

Einführung des Begriffs «Körper-Stress-Syndrom» im ICD-11

Eine Anleitung zum stressfreien Umgang mit psychovegetativen Symptomen

Daniel Imhof^a, Stefan Büchi^b, Julia Hennemann^c^a Hausarzt mediX Gruppenpraxis; ^b Psychiater mediX Gruppenpraxis; ^c Hausärztin mediX Gruppenpraxis

Der Umgang mit funktionellen Störungen war bisher durch eine unklare und teilweise verwirrende Diagnostik erschwert. Erfreulicherweise änderte sich dies mit der Einführung des ICD-11 auf den 1.1.2022 – nun werden diese Störungen unter dem Begriff «bodily distress disorder» (BDD), übersetzt «Körper-Stress-Syndrom», und dem Code 6C20 erfasst [1].

Neu ist nicht mehr die Frage der Kausalität, sondern das Ausmass der Beeinträchtigung ausschlaggebend. Dies wird der Lebensrealität der Patientinnen und Patienten gerecht und erleichtert diagnostische Zuordnung und Edukation. Für die Grundversorgenden bedeutet das neue Chancen in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten mit funktionellen Störungen, die einen signifikanten Anteil der klinischen Arbeit von Hausärztinnen und Hausärzten ausmachen [2].

Im vorliegenden Artikel möchten wir aufzeigen, wie durch konsequente Diagnostik von Körper-Stress und Edukation anhand von Anschauungsmaterial eine für beide Seiten zufriedenstellende Zusammenarbeit entstehen kann.

Grundlage für unsere Überlegungen stellt das Therapiemodell von Wampold [3], modifiziert durch Büchi [4] dar. Hiernach sind für den Effekt therapeutischer Handlungen aus Sicht der Patientin oder des Patienten drei Faktoren entscheidend:

- die Qualität der therapeutischen Beziehung: Kommunikation auf Augenhöhe;
- die Expertise des Therapierenden: Kompetenz in Diagnostik und Therapie;
- die Plausibilität des Therapiemodells: Für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbare Erklärung vorhandener Symptome und des therapeutischen Vorgehens.

Fallgeschichte Teil 1: Aller Anfang ist schwer

Herr Meier (Name fiktiv) stellt sich bei Ihnen in der Hausarztpraxis vor und berichtet von seit mehreren Monaten bestehender Müdigkeit, Schlafstörungen, diffusem Schwindel, Konzentrationsstörungen, muskuloskelettalen Schmerzen und Blähungen. Er habe das Gefühl, etwas stimme mit seinem Körper nicht mehr. Ihnen als Ärztin oder Arzt wird es im Verlauf der Schilderungen möglicherweise etwas unbehaglich. Sie fühlen sich hilflos, wissen nicht wo beginnen, und möchten die Konsultation eigentlich so schnell wie möglich wieder beenden.

Warum ist das Thema relevant?

In der hausärztlichen Sprechstunde leiden bis zu 30% der Patientinnen und Patienten unter funktionellen Beschwerden [2, 5]. Sie beeinträchtigen deren Lebensqualität stark und gehen oft mit Ängsten und Depressionen einher, das Suizidrisiko ist erhöht [2, 6]. Der Verlauf kann selbstlimitierend sein, in 30% der Fälle kommt es jedoch zur Chronifizierung [2]. Der Stress durch die körperlichen Symptome verursacht zudem hohe Gesundheitskosten [2, 6]. Eine frühe ärztliche Intervention hat einen starken Einfluss auf die Prognose und ist deswegen Aufgabe der Grundversorgung [2, 6].

Wie ist das Körper-Stress-Syndrom (BDD) definiert?

Der Begriff *Körper-Stress* wird definiert durch körperliche Beschwerden über einen längeren Zeitraum (>3 Monate), denen die Patientin bzw. der Patient ein hohes Mass an Aufmerksamkeit widmet, die das tägliche Leben beeinträchtigen und die zu wiederkehrenden medizinischen Konsultationen führen [1]. Die Symptome können fast alle Organsysteme umfassen [1]. BDD kann als leicht (6C20.0), mittelschwer (6C20.1) oder schwer (6C20.2) eingestuft werden, je nach Grad und Auswirkung der oben aufgeführten Merkmale [1]. Weiterhin kann differenziert werden zwischen einem Multi-Organ-Typ einerseits und einem Single-Organ-Typ andererseits mit vier Unterkategorien je nach vorwiegenden Symptomen (gastrointestinaler Typ z.B. Reizdarmsyndrom; muskuloskelettaler Typ z.B. Fibromyalgie; kardiopulmonaler Typ z.B. Palpitationen; generalisierter Typ z.B. Müdigkeit, Erschöpfung). Im vorliegenden Artikel möchten wir bewusst den Fokus auf den häufigeren Multi-Organ-Typ setzen.

Der Begriff «bodily distress» wurde 2007 eingeführt, nachdem Forschungsarbeiten in Dänemark darauf hindeuteten, dass eine Vielzahl von funktionellen somatischen Syndromen auf ein gemeinsames Muster von physiologischen Stressreaktionen zurückgeführt werden können. Der Überbegriff «bodily distress» bildet dieses empirisch abgeleit-

ete und validierte Konzept angemessen ab [7]. Die Diagnose einer Körper-Stress-Erkrankung ergibt sich im Wesentlichen aus gründlicher Anamnese und Untersuchung. Hier ist insbesondere relevant, dass es sich neu nicht mehr um eine Ausschlussdiagnose handelt, sondern auch bei erklärenden somatischen Problemen und ohne überschüssende Diagnostik von einer Körper-Stress-Erkrankung ausgegangen werden kann – sofern die definierenden Kriterien (übermässige Aufmerksamkeit, Beeinträchtigung des täglichen Lebens und wiederkehrende Konsultationen) erfüllt sind. Diese können mit Unterstützung von standardisierten Fragebögen (z.B. PHQ-15) überprüft werden. BDD kann deswegen mit jeder anderen Diagnose koexistieren (z.B. Atemwegserkrankungen, Krebs oder auch psychiatrische Diagnosen wie Angst oder Depression [2]).

Warum ist diese Situation für den Grundversorger so herausfordernd?

Funktionelle Körpersymptome kommen selten allein. Die Betroffenen schildern oft einen «Blumenstrauß» an diffusen, scheinbar unzusammenhängenden Beschwerden. Der zeitliche Rahmen der Sprechstunde wird dadurch häufig gesprengt und es fehlt ein «roter Faden» in der Konsultation. Daraus resultieren Gefühle von Hilflosigkeit seitens der Ärztin oder des Arztes und Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Betroffenen. Die ganze Palette der vegetativen Symptome ist nichts anderes als eine völlig normale, physiologische Reaktion des Körpers auf abnorm hohe Belastungen. Die Schwierigkeit liegt darin, dass die Funktionen des vegetativen Nervensystems bei Stresserleben vielen Ärztinnen und Ärzten schlichtweg unbekannt sind. Entsprechende Fortbildungsangebote sind spärlich vorhanden und werden kaum genutzt. Es wäre hilfreich, die ärztliche Intervention in Workshops praktisch erfahrbar zu machen. Insbesondere das Einüben im Rollenspiel würde helfen, Unsicherheiten zu überwinden. Eine hohe Stressbelastung kann, insbesondere wenn sie länger andauert, auf überhöhte Ansprüche hinweisen. Das Erkennen von Mustern, die Stress auslösen, müsste hohe Priorität genießen. Dies ist jedoch die Domäne der Psychotherapie, was eine Vernetzung mit entsprechenden Fachpersonen bedingen würde.

Wie können die aktuellen Leitlinien [2] helfen, diese Situation zu meistern?

Die Leitlinien empfehlen eine frühzeitige Berücksichtigung funktioneller Ursachen für körperliche Beschwerden [2]. Sie sollten im

Rahmen eines zweigleisigen Vorgehens bereits während der ersten Konsultation in die breite Differenzialdiagnose einbezogen und der Patientin oder dem Patienten kommuniziert werden. Der Begriff *Körper-Stress* lässt die Ätiologie eines einzelnen Symptoms zunächst offen und fokussiert auf die subjektiv empfundene Belastung durch die Beschwerden. Er erlaubt ein unkompliziertes und für die Betroffenen nicht stigmatisierendes [2] Ansprechen einer möglichen funktionellen Ätiologie.

Wie setzt man die umfassenden Leitlinien [2] in der Sprechstunde am besten um?

Ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen erleichtert den Grundversorgenden die Navigation durch die häufig anspruchsvollen Konsultationen. Standardisierte Fragebögen wie PHQ15 bieten hier einen niederschweligen Einstieg in das Gespräch, lenken den Fokus vom Einzelsymptom auf die individuelle Symptombelastung und bieten mithilfe von Cut-off-Werten Unterstützung für eine klare Diagnostik. Im Anschluss steht die Edukation im Vordergrund: Mithilfe von Modell-Grafiken kann der Patientin oder dem Patienten Schritt für Schritt ein nachvollziehbares und plausibles Erklärungsmodell für die zahlreichen Beschwerden gegeben werden. Das strukturierte Aufzeigen beruhigender psychophysiologischer Informationen führt zu einem relevanten therapeutischen Effekt, indem Angst als potenter Symptomverstärker wegfällt.

Fallgeschichte Teil 2: Mit Hilfsmitteln geht es besser

Nachdem Herr Meier seine Beschwerden geschildert hat, vermuten Sie eine funktionelle Ursache. Sie erklären ihm, dass die geschilderten Symptome Ihrer Erfahrung nach häufig im Rahmen einer Stress-Folge-Erkrankung auftreten können. Sie zeigen ihm das Stressmodell (Abb. 1) und erklären die verschiedenen Stress-Achsen. Herr Meier beobachtet erstaunt, dass alle seine körperlichen Symptome auf dem Stressmodell beschrieben sind. Sie sprechen über seine berufliche Belastungssituation und den anspruchsvollen Familienalltag. Anhand einer Illustration zum vegetativen Nervensystem (Abb. 2) erklären Sie ihm auf verständliche Weise, wie eine anhaltende Stressbelastung zu körperlichen Symptomen führen kann. Sie kündigen an, mit einer (überschaubaren) Blutanalyse noch wichtige somatische Ur-

sachen auszuschliessen. Um einen Überblick über seine Symptombelastung zu erhalten, bitten Sie ihn, bis zur nächsten Konsultation den PHQ-15 Fragebogen [8] und den HADS-Fragebogen [9] auszufüllen.

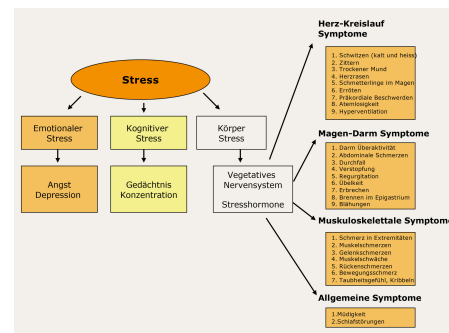


Abbildung 1: Das Stressmodell.

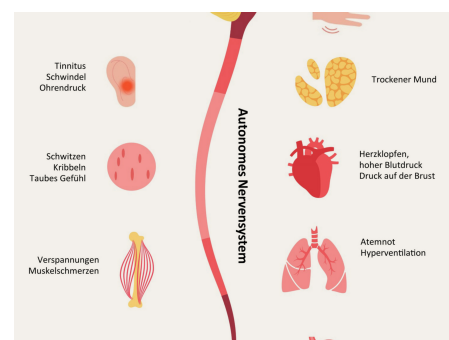


Abbildung 2: Illustration zum vegetativen Nervensystem.

Welche Hilfsmittel helfen konkret?

Das gemeinsame Erarbeiten des Stressmodells (Abb. 1) ist ein guter Einstieg ins Gespräch und verhindert effizient, dass der Fokus der Konsultation sich um die Erklärung von Einzelbeschwerden dreht. Es veranschaulicht einen gemeinsamen Nenner in Bezug auf emotionale, kognitive und körperliche Symptome. Ausserdem kann das Thema «Stress» als Missverhältnis zwischen Resilienz (persönlicher Widerstandskraft) und externen Stressoren (Beruf, Familie, etc.) aufgegriffen werden. Zur näheren Erläuterung der Symptomentstehung und Pathophysiologie hat sich eine Abbildung zum vegetativen Nervensystem (Abb. 2) bewährt. Diese ist für die Patientin oder den Patienten gut nachvollziehbar und frei von Vorwurf und Stigmatisierung. Auch wenn die Frage nach der Ätiologie im akademischen Sinne etwas komplexer und nicht abschliessend geklärt ist, verhindert ein vereinfachtes Krankheitsmodell, dass die Betroffenen mit dem Verständnis überfordert sind und nach der Konsultation noch mehr Verunsicherung verspüren. Der Patientenfragebogen PHQ-15 [8] ist ein übersichtlich-

es, gut validiertes Instrument zur Erfassung der Belastung durch 15 häufige körperliche Symptome. Die Gesamtpunktzahl ergibt einen Index zur Ausprägung (6–9 Punkte: leicht; 10–15 Punkte: mittelschwer; > 15 Punkte: schwer). So kann man ab einer Gesamtzahl von 9 Punkten mit Bestimmtheit die Diagnose Körper-Stress-Syndrom stellen, ohne eine Aussage zur Kausalität von Einzelbeschwerden zu machen – es geht um die Belastung, die die Betroffenen durch ihre körperlichen Symptome erfahren. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [9] ist ein verbreiteter und gut validierter Fragebogen zur Beurteilung von Angst und Depression bei Patientinnen und Patienten mit somatischen Beschwerden und kann den Betroffenen im Rahmen einer ganzheitlichen Beurteilung angeboten werden.

Fallgeschichte Teil 3: Verlaufstermine sind sinnvoll

Herr Meier kommt einige Tage später zum vereinbarten Folgetermin und berichtet, dass nach der für ihn beruhigenden Konsultation sein Leidensdruck bereits abgenommen habe. Der Schwindel etwa sei abgeklungen. Sie können ihn bestärken, indem Sie ihm von den normalen Laborwerten berichten. Die Resultate des PHQ-15 [8] und des HADS-Fragebogens [9] geben Ihnen rasch einen guten Überblick über das aktuelle Beschwerdebild. Sie erklären ihm, dass Sie anhand der vorliegenden Informationen die Diagnose eines Körper-Stress-Syndroms stellen können. Sie evaluieren beim Durchgehen der verbleibenden Symptome noch einmal sorgfältig die Notwendigkeit weiterer Differentialdiagnostik. Danach besprechen Sie die therapeutischen Möglichkeiten.

Was sind die Therapieoptionen bei einem Körper-Stress-Syndrom?

Die wichtigste therapeutische Intervention ist die Edukation im Sinne der kompetenten Aufklärung der Betroffenen über ihr Krankheitsbild [2]. Regelmässige, geplante Verlaufstermine in einem ruhigen, entschleunigten Setting [2] sind hilfreich, um Fortschritte zu erreichen und offene Fragen zu klären: Wiederholte Edukation führt zu einer Festigung des Krankheitsverständnisses und zur Linderung symptombezogener Ängste. Wichtige resilienzfördernde Massnahmen, die als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts erwogen werden können, sind unter anderem Bewegungstherapien und achtsamkeitsbasierte Verfahren [2]. Ziel ist

die nachhaltige Stärkung der Selbstwirksamkeit der Patientin oder des Patienten sowie die Regulation der Körperwahrnehmung [2].

Optimal ist hier ein systematisches körperliches Aktivierungsprogramm mit geschulten Physiotherapeuten [2]. Ein zweiter Pfeiler ist die Behandlung von Schlafstörungen, einerseits durch Vermittlung schlafhygienischer Massnahmen, andererseits mit vorübergehender medikamentöser Therapie. Diese orientiert sich an den Leitlinien [2] und geht von einem stufenweisen Vorgehen (1. pflanzliche Produkte wie Hopfen und Baldrian, 2. sedierende Antidepressiva wie z.B. Trimipramin, Trazodon, 3. Hypnotika wie z.B. Zolpidem) aus. Die Vermittlung zur ambulanten Psychotherapie sollte bei relevanter psychosozialer Belastung oder psychischer Komorbidität erwogen werden [2], ist aber nicht in jedem Fall notwendig. Je nach spezifischer Motivation der Patientin oder des Patienten kann der multimodale Behandlungsansatz um weitere komplementäre Therapieformen ergänzt werden (z.B. Atemtherapie, achtsamkeitsbasierte Therapien, Biofeedback, Meditation, autogenes Training) [2]. Eine sorgfältig erwogene und kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann in Akutsituationen vonnöten sein. Zu lange Arbeitsausfälle sollten jedoch möglichst vermieden werden [2].

Fallgeschichte Teil 4: Gute Zusammenarbeit statt «der schon wieder»

Herr Meier kommt nach einigen Wochen zu einer weiteren vereinbarten Verlaufskontrolle. Die Schlafqualität sei inzwischen deutlich besser. Die Physiotherapie habe ihm geholfen, sich in seinem Körper wieder wohler zu fühlen. Er sei stolz darauf, trotz seines anspruchsvollen Alltags regelmässig die Termine wahrzunehmen und etwas für sich zu tun. Sie bekräftigen ihn in seinem Vorhaben, die regelmässige Bewegung auch in Zukunft beizubehalten. Ein erneutes Erheben des PHQ-15 Score [8] bestätigt die deutliche Besserung der durch die körperlichen Symptome erlebten Belastung.

Zusammenfassung für die Praxis

Die Diagnose Körper-Stress-Syndrom (neu im ICD-11: 6C20, bodily distress disorder) [1] vereinfacht den Umgang mit verschiedenen funktionellen Störungen. Der Fokus liegt neu auf dem Ausmass des durch die Symptome verursachten Leidensdrucks. Sie ist somit keine Ausschlussdiagnose mehr und erlaubt

eine frühzeitige Diskussion mit den Betroffenen im Sinne einer zweigleisigen Abklärung (somatisch und funktionell). Für die konkrete Umsetzung der aktuellen S3 Leitlinien [2] im Praxisalltag, empfehlen wir den hier präsentierten strukturierten Arbeitsalgorithmus (Abb. 3) mit klarer Diagnostik (PHQ-15 [8] und HADS [9]) und ausführliche Edukation unter Einbezug von Anschauungsmaterial.

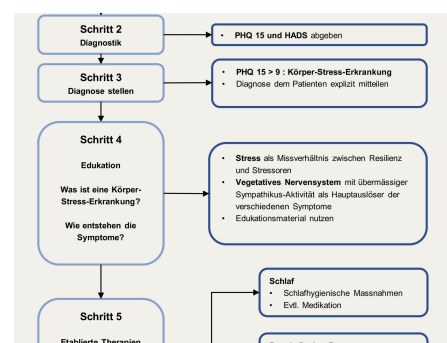


Abbildung 3: Flowchart.

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz

Daniel Imhof
Hausarztmedizin,
Medix Gruppenpraxis Wipkingen
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich
[daniel.imhof\[at\]medix.ch](mailto:daniel.imhof[at]medix.ch)

Literatur

- 1 WHO 2022 Icd.who.int ICD-11 (online) available at (accessed 12.4.2023)
- 2 Roenneberg, C., Henningsen, P., Sattel, H., Schäfer, R., & Hausteiner-Wiehle, C. (2018). S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden. AWMF online.
- 3 Wampold, B. E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training, 49–65.
- 4 Büchi, S., & Haas, S. (2017). Das Patientenvertrauen im Fokus. Bulletin des médecins suisses, 98(25), 829–831.
- 5 Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. Deutsches Ärzteblatt International, 112(16), 279.
- 6 Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Funktionelle Körperbeschwerden. Dtsch Arztebl Int, 116, 553–560.
- 7 Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. Psychosom Med. 2007 Jan;69(1):30–9. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802e46eb> PMID:17244846
- 8 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosom Med. 2002;64(2):258–66. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008> PMID:11914441
- 9 Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003 Aug;1(1):29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29> PMID:12914662