

C. Dörr¹
P. Maisel²
N. Donner-Banzhoff³
E. Baum³

Aus dem Lebenslauf einer hausärztlichen Leitlinie

Von der Aktualisierung der Leitlinie (LL) Müdigkeit zu einem Plädoyer für die Psychosomatische Grundversorgung

About the Career of a Guideline for General Practitioners – From the Update of our Fatigue-Guideline to Advocacy for Basic Psychosomatic Supply

Zusammenfassung

Hintergrund: Die DEGAM-Leitlinie Nr. 2 Müdigkeit steht nach Ablauf des „Verfallsdatums“ zur Überarbeitung an. **Methoden:** Wir sichteten die Literatur seit 2001 erneut nach den Schlagwörtern fatigue und general practice und führten zudem gezielte Recherchen zu kontroversen Punkten und verwandten Leitlinien durch. **Ergebnisse:** Im Wesentlichen wurden die Aussagen der bisherigen Leitlinie bestätigt: Depression ist die häufigste Ursache primär unklarer Müdigkeit. Kognitiv-behaviorale Verfahren und körperliche Aktivierung sind die am besten belegten Therapieverfahren bei diesem Symptom. In einigen Punkten waren Ergänzungen und leichte Modifikationen erforderlich, die genauer beschrieben werden. **Schlussfolgerung:** Der Beratungsanlass Müdigkeit stellt weiterhin eine Herausforderung für den Hausarzt dar. Vertiefte Kenntnisse über die psychosomatische Grundversorgung sind dabei hilfreich und unentbehrlich für eine qualitativ gute Patientenversorgung.

Schlüsselwörter

Müdigkeit · Hausarzt · Depression · Verhaltensberatung · Psychosomatische Grundversorgung

Abstract

Background: The guideline fatigue of the German Scientific Association of General Practice/Family medicine (DEGAM) needs updating. **Methods:** We screened for literature with the terms fatigue and general practice since 2001 and searched in depth for controversial subjects and similar guidelines. **Results:** The key-messages of the present guideline were generally confirmed. Depression is the most important diagnosis to consider in patients presenting with fatigue. The interventions with the best available evidence were cognitive-behavioral-therapy and physical activation. Only slight changes and additions had to be made which are described in the article. **Conclusion:** Fatigue as reason for encounter is still a challenge for General Practitioners/Family Medicine. Well developed communication skills and a thorough understanding of psychosomatic relationships are required in the care for this group of patients.

Key words

Fatigue · general practice · depression · behavioral therapy · basic psychosomatic care

Auf dem Hausärztetag 1996 in Dortmund verabschiedete die DEGAM einen Grundsatzbeschluss, eigene evidenzbasierte hausärztliche LL zu entwickeln.

1997 nahm unsere Gruppe die Arbeit auf. Unser ursprüngliches Thema hieß: „Patienten ohne Organbefund“ und sollte das Feld der Patienten ohne Organerkrankungen und mit Somatisierung

Institutsangaben

¹ Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Vertragsärztin in Burgwedel, Lehrbeauftragte MH Hannover

² Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin Universität Münster, Arzt für Allgemeinmedizin mit Vertragsarztsitz

³ Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin Universität Marburg

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christa Dörr, Fachärztin für Allgemeinmedizin · Von-Eltz-Str. 22 · 30928 Burgwedel · E-mail: c.doerr@doerr-pohl.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 219–222 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-933432
ISSN 0014-336251

gen = „körperliche Beschwerden ohne organischen Befund“ abdecken. Da jedoch nur selten ein Patient sich mit dem Label „organgesund“ in der Praxis vorstellt, einigten wir uns bald in der Arbeitsgruppe darauf, das diffuse Beschwerdebild „Müdigkeit“ mit hoher psychischer Morbidität in Form einer LL besser als bisher handhabbar zu machen.

Neben dem Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe durch sinnvolle somatische Diagnostik war es unser Anliegen, die Bedeutung einer bio-psycho-sozial definierten Arzt-Patientenbeziehung herauszuarbeiten.

Wir haben versucht, praxistaugliche Hinweise auf die Ätiologie der Beschwerden und den Umgang damit zu geben, ohne unge-rechtfertigte Ängste und erneute Fehlleitungen der Patienten-karriere zu provozieren.

Um einer einseitigen somatischen Fixierung dieser Patienten-gruppe entgegenzuwirken, haben wir die Notwendigkeit einer psycho/somatischen Simultandiagnostik von Anfang an betont.

Als Schutz vor überzogenen Patientenansprüchen haben wir ein Ressourcen schonendes anamnestisch-diagnostisches Basispro-gramm festgelegt. Im Bewusstsein der Gratwanderung zwischen Akzeptanz des Leidensdruckes und der Gefahr, dem sekundärem Krankheitsgewinn Vorschub zu leisten, haben wir Umsetzungs-hilfen für das Arzt-Patientengespräch angeboten.

Schließlich haben wir Hinweise zusammengestellt, wann wel-che erweiterte Diagnostik sinnvoll sein kann.

Ende 2001 hatte unsere LL den spezifischen Werdegang einer S3-LL erfolgreich absolviert und wurde 2002 nach dem Thema „Brennen beim Wasserlassen“ als zweite DEGAM-LL publiziert [1].

Die Resonanz nach der Veröffentlichung hielt sich in Grenzen, 2900 Exemplare wurden verkauft.

Da das Mindesthaltbarkeitsdatum am 31.12.2005 abließ, began-nen wir im Laufe des Jahres 2005 mit der Aktualisierung. Diese wird im Jahr 2006 abgeschlossen. Derzeit sind keine Restexem-plare der alten Leitlinie mehr verfügbar, sie steht jedoch im In-ternet unter www.degam.de.

Welche neuen Erkenntnisse haben sich während der letzten vier Jahre ergeben? Wir hatten immer ein waches Auge auf die Publi-kationen über das Thema, zusätzlich führten wir nochmals schwerpunktmäßig systematische Literaturrecherchen, ins-besondere zur Müdigkeit im hausärztlichen Bereich einschließ-lich Prognose, zum chronischem Müdigkeitssyndrom ein-schließlich therapeutischer Optionen, zu Zöliakie und Müdigkeit sowie zu Eisenmangel und Müdigkeit durch. Einzelheiten zu den Neuerungen sind dann der revidierten Fassung zu entnehmen, die im Laufe dieses Jahres herauskommen wird.

Nach wie vor hat das chronische Müdigkeitssyndrom (chronic fatigue syndrome CFS), das im angloamerikanischen Bereich breit diskutiert wird, in unserem Kulturkreis nur einen geringen Stellenwert. Eine neue Metaanalyse ergab, dass Patienten mit

CFS einen deutlich erhöhten Depressionsscore aufweisen. Kon-sultationsverhalten und Schwere der Somatisierung korrelieren mit dem Ausmaß von Angst und Depressivität. Auch bei Patien-ten, die nicht die Kriterien für das CFS erfüllen, sind Depres-sionen die häufigste Ursache primär ungeklärter Müdigkeit [2].

Insgesamt können multiple subjektive Beschwerden (Sympto-me) bei Praxispatienten mit Müdigkeit assoziiert sein; bei Mü-digkeits-Patienten scheint die Fähigkeit zur Krankheitsbewälti-gung (Coping) geringer ausgeprägt zu sein als bei sonstigen Pa-tienten [3].

Fehlende soziale Unterstützung wirkt beim chronischen Müdig-keitssyndrom symptomverstärkend und steigert die begleiten-den funktionellen Beeinträchtigungen [4].

Insgesamt wurden unsere Aussagen zum chronischen Müdig-keitssyndrom durch die neuere Literatur bestätigt und damit ge-festigt: Kognitiv-Behaviorale Therapie und körperliche Aktivie-rung sind Level-A-Empfehlungen [5].

Nach zwei neuen Untersuchungen in allgemeinmedizinischen Praxen ist die Prävalenz der Zöliakie bei Erwachsenen höher als bisher angenommen. Zum Teil war das präsentierte Symptom Müdigkeit [6, 7]. Allerdings ist eine entsprechende Abklärung nur bei zusätzlichen Symptomen (gastrointestinal, Anämie) an-gezeigt.

Erneut stellte sich uns die Frage, ob man bei Müdigkeit insbeson-dere von prämenopausalen Frauen nach Eisenmangel screenen und dann therapieren sollte. Zwei neuere Studien ergaben hier-für Hinweise. Sie waren allerdings methodisch schwach [8, 9]. Unsere intensive Recherche ergab dann: Die Befunde bei Eisen-mangel ohne Anämie sind so inkonsistent, dass man hier keine klare Empfehlung aussprechen kann. Es ist unwahrscheinlich, dass eine generelle Eisensubstitution in diesem Fall das Problem der Müdigkeit löst, weil dies meistens durch andere Faktoren viel wesentlicher getriggert wird. Dem Nutzen eines Behand-lungsversuchs mit einer prima vista weitgehend ungefährlichen oralen Therapie, die ohne Anämie aber ab 12 Jahren nicht zu-lasten der GKV verordnungsfähig ist, steht das Risiko der Fixie-rung auf einen inadäquaten Lösungsansatz gegenüber.

Die positive Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie lässt sich – zumindest beim chronischen Müdigkeitssyndrom – in-zwischen gut belegen, dabei scheint die Erfolgsrate abhängig zu sein von der Erfahrung des Arztes mit dieser Methode [10, 11], deren Elemente auch im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) eingesetzt werden können.

Mögliche Ziele hausärztlicher Interventionen können sein:

- unangemessene Gedanken/Gedankenfehler bewusst zu ma-chen;
- Patienten darin zu unterstützen, hilfreiche Gedanken auf-zubauen;
- nützliche Empfehlungen zu geben, wie mit belastenden All-tagssituationen besser als bisher umgegangen werden kann.

Die Bedeutung von Krankheits-Attributionen für die Prognose lässt sich inzwischen besser belegen. Damit wird die Frage

nach den Vorstellungen des Patienten (subjektive Krankheitstheorie) ins Zentrum des Arzt-Patienten-Gesprächs gerückt. Erst wenn medizinisch nicht gerechtfertigte Erwartungen bzw. Vorstellungen bekannt sind, können diese bearbeitet und dadurch die Patientenaufklärung und Verhaltensberatung verbessert werden.

Neue Empfehlungen

Zu den bisherigen Laborparametern TSH, Blut-Glukose, ggf. weitere Diabetes-Diagnostik, Blutbild, BSG (alternativ CRP) erscheint die Bestimmung der Transaminasen anstelle der GGT sinnvoll, weil dadurch spezifischer solche Lebererkrankungen erkannt werden, die mit Müdigkeit assoziiert sind [12]. Als sensitivster Parameter ist weiterhin auch die GGT akzeptabel [13]. Es genügt in der Regel ein „Leberwert“ als Suchtest. Die Datenlage zu diesen Empfehlungen ist allerdings weiterhin sehr schwach [14].

Um Beeinträchtigungsschwere und soziale Auswirkungen des Symptoms „Müdigkeit“ besser einschätzen zu können, empfehlen wir bei gravierenden und andauernden Beschwerden zusätzlich eine Fremdanamnese zu erheben, sofern der Patient damit einverstanden ist.

Ein Symptomtagebuch, in dem auch die jeweilige Symptomstärke im Verlauf notiert wird, kann helfen, die Arzt-Patientenkontakte besser zu strukturieren und vermittelt dem Patienten das Gefühl, mit seinen Beschwerden ernst genommen zu werden.

Eine Überweisung zur Psychotherapie halten wir erst dann für sinnvoll, wenn der Hausarzt die Möglichkeiten der psychosomatischen Grundversorgung ausgeschöpft hat und mit dem Patienten bereits eine ausreichende Behandlungsmotivation erarbeitet wurde.

Neben dem Kostenaspekt ist für unsere Empfehlung maßgeblich, dass an dieser „Schnittstelle“ für ungenügend vorbereitete oder unzureichend motivierte Patienten eine erhebliche Verletzungsgefahr besteht. Das Gefühl, „abgewimmelt“ zu werden, stellt für die Arzt-Patientenbeziehung eine starke Belastung dar und kann den weiteren Krankheitsverlauf sehr negativ beeinflussen.

Zur Abklärung und Behandlung vermuteter psychiatrischer Komorbidität empfehlen wir ein gut vorbereitetes psychiatrisches Konsil bei differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten oder Überforderung der therapeutischen Möglichkeiten des Hausarztes.

Am Beispiel der LL „Müdigkeit“ haben wir zwei Aspekte der DEGAM-Fachdefinition [1, 15] „Allgemeinmedizin“ besonders herausgearbeitet:

„Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis)“.

„Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld“.

Voraussetzungen dafür, dass wir diesen Ansprüchen gerecht werden können, sind die allgemeine Anerkennung hausärztlicher Koordinierungsfunktion und die Gewährleistung eines zeitnahen und regelmäßigen Informationsaustausches aller Beteiligten mit dem Hausarzt.

Ein Blick auf das Kurrikulum der Bundesärztekammer (BÄK) zur Psychosomatischen Grundversorgung [16] belegt die Bedeutung der PSGV für unsere hausärztliche Arbeitsweise:

Dort werden als Qualitätsziele genannt:

- das Erkennen psychosozialer Befunde
- die Entwicklung des psychosozialen Krankheitsverständnisses
- die Behandlungszufriedenheit des Arztes/Patienten
- die Arzt-Patient-Beziehung
- die Vermeidung einer Chronifizierung
- die gezielte Behandlung
- der kollegiale Austausch.

Anhand dieser Gemeinsamkeiten wird die Notwendigkeit deutlich, dass die Inhalte der Psychosomatischen Grundversorgung innerhalb unserer Fachgruppe von allen, – gerade auch denjenigen, die keine strukturierte Weiterbildung durchlaufen haben – als essenzielles Handwerkszeug akzeptiert werden. Das bedeutet aber gleichzeitig für alle die Pflicht und die Bereitschaft, sich diese basalen Fertigkeiten anzueignen und sie regelmäßig einzusetzen. Diskussionen darüber, dass diese Basics nur fakultativ angewandt werden können wie z.B. Allergietests, müssen genauso endgültig der Vergangenheit angehören wie die Diffamierungen der PSGV als lästiges Beiwerk ungeliebter Hausarztverträge.

Zur besseren Akzeptanz könnte beitragen, wenn sich die entsprechenden Weiterbildungskurse deutlicher an unserem hausärztlichen Alltag ausrichteten. Ein kurzfristig realisierbarer Vorschlag wäre, psychotherapeutisch erfahrene Hausärzte bevorzugt mit dieser Lehraufgabe zu betrauen.

Interessenkonflikte: keine.

Literatur

- ¹ DEGAM-Leitlinie Nr.2 Müdigkeit. Omikron publishing, Düsseldorf 2002
- ² Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic review. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 538 – 533
- ³ Stubhaug B, Tveito TH, Eriksen HR, et al. Neurasthenia, subjective health complaints and sensitization. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 1003 – 1009
- ⁴ Prins JB, Bos L, Servaes P, et al. Social support and the persistence of complaints in chronic fatigue syndrome. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 174 – 182

- ⁵ Rimes KA, Chalder T. Treatments for chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine* 2005; 55: 32–39
- ⁶ Hin H, Bird G, Fisher P, et al. Coeliac disease in primary care: case finding study. *BMJ* 1999; 318: 164–167
- ⁷ Sanders DS, Patel D, Stephenson TJ, et al. A primary care cross-sectional study of undiagnosed adult celiac disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 407–413
- ⁸ Patterson AJ, Brown WJ, Roberts DCK. Dietary and supplement treatment of iron deficiency. Results in improvements in general health and fatigue in Australian women of childbearing age. *J Amer Coll Nutr* 2001; 20: 337–342
- ⁹ Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi CL, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 1124–1126
- ¹⁰ Huibers MJ, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 240–246
- ¹¹ Prins JB, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 841–847
- ¹² Salazar AE, Hermogenes PW, Yens DP. Incidence of Hepatitis C in Patients with Chronic Elevations of Aminotransferases. *J Am Boart Fam Pract* 1996; 9: 157–161
- ¹³ Sheehan M, Haythorn P. Predictive Values of Various Liver Function Tests with Respect to the Diagnosis of Liver Disease. *Clin Biochem* 1979; 12: 262–263
- ¹⁴ Valdini AF, Steinhardt S, Feldman E. Usefulness of a Standard Battery of Laboratory Tests in Investigating Chronic Fatigue in Adults. *Fam Pract* 1989; 6: 286–291
- ¹⁵ DEGAM-Fachdefinition (Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002). www.degam.de
- ¹⁶ Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung; Band 15

Zur Person



Dr. med. Christa Dörr,
 – verh. 3 erwachsene Kinder
 – Medizinstudium in Hannover
 – FA Allgemeinmedizin und Psychotherapeutische Medizin
 – hausärztliche Praxis seit 1988 in Burgwedel, seit 2002 fachübergreifende hausärztlich/psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis
 – Lehrbeauftragte der MHH
 – Berufspolitisches Engagement in Kammer, KVN und Hausärzterverband

„Menschen in Bewegung; Multidimensionale Neuausrichtung in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen“

W. Harter, F. Schifferdecker-Hoch, H. E. Brunner, A. Denner
 2005. Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 200 Seiten, 39,95 Euro
 ISBN 3-7691-0465-X

In dem Buch werden die real bestehenden Defizite der Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nachgezeichnet und auch konkrete Lösungsvorschläge, allerdings aus einer sehr „orthopädischen“ Perspektive, gemacht. Einen breiten Raum nimmt das Versorgungskonzept der IGOST (interdisziplinäre Gesellschaft für Orthopädische und Unfallchirurgische Schmerztherapie) ein, deren Präsident Dr. Brunner ist. Um ein eigenes Bild zu erhalten empfiehlt sich ein Besuch der inzwischen von Schuldzuweisung an Hausärzte entschärften Webseite (www.igost.de).

Basis des Konzeptes ist unter anderem der nicht validierte sog. Heidelberger Kurzfragebogen zur Erkennung von (psychosozialen) Risikofaktoren zur Chronifizierung von Rückenschmerzen. Erstaunt nimmt der Hausarzt wahr, dass bereits der Verdacht auf „komplizierte Rückenschmerzen“, die hier als „orange flags“ von den klassischen „red flags“ (Lähmungen, Cauda-equina-Syndrom etc.) abgetrennt sind, eine zügige Überweisung zum Orthopäden notwendig macht. Interessant sind Vorschläge zur standardisierten Dokumentation. Bereits frühzeitiger als bisher (nach 4 Wochen Beschwerden bei arbeitenden Patienten oder 8 Wochen bei nicht arbeitenden Patienten) soll eine interdisziplinäre

linäre Evaluation, die psychosoziale Aspekte miterfasst, und gegebenenfalls multimodale Therapie durchgeführt werden.

Ein Modell wie die interdisziplinäre/multimodale Therapie, die ja flächendeckend nicht zur Verfügung steht, strukturell umgesetzt werden kann, ist z.B. das von den Autoren Denner und Harter betriebene Forschung- und Präventionszentrum (FPZ) Köln (www.fpz.de). Zwar sind multimodale Interventionen nachweislich bei chronischen Rückenschmerzen am effektivsten, ob solche Einrichtungen und ein so zügiger Zugang erfolgreicher (und effizienter) sind als die bisherige Rehabilitation über Rententräger gilt es noch zu beweisen.

Im Kapitel „Prävention“ wird das Gütesiegel der „Aktion Gesunder Rücken e.V.“ vorgestellt (www.agr-ev.de). Ob es sich dabei um eine seriöse Zertifizierung (nach welchen Kriterien?) oder einen Verein zur Förderung des Verkaufs von ausgewählten „rückengerechten“ Produkten handelt, bleibt auch nach einem Besuch auf der Webseite unklar.

Im letzten Abschnitt „Zukünftige Entwicklungen“, werden allgemeine Reflektionen über Probleme im Gesundheitssystem und „unangemessene“ Anspruchshaltungen von Patienten gemacht, denen sich wohl viele Ärzte anschließen könnten. Insgesamt fehlt dem Kapitel wie auch dem ganzen Buch der rote Faden. Eigene Arbeiten nehmen zum Teil einen zu breiten Raum ein. Einzelaspekte werden vertieft, während andere wichtige Aspekte nur oberflächlich behandelt werden. Defizitanalyse, Verbesserungsvorschläge und allgemeine Reflektionen stehen etwas unverbunden nebeneinander.

Dr. Jean-François Chenot, MPH, Göttingen