

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Unspezifische

funktionell-somatoforme

"Herz"-Beschwerden // Non-specific

Functional and Somatoform Bodily Complaints

Kunschitz E, Friedrich O, Sipötz J

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(3-4), 74-78

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Kardiologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Unspezifische funktionell-somatoforme „Herz“-Beschwerden

E. Kunschitz, O. Friedrich, J. Sipötz

Kurzfassung: In der Gesamtbevölkerung findet man häufig Patientinnen und Patienten mit „Herzbeschwerden“, ohne dass sich ein organisches Korrelat finden lässt. Die Prävalenz unspezifischer funktionell-somatoformer Störungen beträgt 4–10 % und steigt in fachspezifischen Ordinationen bzw. Institutionen auf bis zu 40 % an. Die Beschwerden können mannigfaltig und die Schweregrade unterschiedlich ausgeprägt sein. Iatrogene Fixierungen, z. B. auf somatische Ursachen durch die oft unausgesprochene Vermutung des Arztes bei gleichzeitiger Überdiagnostik, führen zu anhaltender Verunsicherung und Chronifizierung sowie Anstieg der Gesundheitskosten. Zentrales Element ist die gelingende Arzt-Patienten-Beziehung, welche sich aber häufig als besondere Herausforderung darstellt. Die meisten Betroffenen akzeptieren die nicht hinreichende somatische Erklärbarkeit ihrer Beschwerden, solange sie sich der psychischen Unterstützung und medizinischen Sorgfalt ihres Behandlers sicher sein können. Je nach Schweregrad gilt es, ein adäquates Therapieangebot zu entwickeln. Für eine milde, unkomplizierte Verlaufsform werden eine biopsychosoziale Paralleldiagnostik sowie Bewegung und soziale Un-

terstützung empfohlen. Schwerere Verläufe benötigen ein abgestimmtes therapeutisches Vorgehen, regelmäßige kurze Wiederbestellungen, um spontanes Erscheinen bei Symptomverschlechterung zu vermeiden, ein gestaffeltes Bewegungsprogramm und Psychotherapie. Der Erfolg der Behandlung benötigt jedoch motivierte Patienten, eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung, sowie die Zusammenarbeit aller Behandler bei transparenter und partizipativer Behandlungsplanung.

Schlüsselwörter: unspezifische funktionell-somatoforme Beschwerden, S3-Leitlinie, Arzt-Patienten-Beziehung

Abstract: Non-specific, Functional and Somatoform Bodily Complaints. Between 4 and 10% of the general population and up to 40% of patients in specialised institutions have cardiac symptoms without somatic findings. These medically unexplained symptoms are called “non-specific, functional and somatoform bodily complaints.” The appropriate treatment depends on the severity of the condition. For mild, uncompli-

cated courses, simultaneously biopsychosocial diagnostic and physical/social activation are recommended. More severe courses need collaborative and coordinated management, including regular appointments instead of ad hoc appointments, graded activation and psychotherapy. Iatrogen fixation to somatic reasons, often unconsciously by physicians, and overdiagnosis could lead to chronic course, impairment of quality of life, and give rise to high costs. Challenging but crucially important is the patient-physician-relationship. Physicians should establish a therapeutic alliance with the patient, adopt a patient-oriented attitude, and avoid stigmatizing comments. Most of the patients accept the medically inexplicable symptoms of their bodies when they get appropriate emotional and medical support. Effective treatment requires the patients' active cooperation and the collaboration of all treating professionals under a transparent medical and shared-decision management. **J Kardiologie 2016; 23 (3–4): 74–8.**

Key words: non-specific, functional and somatoform bodily complaints, S3-guideline, physician-patient relationship

■ Einleitung

Patientinnen und Patienten mit unauffälligen kardialen Befunden bei gleichzeitig hohem Leidensdruck durch „Herz“-Beschwerden sind oft eine Herausforderung in den kardiologischen Facharztordinationen, Spezial- und Akutambulanzen. Aber auch Patienten mit anhaltenden Beschwerden nach erfolgreichen kardialen Interventionen ohne messbare Verschlechterung der körperlichen Situation sind häufig zu beobachten.

Die Art dieser Symptome wird meist funktionellen Herzbeschwerden, d. h. persistierenden Körperbeschwerden, die durch Organbefunde nicht ausreichend erklärt sind, zugeschrieben. Die Prävalenz funktioneller Beschwerden [1, 2] liegt in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 4–10 % und in Hausarztpraxen bei etwa 20 % [3, 4]. In selektierten Kollektiven wie in Facharztordinationen, kardialen Spezialambulanzen, Notfallambulanzen oder bei invasiver Diagnostik ist von einem Anteil bis zu 40 % auszugehen [2, 5] und zwar insbesondere bei Patienten mit kardialen Ausschlussdiagnosen und unabhängig von extrakardialen somatischen Diagnosen wie z. B. Refluxerkrankung oder vertebrogenen Beschwerden [6].

Diese Patientengruppe zeigt eine hohe dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems [7]. Bei Vorhandensein zusätzlicher psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angst- und posttraumatischen Belastungsstörungen [8, 9], aber auch bei Patienten mit Suchterkrankungen, wie Medikamenten- bzw. Alkoholmissbrauch [10], steigt sie deutlich an. Bei sehr hartnäckigen Formen finden sich auch Persönlichkeitsstörungen [11].

Funktionell-somatoforme Herzbeschwerden treten bei Frauen und bei Männern auf, Frauen berichten aber häufiger darüber als Männer (Geschlechterverhältnis ca. 1,5–3:1). Als Ursachen dafür werden v. a. geschlechtsspezifische Unterschiede in der Assoziation mit psychischen Störungen und Traumata, in der Wahrnehmung, Verarbeitung, Interpretation und Kommunikation von körperlichen Symptomen, in der Entwicklung von Krankheits- und Gesundheitskonzepten, auch in unterschiedlichem Ansprechen auf verschiedene Therapieformen, teilweise aber auch eine unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen innerhalb des Gesundheitssystems angenommen [2, 12].

Wir finden diese Beschwerden bei jungen und bei älteren Patienten. Bei letzteren ist die Diagnose aufgrund der meist vorhandenen Multimorbidität und Multimedikation komplexer und unsicherer [13]. Sie treten bei Patienten jeder sozialen Schicht und jedes Bildungsgrades auf. Vor allem in Form von Schmerzen kommen sie aber bei niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger vor und nehmen einen ungünstigeren

Eingelangt am 14. April 2015; angenommen nach Revision am 18. Jänner 2016
Aus dem Hanusch-Krankenhaus Wien

Korrespondenzadresse: ÖÄ Dr. Evelyn Kunschitz, 2. Med. Abteilung, Hanusch-Krankenhaus, A-1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30; E-Mail: evelyn.kunschitz@wgkk.at

Verlauf. Ethnische Minderheiten und Flüchtlinge berichten, wahrscheinlich teilweise aufgrund kultureller Unterschiede, vor allem aber aufgrund verstärkter psychosozialer Belastungen (Migration einschließlich Kommunikationsproblemen), häufiger über nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden [2].

■ Nosologie und Klassifikation

Unspezifische, funktionelle, somatoforme Beschwerden, wie sie in den letzten S3-Leitlinien Deutschlands zusammengefasst wurden [2], findet man als funktionelles somatisches Herzsyndrom in der Kardiologie und als somatoforme Störung in den psychosozialen Fachdisziplinen. Patienten mit „Herzbeschwerden“ wie Herzklopfen, Druck- und Engegefühle im Thoraxraum usw. beschäftigen alle Versorgungsebenen des medizinischen Systems. Das Charakteristikum funktionell-somatoformer Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Wenn bereits somatische Erkrankungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innere Beteiligung der Patienten (F45, ICD-10).

Nach ICD-10 lassen sich verschiedene Formen und Schweregrade unterscheiden. So finden wir Somatisierungsstörungen (F45,0), welche eine Dauer von mindestens 2 Jahren haben müssen und meist eine ebenso lange Patientenkarriere mit zahlreichen Untersuchungen in allgemeinen und spezialisierten Einrichtungen. Bei der hypochondrischen Störung (F54,2) ist das vorherrschende Zeichen die beharrliche Vorstellung, an einer schweren oder fortschreitenden körperlichen Erkrankung zu leiden, was zu einer anhaltenden Beschäftigung und Fehlinterpretation körperlicher Phänomene führt. Somatoforme autonome Funktionsstörungen (F54,3) werden von Patienten so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder Organs, das weitgehend vegetativ innerviert und kontrolliert wird. Bekannte dazugehörige Begriffe sind die „Herzneurose“, das „Da-Costa-Syndrom“ oder „neurozirkulatorische Asthenie“ [14].

■ Klinische Symptomatik und Relevanz

Die klinische Symptomatik ist oft bunt und uneinheitlich. Bei funktionell-somatoformen Herz-Kreislauf-Beschwerden findet man meist 2 oder mehr der folgenden vegetativen Symptome: Palpitationen, Schweißausbrüche (heiß oder kalt), Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Erröten, Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Epigastrium, Blutdruckschwankungen, sowie zusätzlich eines oder mehrere der folgenden Symptome: Brustschmerzen oder Druckgefühl im linken Thoraxraum, Dyspnoe, Hyperventilation, rasche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung, brennendes Gefühl im Brustraum etc. Nach körperlicher Durchuntersuchung findet sich kein Nachweis einer Struktur- oder Funktionsstörung des Herz-Kreislauf-Systems. Gelegentlich wechseln die Patienten auch das Organsystem.

Leichtere und kürzer anhaltende Verläufe zeigen nach Abklingen der Symptome eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit

und Lebensqualität bei etwa 50–75 % der Betroffenen, schwere Verläufe mit ausgeprägten und hartnäckigen Symptomen eine Verschlechterung von 10–30 % [15], welche mit häufigen weiteren Arztbesuchen, Untersuchungen, Krankenständen, Berufsunfähigkeit und Frühberentungen einhergehen können.

■ Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung

Meist erfolgt der erste Kontakt notfallmäßig. Vorherrschend ist eine hochgradige Angst, welche während der Untersuchung rasch abklingt. Bei der Ärztin oder beim Arzt kann das Gefühl entstehen, dass zu den geschilderten Beschwerden die gezeigte Angst nicht adäquat wirkt und die Patienten „anklammernd“ und fordernd wirken. Dieser Eindruck kann sich angesichts unauffälliger somatischer Befunde verstärken. Die Versicherung des Behandlers, dass keine schwerwiegende Herzerkrankung, insbesondere kein Herzinfarkt, vorliege, bewirkt eine deutliche Entlastung der Patienten. Dies ruft bei den Ärzten ein Gefühl der Souveränität und Zufriedenheit hervor [15]. Diese Gefühle ändern sich rasch, wenn die Patienten nach wenigen Tagen mit denselben Beschwerden und Sorgen wieder vorstellig werden. Es entsteht bei den Behandlern dann häufig das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, genervt bzw. sogar verärgert zu sein. Wenn bei weiteren Kontakten eingeforderte Untersuchungen nicht angeordnet oder durchgeführt werden, reagiert der Patient oft enttäuscht und verärgert. Meist wird dann auch der Kontakt abgebrochen und ein weiterer Arzt aufgesucht. Hier wiederholt sich das Muster „Angst“ – „Somatisierung“ aufs Neue. Die Unfähigkeit, eigene Affekte zu kommunizieren, Bindungswünsche nur teilweise und vorübergehend durch die „schützende“ A-/P-Beziehung zu befriedigen, kann gemeinsam mit den Behandlern zu Re-Inszenierungen traumatischer Szenen mit wechselseitiger Enttäuschung und Beziehungsabbrüchen führen. Es liegt aufseiten des Arztes, diese zu unterbrechen, erfordert jedoch Übung und Geduld.

■ Diagnostik

Eine Grundlage bzw. Voraussetzung für die Diagnostik ist das Wissen um die Arzt-Patienten-Beziehung, welche meist von beiden Seiten als schwierig erlebt wird [16, 17]. Bei diesen Patienten ist neben der angepassten kardialen Ausschlussdiagnostik, die *per se* keine Psychogenese der Beschwerden belegt, eine aktiv-stützende, biopsychosoziale Herangehensweise erforderlich [18]. Das Unterlassen einer Somatischen und psychosozialen Paralleldiagnostik prolongiert Erkrankungsverläufe und fixiert Symptome bei Patienten. Wiederholte somatische Abklärungen ohne neue Aspekte sind in der Regel kontraindiziert. Bei chronischen Verläufen und Vorliegen oft zahlreicher Vorbefunde sind diese kritisch zu bilanzieren.

Die biopsychosoziale Anamnese (Tab. 1) soll über die Leitsymptome hinaus erweitert werden, z. B. durch systematisches Abfragen der Organsysteme, da Symptomshifts auf den Schweregrad der Erkrankung hinweisen. Hilfreich und leitend ist das Erfragen der subjektiven Krankheitstheorie, aber auch des bisherigen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens. All dies ermöglicht nach adäquater Information und Therapieplanung, eine gemeinsame, partizipative Entscheidung zu treffen [19, 20].

Tabelle 1: Somatische und psychische Simultandiagnostik. Mod. nach [19].

Basisanamnese:

- Offene Fragen stellen
- Art, Lokalisation, Anzahl, Dauer und Intensität der Beschwerden
- Verlaufsmuster
- Trigger
- Bewältigungsstrategien
- Subjektive Beeinflussbarkeit
- Beschwerden über das Leitsymptom hinaus
- (beiläufige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen!
- Aktuelle Funktionsfähigkeit im Alltag
- Psychisches Befinden
- Subjektive Ursachenannahme
- Dysfunktionale Annahmen und Verhaltensweisen

Somatische Diagnostik:

- Regelmäßige körperliche Untersuchung
- Systematische Stufendiagnostik: geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft, verantwortlich begrenzen, Endpunkt festlegen
- Entkatastrophierend ankündigen (erwartbare Normalbefunde)
- Befunde besprechen
- Kritisch geprüfte Ergänzungsdiagnostik bei neu aufgetretenen Beschwerden/Warnsymptomen
- Patienten vor unnötiger, gegebenenfalls schädigender Diagnostik schützen

Bei Hinweisen auf psychosoziale Belastung erweiterte Anamnese des Beschwerdekontextes:

Familie, soziales Netz, Arbeit, biographische Belastungen, Ressourcen und Lebensleistungen, Umstände des ersten Auftretens

Tabelle 2: NURS-Modell. Mod. nach [32].

Naming	Emotionen benennen
Understanding	Wenn möglich, Verständnis für die Emotionen ausdrücken
Respecting	Respekt oder Anerkennung für den Patienten artikulieren
Supporting	Dem Patienten Unterstützung anbieten
Exploring	Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

So führt ein einseitiges biomedizinisches oder psychologisierendes Vorgehen im Sinne eines „Entweder-Oder-“ statt eines „Sowohl-als auch-Modells“, organmedizinische Überdiagnostik, das Überschätzen unspezifischer somatischer Befunde, mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Faktoren sowie das Übersehen sozialmedizinischer Aspekte wie aber auch entlastende Aspekte der Krankenrolle (z. B. sekundärer Krankheitsgewinn) zu einer möglichen iatrogenen Chronifizierung. Ungünstige Gesprächsführung wie verängstigende Befundmitteilung, fehlende oder stigmatisierende Diagnosemitteilung (z. B. „Sie haben nichts“, „alles nur psychisch bedingt“ etc.), mangelnde Information und Aufklärung über das Krankheitsbild, aber auch ungenügende Miteinbeziehung der Ursachen und Therapievorstellungen der Patienten erweisen sich als bremsendes und hinderliches Behandlerverhalten [2, 21–23].

Prognostisch günstige Faktoren sind aktive Bewältigungsstrategien, eine gesunde Lebensführung (z. B. ausgewogene Ernährung, Bewegung, Entspannung, positive Lebenseinstellung), sichere Bindungen, soziale Unterstützungen, gute Arbeitsbedingungen, eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung [24].

Schwerere Verläufe sind gekennzeichnet durch polysymptomatische Beschwerden, seltene beschwerdefreie Intervalle, starke gesundheitsbezogene Ängste, katastrophierendes Denken, hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Schon- und Vermeidungsverhalten, körperliche Dekonditionierung, länger anhaltende Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, psychische Komorbiditäten und eine als „schwierig“ erlebte Arzt-Patienten-Beziehung [25].

Bei schwersten Verläufen sind folgende Warnzeichen zu beachten: selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, körperliche Folgeschäden durch exzessive Schonhaltungen, wiederholte invasive medizinische Eingriffe, schwere psychische Komorbiditäten, häufige Behandlerwechsel und Therapieabbrüche.

Wichtig sind neben der organmedizinischen Diagnostik die positive Diagnosestellung der funktionell-somatoformen Störung, die Einschätzung des Schweregrades und die partizipative Therapieplanung („shared decision-making“).

■ Umgang und Behandlung

Patienten mit leichten Verläufen können und sollten von den primären Behandlern betreut werden. Oft löst sich die Problematik bereits in der diagnostischen Phase, wenn die Patienten den Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und psychosozialen Belastungen gut verstehen und damit eine weitgehende Entängstigung erfahren. Psychophysiologische Zusammenhänge können gut anhand von Metaphern (z. B. „Mein Herz hüpfte vor Freude“), psychoedukativen Modellen wie Teufelskreis oder Stressphysiologie vermittelt [26] und an das subjektive Krankheitsmodell geknüpft werden. Wesentlich ist die Beruhigung, dass ein gefährlicher Verlauf unwahrscheinlich ist, ohne dabei zu verharmlosen oder zu stigmatisieren. Hilfreich ist die positive Beschreibung der Beschwerden wie „unspezifisch“, „funktionell“, „körperliche Stresssymptome“ [27], Aktivierung zu körperlicher und sozialer Aktivität, Erklärung der Vor- und Nachteile körperlicher Dekonditionalisierung (z. B. Sinustachykardie bei Konditionsmangel durch Schonverhalten) und regelmäßige, kontrollierte kurze Wiedervorstellungen, welche Ernsthaftigkeit und Sicherheit vermitteln. Damit können spontane Besserungen unterstützt und die Behandlungssadhärenz gefördert werden.

Bestimmte Gesprächstechniken wie „WWSZ“ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) [28] und „NURS“ (Tab. 2) sind hilfreich und gut zu erlernen.

Bei Wunsch der Patienten nach Aufarbeitung psychosozialer Belastungen ist eine Psychotherapie zu empfehlen.

Bei schwereren Verläufen mit psychischer Komorbidität wie Depression, Angststörung, Posttraumatische Anpassungsstörung oder Persönlichkeitsstörungen ist eine psychiatrische und/oder fachpsychotherapeutische Behandlung indiziert.

Da aber aufgrund der körperlichen Symptomatik die Behandlung oft nicht abgebrochen wird und die fachärztliche Ordination bzw. Ambulanz mehrmals aufgesucht wird, ist es wichtig, einen klaren Behandlungsplan mit einer starken Strukturierung von Behandlungsrahmen (Zeit, Häufigkeit) und Inhal-

ten zu verfolgen. Wesentlich sind regelmäßige, zeitlich klar begrenzte und nicht beschwerdegesteuerte Termine zu vereinbaren. Konkrete und realistische Therapieziele mit Einbeziehung der langsam aufzubauenden Eigenverantwortung und Mitarbeit des Patienten sind hilfreich. Motivation zu stufenweise aufbauender körperlicher Belastung, Kraft- und Ausdauertraining wie Entspannungserfahrungen oder non-verbale Therapien (z. B. Kunsttherapie) können als Zusatzmaßnahmen empfohlen werden [24].

Wenige kleinere Studien haben nachgewiesen, dass psychoedukative bzw. -therapeutische Interventionen bei Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden wirksam sind [27, 30, 31]. Eine Evidenz aus größeren kontrollierten Studien fehlt jedoch bislang [32]. Ziel ist es aber, den Patienten zu einem Psychogeneseverständnis zu begleiten und dadurch eine Psychotherapie zu ermöglichen.

Wichtig ist auch die Kooperation aller Behandler, um bei dem mit dem Patienten vereinbarten Diagnose- und Therapieweg zu bleiben, erneuten Verunsicherungen entgegenzuwirken und unnötig wiederholte Untersuchungen zu vermeiden.

Die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung, z. B. durch Anklammerungstendenzen der Patienten, Übertragungs-Gegenübertragungsreaktionen, Konsequenzen einer nicht reflektierten Aggression des Arztes etc. und der oftmals herausfordernden Gesprächsführung sind gut erlern- und erweiterbar, z. B. in Balintgruppen, PSY-Diplomkursen und insbesondere im Curriculum für Psychokardiologie. Letzteres ist auf das Erlernen und Üben fachspezifischer kardiologischer Psychosomatikkompetenz ausgerichtet (Tab. 3).

Zusammenfassung

Funktionell-somatoforme Herzbeschwerden, wie sie zuletzt als unspezifische funktionell-somatoforme Beschwerden in den AWMF-Leitlinien (S3) beschrieben wurden [2], kommen bei beiden Geschlechtern, in allen Altersgruppen mit und ohne begleitende organische Herzerkrankung in fachspezifischen Ordinationen bzw. Ambulanzen bei bis zu 40 % der Patienten vor. Sie erfordern neben der organischen eine psychosoziale Paralleldiagnostik und eine positive Diagnosestellung. Die Behandlung erfordert gute Kenntnis dieses Krankheitsbildes, eine besondere Berücksichtigung der Arzt-Patienten-Beziehung und der Gesprächsführung. Eine partizipative Therapieplanung vermeidet redundante Diagnostik, welche zu einer iatrogenen Chronifizierung führen kann. Die Diagnostik sowie die besonderen Kenntnisse in der Behandlung dieses Krankheitsbildes sind gut erlernbar.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–79.
- Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, et al. AWMF-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051–001 2012; <http://www.awmf.org/leitlinien/>

Tabelle 3: Kommunikative Balance und Ziele der Gesprächsführung. © E. Kunschitz

- Vertrauensverhältnis bzw. Arbeitsbündnis schaffen („Sich verstanden fühlen“)
 - Dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen, sondern seine subjektive Krankheitstheorie erfragen – aber seine Erklärungsansätze nicht voreilig und unkritisch übernehmen.
 - Zuversicht vermitteln – hohe Ansprüche und Erwartungen relativieren.
 - Transparenz vermitteln – das Gespräch nicht bei medizinischen Themen bewenden lassen.
- Anerkennen der Realität der Beschwerden bei gleichzeitigem Thematisieren möglicher Auslösebedingungen und Einflussfaktoren aus dem Umfeld („Das Thema erweitern“).
 - Psychosoziale Aspekte, die mit den Beschwerden in Verbindung stehen könnten, erfragen – aber die körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren.
- Gemeinsames Erarbeiten psychophysiologischer Bedingungsmodelle und möglicher Handlungskonsequenzen („Die Verbindung herstellen“).
 - Engagement und Verbindlichkeit zeigen – dem Impuls zu raschem Handeln nicht ohne weiteres nachgeben.

detail/II/051-001.html (Zuletzt gesehen 21.1.2016).

- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res 2004; 56: 391–408.
- Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care. Adv Psychiatr Treat 2008; 14: 432–40.
- Creed F, Barsky A, Leiknes KA. Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (eds). Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Disress. Developing Better Clinical Services. Cambridge, Cambridge University Press, 2011; 1–42.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Brustschmerz – DEGAM-Leitlinie Nr. 15. omikron publishing, Düsseldorf, 2011; 1–136.
- Nanke A, Rief W. Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. Psychotherapeut 2003; 48: 329–35.
- Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. Psychosom Med 2007; 69: 860–3.
- Spitzer C, Barnow S, Wingenfeld K, Rose M, Lowe B, Grabe HJ. Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43: 80–6.
- Hasin D, Katz H. Somatoform and substance usedisorders. Psychosom Med 2007; 69: 870–5.
- Noyes R Jr, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. Psychosomatics 2001; 42: 320–9.
- Kapfhammer HP. Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie 2005; 1: 63–74.
- Schneider G, Heuft G. Organisch nicht erklärbare somatoforme Beschwerden und Störungen im Alter: ein systematischer Literaturüberblick. Z Psychosom Med Psychother 2011; 57: 115–40.
- Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, et al. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. J Psychosom Res 2009; 66: 363–77.
- Albus Ch. Funktionelle Herzbeschwerden. In: Hermann-Lingen Ch, Albus Ch, Tischer G. Psychokardiologie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2014; 133–47.
- Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. Ann Intern Med 2001; 134: 897–904.
- Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. Arch Intern Med 1999; 159: 1069–75.
- Epstein RM, Hadeed T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. „Could this be something serious?“ Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. J Gen Intern Med 2007; 22: 1731–9.
- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Deutsches Ärzteblatt 2012; 47: 803–13.
- Toft T, Rosendal M, Ornbol E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). Psychother Psychosom 2010; 79: 227–37.
- Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Soc Sci Med 2005; 61: 1505–15.
- Salmon P, Wissow L, Carroll J, et al. Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: criticism or confrontation? Gen Hosp Psychiatry 2007; 29: 454–60.
- Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. Patient Educ Couns 2007; 67: 246–54.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007; 369: 946–55.
- Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med 2007; 22: 685–91.
- van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unex-

- plained Physical Symptoms (MUPS) and Somatic Form Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *J Psychosom Res* 2012; 72: 168–9.
27. Mayou RA, Bryant BM, Sanders D, Bass C, Klimes I, Forfar C. A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychosom Med* 1997; 27: 1021–31.
28. Langewitz W. Patientenzentrierte Kommunikation. In: Uexküll T. *Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl., Verlag Urban & Fischer, Elsevier, München, 2012; 338–47.
29. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167: 453–60.
30. Mayou R, Sprigings D, Birkhead J. A randomized controlled trial of a brief educational and psychological intervention for patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. *Psychol Med* 2004; 32: 699–706.
31. Potts SG, Lewin R, Fox KA. Group psychological treatment for chest pain with normal coronary arteries. *QJM* 1999; 92: 81–6.
32. Ladwig KH, F. Lederbogen, C. Albus, et al. et al. Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie Update 2013. *Kardiologie* 2013; 7: 7–27.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung