

Somatoforme autonome (vegetative) Funktionsstörung

- A** Symptome einer *autonomen (vegetativen) Erregbarkeit*, die der Patient zurückführt auf eine körperliche Erkrankung in einem oder mehreren der folgenden Systeme oder Organe: Herz/ kardiovaskuläres System, Ösophagus/ Magen, unterer Gastrointestinaltrakt, respiratorisches oder Urogenitalsystem.
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↓
Ende | | |
- B** Mindestens *zwei* vegetative Symptome aus Liste II (vgl. erste Seite dieser Checkliste).
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↓
Ende ← | | |
- C** Mindestens *ein* Symptom der "anderen Symptome" aus Liste II (vgl. erste Seite dieser Checkliste).
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↓
Ende ← | | |
- D** Eine *Störung* der Struktur oder Funktion der Organe oder Organsysteme, über die der Patient besorgt ist, kann nachgewiesen werden.
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Verdacht | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↓
Ende ← | | |
- E** Die Symptomatik tritt *ausschließlich* bei phobischen Störungen (F40.0 - F40.3) oder bei einer Panikstörung (F41.0) auf.
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Verdacht | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↓
Ende ← | | |

Falls Kriterien A bis E erfüllt:

Somatoforme autonome (vegetative) Funktionsstörung

F 4 5 . 3

nicht erfüllt erfüllt
 Verdacht

Tragen Sie ein: **5. Stelle der Diagnose**
Betroffenes Organ oder Organsystem

Herz und kardiovaskuläres System = 0
Ösophagus und Magen = 1
unterer Gastrointestinaltrakt = 2

respiratorisches System = 3
urogenitales System = 4
andere Organe oder Organsysteme = 8

Andere/ nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen

Greifen Sie auf diese Kategorien nur dann zurück, wenn trotz klinisch bedeutsamer somatoformer Symptomatik keine der in dieser Checkliste aufgeführten spezifischen somatoformen Störungen diagnostiziert werden kann.

Andere somatoforme Störung (F45.8) Verdacht Ja

Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9) Verdacht Ja



Somatoforme Störungen

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

- Ermitteln Sie, inwieweit körperliche Symptome oder Beschwerden vorliegen, die weder durch eine feststellbare körperliche Erkrankung noch durch die Auswirkungen psychotroper Substanzen (d.h. Drogen, Medikamente oder Alkohol) erklärt werden können.
- Falls körperliche Krankheiten bestehen, so dürfen sie nicht Schwere, Ausmaß, Vielfalt und Dauer der körperlichen Symptome oder damit verbundener sozialer Beeinträchtigungen erklären.
- Überprüfen Sie zunächst die im folgenden aufgelisteten Symptome (Listen I und II).

Symptomliste I

- | | Verdacht | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Gastrointestinale Symptome | | |
| (1) Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Übelkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Sich-aufgebläht-Fühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Klagen über häufigen Durchfall oder Flüssigkeitsaustritt aus dem Anus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kardiovaskuläre Symptome | | |
| (7) Atemnot ohne Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urogenitale Symptome | | |
| (9) Schmerzen beim oder Klagen über häufiges Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautsymptome und Schmerzen | | |
| (12) Klagen über Flecken oder Farbänderungen der Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Schmerzen in Gliedern, Extremitäten oder Gelenken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Symptomliste II

- | | Verdacht | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Vegetative Symptome | | |
| (1) Palpitationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Schweißausbrüche (heiß oder kalt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Hitzewallungen oder Erröten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Druckgefühl im Epigastrium oder Kribbeln oder Unruhe im Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Symptome | | |
| (6) Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Atemnot oder Hyperventilation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Aerophagie, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Bericht über häufigen Stuhldrang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) erhöhte Miktionsfrequenz oder Miktions Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beachten Sie: Jede somatoforme Symptomatik kann mit hypochondrischen Befürchtungen verbunden sein. Erwägen Sie daher zusätzlich die Diagnose einer hypochondrischen Störung (z.B. mit Hilfe der entsprechenden IDCL).

→ Diagnostische Einordnung der ermittelten Symptomatik

- **Falls Symptome aus Liste I vorliegen:**
Überprüfen Sie die Kriterien der *Somatisierungsstörung* und *undifferenzierten somatoformen Störung*
- **Falls Symptome aus Liste II vorliegen:**
Überprüfen Sie die Kriterien der *somatoformen autonomen (vegetativen) Funktionsstörung*
- **Falls Schmerzsymptome im Vordergrund stehen:**
Überprüfen Sie die Kriterien der *anhaltenden somatoformen Schmerzstörung*

Somatisierungsstörung und undifferenzierte somatoforme Störung

- A** Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome,
- die nicht durch eine feststellbare körperliche Erkrankung erklärt werden können,
 - die mindestens 2 Jahre lang bestanden haben,
 - bei denen Symptome vegetativer Erregung nicht das Hauptmerkmal der Störung darstellen (in diesem Fall sollte die Diagnose einer somatoformen vegetativen/ auton. Funktionsstörung überprüft werden).
- Nein Verdacht Ja

 Ende ←

- B** Ständige Sorge um die Symptome verursacht *anhaltendes Leiden* und veranlaßt den Patienten zu wiederholten Konsultationen (drei oder mehr) oder einer Reihe von Zusatzuntersuchungen bei Allgemeinpraktikern oder Spezialisten.
- Nein Verdacht Ja

 Ende ←

Beachten Sie: Falls medizinische Dienste aus finanziellen oder geographischen Gründen nicht in Anspruch genommen werden können, so muß es zu fortgesetzter Selbsteinnahme von Medikamenten oder zu vielfachen Konsultationen ortansässiger "Heiler" kommen.

- C** Hartnäckige *Weigerung*, die ärztliche Feststellung anzunehmen, daß für die Symptome keine ausreichende körperliche Ursache vorliegt (allenfalls Akzeptanz während oder unmittelbar nach einer med. Untersuchung für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen).
- Nein Verdacht Ja

 Ende ←

- D** Mindestens *sechs Symptome aus Liste I*, aus mindestens zwei der aufgeführten verschiedenen (Organ-)Hauptgruppen.
- Nein Verdacht Ja

 Ende ←

- E** Die Symptomatik tritt *ausschließlich* während einer Schizophrenie oder verwandten Störung (F20 - F29), einer affektiven Störung (F30 - F39) oder einer Panikstörung (F41.0) auf.
- Ja Verdacht Nein

 Ende ←

Falls Kriterien A bis E erfüllt:

Somatisierungsstörung

F 4 5. 0

- erfüllt nicht erfüllt
 Verdacht

Falls Kriterium A mindestens 6 Monate erfüllt und Kriterien C und E vollständig erfüllt und Kriterien B oder D unvollständig erfüllt:

Undifferenzierte somatoforme Störung

F 4 5. 1

- erfüllt nicht erfüllt
 Verdacht

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

- A** Anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in irgendeinem Körperteil,
- der mindestens *6 Monate lang* durchgehend an den meisten Tagen bestanden hat,
 - und der nicht ausreichend durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann,
 - und der anhaltend den Hauptfokus für die Aufmerksamkeit des Patienten darstellt.

Beschreiben Sie die Art der Schmerzsymptomatik:

- nicht erfüllt Verdacht erfüllt

 Beurteilen Sie Kriterium A zusammenfassend: Ende ←

- B** Die Schmerzstörung tritt bei Schizophrenie oder verwandten Störungen auf (F20 - F29) auf, oder sie tritt *ausschließlich* während einer affektiven Störung (F30 - F39), einer Somatisierungsstörung, einer undifferenzierten somatoformen Störung oder einer hypochondrischen Störung auf.
- Ja Verdacht Nein

 Ende ←

Falls Kriterien A und B erfüllt:

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

F 4 5. 4

- erfüllt
 Verdacht
 nicht erfüllt