

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## KÖRPERLICHE BESCHWERDEN DURCH SEELISCHE URSACHEN (3)

- **Teil 3: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körper-Beschwerden, früher als psychogen oder psychosomatisch bezeichnet**

In Teil 1 und 2 dieser kleinen Serie geht es um Fachbegriffe, Krankheits-Ursachen und -Entstehung, sozio-demographische bzw. psychosoziale Risiko-Faktoren (z. B. Geschlecht, Status, außergewöhnliche Belastungen, krankheitsbezogene Verhaltensweisen, mangelnde Unterstützung, verstärktes Krankheits-Verhalten u. a.) sowie biologische Faktoren (also körperliche Erkrankungen, altersbedingte Einschränkungen sowie Erblast). Und mögliche ärztlicherseits ausgelöste Effekte bzw. Verhaltensweisen sowie sozio-kulturelle Aspekte.

Im 3. Teil werden Prävalenz und Inzidenz diskutiert. Außerdem geschlechtsspezifische Hinweise sowie spezielle sozio-kulturelle Ursachen. Beispiele: Kindheit, Jugend, höheres Lebensalter, soziale Position, Bildung, kulturelle Ausgangslage sowie Versorgungs-Situation.

### **Erwähnte Fachbegriffe:**

*Teil 3:* Häufigkeit – Prävalenz – Inzidenz – Epidemiologie – geschlechts-spezifische Aspekte – Geschlechter-Verhältnis – sozio-kulturelle Ursachen – frühere und aktuelle Traumatisierungen – Rollen-Vorstellungen – altersspezifische Aspekte: Kindheit, Jugend, höheres Lebensalter – soziale Position – Bildungsstand – interkulturelle Einflüsse – religiöse Überzeugungen – magische Deutungen – orts-typische Beschwerde-Muster – lokale Behandlungs-Unterschiede – Migrations-Probleme – Sprachbarrieren – Versorgungs-Situation – regionale Schwerpunkte – Ost-West-Differenzen – Stadt/Land-Unterschiede – gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Belastungen – u.a.m.

## EPIDEMIOLOGIE

Die Epidemiologie ist die Lehre von der Häufigkeit (unterteilt in Prävalenz und Inzidenz) sowie der Verteilung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen in der Gesamtbevölkerung bzw. spezifischen Bevölkerungsgruppen. Sie erfasst auch Verlauf sowie soziale und volkswirtschaftliche Konsequenzen, diagnostische Verfahren, vorbeugende Maßnahmen und statistische Darstellungen.

Dabei kann man sich schon generell vorstellen, wie schwierig es ist einen allseits fundierten Gesamtüberblick zu bekommen, je nach Klassifikation, Untersuchungsdesign, erfasster Klientel, methodischen Schwerpunkten und schließlich Interpretationen. So auch hier – bzw. gerade hier. Warum?

Wie bereits dargelegt, finden sich bei den nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden sehr unterschiedliche diagnostische und klassifikatorische Zugänge. Gleichwohl sprechen zahlreiche Untersuchungen, wie sie die Leitlinien zum *Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden* (Schattauer, 2013) tabellarisch auflisten, eine deutliche Sprache. Die besagt:

- In der Allgemein-Bevölkerung muss mit 4 bis 10 % Betroffenen gerechnet werden.
- In der hausärztlichen Praxis sind es bereits rund 20 %.
- In spezialisierten Ambulanzen und Praxen geht man von bis zu etwa 50 % aus, also jeder Zweite.
- Und dort, wo psychosomatisch interpretierbare und psychiatrische Störungen in der psychotherapeutischen Versorgung dominieren, spricht man von mehr als 70 % als Haupt-Diagnose.

Dabei handelt es sich aber um konkrete diagnostische Hinweise. Fragt man „nur“ nach dem gelegentlichen Auftreten belastender Beschwerden ohne organischen Befund, dann sollen mehr als acht von zehn Befragten in einer bevölkerungs-repräsentativen Stichprobe mindestens ein entsprechendes Krankheitszeichen innerhalb der letzten Woche berichtet haben, meist sogar deren mehrere.

Mit anderen Worten: Das Phänomen ist allgegenwärtig, die Ausprägung als konkrete seelische Störung zwar weniger, aber immer noch erstaunlich häufig.

Da stellen sich natürlich weitere Fragen, nämlich nach Geschlecht, Alter, sozialer Position und Bildung, Versorgungssituation u. a. Im Einzelnen:

- **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Um es gleich zu sagen: Frauen sind häufiger, ja deutlich häufiger betroffen als Männer. Natürlich sind spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden nicht an ein bestimmtes Geschlecht gebunden, doch wird der Unterschied in praktisch allen Untersuchungen unübersehbar. Das betrifft sowohl die Beschwerden als auch – naturgemäß – eine höhere Konsultation von Arzt und/oder Psychologen.

Kurz: Das Geschlechter-Verhältnis liegt bei ca. 1,5 : 1 bis 3 : 1.

Bei einzelnen Krankheitsbildern aus diesem Bereich ist es sogar noch höher (z. B. Fibromyalgie-Syndrom). Auch der Umstand, dass ein Patient sogar von mehreren Störungen dieser Art heimgesucht sein kann, betrifft ebenfalls eher Frauen.

Das alles mündet in die Erkenntnis: Das weibliche Geschlecht scheint für die Entwicklung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sogar ein Risikofaktor zu sein. Die Gründe sind nicht abschließend geklärt. Man vermutet eine Kombination aus biologischen Ursachen (z. B. hormonelle Unterschiede oder eine unterschiedliche Empfindlichkeit für Schmerzen), vor allem aber psychosoziale und sozio-kulturelle Aspekte.

Bei den *sozio-kulturellen Ursachen* diskutiert man Folgendes:

- Eine erhöhte Anfälligkeit bzw. Häufigkeit von früheren und aktuellen Traumatisierungen (seelischen Verwundungen) sowie psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen.
- Unterschiedliche Rollen-Vorstellungen, wie sie für das jeweilige Geschlecht angenommen werden, z. B. für Männer die Unmöglichkeit (nicht Unfähigkeit!) zu weinen. Einzelheiten dazu siehe auch die Ausführungen über die „Männer-Depression“ in dieser Serie.
- Eine geschlechts-spezifisch geprägte unterschiedliche Art, persönliches Leid und Leiden auszudrücken (vor allem die sozialen Aspekte betreffend).
- Und schließlich die unterschiedliche Wertung körperlicher und seelischer Beschwerde-Äußerungen durch die Therapeuten in einer westlich-männlich geprägten Kultur.

So die zusammenfassenden Erkenntnisse der hier zitierten Leitlinie. Dabei gibt es eine Reihe *weiterer Untersuchungs-Resultate*, die die unterschiedlichen Schwerpunkte, die diagnostischen, aber auch Irrtums-Möglichkeiten im Arzt-Patient-Kontakt beleuchten, je nach Geschlecht (und zwar nicht nur von Patient, sondern auch Therapeut). Ja, man diskutiert sogar geschlechts-spezifische Aspekte in der Wirkung verschiedener Therapieformen, und zwar nicht nur psychotherapeutisch (was eher nachvollziehbar wäre), sondern auch pharmakologisch, also was den unterschiedlichen medikamentösen Erfolg anbelangt.

Schließlich gibt es Überlegungen, dass das weibliche Geschlecht bei den nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körper-Beschwerden letztlich eine *ungünstigere Prognose* hinnehmen muss. Dabei wird aber auch immer wieder darauf hingewiesen, dass die Wissenschaft das weibliche Geschlecht weniger intensiv beforscht haben könnte als bei Männern. Und auch die Interpretationen wurde bisher eher von männlichen Ärzten und Psychologen als wissenschaftliche Experten geführt. Diese Einschränkungen und eine Reihe weiterer lassen auf ein Forschungs-Defizit in dieser Frage schließen und geben der Hoffnung Ausdruck, das könnte in Zukunft ausgeglichener berücksichtigt und dokumentiert werden.

### • **Spezielle Altersgruppen**

Eine wichtige Frage lautet: Hat das Alter einen Einfluss auf die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden und wenn ja, wo finden sich welche Schwerpunkte?

### **Kindheit und Jugend**

Dazu gibt es mehrere Untersuchungen, die im Schnitt zu der Erkenntnis kommen:

Bei Kindern und Jugendlichen ist in etwa einem Drittel der Fälle mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden zu rechnen.

- Bei *Kleinkindern* finden sich am häufigsten Bauchschmerzen,
- bei *Schulkindern* und *Jugendlichen* dominieren eher Kopfschmerzen und zwar vor Bauch- und Gliederschmerzen und anderen Beeinträchtigungen.
- Im Weiteren sind es dann neurologische Störungen und andere funktionelle Beschwerden wie Synkopen (d.h. anfallsartige, kurz dauernde Bewusstlosigkeiten: „Ohnmacht“) und Hyperventilationen (über den Bedarf hinausgehende Lungenbelüftung, kurz: „Hecheln“).

Diese Beeinträchtigungen werden aber auch durch seelische und soziale Faktoren gebahnt. Beispiele: ungünstige Bewältigungs-Prozesse anstehender Beeinträchtigungen (sogenanntes Katastrophisieren), ferner Stress-Faktoren im Alltag, ko-morbide zusätzliche seelische Störungen (d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt wie Ängste, Depressionen, Bindungs-Störungen, Schulphobie u. a.).

Außerdem kann sich das Ganze noch verstärken, wenn sich Therapeut und „kleiner“ Patient nicht verstehen, was gerade in diesem Alter eine einerseits frühzeitige Betreuung und andererseits ein interdisziplinäres pädiatrisches Team nahelegt (also Kinder- und Jugendmedizin, ggf. Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die Prognose, d. h. die Vorhersage-Kriterien für diese Leiden pflegen aber im Allgemeinen meist günstiger zu sein.

### **Ältere Erwachsene**

Körperliche Erkrankungen und damit Behinderungen und eine entsprechende medikamentöse Behandlung nehmen im Alter kontinuierlich zu. Dies betrifft sowohl rein körperliche Beschwerden als auch „unerklärte“ nicht-spezifische, funktionelle und somatische Beeinträchtigungen. Zwar gibt es – je nach Studie – durchaus auch widersprüchliche Erkenntnisse, jedoch zeichnet sich im Allgemeinen folgendes ab:

Bei *somatoformen Störungen im engeren Sinne* ergaben sich bei über 60-Jährigen in fast 72 % der beispielsweise repräsentativ Befragten mindestens ein Symptom, bei der Hälfte gar vier Symptome und bei fast einem Viertel mindestens acht Symptome. Dabei war die Häufigkeit bei den über 60-Jährigen gegenüber den Jüngeren um ein vielfaches erhöht.

Besonders häufig wird über Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation geklagt. Interessanterweise sind hier die geschlechts-spezifischen Unterschiede nicht mehr bedeutsam. Dafür fand sich in Abhängigkeit vom Alter eine Zunahme mit steigenden Lebensjahren.

Der Zusammenhang mit Intensität und Häufigkeit solcher Beeinträchtigungen und dem Alter findet sich vor allem in europäischen Städten. Stichwort: „Urbanisierung“ und psychosoziale Folgen.

Gerade hier aber soll noch einmal betont werden: Es gibt unterschiedliche Ergebnisse bzw. Erkenntnisse, je nach Studie. Das geht von den erwähnten Resultaten bis zu kein signifikanter Unterschied registrierbar. Auch die geschlechtsspezifischen Schwerpunkte können variieren, je nach Studie. Und es

gibt Untersuchungen, bei denen die Häufigkeits-Angaben extrem voneinander abweichen.

Das besagt nach den Leitlinien, die hier zugrunde gelegt werden: Gerade im Alter wird es noch schwieriger, nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körper-Beschwerden von rein organisch bedingten abzugrenzen. Denn ältere Menschen neigen eher dazu, unspezifische Krankheitszeichen wie Schwäche oder Müdigkeit auf das Alter zu schieben; sie leiden auch häufiger unter realen körperlichen Erkrankungen und nehmen deshalb mehr Medikamente ein. Auch wird nicht immer klar, ob die Befragten zwischen den rein seelisch bedingten und eindeutig organisch verursachten Symptomen unterscheiden (können) – was im Übrigen nicht nur im höheren Lebensalter ein Problem ist.

Fazit: Hier gibt es sowohl Ergebnisse, die auf eine höhere Häufigkeit hinweisen als auch solche, die deutlich darunter liegen und auch keine Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen nahelegen. Es gibt sogar Studien, die von einem Rückgang im höheren Alter sprechen. So gesehen lässt sich also keine klare Differenzierung erkennen, was noch erheblichen Forschungsbedarf nahelegt. Vor allem die so genannten Selbstauskunfts-Skalen mögen hier ihre Grenzen haben (und deshalb auch höhere Werte zeigen), bleiben aber zumindest bezüglich der subjektiven Befindlichkeit von Bedeutung.

### • **Soziale Position und Bildung**

Ein ähnliches Problem zeigt sich bei der Frage: Hängen Häufigkeit und Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körper-Beschwerden mit dem sozio-ökonomischen Status zusammen?

Einige Studien weisen darauf hin, dass Personen aus niedrigeren sozialen Schichten und mit geringerer Bildung eher an solchen Beeinträchtigungen leiden bzw. einen schwereren Verlauf zeigen. Auch scheint die Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten ein Prädiktor (Vorhersage-Kriterium) für chronische Schmerzen verschiedener bzw. weit verbreiteter Lokalisation (woher oder weniger konkret) zu sein.

Allerdings auch hier: Diese Erkenntnisse werden nicht durch jede Studie bestätigt. Auch scheinen für diese Erkenntnisse noch andere Aspekte von Bedeutung, nämlich die Gesamtzahl körperlicher Beschwerden, das nicht-spezifische Krankheits-Verhalten, bestimmte zusätzliche Symptome wie Schlafstörungen u. a.

Ähnlich bisher schwer durchschaubar bzw. erklärbar sind weitere sozio-demographische Merkmale wie Familienstand, Beschäftigungs-Status u. a.

Kurz: Auch hier herrscht noch Forschungs-Bedarf.

- **Interkulturelle Aspekte**

Und wie steht es um entsprechende Beeinträchtigungen in den verschiedenen Kulturen, was Beschwerde-Typus, Erklärungs-Modelle und so genannte Bedeutungs-Zuschreibungen einschließlich entsprechender Ausdrucks-Phänomene anbelangt? Dies vor allem bei ethnischen Minderheiten und Flüchtlingen?

Zum einen und allseits verständlich: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körper-Beschwerden kommen in allen Epochen und allen Kulturkreisen vor. Dabei mag es unterschiedliche methodische und vor allem mentalitäts-bedingte Aspekte geben, wobei sich dann auch eine Verallgemeinerung entsprechender Befunde aus bestimmten Bereichen verbietet. Doch trotz allem haben vor allem internationale Studien keine systematischen transkulturellen Unterschiede ergeben.

Was sich allerdings unterschiedlich finden kann, sind einerseits die Art bzw. Lokalisation der Beeinträchtigung und andererseits die Erklärungs-Modelle der Patienten bzw. Definitionen und Klassifikationen des jeweiligen Gesundheitssystems.

Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen: So finden sich allein im europäischen Bereich Rückenschmerzen in Deutschland im Vergleich zu anderen Beschwerden deutlich häufiger (und insgesamt etwa doppelt so oft wie in Großbritannien) – und zwar unabhängig von entsprechenden Risikofaktoren. Oder das Reizdarm-Syndrom, das in westlichen Kulturen häufiger auftritt als in nicht-westlichen. Oder die Amalgam-Empfindlichkeit bzw. die Multiple Chemikalien-Sensitivität in bestimmten Ländern. Oder dass nicht-westliche, nicht-weiße (und nicht Mittelschichts-)Befragte eher körperliche als psychische Beschwerden angeben.

Und dann natürlich die so genannten „culture-bound-syndromes“, d. h. unklare Beschwerden bzw. Krankheits-Einheiten, die sich nur in bestimmten Kulturkreisen finden. Beispiele:

- Brain-fag: Kognitive Beeinträchtigungen, Seh- und andere Sinnesstörungen und verschiedene Körper-Beschwerden, vor allem brennende Schmerzen im Kopf und Halsbereich. Region: südliches Nigeria.
- Susto, die Angst vor dem Verlust der Seele: Appetitlosigkeit, Muskelzucken oder Durchfall. Region: Lateinamerika.
- Dhat: Müdigkeit, Schwäche, Appetitverlust, sexuelle Funktionsstörungen, vermeintlich ausgelöst durch nächtlichen Samenverlust in den Urin. Region: Indien, Nepal, Pakistan, Bangladesh und Sri Lanka.

- Koro: Angst vor plötzlichem Verschwinden der Geschlechtsorgane (Penis und Brüste), die sich in den Körper zurückziehen. Region: Süd-China, später auch andere Teile Asiens und Afrika.
- Pibloktoq („Polar-Hysterie“): plötzliche Bewusstseinsstörungen bis zum Bewusstseinsverlust, Verhaltensauffälligkeiten (Kleider vom Leib reißen, und das im arktischen Winter), ferner Fluchen, Gegenstände werfen u. a. Region: Nordwest-Grönland.

Weitere Einzelheiten siehe auch die entsprechenden Beiträge in dieser Serie über transkulturelle Aspekte.

Auf jeden Fall werden solche Vorgänge in der jeweiligen Kultur als „echte“ Krankheiten eingestuft und innerhalb der jeweiligen Medizin-Systeme auch behandelt. Unabhängig davon, was das für entsprechende Klassifikationen bedeutet, die für alle gelten sollten, machen sich noch bestimmte übergeordnete Schwerpunkte bemerkbar.

So wird immer wieder darauf hingewiesen, dass grundsätzlich in den westlichen Kulturen bei Menschen mit klassischen seelischen Störungen, vor allem Depressionen, eher psychologische, in anderen Kulturen eher körperorientierte Erklärungsmuster bevorzugt werden.

Auch die Frage, welche Bedeutung diese Symptome haben könnten (Fachbegriff: Bedeutungs-Zuschreibungen) und damit letztlich die entsprechende Therapie variieren notgedrungen im interkulturellen Vergleich. Beispiele: Herzbeschwerden im Mittleren Osten, im Mittelmeerraum, aber auch in Mittelamerika haben eine mehr gefühlsbestimmte Bedeutung, vor allem als Ausdruck von Angst und Depressivität.

Nicht zu vergessen sind natürlich nicht nur individuelle, sondern auch kulturell geprägte religiöse Überzeugungen bis hin zu magischen Deutungen und damit Bewältigungs-Stilen, die Beschwerde-Muster, Verursachung und Behandlung prägen.

Das betrifft nun zwar Regionen dieser Erde die weit von unserer eigenen entfernt sind. Nun gibt es aber immer häufiger das Problem von Minderheiten im eigenen Land, von Flucht und Migration. Und damit auch die Aufgabe, im eigenen Fachbereich etwas Neues zu erkennen, zu respektieren und ggf. zu betreuen, und zwar mit dem notwendigen Verständnis.

Eines ist seit jeher aufgefallen: Menschen mit Migrations-Hintergrund sind diesbezüglich überzufällig häufig beeinträchtigt. Zwar gibt es dazu reichlich entwertende Klischees (Beispiele: Morbus Mittelmeer, maghrebinisches Syndrom, Morbus Bosphorus, transalpinisches Syndrom u. a.) – aber wenig konkrete Untersuchungen dazu.



Doch dort, wo es solche Studien gibt, wird eines rasch deutlich: Betroffen sind vor allem ethnische Minderheiten in fremden Ländern, also besonders Migranten und Flüchtlinge. Aber auch Angehörige ethnischer Minderheiten, deren Familien seit mehreren Generationen im Lande sind. Und alle wahrscheinlich auf Grund zahlreicher (zusätzlicher) Stressoren (einschließlich Sprachbarriere und ihre Folgen) und sehr individueller Traumatisierungen.

Dabei können zum Teil recht spezifisch anmutende Beeinträchtigungen vorkommen. Beispiele: Nicht nur unklare Körperbeschwerden, sondern auch sehr konkrete Symptome wie das so genannte temporo-mandibular-Syndrom (Beeinträchtigungen des Kiefergelenks), vor allem aber Schmerzstörungen. Dabei spielen entsprechende Kommunikations-Probleme keine unerhebliche Rolle, d. h. man kann diagnostisch und therapeutisch nicht ausreichend auf die Betroffenen eingehen.

Umgekehrt soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass junge und gesunde, offiziell geförderte Arbeits-Migranten überdurchschnittlich gesund sind (so genannte Positiv-Selektion). Dies jedenfalls zu Beginn, wobei es in späteren Jahren durch belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen dann aber wieder zu einer höheren Erkrankungsrate im Vergleich zur Bevölkerung kommen kann.

- **Versorgungs-Situation**

Die Versorgungs-Situation, d. h. rechtzeitige Diagnose und konsequente Behandlungsmöglichkeit ist für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körper-Beschwerden sehr ungünstig. Das hängt zwar vom jeweiligen Krankheitsbild ab, kann sich aber über Monate, in der Regel sogar Jahre hinziehen. Für das ohnehin schwierig diagnostizierbare Fibromyalgie-Syndrom soll es sich um (bis zu fünf) Jahre handeln.

Die Ursachen sind zumindest zweigeteilt: Zum einen warten die Betroffenen oft sehr lange, bevor sie sich einem Arzt anvertrauen. Danach braucht es einen längeren Entscheidungs-Prozess, bevor die (richtige) Diagnose gestellt wurde und der Betroffene sich schließlich für einen psychotherapeutischen Behandlungsversuch entscheidet. Zuletzt drohen entsprechende Verzögerungen im Gesundheits-System, sprich unzureichende Behandlungs-Angebote und überlange Wartezeiten. Die Experten nennen dies eine relativ niedrige störungsspezifische Behandlungsquote bzw. relativ hohe Nicht-Versorgungsquote im Verhältnis 40 % zu 60 %.

Dabei zeigen die Behandlungs-Quoten bundesweit erhebliche regionale Schwankungen, ganz abgesehen von den gelegentlich noch immer registrierbaren Ost-West-Differenzen: Beispielsweise Regionen mit Universitäten und

entsprechenden psychotherapeutischen Ausbildungs-Institutionen und damit höheren Behandlungs-Quoten als ländliche und städtische Regionen ohne diese Angebote. Dabei stellen sich zudem Depressionen und Angststörungen deutlich besser, im Gegensatz zu Schmerzpatienten, körperlich Kranke mit psychischen Veränderungen, Sucht-Erkrankungen und Patienten mit psychosomatischen Organ-Störungen. Und wenn eine Zusage vorliegt, dann kann es trotzdem noch zu langen Wartezeiten kommen, d. h. durchschnittlich mehrere Monate, zuletzt abhängig von der jeweiligen psychotherapeutischen Versorgungsdichte der Region.

Kommt es zu keiner ambulanten Behandlung, aus welchem Grund auch immer, droht das Leiden chronisch zu werden und muss dann stationär behandelt werden mit allen Risiken (Erfolg) und Belastungen (Kosten). Hier springen zwar dann andere Versorgungs-Einrichtungen ein, vor allem der Hausarzt, aber eben auch mit ihren natürlichen Grenzen.

Zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung reicht es allerdings bei somatoformen Störungen nur relativ selten (ähnlich wie bei Angststörungen, im deutlichen Gegensatz zu Depressionen, die heute besser versorgt sind). Möglicherweise geht dieses Ungleichgewicht (sehr) langsam zurück. Dabei sind stationäre Aufenthalte für somatoforme Störungen zeitlich eher begrenzt.

Besonders nachteilig ist aber diese ohnehin unbefriedigende Situation für *bestimmte Patientengruppen*, nämlich Männer, Ältere und Migranten:

- Männer zeigen häufig ein defensives Hilfesuch-Verhalten, stehen vor allem den Behandlungs-Angeboten weniger offen gegenüber als Frauen.
- Bei älteren Menschen liegt das Problem in der Doppelbelastung von teils funktionellen Beschwerde-Anteilen und parallel dazu belastenden körperlichen Beeinträchtigungen.
- Und bei den Migranten sind es vielfältige, vor allem aber Kommunikations-Probleme; selbst bei fortgeschrittenen Krebs-Erkrankungen mit langer Arbeits-Unfähigkeit ist mit entsprechenden Nachteilen zu rechnen.

Ein besonderes Problem aber sind die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden, vor allem wenn noch eine weitere seelische Krankheit dazu kommt (Fachbegriff: psychische Ko-Morbidität). Das führt zu einer immensen gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Belastung. So fand man in einer bevölkerungs-repräsentativen Befragung 2002 bei allen jenen Deutschen zwischen 14 und 92 Jahren, die unter somatoformen Beschwerden litten, folgende Konsequenzen innerhalb der letzten beiden Jahre:

Durchschnittlich 18-mal beim Arzt und rund 20 Tage arbeitsunfähig; 16 % stationär behandlungsbedürftig, 9 % in Kur/Rehabilitation, 9 % berentet. Man stellt sich die Frage: Was ist zu tun?

## LITERATUR

Grundlage dieser kleinen Serie über körperliche Beschwerden durch seelische Ursachen ist die S3-Leitlinie

*Hausteiner-Wiehle, C., P. Henningsen, W. Häuser, M. Herrmann, J. Ronel, H. Sattel, R. Schäfert (Hrsg.): **Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013*