

„Moderne Leiden“ Begutachtung von MCS, CFS und FMS

Wolfgang Hausotter



Was ist darunter zu verstehen?

- Intoxikationen durch organische Lösungsmittel und Schwermetalle
- Multiple Chemical Sensitivity (MCS)
- Sick-Building-Syndrom (SBS)
- Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS)
- Fibromyalgie
- Amalgam
- Elektrosensibilität
- Ozon

Was ist daran „modern“?

- die populären Diagnosen mit griffigen Anglizismen
- die besondere Aufmerksamkeit in den Medien
- die Organisation in Selbsthilfegruppen und Interessenverbänden
- die Ablehnung jeglicher psychischer Komponenten
- die Opferrolle in Bezug auf Umwelteinflüsse

Umweltmedizin

Definition der Bundesärztekammer

„Die Umweltmedizin umfasst die medizinische Betreuung von Einzelpersonen mit gesundheitlichen Beschwerden oder auffälligen Untersuchungsbefunden, die von *ihnen selbst* oder ärztlicherseits mit Umweltfaktoren in Verbindung gebracht werden“.

Umweltmedizin

- Anspruch: interdisziplinär und ganzheitlich orientiert
- Hygienisch-präventivmedizinische Aufgaben von immenser Bedeutung
- Individualmedizinische Aspekte problematisch – nicht „ganzheitlich“
- Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell wird meist nicht akzeptiert

Umweltmedizin: zwei konträre Konzepte

- Im universitären Bereich der wissenschaftlichen Medizin verpflichtet
- Individualmedizinisch oft „alternative Medizin“, die einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhält

Begutachtung in der Umweltmedizin: Kommunikatives Problem

- Bereits festgefügte Krankheitsvorstellungen des Betroffenen
- Unterschiedliche Auffassungen von Diagnostik, Ätiologie und Therapie
- Vorstellungen von Krankheit und Behandlung divergieren stark

Antonin, Burkhard 2003

2002



„Im Laufe der Zeit wurde deutlich, dass nur bei weniger als 10 % der Patienten mit umweltmedizinischen Fragestellungen plausible Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und Beschwerden der Patienten ermittelt werden können, während sich bei dem größeren Anteil dieser Patienten körperliche, psychosoziale, psychosomatische bzw. psychiatrische Ursachen ihrer geklagten Beschwerden diagnostizieren lassen.“

Dott, Merk, Neuser, Osieka 2002
Klinikum Aachen

„Nach wie vor kann nur ein verschwindend geringer Teil der Umweltfaktoren generell oder zuverlässig gemessen werden.“

„Darüber hinaus fehlen für die meisten Umweltfaktoren zuverlässige Daten über mögliche Wirkungen im menschlichen Organismus.“

Dott, Merk, Neuser, Osieka 2002
Klinikum Aachen

Verhinderter psychotherapeutischer Zugang

Das streng somatisch orientierte Krankheitskonzept der angeblich „ganzheitlich“ orientierten Umweltmediziner verhindert häufig, dass ein psychotherapeutischer Zugang zu den Betroffenen gelingt.

Damit wird der einzig sinnvolle therapeutische Weg langfristig verbaut und dem Patienten Schaden zugefügt!

Gemeinsamkeiten der „neuen Krankheiten“

- vorzeitige Erschöpfbarkeit und Müdigkeit sowie eine *Vielzahl weiterer Befindlichkeitsstörungen*
- intensive Ausschlussdiagnostik ist erforderlich
- Diskussion vieler organischer Ursachen ohne gesicherte Erkenntnisse

Gemeinsamkeiten im Beschwerdebild

- Erschöpfbarkeit und Müdigkeit essentiell
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Kopfschmerzen
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- sensible Missempfindungen
- Globusgefühl
- Schlafstörungen und Angstgefühle
- Darmstörungen „Colon irritabile“
- Atembeschwerden
- Verschwommensehen und vieles andere

Gemeinsam sind auch:

- große Mengen von Labordaten unterschiedlicher Validität, oft widersprüchlich und verschieden interpretiert
- keine allgemein akzeptierte Grenz- oder Toleranzwerte
- keinerlei Akzeptanz psychischer Faktoren (Ggs. etwa zu Herzinfarkt/Schlaganfall)

Nahezu identische psychiatrische Krankheitsbilder

- Neurasthenie (F48.0)
- Somatisierungsstörung (F45.0)
- somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- hypochondrische Störung (F45.2)
- Depressionen mit Vitalstörungen

Intoxikationen durch organische Lösungsmittel und Schwermetalle

- Wirkung hoher Schadstoffkonzentrationen aus der Arbeitsmedizin gut bekannt und wissenschaftlich erforscht
- toxische Enzephalopathie und Polyneuropathie als Hauptmanifestation
- Paradigma der Umweltmedizin: kleinste Schadstoffmengen führen zu Krankheitserscheinungen

Organische Lösungsmittel

- Pestizide
- Fungizide
- Desinfektionsmittel
- Holzschutzmittel
- Kunststoffverarbeitung
- In vielfältigen Materialien der alltäglichen Umwelt enthalten

Toxikologie

- Nicht das bloße Vorhandensein einer Substanz führt zu einer Schädigung
- Entscheidend ist *Dosis* und *Zeitdauer* der Exposition
- Kombinationswirkungen vieler kleiner Substratmengen werden abgelehnt

Lösungsmittelintoxikation

- Kein Konsens hinsichtlich der Grenzwerte oder der Toleranzbereiche
- Probleme der Laborqualität bei Bestimmung der sehr niedrigen Schadstoffmengen im Monitoring
- Hinsichtlich vorgelegter Labordaten meist keine überzeugende Kausalität

Nocebo-Effekt

- „Glaubensbedingte Wahrnehmung einer der Gesundheit abträglichen Wirkung“
- „psychosoziale Konstrukte, die sich an Chemikalien festgemacht haben“
- „mass psychogenic illness“

Habermann, Giessen

Definition der „Multiple Chemical Sensitivity“ (MCS)

„Eine erworbene Störung, die charakterisiert ist durch rezidivierende Symptome, vorzugsweise an mehreren Organsystemen, die als Antwort auf nachweisbare Expositionen gegenüber vielen, chemisch miteinander nicht verwandten Stoffen bei Dosen auftreten, die weit unter denen liegen, die in der allgemeinen Bevölkerung für schädigend gehalten werden. Kein einziger allgemein akzeptierter Test von physiologischen Funktionen kann nachgewiesen werden, der mit diesen Symptomen korreliert“.

nach Runow und Wolf

MCS

- Reaktion auf Spuren zahlloser Umweltgifte mit rein subjektiven Beschwerden
- Die klassischen Gesetze der Toxikologie werden durch MCS außer Kraft gesetzt
- Das Vorliegen toxischer Substratkonzentrationen schließt MCS aus
- Diagnosestellung u.a. mit Elektroakupunktur oder Bioresonanz

„Jeder Kollege hüte sich vor der Diagnose MCS, es handelt sich dabei nicht um eine medizinisch anerkannte Diagnose, sondern vielmehr um eine Diagnose, die dem Wunsch der Patienten entgegenkommt und damit den Weg zu einer notwendigen Therapie verschließt“.

Th. Zilker – Tagung der Projektgruppe
„Umwelt und Gesundheit“ am 22.3.99,
finanziert durch das Bayerische
Staatsministerium für Landesentwicklung
und Umweltfragen

Sick-Building-Syndrom (SBS)

- Unspezifische Befindlichkeitsstörungen – vor allem Schleimhautreizungen
- beim beruflichen Aufenthalt in Innenräumen von Gebäuden
- Besserung beim Verlassen der Räume, in der Freizeit und im Urlaub
- Eine Fülle von unterschiedlichen Faktoren wird ursächlich angeschuldigt

Sick-Building-Syndrom (SBS)

Neue Erkenntnis:

Nicht so sehr die früher angeschuldigten Klimaanlage und damit das Raumklima, sondern sehr viel mehr das *Betriebsklima* spielt eine ursächliche Rolle

Chronic Fatigue Syndrom

(CFS)

Tabelle 1: Geschichte von Erkrankungen mit CFS-Symptomatik

1869/1880	Beard: „Nervous Exhaustion“ im amerikanischen Bürgerkrieg Erste ausführliche Publikation des CFS
1934 bis 1957	16 Epidemien von sogenannter „atypischer Poliomyelitis“ in den USA, in England, Australien, Dänemark und in der Schweiz
1948/49	Iceland Disease (Akureyi Disease) nach Fällen von Poliomyelitis
1954/55	Royal free disease, „myalgische Enzephalomyelitis“, „infektiöse mononukleoseartig“ in England, USA, Deutschland
1957 bis 1990	38 ähnliche Epidemien von „myalgischer Enzephalomyelitis“ in England, USA, Australien, Afrika, Island
seit 1985	einzelne oder gehäufte Fälle von „Chronic Fatigue Syndrome, CFS“ („Lake Tahoe disease“, „Yuppie flu“) in USA, Deutschland, England, Australien, Italien, Niederlande u. a. Endemieartiges Auftreten von CFS bei Kindern in New York. Verdacht auf chronischen persistierenden Epstein-Barr-Virus- oder Herpesvirus-6-Infekt.

nach Fock und Krüger

DIE NERVENSCHWÄCHE

(NEURASTHENIA)

**IHRE SYMPTOME, NATUR, FOLGEZUSTÄNDE
UND BEHANDLUNG.**

PRAKTISCH BEARBEITET

VON

GEORG M. BEARD, A. M., M. D.

NACH DER ZWEITEN AUFLAGE INS DEUTSCHE ÜBERTRAGEN
UND MIT EINEM VORWORT VERSEHEN

VON

SAN.-RATH DR. M. NEISSER IN Breslau,
BADEARZT IN CHARLOTTENBRUNN.

LEIPZIG

VERLAG VON F. C. W. VOGEL.

1881.

II.

Zur Lehre von der Nervosität.

1.

Bemerkungen über Neurasthenie.

[Vorbemerkung. Mit Ausnahme des Abschnittes über die Behandlung der Neurasthenie waren diese Bemerkungen niedergeschrieben, ehe das Handbuch von Möbius erschien. Ich hatte damals die Absicht, den Gegenstand ausführlicher zu behandeln, gab sie aber auf und theilte nur die Fragmente mit.

Auch die Bibliographie war vor der Müller's zusammengestellt. M. hat eben so wie ich den Index Catalogus benutzt. Später habe ich einige Citate der Müller'schen Bibliographie entnommen: leider ist die Citirung meist sehr ungenau. Die neueren Arbeiten sind nachgetragen.]

Wieviel ein Name werth sein kann, zeigt sich bei der Neurasthenie. Gewiss war Beard's Schilderung in vielen Beziehungen vortrefflich, es wies entsprach sein Buch einem Bedürfnisse der Zeit, und doch würde er nicht den gleichen Erfolg gehabt haben, wenn er statt „on neurasthenia“ geschrieben hätte „on nervousness“. Der neue Name bezauberte Aerzte und Laien, sodass rasch die „neue Krankheit“ Bürgerrecht erhielt. Begrifflicher Weise aber bestanden die Zustände, um die es sich handelte schon früher und waren den Aerzten auch nicht unbekannt. Mir selbst ist die ältere Literatur nur zu einem kleinen Theile bekannt. Ich verweise ihretwegen auf Arndt's Buch, das viele historische Angaben enthält. Eine Geschichte der Spinalirritation findet man auch in Leyden's Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Beard's directer Vorgänger, Bouchut hat wenig Anerkennung gefunden und sein Buch über den Nervosismus vermochte, obwohl es eine 2. Auflage erlebt hat, nicht recht durchzudringen. Freilich vertritt Bouchut z. Th. wunderliche Anschauungen und gerade die Lehre, die ihm eigenthümlich ist, nämlich über den acuten Nervosismus, ist zweifellos verfehlt. Jedoch hat er in der Hauptsache Recht und die Schuld seines relativen Misserfolges lag weniger bei ihm

Diagnosekriterien des CFS (nach Fukuda et al. 1994)

Hauptkriterium

Persistierende Müdigkeit oder leichte Ermüdbarkeit für mindestens 6 Monate, welche

- nicht durch eine andere Erkrankung erklärt werden kann,
- neu aufgetreten ist, nicht Folge einer chronischen Belastungssituation ist,
- nicht deutlich durch Bettruhe zu beheben ist und
- so ausgeprägt ist, dass die durchschnittliche Leistungsfähigkeit deutlich reduziert ist

Nebenkriterium

(mindestens 4 Nebenkriterien müssen mit oder nach dem Beginn der Müdigkeit eingesetzt haben und mindestens für 6 Monate angehalten haben)

- Halsschmerzen
- schmerzhafte zervikale oder axilläre Lymphknoten
- Muskelschmerzen
- wandernde, nichtentzündliche Arthralgien
- neu aufgetretene Kopfschmerzen
- Konzentrationsstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
- flüchtiges leichtes Fieber
- verlängerte (>24 h) generalisierte Müdigkeit nach früher tolerierten Beanspruchungen

Diagnostisches Vorgehen bei CFS (in Anlehnung an die Richtlinien von Fukuda et al. 1994)

1. Anamnese
 2. Klinische Untersuchung
Erhebung des internistischen, neurologischen und psychiatrischen Status
 3. Laboruntersuchungen
BSG, Blutbild, Differentialblutbild, GOT, GPT, γ GT, Elektrolyte, Kreatinin, Gesamteiweiß und Serumelektrophorese, Ca, P, AP, Bilirubin, Blutzucker
Urinstatus
THS
 4. Apparative Diagnostik
Röntgenaufnahme des Thorax
EKG
CT oder NMR des Gehirns
- Weiterführende Untersuchungen je nach klinischem Verdacht

Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS)

Ursachendiskussion:

- reine Organgenese immunologischer oder viraler Art

versus

- reine Psychogenese nach Art einer Angstneurose

Wahrscheinlich ist das Zusammenspiel organischer und seelischer Faktoren

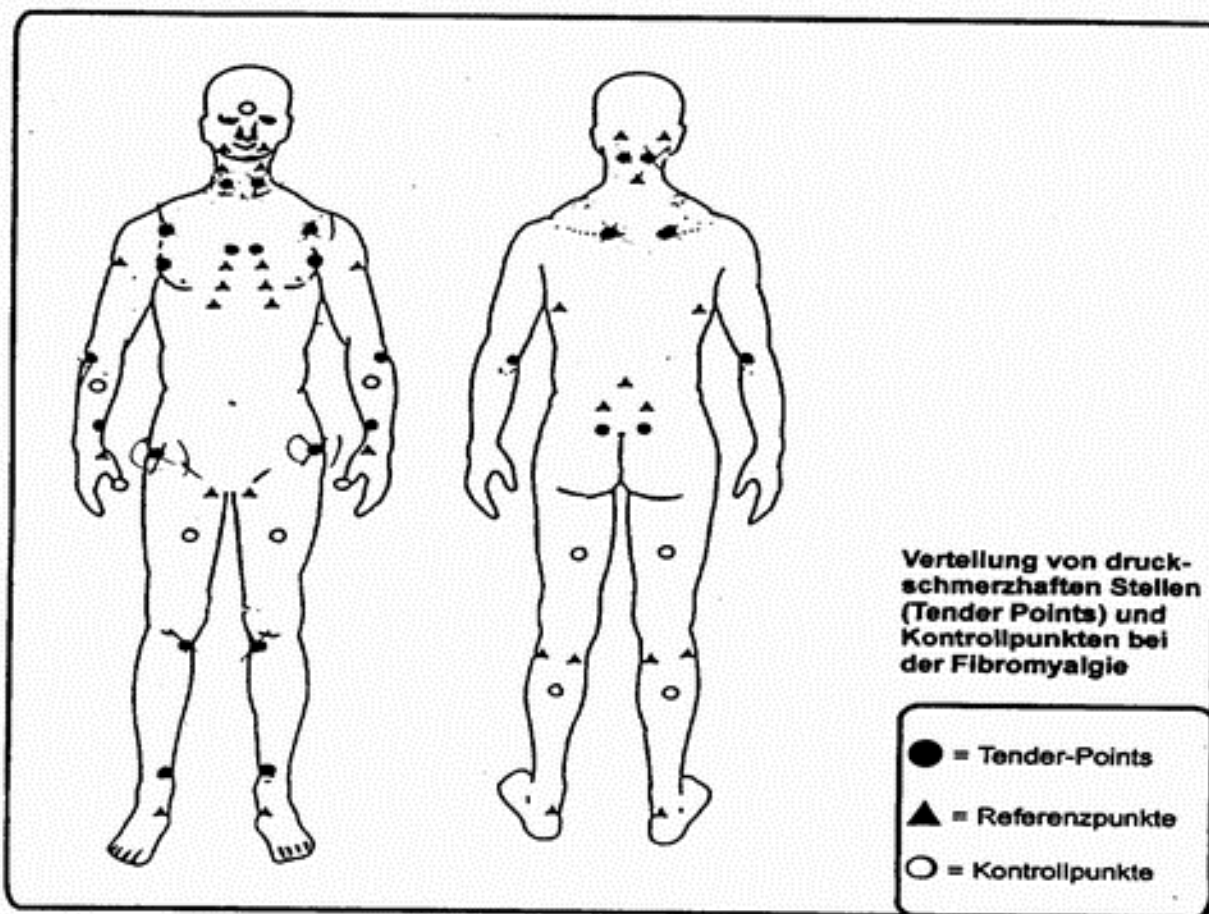
Fibromyalgie

Diagnostische Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) 1990:

- Ausgebreitet persistierende Schmerzen („wide spread pain“), d.h. Schmerzen der ganzen rechten und/oder linken bzw. oberen und/oder unteren Körperhälfte unter Einschluss der Wirbelsäule
- Druckschmerz an mindestens 11 von 18 definierten „tender points“
- Mindestens dreimonatige Dauer der Beschwerden
- Zusätzlich vielfältige diffuse funktionelle Organbeschwerden ohne objektives Korrelat

Fibromyalgie-Syndrom

- Grafik der Schmerzdruckpunkte -



Quelle: Med. Welt 41 (1990) 1028-1033

© RHEUMA-FORUM e.V.

Tender-Points

Laut den Kriterien des "American College of Rheumatology 1990" ist von einem Fibromyalgie-Syndrom auszugehen, wenn an mindestens 11 von 18 "Tender-Points (TP)" Druckschmerzen auftreten (in einem Zeitraum von mehr als 3 Monaten)

Die Referenz- und Kontrollpunkte dienen der besseren Diagnose.

Fibromyalgie

- Ein primär somatisches Krankheitskonzept hat sich bisher nicht bestätigt
- Ein konsistentes objektivierbares organisches Korrelat hat sich bis heute nicht nachweisen lassen
- Überprüfbare klinische, radiologische, laborchemische oder neurophysiologische Normabweichungen bestehen nicht

Fibromyalgie

Ursachendiskussion:

- Annahme einer somatischen Genese
versus
- begründete Hinweise auf eine seelische Ursache i.S. einer psychosomatischen Erkrankung (anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4 u.a.)

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND



URKUNDE

über die Eintragung der Marke

Nr. 398 52 003

Akt.: 398 52 003.8/42

FIBROMYALGIE

Markeninhaber:

Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung (DFV) eV, Murrhardt

Tag der Anmeldung: 10.03.1998

Tag der Eintragung: 14.06.1998

Der Präsident des Deutschen Patent- und Markenamts

N. Haugg



Amalgam

- hat heute an Bedeutung verloren
- Medienpräsenz ist rückläufig
- seit 150 Jahren in größtem Umfang für Zahnfüllungen verwendet worden
- Hg-Belastung aus Amalgamfüllungen liegt weit unter beruflicher Exposition, auch unter der aus Nahrungsaufnahme
- „iatrogene Amalgamphobie“ n. Häfner

Elektrosensibilität

- Der Einfluss elektromagnetischer Wellen und Felder wird sehr kontrovers als „Elektrosmog“ in der Öffentlichkeit diskutiert
- Unspezifische Befindlichkeitsstörungen ohne bisher gesichertes organisches Korrelat
- Bemerkenswerte Diskrepanz zwischen enormer Verbreitung der „Handys“ und einschlägigen Befürchtungen in der Bevölkerung mit Bürgerinitiativen und selbsternannten „Experten“
- Angst vor der „Mobilfunkantenne auf Nachbars Dach“

Ozon als Sommersmog

- Anstieg des bodennahen Ozons und globale Belastung durch troposphärisches Ozon als Treibhausgas
- Ozon als starkes biologisch reagierendes Oxidationsmittel
- Befindlichkeitsstörungen unspezifischer Art, auch Reizungen der Atemwege
- über die Grenzwerte der Gesundheitsgefährdung noch kein allgemeiner Konsens

Begutachtung

Begutachtung der „modernen Leiden“

- Auffällige klinische Gemeinsamkeiten
- Nur durch die unterschiedliche Gewichtung des Grundmusters der Beschwerden charakterisiert
- Fehlender organischer Nachweis
- Nicht selten eindeutige Fehldiagnosen neurologischer oder psychiatrischer Krankheitsbilder
- Somatisches Krankheitskonzept erschwert die Begutachtung

Abgrenzung von seelischen Störungen

- Exploration unter psychodynamischen Gesichtspunkten wird oft von den Betroffenen nicht zugelassen
- Bei psychischen Auffälligkeiten wird oft Ursache und Wirkung verwechselt
- Häufig wird jede weitere Diagnostik in dieser Richtung von den behandelnden Ärzten blockiert
- Schlagwort „Psychiatisierung“

Plausibilitätsprüfung

- Geklagte Beschwerden mit objektiven Befunden in Einklang zu bringen?
- Diskrepanz subjektiver Beschwerden mit Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation?
- Leidensdruck?
- Vage unpräzise Beschwerdeschilderung?
- Appellativ-demonstratives Klagen?
- Diskrepanz zur Fremdanamnese?
- Keinerlei Beschwerdeverbesserung durch Medikamente oder andere Körperhaltung?
- Diskrepanz zu Freizeitaktivitäten?

Widder et al. 2002

MCS, CFS und FMS in der Begutachtung

- Ohne Komorbidität mit einer relevanten seelischen Störung lässt sich eine Leistungsminderung im Erwerbsleben nicht begründen
- Bei ausgeprägtem sozialen Rückzug mit Vermeidungsverhalten und langjährigem Verlauf kann durchaus häufig eine zeitliche Leistungsminderung resultieren
- Reha-Maßnahmen sinnvoll, jedoch nicht in speziellen „Umweltkliniken“

„Binnenkonsens“

- Nur Anwender unkonventioneller Verfahren sollten die Kompetenz haben, über die jeweilige Methode zu urteilen
- Von der Rechtssprechung *zurückgewiesen*
- OLG Karlsruhe (31.8.00): auch alternative Medizin ist durch einen unvoreingenommenen Sachverständigen zu beurteilen, der nicht selbst Anwender der streitigen Methode ist

Begutachtung

- Im Gutachten sind die objektiven Funktionseinschränkungen und der psychische Befund darzulegen
- Diagnostische Diskussionen mit dem Betroffenen und seinen Selbsthilfegruppen sind zu vermeiden, sie sind nutzlos und verhärten die Fronten nur immer weiter

Auswirkungen auf das Familien- und Sozialleben

- Das Erfassen des beruflichen Umfeldes hilft bei den meist längere Zeit krank geschriebenen Probanden nicht weiter
- Wertvoll dagegen, sich minutiös den Tagesablauf schildern zu lassen
- Fremdanamnese oft sehr aufschlussreich, allerdings nur spontan, ohne häusliche Vorbereitung (etwa durch Fragebögen)

Gutachtliche Beurteilung

- Die vielfältigen, mit Umweltfaktoren in Zusammenhang gebrachten Krankheitsbilder, denen zumeist kein objektivierbares organisches Korrelat zukommt, sollten nach den Kriterien für die funktionellen bzw. *somatoformen* Störungen beurteilt werden

Prognosebeurteilung somatoformer Störungen

- Handelt es sich um einen mehrjährigen Verlauf?
- Ist der Verlauf durch eine kontinuierliche Chronizität charakterisiert oder sind zwischenzeitliche Remissionen – ggf. nach therapeutischen Maßnahmen – zu beobachten?
- Bestand bzw. besteht eine regelmäßige ambulante Therapie?
- Haben stationäre Behandlungsversuche, auch mit unterschiedlichen therapeutischen Ansatzpunkten stattgefunden?
- Sind Rehabilitationsmaßnahmen gescheitert?
- Komorbiditäten? Sekundärer Krankheitsgewinn?

Sind diese Fragen bezüglich des Verlaufs zu bejahen und liegt außerdem eine im rechtlichen Sinne „erhebliche Störung“ vor, so dürfte mit der Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit kaum zu rechnen sein, falls dies im Verlauf der Erkrankung zu einem Problem geworden ist.

Prognose

- Wenn die Betroffenen zum Gutachter kommen, kann die Prognose bereits häufig als ungünstig angesehen werden, da die somatische Fixierung fast stets unkorrigierbar und die Chronifizierungsrate sehr hoch ist
- Krankenschreibung durch die behandelnden Ärzte erfolgte meist schon langfristig

Schwerbehindertenrecht

Orientierung gemäß den „Anhaltspunkten 2004“ an den Vorgaben für psychische Störungen:

- Leichte Störungen: GdB 0 – 20
- Stärker im Alltag behindernd: GdB 30 – 40
- Hochgradige Einschränkungen im täglichen Leben (gemäß einer schweren krankheitswertigen seelischen Störung): GdB 50 - 100

„Moderne Leiden“ und Begutachtung

- Erhebliche Diskrepanz zwischen der sehr schmalen Basis wissenschaftlich einigermaßen gesicherter Erkenntnisse und den hochgespannten Erwartungen der Öffentlichkeit, der Medien und der Betroffenen
- Die Beschwerden sind nicht objektivierbar
- Kein Konsens über Ätiologie und Pathogenese

„Klinische Ökologen erfinden die zugehörige Diagnostik und Therapie, Ärzte und Sanatorien wenden sie an und verdienen ihr Geld, Gerichte stellen die Therapiebedürftigkeit fest, und Kassen zahlen dafür. Der Baum subjektiven Glaubens, der Nocebos wie Früchte trägt, wird als Baum objektiver Erkenntnis verkannt“

E. Habermann

„Chemikalien-Syndrome –Fiktion oder Wirklichkeit?“

Tagung der Projektgruppe „Umwelt und Gesundheit“ am 22.3.99 in München, finanziert durch das Bayerische Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen

„Viele Betroffene haben sich eine Burg aus dem Steinbruch der Wissenschaft errichtet und dabei ihre tiefsten Überzeugungen als Mörtel eingetragen. Sie empfinden es als Kränkung, wenn die harten Wissenschaftler nach getaner Arbeit das Problem als psychosozial an die Psychologen und Soziologen weiterreichen“

E. Habermann

„Chemikalien-Syndrome – Fiktion oder Wirklichkeit?“
Tagung der Projektgruppe „Umwelt und Gesundheit“ am
22.3.99 in München, finanziert durch das Bayerische
Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen

Kasuistik B:

Ch.P. weibl. 50 Jahre - Renten-GA für BfA

Anamnese: „immer gesund gewesen“

Seit 4 Jahren ständig müde, wenig leistungsfähig, rasch erschöpft, zunehmende Schmerzen erst in den Armen und im Nacken, dann im ganzen Körper, völlig therapieresistent; mehrfach internistisch durchuntersucht, stets o.B., in der Rheumaklinik dann „Fibromyalgie“ und „Weichteilrheuma“.

Biografie: Kindheit durch Krebskrankheit der Mutter überschattet, Tod als sie 12 Jahre alt war, mit 14 Jahren in die Fremde, Lehre als Köchin, guter Kontakt zur Familie des Lehrherrn, auch später stets „Glück mit den Arbeitgebern“, habe sich bis zur Küchenleiterin eines Altenheimes emporgearbeitet, sei erfolgreich gewesen. Vor 5 Jahren Wechsel in der Leitung des Hauses, jüngere Vorgesetzte, Personaleinsparungen, habe nichts mehr recht machen können, zunehmende Differenzen, „viel Hektik und Stress“, könne nicht mehr abschalten, gleichzeitig enttäuscht über mangelnde Anerkennung im Beruf, in dem sie vorher erfolgreich war. Der Ehemann sei verständnisvoll und entlaste sie im Haushalt, „ich habe ja Fibromyalgie“! Mittlerweile seit 2 ½ Jahren arbeitsunfähig krank geschrieben und nach Aussteuerung durch die Krankenkasse arbeitslos gemeldet. Keine nervenärztliche Behandlung bei somatischem Krankheitskonzept von Hausarzt und Orthopäden.

Diagnose des Orthopäden: „Fibromyalgie“

Befund: Neurologisch leichte Funktionseinschränkung der HWS und LWS ohne radikuläre Symptomatik, keine Druckdolenz der „tender points“, anfangs jeder Punkt am Körper druckschmerzhaft, später verliert sich dies bei Ablenkung. Psychisch nicht tiefergehend depressiv herabgestimmt, völlig auf die somatische Genese „Weichteilrheuma“ fixiert, erst jetzt im Rahmen der Begutachtungssituation Zusammenhänge ihrer Beschwerden mit der enttäuschenden Arbeitsplatzsituation erkennend. Bisher keine Psychotherapie, zeitweilig abends 25 mg Amitriptylin.

Diagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn durch vermehrte Zuwendung des Ehemannes und berufliche Entpflichtung

Kasuistik A:

K.W. weibl. 52 Jahre - Renten-GA für LVA

Anamnese: mit 22 und mit 45 Jahren „Schleudertrauma“, mit 50 Jahren Op Mamma-Ca mit Aufbauplastik seither o.B.; seit Jahren Schmerzen in der HWS, vor 2 Jahren Facettenrhizotomie vom niedergelassenen Neurochirurgen ohne Erfolg.

Biografie: In Rumänien deutschstämmig nach dem Krieg geboren, sozial zurückgesetzt, keine Berufsausbildung, Fabrikhilfsarbeiterin, der Vater als Bezugsperson, hatte Halt gegeben, 1975 akut an Asthma verstorben, habe sehr an ihm gehangen, ein Jahr um ihn getrauert, „bis heute nicht verwunden“; 1990 nach Deutschland umgesiedelt, auch hier nicht anerkannt, Umstellungs- und Sprachprobleme auch „viel Stress“, der Ehemann immer schon fremd gegangen, erst recht in Deutschland, sie hier erneut Fabrikhilfsarbeiterin, nach wenigen Jahren zunehmende Schmerzen im ganzen Körper, erst der HWS, dann „einfach überall, alles tut weh“; selbst gekündigt, überfordert seit 3 Jahren, arbeitslos gemeldet, seit 1 Jahr vom Hausarzt arbeitsunfähig krank geschrieben.

Jetzige Beschwerden: „Alles ist kaputt, alles tut weh, es kribbelt und sticht von oben bis unten, wie mit einem Nagel gestochen, Durchfall, Darm: obleme, Migräne, Herzklopfen, Atemnot, Knödel im Hals, nicht durchatmen können, wie Ameisen“.

Diagnose der Schmerzlinik und des Orthopäden und Rheumatologen:
„Fibromyalgie“

Befund: Neurologisch o.B., geringe Verspannungen der Nackenmuskulatur ohne radikuläre Symptomatik, bei gezielter Prüfung jeder Punkt am Körper druckdolent, bei Ablenkung nicht einmal die „tender points“

Psychisch nicht tiefergehend depressiv verstimmt, Vorwurfshaltung „zu viel Arbeit, zu viel Stress“, eindeutige Verdeutlichungstendenzen mit Minder- und Gegeninnervation.

Diagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) bei Dysthymia (F34.1), aktuell Anpassungsstörung

Seit kurzer Zeit erst nervenärztliche Behandlung mit ambulanter Psychotherapie, die als hilfreich empfunden wird, allerdings auf den Erhalt einer Rente fixiert.



Wolfgang Hausotter

Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen

Mit einem Geleitwort von R.M.A. Suchenwirth

2. Auflage



URBAN & FISCHER