AWMF online

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO)

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 033/046	Entwicklungsstufe:	1	nicht aktualisiert

Somatoforme Störungen / Fibromyalgie

Ziele und Inhalte der Leitlinie

Diese Leitlinie gilt für Patienten des orthopädischen Fachgebietes,deren (Schmerz-)Leiden durch organische Befunde nicht ausreichend erklärt werden kann und bei denen psychosoziale Faktoren erhebbar sind, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzen ursächlich beitragen. Ziele sind die bessere Früherkennung betroffener Patienten sowie die Darstellung des angemessenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens.

Krankheitsbilder im engeren Sinne

Unter die Leitlinie fallen die Krankheitsbilder der somatoformen Störungen, so wie sie im Kapitel F45 der ICD-10 (Da uneinheitlich beurteilt wird, ob somatoforme Störungen besser durch die ICD-10 oder durch die DSM-IV definiert werden, werden beide Klassifikationen angeführt.) definiert werden.
Somatoforme Störungen werden in Deutschland traditionell auch als

- Psychogene Störungen
- Funktionelle Störungen
- Vegetative Dystonie
- Allgemeines psychosomatisches Syndrom
- Konversionshysterie, Briquet-Hysterie
- Psychische Überlagerung

bezeichnet. Diese Bezeichnungen sind nicht operationalisiert und sollten vermieden werden.

Die Unterkategorisierungen der ICD-10 sind bezüglich ihrer Trennschärfe nur für die Somatisierungsstörung überprüft. Gleichzeitiges Vorkommen verschiedener Störungsbilder ist wahrscheinlich.
Für das Fachgebiet der Orthopädie kann angenommen werden, dass die Schmerzstörung quantitativ am wichtigsten ist.
In den weiteren Kapiteln wird der übergeordnete Begriff der somatoformen Störung verwendet.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4 bzw. DSM-IV 307.80 und 307.89)

- Schmerzen, die im Mittelpunkt der klinischen Aufmerksamkeit stehen. Psychische Faktoren sind wichtig für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen.
    - Schmerzen in einer oder mehrerer anatomischer Region(en) stehen im Vordergrund des klinischen Bildes und sind von ausreichendem Schweregrad, um klinische Beachtung zu rechtfertigen (nach ICD-10: organisch nicht ausreichend erklärbare Schmerzen!).
    - Der Schmerz verursacht Beeinträchtigungen
    - Psychische Faktoren spielen entweder die Hauptrolle (DSM-IV 307.80) oder sind neben organischen Faktoren wichtig (DSM-IV 307.89).
        - Akut: Dauer kürzer als 6 Monate
        - Chronisch: Dauer länger als 6 Monate

  Orthopädische Relevanz: Das häufigste psychosomatische Krankheitsbild im Fachgebiet der Orthopädie! Insbesondere vertebragene Schmerzbilder (Zervikalgie, Dorsalgie, Lumbalgie, rezidivierende Gelenkfunktionsstörungen), auch postoperativ anhaltende Schmerzbilder (z.B. Postnukleotomie- und Postlaminektomiesyndrom).

Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0 bzw. DSM-IV 300.81)

- (wurde historisch auch Hysterie und Briquet-Syndrom genannt)
- eine polysymptomatische Störung, die über mehrere Jahre anhält und charakterisiert ist durch eine Kombination von organisch nicht ausreichend erklärbaren Schmerzen, gastrointestinalen, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen mit Behandlungen und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (In dieser Extremform relativ selten.)
    - Vier Schmerzsymptome: eine Vorgeschichte von S-S., die mindestens vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen (z.B. Kopf, Abdomen, Rücken, Gelenke, Extremitäten, Brust, Rektum, während der Menstruation, während des Geschlechtsverkehrs oder während des Wasserlassens)
    - Zwei gastrointestinale Symptome: eine Vorgeschichte von mindestens zwei GI-S. außer Schmerzen
    - Ein sexuelles Symptom: eine Vorgeschichte von mindestens einer Störung im Bereich Sexualität oder Fortpflanzung außer Schmerzen
    - Ein pseudoneurologisches Symptom: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom oder Defizit (außer Schmerz), das einen neurologischen Krankheitsfaktor nahelegt.
    - Entweder kann nach adäquater Untersuchung keines der Symptome vollständig durch einen bekannten organischen Krankheitsfaktor ausreichend erklärt werden, oder die Beschwerden und die sozialen Beeinträchtigungen gehen über das hinaus, was organisch erklärt werden kann.
- Orthopädische Relevanz: Schmerzen der Haltungs- und Bewegungsorgane neben Schmerzen und Beschwerden von Organen, die durch andere Fachgebiete behandelt werden.

Undifferenzierte somatoforme Störung (ICD-10 F45.1 bzw. DSM-IV 300.81)

- Nicht erklärbare körperliche Beschwerden, die mindestens sechs Monate bestehen und unterhalb der Schwelle für die Diagnose der Somatisierungsstörung liegen; sie führen zu bedeutsamer Beeinträchtigung.
    - Eine oder mehrere körperliche Beschwerde(n) (z.B. Müdigkeit, Appetitlosigkeit, gastrointestinale oder urologische Beschwerden).
    - Die Symptome sind entweder nicht ausreichend organisch zu erklären oder die Beeinträchtigungen gehen über das hinaus, was organisch zu erklären ist.
- Orthopädische Relevanz: siehe unter Somatisierungsstörung. Die Diagnose hat eine niedrige Schwelle und daher bei großer Häufigkeit wenig Aussagekraft; (es fehlt in ICD und DSM eine Kategorie für mittelschwere Störungen zwischen Somatisierungsstörung und undifferenzierter somatoformer Störung.)

Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F 45.3)

- Störungen autonom innervierter Organe, die organisch nicht ausreichend zu erklären sind; sie führen zu bedeutsamer Beeinträchtigung.
- Der Patient beharrt auf einer organischen Ursache.
- Orthopädische Relevanz: Symptome der Pollakisurie oder Dysurie können diskogene Erkrankungen mit Konus-Kauda-Symptomatik vortäuschen.

Konversionsstörung (ICD-10 F44.4-F44.9 bzw. DSM-IV 300.11)

- Organisch nicht ausreichend erklärbare Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen, die eine neurologische oder sonstige somatische Störung nahe legen; sie führen zu bedeutsamer Beeinträchtigung.
- Psychische Faktoren sind für die Symptome wichtig.
- Orthopädische Relevanz: Astasie, Abasie, organisch nicht erklärbare Dystonie (z.B. in Narkose voll redressierbarer Klumpfuß ohne organische Ursache), Lähmungssymptome und weitere Störungen der neurophysiologischen Funktionen der Haltungs- und Bewegungsorgane, deren organischer Nachweis nicht ausreichend gelingt.

Hypochondrie (ICD-10 45.2 bzw. DSM-IV 300.7)

- Übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was zu Fehlinterpretation von körperlichen Symptomen oder körperlichen Funktionen durch die betroffene Person beruht; sie führen zu bedeutsamer Beeinträchtigung.
- Auch nach organischer Abklärung verbleibt diese Beschäftigung. Wahnhafte Vorstellungen sind jedoch ausgeschlossen.
- Orthopädische Relevanz: bei allen funktionellen und strukturellen Störungen kann die Hypochondrie Befund verursachend oder verschlimmernd wirken.

Körperdysmorphe Störung (ICD-10 F45.2 bzw. DSM-IV 300.7)

- Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten oder überbewerteten Mangel oder einer Entstellung des körperlichen Aussehens; sie führen zu bedeutsamer Beeinträchtigung.
- Orthopädische Relevanz: Übermäßige Beschäftigung z.B. mit einer geringfügigen Skoliose und mit konstitutionellen Beinachsfehlern; häufig auch mit Schmerzen verbunden.

Sonstige somatoforme Störungen (ICD-10 F45.9 bzw. DSM-IV 300.81)

- Weitere organisch nicht ausreichend erklärbare Körperstörungen, die durch die bisherigen Diagnosen nicht erfasst werden können.
- Orthopädische Relevanz: Krankheitsbilder, die vertebragen oder myogen verursacht sein können, für deren organische Verursachung jedoch keine ausreichenden Belege gefunden werden: psychogener Schiefhals, Globus hystericus, nicht organische Schluckstörungen.

Weitere Krankheitsbilder

- Die Fibromyalgie (oder auch: GTM =Generalisierte Tendo-Myopathie) wird weder auf Grund objektivierbarer und spezifischer Befunde diagnostiziert, noch stellt sie als nosologische Einheit eine ICD-10 Diagnose dar. Es handelt sich um eine rheumatologische Diagnose, die mit der psychiatrischen Diagnose der somatoformen Schmerzstörung bzw. der undifferenzierten somatoformen und der somatoformen autonomen Funktionsstörung Ähnlichkeiten bis Übereinstimmungen bietet (Smith GRJ, Monson RA, Ray DC (1986): Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. New Engl J Med 314: 1407-1415); dies betrifft insbesondere die (Schmerz-) Symptome der Haltungs- und Bewegungsorgane, die ohne spezifische organische Ursache sind; auch die Zusatzkritierien der Fibromyalgie (affektive, neuroendokrinologische, vegetative und enteral- sowie urogenital-funktionelle Störungen) lassen sich den genannten psychosomatischen Krankheiten zuordnen. Da diese Leitlinie nicht die Diskussion um den nosologischen Stellenwert der Fibromyalgie zu Gegenstand hat, sondern die Diagnostik und Behandlung von Schmerzbildern der Haltungs- und Bewegungsorgane ohne ausreichende organische Erklärbarkeit (somatoforme Störungen), wird die Fibromyalgie in dieser Leitlinie mitberücksichtigt, ohne im Weiteren explizit genannt zu werden (Dabei ist den Autoren bewusst, dass die Fibromyalgie neben dissimierten Schmerzen (an unspezifischen Triggerpunkten) auch psychische Störungen des Affektes (Depressivität) und funktionelle Störungen autonom innervierter Organe umfasst. Aus diesem Grund wird die Fibromyalgie auch "Störungen aus dem affektiven Formenkreis" zugeordnet.). Die Zuordnung er Fibromyalgie zu den psychosomatischen Erkrankungen (also zu den somatoformen Störungen) bietet eine Grundlage, sich fachübergreifend zu verständigen.
- Weitere Diagnosen der nicht organischen Medizin können mit Beschwerden (Schmerzen) einhergehen. Da sie selten sind, werden sie in diesen Leitlinien nicht gesondert bearbeitet, es wird auf die gemeinsamen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) sowie der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) hingewiesen (leitlinien.net/ll_051.htm). Dies betrifft:
    - Neurasthenisches Störungsbild (ICD-10 48.0)
    - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1 bzw. DSM-IV 309.81)
    - Posttraumatische Anpassungsstörung (F43.2 bzw. DSM-IV 309.)
- Auch affektive Störungen und Angststörungen und psychiatrische Erkrankungen können mit Schmerzen der Haltungs- und Bewegungsorgane verbunden sein. Affektive Störungen und Angststörungen werden nicht in dieser Leitlinie abgehandelt. Dies betrifft:
    - Leichte, mittelgradige und schwere Major Depression sowie die depressive Episode (ICD-10 F32, F 33 bzw. DSM-IV 296.2, 296.3)
    - Dysthyme Störung (ICD-10 34.1 bzw. 300.4)

- Angststörung (ICD-10 F41)
- Erkrankungen wie Schizophrenie und weitere psychiatrische Erkrankungen

Abgrenzungen

- Schwierigkeiten der Abgrenzung bestehen bei Beschwerden, die auch organisch verursacht sind, die jedoch im Schmerzverhalten der Patienten auf somatoforme Störungen hinweisen (also "Schmerzstörungen in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor"). Die Schwierigkeiten ergeben sich insbesondere für das Ausmaß notwendiger organischer Diagnostik.
- Weiterhin müssen alle somatoforme Störungen gegenüber klinischen Täuschungsmanövern (Simulation, Aggravation und artifizielle Störungen) abgegrenzt werden. Gemeinsam ist somatoformen Störungen und Täuschungsphänomenen, dass vorgetragene Beschwerden nicht ausreichend organisch erklärt werden können. Die Abgrenzung mit nachfolgender Kategorisierung wird auf zwei Ebenen vorgenommen: Motivation und Symptombildung; auf beiden Ebenen wird das bewusste Erleben hinterfragt.
  - Somatoforme Störungen: Motivation und Symptombildung unbewusst
  - Simulation, Aggravation: Motivation und Symptombildung bewusst (Simulation ist das bewusste Vortäuschen einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken. Sie ist wesentlich seltener als (in der somatischen) Medizin angenommen. Nachweisbar ist sie in Haft- oder Verfolgungssituationen, aber auch zur Vermeidung von Wehrdienst. Aggravation ist dagegen eine - gerade bei sozialrechtlichen Fragestellungen - häufige und für die Ziele des Betroffenen verständliche Handlungsweise.)
  - Artifizielle Störung: Motivation unbewusst, Symptombildung bewusst (Zu artifiziellen Störungen zählen bewusst zugefügte Verletzungen bei unbewusster Motivation)
    - Die Differenzierung zwischen Simulation und somatoformen Störungen gelingt nicht durch Überlistungsmanöver während der Untersuchung (z.B. nicht organische Zeichen nach Waddell und Mitarb., 1980). Die Möglichkeit der Überlistung (z.B. frühe Schmerzangabe beim Lasegue-Test, aber beschwerdefreies Sitzen mit gestreckten Beinen auf der Untersuchungsliege) belegt nur die nicht organische Ursache des Symptoms. Auch Frageinventare zum Nachweis von Simulation existieren nicht (Die *Tatsache des Versichertseins* unterhält und aggraviert somatoforme Störungen. Dies ist jedoch kein Beleg bewusster Motivation und Symptombildung. Beim Anspruchs- insbesondere Renten- und Entschädigungsbegehren muss die Problematik der Auseinandersetzung zwischen Versicherungsträger, Versichertem und Rechtsinstanzen als wichtiger Faktor der Krankheitsgeschichte gewürdigt werden.).
    - Die Abgrenzungen gegen Simulation und Aggravation sind auch in sozialmedizinischer Sicht (Begutachtung) wesentlich (siehe dort).

Therapieziele

Die Therapieziele ergeben sich aus den Beschreibungsdimensionen somatoformer Störungen (Schmerzstörungen)

- Sie sind häufig, die Patienten sind schwierig für den somatisch orientierten Arzt (Orthopäde), wenig motiviert zur Psychotherapie, wechseln häufig den behandelnden Arzt, verursachen hohe Kosten durch wiederholte Diagnostik, Therapie und Arbeitsunfähigkeitsperioden sowie frühzeitiges Berentungsbegehren.

- Sie werden (zu) spät erkannt.
- Orthopäden tragen durch repetitive organbezogene Diagnostik und (invasive) Therapie zur Fixierung auf organische Ursachenüberzeugung und zur Chronifizierung bei.
- Die Patienten weisen eine starke körperliche Ursachenüberzeugung auf.
- Die Patienten leiden oder litten häufig auch an depressiven Störungen und Angststörungen.

Ziele sind also

- Frühzeitiges differentialdiagnostisches Erwägen und Erkennen somatoformer Störungen
- Sekundärprävention durch Verhütung iatrogener Fixierung und Chronifizierung
- Beschwerdelinderung durch Erkennen und Verhüten verschlimmernder Faktoren und durch gestufte Aktivierung
- Erweiterung der organischen zu einer psychosomatischen Ursachenüberzeugung beim Patienten
- Motivierung zuErmöglichung einer sowohl körperlichen als auch psychotherapeutischen Behandlung.
- Änderung der Ursachenüberzeugung.

Vorgehen

Diagnostik

Die diagnostische Sicherung schließt eine ausreichende organpathologische Abklärung (z.B. mittels Bildgebung, Elektrophysiologie und Laboruntersuchung) ein. Eine Diagnostik sollte von Beginn an auch psychosoziale Aspekte umfassen, um zu vermeiden, dass sich der Patient nach organpathologischer Abklärung zur psychosomatischen Diagnostik bzw. Therapie abgeschoben fühlt.
Die diagnostische Sicherung ist wichtig, weil

- somatoforme Störungen nicht nur mit Körperbeschwerden, sondern häufig auch mit Depression und Angst verbunden sind,
- anhaltende somatoforme Schmerzstörungen differenzialdiagnostisch gegenüber Somatisierungstörungen abgegrenzt werden sollen, da hierdurch eine Verschlechterung der Prognose zu erwarten ist und noch höherer therapeutischer Aufwand notwendig wird.

Die Diagnose soll weder leichtfertig noch zu spät gestellt werden. Je später die Diagnose gestellt wird, je mehr stattdessen beschwerdegesteuerte organische Diagnostik durchgeführt wird, umso stärker wird die Ursachenüberzeugung des Patienten organisch determiniert und damit eine Chronifizierung iatrogen begünstigt.

Die Diagnostik beginnt mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer somatoformen Störung. Verdacht sollte dann bestehen,

- wenn Körperbeschwerden über ein halbes Jahr bestehen, ohne dies ausreichend durch organische Gründe und nach körperlicher Diagnostik (Tumor, Entzündung, Organschädigung) erklären zu können,
- wenn neben dem Hauptschmerz (z.B. Rückenschmerz, Nackenschmerz) eine Vielzahl weiterer Beschwerden geklagt werden (Ohrensausen, Kopfschmerz und Migräne, Magen- und Bauchschmerzen, aber auch vegetativ vermittelte Beschwerden wie Schlaf-, Darmmotilitäts-, Konzentrations- und Leistungsstörungen). Die anamnestischen Angaben werden oft weitschweifend bis unklar, klagen bzw. anklagend vorgebracht.
- und wenn eine überwiegend körperliche Ursachenüberzeugung wie auch Behandlungserwartung vermittelt werden.

Voraussetzung für die Verdachtsäußerung ist die angemessene Anamneseerhebung durch den behandelnden Arzt.
Bei jedem Symptomwandel muss erneut eine angemessene organische Abklärung erfolgen (somatoforme Störungen schließen organische Erkrankungen nicht aus).

Bei Verdacht auf Vorliegen einer somatoformen Störung sollte ein Kollege mit schmerztherapeutischer Kompetenz und/oder der Gebiete Psychosomatik oder ggf. Psychiatrie konsultiert werden.

Diagnostik und Diagnosestellung bedürfen gegenüber dem Patienten eingehender und respektvoller Erläuterung, um Missverständnissen vorzubeugen und um auf der Grundlage der Diagnosestellung auch ein tragfähiges therapeutisches Bündnis zu ermöglichen.
Die psychische Diagnostik muss neben den körperlichen Beschwerden auch Affekte, Konflikte, Aspekte der psychischen Struktur sowie biographische (auch posttraumatische), soziale und kulturelle Aspekte berücksichtigen (auch im Sinne aufrechterhaltender Bedingungen). Auch sozialmedizinische Folgen (apparenter oder latenter Berentungswunsch) sind zu erfassen.
Als Goldstandard der Diagnostik somatoformer Störungen gilt das Strukturierte Klinische Interview zur Diagnosestellung nach DSM-IV (SKID, Achse 1. Deutsche Fassung: Wittchen und Mitarb., 1997) (Es handelt sich um ein Fremdrating-Instrument, das durch spezifisch geschultes Personal angewandt wird. Eine Übertragung der Diagnosen auf die ICD-10 ist möglich. Dieses Interview gibt dem Interviewer Reihenfolge und Formulierung der initialen Fragen bei jedem diagnostischen Kriterium genau vor, überlässt ihm (im Gegensatz zu standardisierten Interviews) aber einen anschließenden Freiraum in der Formulierung, um anhand der Antworten des Patienten das Vorliegen des jeweiligen diagnostischen Kriteriums präzise prüfen zu können. Es wird zunächst das Vorliegen der jeweiligen Körperbeschwerden geprüft, anschließend wird durch Zusatzfragen geklärt, ob die Beschwerde organisch nicht ausreichend erklärt und von erheblichem Schweregrad war - erst wenn Vorliegen, nicht ausreichend organische Erklärbarkeit und erheblicher Schweregrad zusammenkommen, wird die Körperbeschwerde als somatoform markiert. Schwierig erweist sich erfahrungsgemäß für den Interviewer die Frage der organischen Erklärbarkeit von Körperbeschwerden. Notwendig ist daher die enge Kooperation zwischen dem Interviewer und dem somatischen Arzt: Nur wenn der somatische Arzt überwiegend psychogene Anteile für das Beschwerdebild wesentlich erachtet, ist die Diagnose einer somatoformen Störung möglich.). Zwar können anhaltende somatoforme Schmerzstörungen auch ohne SKID vermutet werden, Abgrenzungen gegenüber Somatisierungstörungen, Hinweise auf gleichzeitig vorliegende Angststörungen und Depressionen lassen sich jedoch mit ausreichender Validität durch SKID gewinnen.

Therapie

Patienten mit somatoformen Störungen erfordern Geduld und Frustrationstoleranz des Arztes; die Diskrepanz in den

Ursachenüberzeugungen von Arzt und Patient gefährden die Tragfähigkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses. Das Akronym PERLS der Arbeitsgruppe BACK (Behandlung akuter und chronischer Kreuzschmerzen) der Schweizer Ärzteschaft fasst wichtige Verhaltensweisen des Arztes bei Patienten mit somatoformen Störungen zusammen: Partnerschaft, Empathie, Respekt, Loyalität, Support.
Es ist wesentlich,

- frühzeitig den Patienten für eine längerfristige Behandlung zu motivieren
- zu große Erwartungen auf schnelle Therapieerfolge zu dämpfen
- Vernetzung verschiedener Therapieanteile (Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie) zu ermöglichen, jedoch nicht unvorbereitet den Patient zum Psychologen/Fachpsychotherapeuten zu schicken

Gegenüber dem Patienten soll der Arzt

- Klagen ernst nehmen,
- jedoch apparative und invasive Prozeduren einschränken sowie organische Befunde entsprechend ihrer ursächlichen Bedeutung relativieren
- eine Entkoppelung zwischen Beschwerdeintensität und Kontaktangeboten anstreben (zeit- statt beschwerdekontingente Termine).

Therapieaufbau

Der Patient ist über Therapieziele und Therapieplan aufzuklären, um seine Akzeptanz zu erreichen.

- Schmerzbeseitigung ist nicht zwangsläufig das primäre Therapieziel, sondern Verbesserung von Stimmung und Leistungsempfinden. Hierzu zählt die Symptomkontrolle, um dem Patienten einen Zugang zum Verständnis der Wechselwirkung zwischen Stress und Schmerz, Schmerz und Stress zu ermöglichen. Der Schmerz als Leitsymptom lässt sich häufig erst sekundär beeinflussen. Wichtig erscheint, die Patienten aus der Einzelbetreuung zur Gruppenfähigkeit zu führen, um zuletzt eigenverantwortliches Agieren zu ermöglichen.
- Die Therapie erfolgt multimodal, somit bevorzugt stationär mit ambulanter Nachsorge.
- Physiotherapeutisch eignet sich ein Behandlungsaufbau, der von einer regressiven Anfangsphase (mit Entspannungstraining und Körperwahrnehmungsschulung) über eine stabilisierende Phase (mit physiotherapeutischen Einzel- und Gruppenverfahren) zu einer aktivierenden Phase hinführt (mit Gruppenverfahren, Bewegungstraining, Dehnungen, Körpererfahrungstraining, und Fitnesstraining, aber auch Therapieformen der Konzentrativen Bewegungstherapie oder der Feldenkrais-Therapie).
- Psychotherapeutisch sollten ebenfalls sowohl Einzel- wie auch Gruppenbehandlungen den Plan bestimmen. Verschiedene

psychotherapeutische Verfahren sind möglich. Dazu zählen auch nonverbale Verfahren (Musiktherapie, Gestaltungstherapie). Grundlage einer erfolgreichen psychotherapeutische Behandlung ist ein tragfähiges Arzt-Patient-Verhältnis sowie die Akzeptanz des Patienten zum nicht somatischen Zugang.

Ort der Therapie

- Dem (Fach)Arzt (für Orthopädie) kommen folgende Aufgaben zu
  - Stellung einer Verdachtsdiagnose,
  - Prävention iatrogener Chronifizierung
  - Vorsichtige Steuerung des Patientenverhaltens hin zu einem erweiterten Ursachenverständnis und einem veränderten Krankheitsverhalten.

  Grundlage der Aufgabenerfüllung sind Fähigkeiten im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung.

- Stationäre Behandlung (z.B. stationäre, psychosomatisch orientierte Schmerztherapie) ist indiziert
  - nach erfolgloser ambulanter Therapie über 6 Monate
  - bei wesentlicher Beeinträchtigung der Lebensqualität bzw. der Arbeitsfähigkeit von mehr als 4 Wochen bzw. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit
  - bei Medikamentenabhängigkeit bzw. zum Entzug von Betäubungs- und Schlafmitteln
  - bei gravierender medizinischer Komorbidität oder akuter psychischer Störung
- Die stationäre Behandlung baut auf zumindest zwei Behandlungsfachgebieten auf, von denen eine die psychologische Schmerztherapie bzw. Psychosomatik sein muss. Behandlungsintegration durch Liaisonverhältnis zwischen somatischem (orthopädischem) und psychosomatischem Fachgebiet bietet sich an. Wöchentliche Teambesprechung, wöchentliche Erstellung von Therapieplänen sind notwendig, zu Beginn der stationären Behandlung sind zudem wegen der Instabilität der therapeutischen Beziehungen tägliche ärztliche Kontrollen (Visite) notwendig. Schmerztherapeutische und psychotherapeutische Behandlungskompetenz sollen im Behandlungsteam angemessen vertreten sein.
- Die Behandlung kann im Weiteren in niederfrequente rehabilitative Konzepte - ebenfalls mit interdisziplinärer Gestaltung (z.B. orthopädisch mit psychosomatischen Anteilen oder psychosomatisch mit orthopädischen Anteilen) - überführt werden.
- Therapiedosis
  - Für somatische und psychosomatische Diagnostik sind zusammen ca. 2-3 Stunden vorzuhalten,
  - für psychosomatische Einzeltherapie 2-3 Therapieeinheiten pro Woche,
  - für psychosomatische Gruppentherapie 2-3 Therapieeinheiten pro Woche,
  - sodass pro Tag etwa eine verbale Therapieeinheit resultiert.
  - Nonverbale und körperbezogene Therapieeinheiten sollten pro Tag 3-5 Einheiten ergeben.

Medikamentöse Therapie

Es ist abzuklären, ob neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch organisch verursachte Schmerzen, depressive Störungen und/oder Schlafstörungen zu behandeln sind. Häufig sind die Patienten in erheblichem Masse mit Medikamenten vorbehandelt (cave Medikamentenabhängigkeit!). Eine Einnahme nach festgelegtem Schema (Retardmedikamente) anstatt nach Bedarf und bei gesicherter Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ein stufenweises Ausschleichen stärker wirksamer Analgetika (Stufe II und III nach WHO) unter psychotherapeutischer Begleitung und ev. Ersatzmedikation sollten angestrebt werden.

- Tri- und tetrazyklische Antidepressiva vorwiegend vom Amitriptylin- und Imipramintyp. (Moderne Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind nicht geeignet, soweit nicht depressive Störungen im Vordergrund der Symptomatik stehen.) Diese Medikamente gelten für anhaltende somatoforme Schmerzstörungen als wirksam Eine einschleichende Dosierung besonders von Retardpräparaten mit abendlicher Einnahme ist zu empfehlen. Bei analgetischer Indikation reichen oft niedrige Dosierungen (z.B. 25 mg Amitriptylin) Auf Nebenwirkungen (insbesondere Mundtrockenheit, Miktionsbeschwerden, Obstipation, Sinustachykardie, Benommenheit, Blutdruckstörungen und Schweißausbrüche) ist hinzuweisen; Kontraindikationen (insbesondere Glaukom, AV-Block, Prostatahypertrophie) sind zu beachten.
- Wegen eingeschränkter Ansprechrate können die Antidepressiva durch Analgetika der Stufe I nach WHO vorübergehend ergänzt werden:
  - NSAR in Retardform
  - Zentralwirksame Nichtopioide (z.B. Flupirtin).
  - Opioide (Tramadol, Tilidin uns stärker wirksame Präparate vom Morphintyp) vermieden werden.

Tranquilizer oder Neuroleptika werden nicht empfohlen.

Evidenz und Evaluation

Evidenzbasierung

- Die orthopädisch-somatisch auf Evidenz basierende Literatur benutzt weder den Begriff somatoforme Störung (inklusive der Untergruppen) noch wird die diagnostische Dimension dieser Störungen eröffnet (Lasek R, Müller-Oerlinghausen, 2000; Nachemson AL, Jonsson E 2000; Waddell G, 1998). Festgestellt werden einerseits Auffälligkeiten des schmerzbezogenen Verhaltens (Illness behavior nach Waddell G, Main CJ (1998) In: Waddell G: The back pain revolution. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone. Ss 155-172) ("Illness behavior" nach Waddell G, Main CJ 1998), auch bekannt als nicht organische Zeichen nach Waddell G und Mitarb. (1980) oder Verhaltenskategorien im Umgang mit z.B. Bandscheiben bedingter Schmerzen (Hasenbring M, 1992). Ausgeführt wird in auf Evidenz basierenden Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, dass "die Beteiligung psychologischer Faktoren bei Schmerzerkrankungen unbestritten ist"(Lasek R,

Müller-Oerlinghausen, 2000) unter Verweis auf - nicht auf Evidenz basierende - Standardliteratur der psychologischen Schmerztherapie (angeführt werden: Egle UT, Hoffmann SO (1993): Der Schmerzkranke. Stuttgart: Schattauer; Basler HD, Kröner-Herwig B (1993): Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. 2. Auflage. München: Quintessenz).

Aussagen werden für die anhaltende somatoforme Schmerzstörungen getroffen, ohne einen spezifischen Bezug zu Schmerzen der Haltungs- und Bewegungsorgane zu haben:

- Die Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva ist für chronische Schmerzen allgemein belegt. Sie sind auch nach den Kriterien der auf Evidenz basierenden Medizin wahrscheinlich wirksam (Fishbain DA und Mitarb. 1998 (Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS (1998). Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. Psychosom Med 60: 503-509), Evidenzniveau III)
- Psychodynamisch orientierte stationäre Psychotherapie ist nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin möglicherweise wirksam(Bassler M und Mitarb. 1994 (Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann SO (1994). Stationäre Psychotherapie bei psychogenen chronischen Schmerzpatienten. Psychother Psychosom med Psychol 44: 299-307), Evidenzniveau V).

Unter dem Suchbegriff "Fibromyalgie und weitverbreiteter muskuloskelettaler Schmerz" wurden metaanalytisch 1808 Originalarbeiten sowie 65 Übersichtsarbeiten bewertet; nur 3 randomisierte Studien erfüllten ausreichende Gütekriterien(Karjalainen K und Mitarb. 2003 (Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B (2003) Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. The Cochrane Library; issue 2. www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001984.htm (externer Link))).

- Es besteht geringe Evidenz, dass Verhaltenstherapie, Stressmanagement und Körpertraining positiven Einfluß auf weitverbreiteten Schmerz nehmen.

Evaluation

Eine Spezifizierung der allgemeinen Aussagen zu Diagnostik und Therapie somatoformer Störungen auf die Bedürfnisse der Haltungs- und Bewegungsorgane ist anzustreben:
Die Evaluation von Leitlinien "somatoforme Störungen der Haltungs- und Bewegungsorgane" impliziert zum gegenwärtigen Zeitpunkt, ob spezifische Diagnostik für somatoforme Störungen durch Änderung des therapeutischen Vorgehens bei chronischen (und somatoformen) Schmerzen der Haltungs- und Bewegungsorgane fördernden Einfluss hat auf

- Verkürzung der Krankheitsdauer bzw. Senkung der Rezidivraten
- Minderung der Krankheitskosten.

Zur Objektivierung der Diagnostik somatoformer und angrenzender Störungen kann als diagnostischer "Goldstandard" ein strukturiertes diagnostisches Interview wie z.B. das Strukturierte klinische Interview nach DSM-IV (SKID) eingesetzt werden. Selbstauskunftfragebögen wie z.B. das "Screening für somatoforme Störungen" (SOMS) sind nicht zuverlässig geeignet, um echte somatforme Beschwerden von allgemeinem Klageverhalten zu trennen. Selbstauskunftfragebögen, z.B. die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sind allerdings gut geeignet, um das begleitende Ausmass an Depressivität und Angst zu erfassen.

Sozialmedizinische Beurteilung

Es ist davon auszugehen, dass ca. 50% der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsverfahren mit somatoformen Störungen vergesellschaftet sind; bei Verfahren der Kategorien "Muskel-, Skelettsystem und Bindegewebe" wird dies jedoch meist nicht im Einzelnen durch den (orthopädischen) Gutachter festgestellt (Huber M (2000): Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. Vers Med 52: 66-75).
Chronische Schmerzen der Haltungs- und Bewegungsorgane sind nach dem aktuellen Forschungsstand meist multidimensional zu verstehen, d.h. neben der orthopädisch-organische Abklärung sollte auch eine psychosomatische Abklärung erfolgen, wenn die beklagten Beschwerden körperlich nicht ausreichend zu erklären sind.
Die organische Abklärung erfolgt durch den Facharzt für Orthopädie (oder Vertreter anderer kompetenter somatischer Fachgebiete), der eine Zusatzbegutachtung durch den psychosomatischen/psychiatrischen Fachkollegen anregt. Vertiefte Schmerzkenntnisse der Gutachter sind empfehlenswert; ein Schmerzgutachten ist dagegen nicht zu empfehlen, sondern ein Verweis auf fachgebundene Kompetenz.
Die Zusammenarbeit zwischen orthopädischem und psychosomatischem Gutachter kann gerade für die Einschätzung von Schmerzen mit nicht ausreichender organischer Erklärbarkeit die erforderliche integrative Einschätzung zum Beispiel von MdE und GdB bzw. der Erwerbs- und Berufsfähigkeit erreichen. Die Einschätzung der verbleibenden Leistungsfähigkeit erfolgt für somatoforme Störungen auf der Grundlage der Diagnose, der Nur (durch den psychosomatischen Gutachter erfolgenden)kann eine Abgrenzung gegen Aggravation und Simulation, der Beurteilung des Schweregrads der Störung (Chronifizierung, konsistente Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen, intensive und adäquate, aber erfolglose Vorbehandlungen) und der darauf gründenden verbleibenden Partizipationsmöglichkeiten des Probanden (vgl. Leitlinien zur ärztlichen Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. In den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit sind die somatoformen Störungen hinsichtlich des Prozentsatzes der Minderung der Erwerbsfähigkeit entsprechend dem dort zu den Neurosen aufgeführten Differenzierungen zu behandeln, wobei zu beachten ist, dass somatoforme Störungen das gesamte Schweregradspektrum von leichten bis zu schwer beeinträchtigenden Störungen abdecken können. erfolgen.
Nicht zuletzt kann der orthopädische Gutachter, der auf die Möglichkeiten psychosomatischer (Mit-)Erkrankung hinweist, auch einen wichtigen Hinweis auf eventuelle therapeutische Notwendigkeiten außerhalb des Fachgebietes der Orthopädie leisten. Hier spielt eine wesentliche Rolle, dass die dargestellten psychosomatischen Erkrankungen häufig erst im Rentenverfahren oder in stationärer Therapie erwogen oder erkannt werden, zuvor jedoch erhebliche Kosten verursacht haben.

Nachsorge

Die Nachsorge bezieht sich auf körperliche und psychische Aspekte.
Körperlich sollte der Patient ein Konzept verbesserten Umgangs mit körperlichen Bedürfnissen im Rahmen der Therapie/ Rehabilitation entwickelt haben, um es zu Hause eigenverantwortlich umsetzen zu können. Hierzu zählt

- angemessener körperlicher Ausgleich z.B. unter Nutzung öffentlicher Angebote (Sportvereine, Fitnessstudios, Volkshochschulen)
- unter Schaffung ausreichender Zeitreserven.

Psychisch sollten bedarfsgerecht Angebote der ambulanten Psychotherapie genutzt werden. Körperliche und psychische Nachsorge sollten durch den (Fach)Arzt zeitkontingent begleitet werden.

Ausgewählte Literatur:

1. AWMF online: Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Leitlinie Somatoforme Störungen 1: Somatoforme Störungen im Überblick. leitlinien.net/051-001.htm
2. Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann SO (1994) Stationäre Psychotherapie bei psychogenen chronischen Schmerzpatienten. Psychother Psychosom Med Psychol; 44: 299-307
3. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS (1998) Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform disorder? A meta-analysis. Psychosom Med; 60: 503-509
4. Hasenbring M (1992) Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Stuttgart, New York 1992
5. Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G (2002) Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.
6. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B (2003) Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. The Cochrane Library; issue 2. www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001984.htm
7. Lasek R, Müller-Oerlinghausen (2000) Kreuzschmerzen. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.
8. Nachemson A, Jonsson E (2000) Neck and Back Pain. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Syndney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins
9. Schneider W, Henningsen P, Rüger U (2001) Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
10. Waddell G (1998) The Back Pain Revolution. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone
11. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM (1980) Non-organic physical signs in low back pain, psychologic distress, and illness behavior. Spine 9: 209-213
12. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1997) SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe

---

Verfahren zur Konsensbildung:

Verabschiedung durch Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) am 12.01.2002.

Leitlinienentwurf (Stufe 1 der methodischen Empfehlungen der AWMF) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Autoren
M. Schiltenwolf, Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg, Sektion Orthopädische Schmerztherapie (federführend); P. Henningsen, Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg; W. Seeling, Universitätsklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm, Sektion Schmerztherapie

Autorengruppe
Einbeziehung der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der Deutschen Gesell-schaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.

Methodik der Literaturrecherche und Konsensusverfahren
Die im Fachgebiet der Orthopädie übliche Literatur wurde unter dem Stichwort "somatoforme Störungen" durchsucht. Zu Diagnostik und Therapie somatoformer Störungen wurde eine Internet-basierte Suche unter www.pubmed.de/data/nlm.link.html/somatoformdisorders (externer Link) durchgeführt. Ausgewertet wurden Reviews und Metaanalysen. Weiterhin wurden die Leitlinientexte der psychosomatischen Fachgesellschaften in Deutschland herangezogen (leitlinien.net/ll_051.htm).

Zwischen dem federführenden Autor und den Mitautoren wurde eine konsentierte Textversion erstellt. Diese wurde dem Expertengremium der Sektion Physikalische Medizin und Rehabili-tation der DGOOC zur Prüfung vorgelegt. Das Expertengremium prüfte die Leitlinie vor Veröffentlichung im Rahmen von Konsensuskonferenzen.

Die Leitlinie wurde ohne finanzielle Unterstützung durch Dritte erstellt.

Erstellungsdatum:

31. Dezember 2001

Letzte Überarbeitung:

9. Juni 2005

Nächste Überprüfung geplant:

bis zum 31.12.2007

Zurück zum Index Leitlinien Orthopädie
Zurück zur Liste der Leitlinien
Zurück zur AWMF-Leitseite

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: Juni 2005
© Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online
HTML-Code aktualisiert: 22.09.2008; 13:17:37