

ZUM THEMA: ZUR DIAGNOSE PSYCHOSOMATISCHER BESCHWERDEN

Constanze Hausteiner-Wiehle – P. Henningsen:

KEIN BEFUND UND TROTZDEM KRANK?

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

Schattauer-Verlag, Stuttgart 2015. 202 S., 14 Abb., 43 Tab., € 24,99

ISBN 978-3-7945-3082-3

Die Krankheitsform, unter denen wohl die meisten zu leiden haben, dürfte auch die sein, die am schwersten zu diagnostizieren ist: Gemeint sind die „medically unexplained (physical) symptoms“, auch als „Bodily distress disorder“, bzw. „Somatic symptom disorder“ bezeichnet, bekannt auch als „somatoforme Störungen“ oder nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden oder – jetzt wird es durch die Laien-Sprache etwas konkreter – psychosomatische Beschwerden, wenn nicht gar veraltet oder abwertend wie vegetative Dystonie, Rentenneurose, Hysterie, „Morbus Mittelmeer“, doctor-hopping/shopping u. a. Oder kurz: Die Fachsprache zeichnet sich nicht durch überstrapazierte klare Begrifflichkeit aus (unter der Experten-Hand als „babylonische Sprachverwirrung“ bezeichnet) und die Allgemeinheit neigt zur Stigmatisierung, wenn nicht gar Diskriminierung. Kein Wunder, dass sich auch inhaltlich nicht die notwendige Klarheit und damit konkrete Hilfestellung abzeichnen. Und dass hierdurch der Betroffene nicht nur leidet, sondern auch noch das Risiko eingeht, „schräg angesehen“ zu werden, um es einmal schonend auszudrücken.

Dabei ist das Phänomen der „organisch nicht hinreichend erklärten (weil ggf. auch nicht geklärten?) Körperbeschwerden“ sowohl wissenschaftlich als auch wirtschaftlich (Kosten!) ein Thema erster Dringlichkeit. Denn es handelt sich um eine große Betroffenen-Gruppe: Ca. 5 bis 10 % der Allgemeinbevölkerung, 20 bis 30 % der Patienten in einer Hausarztpraxis und bis zu 50 % in jenen Praxen und Ambulanzen, die sich auf Rheuma und Schmerzen spezialisiert haben. Das Leidensbild kann in

jedem Lebensalter auftreten, d. h. von der Kindheit über die Jugend bis zu den mittleren Lebensjahren, Ältere nicht ausgeschlossen (wenn auch nicht nochmals vermehrt oder verstärkt, hier dominieren dann die „medizinisch objektivierbaren“ Klagen bzw. Erkrankungen). Und noch etwas anderes gilt es einzurechnen: Etwa 25 % dieser Patienten haben einen so starken Leidensdruck, dass sie nicht mehr zur Arbeit gehen können oder Familie, Haushalt und Hobbys vernachlässigen (müssen). Das ist übrigens jener Faktor, der dann auch offizielle Stellen aufhorchen, nachdenken und ggf. eingreifen lässt.

Im Übrigen sind es nicht nur die so genannten Betroffenen, die man aus der Warte der Gesundgebliebenen mehr oder weniger distanziert bis abschätzig beurteilen kann, es handelt sich um ein Phänomen, dass 80 bis 90 % der Allgemeinheit schon irgendeinmal irritiert, wenn nicht an seine Grenzen gebracht hat. Beispiele: Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel oder Übelkeit, um nur die häufigsten zu nennen. Die meisten gehen zwar nicht zum Arzt, doch auch die, die sich einer durchaus engagierten, sorgfältigen und differential-diagnostisch bemühten Abklärung erfreuen können, sind nicht alle kausal zufriedenzustellen: Bei mindestens jedem 5. Patient mit körperlichen Beschwerden finden sich keine somatischen Erkrankungen, die diese Beeinträchtigungen hinreichend erklären könnten, gleichgültig ob vom Hausarzt, vom Facharzt oder in Spezial-Sprechstunden untersucht.

Das hat verschiedene Gründe: Schon die Art und Lokalisation dieser so genannten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (EFS), wie man sich heute versucht terminologisch zu einigen, können sehr unterschiedlich sein. Prinzipiell findet sich keine einzige Beschwerde, die allein aus ihrer Beschreibung heraus gleich auf den richtigen diagnostischen und damit therapeutischen Weg führt. Dennoch gibt es Beeinträchtigungen, die besonders häufig eine Diskrepanz zwischen „Befund“ und „Befinden“ aufweisen. Das sind übrigens dieselben, die auch in der „gesunden“ Allgemeinbevölkerung am häufigsten auftreten. Nämlich Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (vor allem Kopf, Rücken, Brust, Bauch und Glieder) sowie Störungen der Organfunktionen (besonders Verdauungsprobleme, Schwindel, Herzstolpern und Schlafstörungen) sowie Müdigkeit und Erschöpfung.

Sogar die Anzahl der Beschwerden kann unterschiedlich sein, von einer einzigen bis zu 10 oder gar 15 und mehr. Hier mag dem Laien der Begriff „Hypochondrie“

oder „Hysterie“ aufstoßen, doch durchschnittlich 6 Beschwerden aus verschiedenen Organsystemen (von der Atmung bis zur Blase) sind sogar definitorisch häufig. Das Gleiche gilt für die Ausprägung der Beschwerden, von leicht bis schwer, von gelegentlich bis episodisch oder anhaltend, von „gestörter Befindlichkeit“ bis zu schwerer Erkrankung.

Das heißt, hier trifft sich eine nicht nur große, sondern überaus heterogen zusammengesetzte Gruppe von Betroffenen. Die wird zwar von einer Vielzahl von Experten aufgefangen, doch müssen auch die noch so geschulten Fachärzte bisweilen die Waffen strecken. Das breite Spektrum von „echt“ oder „eingebildet“, von „körperlich“ oder „psychisch“, also lauter Entweder-oder-Dilemmata lastet als schwere Bürde über allem, trotz gutem Willen, Experten-Erfahrung und ausgereifter Technik.

Was tut not? Ein Faktor, der immer wieder (verbal) bemüht wird, aber schwer (konsequent) umsetzbar erscheint. Gemeint ist Prävention und hier vor allem gezielte Aufklärung. Aufklärung macht es klarer, ist aber auch mühsam. Und zwar von beiden Seiten gesehen. Die Ärzteschaft, vom Hausarzt bis zum hochspezialisierten Facharzt in ausgewiesenen Zentren der Diagnose und Therapie ist überlastet, man muss nur einmal die Wartezimmer aufsuchen. Für den persönlichen Kontakt bleibt da wenig, man kann ihn sogar in Minuten berechnen und das schrumpft noch weiter. Aufklärung, Anleitung, vor allem aber Kontrolle kosten Zeit (und nebenbei viel, viel Kraft). Und das gilt natürlich auch für die Betroffenen und ihr (oft „genervtes“) Umfeld.

Denn auf der anderen Seite sieht es nicht viel besser aus: Wer gesund ist, mag sich nicht mit Krankheiten belasten, selbst wenn es nahe Angehörige, Freunde oder Arbeitskollegen trifft und zum Nachdenken anregt. Wer krank wird, hat – so sonderbar sich das anhören mag –, andere Sorgen, als sich mit „theoretischem Zeug zu belasten, was ohnehin keine Besserung bringt“ (Zitat). Kurz: Das was gerade auf diesem wachsenden und schwer durchschaubaren Gebiet besonders wichtig wäre, wird besonders selten umgesetzt – beidseits. Und man kann noch nicht einmal beiden Seiten einen Vorwurf machen, wenn man sich in das beidseits vielschichtige Problem näher eingearbeitet hat, spricht sowohl Arzt als auch Patient.

Und doch wird man nicht darum herumkommen. Schon jetzt hat der Fortschritt auf allen Ebenen eine Verbesserung der Lebensqualität und eine bedeutsame Verlänge-

rung der Lebenserwartung gebracht. Und beides soll ja noch steigerbar sein, was sowohl die Wunschliste als auch die potentielle Realisierung anbelangt, wie man hört. Doch das hat den erwähnten Preis, der entweder zu begleichen ist oder man wird mit Enttäuschungen und Belastungen leben müssen, die sich konkret abzeichnen. Dabei – das wäre wenigstens tröstlich –, geht es gar nicht um schwerwiegende, kaum durchschaubare oder derzeit nicht bewältigbare Krankheiten, es geht um den Faktor „Kommunikation“, konkret ein kommunikatives Angebot von Ärzten an Patienten. Und natürlich die Bereitschaft und Fähigkeit der Betroffenen, diese Offerte zu nutzen, umzusetzen und zwar so konsequent und so lange, wie es die Störung erfordert; die berühmte Bring- und Hol-Schuld.

Diese so genannte Translation (Fachbegriff für die Übertragung von Grundlagenwissen auf die Patientenbehandlung) wird in dem Buch von Privatdozentin Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle von der BG-Unfallklinik Murnau und Prof. Dr. P. Henningsen von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München angeboten, konkret umgesetzt von der Experten-Warte der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Leitlinien zu praktisch unmittelbar nützlichem Handlungswissen.

Das beginnt mit Begriffserklärungen (die gerade in diesem Fall notwendig, weil auch umständlich sind – s. o.) und geht über Erscheinungsformen, sprich Art, Lokalisation, Anzahl und Ausprägung entsprechender Leiden (schon als tabellarische Übersicht seitenlange Informationen) bis zur Zuständigkeit, z. B. Allgemeinmedizin, Innere, Neurologie, Arbeits- und Umweltmedizin, Orthopädie und Schmerztherapie, Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO-Kunde, Urologie, Sexualmedizin, Dermatologie, Allergologie/Immunologie, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Klinische und Medizinische Psychologie u.a.m.

Dann das Kapitel über ursächliche, auslösende und aufrechterhaltende sowie protektive Faktoren, d. h. Aspekte, die bei Disposition, Auslösung, Aufrechterhaltung, aber auch Verhütung solcher Beeinträchtigungen eine Rolle spielen können: biologisch, psychosozial, soziodemographisch, soziokulturell, iatrogen usf. Schließlich der Zusammenhang zwischen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden mit psychischen Erkrankungen (Angststörungen, Depressionen, Sucht-

und Traumafolge-Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen u. a.) sowie körperlichen Leiden (vor allem im höheren Lebensalter).

Außerdem ausführliche Hinweise zu Haltung, Gesprächsführung und Partizipation (mit dem bekannten Satz: „Der alte Arzt spricht Latein. Der junge Arzt spricht Englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten“). Dazu konkrete Hinweise über Gesprächstechniken, Motivations-Strategien, Verstärkungs-Mechanismen, Empathie, Humor, den Umgang mit „schwierigen Patienten“ u.a.m.

Das Kapitel „Diagnostisches Vorgehen“ dreht sich vor allem um die bio-psycho-soziale und somatische Basis-Diagnostik, wiederum mit ausführlichen Hinweisen auf tabellarischer Ebene (mag auf den ersten Blick „erschlagen“, und zwar in allen Bereichen, man wird aber dann durch griffige und praxisrelevante Empfehlungen wieder rasch versöhnt). Wichtig die Mitteilung von geplanten Untersuchungen und die Interpretation der Befunde wie Schweregrad-Einstufung, die Klärung des Handlungsbedarfs, das „aufmerksame Abwarten“ oder „abwartende Offenhalten“, eigentlich korrekter „wachsames Offenlassen“ und schließlich Diagnosestellung und Diagnosemitteilung.

Das wäre die Hälfte des informativen Angebots. Die andere Hälfte sind die Therapie-Ansätze. Es beginnt mit der Frage: Wie wird die Behandlung „bio-psycho-sozial“ aussehen? Um mit Ovid zu sprechen: „...und sieh zu, dass Du nicht nur Körper bist“. Dabei geht es um die Erarbeitung von Therapie-Zielen, die gemeinsam zu klären und zu gewichten sind. Dem dienen Erklärungs-Modelle, unterstützt von der Psycho-education („Verständnisbrücken bauen“) über Patienten-Leitlinien bis zu hilfreichen Übungen, unterstützt durch Modelle, Abbildungen und Metaphern. Interessant die Angebote zum Thema: Der Patient als sein eigener Arzt, sprich Selbstwirksamkeit und Ressourcen-Orientierung. Hier die Strategien Aufmerksamkeitslenkung, Achtsamkeit, Akzeptanz, „gesündere“ Gedanken und Verhaltensweisen, körperliche und soziale Aktivierung u. a.

Dass Gefühle gerade in diesem Bereich eine große Rolle spielen ist jedem klar („ich fühle, als bin ich“ – A. Damasio). Gefühle sind überlebensnotwendig, erlauben eine schnelle Selbst- und Fremdeinschätzung, warnen vor Gefahren, befriedigen unsere Bedürfnisse, erleichtern die Kontaktaufnahme usf. Sie zeigen aber auch die negative

Komponente an: Wut, Enttäuschung, „zwischen zwei Stühlen zu sitzen“, Angst, Trauer, Ekel, Schuldvorwürfe, Scham usw. Das hat Einfluss auf den Organismus, jeder weiß es, kann es aber im eigenen Bedarfsfall nur schwer interpretieren. Also siehe oben: über Gefühle sprechen. Dabei muss man aber auch die Lebensumstände berücksichtigen, konkret die Einwirkung der Arbeit, der Angehörigen, des Geschlechts, ja der Kultur. Und dann ein folgenschweres Phänomen, häufig, aber oft nicht ernst genommen, ausgedrückt in einem Satz: „Bei mir hilft überhaupt nichts (mehr)“, also der hoffentlich nicht resignative Umgang mit besonders hartnäckigen Beschwerden.

Schließlich die Frage: Wie sinnvoll sind Medikamente oder gar invasive Maßnahmen? Im Weiteren das Angebot der komplementären Behandlungsmethoden (derzeit wieder an Interesse und Bedeutung gewinnend). Und ein Problem, das eigentlich keines sein sollte, nämlich die gestufte und kooperative Zusammenarbeit unter Kollegen. Und hier vor allem zur Frage: Psychotherapie und wenn ja, welche, wo, wie lange und vor allem: Wer steht zur Verfügung, und zwar möglichst bald?

Am Schluss übrigens ein kleines Kapitel mit gewissem Sprengsatz, nämlich Praxisorganisation und die eigene „Psychohygiene“. Zu Letzterem ein Stichwort, dass früher mehr Explosions-Kraft enthielt, unverändert aber im Auge behalten werden sollte: Burnout-Prophylaxe für Ärzte.

Das Buch ist eine Fleißarbeit von Experten, denen dafür zu danken ist. Eine ergiebige Literatur-Übersicht (auch mit deutschen Beiträgen!), eine Auswahl weiterführender Leitlinien (vor allem Internet-Angebote) und relevante Internet-Links sowie ein hilfreiches Sachverzeichnis runden das positive Bild ab. Letzteres sollte man nicht nur bei speziellen Fragen im Alltag nutzen, sondern auch um sich stichwortartig zu informieren, je nachdem welches Problem gerade belastet, wo man Klärungs-Bedarf hat oder steckengeblieben ist. Dann macht sich auch das Studium der zahlreichen Gesprächs- und Formulierungsbeispiele und die tabellarischen Übersichten bezahlt um zu erreichen, was im Untertitel dieses empfehlenswerten Buches angedeutet wird: mehr Behandlungszufriedenheit im Umgang mit unklaren Körperbeschwerden – bei Patient *und* Arzt (VF).