige Erscheinungen seines augenblicklichen Lebens erklären.

d) Symptomverschreibung

Es wird dem Patienten das verschrieben, was er als störend und nicht beeinflussbar erlebt. Es muß eine schlüssige Begründung des Verhaltens vorher in zirkulären Fragen gefunden worden sein und dem Pat. mitgeteilt werden.

e) Skalierungen

Wieviel Prozent wird es ihnen besser gehen in Zeit. Wenn Sie Dies oder jenes machen, um wieviel Prozent könnte sich eine Besserung einstellen?

f) Reframing

Unter Reframing oder der Umdeutung versteht man das Einnehmen einer neuen Perspektive und somit auch eine neue Bewertung oder Interpretation einer Situation, eines Verhaltens oder einer Person. Ein bisher als negativ gesehenes Verhalten – „Mein Vater ist sehr streng“ – wird in einen anderen Rahmen gesetzt und erhält unter diesem Blickwinkel eine positive Bedeutung – „Dein

Vater sorgt sich also um dein Wohlergehen“. So können Aspekte einer Situation wahr genommen werden, die bisher völlig ausgeblendet wurden.

Man kann mit zwei Arten von Reframings arbeiten.

1) Inhaltsreframing

Die eine Art ist das sogenannte Inhaltsreframing, bei dem man wie in dem obigen Beispiel einem Verhalten eine andere Bedeutung oder Interpretation zuschreibt. Streng bedeutet dann nach dem Reframing besorgt, bestimmend bedeutet entscheidungsfreudig, zögerlich bedeutet vorsichtig. So können einem Verhalten neue positive Aspekte abgewonnen werden, und die gute Absicht dahinter wird erkennbar.

2) Kontextreframing

Die andere Art nennt sich Kontextreframing. Dahinter verbirgt sich die Erkenntnis, dass ein Verhalten, welches in bestimmten Situationen als störend empfunden wird, in anderen Situationen eine absolute Stärke sein kann. Wenn jemand sich zum Beispiel darüber beklagt, dass er immer sehr impulsiv handle, kann ihm durch das Kontextreframing klargemacht werden, dass Impulsivität in einer Krisensituation eine Stärke sein kann.

Das Reframing kommt in vielen Situationen zum Einsatz, da es sehr gut dazu geeignet ist, Blockaden aufzulösen. Man kann es als spezielle Übung durchführen, im Gespräch einsetzen oder ein Reframing mit den Lebenskarten erzeugen, indem diese einschränkenden und hinderlichen Glaubenssätzen als neue Perspektive auf das Problem entgegengesetzt werden. Hier finden sich einige Beispiele und Übungen zum Reframing.

Wie ging es weiter (Kasuistik): Bereits im Erstgespräch erzählte die Patientin von schwierigen Familienverhältnissen als Kind. Der Vater war Alkoholiker und hatte regelmäßig unter Alkoholeinfluss gegenüber der Mutter Gewalt angewendet. Die Mutter war zeitlebens leidend und hatte immer irgendwo körperliche Beschwerden. Gegenüber der Tochter war sie immer emotional indifferent und habe sie teilweise verwaist lassen, so daß sie weite Strecken der Kindheit von der Großmutter betreut wurde. Jetzt ist die Mutter alt und macht ihr alles zum Vorwurf, was im Leben nicht so gut klappt und sie kann sich davon emotional nicht frei machen. Im Erstgespräch konnten wir uns einigen, daß die Wahrscheinlichkeit einer Herz, Lungen oder Magen-Darm-Erkrankung nach Ihrer Symptomschilderung eher gering ist und wir im Rahmen eines Check up mit Labor, EKG, Abdomensonographie und Lungenfunktion eine gewisse Diagnostik durchführen. An Hand des Symptomteufelskreises (Diagramm 1) konnten wir ein Modell somatoformer Beschwerdeentstehung plausibel machen und mit der Patientin Schritte zurück ins Leben besprechen. In der Zwischenzeit der kontinuierlichen Betreuung durch unsere Praxis gab es immer wieder Beschwerdeexazerbationen bei krisenhaften Lebensumständen (Scheidung, neuer Lebenspartner, erneute Trennung mit Stalking Problem usw.). In dieser Zeit hatte sie, entgegen unserer Absprache ohne Rücksprache, Fachärzte (Kardiologen, Gastroenterologen) mehrfach konsultiert aber vor der Durchführung weiter führender invasiver Diagnostik (es wurde ihr eine Coronarangiographie empfohlen) dennoch unser Gesprächsangebot immer wieder war genommen.

Zweitkontakt:

Befundbesprechung und Rückversicherung

ggf. Diskussion der 100%igen Sicherheit (Bleichhardt 2008):

„Was muss passieren, damit Sie
sicher sind, die befürchtete
Krankheit nicht zu haben?“

gemeinsames Aushalten von diagnost. Restunsicherh./ Ungewissheit

Schweregrad-gestuftes, kooperatives, koordiniertes Versorgungsmodell

Bei Hinweisen auf psychosoz. Belastung erweiterte Anamnese des Kontexts

“Yellow flags“ - d.h. schwererer/komplizierter Verlauf? (ca. 25%)

- hohe psychosoziale Belastung (wenig Ressourcen)
- stark dysfunktionale Krankheitswahrnehmung
- deutlich maladaptives Krankheitsverhalten
- ausgeprägte funktionelle Beeinträchtigung
- schwerere psychische Komorbidität



leicht ↓

↓ schwer/ kompliziert

**hausärztliche bzw. somatisch fachärztliche Basistherapie
(psychosomatische Grundversorgung)**

ggf. abwartendes Offenhalten (EL 1b, EG B)

im Rahmen fester Termine (EL 1a, EG A)



störungsorientierte PT (EL 1a, EG A)

**Warnsignale abwendbar gefährlicher Verläufe? (Red flags):
Selbstschädigung, somatische Warnsignale**

Sowohl-als-auch-Modell ☐ Schweregrad-adaptierte Behandlungsplanung:

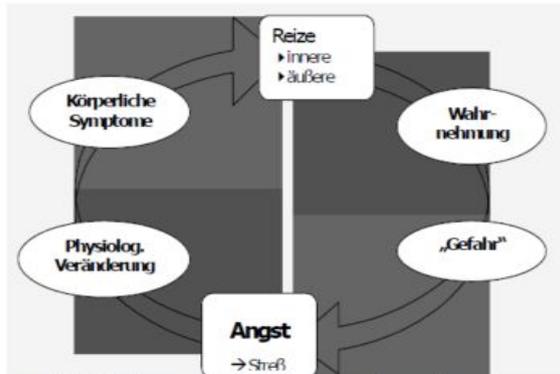
Bewältigungsstrategien aufbauen:

dosierte körperliche Aktivierung (EL 1a, EG A)

Lifestyle interventions (Selbstfürsorge): Schlaf, Ernährung, Substanzgebrauch, Erholung, Umgang mit dem Körper, Entspannungsverfahren (EG 0), Ressourcenaktivierung, bei Angst: Aktivierung statt Schonung/ Vermeidung, bei Depression: Bewältigung würdigen

Teufelskreis der Angst

Wege aus der somatoformen Fixierung

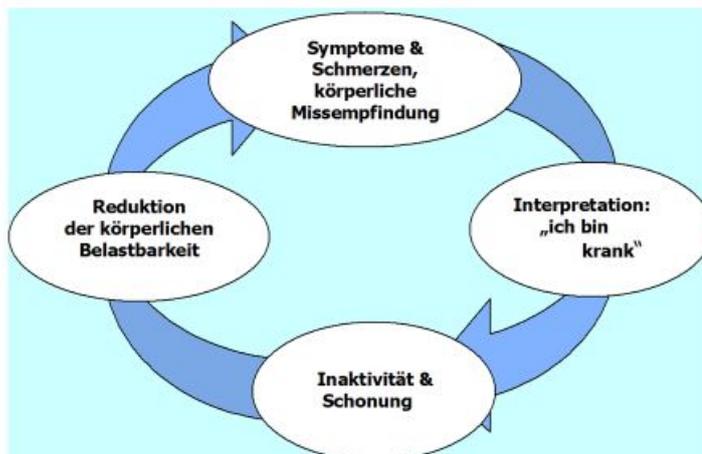


Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer spezifischen Allgemeinmedizinisch-psychosomatischen Gruppenintervention für Patienten mit somatoformen/ funktionellen Beschwerden in der Allgemeinarztpraxis (SpeziALL)
Projektleitung: W. Herzog
Arbeitsgruppe: R. Schäfer, C. Kaufmann, R. Gadow

52

Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF)e.V.

Teufelskreis der Schonung



53 (Kaufmann, Hanel, Schäfer et al. 2012)

Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF)e.V.

Geprüfte Psychotherapeutische Verfahren:

Bauchhypnose (gut-directed hypnosis)

Entspannungsverfahren (autogenes Training)

interpersonelle/psychodynamische Therapie

kognitive Verhaltenstherapie, Stressmanagement.

zusätzliche Maßnahmen bei schwerem/ kompliziertem Verlauf



- **stärkere Strukturierung/ Behandlungsplanung:** regelmäßige, zeitl. begrenzte Termine
- **ggf. Familie einbeziehen**
- **ggf. Pharmakotherapie:**
 - ggf. symptomorientierte Medikation (KKP)
 - bei Schmerzdominanz: zeitl. befristet Antidepressivum (EL 1a, EG A): Amitriptylin/ Duloxetin
 - bei fehlender Schmerzdominanz: Antidepressiva (SSRI) nur bei entsprechender psych. Komorbidität (EL 2a, EG B)
- **leitliniengerechte Therapie komorbider Störungen**
- **frühzeitige, fachpsychotherapeutische, störungsorientierte Mitbehandlung**
 - kognitive Verhaltenstherapie (EL 1a)
 - psychodynamisch (-interpersonell)e Therapie (EL 1b)
 - hypnotherapeutische/ imaginative Verfahren (EL 1a)gleichermaßen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie
niedrige bis mittleren Effekstärken

Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF)e.V.

multimodale Behandlung vor allem bei schweren Verläufen:



(körper-)psychotherapeutische/ non-verbale Therapie-Elemente (EL 2a, EG 0)



als Zusatzmaßnahmen innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans,
nicht als Monotherapien

- Biofeedback
- Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training
- Tai Chi, Qi-Gong, Yoga, Feldenkrais
- Musiktherapie
- Therapeutisches Schreiben

Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF)e.V.

3 **Drittkontakt:** Wiedereinbestellung nach 2-6 Wochen, spätestens nach 3 Monaten

- 1. Was hat sich verändert?**
Erfragen von Beobachtungen und Erlebnissen des Patienten
- 2. Klärung und Kontextualisierung**
- 3. Zwischenbilanz**
Achten auf yellow und red flags
- 4. Ressourcenorientierte Aktivierung**
ggf. Anpassung des Behandlungsplans

Indikation für (teil-)stationäre Therapie?

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß bereits in der Erstkonsultation der Einstieg in ein erweitertes Behandlungskonzept mit dem Patienten gelingen sollte und die somatoforme Genese erkannt werden sollte. Hohe Ansprüche und Symptombeseitigungswünsche des Patienten sollten relativiert werden. Mit dem Patienten sollte ein Behandlungsbündnis geschlossen werden, es sollten kleine Schritte auf dem gemeinsamen Weg propagiert werden und die Notwendigkeit der aktiven Bewältigung des Problems statt eines Heilversprechens besprochen werden. Beiläufig sollten psychologische Themen mit allgemeinen Begriffen wie Stress, Belastung und Angst und deren Bedeutung in der Entstehung somatoformer Symptome angesprochen werden. Unbedingt sollte der Behandler authentisch bleiben, nichts versprechen, aktiv unterstützend, geduldig und interessiert Anteil nehmen und eine kontinuierliche Begleitung anbieten.

1. Jobst D. (2006): Wie diagnostizieren Hausärzte Funktionelle Syndrome. Z Allg Med; 82: 209–21
2. Sauer, Nina; Eich, Wolfgang (2009): Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. cme.aerzteblatt.de/kompakt (1): 18a
3. S3 -Leitlinie „Nicht - spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051/001) Stand: 15.04.2012 , gültig bis 31.03.2017
4. Schäfert R, Benedikt G (2005): Früherkennung und Behandlung funktioneller Beschwerden in der Allgemeinarztpraxis. Notfall&Hausarztmedizin;31 (12)
5. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P: Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform body complaints. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(47): 803–13. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803

Definition funktionelle Darmbeschwerden:

- 1) chronische, d.h. länger als 3 Monate anhaltende Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Blähungen), die von Patient und Arzt auf den Darm bezogen werden, in der Regel mit Stuhlgangsveränderungen (Durchfall, Verstopfung).
- 2) Die Beschwerden sollen begründen, dass der Patient deswegen Hilfe sucht und/oder sich sorgt und so stark sein, dass die Lebensqualität hierdurch relevant beeinträchtigt wird.
- 3) Voraussetzung ist, dass keine für andere Krankheitsbilder charakteristischen Veränderungen vorliegen, welche wahrscheinlich für diese Symptome verantwortlich sind

Definition des Reizdarmsyndromes (Rome III) und deutsche Leitlinie

Es bestehen an mindestens 3 Tagen pro Monat chronische, d.h. länger als 3 Monate anhaltende abdominale Schmerzen und/oder Unwohlsein

Seit 6 Monaten mindestens 2 der folgenden Zeichen:

Besserung durch Defäkation

Beginn mit Änderung der Stuhlfrequenz

Beginn mit Änderung von Stuhlkonsistenz und Aussehen

Beschwerdeintensität führt zur Inanspruchnahme des Arztes

Kein anderes Krankheitsbild für die Symptome verantwortlich

Reizdarmsyndrom: Natürlicher Verlauf und Prognose

Bei einem Teil der Patienten spontan rückläufig, häufig chronisch verlaufend. Nach 7 Jahren noch 55% noch RDS-Kriterien und Symptomverminderung bei 21%, Beschwerdefreiheit bei 13%.

keine gesteigerte Koprävalenz mit anderen schwerwiegenden Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, aber mit schwerwiegenden anderen Erkrankungen, wie z.B. Depression (20-70%), Angsterkrankungen (20-50%).

Häufige Überlappung mit anderen somatoformen Problemen, wie zB. Fibromyalgie

Geschlecht: Das Reizdarmsyndrom tritt häufiger bei Frauen auf.

Lebensqualität: deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität im Vergleich zur Normalpopulation, stärkere Beeinträchtigung im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen

Kosten: erhebliche direkte (Arztbesuche, Medikamente, Diagnostik, Krankenhausaufenthalte, Begleiterkrankungen) und indirekte Kosten (insbesondere Arbeitsausfälle und verminderte Produktivität während der Arbeit).

gehäuft mit somatoformen und psychischen Störungen assoziiert (15-50%).

Pathophysiologie des RDS bei Erwachsenen

Störungen der intestinalen Barriere, Motilität, Sekretion und/oder viszerale Sensibilität

diverse molekulare und zelluläre Mechanismen, einzeln und in Kombination, wobei deren Häufigkeiten und Spezifität z. T. ungeklärt sind. Oft mit einer Störung des enteralen Immungleichgewichts assoziiert.

Die mikrophlogmatorischen oder neuroimmunologischen Prozesse in der Darmmukosa sind assoziiert mit einer lokalen Zunahme von Immunzellen (Mastzellen, T-Lymphozyten) und/ oder EC-Zellen

Reizdarmsyndrom: Angeborene Genvarianten vom Verdauungsenzym Sucrase-Isomaltase mit Enzymmangel (verantwortlich für die Verdauung von Kohlenhydraten) mögliche Ursache. Deshalb bei einigen Patienten Symptombesserung unter kohlenhydratarmer Kost. Seltener Enzymausfall, häufiger Abschwächung der Enzymleistung.

Studie untersuchte ob Pat. mit Reizdarmsyndrom häufiger als andere diesen Enzymdefekt aufwiesen (15Phe-Variante). In einer Fall-Kontroll Studie sowie in einer Kohortenstudie waren Pat. mit Diarrhöe betontem oder gemischtem reizdarmsyndrom zu 30% bzw. 46% häufiger Träger der 15Phe-Variante, dies war mit einem Mangel an Parabacteroides (Darmbakterien) vergesellschaftet.

Quelle: Henström M, Diekmann L, Bonfiglio et al. Functional variants in the sucrase- isomaltase gene associate with increased risk of irritable bowel syndrome. Gut 2016; 0: 1-8.

Genetik: Zwillingsstudien weisen auf einen geringen genetischen und hohen Umweltanteil beim Reizdarmsyndrom

Gastrointestinale Infekte: Bei 7–36 % der Patienten mit RDS entwickelt sich die Symptomatik nach einem gastrointestinalen Infekt. Ein postinfektiöses RDS wurde nach Salmonellen-, Shigellen-, Campylobacter-, EHEC-, Lamblien- und Trichinellen-Infektionen beschrieben. Anhand des postinfektiösen RDS lässt sich die Interaktion von biologischen und psychosozialen Faktoren stützen.

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: bei RDS bei 50–70 %, in der allgemeinen Bevölkerung bei 20–25 %. Immunologisch vermittelte NMU (Nahrungsmittelallergien) sind selten, nichtimmunologische NMU bei Intoleranzen aufgrund von Malabsorption von Laktose, Fruktose oder Sorbit überwiegen.

Aktuelle Studie zeigt: Geschlecht (Frauen), Durchfallerkrankungen, Stress, seelische Belastungen und übermäßige Ängste sind bei Reizdarmpatienten überproportional häufig. Quelle: Löwe B et al. Am.J. Gastroent. 2016. 111 (9):1320-9.

Gluten kann zu Reizdarm führen: Doppelblindstudie mit 61 Teilnehmern ohne Zöliakie oder Weizenallergie zeigte bei Zufuhr von 4g Gluten versus Placebo signifikante Zunahme von Blähungen, Schmerzen, Benommenheit und Depression. Nach Layer Nachweis einer Non-Zöliakie-Gluten-Überempfindlichkeit. Dieser Zusammenhang sei in mehreren Studien nachweisbar gewesen so Layer. Quelle: Internisten-Update 2016 in München 18/19.11.2016.

Elternverhalten: Modelllernen an Eltern mit RDS sowie Verstärkung von bauchbezogenem Krankheitsverhalten durch Bezugspersonen erhöhen das Risiko funktioneller Bauchbeschwerden im Erwachsenenalter. Bei Zwillingen ist ein Elternteil mit RDS ein unabhängiger Risikofaktor für eine funktionelle gastrointestinale Erkrankung des Kindes.

Biografisches: Pat. mit RDS berichten häufiger über sexuellen Missbrauch in der Kindheit (Odds Ratio 4,1 [95%-KI 1,9–8,6]). Die Assoziation von biografischen Belastungsfaktoren und RDS wird durch Nachweis weiterer körperlicher Symptome (sogenannte Somatisierungsneigung) vermittelt.

Stress: Belastende Lebensereignisse und chronische psychosoziale Belastungen erhöhen das Risiko eines postinfektiösen RDS und verstärken die Symptomatik bei einem vorliegenden RDS.

Persönlichkeitsmerkmale: In einer prospektiven bevölkerungsbasierten Studie waren ausgeprägtes Krankheitsverhalten (OR 5,2 [95%-KI 2,5–11,0]) und vermehrte Ängstlichkeit (OR 2,0 [95%-KI 1,0–4,1]) Prädiktoren der Entwicklung eines RDS.

Soziale Faktoren: Ärzte können unangemessene Krankheitsängste und -verhalten der Betroffenen durch nichtindizierte Diagnostiken und Therapien auslösen oder verstärken.

Basisdiagnostik beim Reizdarmsyndrom:

Anamnese, gezielte Exploration somatischer und psychosozialer Warnzeichen

Ganzkörperuntersuchung incl. Rektaler US

Basislabor: BB, BSG, CRP, U-Status, ggf.: Krea, Na, K, TSH, BZ, HbA1c, Stuhl-Mikrobiologie und Calprotectin A/Lactoferrin, PMN-Elastase im Stuhl

Malabsorptionssyndrome (Laktose, Fruktose, Sorbit), Zöliakie (Transglutaminase-Aak, Endomysium Ak), Histamin

Sonographie des Abdomens

Gynäkologische Untersuchung bei Frauen

Psychosoziales Screening: Wie wirken sich die Beschwerden auf Ihren Alltag/Ihre Leistungsfähigkeit aus? Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen oder lustlos? Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig ängstlich oder nervös?

Ggf.: Ileocoloskopie

Funktionelle Darmbeschwerden Therapie

ausführlichen Information des Patienten.

positive Beschwerdebeschreibung (positive Diagnosestellung), Schlüsselwörter: „Reizdarm“, „empfindlicher Darm“, „funktionelle Darmstörung“.

Vermitteln, dass Arzt an die Echtheit dieser Beschwerden glaubt.

Information über die normale Lebenserwartung

Vermittlung eines biopsychosozialen Modells der Beschwerden, zum Beispiel Stress- oder Teufelskreismodelle

Maßvolle körperliche Aktivierung (Ausdauersport) und Stärkung von Ressourcen (Hobbies, soziale Kontakte)

realistische Therapieziele, denn eine Heilung funktioneller Störungen ist selten möglich:

Linderung der Beschwerden (nicht Beschwerdefreiheit)

Erlernen von Techniken, die das Selbstmanagement und die Lebensqualität verbessern :
Techniken zur Krankheitsbewältigung: Entspannungstechniken, Meditation, Yoga, Qigong, Taiji, kognitiv- behaviorale Übungen, Gruppentherapie, autogenes Training.

das Wissen vermitteln, dass keine Therapie bei jedem Patienten und für jedes Symptom wirksam ist.

Eine intensive und empathische Arzt-Patient-Beziehung ist für dieses Gespräch grundlegend.

a) Schmerzen

Spasmolytika: Mebeverin (Duspatal©, Mebemerck©, Gen.) 200mg ret.1-0-1,
Butylscopolaminiumbromid (Buscopan) 3x1-3x2 Tbl/Drg. Pro Tag, MCP 10mg 3x1,
Domperidon , **Pfefferminzöl** (zB.: Carmenthin® 1-0-1, Enteroplant® 1-1-1: ½ Std.v.d.Essen,
Pascoventral® 3x20°, Carminativum Hetterich® 3x30-40°)

Quellmittel: lösliche Ballaststoffe: **Flohsamen** (Plantago)(zB. Flosa®, Mucofalk®), **Kleie**

Probiotika: Bifidobakterium animalis ssp.lactis (zB. Activia®), **E-coli Stamm Nissle 1917** (z.B. Mutaflor® 2 Kapseln pro Tag), Autolysat und Zellfragmente von **E.Coli und Enterococcus faecalis** (zB. Pro Symbioflor/Symbioflor®), **Lactobacillus rhamnosus,-plantarum,-acidophilus** und Enterococcum faecium (Symprove®) Studie mit 186 Pat. Bessert signifikant im IBS-SSS. Randomized clinical trial: a liquid multi strain probiotic vs.placebo in the irritable bowel syndrom- a 12 week double blind study. Aliment.Pharm.Ther.2014;40:51-62

Tab. 1 Evidenzgrade für den Einsatz von Probiotika in der Therapie des RDS

Probiotikastamm	Schmerz- und Bläh-Typ	Schmerz-typ	Obstipationstyp
Bifidobacterium infantis 35624	B		
Bifidobacterium animalis ssp. lactis DN-173010	B		C
Lactobacillus casei Shirota	B		B
Lactobacillus plantarum	C		
Lactobacillus rhamnosus GG		B ¹	
E. coli Nissle 1917			C
Kombinationspräparate		C	

¹ nur bei Kindern gezeigt

Chinesische Kräutermischung: (Padma Lax® 2x 485mg tgl.: Zingber off., Rheum off., Rhammus rubra, Rhammus purs., Gentiana lutea, Terminalia chebula, Inula hel., Aloe vera, Jateorhiza calumbra, Gonolobus condurango, Piper longum, Nux vomica)

b) Phytotherapeutika bei Schmerzen

Teemischungen: Rp: Matricariae flos(Kamillenblüten) 30,0, Foeniculi fructus(Fenchel) 30,0, Melissa folium(Melisse) 30,0, Carvi fructus (Kümmel) 10,0, Rp: Menthae piperitae folium conc.(Pfefferminze), Matricariae flos(Kamillenblüten), Foeniculi fructus(Fenchel), Calami rhizoma conc. (Kalmuswurzelstock), aa 20,0g.

Melisse (Gastrovegetalin® 3x6ml oder 2x2 Kapseln, + Baldrian: Plantival forte® 2x1 Drg.)

Ingwer: (zB. Ingwer pure® 2-4 x15° Tropfen, Zintona® Kps.3x2)

Curcuma: (zb. Curcu-Truw® 2x1 Kps.)

Artischocke: (zB. Heparstad® Kps 3x1)

Belladonna: (Belladonna DHU® C5 3x20 Tropfen)

Lavendel: (zB.Lasea® 1x1 Kapsel pro Tag)

Iberis amara (Bittere Schleifenblume), Angelikawurzeln, Kamillenblüten, Kümmelfrüchten, Mariendistelfrüchten, Melissenblättern, Pfefferminzblättern, Schöllkraut, Süßholzwurzeln: (Iberogast® 3x20°)

c) Diarrhöe

Loperamid: bei Bedarf 2 Tabletten a 2mg, maximal 8 Tbl.pro Tag. chronische Therapie 1-0-1 a 2mg

Ballaststoffe: Flohsamen (zB. Flosa®, Mucofalk® 3x1 Messlöffel in Wasser), Leinsamen, Weizenkleie

Probiotika: Lactobacillus acidophilus (zB. Lacteol® 2x1 Kapsel) , Saccharomyces boulardii (zB. Perocur® oder Perenterol forte® Kps:2x1)

Spasmolytika (spastischer Diarrhö): MCP, Domperidon , Pfefferminzöl (zB.: Carmenthin® 1-0-1, Enteroplant® 1-1-1: ½ Std.v.d.Essen, Pascoventral® 3x20°, Carminativum Hetterich® 3x30-40°)

Phytotherapie/Gerbstoffdrogen: Schwarztee (lange ziehen), getrocknete Heidelbeeren (2 Esslöffel auf 1 Liter Wasser 10 Minuten durchkochen, absieben und becherweise trinken),

Uzarawurzel (Uzara® Kps. Initial 5x1, dann 3-6x1), Eichenrinde, Tormentillwurzelstock (zB. Tortil®3x2Kps.)

Serotonin-3-Antagonist bei Diarrhöe:

verstärkt intestinale Wasserrückresorption (**Alosetron in USA zugelassen**): Sein positiver Effekt war nur bei Frauen, die unter Diarrhö im Rahmen eines Reizdarm-Syndroms litten, in Studien belegt, die günstige Wirkung auf die Diarrhö wurde mit einer hohen Nebenwirkungsrate, vor allem Obstipation, in Kauf genommen. So kam es durch das Medikament neben den fünf Todesfällen zu 49 Fällen mit ischämischer Kolitis und 21 Fällen schwerer Obstipation, die teilweise zu Darmverschlüssen und -perforationen führten. Zehn Patienten mussten operiert werden Camilleri, M., et al.: Lancet 2000, 355, 1035, AMB 2002, 36, 81

Ramosestron (5 oder 10µg) (Serotonin-Typ-3-Rezeptor-Antagonisten) : Keine Evidenz laut: AMB 2011, 45, 14a, Matsueda, K., et al.: Scand. J. Gastroenterol.2008, 43, 1202. Therap Adv Gastroenterol. 2015 May;8(3):136-42. doi: 10.1177/1756283X15572580. J Gastroenterol. 2014 Aug;49(8):1193-205. doi: 10.1007/s00535-014-0966-7. Epub 2014 May 21.

Wirkung: 47% of ramosetron hydrochloride-treated patients were monthly responders in the primary end-point, "Patient-reported global assessment of relief of irritable bowel syndrome symptoms", compared with 27% for placebos (p<0.001). NW: nur evtl. Obstipation sonst oB, keine Laborveränderungen, keine ischämische Colitis. Clin Exp Gastroenterol. 2013; 6: 123–128. Published online 2013 Jul 25. Doi

d)Obstipation

Ballaststoffen: wasserlöslicher Gelbildner zB.: Flohsamenschalen (Plantago) (zB. Flosa®, Mucofalk® 3x1 Messlöffel in Wasser), Quellmittel: Weizenkleie 40g/tag, Leinsamen 50g/Tag, Lactulose. Typische NW.: Blähungen, ggf.krampfartige Bauchschmerzen limitieren Einsatz

Osmotisch wirkende Laxanzien: Macrogol (zB. Laxatan®: bis 3x1 Beutel)

Probiotika: Lactobacillus casei shirota (zB. Yakult®), Bifidobakterium animalis ssp.lactis (zB. Activia®), E-coli Stamm Nissle 1917 (zB. Mutaflor® 2 Kapseln pro Tag),

Spasmolytika: spastisch schmerzhaften Obstipation

CO₂-freisetzende Suppositorien: (Lecicarbon® CO2-Zäpfchen)

Laxantien: Echte Passageverlangsamung („slow transit“): Bisacodyl (Dulcolax®), Natriumpicosulfat (Laxoberal®, Laxans ratio®), Sennespräparate (zB. Liquidepur N®, Agiolax®), Faulbaumrinden-Tee (Tbl.Tpf: Legapas® 1 Tbl. Oder 30-50° abends), Rhabarberwurzel (zB. Femiloges® 1x1 Tbl./Tag)

Serotonerge TH.: Prokinetikum Prucaloprid 1-2mg 1x tgl.bei Frauen (Resolor®)

e) Blähbeschwerden

Probiotika: Bifidobakterium animalis ssp.lactis (zB. Activia©), E-coli Stamm Nissle 1917 (zB. Mutaflor© 2 Kapseln pro Tag), Autolysat und Zellfragmente von E.Coli und Enterococcus faecalis (zB. Pro Symbioflor/Symbioflor©)

Rifaximin (Nicht resorbierbares Antibiotikum) : (Xifaxan®), AMB 2011, 45, 14a:
Rifaximin ist keine gute Wahl beim Reizdarm-Syndrom

Entschäumende Substanzen: (Simethikon (zB.Lefax Liquid®5x4Pumpstöße), Dimethikon: 4x2 Kautabletten zB.v.CT) keine Daten beim RDS. Aufgrund positiver Effekte in Studien bei Dyspepsie und akuter Enteritis kann jedoch ein Behandlungsversuch unternommen werden.

Blähungstee: Matricariae flos (Kamillenblüten) 30,0, Liquiritiae radix (Süßholzwurzel) 30,0, Millefolii herb.(Schafgarbe) 20,0, Malvae flos (Malve)5,0, Melissa fol. (Melisse)5,0, Calendulae flos (Ringelblume) 5,0, Cinnamomi cort. (Zimt) 5,0, 1-2 Teelöffel mit siedendem Wasser (ca.150ml) übergießen, etwa 10 Min. lang ziehen lassen.

Serotonerge TH.: Verlängerte Darmtransitzeit: Tegaserod (vom Markt wg.NW) und Prucaloprid, Nicht verlängert: Linaclotid und Lubiproston. (Ther Clin Risk Manag. 2015; 11: 691–703.)

Linaclotid: Guanylate Cyclase-c Receptor Agonist
(Constella®), Prucaloprid 5-HT-4-Rezeptor Agonisten
(Resolor®)

- **Linaclotid:** beschleunigte Darmpassage und verminderte intestinale Schmerzwarnnehmung. **Zulassung:** symptomatische Therapie des mittelschweren bis schweren Reizdarmsyndromes mit Obstipation bei Erwachsenen
- **Although effective in many patients, it is not universally effective for the treatment of constipation symptoms in all patients with IBS-C.** [Drugs Today \(Barc\)](#). 2012 Mar;48(3):197-206. doi: 10.1358/dot.2012.48.3.1745228. **Linaclotide in the management of gastrointestinal tract disorders.** [Lacy BE¹](#), [Levenick JM](#), [Crowell MD](#)
- Kein Zusatznutzen laut G-BA im Vergleich zur Ernährungsumstellung und symptomatischer Behandlung (Obstipation, Blähungen, Krämpfe, Schmerzen)
- Jahrestherapiekosten um 1044,71€
- **Prucalopride** is a highly selective 5-HT₄ agonist stimulating prokinetic activity of the colon in in vitro and in vivo studies of humans and animals. Clinically, it significantly improved bowel movements and other reported symptoms in patients with chronic

constipation, especially in severe cases, with no significant cardiovascular adverse events.

Reizmagen/Dyspepsie:

10 Mill. Betroffenen häufigste GIT-EK

Multifaktorielle Ursache, Pathophysiologie bis heute unklar

Ausschlußdiagnose

Wegweisend ist die Anamnese

ROME-III Kriterien (min. 3 Mon.vorliegen + mind.6 Mon.vor Diagnosest.):

- 1) Eines oder mehrere der folgenden Symptome
- 2) Unangenehmes postprandiales Völlegefühl
- 3) frühes Sättigungsgefühl
- 4) Epigastrischer Schmerz
- 5) Epigastrisches Brennen

Weitere Unterteilung in

- Essensunabhängige führende epigastrische Schmerzen (EPS)
- Essenabhängige epigastrische Schmerzen mit Führendem postprandialem Völlegefühl und frühem Sättigungsgefühl (postprandiales Stresssyndrom (PDS)). Dieses ist deutlich häufiger.

Risikofaktoren:

Einnahme von Medikamenten (NSAR, Schmerzmittel)

Alkoholkonsum

Helicobacter pylori

Ungenügendes Kauen

Hastige unregelmäßige Nahrungseinnahme

Konsum von fettreichen Speisen

Pathogenese:

Gestörte rezeptive Relaxation des Magenfundus nach Nahrungsaufnahme (keine voluminösen Mahlzeiten)

Fragliche Hypersensitivität des Magens ??

Eosinophilie der Duodenalwand als fragliche Ursache ??

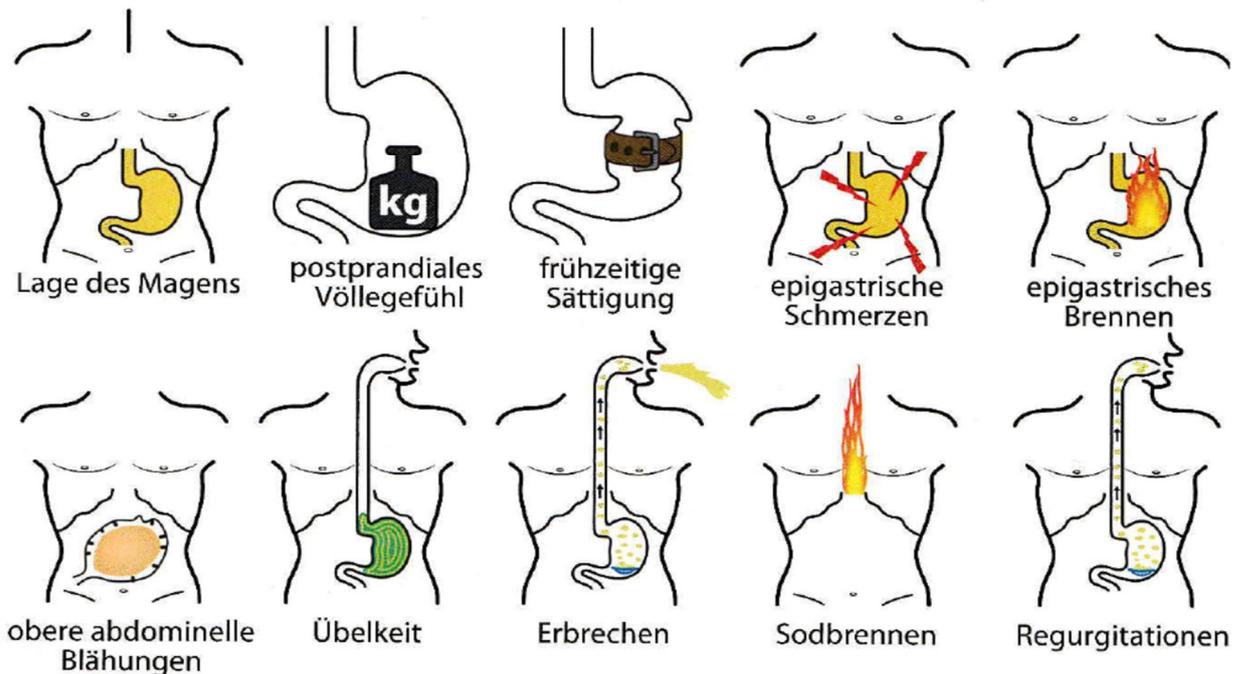
Postinfektiös nach Salmonellen- E.coli-, Camphylobacter- oder Norovirusinfektionen

HP

Psychische Belastungssituationen, Angsterkrankungen

Anamnese: Schmerzen, Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Zusammenhang mit dem Essen, Tageszeit, Stressauslösung, Assoziation zu Lebensumständen bzw. Umfeld, Krebserkrankungen im Umfeld?, Begleiterscheinungen, Muskuloskeletale Beschwerden, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Angst, etc...

Abb. 1 Piktogramme – hilfreich in der Differenzialdiagnostik der funktionellen Dyspepsie



Red Flags: Fieber, kurze Vorgeschichte, Gewichtsverlust, Blut im Stuhl, Aufwachen nachts wg. Beschwerden, stetige Beschwerdezunahme

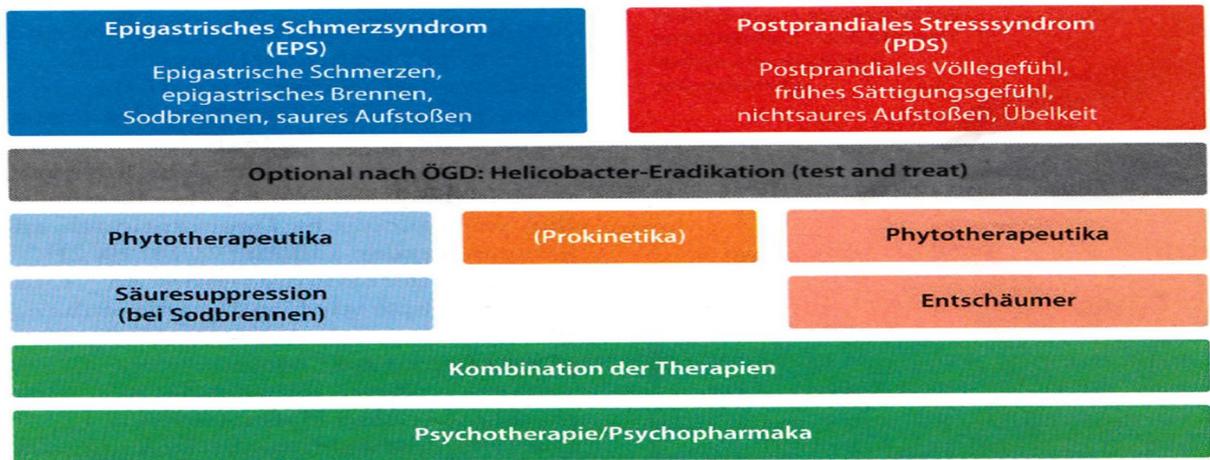
Labor (BB, CRP, Gamma-GT, GOT, GPT, Krea, Lipase), **Abdomensonographie**

Ggf. GASTRO, 24-h-ph-Metrie, H2-Atemteste für Fruktose und Sorbit sowie Laktoseintoleranz Glukose Atemtest zum Nachweis einer bakteriellen Fehlbesiedlung

Refluxtyp (Sodbrennen) Motilitätstyp (frühe Sättigung, Völlegefühl), Ulkustyp (Nüchternschmerz), Dyspepsie ohne Leitsyndrom

Therapie:

Abb. 2 **Stufentherapie der funktionellen Dyspepsie**



Intensive Aufklärung: hoher Beratungsbedarf bei hohem Leidensdruck, Ziele: Symptomlinderung, Verbesserung der Krankheitsbewältigung. Nach negativer Diagnostik die Ängste des Pat. ansprechen und möglichst zu zerstreuen.

Stärkung der Eigenverantwortung

Bewegungsdefizite?

Schlafmangel?

Gewichtsreduktion?

Stressabbau, Entspannungsverfahren

Ruhige entspannte Nahrungsaufnahme, geregelte Essenzeiten

Gutes Kauen

Keine voluminösen Mahlzeiten

Alkohol und Kaffee Karenz, Meiden sehr fettreicher Speisen, Meiden von scharf gewürzten Speisen

Individuelle Unverträglichkeiten?

Aufklärung über das Krankheitsmodell

Ernährungsberatung,

Tee

Körperliche Bewegung und Stressabbau

Ggf. Psychotherapie, ggf. Antidepressiva

Medikamente: PPI, Buthylscopolamin, Prokinetika: MCP, Domperidon

Dyspepsie-Tee: Kümmelfrüchte 30g, Fenchelfrüchte 30g, Wermutkraut 10g, Schafgarbenkraut 30g, 1 Teelöffel mit 125ml siedendem Wasser übergießen und 15 Minuten ziehen lassen. Malvenblüten und Blätter Tee, Eibuschwurzeltee

Phytotherapie: Amara(va. Völlegefühl, Dyspepsie):Iberogast, Amara Pascoe®3x20° ½ Std.v.d.Essen (Gelber Enzian, Chinarinde, Pomeranzenschale, Zimtrinde), Wermutkraut (Sidroga®Tee), Enzianwurzel (Enzian® Magentonikum Wala). Angelikawurzel (Carvomin®Verdauungstropfen) Cholagoga: Artischocke (Hepar-POS/-STAD® 400mg 3x1), Gelbwurz (Curcu Truw® 2x1), Erdrauch, Löwenzahn, Fenchel, Kümmel, Bitterorange (Carminativum Hetterich®3x30-40°), Ingwer (Zintona®Kps)

Sodbrennen, saures Aufstoßen: Kamille (Kamillin Konzentrat Robugen®, Kamillopur von Steierl®, Markalakt Vital Pulver von Pascoe®, Kamillan von Werningerode®)

Studienlagen gut:

STW 5 (Iberogast): Bittere Schleifenblume, Angelikawurzel, Kamillenblüte, Kümmel, Mariendistelfrüchte, Melissenblätter, Pfefferminzblätter, Schöllkraut, Süßholzwurzel. Überlegen im Placebovergleich nach 2,4 und 8 Wochen Therapie

Menthacrin: Pfefferminzöl und Kümmelöl, Placebo überlegen bezüglich: abdominelle Schmerzen, epigastrischer Druck und Völlegefühl

Antiinflammatorische Präparate: Bittere Schleifenblume, Mariendistel, Pfefferminze, Kümmel, Süßholzwurzel, Ingwer

Spasmolytisch: Pfefferminze, Melisse, Kümmel, Angelika, Kamille

Motilitätsanregend: Bittere Schleifenblume, Kamille, Schöllkraut

Entblähend: Kümmel, Melisse, Minze

Antioxidativ: Angelika, Kamille, Mariendistel, Melisse, Ingwer

Entschäumer: Simethicon

Quelle: Leitlinie Dyspepsie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (GDVS)

Reizblase

Diffuse Schmerz-/ Drangsymptomatik im Urogenitalbereich

Leitsymptom: plötzlicher, imperativer Harndrang der nur mit Mühe unterdrückt werden kann, ggf mit Pollakisurie oder Nykturie. Mit oder ohne Inkontinenz („OAB dry“, „OAB wet“).

Gezielte Anamnese: (Medikamentenanamnese, bisherige Therapien, Infekt- und Sexualanamnese)

Spekulum- und Tastuntersuchung: Lageveränderungen des Genitales in Ruhe und beim Pressen (Zysto-, Urethro-, Entero- und Rektocelen), sowie Atrophie- und Infektzeichen (pH-Metrie der Vagina)

Urindiagnostik

bildgebende Diagnostik (inkl. Restharnbestimmung, Sonographie, Radiologie), Urethro-Zystoskopie

Therapie Reizblase:

Orthosiphonblätter (gehäuftes Wasser lassen bei geringer Harnmenge, unspezifische Blasenbeschwerden) zB. Carito mono® 2-2-2.

Goldrutenkraut (unspezifische Blasenbeschwerden, rez.HWI) zB. Canephron novo® 2-2-2Tbl (mit Birkenblätter und Orthosiphonblätter), Cystino1® Lösung 3x10ml (+Bärentraubenblätter)

Kürbissamen (gehäuftes Wasser lassen, schmerzhafter Harndrang mit Polakisurie) zB. Nomon mono® 1-1-1 Kps.

Traubensilberkerzenwurzel (bei klimakterischen Blasenbeschwerden) zB. Klimadynon uno® 1-0-0 Tbl.

Baldrian+Hopfen+Melisse (bei nervösen Blasenbeschwerden) zB. Pascosedon® oder Sedacur forte® 2-2-2 bis 1-1-1 Kps

Johanniskraut (neurogene Komponente) zB. Esbericum® 1-0-1 oder Laif® 900 1x

Tee: Rp.: Hb. Virgaureae (Goldrutenkraut), Hb. Alchemillae (Frauenmantelkraut), Fol. Lamii albi (Weisse Taubnessel), Frct. Cynosbati sine sem. (Hagebutte), aa ad 100.0 , M. f. spec.: DS:3-4 Tassen tgl. als Infus (1 gehäufter Teelöffel Drogenmischung für 200 ml Wasser; 10 Min. ziehen lassen)

Spasmolytische Heilpflanzen: Glockenbilsenkraut, Pestwurz, Liebstöckel (zB. Canephron® Lösung 3x5ml).

Teemischung: Callunae herb. (Heidekraut) 20,0, Phaseoli pericarp. (Bohenschalen) 10,0, Levistici rad. (Liebstöckelwurzel) 10,0, Petroselini fruct. (Petersilie) 20,0, Equiseti herb. (Schachtelhalmkraut) 20,0, Solidag. gig. herb. (Goldrutenkraut) 10,0, Lupuli strob.(Hopfenzapfen) 10,0.: D.S. 2-3 Teelöffel mit siedendem Wasser übergießen, bedeckt 10 min ziehen lassen

Antiphlogistisch+analgetische Heilpflanzen: Brennesselwurzel (zB. Bazoton Uno® 1x1Kps), Gräserpollen (zB. Cernilton® Kps.), Kürbis (zB. Granufink® Blase 3-5x1Kps.), Sägepalme zB. Remiprostan® 1x1Kps.)

Teemischung: Althaeae flos (Eibischblüten) 10,0, Uvae ursi fol. (Bärentraubenblätter) 20,0, Veronicae herb. (Ehrenpreis) 20,0, Salviae fol. (Salbeiblätter) 20,0, Equiseti herb. (Schachtelhalmkraut) 30,0.: D.S.2-3 Teelöffel mit siedendem Wasser übergießen, bedeckt 10 min ziehen lassen.

Fibromyalgie ICD 10 M79.7

Erstevaluation:

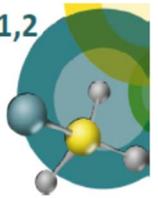
Ausfüllen einer Schmerzskizze + regionalen Schmerzskala durch den Patienten.

Kriterien der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung:

- a. Schwere quälende Schmerzen > 6 Monate
- b. Für deren Erklärung adäquat durchgeführte somatische Untersuchungen keinen ausreichenden Anhalt ergeben
- c. Auftreten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, die wegen ihrer Schwere als entscheidende ursächliche Einflüsse gelten
- d. Ausschluss von –Psychogenem Schmerz im Verlauf einer depressiven Störung oder einer Schizophrenie –Schmerzen auf Grund bekannter oder psychophysiologischer Mechanismen wie Muskelspannungsschmerzen oder Migräne

Die Kriterien a und b treffen auf FMS-Patienten zu. Kriterium c trifft auf viele (jedoch nicht auf alle) FMS-Patienten zu.

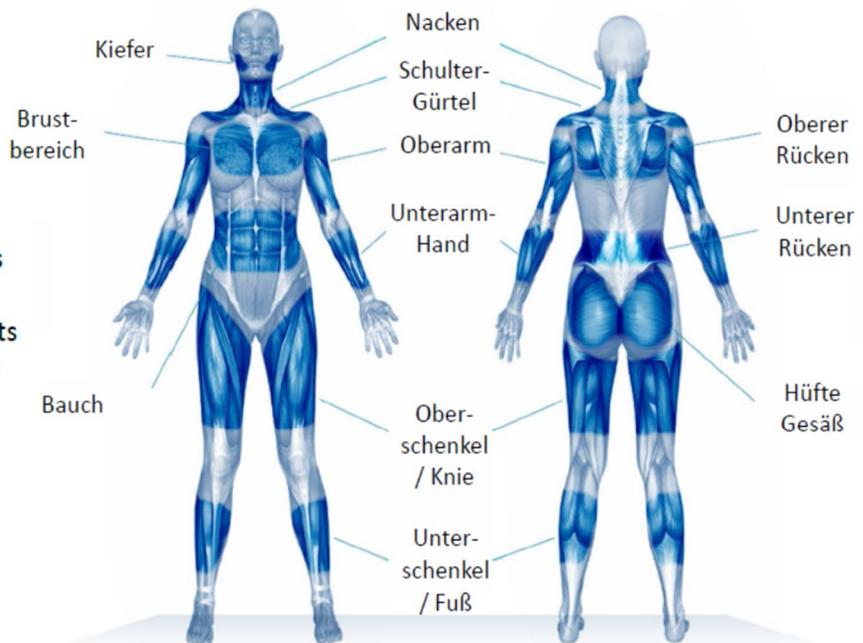
Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)^{1,2}



Teil 1: Schmerzorte

Kreuzen Sie an, wo Sie in der letzten Woche Schmerzen hatten, und tragen Sie die Anzahl in das Kästchen „Summenwert Teil 1“ ein.

- Schultergürtel links
- Schultergürtel rechts
- Oberarm links
- Oberarm rechts
- Unterarm rechts
- Unterarm links
- Hüfte-Gesäß rechts
- Hüfte-Gesäß links
- Oberschenkel/Knie rechts
- Oberschenkel/Knie links
- Unterschenkel / Fuß rechts
- Unterschenkel / Fuß links
- Kiefer rechts
- Kiefer links
- Brustkorb
- Bauchbereich
- Nacken
- Oberer Rücken
- Unterer Rücken

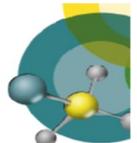


Summenwert Teil 1

1) WPI= widespread pain index

2) R.Sittl, P.Mattenklodt übersetzt nach: Wolfe F, et al. Arthritis Care Res 62(5):600-610, 2010 und www.fmnetnews.com

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)



Symptom-Score Teil 2a:

Häufigkeit von Erschöpfung, Schlaf und Gedächtnisproblemen

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie in der letzten Woche an folgenden Symptomen litten.

	nie	selten	häufig	fast immer
Erschöpfungszustand, verminderte Leistungsfähigkeit	0	1	2	3
Nichterholsamer Schlaf	0	1	2	3
Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme	0	1	2	3

Summenwert 2a

Symptom-Score Teil 2b: Begleitsymptome – zusätzlich zu den Hauptschmerzen

Kreuzen Sie bitte die Symptome an, die Sie in der letzten Woche hatten.

Symptom	Symptomanzahl	Score
<input type="checkbox"/> Muskelschmerz	0	0
<input type="checkbox"/> Darmbeschwerden		
<input type="checkbox"/> Erschöpfung / Müdigkeit		
<input type="checkbox"/> Denk- und Gedächtnisprobleme		
<input type="checkbox"/> Muskelschwäche		
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz		
<input type="checkbox"/> Bauchschmerz / -krämpfe		
<input type="checkbox"/> Taubheit / Kribbeln		
<input type="checkbox"/> Schwindel		
<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit		
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	1-10	1
<input type="checkbox"/> Verstopfung		
<input type="checkbox"/> Schmerz im Oberbauch		
<input type="checkbox"/> Übelkeit		
<input type="checkbox"/> Nervosität		
<input type="checkbox"/> Brustschmerz		
<input type="checkbox"/> Sehstörungen		
<input type="checkbox"/> Fieber		
<input type="checkbox"/> Durchfall		
<input type="checkbox"/> Trockener Mund		
<input type="checkbox"/> Juckreiz	11-24	2
<input type="checkbox"/> Stöhnen		
<input type="checkbox"/> Kalte Hände / Füße		
<input type="checkbox"/> Hautausschlag		
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche		
<input type="checkbox"/> Erbrechen		
<input type="checkbox"/> Sodbrennen		
<input type="checkbox"/> Offene Stellen im Mund		
<input type="checkbox"/> Geschmacksveränderung		
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle		
<input type="checkbox"/> Trockene Augen	>24	3
<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit		
<input type="checkbox"/> Appetitverlust		
<input type="checkbox"/> Hautrötungen		
<input type="checkbox"/> Sonnenallergie		
<input type="checkbox"/> Hörprobleme		
<input type="checkbox"/> Blaue Flecken		
<input type="checkbox"/> Haarausfall		
<input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen		
<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen		
<input type="checkbox"/> Blasenkrämpfe		

Summenwert 2b

Summenwert 2a + 2b

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index) - Auswertung

Sittl & Mattenklodt; übersetzt nach Wolfe F, et al. Arthritis Care Res 62(5):600-610, 2010.

Weitere infos: www.fmnetnews.com

Kriterien für chronischen Schmerz (z.B. Fibromyalgiesyndrom) sind erfüllt, wenn der Patient...

- ≥ 7 Punkte im Teil 1 (Schmerzorte)
und ≥ 5 Punkte in Teil 2 (Summen-Wert 2a+2b) erreicht
- oder:
- 3 - 6 Punkte im Teil 1 (Schmerzareale)
und ≥ 9 Punkte in Teil 2 (Symptom-Score 2a+2b) erreicht
- die Symptome so oder ähnlich seit mindestens drei Monaten bestehen
- keine andere Krankheit oder Störung vorliegt, welche die Schmerzen erklärt

¹ WPI= wide spread pain index

Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Schlafstörungen)

Vollständige medizinische Anamnese inkl. Medikamentenanamnese

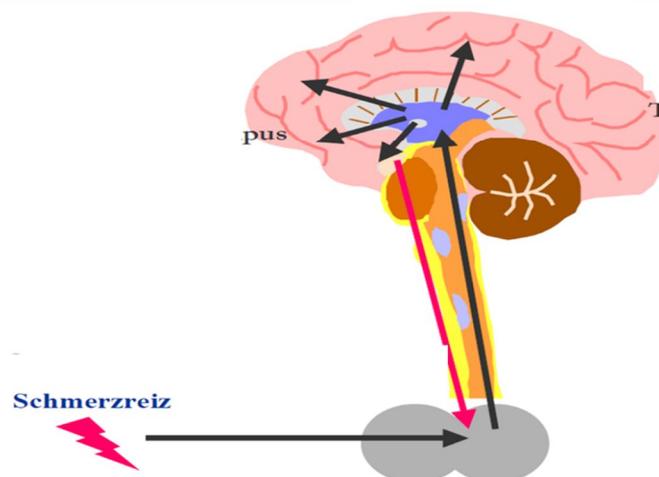
Vollständige körperliche Untersuchung (inkl. Haut, neurologischer und orthopädischer Befund) , Triggerpunkte

Basislabor: BSG, CRP, kl.BB (z. B. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis) , CK (z. B. Muskelerkrankungen) , Kalzium (z. B. Hyperkalziämie), TSH basal (z. B. Hypothyreose)

Schmerzverarbeitung

kognitive und affektive
Komponenten
(„wie es schmerzt“)

sensorisch-diskriminative
Komponente
(„wo es schmerzt“)



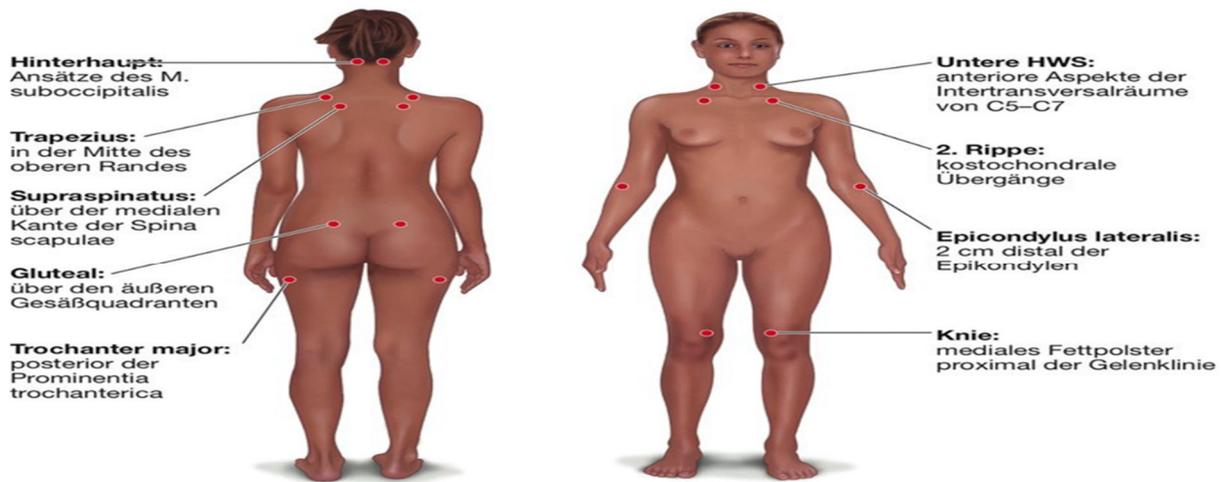
Bei chronischem Schmerz ist das Erreichen der Schmerzfreiheit ein unrealistisches Behandlungsziel, darüber sollte man die Patienten aufklären.

Kleine bescheidenere Therapieziele sollten aber angesteuert werden durch Zielfragen:

- 1) Von welchen Dingen hält sie der Schmerz ab?
- 2) Was würden Sie gerne tun können?

Und Aktivität einfordern: Sport, Gewichtsreduktion, Rauchstopp, Entspannungsübungen

Zur Definition nach ACR-Kriterien werden 2x9 typische tender points mit steigenden Druck bis ca. 4kg/cm² palpirt. Mindestens 11 stützten die Diagnose.



Aus: Harrisons Innere Medizin, 18. Auflage (Copyright: ABW Wissenschaftsverlag GmbH)

Kriterium	Leichter Verlauf	Schwerer Verlauf
Körperliche Beschwerden	Überwiegend muskuloskelettale Beschwerden	Zahlreiche Beschwerden (muskuloskelettale als auch andere Organsysteme)
Dauer körperliche Beschwerden	Rezidivierend, beschwerdefreie oder – arme Intervalle	Anhaltend, keine oder seltene beschwerdefreie oder - arme Intervalle
Seelische Beschwerden	Gering	Ausgeprägt
Subjektive Krankheitsannahmen	Angemessen (z. B. Abhängigkeit von Stress oder Temperatur)	Unangemessen (z. B. anhaltende Ängste vor schwerwiegender Krankheit trotz erfolgter Ausschlussdiagnostik)
Subjektive Beeinträchtigung (Beruf, Familie, Freizeit)	Fehlend oder gering	Hoch
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	Gering	Hoch (Doctor hopping)
Psychosoziale Belastung	Wenige bzw. leichtgradige Stressoren (Familie, Beruf)	Zahlreiche und/oder schwerwiegende Stressoren (Familie, Beruf)
Behandler-Patient-Beziehung	Kooperativ	„Schwierig“, frustrierend

Allgemeine Behandlungsgrundsätze

Krankheitsinformation mit Basisinformation funktioneller Krankheit

Beschwerden ernst nehmen, die Glaubwürdigkeit deutlich machen, die Ungefährlichkeit thematisieren

Erklärung mit Hilfe eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, das an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten anknüpft, in womit die Beschwerden in anschaulicher Weise erklärt werden können.

Selbstmanagementstrategien vermitteln mit körperlicher und sozialer Aktivität

Leichte Formen: angemessene körperliche und psychosoziale Aktivierung

Schwere Formen: körperbezogene Therapien, eine zeitliche befristete medikamentöse Therapie sowie multimodale Therapien. Zb. Aerobes Ausdauertraining; meditative Bewegungstherapien (Tai-Ci, Qi-Gong, Yoga)

Chronischer Verlauf: Verfahren einsetzen, welche Pat. eigenständig (Selbstmanagement) durchführen können: z. B. an das individuelle Leistungsvermögen angepasstes Ausdauer- und/oder Krafttraining, Stretching, Wärme-TH.

Ausdauertraining von geringer bis mittlerer Intensität dauerhaft 2-3 mal/ Woche über mindestens 30 Minuten durchgeführt EL1a

Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik) soll 2mal/Woche (mindestens 30 Minuten) EL2a

Entspannungsverfahren in Kombination EL1a

Kognitive Verhaltenstherapie in Kombination EL1a

Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga) EL1a

Medikation: Amitriptylin (10-50mg/d) zeitlich befristet EL2a. Duloxetin 60mg/d Pat. mit komorbiden depressiven Störungen und/oder general. Angststörung EL1a.

Not to do: NSAR sollten nicht eingesetzt werden EL3a, Starke Opioide sollen nicht eingesetzt werden. EL 4b, Massage soll nicht eingesetzt werden. EL2a

Ausdauertraining: Evidenzbasierte Empfehlung: Ausdauertraining mit geringer bis mittlerer Intensität (z. B. schnelles Spazierengehen, Walking, Fahrradfahren bzw. -Ergometertraining, Tanzen, Aquajogging) soll dauerhaft 2-3mal/ Woche über mindestens 30 Minuten durchgeführt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens.

Krafttraining: Evidenzbasierte Empfehlung: Krafttraining (geringe bis mäßige Intensität) soll eingesetzt werden. Evidenz liegt vor für eine Trainingshäufigkeit von 2x60/Minuten/Woche EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens.

Funktionstraining: Evidenzbasierte Empfehlung: Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik) soll 2mal/Woche (mindestens 30 Minuten) eingesetzt werden. EL2a, starke Empfehlung, starker Konsens

Thermalbäder: Evidenzbasierte Empfehlung: Thermalbäder sollten eingesetzt werden. Evidenz liegt vor für eine Häufigkeit von 5mal Woche über 2-3 Wochen. EL1a, Empfehlung, starker Konsens.

Muskeldehnung (Stretching): Evidenzbasierte Empfehlung: Dehnungs- und Flexibilitätstraining kann erwogen werden. Evidenz liegt vor für eine Trainingshäufigkeit von 2-3x60min/Woche. EL2a, Empfehlung offen, starker Konsens

Massage: Evidenzbasierte Empfehlung: Massage soll nicht verwendet werden. EL2a, EG starke negative Empfehlung. Starker Konsens

Chirotherapie: Evidenzbasierte Empfehlung: Chirotherapie sollte nicht eingesetzt werden. EL3a, negative Empfehlung, starker Konsens.

Hyperbare Sauerstofftherapie: Evidenzbasierte Feststellung: Hyperbare Sauerstofftherapie sollte nicht angewendet werden. EL 3a, negative Empfehlung, Starker Konsens

Kältetherapie: Evidenzbasierte Empfehlung: Kältekammertherapie sollte nicht eingesetzt werden. EL3b, negative Empfehlung, starker Konsens

Magnetfeldtherapie : Evidenzbasierte Empfehlung: Magnetfeldtherapie sollte nicht eingesetzt werden. EL2a, negative Empfehlung, starker Konsens

TENS: Evidenzbasierte Empfehlung: TENS sollte nicht eingesetzt werden. EL3a, negative Empfehlung, Konsens.

Physiotherapie (Krankengymnastik) (Kombination aktiver und passiver Maßnahmen Evidenzbasierte Feststellung: Auf Grund der eingeschränkten Datenlage ist keine Aussage möglich. Starker Konsens

Multimodale Therapie: Evidenzbasierte Empfehlung: Multimodale Therapie soll eingesetzt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens. Eine multimodale Schmerztherapie nach dem deutschen

Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS Ziffer 8-918.x erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) und ist durch die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren unter ärztlicher Behandlungsleitung definiert: Psychotherapie, spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien. Sie umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung.

Medikamentöse Behandlung: Wichtig: Die Verordnung aller Medikamente zur Therapie des FMS erfolgt off-Label. In Deutschland ist Amitriptylin für chronische Schmerzen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes, Duloxetin für depressive Störungen sowie Pregabalin für die generalisierte Angststörung zugelassen.

Pregabalin : Evidenzbasierte Empfehlung: Eine zeitlich befristete Therapie mit Pregabalin 150-450 mg/d kann bei Patienten erwogen werden, wenn eine leitliniengerechte Therapie mit Amitriptylin kontraindiziert ist bzw. nicht wirksam war bzw. nicht vertragen wurde ("off-label-use"). EL1a, Offene Empfehlung, Konsens.

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI ; Evidenzbasierte Empfehlung: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (Fluoxetin 20-40mg/d, Paroxetin 20-40 mg/d) * können bei komorbiden depressiven und Angststörungen zeitlich befristet eingesetzt werden. EL 2a, offene Empfehlung, Konsens

NICHT EINSETZEN: Cannabinoide: Evidenzbasierte Empfehlung: Cannabinoide sollten nicht eingesetzt werden. EL3a, negative Empfehlung, starker Konsens.

Serotoninrezeptor (5HT3) - Antagonisten Evidenzbasierte Empfehlung: Serotoninrezeptor (5HT3) - Antagonisten sollen nicht eingesetzt werden. EL3a, stark negative Empfehlung, starker Konsens.

Starke Opioide: Evidenzbasierte Empfehlung: **Starke Opioid**e sollen nicht eingesetzt werden. EL 4b, stark negative Empfehlung, starker Konsens. **Neuroleptika**: Evidenzbasierte Empfehlung:

Neuroleptika sollen nicht eingesetzt werden. EL3a, stark negative Empfehlung, starker Konsens.

Lokalanästhetika: Evidenzbasierte Empfehlung: Intravenöse Lokalanästhetika sollen nicht eingesetzt werden EL3a, stark negative Empfehlung, starker Konsens **Hypnotika**: Evidenzbasierte Empfehlung: Hypnotika sollen nicht eingesetzt werden. EL3a, stark negative Empfehlung, starker Konsens.

Anxiolytika: Evidenzbasierte Empfehlung: Anxiolytika sollen nicht eingesetzt werden. EL2a, stark negative Empfehlung, starker Konsens **Dopaminagonisten**: Evidenzbasierte Empfehlung:

Dopaminagonisten sollen nicht eingesetzt werden. EL2a, stark negative Empfehlung, starker Konsens.

Hormone (Calcitonin, Testosterone, Östrogene, Glukosteroide, Schilddrüsenhormone, Wachstumshormon) Evidenzbasierte Empfehlung: Hormone Calcitonin, Testosterone, Östrogene, Glukosteroide, Schilddrüsenhormone, Wachstumshormon) sollen nicht gegeben werden. EL3a, stark negative Empfehlung, starker Konsens. **Flupirtin** : Evidenzbasierte Feststellung: Eine Behandlung mit Flupirtin sollte nicht durchgeführt werden. EL4, negative Empfehlung, Konsens. **Muskelrelaxantien**:

Evidenzbasierte Empfehlung: Muskelrelaxantien sollten nicht eingesetzt werden EL2a, negative Empfehlung, starker Konsens. **Nichtsteroidale Antirheumatika**: Evidenzbasierte Empfehlung:

Nichtsteroidale Antirheumatika sollten nicht eingesetzt werden EL3a, negative Empfehlung, starker Konsens.

Keine positive oder negative Empfehlung möglich: **Gabapentin**: Evidenzbasierte Feststellung: Auf Grund der begrenzten Studienlage ist weder eine positive noch eine negative Empfehlung möglich. . Starker Konsens. **Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NRI)**: Evidenzbasierte Feststellung: Auf

Grund der begrenzten Studienlage ist für Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NRI) weder eine positive noch eine negative Empfehlung möglich. Starker Konsens. **Schwache Opioid**e:

Evidenzbasierte Feststellung: Zu schwachen Opioiden ist aufgrund der eingeschränkten Studienlage (Tramadol) bzw. fehlend

en Studienlage (andere schwache Opiode) weder eine positive noch negative Empfehlung möglich.
Konsens Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Metamizol

Evidenzbasierte Feststellung: Aufgrund der fehlenden Datenlage sind keine positiven oder negative Empfehlungen für Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Metamizol möglich. Starker Konsens.

Meditative Bewegungstherapien: (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga) Evidenzbasierte Empfehlung: Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga) sollen eingesetzt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens.

Akupunktur: Evidenzbasierte Empfehlung: Der zeitlich befristete Einsatz von Akupunktur kann erwogen werden. EL2a, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens. Studie von 2016 an 164 Patienten (Verum Nadelung nach den TCM-Regeln versus Placebo aufsetzten der Nadelhülle ohne Stechen an definierten Punkten. In der Intention to treat Analyse war ein hochsignifikanter Rückgang der Schmerzen um 41%, nach 12 Monaten noch bei 20% aber dtl. Stärkerer Effekt als Pregabalin und Duloxetin, Verbesserung um 25% im Hamilton Score (Lebensqualität). *Quelle: Vas J et al. Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomized controlled trial. Acupunct Med.2016; 34: 257-66.*

Homöopathie: Evidenzbasierte Empfehlung: Homöopathie sollte nicht eingesetzt werden. EL1a, negative Empfehlung, Konsens Minderheitenvotum (AG Komplementäre und alternative Verfahren: Langhorst J, Bernardy K, Lucius H, Settan M, Winkelmann A, Musial F): Der Einsatz von Homöopathie kann erwogen werden. EL1a, offene Empfehlung.

Nahrungsergänzungsprodukte: Evidenzbasierte Empfehlung: Nahrungsergänzungsprodukte (Algen- und Apfelsäure/Magnesiumpräparate, Anthocyane, Carnitin, SAM, Sojaöl, Vitamin-Spurenelementpräparate) sollten nicht eingesetzt werden. EL3, negative Empfehlung, starker Konsens.

Keine positive oder negative Empfehlung möglich

Ernährung (Vegetarische Ernährung, Eliminationsdiät, Heilfasten) Evidenzbasierte Feststellung: Auf Grund der eingeschränkten Datenlage ist keine positive oder negative Empfehlung

Globus pharyngis

Sowohl Symptom als auch (Ausschluss-) Diagnose

Pathogenese: Angst und Stress führen zu einer funktionellen Dysfunktion der Schlundmuskulatur

Symptome: Zentral sitzende Empfindung oberhalb des Brustbeins, meist persistierend und progredient und Anlass zu großer Sorge

Meist keine Odynophagie, wenn doch eher beim trockenen Schlucken (Speichel) nicht beim Schlucken von Nahrung oder Flüssigkeit

Untersuchung Hausarzt: Inspektion und Palpation des Halses, Schilddrüse, Rachen, Tonsillen, Leukoplakien?, Otoskopie, LK?

Untersuchung Facharzt: Rhinoskopie, Laryngoskopie, Gastroskopie (?)

Voroperationen und Bestrahlungen?

Ausstrahlende Schmerzen: Otagie: bei Erkrankungen der Mundhöhle (N.trigeminus), bei Erkrankungen des Oropharynx und der Tonsillen (N.glossopharyngeus) und des Laryngopharynx (N.vagus)

Heiserkeit: Maligne EK der Stimmbänder ausschließen, va. Raucher, Trinker

Vermehrte Schleimbildung: Postnasal dip?

Regurgitation?: Zenkerdivertikel (Aussackung der Schluckmuskulatur der Pharynxhinterwand oberhalb des Ringknorpels), Achalasie ?

Dyspepsie, Sodbrennen, Aufstoßen, Magenschmerzen? → GASTRO!

Stress, Angst, Psychische Komorbiditäten?

Homöopathische Komplextherapie (Placeboeffekt?): Ambra Synergon Nr. 10, Dystophan, Platinum Synergon Nr. 14, Sabadilla F Kplx. 124 Nestmann, Strontium K Kplx. 71 Nestmann

Funktionelle Erkrankungen des Ösophagus

- 1) **Symptome:** Sodbrennen, Dysphagie, retrosternale Schmerzen, Globusgefühl
- 2) **Ausschluss anatomischer und struktureller Erklärungen für Ösophagus Beschwerden**
- 3) **Erfolgreiche Therapie mit Antidepressiva bei Thoraxschmerzen:** Imipramin 25-50mg, Sertralin 50-200mg. Keine Besserung: Paroxetin, Trazodon, Venlafaxin.
- 4) **Erfolgreiche Therapie mit Antidepressiva bei Refluxbeschwerden:** Citalopram 20mg, Fluoxetin 20mg. Kein Effekt: Nortryptilin.

AWMF S3-Leitlinie

Definition

Link: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>

syndromübergreifend, interdisziplinär:

29 medizinische und psycholog. Fachgesellschaften

1 Patientenvertretung

- **nicht-spezifisch:** Hausarztmedizin
- **funktionell:** Somatische Medizin
- **somatoform:** Psychosoziale Medizin



R. Schäfert

Hausteiner-Wiehle, Henningsen, Häuser, Herrmann,
Ronel, Sattel, **Schäfert** (Hrsg.). Stuttgart, *Schattauer* 2013

Und drann denken Schritt für Schritt:

4-Schritte-Modell für den Praxisalltag



1. **Erstkontakt:** Aufbau einer empathischen Beziehung, Paralleldiagnostik
2. **Zweitkontakt:** Sowohl-als-auch-Modell → Schweregrad-adaptierte Behandlungsplanung
3. **Drittkontakt:** Zwischenbilanz nach 2-6 Wochen, ggf. Therapieoptimierung
4. **Verlaufsbeurteilung:** Bilanz nach weiteren 2-6 Wochen, spätestens weiteren 3 Monaten;
Indikation für multimodale (teil-)stationäre Therapie?

Patienteninformationsmaterialien:

Selbsthilfe

 **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

- Lang- und Kurzfassung
- leicht verständliche Hintergrund-Infos
- Selbsthilfe-Tipps
- Fallbeispiele
- Checkliste für Arztbesuche
- Adressen- und Linksammlung



„Mein Arzt findet nichts“

So genannte nicht-spezifische, funktionelle
und somatoforme Körperbeschwerden

Eine Leitlinie für Betroffene und ihre Angehörigen
– Kurzfassung –

27

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit:

Dr.med.Reto Schwenke

Durlacher Allee 13, 75045 Walzbachtal

Tel.:07203/381 praxis, 07203/5784 privat, FAX:07203/8488, Handy 0175/5229450

Emai privat: reto.schwenke@t-online.de

Email praxis: info@praxis-schwenke.de

Home:www:praxis-schwenke.de