

Zankapfel somatoforme Schmerzstörung Differenzialdiagnosen bei somatisch nicht erklärbaren körperlichen Beschwerden



suvacare

Basel, 14.10.2008

Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter

Gliederung

- ◆ Zum Zankapfel
- ◆ Zur Ordnung der Dinge
- ◆ Zu Krankheitskonzepten
- ◆ Zu somatoformen Störungen
- ◆ Zur Methodik der Begutachtung
- ◆ Möglichkeiten und Grenzen gutachterlicher Tätigkeit
- ◆ Literatur

Zum Zankapfel

- ◆ Fachintern:
 - Kontroverse um Somatisierung
 - Vages Krankheitskonzept bzw. vage Deskription
 - Revision im Rahmen von ICD-11 und DSM V
- ◆ Zwischen Medizin und Rechtsprechung:
 - Rechtlicher Rahmen oder diagnostische Kompetenz?
 - „Zwang zur Diagnose“
 - Ordnungen der Dinge

„Zwang zur Diagnose“

- ◆ „Zwang zur Diagnose resultiert aber auch aus den sozialen Systemen der Vorsorge und der verwalteten Krankheit. Krankheitszustände werden in diesen Systemen zu einem guten Teil erst durch die Diagnosen zu fungiblen und verwaltungsfähigen Grössen. Schon um seiner Funktionsfähigkeit willen bedarf ein derartiges System der Möglichkeit, sich an bestimmten Fixpunkten, zu denen nun vor allem auch die Diagnose gehört, zu orientieren. Schon längst ist hier die Diagnose zu einer justiziablen Grösse geworden. Soziale Rollen können auf dem Wege über eine Diagnose verändert, Rollenverpflichtungen endgültig oder vorübergehend aufgehoben werden. Diagnosen, mit Hilfe derer eine Entschädigungspflicht, eine Invalidisierung oder die Feststellung einer Unzurechnungsfähigkeit legitimiert wird, sind nur besonders hervorstechende Beispiele aus einer langen Reihe von Möglichkeiten, mittels der Diagnose in die sozialen Beziehungen und in den sozialen Status des Patienten einzugreifen...“ (W. Wieland. Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin, de Gruyter 1975, 19-20)

Bundesgerichtsentscheid 130 V 352 (12.3.2004)

- ◆ ...Eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung allein vermag in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art 4 Abs 1 IVG zu bewirken...
- ◆ (Art 4 Abs 1 IVG: Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.)

Ordnung der Dinge

- ◆ "Einer gewissen chinesischen Enzyklopädie zufolge lassen sich alle bestehenden Tierarten wie folgt gruppieren: a) Tiere, die dem Kaiser gehören, b) einbalsamierte Tiere, c) gezähmte, d) Milchschweine, e) Sirenen, f) Fabeltiere, g) herrenlose Hunde, h) in diese Gruppierung gehörige, i) die sich wie Tolle gebärden, k) die mit einem ganz feinen Pinsel aus Kamelhaar gezeichnet sind, l) und so weiter, m) die den Wasserkrug zerbrochen haben, n) die von weitem wie Fliegen aussehen."

(Foucault M. Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt Suhrkamp 1978: 17, mit Bezug auf J Borges)

Für die Begutachtung relevante Ordnungen

- ◆ Juristische Ordnung (rechtlicher Rahmen)
- ◆ Medizinische Ordnung
 - Diagnosesysteme
 - Krankheitskonzepte
- ◆ Subjektive Ordnung der Patienten
- ◆ Ordnungen anderer relevanter Disziplinen
 - Psychologische Ordnung
 - Soziologische Ordnung
 - u.a.

Zur Ordnung der Dinge

- ◆ Es gibt nicht eine richtige Ordnung und alle andern sind falsch, sondern viele Ordnungsmöglichkeiten.
- ◆ Es ist nicht sinnvoll, eine Ordnung allein deshalb abzulehnen, weil sie nicht der eigenen entspricht.
- ◆ Die Frage ist, welchen Sinn die Ordnung hat, und ob die Ordnung ihren Sinn erfüllt.
- ◆ Die Frage ist, wie weit die Systematik der Ordnung notwendig und erkennbar ist.

Zu Krankheitskonzepten

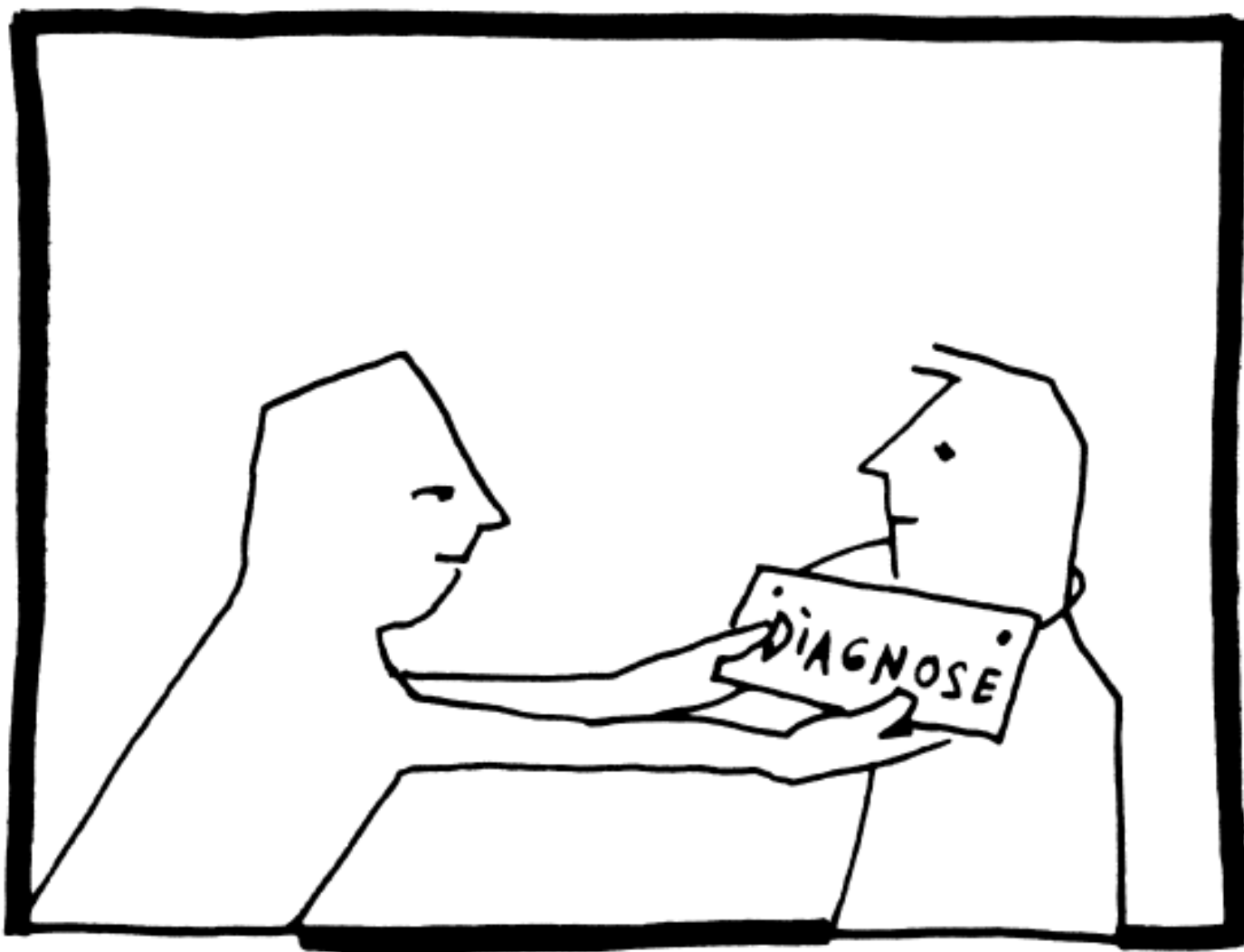
Will die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie im Besonderen nicht auf fremden Terrain urteilen, sondern sich auf die ihr möglichen fachlichen Aussagen beschränken, kann sie keine allgemeine Aussage machen, sondern „nur spezielle Abgrenzungen in einer bestimmten Hinsicht“.

(Degkwitz und Siedow 1981)

Zu Krankheitskonzepten

„Die Antwort ist, dass es weder in dieser noch in jener Hinsicht einen klar abgegrenzten Krankheitsbegriff in der Psychiatrie gibt und geben kann. Das ist unser Dilemma. Wir sollten nicht versuchen, es durch Pseudoexaktheit zu verdecken. Denn die mit dem Dilemma gegebene Offenheit ist die unerlässliche Voraussetzung dafür, den Kranken als Menschen gerecht zu werden, und auch die Voraussetzung dafür, dass die Psychiatrie als Wissenschaft beweglich und damit lebendig bleibt“.

(Degkwitz und Siedow 1981:15)



suva**care**

Zum Konzept der Somatisierung

Verständnis medizinisch unerklärter körperlicher Symptome als

- ◆ Transformation psychischer Konflikte im körperlichen Distress (Konversion, Stekel 1908)
- ◆ Typische Präsentationsform genuin-psychiatrischer Störungen (z.B. depressiver Störungen oder Angststörungen (Bridges und Goldberg 1985))
- ◆ Krankheitsverhalten, bei dem psychosozialer Stress in Form körperlicher Symptome wahrgenommen, kommuniziert wird und um medizinische Hilfe nachgesucht (Lipowski 1988)

Zum Konzept der Somatisierung

Somatisierung ist weder eine diskrete klinische Identität noch ein einheitlicher pathologischer Prozess. Sorgfältige Diagnostik ist notwendig, um die Beziehung der Somatisierung zu einer definierten psychiatrischen Störung oder einer psychosozialen Problematik zu klären

(Kellner 1990)

Wer somatisiert? Arzt oder Patient?

- ◆ Bei medizinisch unklaren körperlichen Beschwerden schlagen die Hausärzte häufiger organisch-orientierte Interventionen vor, als die Patienten dies wünschen
- ◆ Hausärzte gehen auf psychologische Hinweisreize im Patientenbericht (z.B. Stress, Probleme) selten ein
- ◆ Bedürfnis der Patienten nach biomedizinischen Interventionen wird überschätzt

(Bensing & Verhaak, The Lancet 2006)

Hausarzt-Konsultationen

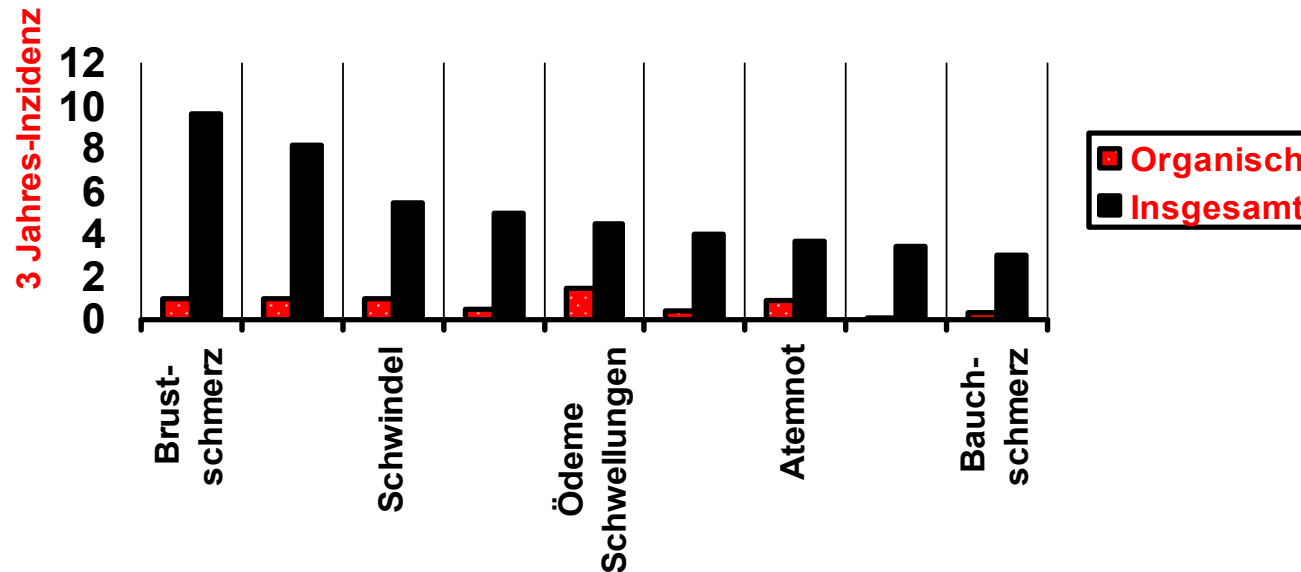
- ◆ 420 Consultations
- ◆ Je mehr Patienten klagen, und je weniger Ärzte psychosoziale Aspekte thematisieren, desto mehr organische Interventionen
- ◆ Also: Anzahl organischer Interventionen hängt vom Klageverhalten der Pat. ab, und von der Fähigkeit des Arztes, auch Psychosoziales zu thematisieren

(Salmon et al., 2007 Psychosomatic Medicine)

Häufigkeit somatischer Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung:

	Häufigkeit in Bevölkerung
Wenigstens 1 Symptom aus DSM-und ICD-Liste; letzten 7 Tage	82%
Wenigstens 1 Symptom, mindestens schwere Beeinträchtigung	21 %
Schmerzsymptom	72%
Gastrointestinal	35%
Pseudoneurologisch	27%

Körperliche Symptome in Ambulatorien



Kroenke & Mangelsdorff (1988) in: American Journal of Medicine.
Organische Ursache bei durchschnittlich 16 % der Beschwerden

Günstige prognostische Variablen:

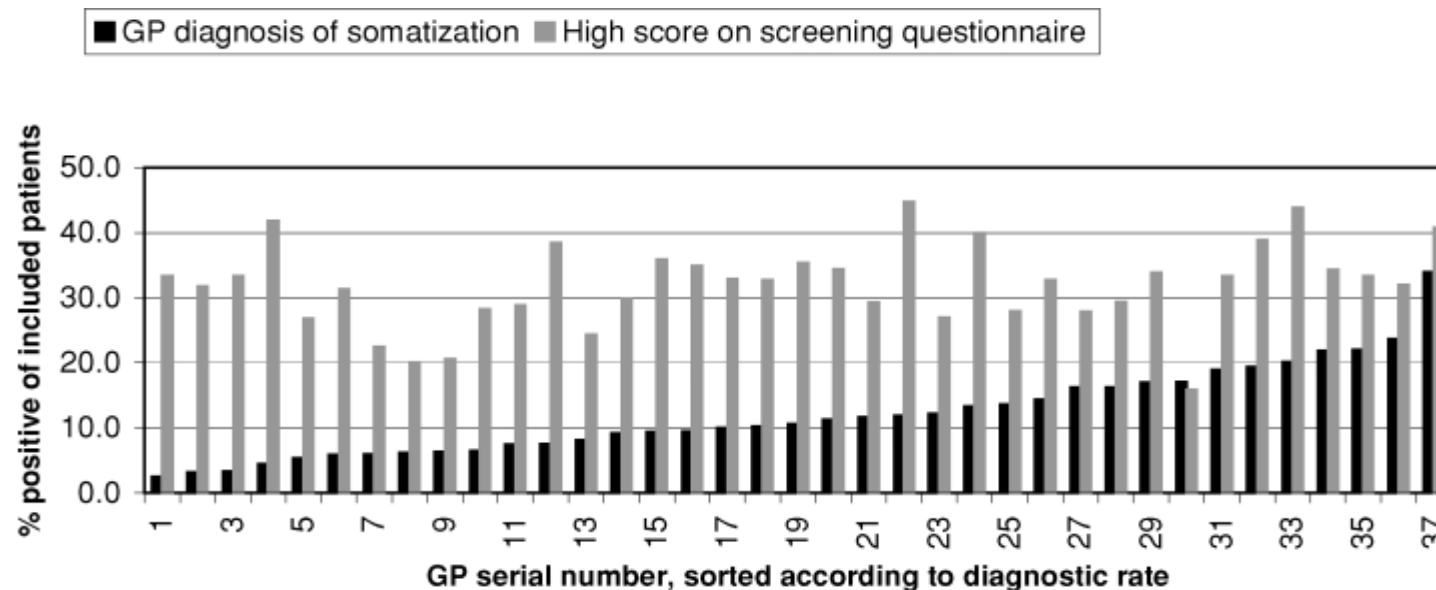
- + organische Ursache
- + Symptombdauer unter 4 Monaten
- + anamnestisch 2 oder weniger Symptome

Funktionelle somatische Syndrome – Häufigkeit in ambulanten medizinischen Behandlungszentren

Bereich	% funktionelle Syndrome	Beispieldiagnose
Gastroenterologie	60 %	Colon irritabile
Lunge	59 %	Hyperventilationssyndrom
Rheumatologie	58 %	Fibromyalgie
Kardiologie	57 %	Nichtkardialer Brustschmerz
Neurologie	55 %	Spannungskopfschmerz
Zahnmedizin	49 %	Temporomandibuläres Syndrom
Gynäkologie	57 %	Prämenstruelles Syndrom

Gesamt-N: 550; Gesamtanteil funktionelle Syndrome: 56 %

Unspezifische Symptome in der Hausarztpraxis: Ärzte-Ratings zum Anteil medizinisch-unklarer Beschwerden



Ergebnisse aus 37 unterschiedlichen Arztpraxen: Ärzte schätzen Häufigkeit sehr unterschiedlich ein, obwohl Fragebögen ähnliche Ergebnisse bringen

(Rosendal et al., 2003)

Fazit

Es besteht keine Korrelation zwischen Art und Intensität geklagter Beschwerden und einer objektivierbaren somatischen Erkrankung.

Somatisierung – Konversion – Dissoziation Welches Konzept?

ICD-10

F 44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

- ◆ Amnesie, Fugue, Stupor, Trance
- ◆ Bewegungsstörungen
- ◆ Anfälle
- ◆ Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

DSM-IV

Dissoziative Störungen

- ◆ Amnesie, Fugue
- ◆ Identitätsstörungen
- ◆ Depersonalisation

F 45 Somatoforme Störungen

- ◆ hypochondrisch
- ◆ kardiovaskulär
- ◆ gastorintestinal
- ◆ ...

Somatoforme Störungen

- ◆ Konversionsstörungen
- ◆ Somatisierungsstörung

Somatoforme Störungen: Diagnosen in ICD-10 und DSM IV

- ◆ **Somatisierungsstörung**

Multiple körperliche Beschwerden über mehrere Jahre (DSM-IV: mindestens 4 Schmerzsymptome, mindestens 2 gastrointestinale Symptome, mindestens 1 psychosexuelles und 1 pseudoneurologisches Symptom)

- ◆ **Somatoforme autonome Funktionsstörung**

Neukreation von ICD-10; multiple körperliche Beschwerden, primär auf Organe des autonomen Nervensystems bezogen

- ◆ **Undifferenzierte somatoforme Störung**, undiff. Somatisierungsstörung

Medizinisch unklare körperliche Beschwerden stehen im Vordergrund, o.g. Diagnosen werden jedoch nicht erfüllt

- ◆ **Hypochondrie**

- ◆ **Körperdysmorphie Störung**

Zur Validität der Somatoformen Störung als Diagnose

- ◆ Einzelne Symptome eher instabil, aber bei multiplen Symptomen Gesamtsyndrom stabil
- ◆ Beeinträchtigung / Lebensqualität ist stabil reduziert bei somatoformen Symptomen
- ◆ Aktuelle Beschwerdenanzahl ist besserer Prädiktor für Zustand 1 Jahr später als Angst oder Depression
- ◆ Gedächtnisabruf ist mit zunehmendem Zeitabstand weniger verlässlich, aber nicht nur für somatoforme Symptome, sondern für körperliche Beschwerden allgemein
- ◆ Unklarheit der ärztlichen Zuordnung „als medizinisch nicht erklärbar“ reduziert Reliabilität
- ◆ Übersehene biomedizinische Krankheiten: bei ca. 5 % der Patienten

Revision der Somatoformen Störungen in ICD-11 und DSM V

- ◆ Nicht nur bestimmte Anzahl körperlicher Beschwerden, sondern auch psychologische Merkmale als Kriterium aufnehmen
- ◆ Statt alternativ somatisch oder somatoform erklärbar, Komorbidität zulassen
- ◆ Statt „medizinisch nicht erklärbar“: nicht besser durch ein somatisches Krankheitskonzept erklärbar
- ◆ Statt neun Diagnosen drei Diagnosegruppen

Drei Gruppen somatoformer Störungen

- ◆ Monosymptomatische bzw. umschriebene körperliche Symptome (z.B. Rückenschmerzen, Herzangst)
- ◆ Multiple (wechselnde) körperliche Symptome: Multi-, polysomatoforme Störung/Somatisierungssyndrom mit Tendenz zur Chronifizierung; Neurasthenie
- ◆ Hypochondrie; Körperdysmorphie Störung

Differenzialdiagnosen zu Somatoformen Störungen

Leitsymptom Körperliche Beschwerden

- ◆ Angststörungen (F 40, 41)?
- ◆ Depressive Symptome: Affektive Störungen (F 3)?
- ◆ Psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F 54; z.B. „Verbitterung“)?
- ◆ Substanzmissbrauch oder –Abhängigkeit (F 1)?
- ◆ Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F 68.0)?
- ◆ Artefizielle Störung (F 68.1)?
- ◆ Essstörungen (F 50)?
- ◆ Coenästhetische Halluzinationen u.a.: Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F 2)?

Zur Methodik der Begutachtung

Drei Ebenen methodischen Vorgehens

1. Datenerhebung und Datenauswertung

- Theoretische Sensibilität im Umgang mit Daten
- Offenheit, Empathie, Engagement in der persönlichen Begegnung mit dem Exploranden
- Sorgfältige Differenzierung von Beschwerden und Befund.
- Deskriptiver und verstehender Zugang

2. Diagnose und Beurteilung

- Neutralität bei der Gutachtenerstattung
- Offenlegen und Durchdeklinieren aller möglichen Interpretationsvarianten

3. Übersetzung in juristisch normative Begriffe

- Explizierung der medizinischen Beurteilung
- Versicherungsmedizinische Vorarbeit („Übersetzungsarbeit“) für die juristische Ordnung in vier Schritten:

Übersetzungsarbeit

- Subsumption unter einen juristischen Krankheitsbegriff (nach ATSG)
- Entwicklung einer Hypothese über die störungsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
- Quantifizierung der rechtsrelevanten Funktionsbeeinträchtigung
- Benennung der Wahrscheinlichkeit, mit welcher die klinische Hypothese zutrifft (evidence based medicine o.a. Bezüge benennen)

(adaptiert nach Nedopil 2000)

Zur Übersetzungsarbeit II

- Was man übersetzen will, muss man zuvor verstanden haben (Svetlana Geier)
- "Entautomatisierung" (Klaus Reichert)
- "Unendliche Aufgabe" (Klaus Reichert)
- Diskrepanzen abarbeiten

„Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer medizinischen Diagnose und der beruflichen Leistungsfähigkeit besteht nicht.“

Foerster 2004/649

Weiterer Ansatz der Revision Diagnostik zur Person

- ◆ Relevanz soziodemographischer Daten für die Diagnostik
- ◆ „Die deskriptive Ebene genügt nicht“
 - Sozialer Status objektiv
 - Sozialer Status subjektiv: subjektive Einordnung; subjektiv wahrgenommene Statusinkonsistenzen
- ◆ Signifikant erhöhtes Risiko für die Entstehung psychischer Störungen (Somatoformer Störungen) bei:
 - Drohendem Kontrollverlust in einer oder mehreren zentralen Rollen des Erwachsenenlebens
 - Fehlende soziale Belohnungen für erbrachte Leistung
 - Isolation
 - Zentraler Verlust und Unterbrechungserfahrung (Siegrist 2007)

Verstehender Zugang (1)

◆ Frau Blau

- Status nach Nackenprellung, chronische Kopf- und Rückenschmerzen
- „Es gibt ein Wort, das heisst Nein“

◆ Herr Rot

- Status nach Stromunfall mit Verbrennungen zweiten Grades 30% der Körperoberfläche, chronische Ganzkörperschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen
- „Das wird immer schlimmer. Das gesamte Nervensystem ist kaputt gegangen.“

Verstehender Zugang (2)

- ◆ Frau Braun:
 - Analphabetin, arbeitsunfähig, über Jahre als Büglerin tätig, chronische Bauchschmerzen
 - „Was würde der Bauch sagen wenn er sprechen könnte?“ – „Alle meine gefalteten Wünsche sind darin vergraben.“
- ◆ Herr Grün:
 - Status nach zwei Stürzen aus grosser Höhe, Beckenfraktur mit nachfolgender Inkontinenz, Bein- und Hüftschmerzen
 - „Und wenn man auf die Baustelle kommt und die Leiter sieht und erst einmal pieseln gehen muss...“

Möglichkeiten und Grenzen gutachterlicher Tätigkeit

- „Ein Psychologe oder Psychiater, der als Sachverständiger vor Gericht Verpflichtungen annimmt, hat sich den dort geltenden Regeln anzupassen; er kann in seiner praktischen Tätigkeit auch nicht nach Axiomen einer Theorie handeln, die den Grundlagen unseres Rechtsgedankens zuwiderlaufen... Die Übernahme der in der Jurisprudenz geltenden Kategorien durch den Gutachter bildet sozusagen die Geschäftsgrundlage...

-2-

- Das hindert ihn allerdings nicht, die einzelnen Begriffe, die durch gemeinsame Anstrengungen von Juristen, Psychologen und Psychiatern zu füllen sind, auch im Einzelfall neu auszulegen. Die Interpretation von Rechtsbegriffen durch die Rechtsprechung mit dem Ziel, Innovationen anzustossen, sind eher notwendig als Reformen durch den Gesetzgeber, weil sie den täglichen Erfordernissen mehr Rechnung tragen. Wenn der Sachverständige in seiner Gehilfen- und Beraterfunktion ernst genommen wird, kommt ihm bei der Entwicklung derartiger Innovationen eine wichtige Rolle zu. Das bedeutet auch, dass er den Einzelfall nicht nach einem Schema abhandelt, das ihm ein Lehrbuch vorschreibt.

-3-

- Ferner aber kann der Sachverständige, der im Gerichtsaal sein Gutachten systemgerecht vorträgt, ausserhalb dieser Tätigkeit natürlich sich kritisch Gedanken machen, ob die Grundlagen unseres Rechtsdenkens nicht hier und da Korrekturen vertragen würden. Die Tätigkeit des Verhaltenswissenschaftlers vor Gericht verlangt aber noch mehr als die Übernahme der Grundlagen des Rechtsgedankens; sie verlangt von ihm, sich jemandem zu unterstellen bzw. von jemandem leiten zu lassen, dessen Autorität er nicht unbedingt anerkennt...“

Wilfried Rasch 1999 37ff

Resumé

- ◆ Die Gruppe der somatoformen Störungen sind schlecht validierbar
- ◆ Verbesserungen sind mit der Revision von ICD und DSM vorgesehen
- ◆ Die kritische Reflexion von Diagnosen und zugrundeliegenden Krankheitskonzepten ist eine Daueraufgabe
- ◆ Der Begutachtungsprozess birgt die Chance die eigene Diagnostik kritisch zu reflektieren
- ◆ Medizinische und juristische Ordnung dienen unterschiedlichen Zwecken
- ◆ Übersetzungsarbeit ist notwendig
- ◆ Was man übersetzen will, muss man zuvor verstanden haben; „Entautomatisierung“; unendliche Aufgabe
- ◆ Beraterfunktion als Möglichkeit zur Unterstützung für Innovationen in der Rechtsprechung

Literatur

- ◆ Degkwitz R, Siedow H. Standorte der Psychiatrie. Zum umstrittenen psychiatrischen Krankheitsbegriff. München, Urban und Schwarzenberg 1981
- ◆ Fiedler: Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim, Beltz/PVU 1999
- ◆ Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2005; 39: 772-781.
- ◆ Foerster: Psychiatrische Begutachtung 4. Auflage; München, Urban & Fischer 2004: 648-650
- ◆ Foucault M. Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt: Campus 2003. (Les mots et les choses. Paris: Gallimard 1966.
- ◆ Kapfhammer H.P. : Somatoforme Störungen, Nervenarzt 2001; 72:487-500
- ◆ Kroenke K, Mangelsdorff D. Common Symptoms in Ambulatory Care: Incidence, Evaluation, Therapy, and Outcome. In: The American Journal of Medicine 1989; 86: 262-266.
- ◆ Mayou R., Kirmayer L.J., Simon G., Kroenke K., Sharpe M.: Somatorform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V, Am J Psychiatry 2005; 162:847-855
- ◆ Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Stuttgart, Thieme 3. Aufl. 2007
- ◆ Rief W, Arolt V. Somatoforme Störungen (ICD-10 F4). In: Voderholzer U, Hohagen F. Therapie psychischer Erkrankungen. München: Urban und Fischer 2008; 271-281.
- ◆ Rief W, Rojas G. Stability of Somatoform Symptoms – Implications for Classification. In: Psychosomatic Medicine 2007; 69: 864-869.
- ◆ Rosendal M, Bro F, Fink P, Christensen KS, Olesen F. Diagnosis of somatisation: effect of an educational intervention in a cluster randomised controlled trial. In: British Journal of General Practice, December 2003; 53: 917-922.
- ◆ Rasch W. Forensische Psychiatrie. Stuttgart, Kohlhammer 1999/ 2004
- ◆ Siegrist J. Die Entwicklung integrativer psychiatrischer Diagnostik aus Sicht von Sub- und Nachbardisziplinen. Was können die Sozialwissenschaften beitragen? Referat DGPPN-Kongress Berlin 2007.
- ◆ Wieland W. Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin, de Gruyter 1975

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**



suvacare