

## Die funktionelle oder die somatoforme Störung? – Eine versäumte Kontroverse zwischen Allgemeinmedizin und Psychiatrie sowie ICD-10

*Functional or Somatoform Disorder? – The Missed Controversy between General Practice and Psychiatry as well as ICD-10*

### Zusammenfassung

Das Bemühen um ein universelles System von Krankheitskategorien hat in Deutschland die ICD-10 etabliert. Funktionelle Störungen unterfallen hierin einer psychiatrischen Kategorie. Im vorliegenden Text wird eine umfassendere Kategorie der funktionellen Störungen unter Einschluss des somatoformen Begriffes vorgeschlagen und entwickelt.

Die Begründungen hierfür lauten: Funktionelle Störungen treten in ihrer Mehrzahl nicht in der Psychiatrie oder in der psychosomatischen Klinik, sondern in der Primärmedizin auf. Man kann sagen, dass sie ein Spezifikum hausärztlicher Tätigkeit sind. Sie sollten dort konzeptuell eingebunden und verstanden werden. Nicht alle Körperbeschwerden ohne Befund dürfen berechtigt in die psychiatrische ICD-10-Kategorie der Somatoformen Störung (F 45 ff) eingeordnet werden.

Das Phänomen der multiplen unerklärlichen Körpersymptome weist ebenso viele Facetten wie definitorische Unschärfen auf. Einige der typischen Beschwerdengruppen können schwerlich als psychogen aufgefasst werden. Trotzdem wurden Funktionelle Störungen in der Vergangenheit mal der Hysterie, mal der Neurose oder der Hypochondrie zugeordnet. Das Phänomen war in seinen Ausdrucksformen also stark epochengebunden – eine schlüssige Definition fehlt bis heute. Im vorliegenden Text wird eine umfassendere Kategorie der Funktionellen Störungen unter Einschluss des somatoformen Begriffes vorgeschlagen und entwickelt.

Die kategoriale Erweiterung des Begriffes funktionelle Störung in die Hausarztmedizin bedeutet auch eine Übernahme von Verantwortung. Diese bezieht sich auf die Qualität der Diagnosestellung wie auf den praktischen Umgang mit dem Phänomen und die (wissenschaftliche) Suche nach therapeutischen Optionen.

### Schlüsselwörter

Funktionelle Störung · somatoforme Störung · ICD-10 · unerklärliche Körpersymptome · allgemeinärztliche Tätigkeit

### Abstract

The effort to find an universal system for disease categories has established the ICD-10 in Germany. Functional disorders are listed under a psychiatric category. This text proposes and develops a comprehensive category of functional disorders that incorporates the somatoform term.

The reasons for that are that the majority of functional disorders are not seen in psychiatry or in psychosomatic clinics but in general practice. It can be stated that functional disorders represent a specific feature of primary care, where they also should be conceptually integrated and understood.

The phenomenon of multiple unexplained somatic symptoms has as many facets as blurred definitional boundaries. Some of the listed typical groups of complaints can hardly be considered as only explainable by "psychogenic". In spite of this, functional disorders were successively attributed to hysteria, neurosis or hypochondria. The phenomenon of multiple unexplained somatic symptoms had different names in different historical times – but a plausible definition never has been found. In this article a comprehensive category of functional disorder – including somatoform disorder – is developed and proposed.

The categorical expansion of the term functional disorder into primary care also adds responsibility to general practice. This refers to the quality of the diagnostic assessment as well as to the practical way of managing the phenomenon and to the (scientific) search for therapeutic options. Currently, diagnosis, utilization and therapy of functional disorders are not satisfactorily dealt with in any medical speciality.

### Key words

Functional disorder · somatoform disorder · ICD-10 · medically unexplained symptoms · general practice

### Korrespondenzadresse

Dr. Detmar Jobst · Arzt für Allgemeinmedizin, NHV · Ringstraße 72 · 53225 Bonn ·  
E-mail: detmarj@uni-bonn.de

### Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 371–376 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-822847  
ISSN 0014-336251

Der über Jahre feststehende Begriff „funktionelle Störung“ ist in den offiziellen Diagnose-Verzeichnissen wie der ICD (International Classification of Diseases) oder dem für die Psychiatrie wichtigeren DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) von der „somatoformen Störung“ abgelöst worden. „Endlich ist der Begriff präzise definiert“, mag man denken. Was verändert sich aber durch die Begriffsschärfung? Wir meinen, dass damit ein zentraler und charakteristischer Beratungsanlass der Allgemeinmedizin (zunächst auf dem Papier) umdefiniert wird. Wir sollen ICD-10 konform Patienten mit unerklärlichen Krankheitszuständen einer psychiatrischen Kategorie zuweisen, was uns für die Patienten belastend und aus einer Reihe von Gründen nicht adäquat erscheint. Wir möchten stattdessen eine andere Einteilung vorschlagen. Wir glauben, dass sie diesen hausärztlichen Behandlungsanlass besser abbildet und damit Patienten in Diagnose und Therapie unerklärlicher Krankheitszustände gerechter wird. Auch in anderen Feldern als dem angesprochenen erscheint Aufmerksamkeit geboten, weil wir durch die Vorgaben der ICD-Klassifikation etliche Krankheitszustände entgegen der Wirklichkeit hausärztlicher Versorgung zuordnen müssen.

Derartige Systeme der Klassifikation gewinnen „Gewalt“ über uns, d. h. unser differenzierter Blick auf die Wirklichkeit geht verloren. Gerade wenn wir Ersatzdiagnosen zur Befriedigung der ICD-Einordnung vornehmen, bleibt zu befürchten, dass hierüber erst unser Blick, dann unser Verständnis hin zu jenem „Label“ aus dem Bereich spezialisierten Medizin verändert wird.

Nicht ohne Delikatesse ist im Fall der somatoformen Störung, dass zwar die Psychiater die Kategorie geschaffen, die Hausärzte aber die ganz überwiegende Mehrzahl der so etikettierten Patienten zu versorgen haben [1–6].

### Charakteristika der somatoformen Störung

Um eine somatoforme Störung zu diagnostizieren, muss man deren Charakteristika kennen. Die ICD-10 definiert die somatoforme Störung unter F45.– als „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome, verbunden mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen. Die Befunde können die Art und das Ausmaß der Symptome nicht erklären.“ Die Subkategorie F45.0 präzisiert das Vollbild der SD als Somatisierungsstörung folgendermaßen:

- Multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome jedes Körpersystems.
- Beginn vor mehr als zwei Jahren.
- Chronischer und fluktuierender Verlauf.
- Häufig langdauernde Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens.

Störungen dieser Art sind außerdem so gekennzeichnet:

Die Krankheit somatoforme Störung überdauert Jahrzehnte – manchmal wird sie über Jahre nicht erkannt. Sie gilt bisher als in der Regel nicht heilbar. Körpererkrankungen und somatoforme Störungen können nebeneinander und gemeinsam existieren [7]. Die somatoforme Störung erzeugt (viele) unterschiedliche Symptome auch bei einem einzigen Individuum. In der Regel resultieren daraus multiple Konsultationen bei Ärzten, die übli-

cherweise zunächst alle möglichen körperbezogenen Erkrankungen ausschließen, um nicht einen Fehler zweiter Art zu begehen (Übersehensfehler).

Die Patienten sind (manchmal ebenso wie ihre Ärzte) so von der Körperlichkeit des Leidens überzeugt, dass zunächst andere diagnostische oder therapeutische Wege nicht beschrritten werden (können).

Meist sind jedoch keine ausreichenden körperlichen Korrelate, d. h. Befunde mit pathologisch verändertem Substrat zu finden. Studien, die – anders als in der realen Arbeit der Allgemeinmedizin – die somatische und die psychische Seite einer länger bestehenden unerklärlichen Störung bis zum möglichen Schluss abklärten, konnten nur in 15 bis max. 70% der Behandlungsanlässe eine definitive Diagnose stellen – je nach Symptom [8–10]. Die wenigsten dieser ungeklärten Fälle zeigten in der sechsjährigen Nachbeobachtungszeit eine späte oder unerkannte Krankheitsursache.

Die Somatisierungsstörung kommt *in ihrem Vollbild* nur mit einer geringen Bevölkerungsprävalenz von *unter 1%* vor. Sind nicht alle Definitionskriterien erfüllt, spricht die ICD-10 in F45.1 von einer *undifferenzierten Somatisierungsstörung*. Dann rechnet man mit einer Bevölkerungsprävalenz von ca. 10% – „in klinischen Populationen“ von ca. 20% [11].

In der hausärztlichen Praxis weisen hingegen mindestens 20–40% der Patienten körperlich nicht oder nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden auf [12–14].

### Treffen die Definitionen zu?

Vergleicht man die Prävalenzangaben aus den Hausarztpraxen mit denen aus Studien zur somatoformen Störung, so ergibt sich ein erhebliches Mehr an nicht ausreichend erklärbaren Körperbeschwerden im Bereich hausärztlicher Versorgung. Wie aber lautet unsere Diagnose für die nicht somatoformen, aber unerklärlichen Symptome?

Die Bezeichnung „medical unexplained symptoms“ kommt als Kategorie in den Diagnosesystemen nicht vor, obwohl sie von einigen Autoren vorgeschlagen wurde [15, 16]. Andere wählen den Begriff „Multisomatoform disorder“ [17]. Weiterhin werden, wie schon früher, die „Functional (somatic) symptoms“ in der internationalen Literatur angetroffen [18, 19].

Ein aktueller britischer Diskussionsbeitrag bündelt die Argumente der zitierten und weiterer Autoren für eine andere Begrifflichkeit – verbunden mit einem anderen Konzept der somatoformen Störung – folgendermaßen [20]:

Die Diagnose-Kriterien der somatoformen Störung werden als weder valide noch als reliabel bezeichnet. Besondere Kritik wird an der „Symptomenzählerei“ als wesentlichem Diagnose-Kriterium geübt, wie auch daran, dass Belege für die alleinige Psychogenese der Somatisierungsstörung fehlten (und diese eher unwahrscheinlich sei).

Eine a priori psychiatrische Einordnung erscheine weder realistisch begründet noch zumutbar, verhindere nicht selten einen Zugang zu den geklagten Patientenproblemen. Bleibe die „kartesianische“ Trennung von Körper und Seele aufrecht gehalten, so verharren die Patienten (und betreuenden Ärzte) in dem Vakuum dazwischen. Diese Trennung entspräche schon lange nicht mehr einer ganzheitlichen Auffassung vom Menschen.

Fernerhin bestehe die Gefahr der Nicht-Benennung zugrunde liegender psychischer Diagnosen wie Angststörungen oder Depressionen, indem auf die somatoforme Störung ausgewichen werde.

Das Konzept der somatoformen Störung sei nicht für eine spezielle Therapie operationalisiert und sei daher auch nutzlos. Es wird gewünscht, dass in den Vorbereitungen zum DSM V [21], der frühestens ab 2006 erarbeitet werden wird, eine vollständige Revision des Konzeptes vorgenommen werden soll.

Beim Vergleich der Definition der somatoformen Störung zwischen ICD-10 und dem aktuellen DSM IV wird die Hoffnung auf eine „präzise Definition“ zudem enttäuscht. Während nach den Kriterien der ICD-10 zur Diagnosestellung mindestens sechs von 14 Symptomen aus mindestens zwei Körperbereichen ausreichen, müssen nach dem DSM-IV mindestens acht von 33 Symptomen aus mindestens vier Bereichen vorliegen. Nach dem DSM IV muss die Störung vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben; die ICD-10 kennt dieses Kriterium nicht. Die Kategorie „somatoforme autonome Funktionsstörung“ wird im DSM IV als nicht empirisch abgesichert abgelehnt. Die Hypochondrie wird nicht wie in der ICD-10 als kategoriale Untergruppe der somatoformen Störung aufgefasst, stattdessen aber die Konversionsstörung [22, 23].

### Funktionelle Störung in der Allgemeinmedizin

Wir konstatieren: Es gibt eine sehr große, das Fach Allgemeinmedizin charakterisierende Gruppe von Patienten, bei denen man selbst mit intensiver Abklärungsdiagnostik (vergl. Kroenke 1989, 1998, Khan, Reid, Kanton) kein körperliches Korrelat im Sinne einer Organpathologie findet – von Funktionsstörungen wie z.B. erhöhtem Puls, erhöhtem Muskeltonus abgesehen. Hier können durch diagnostische Bearbeitung und durch den Verlauf Gruppen mit der Diagnose „somatoforme Störung“ von solchen mit der Diagnose „funktionelle Störung“ unterschieden werden. Die erste Gruppe ist klein, aber therapeutisch schwierig zu betreiben, die zweite ist deutlich größer, stellt aber in der Betreuung kein großes Problem dar ([24], vergl. auch Rosendahl, Horn).

Beide müssen gegenüber den Organerkrankungen und gegen andere psychiatrischen Erkrankungen abgegrenzt werden. Dies ist ein typischer Arbeitsinhalt von Hausärzten, in deren Praxen sich diese Patienten mehrheitlich finden, häufiger, wie gesagt, als in der Betreuung von Psychiatern oder von Psychosomatikern.

Wir schlagen im Folgenden vor, die funktionellen Störungen (FS) als deskriptiven Oberbegriff weiterhin zu benutzen. Dies entspricht der gestuften Bearbeitung in der Hausarztpraxis, in der zunächst dem Phänomen gemäß zu handeln ist. Erst im Verlauf kann eine Differenzierung in funktionelle Störungen im engeren

Sinne (FSE) einerseits und somatoforme Störungen (SSt) andererseits erfolgen:

### Funktionelle Störungen im engeren Sinne (FSE)

#### a. Funktionelle Störung mit plausibler Ursache

Es ist bekannt, dass der Anteil von Patienten mit geringfügigen Gesundheitsstörungen in der hausärztlichen Praxis deutlich größer ist als der mit gravierenden Gesundheitsstörungen (Niedrigrisiko-Bereich Hausarztpraxis). Man könnte sagen, dass Beschwerden ohne Befund sogar die hausärztliche Praxis kennzeichnen, weil sie nirgends so häufig auftreten wie im unselektierten Klientel. Niemand würde in jedem Fall gleich in psychosomatischen Kategorien denken, wenn das körperliche Korrelat für geklagte Beschwerden nicht gefunden werden kann. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Ursache der Beschwerden zwar vorhanden, aber zum Zeitpunkt der Konsultation bereits verschwunden war.

Ein flüchtiger Kniegelenksschmerz nach einer Wanderung bergab, Kneifen im Bauch nach einer zu üppigen Mahlzeit, Kreislaufbeschwerden nach Alkoholgenuss und zu wenig Schlaf – solche oder ähnliche Symptome können der Anlass für eine Konsultation beim (Haus-)Arzt sein. Wegen der plausiblen Ursache-Wirkungs-Beziehung lassen sich diese funktionellen Beschwerden häufig leicht erklären.

Auch psychogene Auslöser führen zu solchen funktionellen Beschwerden. Wird z. B. ein vorübergehendes Kribbeln in den Wangen und Steifigkeitsgefühl der Hände berichtet, so können wir anamnestisch dafür z. B. eine Hyperventilation und möglicherweise angstmachende Ursachen finden. Die Plausibilität der Erscheinung wird dadurch nicht gemindert, dass zum Zeitpunkt der Vorstellung beim Arzt kein Befund vorhanden ist. Es handelt sich um vorübergehende, spontan verschwindende Funktionszustände, die sich einem diagnostischen Beweis entziehen.

Solange der selbstheilende Verlauf und die Erklärungen der Ärzte übereinstimmen, wird der Betroffene die Harmlosigkeit der Beschwerden als Funktionsstörung akzeptieren. In der Praxis kann man, anders als in manchem Krankenhaus, ohne Bedenken von Patienten- oder Arztseite auf einen diagnostischen Beweis verzichten. Wir schlagen unter diesen Bedingungen eine Benennung als „funktionelle Störung mit plausibler Ursache“ vor.

#### b. Funktionelle Störung (Fehlsteuerung) mit Selbstkorrektur

Schwieriger wird es mit beunruhigenden unerklärlichen Erscheinungen ohne Organbefund, wie vorübergehenden Schwellungsgefühlen, untypischen und wechselnden Parästhesien der Hände oder einem „Ziehen vom rechten Ohr, quer durch den ganzen Kopf“.

Eine Erklärung hierfür könnten nach kybernetischem Verständnis nicht greifbare Störungen im Funktionsgefüge komplexer Vorgänge sein. Gerade komplexe Vorgänge – obwohl in unserem Körper hierarchisch als auch im Netzwerk gesteuert, vom Vegetativum überwacht, von der Psyche interpretiert – machen Systemstörungen unausweichlich. Meist sind sie nervaler Natur und werden spontan korrigiert (z. B. Lageänderungsschwindel,

Singen im Ohr, zuckendes Augenlid, kurze Spasmen der Hohlor-gane). Kybernetische Logik und neurophysiologische Befunde vermitteln eine hohe Plausibilität für funktionelle Störungen dieser Art, sind also Erklärungsmodelle für die genannten und ähnliche Symptome, die wir nicht als Ausdruck eines psychiatrischen Krankheitsbilds ansehen. Diese Störungen verschwinden relativ schnell – sie scheinen also nicht Zeichen für schwerwiegende Ursachen zu sein.

Wir schlagen vor, sie „funktionelle Störung (Fehlsteuerung) mit Selbstkorrektur“ zu nennen.

Gegenüber manifesten Krankheiten werden solche funktionellen Beschwerden durch die Harmlosigkeit (kein pathologischer Befund, spontane Besserung, seltene Rezidive) abgrenzbar. Patienten sind in der Regel durch eine (möglichst plausibel klingende) Erklärung beruhigt, vor allem, wenn sich die Beschwerden spontan bessern und verschwinden.

### c. Unsystematische funktionelle Störung

Wenn ein Störungsmuster nur bei einem oder ganz wenigen Patienten (hier in Abgrenzung zu d.) beobachtet wird und die Störung immer wieder auftritt, ohne eine definierte Krankheit zu entwickeln, kann man ebenfalls von einer funktionellen Störung sprechen.

Gemeint sind hier z.B. unerträgliches Jucken der Nase in Situationen der Übermüdung; plötzliche Schwindelattacken bei Genuss von Brandweinbohnen, Hautjucken bei warmem Wind, durchfälliger Stuhlgang bei kalten Getränken, Schläfenschmerz bei kalten Getränken etc.

Bei (fast) allen diesen Funktionsstörungen bleiben pathophysiologische Erklärungsversuche letztlich spekulativ, weil die Mehrheit anderer Menschen diese Störungen nicht aufweist, obwohl doch die gleichen physiologischen Erklärungen gültig sein müssten. Es wird vorgeschlagen, diese Art andauernder oder wiederholter Funktionsstörung, die im Muster nur auf wenige Patienten zutrifft, als unsystematische funktionelle Störung zu bezeichnen.

Konzeptuell könnte man bzgl. der Ätiologie auch von individuell erworbenen Verhaltens- oder Ablaufmustern bei möglicherweise konstitutionellen Vorgaben ausgehen.

### d. Syndromale funktionelle Störungen

Wenn Störungen ein gewisses wiederkehrendes Muster von Symptomen aufweisen, hat die Medizin dafür Syndromnamen, also Diagnosen, geschaffen. Diese heißen etwa Spannungskopfschmerz, Roemheld-Komplex, Effort-Syndrom, postvirales Syndrom etc. Die Benennung unklarer Symptommuster gibt den Beteiligten im Medizinsystem Sicherheit, indem das Unerklärliche mit einem Etikett gebannt wird. Eine gemeinsame Sprachregelung bietet außerdem Vorteile in der Handhabung.

Wir schlagen vor, andauernde oder wiederholte somatoforme Störungen mit Diagnose-Bezeichnung als syndromale funktionelle Störungen zu bezeichnen. Diese Gruppe bedarf nur dieses Sammelbegriffes, weil die Diagnosenamen (auch im ICD) schon vergeben wurden. Genannt werden sie aber hier auch, weil Über-

schnidungen zur autonomen Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F45.3) bestehen.

Die Chronizität und die bekannten, weil bei vielen Patienten vorkommenden Beschwerdemuster mit Krankheitswert definieren diese Gruppe von funktionellen Störungen. Die fehlende spontane Besserung bzw. Heilung grenzt sie zusätzlich gegen die vorbeschriebenen ab. Die jeweilige Chronizität und fehlende Selbstregulierung bestimmen die Schwere der Krankheitsbilder.

Der Nomenklatur-Vorschlag für den allgemeinmedizinischen Gebrauch lautet entsprechend dem oben Gesagten (Abb. 1).

1. **Funktionelle Störungen (FS)** bezeichnen in der Allgemeinmedizin **deskriptiv** einen Ober- oder Sammelbegriff, der die *Somatoforme Störung* einschließt.
2. Als Somatoforme Störung wird eine psychiatrische Kategorie verstanden, wie sie die ICD-10 durch F45 ff definiert.
3. Die nicht durch die ICD-10-Vorgabe erfassten Beschwerden werden als eine Kategorie **Funktionelle Störung im engeren Sinne (FSE)** mit folgenden Unterkategorien bezeichnet:
  - a) **FSE mit plausibler Ursache**
  - b) **FSE (Fehlsteuerung) mit Selbstkorrektur**
  - c) **Andauernde oder wiederholte**
    - **unsystematische FSE**
    - **syndromale FSE (mit Diagnose-Bezeichnung)**

Abb. 1 Die vorgeschlagene Nomenklatur der Funktionellen Störungen für den allgemeinmedizinischen Gebrauch.

Bis auf den letzten Spiegelstrich handelt es sich im Vergleich mit der somatoformen Störung F45.0 (Somatisierungsstörung) um leichte und gutartige Beschwerdebilder. Bei den syndromalen FSE findet sich eine Überschneidung zur autonomen Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F45.3).

### Das Funktionelle der somatoformen Störung

Somatoforme und funktionelle Störungen erscheinen häufig als sehr ähnlich; teilweise lässt erst der Verlauf entscheiden, um welche der beiden es sich handelt. So werden funktionelle Herzbeschwerden in der ICD-10 durchaus dem Herz-Kreislaufkapitel II zugeordnet und somit als (vorübergehende) körperliche Funktionsstörung abseits des psychiatrischen Kapitels aufgefasst. Auch können sie zusätzlich als somatoforme autonome Funktionsstörung der Unterkategorie F45.3 in die somatoformen Störungen eingeordnet werden:

Die von uns angeregte Wiederaufnahme des funktionellen Begriffes steht für die Überlegung, dass psychische Fehl-Perzeptionen und -Konzepte nur für diese Gruppe funktioneller Störungen, nämlich die somatoformen Störungen, charakteristisch sind. Hier besitzen die Beschwerden eine (psychosomatische) Funktion für die Betroffenen, wie v. Uexkuell schon 1951 äußerte.



Für uns besetzt der Begriff des Funktionellen die ganze Ambivalenz des Leib-Seele-Zusammenhanges und steht sowohl für die (psychosomatische) Bedeutung eines Leidens als auch für die verminderte Funktionieren des Körpers. Er umfasst mehr als er trennt – so bilden die von uns vorgeschlagenen Kategorien zu einander und zu verwandten Krankheitsgruppen ein Kontinuum und charakterisieren geradezu die Unmöglichkeit, Leib und Seele zu trennen.

Dem deskriptiv brillanten Begriff des „Somatoformen“ widerfährt hingegen durch seine Abordnung nach ICD-10 F45 ff. eine psychiatrische Konnotation von Konversion, Dissoziation, Hypochondrie u.Ä. Diese Bedeutungsinhalte widersprechen eigentlich dem deskriptiven Konzept des ICD-10 und engen den neutralen Begriff „Als-Ob-Der-Körper-Erkrankt-Sei“ (= somatoform) unzulässig ein.

Der Begriff des Funktionellen eignet sich daher u.E. besser als Oberbegriff für körperlich nicht erklärable Beschwerden.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts, vor dem Siegeszug der Psychoanalyse, war auf der Suche nach Ursachen eine Störung der zentralen Nervenzentren vorgeschlagen und mit dem Begriff der „functional lesion“ belegt worden (Charcot, 1889, zitiert nach [25]). Bis heute bezeichnet der Begriff der *functio laesa* eine (durch Trauma oder Infektion) gestörte Organfunktion.

## Abgrenzungsprobleme

### Diagnosestellung

Es sollte angestrebt werden, die Diagnose einer funktionellen/somatoformen Störung nach einer anfänglichen Vermutung explizit zu stellen. Eine organische Ausschlussdiagnostik ist als alleinige Basis der Diagnosestellung ungeeignet [26].

Die Differenzialdiagnose ist immer zu zahlreichen primär somatischen Erkrankungen sowie zu psychischen Erkrankungen zu stellen. Eine Reihe von körperlich bedingten Erkrankungen erzeugt unklare Beschwerden ohne ausreichende Befunde in der ärztlichen Basis-Diagnostik. Diese müssen – wenn gar abwendbar gefährliche Verläufe möglich erscheinen – erkannt und versorgt werden, insbesondere Erkrankungen mit längerer schleicher Entwicklung wie bestimmten Formen der MS oder Tumoren oder Erkrankungen mit untypischen Verläufen. Hierzu zählen Hyperparathyreoidismus, Hyperthyreose, Hypothyreose, Porphyrie, paraneoplastische Symptome, Lupus erythematodes visceralis, M. Boeck, Hirn- und Rückenmarkstumoren, Erkrankungen peripherer Nerven, Stadien einer Borreliose u. a.

Es muss nun fernerhin zwischen funktionellen Störungen im engeren Sinne und den somatoformen Störungen unterschieden werden. Die Erscheinungs-Ähnlichkeit der Krankheitsbilder rechtfertigt, dass man in der Allgemeinpraxis zunächst von funktionellen Beschwerden (FS) als Oberbegriff ausgeht, also eine Zuordnung noch nicht vornimmt. Häufig lässt dann erst der Verlauf zwischen den beiden Kategorien unterscheiden.

Steht eine somatoforme Störung im Vordergrund, ist die psychosomatische Funktion und die damit verbundenen Besonderheit

schon beim diagnostischen, sicher aber beim therapeutischen Vorgehen zu beachten. Nur in der engen Beziehung zum Leidenden erschließt sich dem Arzt die Diagnose (v. Uexkuell 1996) [27].

Weitere psychische Erkrankungen sind abzugrenzen, die möglicherweise differenziert behandelt werden müssen. Eine häufige Differenzialdiagnose ist die Depression mit körperlichen Symptomen sowie die Angststörung in ängstlich bis ängstlich-hypochondrischer Selbstbeobachtung: 16,1 bis 21,9% der 1046 untersuchten holländischen Allgemeinpatienten mit somatoformer Störung wiesen zusätzlich Kriterien einer Angst- oder depressiven Störung auf (De Waal 2004, s. o.).

### Psychosomatik

Während unser Text auf unerklärable körperliche Beschwerden fokussiert, kann eine gewisse Ungeduld aufkommen, dass er so wenig zur Psychosomatik sagt.

Dies hat mehrere Gründe. Erstens entlastete die ICD-10 unser Thema vom Neurosenkonzept, welches fest mit der psychosomatischen Lehre verbunden steht. Nur frei hiervon kann man hoffen, den erweiterten Begriff des Funktionellen wieder einzuführen. Dies bedeutet keine Abwertung oder Geringschätzung. Denn wenn es um die „Beziehungsdiagnose“ geht, also um das Wahrnehmen der Patientenwirklichkeit und das Zustandekommen eines therapeutischen Bündnisses, sind nach unserer Auffassung weiterhin die Techniken der psychosomatischen Grundversorgung und der Psychotherapie bestens geeignet und unverzichtbar!

Zweitens haben die typischen psychosomatischen Erkrankungen überwiegend andere ätiologische Konzepte erhalten: Die CED (chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) gelten als Autoimmun- oder stattgehabte Viruskrankheiten, das Asthma als allergische Entzündung, das Magengeschwür als Dysbalance zwischen Säure und Schleimhautschutz in Anwesenheit von spezialisierten Bakterien, die Angina pectoris als Ausdruck eines Gefäßprozesses usw. Unbenommen davon bleibt jedoch weiterhin die Frage zu beantworten, warum nur einige Menschen unter gleichen Belastungen erkranken, viele aber nicht. Vielleicht sind genetische Dispositionen doch nicht gleichbedeutend mit psychosomatischen Mechanismen!? Therapeutisch hätte Letzteres möglicherweise heute immer noch die größere praktische Konsequenz.

Zwei Hoffnungen möchten wir abschließend äußern:

- Die von uns vorgeschlagene begriffliche (und inhaltliche) Öffnung möge hausärztlich tätige Ärzte ermutigen, sich von einer allzu psychiatrisierenden Sicht zu lösen. Dies erlaubt vielleicht, das *eigentliche* individuelle Leiden der jeweiligen Patienten zu erfassen und enger zu begleiten, indem die biopsychosozialen Ursachen evtl. *zusammen* mit den Funktionen im Uexkuell'schen Sinne stärkere Beachtung finden.
- Es möge von unserem Vorschlag ein hausärztlicher Beitrag zu einem neuen Konzept medizinisch unerklärlicher Beschwerden in der Allgemeinpraxis angestoßen werden, z. B. durch die vorbereitende Beteiligung am DSM V, wie von dort gewünscht (!), (s. Kupfer DJ et al.).

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

## Literatur

- <sup>1</sup> Rosendal M, Bro F, Fink P, Christensen KS, Olesen F. Diagnosis of somatization: effect of an educational intervention in a cluster randomised controlled trial. *Brit J Gen Pract* 2003; 53: 917–922
- <sup>2</sup> Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatry comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12: 34–43
- <sup>3</sup> Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 15–21
- <sup>4</sup> Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics* 2003; 44: 471–478
- <sup>5</sup> Taylor RE, Mann AH. Somatization in primary care. *J Psychosomatic Res* 1999; 47: 61–66
- <sup>6</sup> Abholz H-H, Hager WC, Rose CM. Der Behandlungsanlaß – Oberfläche und Hintergrund. *Zeitschr Allg Med* 2001; 77: 409–414
- <sup>7</sup> McCahill ME. Somatoform Disorders and Related Syndromes In: Taylor RB (ed). *Family Medicine, Principles and Practice*. 5<sup>th</sup> ed. Springer, New York 1997
- <sup>8</sup> Reid S, Crayford T, Patel A, Wessely S, Hotopf M. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2003; 33: 519–524
- <sup>9</sup> Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, Evaluation, therapy, and outcome. *Amer J Med* 1989; 86: 262–266
- <sup>10</sup> Kroenke K, Jackson JL. Outcome in general medical patients presenting with common symptoms: a prospective study with a 2-week and a 3-month follow-up. *Fam Pract* 1998; 15: 398–403
- <sup>11</sup> Henningsen P, Hartkamp N, Loew M, Sack M, Scheidt CE. Leitlinie Nr. 051/002 Somatoforme Störungen. 2: Somatisierungsstörung, 3: Undifferenzierte Somatisierungsstörung. AWMF online 2001
- <sup>12</sup> De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, v. Hemert AM. Somatoform disorders in general practice. *BJ Psychiatr* 2004; 184: 470–476
- <sup>13</sup> Fink P, Soerensen L, Engberg M et al. Somatization in primary care. *Psychosomatics* 1999; 40: 330–338
- <sup>14</sup> Horn E. Über den ärztlichen Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen. *ZFA* 2000; 77: 127–131
- <sup>15</sup> Wilkie A, Wessely S. Patients with medical unexplained symptoms. *B J Hosp Med* 1994; 51: 8
- <sup>16</sup> Escobar JI et al. Somatisation disorder in primary care. *B J Psychiatr* 1998; 173: 262–266
- <sup>17</sup> Kroenke K et al. Multisomatoform Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 352–358
- <sup>18</sup> Sharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance? *B J Psychiatry* 2004; 184: 465–467
- <sup>19</sup> Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of “functional” somatic symptoms. *B J Gen Pract* 1991; 41: 454–458
- <sup>20</sup> Sharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance? *B J Psychiatry* 2004; 184: 465–467
- <sup>21</sup> Kupfer DJ, First MB, Regier DA. *A Research Agenda for DSM-V™*. American Psychiatric Publishing Inc. 2002
- <sup>22</sup> Morschitzky H. *Somatoforme Störungen*. Springer, Wien 2000
- <sup>23</sup> American Psychiatric. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. In: Saß H, Wittchen HU, Zauding M (eds). Bearbeitung). Hogrefe, Göttingen 1996
- <sup>24</sup> Jackson JL, Kroenke K. The effect of onmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med* 2001; 134: 889–897
- <sup>25</sup> Sharp M, Carson A. “Unexplained” somatic symptoms, functional syndromes and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001; 134: 926–930
- <sup>26</sup> Jobst D, Abholz HH. *Allgemein- und Familientherapie*. In: Cochen MM (Hrsg.). 3. Auflage. Thieme, Stuttgart, 3. Auflage in Vorbereitung 2004
- <sup>27</sup> Uexküll T, Wesiack W. *Kommunikation als semiotisches Modell, in Psychosomatische Medizin*. In: Uexküll T (Hrsg.). 5. Auflage. Urban und Schwarzenberg, München 1996

---

### Zur Person



Dr. Detmar Jobst  
D. Jobst ist seit 15 Jahren Allgemeinarzt in Bonn und Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren an der Abtlg. Allgemeinmedizin in Düsseldorf.  
Forschungsarbeiten: Eigenblutbehandlung, intestinale Candidose, Diagnostik somatoformer Störungen, Konsultationsanlässe in der Allgemeinpraxis.  
Mitautor der DEGAM-Leitlinie „Rhinosinusitis“.  
Hessischer Naturheilkundepreis 2003.