

Was bietet die Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten“?

Bevölkerungsrepräsentative Studien zeigen, dass bei über 80 % der Befragten Beschwerden auftreten ohne hinreichend erklärbare körperliche Ursachen. Führen diese Symptome zu einer Beeinträchtigung, dann suchen Betroffene aufgrund ihres angenommenen Kausalverständnisses in der Regel Ärzte mit einer primär somatischen Fachausrichtung auf. Dieses stellt eine erhebliche Beanspruchung unseres Gesundheits- und Sozialsystems dar. So zeigen Ergebnisse einer repräsentativen Befragung, dass Betroffene aufgrund von Körperbeschwerden innerhalb von zwei Jahren 18 Mal beim Arzt waren und 20 Tage arbeitsunfähig. Durch einen kompetenten Umgang mit diesen zumeist diffusen Befindlichkeitsstörungen können unnötige Ausgaben vermieden werden. Eine gute Hilfestellung für alle Behandlergruppen bietet die AWMF-Leitlinie (im Text abgekürzt mit LL) für „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme“ Körperbeschwerden (im Text abgekürzt mit NSFS).

Wesentliche Ziele dieser Leitlinie sind u. a. die Vermittlung praxisrelevanter, diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen sowie „die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung in Diagnostik und Behandlung“ (Statement 1 der LL). Diese Leitlinie ist unter www.awmf.org, Registrier-Nummer 051-001, frei im Internet verfügbar. Neben einer „Kurzfassung“ gibt es eine ausführliche Version („Langfassung“) für Behandler, in welcher zentrale Aussagen hervorgehoben sind und eine kritische Wertung der relevanten Literatur angefügt ist. Auf der Basis der ausführlichen Fassung gibt es weitere Dokumente mit den Schlüsselempfehlungen, mit Statements und Empfehlungen ohne die ergänzende Wertung der Literatur. Weiterhin gibt es eine Zusammenstellung der Praxistipps (z. B. Formulierungsbeispiele für Fragen an Patienten) und eine „Kitteltaschen- sowie eine Schreibtischfassung“. Speziell für Patienten wurde eine ausführliche Fassung, eine Kurzfassung und ein zweiseitiges Informationsblatt erarbeitet. Am gesamten Prozess der Erstellung der LL waren Fachvertreter aller relevanten medizinischen Fachrichtungen, Vertreter der Zahnmedizin und Patientenvertreter beteiligt.

Begriffsdefinition

Für das Phänomen „unklarer Beschwerden“ gibt es viele Bezeichnungen, was der Titel der Leitlinie durch Verwendung der Begriffe „nicht spezifisch,

funktionell und somatoform“ spiegelt. Dabei beinhaltet die Umschreibung **„nicht spezifisch“** die mildeste Form der Symptomatik in dem Sinne, dass aufgrund von Beschwerden zumeist der Hausarzt/Hauszahnarzt aufgesucht wird. Diese Beschwerden werden als wenig belastend bzw. beeinträchtigend erlebt. Im besten Fall verschwinden die Beschwerden recht schnell wieder, so dass die Bezeichnung „nicht spezifisch“ im Kontext dieser Leitlinie deutlich abgrenzen soll zur Diagnose einer „Krankheit“. Andererseits kann nach entsprechender Diagnostik die zunächst „nicht spezifische“ Symptomatik Zeichen einer funktionellen oder somatoformen Störung sein. In jedem Fall entscheidend für eine gute Prognose ist eine frühe Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung im Sinne der LL. Ein Beispiel aus dem Bereich der Zahnmedizin für „nicht spezifische“ Beschwerden sind Zahnschmerzen, die vor Ereignissen wie z. B. Urlaubsreisen oder größeren Festen auftreten. Die klinische Untersuchung Betroffener zeigt zumeist, dass kein Anlass zur Sorge besteht. Eine entsprechende Beruhigung der Betroffenen ist in der Regel die ausreichende Therapie. In solchen Fällen kann eine therapeutische „Über“-Reaktion das anstehende „Ereignis“ zum Desaster werden lassen und damit der Beginn einer somatoformen Störung sein.

Der Begriff **„funktionell“** beschreibt eine Störung der Funktion im Unterschied zu einem strukturellen Schaden. In der Me-

dizin wird das jedoch nicht einheitlich gebraucht, da Beschwerdebilder mit und ohne objektiven somatischen/strukturellen Befund als „funktionell“ diagnostiziert werden. Oft sind die Übergänge fließend bzw. bedingen sich wechselweise. Ein Beispiel aus dem Bereich der Zahnmedizin ist die CMD. Der Begriff „funktionell“ kann auch im übertragenen Sinne eine Bedeutungsfunktion von Beschwerden für den Organismus bzw. die Person haben (z. B. Schmerz als ein Signal für einen Rückzug/Stressabbau).

Bei einer **„somatoformen Störung“** handelt es sich um Körperbeschwerden, für die keine bzw. keine hinreichende somatische Krankheitsursache gefunden wird. Weitere Diagnosekriterien sind die Dauer von mehr als sechs Monaten und eine relevante psychosoziale Beeinträchtigung. Der Übergang von „nicht spezifischen“ oder „funktionellen“ Körperbeschwerden in eine „somatoforme“ Störung wird von einer Vielzahl psychischer und sozialer Faktoren begünstigt. Dieses sind z. B. ein Katastrophisieren, Stressfaktoren des Alltags, komorbide Störungen wie Angst/Phobie, Depression und auch eine ungünstige Behandler/Patient-Interaktion. Letzteres wird bei persistierenden Beschwerden nach eigener Behandlung durch ein von Verärgerung geleitetes „Missmanagement“ gefördert. Hilfreich in solchen Situationen ist ein konstruktiv kritischer Umgang mit den „Klagen“ der Betroffenen. Marxkors und Müller-Fahlbusch haben in diesem Sinne schon



Fortbildung

recht früh den Begriff der „psychogenen Prothesenunverträglichkeit“ eingeführt, was später in Anlehnung an die ICD 10-Klassifikation (Internationale Klassifikation für Krankheiten, www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm) als „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ beschrieben wurde (Marxkors, R. & Müller-Fahlbusch, H.; Doering, S.; Wolowski, A.; www.dgzmk.de; Stellungnahmen AKPP). ICD 10-Kriterien einzelner Störungen sind in der Langfassung der LL in Tabelle 5.1 zu finden.

Epidemiologie

Die Angaben zur Häufigkeit beeinträchtigender NSFS Körperbeschwerden variieren stark in Abhängigkeit von den Diagnosekriterien der unterschiedlichen Erhebungen. Selten übersteigen diese jedoch eine Größenordnung von 10 %. In der primär ärztlichen Versorgung beträgt der Anteil betroffener Patienten etwa ein Viertel. In spezialisierten (somatischen) Ambulanzen muss man von einem Anteil von bis zu 50 % ausgehen (siehe hierzu Tabelle 5.3 der LL Langfassung). Frauen nehmen bis zu dreimal häufiger als Männer medizinische Hilfe in Anspruch. Sie geben bei Befragungen mehr Beschwerden an als Männer. Für den Bereich der Zahnmedizin kann man feststellen, dass die somatoforme Prothesenunverträglichkeit vornehmlich bei Frauen (bis 7:1) etwa ab dem 60. Lebensjahr auftritt. Insgesamt lässt sich eine Abhängigkeit von Alter, sozialer Position oder Bildung bisher nicht eindeutig nachweisen. Bezogen auf Schmerzen, stellt sich insgesamt die Tendenz dar, dass Schmerzen bei niedrigem sozio-ökonomischem Status häufiger vorkommen und dort auch eine ungünstigere Prognose aufweisen. NSFS Körperbeschwerden treten in unterschiedlicher klinischer Präsentation in allen Kulturen auf, wobei ethnische Minderheiten und Flüchtlinge häufiger darüber berichten. Insgesamt kann man feststellen, dass es circa drei bis fünf Jahre dauert, bis eine funktionelle oder somatoforme Störung erkannt und eine adäquate Behandlung eingeleitet wird, wobei bei schweren Verlaufsformen somatoformer Störungen die „Nichtversorgungsquote“ 60 % beträgt.

Was muss der somatische (Zahn)Arzt leisten?

Bereits 2006 wurde auf dem 109. Deutschen Ärztetag beschlossen, dass im primären Versorgungssystem sowohl im allgemeinen als auch im fachärztlichen Bereich eine frühe Erfassung psychosozialer Faktoren im Sinne einer Screeningfunktion geleistet werden sollte. Auf der Basis einer systematischen Beachtung der Arzt-Patienten-Interaktion zur Herstellung und Absicherung einer guten Compliance sollten identifizierte psychosoziale Gesichtspunkte thematisiert und ein Perspektivwechsel hinsichtlich des Krankheitsmodells (weg vom rein somatischen Ansatz hin zu einer biopsychosozialen Sichtweise) beim Patienten eingeleitet werden. In diesem Sinne sind die Empfehlungen 47 bis 49 der LL zu verstehen: „... Der Hausarzt bzw. der primär behandelnde somatische Facharzt (z. B. ... bei entsprechenden Beschwerden der Zahnarzt) sollte bei der Versorgung NSFS Körperbeschwerden die wichtigen Funktionen des Screenings, der psychosomatischen Grundversorgung, der Behandlungskoordination und gegebenenfalls der längerfristigen Begleitung übernehmen (Gatekeeper-Funktion).“ Der Verdacht auf das Vorliegen einer NSFS-Störung wird nicht auf der Basis einer ausschließlichen somatischen Diagnostik gestellt. Als Diagnosefehler wür-

de bereits die Formulierung „Verdacht auf somatoforme Störungen aufgrund fehlender somatischer Befunde“ gewertet. Es ist immer gefordert, mit positiven Hinweisen auf psychosoziale Einflussfaktoren diesen Verdacht zu belegen. Ohne Frage muss dennoch die somatische Ausschlussdiagnostik unverzüglich und strukturiert geleistet werden, da ohne diese Basis nicht festgestellt werden kann, ob die Beschwerden körperlich begründet sind oder nicht (siehe Tabelle 1 des vorliegenden Beitrags: Kriterium 1 nach Müller-Fahlbusch). Dabei gilt die Forderung, dass der diagnostische Prozess eine Parallelerhebung somatischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren ist (Empfehlung 41 und 54 der LL, Praxistipp Nr. 9).

Strukturiert bedeutet in diesem Zusammenhang eine zielorientierte Kooperation von Hausarzt, Hauszahnarzt und Ärzten relevanter anderer Fachdisziplinen sowie die Festlegung und laufende Überprüfung eines (Be-)Handlungsplans. Transparenz auf allen Ebenen (auch gegenüber Betroffenen, gegebenenfalls auch deren vertrauten Personen) muss selbstverständlich sein. Die geforderte Vorgehensweise kann durch ein beschwerdezentriertes Patientengespräch auch im somatischen Behandlungskontext realisiert werden. Damit wird der Patient dort „abgeholt, wo er steht“. Er sucht den Zahnarzt auf aufgrund zahnmedizinisch (somatischer)

1. Diskrepanz zwischen Beschreibung der Beschwerden und anatomischen Grenzen
2. Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den uns aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen
3. Ex non juvantibus
4. Ungewöhnliche Mitbeteiligung des Patienten am Krankheitsgeschehen
5. Koinzidenz von biografisch-situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden

Tabelle 1 – Diagnosekriterien nach Müller-Fahlbusch

- Längere Dauer als drei bis sechs Monate ohne erklärende Befunde
- Verlust der Warnsignalfunktion
- Beschwerden sind diffuser Natur, oft unklare Lokalisation (wandert)
- Mangelnde Einflussmöglichkeiten
- Häufig paradoxe Medikamentenwirkung

Tabelle 2 – Hinweise auf eine Chronifizierung von Beschwerden



Beschwerden und erwartet primär, dass damit umgegangen wird. In diesem Kontext wird er Fragen hinsichtlich einer psychosozialen Beeinträchtigung **aufgrund** dieser Beschwerden akzeptieren und ehrlich beantworten. In den Praxistipps finden sich hierzu hilfreiche Formulierungsbeispiele für ein solches Gespräch. Wie tief der Patient einen Einblick in seinen psychosozialen Kontext zulässt, sollte behutsam ausgelotet und gegebenenfalls eine weitere Diagnostik in diese Richtung entsprechenden Fachkollegen überlassen werden. Erst bei positiven Hinweisen aus dem Bereich der psychosozialen Diagnostik, wie z. B. eine auffällige Häufigkeit von somatischen Symptomen (Somatisierung) oder ein beschwerdeabhängiger Lebensstil bei Chronifizierung (siehe hierzu Praxistipp Nr. 19) (Tabelle 2 des vorliegenden Beitrags), ist eine in diese Richtung zielende Verdachtsdiagnose gerechtfertigt. Von primär somatisch ausgerichteten Fachkollegen wird keineswegs verlangt, differenzialdiagnostisch psychosoziale Krankheitsbilder einzuordnen. Dieses sollte bei Bedarf durch entsprechende Fachkollegen ergänzt werden. Verlangt wird allerdings vom „Somatiker“ ein klares Statement zur somatischen/zahnmedizinischen Befundsituation (Empfehlung 82 bis 85). Besteht die Indikation, dass Patienten sich bei einem Fachkollegen der „psychischen Medizin“ vorstellen, müssen sie seitens des Zahnarztes motiviert werden,

zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen für eine entsprechende Überweisung. Dieser Weg ergibt sich daraus, dass ein Zahnarzt nicht an einen Fachkollegen der Allgemeinmedizin direkt überweisen kann. Eine entsprechend motivierende Aufklärung setzt eine tabufreie Thematisierung psychosozialer Aspekte voraus (siehe hierzu Praxistipp: Nr. 2, 6, 7, 10–12, 24 und 30; Empfehlung 30, 35, 43–45, Tabelle 6.1 der LL). Betroffene sollten trotz dieser Überweisung das Gefühl behalten, jederzeit in der „somatischen Medizin“ willkommen zu sein (Empfehlung 50, Praxistipp 13). Hilfreiche Unterstützung für eine solche Aufklärung bietet das zweiseitige Faltblatt zur Patientenleitlinie. Dieses wurde gemeinsam mit Patientenvertretern erstellt, womit das Risiko einer Kränkung Betroffener gering ist. Im Kontext der Diagnostik gilt immer der Grundsatz, dass „die eigene Motivation zur (erneuten/weiteren somatischen) Diagnostik im Hinblick auf reale Wahrscheinlichkeiten kritisch überprüft und diagnostische Restunsicherheiten ausgehalten werden sollten (Empfehlung 32, 34, Praxistipp 3 und 5).

Fazit

Das Wissen um die Häufigkeit typischer Symptome und Verläufe somatoformer Störungen hilft im Praxisalltag, Patienten zu identifizieren, deren Beschwerden auf ein solches Krankheitsbild zurück-

geführt werden müssen. Verständnis und ein tabufreier Umgang mit dieser Erkrankung erleichtert es Betroffenen, ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zu akzeptieren, wodurch die Compliance für sinnvolle Therapieangebote gefördert wird. Die entsprechende Leitlinie, die für alle medizinischen Fachdisziplinen gültig ist, fördert und unterstützt einen professionellen Umgang mit diesen oft schwierigen Patienten.

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Anne Wolowski
Universitätsklinikum Münster –
Zentrum ZMK

Zitierte und weiterführende Literatur:

1. AWMF-Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten: Registriernummer 051 – 001; gültig bis 31.03.2017.
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>
2. Doering, S., Wolowski, A.: Wissenschaftliche Mitteilung des AK Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK, Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, 2008.
3. Marxkors, R., Müller Fahlbusch, H.: Psychogene Prothesenunverträglichkeit – Ein nervenärztliches Consilium für den Zahnarzt.
Hanser, München 1976

DGZ legt erste Leitlinie zur Kariesprophylaxe vor

Karies ist in Deutschland Volkskrankheit Nummer eins: Fast jeder Erwachsene und immer noch viele Jugendliche sind betroffen. Die Behandlung der Schäden und Folgeschäden verschlingt einen Großteil der insgesamt 11,5 Milliarden Euro, die gesetzliche Krankenkassen jährlich für zahnmedizinische Leistungen ausgeben. Dabei wäre Karies durch konsequente Prävention vermeidbar. Doch welche Maßnahmen halten das Gebiss dauerhaft gesund? Was ist wissenschaftlich wirklich abgesichert? Umfassende Antworten auf diese Fragen gibt nun die erste deutsche

Leitlinie [1] zur „Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen“. Sie entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Insgesamt waren 14 Fachgesellschaften beteiligt, unter Mitwirkung von Wissenschaftlern, Zahnärzten, Ärzten und anderen im Gesundheitswesen Tätigen. Die Experten einigten sich nach sorgfältiger Sichtung und Auswertung der internationalen Forschungsergebnisse auf sieben Kernempfehlungen. Drei setzt der Patient

selbst jeden Tag um, vier können in Abstimmung mit dem Zahnarzt erfolgen. Wer die sieben Kernempfehlungen der neuen Leitlinie zur Kariesprophylaxe befolgt, hat gute Chancen, mit gesunden Zähnen durchs Leben zu gehen. Folgende drei Empfehlungen setzen die Patienten täglich in Eigenregie um: Erstens gehört zur Kariesprophylaxe **zweimal tägliches Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta**. Die tägliche Anwendung einer Zahnpasta mit 1.000–1.500 ppm Fluorid gilt als effektivste Methode zur Vorbeugung



Fortbildung

von Karies. Daneben soll grundsätzlich fluoridhaltiges Speisesalz im Haushalt verwendet werden. Das zweimal tägliche Zähneputzen hat auch das Ziel, eine möglichst vollständige Entfernung des bakteriellen Biofilms zu erzielen. Je nach Vorliebe sind Hand- oder elektrische Zahnbürsten gleichermaßen geeignet. Mindestens zwei Minuten sollte die Regel sein. Lassen sich Biofilm und Speisereste mit der Zahnbürste allein nicht ausreichend entfernen, sind Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürstchen zusätzlich gefragt. Allerdings gibt es keinen Beweis aus klinischen Studien, dass die alleinige regelmäßige Anwendung von Zahnseide Karies vorbeugt.

Zweitens gilt es, **Menge und Häufigkeit zuckerhaltiger Mahlzeiten und Getränke** möglichst gering zu halten. Karies kann nur entstehen, wenn den Bakterien im Biofilm ausreichend Zucker zur Verfügung steht, der in Säuren umgewandelt wird, die den Zahnschmelz angreifen. Speisen und Getränke ohne durch den Hersteller oder Verbraucher zugesetzten Zucker bzw. ohne Zucker, die natürlich in Honig, Fruchtsäften, Sirup etc. vorhanden sind, sollten daher bevorzugt werden.

Drittens ist das **Kauen von zuckerfreiem Kaugummi nach den Mahlzeiten** empfehlenswert. Durch das Kauen wird der Speichelfluss angeregt und dadurch schädliche Säuren schneller neutralisiert. Regelmäßige Speichelstimulation nach dem Essen oder Trinken kann so das Kariesrisiko reduzieren.

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Erstellungsdatum: Juni 2016
Nächste geplante Überarbeitung: Mai 2021
Ansprechpartner für die Aktualisierung: Präsident der DGZ
Kommentierungen und Hinweise für den Aktualisierungsprozess aus der Praxis sind ausdrücklich erwünscht und können an den oben genannten Ansprechpartner gerichtet werden.

Auf einen Blick: 7 Punkte zur Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen

Jeden Tag	In Abstimmung mit der Praxis
2 x täglich mit fluoridhaltiger Zahnpasta Zähne putzen	Prophylaxeprogramme wahrnehmen
Zuckeraufnahme möglichst gering halten	Weitere Fluoridierungsmaßnahmen
Nach Mahlzeiten Speichelstimulation durch zuckerfreien Kaugummi	Bei Bedarf: Chlorhexidin-Lack mit mindestens 1 % CHX anwenden
	Versiegelung kariesgefährdeter Fissuren

Die sieben Kernempfehlungen der neuen Leitlinie zur Kariesprophylaxe

Folgende vier Empfehlungen erfolgen in der zahnärztlichen Praxis bzw. in Abstimmung mit dem Zahnarzt:

Insbesondere für Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko ist die **Teilnahme an strukturierten Prophylaxeprogrammen** wichtig. Durch Kombination verschiedener Maßnahmen, die meist ein Paket an Instruktionen, Informationen und zusätzlichen **Fluoridierungsmöglichkeiten** umfassen, kann der Kariesentstehung maßgeblich vorgebeugt werden. So profitieren vor allem Patienten mit aktiver Wurzelkaries von Zahnpasten mit erhöhter Fluoridkonzentration. Auch fluoridhaltige Lacke, Gele oder Spüllösungen können geeignet sein. Für den Extraschutz von durchbrechenden bleibenden Zähnen oder im Bereich freiliegender Wurzeloberflächen ist die **professionelle Anwendung von Chlorhexidin-Lacken** (mit mindestens 1%iger Konzentration) empfehlenswert. Zudem sollten Kinder und Jugendliche **kariesgefährdete Fissuren und Grübchen** von durchgebrochenen Molaren versiegeln lassen. Im Einzelfall kann dies auch bei Prämolaren oder Frontzähnen von Erwachsenen sinnvoll sein. Auch diese Maßnahme ist Teil eines umfassenden Prophylaxekonzepts.

„Jetzt liegt erstmals eine von allen zuständigen Fachgesellschaften getragene medizinische Leitlinie vor, an der Zahnärzte und Patienten zukünftig ihre kariesprophylaktischen Maßnahmen orientieren sollten. Auch Erzieher, Lehrer und Eltern sollten sie beherzigen und weitergeben“, betont Professor Matthias Hannig, Präsident der federführenden Gesellschaft DGZ. Weltweit gibt es nur eine Handvoll vergleichbarer Leitlinien zum Thema, die sich entweder auf bestimmte Risiko-

gruppen beziehen oder nicht alle wissenschaftlich gesicherten Maßnahmen berücksichtigen.

Die Leitlinie ist in voller Länge auf dem Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hinterlegt. Eine allgemeinverständliche Patienteninformation erscheint in Kürze.

Frankfurt am Main, 25. Oktober 2016

Zum Fachbeitrag „Antikoagulantien ...“

In unserer Novemberausgabe wurden für den Fachbeitrag versehentlich die Autoreangaben unvollständig abgedruckt. Nachstehend nun die korrekten Angaben:

Dr. med. dent. Matthias C. Schulz
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
Dresden

Prof. Dr. med. habil. Gregor Simonis
Praxisklinik Herz und Gefäße
Forststraße 3
Dresden

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
Dresden

