

# Funktionelle Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis

T. Zimmermann, H. Kaduszkiewicz

## Zusammenfassung

Unspezifische Körperbeschwerden aller Art sind häufiger Anlass für Patienten, die Praxis ihres Hausarztes aufzusuchen. Für einen wesentlichen Teil der präsentierten Symptome lässt sich auch nach eingehender Diagnostik keine organische Erklärung finden. Solcherart Beschwerden traten als Symptompool aus Schmerzen, Lähmungen, vegetativen Störungen, Krampfanfällen und Wahrnehmungsstörungen bereits in der Antike in Erscheinung. Funktionelle Körperbeschwerden stellen hohe Anforderungen an die Beziehung zwischen Arzt und Patient, denn das Unerklärte will dennoch erklärt und vor allem gebessert werden. Dabei können Arzt und Patient durchaus unterschiedliche Vorstellungen vom weiteren Vorgehen entwickeln. Ein gemeinsames Krankheitsverständnis zu gewinnen, ist die primäre Beziehungsaufgabe.

## Summary

### Functional physical complaints in general practice

Non-specific physical complaints of all kinds are one of the main reasons for patients entering the premises of their general practitioners. For a significant proportion of the presented symptoms, extensive investigations fail to establish a proper organic explanation. Complaints such as pain, paralysis, vegetative dysfunctions, seizures and perception disorders were already observed in ancient times. Functional somatic symptoms specifically challenge the relationship between the doctor and the patient, since both seek an explanation for and relief from the unexplained, and yet may have different ideas about how to proceed. The primary interaction goal is to gain a shared understanding of the symptoms.

## Key words

Physical complaints, somatization, symptoms, interaction, general practice

In epidemiologischen Studien berichten Befragte sehr häufig über Körperbeschwerden. Innerhalb einer Woche erleben zwischen 60 und 80 % aller Menschen einmal ein körperliches Symptom wie Kopf-, Bauch-, Gelenkschmerzen, Herzasen oder Schüttelfrost, das ihnen Beschwerden bereitet (5, 6). Allerdings zeigen Kroenke und Price (8), dass nur ein Viertel der Menschen wegen dieser Symptome auch einen Arzt aufsucht. Die meisten Betroffenen betrachten offenkundig solcherart Beschwer-

den als vorübergehend und entwickeln ein eigenes Management, die Symptome zu kontrollieren.

## Unspezifische Körperbeschwerden

Ungefähr 30 % (9) der Patienten einer Hausarztpraxis klagen über unspezifische körperliche Beschwerden, die trotz eingehender Diagnostik keinerlei organopathologisches Substrat zutage fördern. Die Patienten sind meist jünger als 45 und kommen aus allen Bevölkerungsschichten. Zwei Drittel der Betroffenen sind weiblich. Weiterhin zeigen Studien aus der Primärversorgung, dass eine somatische Beschwerdepräsentation fast genauso häufig bzw. sogar deutlich häufiger mit einer psychosozialen Ursachenvorstellung der Patienten einher geht als mit einer organischen Ursachenüberzeugung (1, 7, 15).

## Definitionen

Als **unspezifische Körperbeschwerden** werden Symptome bezeichnet, die keinen direkten Hinweis auf ihre Ätiologie erlauben, da sie bei vielen Erkrankungen, aber auch bei Gesunden vorkommen.

**Organisch unerklärte Körperbeschwerden** stellen eine Teilmenge der unspezifischen Körperbeschwerden dar, bei denen eine somatische Ursache nicht gefunden werden konnte, aber eine andere Ätiologie nicht geklärt ist.

Werden Symptome als **funktionelle Körperbeschwerden** bezeichnet, dann wird eine Ätiologie im psychischen Bereich angenommen.

## Dr. Thomas Zimmermann

Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Internet: [www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/](http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/)

E-Mail: Zimmermann: [z@maralitho.de](mailto:z@maralitho.de)

E-Mail: Kaduszkiewicz: [kaduszki@uke.uni-hamburg.de](mailto:kaduszki@uke.uni-hamburg.de)

Patienten können Psyche und Soma also durchaus miteinander in Verbindung bringen. Warum aber gilt die Therapie von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden unter den Ärzten allgemein als schwierig? Es liegt die Vermutung nahe, dass die selektive Erinnerung, der auch Ärzte nicht entrinnen können, eine wichtige Rolle spielt. Sie erinnern häufiger die schwierigen, zeitraubenden, somatisch fixierten Patienten. Alle anderen Patienten, die mit passageren funktionellen Beschwerden kamen und deren Beschwerden – warum auch immer – wieder verschwanden, werden vergessen oder als »geheilt« und daher unproblematisch verbucht.

### **Auf ein somatisches Erklärungsmodell fixierte Patienten**

Was geschieht mit diesen »schwierigen«, auf ein somatisches Erklärungsmodell fixierten Patienten? Auf der Suche nach einer somatischen Ursache werden Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden häufiger untersucht, stärker invasiv behandelt und unter größerem Kostenaufwand laboranalytisch vermessen als der durchschnittliche Patient einer Hausarztpraxis (10). Dabei ist bei diesen Patienten eine deutliche psychische Belastung nachzuweisen: Zimmermann et al. (17) fanden in einer Metaanalyse von insgesamt 86 Beobachtungsstudien, dass Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden in Bezug auf psychische Beschwerden aus dem ängstlich-depressiv getönten Störungsspektrum belasteter sind als Gesunde und organisch Kranke. Sie sind jedoch weniger belastet als Patienten mit psychiatrisch-psychoneurotischer Symptomatik. Katon und Walker (4) fassen die weiteren Erkenntnisse zu Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden in sechs Punkten zusammen (siehe Kasten).

### **Psychosoziale Zusammenhänge deutlich machen**

Insbesondere verdient Beachtung, dass organisch ungeklärte Körperbeschwerden die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung beeinflussen. Persistierende organisch ungeklärte Körperbeschwerden führen häufig zu Beziehungsstörungen zwischen Arzt und Patient: Denn wenn die Patienten die Symptome als somatisch verursacht ansehen, stehen die Ärzte vor der Herausforderung, den Patienten psychosoziale Zusammenhänge verstehbar zu machen. Dabei steckt der Behandler in einem aktuell kaum auflösbaren Systemzwang. Er weiß, dass psychosoziale Einflüsse die Beschwerden gestalten. Er ist sich dessen bewusst, dass er sich Zeit nehmen müsste, länger

### **Erkenntnisse zu Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden (4)**

- Die Mehrheit der körperlichen Beschwerden bei Erstversorgungspatienten ist nicht mit einer organischen Erkrankung assoziiert.
- Psychischer Distress oder psychiatrische Störungen erhöhen die Inanspruchnahme und die Beeinträchtigung, unabhängig davon, ob eine körperliche Erkrankung vorliegt oder nicht.
- Faktoren wie Familienumgebung, Krankheitserfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale prädisponieren zur Ausprägung organisch unerklärter Körperbeschwerden.
- Es existiert ein linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl der unerklärten Symptome und der Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Störungen oder psychischem Distress. Dieser Zusammenhang wird enger, je stärker sich der Patient in spezialisierte Bereiche des Versorgungssystems hineinbegibt.
- Organisch unerklärte Körperbeschwerden beanspruchen einen wesentlichen Anteil der Kosten im Gesundheitssystem.
- Organisch unerklärte Körperbeschwerden beeinflussen die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung.

mit dem Patienten zu reden. Weil das Abrechnungssystem jedoch körpermedizinische Diagnostik und Therapie favorisiert und dem Gespräch mit dem Patienten nur wenig Raum gewährt, bleiben wichtige Fragen zur besseren Erklärung der Symptome offen.

Dem Hausarzt bleibt nur die Wahl zwischen zwei unerfreulichen Optionen: Entweder er sucht das Gespräch und verdient damit wenig Geld. Oder der Arzt behelligt die Patienten unnötigerweise mit wiederholter Körperdiagnostik und verschreibt Medikamente, um die akuten Beschwerden zu lindern. Damit hat er sich zwar ökonomisch abgesichert, aber den Patienten keineswegs optimal versorgt – denn die Ursache der Beschwerden bleibt weiter verborgen.

Allerdings sind psychosoziale Probleme auch für Ärzte schwieriger zu handhaben als »handfeste« somatische Erkrankungen. Dafür muss zu einem großen Teil die somatisch orientierte Aus- und Weiterbildung verantwortlich gemacht werden – Gesprächstechniken gehören z. B. immer noch nicht zu den Grundlagen, die das Medizinstudium vermittelt.

### **Wege zum besseren Umgang mit funktionell beeinträchtigten Patienten**

Erster Schritt ist natürlich das Stellen der Verdachtsdiagnose. An funktionelle Körperbeschwerden sollte der Hausarzt denken, wenn ein Patient häufig kommt und

wechselnde Beschwerden präsentiert, ohne dass sich ein organisches Korrelat finden ließe. Doch Vorsicht, auch eine organische Erkrankung spricht nicht gegen ernsthafte psychosoziale Ko-Verursachung von Symptomen. Ein anderes, häufig von Ärzten übersehenes, gar unterdrücktes Mosaiksteinchen beim Stellen der Verdachtsdiagnose sind die Gegenübertragungsgefühle der Praxis-helferinnen, der Ärztinnen und Ärzte oder des Pflegepersonals: Desinteresse, Müdigkeit, Ärger, Aggressivität gegenüber den Patienten.

Die Beziehung zum Patienten mit funktioneller Symptomatik und der weitere Verlauf der Beschwerden hängen maßgeblich von der Bereitschaft des Hausarztes ab, auf die Klagen des Patienten interessiert, geduldig und akzeptierend zu reagieren. Es empfiehlt sich dabei

- die Krankheitsängste des Patienten angemessen zu berücksichtigen und
- von Anfang an die Möglichkeit einer psychosozial orientierten Erklärung der Beschwerden mit zu denken und mit dem Patienten zu thematisieren (13).

Um einen solchen Weg zu beschreiten, ist es sinnvoll, die Ursachenüberzeugung des Patienten bereits im Rahmen der ersten Anamnese zu erkunden. Die Frage danach, wie sich Patienten ihre Beschwerden erklären, fördert zwar häufig den Arzt irritierende Ansichten zu Tage, aber sie erweist sich auch als stete Quelle wichtiger Informationen.

### Diagnostik bündeln

Die somatische Abklärung sollte möglichst zielsicher durchgeführt werden. Dabei gilt es zu beachten, nicht zu Beginn einen Katalog aller somatischen Krankheitsmöglichkeiten zu offerieren, der sukzessive abgearbeitet wird. Vielmehr sollten die notwendigen diagnostischen Befunde gebündelt, nicht gestaffelt eingeholt und besprochen werden. Das übliche und sinnvolle Prinzip der Stufendiagnostik kann der letzten Forderung natürlich widersprechen. Ein Regiment aber, das den Patienten mit funktioneller Symptomatik jede Woche in das Wartezimmer eines anderen Gebietsarztes bringt, kann schnell zum Behandlungsfehler werden, weil dem Patienten dadurch suggeriert wird, dass auch der behandelnde Arzt von der organischen Erklärung der Beschwerden überzeugt sei.

### Diagnose eines funktionellen somatischen Syndroms

Im Weiteren können diagnostische Kategorien, so genannte funktionelle somatische Syndrome, wie z.B.

»Chronisches Erschöpfungssyndrom« oder »Colon irritabile« hilfreich sein, dem Patienten eine positive Diagnose an die Hand zu geben. Der Behandler, der sich die Beschwerden des Patienten noch nicht erklären kann, umgeht damit das Problem, den Patienten mit den Worten »Sie haben nichts!« vor den Kopf zu stoßen. Der Patient sieht sich ja stark beeinträchtigt und hat durchaus etwas vorzuweisen – nur ist es keine körperliche Erkrankung. Allerdings besteht die Gefahr, dass solcherart gestellte Diagnosen als rein künstliche Konstrukte den Blick auf Wirkmechanismen und Zusammenhänge eher verengen als erhellen. Patienten mit organisch unerklärten Körperbeschwerden berichten nämlich häufig Beschwerden, die im Rahmen eines funktionellen somatischen Syndroms nur ungenügend abbildbar sind. So treten Unterbauchbeschwerden (Leitsymptom für »Colon Irritabile«) und Müdigkeit (Leitsymptom für »Chronischen Erschöpfungszustand«) häufig gemeinsam auf. Auch Muskelschmerzen (Leitsymptom für »Fibromyalgie«) und Bauchbeschwerden kovariieren stark (2, 11, 16).

### Empfehlungen für den Umgang mit funktionellen Körperbeschwerden

- Leitprinzip ist der geduldige und akzeptierende Versuch, den Patienten und seine Symptome zu verstehen. Auch die Abwehr psychosozialer Ursachenvorstellungen von Seiten des Patienten ist Teil des Krankheitsgeschehens.
- Es ist förderlich, dem Patienten die grundsätzliche Beziehung zwischen körperlichen Beschwerden und psychischem Befinden näher zu bringen.
- Zum Aufbau einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung empfiehlt es sich, regelmäßige symptom- und beschwerden-unabhängige Wiedervorstellungen zu vereinbaren.
- Der Arzt sollte dem Patienten ein moderates Aktivitätsprogramm verordnen, das ihm dabei hilft, sich weniger auf die Körpersymptome zu konzentrieren.
- Der gut gemeinte Versuch, dem Patienten lediglich auf der Basis negativer Befunde zu versichern, dass er nicht gefährlich krank ist, verunsichert den anhaltend somatisierenden Patienten zusätzlich und bringt ihn zu der Überzeugung, mit ärztlicher Unfähigkeit zu tun zu haben.

### Weitere Empfehlungen

Ist die Diagnose von funktionellen Körperbeschwerden gestellt und der Patient nicht oder wenig bereit, psychosoziale Zuflüsse zur Erkrankung anzuerkennen, empfiehlt sich die Beachtung folgender Punkte:

1. Das Leitprinzip in der Behandlung funktioneller Störungen ist der geduldige und akzeptierende Versuch, den Patienten und seine Symptome zu verstehen. Da-

bei ist auch die Abwehr psychosozialer Ursachenvorstellungen auf Seiten des Patienten Teil des Krankheitsgeschehens und bedarf der Intervention durch geduldiges Zuhören und eine aufmerksame Beobachtung, wie der Patient was präsentiert und wie er auf die Einlassungen des Hausarztes antwortet.

2. Weiterhin ist es förderlich, dem Patienten die grundsätzliche Beziehung zwischen körperlichen Beschwerden und psychischem Befinden näher zu bringen: Körperliche Beschwerden, egal ob organisch erklärt oder nicht, beeinträchtigen immer die Lebensqualität und damit das psychische Befinden. Umgekehrt können Antriebsarmut, emotionale Leere, Gesundheitsängste etc. eine Vielzahl körperlicher Symptome produzieren. Was Ei ist und was Henne, lässt sich unter den gegebenen Umständen kaum entscheiden. Doch die Besserung einer Seite bessert immer auch das Befinden der anderen.
3. Um eine stabile Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen, empfiehlt es sich, regelmäßige, symptom- und beschwerden-unabhängige Wiedervorstellungen zu vereinbaren. Die Zeitabstände zwischen den Wiedervorstellungen müssen der Beeinträchtigung des Patienten angepasst werden. Durch diese Art der Strukturierung wird einerseits der Arzt entlastet und vor immer unpassenden Spontankonsultationen geschützt, andererseits kann er für die geplanten Konsultationen einen klaren zeitlichen Rahmen setzen. Auf diese Weise hat der Patient mehr vom Arzt.
4. »Wer Stress hat, sollte sich schonen«. Doch Stress entsteht auch durch Unterforderung. Deswegen muss der Behandler sehr genau abwägen, inwieweit eine Schonung die Beschwerden durch Effekte des sekundären Krankheitsgewinns stabilisiert oder gar verstärkt. Eher ist es angeraten, dem Patienten ein moderates Aktivitätsprogramm zu verordnen, das ihm dabei hilft, sich weniger auf die Körpersymptome zu konzentrieren und jede viszerale und autonome Regung der verschiedenen Organsysteme als Anzeichen für eine Verschlimmerung seines Leidens zu erachten.
5. Wenig Nutzen bringt der gut gemeinte Versuch, dem Patienten lediglich auf der Basis negativer Befunde zu versichern, dass es sich nicht um eine gefährliche Erkrankung handelt. Diese Versicherung verunsichert anhaltend somatisierende Patienten zusätzlich. Denn je mehr Laborwerte, Messungen und Bilder ergeben, dass es sich unter keinen Umständen um eine organisch begründbare Erkrankung handeln kann, desto mehr kann der Patient zur Überzeugung gelangen, ärztlicher Unfähigkeit anheim zu fallen.

Funktionelle somatische Symptome werden von Patienten meist als körpernah erlebt und von vielen als soma-

tisch verursacht attribuiert. Der Hausarzt steht bei diesen Patienten vor der Herausforderung, den Betroffenen darzulegen, es handele sich um eine körperliche Störung, für die es keine bzw. nur eine unzureichende organische Ursachenerklärung gibt. Weiterhin muss er versuchen, die echten Ursachen zu erkennen und ggf. ihre Veränderung einzuleiten.

Die hier erläuterten allgemeinen Regeln zum Umgang mit funktionell beeinträchtigten Patienten stellen einen Ausgangspunkt dar, um zwischen Arzt und Patient ein gemeinsames Krankheitsverständnis herzustellen. Ausführlichere Hinweise zu Symptommanagement, pharmakotherapeutischen und psychotherapeutischen Interventionen enthalten die Übersichtsarbeiten von Barsky und Borus (2), Wessely et al. (16), die Anthologie von Rudolf und Henningsen (14) sowie die Monografie von Morschitzky (12), die Leitlinien der britischen gastroenterologischen Gesellschaft (3) und die Leitlinien der AWMF, die online verfügbar sind (<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/>).

### Literatur

1. Bridges KW, Goldberg DP: Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29: 563–569
2. Barsky A, Borus JF: Functional Somatic Syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910–921
3. Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K, Hungin P, Kumar D, Libby G, Spiller R, Read N, Silk D, Whorwell P: British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000; 47(Suppl II): ii1–ii19
4. Katon WJ, Walker EA: Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (Suppl. 20): 15–21
5. Katon W, Sullivan M, Walker E: Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001; 134: 917–925
6. Kellner R: Hypochondriasis and somatization. *J Am Med Ass* 1987; 258: 2718–2722
7. Kirmayer LJ, Robbins JM: Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine* 1996; 26: 937–951
8. Kroenke K, Price RK: Symptoms in the Community: prevalence, classification and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474–2480
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV 3rd, Brody D: Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774–779
10. Lamprecht F: Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 1996; 46: 283–291
11. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M: How many functional syndromes? *J Psychosom Res* 2001; 51: 549–557
12. Morschitzky H: Somatoforme Störungen. Springer-Verlag Wien New York 2000
13. Ripke T: Das Patient-Arzt-Verhältnis in der Praxis. In: Verres R, Schweitzer J, Jonasch K, Süßdorf B [Hrsg.]: Heidelberg Lesebuch Medizinische Psychologie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 2002; 27–53

14. Rudolf G, Henningsen P (Hrg.): Somatoforme Störungen. Schattauer-Verlag Stuttgart 1998
15. Taylor RE, Mann AH, White NJ, Goldberg DP: Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological Medicine* 2000; 30: 931–941
16. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M: Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999; 354: 936–939
17. Zimmermann T, Kaduszkiewicz H, Sattel H, Henningsen P: Psychische Belastung bei Patient/innen mit und ohne Funktionelle somatische Syndrome – ein metaanalytischer Gruppenvergleich. *Psychosomatik, Psychotherapie, medizinische Psychologie* 2003 (zur Veröffentlichung eingereicht)

**Zur Person**



**Dipl.-Psych. Dr. Thomas Zimmermann,**  
Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, metaanalytische Untersuchung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung zu somatoformen bzw. funktionellen Beschwerden.